

GASTKOMMENTAR

Eine Reform in Etappen – Perspektiven in der Notfallversorgung

von DR. DOMINIK VON STILLFRIED

▪ Seite 40-41

NEWSLETTER

**Bundestagswahl 2021 –
mögliche Koalitionen und
ihre Auswirkungen auf das
Gesundheitswesen**

▪ Seite 42

THEMENGEBIET #1

**BGH: Zur Beweiskraft
elektronischer
Dokumentation**

▪ Seite 43

THEMENGEBIET #2

**OLG Oldenburg: Strafbarkeit
der Klinikleitung wegen
unvollständigen Zeugnisses**

▪ Seite 44

THEMENGEBIET #3

**BGH: Ärztliche Aufklärung bei
Neulandmethode**

▪ Seite 45

THEMENGEBIET #4

**VG Neustadt: Maßnahmen
zum Coronaschutz in der
Arztpraxis**

▪ Seite 46

THEMENGEBIET #5

**LSG Sachsen: Drittschutz bei
Verstoß eines Konkurrenten
gegen Vertragsarztrecht**

▪ Seite 47

DER PRAKTISCHE FALL

**Die Rechtsfolgen von nicht
erreichten Mindestmengen
im Krankenhaus (Teil 2)**

▪ Seite 48

Eine Reform in Etappen – Perspektiven in der Notfallversorgung

Unter den zahllosen ‚durchgepeitschten‘ Gesetzesinitiativen des Bundesgesundheitsministers Spahn fällt die Reform der Notfallversorgung auf: das ehrgeizige Vorhaben wurde nach der Anhörung im Frühjahr 2020 auf Eis gelegt. Ganz untätig blieb der Gesetzgeber aber nicht. Mit dem GVWG vom 11.07.2021 ist der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) verpflichtet, binnen Jahresfrist Vorgaben zur Steuerung von Patienten zu machen, die sich ohne Einweisung als Notfälle in den Notaufnahmen der Krankenhäuser präsentieren. Der Auftrag an den GBA findet sich in § 120 Abs. 3b SGB V. In diesem Paragraphen werden die Voraussetzungen für die Abrechnung ambulanter Notfallbehandlungen durch die Krankenhäuser geregelt.

Nur im Notfall sind die gesetzlich Versicherten gemäß § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V berechtigt, die Notaufnahmen aufzusuchen. Damit nehmen die Krankenhäuser gemäß § 75 Abs. 1b SGB V an der vertragsärztlichen Notfallversorgung teil; folglich sind ambulante Notfallbehandlungen gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) abzurechnen. Künftig werden Krankenhäuser dafür nachzuweisen haben, dass die Vorgaben des GBA zur Steuerung zuvor beachtet wurden.

Was haben die Notaufnahmen da zu erwarten? Dafür hilft es sich ins Gedächtnis zu rufen, dass die Regelung in § 120 Abs. 3b SGB V an frühere Reformmaßnahmen anschließt. Bereits seit dem Jahr 2015 wird eine zunehmende Direktinanspruchnahme der Notaufnahmen kritisch diskutiert. Den Anstoß gab ein Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und der (DGINA). Darin wurde festgestellt, dass ca. 30 bis 50 Prozent der ambulanten Notfälle durch Praxen hätten behandelt werden können. Tatsächlich war die Zahl ambulanter Fälle in Notaufnahmen zwischen 2012 und 2015 um 16 Prozent gestiegen. Das dürfte vor allem auf die Abschaffung der Praxisgebühr zum Jahresende 2012 zurückzuführen sein. Zugleich war das Thema Crowding in Notaufnahmen aufgrund zunehmender Direktinanspruchnahmen aber auch in der internationalen Literatur präsent. Als Lösung wurde von der Wissenschaft eine Maßnahmenkombination

empfohlen: ein niedrigschwelliges Steuerungsangebot für Hilfesuchende, z.B. telefonische Vermittlung ambulanter Behandlungsangebote nach strukturierter Ersteinschätzung und die Schaffung von Bereitschaftspraxen an Notaufnahmen zur Behandlung von Patienten mit akuten aber nicht lebensbedrohlichen Problemen. Beides wurde in früheren Gesetzen aufgegriffen: Mit dem KHSG vom 10.12.2015 wurden die KVen in § 75 Abs. 1b SGB V zur Einrichtung von Notdienstpraxen an Krankenhäusern verpflichtet. Davon gibt es mittlerweile rund 660 und somit etwa an jedem zweiten Haus mit einer Notfallstufe. Mit dem TSVG vom 10.05.2019 wurde den KVen aufgetragen unter der Bereitschaftsdienstnummer 116117 flächendeckend eine 24/7-Erreichbarkeit für Akutpatienten sicherzustellen und ein einheitliches Verfahren zur telefonischen Ersteinschätzung einzuführen.

Im Kern geht es beim Auftrag an den GBA um zwei Aspekte:

1. Vorgaben zu Art, Durchführung des einzusetzenden Ersteinschätzungsverfahrens sowie zum Nachweis des Einsatzes

Positionen des GBA zum Ersteinschätzungsverfahren sind noch nicht erkennbar. Es zeichnet sich aber ab, dass Notaufnahmen nicht mit einer Revolution der – oft aufgrund der GBA-Beschlüsse zur gestuften Notfallversorgung - neu eingeführten software-basierten Workflowsteuerung der Notaufnahmen rechnen müssen. Zumeist wird dabei auf das Manchester Triage System (MTS) zurückgegriffen, um den Patienten Behandlungsprioritäten sowie ggf. Maßnahmen zuzuordnen. MTS wurde allerdings nicht dafür entwickelt, auch festzulegen, wo bzw. auf welcher Versorgungsebene ein Patient versorgt werden sollte. Insofern dürften für alle Patienten, für die nicht zweifelsfrei eine sehr hohe Behandlungsdringlichkeit feststeht (Triagestufen rot/orange) weitere Kriterien zum Tragen kommen, die in MTS nicht hinterlegt sind. Ähnlich könnte in Notaufnahmen verfahren werden, die den Emergency Severity Index (ESI) verwenden. Allerdings könnte ESI aufgrund des Ausweises der Anzahl erforderlicher Ressourcen in den Risikostufen 3 bis 5 zusätzliche Argumente liefern, die bei der Steuerung relevant werden. Da die meisten Notaufnahmen die Ersteinschätzung an speziell ausgebildete nichtärztliche Triagekräfte delegieren, sollte auch die erweiterte Ersteinschätzung zur Identifikation der Patienten, die in die vertragsärztliche Versorgung gesteuert werden sollen, delegierbar sein. Hier bietet sich aktuell die Software SmED (Strukturierte Ersteinschätzung in Deutschland) als Entscheidungshilfe an. SmED wurde auf Basis des Swiss Medical Assessment Systems (SMASS) vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) gemeinsam mit den Schweizer Partnern für die Anwendung in Deutschland weiterentwickelt. SmED ist ein Medizinprodukt der Klasse I (künftig IIa) und wird derzeit im Rahmen der telefonischen Ersteinschätzung in den KVen mehr als 100.000-mal monatlich eingesetzt. Für die Anwendung am Triagetresen einer Bereitschaftspraxis oder einer Notaufnahme wurde SmED unter Beteiligung von Rettungsmedizinern weiterentwickelt. Offenkundige Notfälle, gemäß der Risikostufen rot/orange nach MTS, werden mit einem Klick

dokumentiert, optional können Vitalparameter gemäß ESI zusätzlich berücksichtigt werden. Sollte beides unauffällig sein, kann anhand von 100 kombinierbaren Symptombegriffen und vertiefenden Frage-/Antwortkombinationen eine Risikobewertung vorgenommen werden. Insgesamt kann SmED so mehr als 50 Millionen möglicher Konstellationen abbilden, die am Ende aber je einer von vier Dringlichkeitsstufen (Notfall, schnellstmögliche Versorgung, binnen 24 Stunden, nicht binnen 24 erforderlich) und einer von vier Versorgungsebenen (Rettungsdienst, Krankenhaus, Arztpraxis, ärztliche Telekonsultation) zugeordnet werden. Am Triageresen geht es dabei zukünftig nur um die Frage Notaufnahme oder vertragsärztliche Versorgung. Hierdurch kann auch die Abfrage von Symptomen und Risikomerkmale verkürzt werden, die am Telefon im Mittel derzeit ca. 150 Sekunden benötigt. Schnelligkeit und Patientensicherheit dieser SmED-Version werden parallel zur GBA-Beratung in einer klinischen Studie an der Charité und dem Uniklinikum Leipzig evaluiert. SmED ist gut mit MTS oder ESI kombinierbar, sodass ein gestuftes System die Stärken von MTS bzw. ESI bei der Ersteinschätzung von Notfällen und nachfolgend SmED bei der erweiterten Ersteinschätzung von Akutfällen vereinen könnte. Ganz sicher sind weitere Ersteinschätzungsverfahren denkbar. Die digitale Umsetzung und die Zulassung von SmED als Medizinprodukt könnten sich jedoch für viele Krankenhäuser als hilfreich erweisen, um Vorgaben des GBA einfacher zu erfüllen. Zudem erscheint es sinnvoll, dass die 116117 und die Notaufnahmen vergleichbare Kriterien zur Steuerung heranziehen.

2. Vorgaben zu den Strukturvoraussetzungen einer wirksamen Steuerung, insbesondere Anforderungen an die Verfügbarkeit vertragsärztlicher Versorgungsangebote, in die Akutpatienten zur Entlastung der Notfallversorgung weitergeleitet werden können

Am Telefon sowie in Testanwendungen von SmED am Triageresen fällt ein hoher Anteil der Patienten in die Dringlichkeitsstufen ‚schnellstmöglich‘ und ‚binnen 24 Stunden‘. Das stellt besondere Anforderungen an ein verlässliches vertragsärztliches Entlastungsangebot, ohne das eine Weiterleitung aus der Notaufnahme nicht umsetzbar sein wird. SmED (und nach entsprechenden Ergänzungen evtl. auch ESI) kann grundsätzlich auch Hinweise auf erforderliche Ressourcen generieren, über die eine aufnehmende Arztpraxis verfügen sollte. Zudem müssen entsprechende Arztpraxen für die Triagekräfte der Notaufnahme schnell und zutreffend identifizierbar sein. Der Anruf bei der 116117 wird somit nur in Ausnahmefällen infrage kommen. Aus Sicht des Zi wäre es wünschenswert, wenn Arztpraxen den Notaufnahmen sowie ggf. dem Rettungsdienst ihre Qualifikation, Ressourcen und Verfügbarkeit in Echtzeit anzeigen könnten. Technisch wäre das mit Systemen wie IVENA machbar. Sind die Praxen, die zur Übernahme von Akutpatienten bereitstehen, dort für die entsprechenden Indikationsbereiche hinterlegt, sind sie auch für Notaufnahmen auffindbar. Patienten könnten elektronisch direkt angemeldet und so übergeben werden. Dieses Prinzip wäre auch auf Bereitschaftspraxen

übertragbar. Tatsächlich ist die Fallzahl, der je Notaufnahme an die vertragsärztliche Versorgung zu übergebenden Patienten eher klein. Die Abrechnungsdaten zeigen: Nur wenige Notaufnahmen in Deutschland könnten mehr als 10 Patienten täglich übergeben. Verteilt auf die relevanten Fachgebiete kann die Fallzahl durch wenige dezidiert mit der Notaufnahme kooperierende Praxen gut aufgefangen werden. Für den Bereitschaftsdienst werden ergänzende Anforderungen definiert werden müssen. Das dürfte insbesondere dann umsetzbar werden, wenn aufgrund der Anforderungen des GBA auch die Vergütung entsprechender Entlastungsdienste deutlich attraktiver gestaltet werden kann. Unter Berücksichtigung regionaler Spielräume sollten KVen den Klinken so aber ein wirksames Netz an Angeboten zur Entlastung der Notaufnahmen an die Seite stellen können.

Die gute Nachricht ist, dass die Zeiten der ungebremst steigenden Direktinanspruchnahme der Notaufnahmen bereits seit 2016 vorbei sind. Seither stagniert die Gesamtzahl der Patienten, die durch die Notaufnahmen gehen. Während die ungeplanten stationären Aufnahmen bis 2019 weiterhin leicht zunahmen, verzeichnen ambulante Notfallbehandlungen einen anhaltenden Rückgang bis zu den pandemiebedingten Verwerfungen der Inanspruchnahme in 2020. Im GBA wird es daher weniger um dramatische Umwälzungen als vielmehr um eine künftige Feinsteuerung und Kriterien einer konstruktiven Arbeitsteilung zwischen Notaufnahmen und Arztpraxen gehen.

von DR. DOMINIK VON STILLFRIED,
Vorstandsvorsitzender des Zentralinstituts für die
kassenärztliche Versorgung (Zi), Salzufer 8, 10587 Berlin

Bundestagswahl 2021 – mögliche Koalitionen und ihre Auswirkungen auf das Gesundheits- wesen

Bei Erscheinen dieses Newsletters wissen wir immer noch nicht, wer in den nächsten vier Jahren die Gesundheits- und Sozialpolitik politisch vertreten wird.

Für das Gesundheitswesen handelt es sich bei dieser Wahl nicht um die Wahl eines von der Mehrheit der Bevölkerung getragenen Kanzlerkandidaten, sondern um die grundsätzliche Ausrichtung des Systems der sozialen Sicherung und seine Finanzierung.

Kommt es zu einer Koalition aus Sozialdemokraten und Grünen würde selbst die FDP als Koalitionspartner die Einführung einer Bürgerversicherung für die Regelversorgung und für die Pflege nicht mehr blockieren können. Auch Selbstständige, Besserverdienende und Beamte sollen in diese Bürgerversicherung einbezogen werden. Insoweit bestehen allerdings bei Selbstständigen und Beamten begründete verfassungsrechtliche Einwände, die allerdings einer Wahlmöglichkeit zum Wechseln nicht entgegenstehen.

Die private Krankenversicherung wäre danach für die Zukunft auf das Angebot einer privaten Zusatzversicherung reduziert, deren Möglichkeiten sich aus dem Leistungskatalog der künftigen Bürgerversicherung und dort nicht abgedeckte Leistungsbereiche ableiten würden.

Zwischen SPD und Grünen bestehen auch zu anderen Bereichen des Gesundheitswesens große Übereinstimmungen.

Beide wollen der weiteren Kommerzialisierung im Gesundheitswesen Einhalt gebieten und das System der Fallpauschalen überprüfen und gegebenenfalls abschaffen. Ambulante und stationäre Angebote sollen besser vernetzt und kommunale Gesundheitszentren aufgebaut werden. Die Pflegekräfte sollen durch einen Bundesmanteltarif gehaltlich besser abgesichert werden.

Bei einer Regierungsbeteiligung der Linken würden noch stärker in das jetzige System eingreifende Veränderungen in dieselbe Richtung in eine Regierungskoalition eingebracht werden.

CDU und FDP würden demgegenüber bei einer Regierungskoalition am bestehenden gegliederten System der GKV und PKV festhalten, wobei die FDP den Wechsel zwischen beiden Systemen erleichtern will. Zur **Finanzierung** der gesetzlichen Krankenversicherung setzt die CDU weiterhin auf einkommensabhängige paritätische Beiträge, Eigenbeteiligung und einen Steueranteil für versicherungsfremde Leistungen. Die elektronische Patientenakte soll als Baustein einer digitalisierten Gesundheitsversorgung weiterentwickelt werden, sodass alle Bürger einen digitalen und wohnortnahen Weg zu Ärzten, Zahnärzten, Apotheken und anderen Gesundheitsberufen haben. Auch die FDP will die digitale Infrastruktur im Gesundheitswesen gezielt fördern und robotische Assistenzsysteme einsetzen. Sie setzt weiterhin auf die Selbstreinigungskräfte des Wettbewerbs und will mit finanziellen Anreizen und Zusatzangeboten den Wettbewerb zwischen den Kassen erhöhen und Bürokratie abbauen. Beide Parteien wollen die ambulante und stationäre Versorgung besser vernetzen und Fehlanreize für eine Überversorgung abbauen.

Zu den größten Herausforderungen der nächsten Regierungskoalition gehört aber die Sicherstellung der Finanzierung der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung unter Einhaltung der politisch zugesagten Sozialgarantie (40 % Belastungsgrenze mit Sozialversicherungsbeiträgen). In den Wahlprogrammen aller Parteien fehlt dazu eine Aussage. Dabei droht den Krankenkassen schon im nächsten Jahr wegen der Verschiebung der von Seiten des BMG versprochenen Entscheidung über einen weiteren Bundeszuschuss auf die nächste Wahlperiode ein Minus von ca. 15 Milliarden Euro und bis 2025 von 28 Milliarden Euro. Grund für diese zu erwartende Betragsbelastung sind neben der demographischen Entwicklung insbesondere sockelwirksame Ausgabenerhöhungen durch gesetzgeberische Aktivitäten der noch amtierenden Regierungskoalition.

Weitere gesetzliche Reformschritte nach der Wahl sind zu erwarten für eine Stärkung der Funktion des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in der Infektionsbekämpfung und für eine Sicherstellung der Arzneimittelversorgung zur Infektionsbekämpfung durch eine inländische Produktion der benötigten Wirkstoffe.

Es kann also davon ausgegangen werden, dass eine neue Regierungskoalition – wie gehabt - bereits zum Anfang nächsten Jahres ihr Profil für die Gesundheits- und Sozialpolitik durch eine erste Reformgesetzgebung zeigen will und vor allem unangenehme Entscheidungen möglichst zu Anfang ihrer Wahlperiode hinter sich bringen will.

von RA DR. RAINER HESS,
Rechtsanwälte Dr. Peters, Hess & Partner, Ehrenstr. 45-47,
50672 Köln

BGH: Zur Beweiskraft elektronischer Dokumentation

Die elektronische Dokumentation bietet kein Indiz der Richtigkeit, wenn eine Software genutzt wird, welche nachträgliche Änderungen nicht kenntlich macht.

Bundesgerichtshof, Urteil vom 24.07.2021 – VI ZR 84/19

Wesentliche Inhalte der Entscheidung:

Hintergrund des Urteils war ein arzt haftungsrechtlicher Rechtsstreit über die tatsächliche Durchführung einer Pupillenerweiterung. Obwohl der klagende Patient und seine Ehefrau deren Vornahme bestritten, war die Maßnahme in der elektronischen Patientenakte der Praxis des beklagten Augenarztes dokumentiert worden. Dies geschah unter Verwendung einer Praxissoftware, die Berichtigungen und nachträgliche Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte nicht kenntlich machte.

Während das Berufungsgericht die tatsächliche Erbringung der Maßnahme aufgrund der elektronischen Dokumentation für bewiesen erachtete, versagt der Bundesgerichtshof (BGH) der Dokumentation eine positive Indizwirkung.

Eine elektronische Dokumentation, die im Nachgang erfolgte Berichtigungen nicht als solche kenntlich macht, genügen nach der Entscheidung des BGH nicht den Anforderungen des § 630f Abs. 1 S.2 und 3 BGB. Danach sind nachträgliche Änderungen an Eintragungen in der Patientenakte unzulässig, soweit sie nicht unter Erhaltung des ursprünglichen Inhalts gesondert gekennzeichnet werden. Dies gilt entsprechend für die zur Führung elektronischer Akten verwendete Software. Elektronische Patientenakten, die durch Software erstellt und geführt werden, welche spätere Berichtigungen nicht erkennbar macht, fehlt es an Überzeugungskraft und Zuverlässigkeit. Diese Dokumentationen ermöglichen jedem Zugriffsberechtigten, den Inhalt ohne größere Entdeckungsgefahr kurzfristig und ohne wesentlichen Aufwand zu ändern. Das erhebliche Manipulationsrisiko steht der Annahme, dass eine dokumentierte Maßnahme tatsächlich durchgeführt wurde, demnach entgegen.

Der Entscheidung nach gilt dies unabhängig davon, ob der Patient Indizien für eine tatsächlich erfolgte Manipulation darlegt. Da der Patient in der Regel keinen Einblick in den

maßgeblichen Geschehensablauf hat, ist ihm nach Auffassung des BGH die Darlegung entsprechender Anhaltspunkte nicht zumutbar.

Eine solchermaßen unzureichende Dokumentation bleibt aber nicht vollends unberücksichtigt. Sie kann bei der Beweiswürdigung als tatsächlicher Umstand dienen und ist unter Beachtung des Inhalts der Verhandlungen und Beweisaufnahme sorgfältig und kritisch zu würdigen.

Praxisbedeutung:

Die Entscheidung des Bundesgerichtshofs klärt offene Fragen zu der Bedeutung elektronischer Dokumentation vor Gericht und stellt einen neuen, für die ärztliche Praxis wesentlichen Grundsatz auf.

Das Urteil knüpft an die Neuregelung der §§ 630a ff. BGB durch das Patientenrechtegesetz (2013) an. Grundsätzlich wird einer Patientenakte, die eine konkrete Maßnahme dokumentiert, abstrakte Beweiskraft zugesprochen. Mithin besteht eine positive Indizwirkung zugunsten des Behandlenden, dass dieser die Maßnahme tatsächlich vorgenommen hat. Der Dokumentation kommt daher im Prozess erhebliche Bedeutung zu.

Diese Beweiskraft hat der Bundesgerichtshof nun elektronischen Patientenakten versagt, sofern diese nicht mittels einer Software verwaltet werden, welche nachträgliche Änderungen in der Akte kennzeichnet. Auch das ärztliche Berufsrecht schreibt die Verwendung einer solchen Software vor (z.B. § 10 Abs. 5 S. 1 MBO-Ä).

Offen lässt der BGH allerdings die Frage, wie das Vorhandensein einer ausreichenden Software vom Behandler nachgewiesen werden kann. Hierzu sollten zumindest entsprechende Zertifikate des Herstellers vorliegen.

Das Urteil sollte zum Anlass genommen werden, die verwendete Software in Praxis oder Klinik auf ihre Konformität mit den gesetzlichen Anforderungen zu überprüfen und gegebenenfalls entsprechend den Empfehlungen der Ärztekammer nachzubessern.

**von RA CHRISTIAN HESS, Fachanwalt für Medizinrecht
und SABRINA WEGERHOFF, Wissenschaftliche Mitarbeiterin,
Rechtsanwälte Dr. Peters, Hess & Partner, Ehrenstr. 45-47,
50672 Köln**

OLG Oldenburg: Strafbarkeit der Klinikleitung wegen unvollständigen Zeugnisses

Das Verschweigen von Verdachtsmomenten im Arbeitszeugnis eines ehemaligen Krankenpflegers begründet keine strafbare Beihilfe durch Unterlassen zu dessen späteren Tötungsdelikten in einem anderen Klinikum.

Oberlandesgericht Oldenburg (3. Senat), Beschluss vom 23.7.2021 – 1 Ws 190/21

Wesentliche Inhalte der Entscheidung:

Der Beschluss betraf die Nichteröffnung des strafrechtlichen Hauptsacheverfahrens gegen mehrere Angeschuldigte. Bei diesen handelt es sich um die Geschäftsleitung sowie den Chefarzt einer Klinik, in welcher ein Krankenpfleger beschäftigt war, welchem die Tötung mehrerer Patienten in dieser Klinik und bei einem nachfolgenden Arbeitgeber zur Last gelegt werden. Trotz stichhaltiger Hinweise auf Handlungen des Pflegers, welche Patienten in lebensbedrohliche reanimationspflichtige Zustände versetzten, unterließen die Angeschuldigten zunächst die Einschaltung der Ermittlungsbehörden. Stattdessen wurde der Krankenpfleger freigestellt und erhielt ein wohlwollendes Zeugnis, welches dessen strafrechtlich relevantes Verhalten verschwie. Die Angeschuldigten beabsichtigten negative Presse über das Klinikum zu verhindern. Mithilfe des Zeugnisses wurde der Pfleger in einem anderen Krankenhaus eingestellt, wo er eine Vielzahl von Patienten tötete.

Das Oberlandesgericht verneint im Ergebnis eine Beihilfe der Angeschuldigten durch Unterlassen zu den bei dem nachfolgenden Arbeitgeber begangenen Straftaten des Krankenpflegers. Im Raum stand insbesondere eine Strafbarkeit wegen des Ausstellens eines unrichtigen Arbeitszeugnisses und damit das Unterlassen wesentlicher Informationen. Eine solche Beihilfe durch Unterlassen setzt aber in strafrechtlicher Sicht eine Garantenstellung voraus, welche das OLG in Bezug auf den nachfolgenden Arbeitgeber bzw. dessen Patienten verneinte.

Dabei stellt das OLG zunächst fest, dass die Angeschuldigten die erheblichen Verdachtsmomente gegen den Pfleger in dem Arbeitszeugnis hätten erwähnen müssen. Das OLG stellt unter Verweis auf die ständige arbeitsgerichtliche Rechtsprechung fest, dass der Inhalt eines Zeugnisses dem

Arbeitnehmer das weitere Fortkommen nicht ungerechtfertigt erschweren darf, zugleich aber auch der Wahrheit entsprechen muss. Vom bisherigen Arbeitgeber wird demzufolge verlangt, dass er den Arbeitnehmer auf der Grundlage von Tatsachen beurteilt und dessen Tätigkeiten in einem Zeugnis so vollständig und genau beschreibt, dass sich künftige Arbeitgeber ein klares Bild über den Verlauf des Arbeitsverhältnisses machen können.

Der Grundsatz der Zeugniswahrheit und -klarheit erstreckt sich auf alle wesentlichen Tatsachen und Bewertungen, die für die Gesamtbeurteilung des Arbeitnehmers von Bedeutung sind und an deren Kenntnis ein künftiger Arbeitgeber ein berechtigtes und verständiges Interesse haben kann. Ein solch berechtigtes und verständiges Interesse des künftigen Arbeitgebers ist insbesondere an der Kenntnis nicht unwesentlicher strafbarer Handlungen des Arbeitnehmers zu bejahen, die mit dem Arbeitsverhältnis in einem unmittelbaren Zusammenhang stehen.

Demnach verstießen die Angeschuldigten zwar gegen die arbeitsrechtliche Pflicht zur Zeugniswahrheit. Dieser Verstoß führte nach der Entscheidung des OLG aber nicht zu einer Garantenstellung aus pflichtwidrigem Vorverhalten (sog. Ingerenz). Das Verschweigen des Tatverdachts des Krankenpflegers in dem Arbeitszeugnis sei zwar pflichtwidrig. Allerdings fehle der Pflichtwidrigkeits- und Schutzzweckzusammenhang. Die Vollständigkeit des Zeugnisses diene dem Schutz des zukünftigen Arbeitgebers insbesondere vor Vermögensschäden, nicht jedoch dem Schutz von Rechtsgütern Dritter, hier dessen Patienten, die nicht Adressat des Arbeitszeugnisses sind.

Praxisbedeutung:

Der Beschluss verknüpft in ungewöhnlicher Weise strafrechtliche und arbeitsrechtliche Thematiken. Insofern befasst sich der Strafsenat des Oberlandesgerichtes umfassend mit den zwingenden Inhalten eines Arbeitszeugnisses. Auch wenn ein Verstoß gegen die Pflicht zur Zeugniswahrheit nach dieser Entscheidung zumindest keine Strafbarkeit für zukünftiges Fehlverhalten des ehemaligen Arbeitnehmers begründet, so können sich aus einem solchen Verstoß sehr wohl zivilrechtliche Schadenersprüche ergeben.

Es gilt somit besondere Vorsicht bei dem Erstellen von Arbeitszeugnissen walten zu lassen. Neben einer eher selten drohenden Strafbarkeit ist insbesondere die haftungsrechtliche Bedeutung der Verletzung der Zeugniswahrheitspflicht zum Nachteil zukünftiger Arbeitgeber zu beachten.

von RA CHRISTIAN HESS, Fachanwalt für Medizinrecht
und SABRINA WEGERHOFF, Wissenschaftliche Mitarbeiterin,
Rechtsanwälte Dr. Peters, Hess & Partner, Ehrenstr. 45-47,
50672 Köln

BGH: Ärztliche Aufklärung bei Neulandmethode

Bei Anwendung einer noch nicht anerkannten medizinischen Behandlungsmethode sind erhöhte Anforderungen an die ärztliche Aufklärung zu stellen.

Bundesgerichtshof, Urteil vom 18.5.2021 – VI ZR 401/19

Wesentliche Inhalte der Entscheidung:

Das Urteil befasst sich mit der Frage, ob eine ordnungsgemäße Aufklärung des klagenden Patienten durch die Beklagten vor dem Hintergrund einer Neulandmethode stattgefunden hat.

Der Kläger ließ sich am 2.3.2011 in dem vom beklagten Klinikum eine Bandscheibenendoprothese des Typs „Cadisc-L“ implantieren. Den Eingriff führte der ebenfalls beklagte Chefarzt der Klinik für Wirbelsäulenchirurgie durch. Er verwendete eine von der mittlerweile insolventen R. T. Limited hergestellte Bandscheibenendoprothese des Typs „Cadisc-L“, die vollständig aus Kunststoff gefertigt war und anders als die übrigen am Markt gebräuchlichen Implantate keinen äußeren Titanmantel aufwies. Im Jahr 2014 rief die Herstellerin sämtliche Prothesen dieses Typs zurück, worauf der Kläger aufgrund von Schmerzen im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule untersucht wurde. Die veranlassten bildgebenden Untersuchungen zeigten, dass sich Teile des Prothesenkerns gelöst hatten, in den Spinalkanal gewandert waren und auf die Wurzel S 1 links drückten. Die Prothese wurde deshalb am 30.6.2014 durch den Chefarzt entfernt und durch eine Cage ersetzt.

Aufgrund dieser Geschehnisse nahm der Kläger die beklagte Klinik und den beklagten Chefarzt auf Ersatz materiellen und immateriellen Schadens wegen fehlerhafter ärztlicher Behandlung und unzureichender Aufklärung in Anspruch. Obwohl zunächst das Landgericht die Klage abwies und das Oberlandesgericht Oldenburg die Berufung des Klägers zurückwies, hatte die Revision vor dem Bundesgerichtshof (BGH) Erfolg.

Der BGH führt dabei aus, dass in den vorherigen Entscheidungen ein fehlerhafter rechtlicher Maßstab in Bezug auf den Entscheidungskonflikt des Klägers während der Aufklärung angewendet worden sei. So habe der Chefarzt bei dem Kläger ein nicht allgemein anerkanntes Behandlungskonzept angewandt. Bei der Implantation einer Kunststoffendoprothese des Systems Cadisc-L habe es sich nach Auffassung des Gerichts um eine noch nicht etablierte Neulandmethode gehandelt. Grund dafür sei, dass es sich im

Gegensatz zu den herkömmlichen Implantaten bei dem Cadisc-L Implantat um eine ausschließlich aus Kunststoff bestehende Prothese handelt, die klinisch noch nicht hinreichend erprobt war.

Das Gericht führte weiter aus, dass bei einer noch nicht anerkannten medizinischen Behandlungsmethode zur Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten erhöhte Anforderungen an dessen Aufklärung zu stellen seien. So ist ebenfalls die Information zu vergegenwärtigen, dass es sich bei der geplanten Neulandmethode um einen Eingriff handelt, der nicht oder noch nicht dem medizinischen Standard entspricht. Eine Neulandmethode darf nur dann am Patienten angewandt werden, wenn diesem zuvor unmissverständlich verdeutlicht wurde, dass die neue Methode die Möglichkeit unbekannter Risiken birgt und somit unbekannte Risiken beherbergen könnte.

Diese benannten Anforderungen an die Aufklärung des Patienten sind nach der Entscheidung des BGH in dem vorliegenden Fall jedoch nicht erfüllt worden. So wurde der Kläger weder darauf hingewiesen, dass die geplante Implantation der Kunststoffendoprothese noch nicht medizinischer Standard war, noch wurde er auf die Möglichkeit unbekannter Risiken aufmerksam gemacht.

Praxisbedeutung:

Die Entscheidung des BGH folgt zwar der ständigen Rechtsprechung, die bei einer Neulandmethode eine strengere Aufklärung verlangt, sie stuft jedoch erstmalig die auch aus den Medien bekannten Kunststoffimplantate des Typs „Cadisc-L“, als Neulandmethode ein.

Erwähnenswert ist außerdem, dass das Gericht nicht von einer hypothetischen Einwilligung ausgegangen ist. So kann sich gemäß der ständigen Rechtsprechung der behandelnde Arzt nach einer fehlerhaften Aufklärung dadurch rechtfertigen, dass er darlegt, der Patient hätte auch im Falle einer ordnungsgemäßen Aufklärung in die Maßnahme eingewilligt. Das Gericht geht bei dieser Frage aufgrund der Anwendung eines nicht allgemein anerkannten Behandlungskonzepts von einem strengeren Maßstab aus und verneint demnach eine hypothetische Einwilligung des Patienten.

**von RA CHRISTIAN HESS, Fachanwalt für Medizinrecht
und MIRIAM MELI, Wissenschaftliche Mitarbeiterin,
Rechtsanwälte Dr. Peters, Hess & Partner, Ehrenstr. 45-47,
50672 Köln**

VG Neustadt: Maßnahmen zum Coronaschutz in der Arztpraxis

Die Einhaltung der Maskenpflicht muss auch in Arztpraxen gegenüber den Patientinnen und Patienten durchgesetzt werden.

Verwaltungsgericht Neustadt (5. Kammer), Urteil vom 17.08.2021 – 5 K 125/21.NW

Wesentliche Inhalte der Entscheidung:

In dem vorliegenden Fall wandte sich die Klägerin gegen Anordnungen des beklagten Gesundheitsamtes zur Umsetzung des Infektionsschutzgesetzes.

Die Klägerin ist niedergelassene Fachärztin für Allgemeinmedizin. Aufgrund von mehreren Beschwerden von Bürgern wurde die Praxis der Klägerin unangemeldet von Mitarbeitern des Gesundheitsamtes aufgesucht. Bei den Besuchen wurden unter anderem Aushänge in dem Eingangsbereich der Praxis vorgefunden mit der Aufschrift „Es besteht keine Maskenpflicht in unserer Praxis“. Weitere Plakate in den Praxisräumen hatten den Inhalt „Corona ist nicht gefährlicher als eine Grippe!“ Auch trug der Empfangsmitarbeiter der Praxis keine Maske. Im Wartezimmer konnten durch die Anordnung der Stühle der geforderte Abstand von 1,5 m nicht eingehalten werden.

Als auch nach weiteren Besuchen die Corona Maßnahmen nicht eingehalten wurden, erließ das Gesundheitsamt gegenüber der Klägerin verschiedene Verfügungen, die die Einhaltung verschiedener Corona Maßnahmen zum Inhalt hatten. Die Klägerin widersprach den Anordnungen. Als Begründung wurde u. a. angeführt, dass die geltende Corona-Verordnung nur die Patienten verpflichte, Masken zu tragen, Ärzte und Mitarbeiter seien hingegen nicht verpflichtet Dritte zum Tragen der Maske zu zwingen. Es sei auch nicht möglich, die vorhandene Bestuhlung umzustellen.

Das Gericht wies jedoch die Klage ab und führte in seinem Urteil aus, dass mit den Vorgaben zur Maskenpflicht und Einhaltung von Abständen der Verordnungsgeber den legitimen Zweck erfüllt, die Verbreitung der Coronavirus-Krankheit zu verhindern und somit Leben und Gesundheit der Bevölkerung zu schützen, um die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems zu erhalten. Dies würde sich unter anderem aus dem Infektionsschutzgesetz ergeben und sei demnach auch maßgeblich für die Sicherheit einer Arztpraxis.

Der Einwand der Klägerin, das Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung sei wissenschaftlich nicht sinnvoll, könne in diesem Zusammenhang nicht durchdringen. Auch wenn der Klägerin in ihrer Praxis als Privatperson keine Hoheitsrechte zustehen, so kann diese nach den Feststellungen des Gerichts dennoch von den Patienten in ihren Praxisräumen, das Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung einfordern. Die Anordnung an die Klägerin, dafür zu sorgen, dass die Mitarbeiter eine Mund-Nasen-Bedeckung tragen, sei rechtmäßig. Auch der Mindestabstand von 1,5 m zwischen den Stühlen im Wartebereich sei verpflichtend. Das Aufhängen von Plakaten mit dem Inhalt „keine Maskenpflicht“ sei zu unterlassen.

Praxisbedeutung:

Das Urteil des VG Neustadt verdeutlicht die Bedeutung der Einhaltung der verschiedenen Corona-Schutzmaßnahmen im Praxisalltag.

Das Gericht hält dabei auch unter Berücksichtigung des ärztlichen Berufsrechts die Ärztin für berechtigt und verpflichtet, Patienten, welche sich weigern, eine Maske zu tragen, unter Nutzung ihres Hausrechts nicht zu behandeln und der Praxis zu verweisen. Das Gericht stützt sich dabei auf die nach dem ärztlichen Berufsrecht bestehende Möglichkeit, eine Behandlung abzulehnen. Dieses Recht besteht allerdings bereits nicht in Notfällen, was das Gericht durchaus gesehen, allerdings nicht weiter thematisiert hat. Zu beachten ist zudem, dass im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung eine weitergehende Behandlungspflicht von gesetzlich Versicherten angenommen wird. Mit dieser Besonderheit setzt sich das Gericht nicht auseinander. Man kann aber wohl mit guten Argumenten vertreten, dass auch im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung – außerhalb von Notfällen – das Recht besteht, eine Behandlung abzulehnen, soweit der Arzt durch die Übernahme der Behandlung gegen ein gesetzliches Verbot, hier nach dem Infektionsschutzgesetz, verstößt.

Zu beachten ist, dass ausweislich der Sachverhaltschilderung in dem Urteil die Ärztin wegen der beschriebenen Handlungen nicht nur durch das Gesundheitsamt sanktioniert wurde. Zusätzlich wurde durch die Landesärztekammer eine Rüge sowie ein Ordnungsgeld i. H. v. 15.000,00 EUR festgesetzt und der Ärztin die Weiterbildungsurlaubnis entzogen.

**von RA CHRISTIAN HESS, Fachanwalt für Medizinrecht
und MIRIAM MELI, Wissenschaftliche Mitarbeiterin,
Rechtsanwälte Dr. Peters, Hess & Partner, Ehrenstr. 45-47,
50672 Köln**

THEMENGEBIET #5

LSG Sachsen: Drittschutz bei Verstoß eines Konkurrenten gegen Vertragsarztrecht

Verstößt eine wettbewerbliche Tätigkeit eines Dritten besonders schwerwiegend gegen nicht nur status- und versorgungsneutrale Regelungen, kann ein Vertragsarzt die zuständige KV zum Tätigwerden verpflichten.

Landessozialgericht Sachsen Beschluss vom 19.7.2021 – L 1 KA 10/19 B ER

Wesentliche Inhalte der Entscheidung:

Gegenstand des vorliegenden Verfahrens waren von einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) angezeigte und von dieser nicht monierte ausgelagerte Praxisräume, welche sich in einer Entfernung von knapp 15km zum Hauptstandort des MVZ sowie in einem anderen Planungsbereich befanden. Gegen diese Duldung durch die KV wendete sich ein anderes MVZ, welches im Einzugsbereich der ausgelagerten Praxisräume lag. Das Gericht bestätigte die erstinstanzlich gegenüber der KV ausgesprochene Verpflichtung, den Betrieb der ausgelagerten Praxisräume zu untersagen.

Die Besonderheit des Falls lag darin, dass ausgelagerte Praxisräume – anders als Zweigpraxen – nicht genehmigt werden und daher ein unmittelbarer Rechtsschutz gegen eine solche Genehmigung durch Drittwiderspruch nicht in Betracht kam. Das Landessozialgericht bestätigte allerdings die Möglichkeit, in solchen Fällen die KV zu einem Tätigwerden zu verpflichten. Danach ergeben sich aus dem Zulassungsstatus eines Leistungserbringers Abwehrrechte gegen die Duldung rechtswidriger Zustände durch die KV. Hinsichtlich nicht genehmigungs- sondern bloß anzeigepflichtiger Leistungen, wie dies bei ausgelagerten Praxisräumen der Fall ist, bestehe zwar keine Drittanfechtungssituation. Rechtsschutz werde jedoch gegenüber der zuständigen Stelle, hier der KV, gewährt.

Erforderlich für einen solchen weitergehenden Anspruch auf ein Eingreifen der KV ist dabei nach der Entscheidung des LSG, dass die beanstandete wettbewerbliche Tätigkeit eines Dritten besonders schwerwiegend gegen nicht nur status- oder versorgungsneutrale Regelungen des Vertragsarztrechts verstößt.

Diese Anforderungen waren nach den Feststellungen des Gerichts vorliegend erfüllt. Hiernach erfüllten die ausgelagerten Praxisräume in keiner Weise die Anforderungen des § 24 Abs. 5 Ärzte-ZV. Dies ergab sich bereits aus der Entfernung von ca. 15 km zum Hauptstandort des MVZ, wodurch es an der von § 24 Abs. 5 Ärzte-ZV geforderte „räumliche Nähe“ zwischen Praxissitz und weiterem Ort fehlte. Unerheblich war dabei für das Gericht, dass zumindest unter Idealbedingungen die Fahrtzeiten zwischen beiden Standorten ca. 30min. betrug.

Praxisbedeutung:

Die Entscheidung stärkt die Möglichkeiten, im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung gegen konkurrierende Tätigkeiten anderer Leistungserbringer vorzugehen, wenn deren Tätigkeit schwerwiegend gegen status- und versorgungsrelevante Regelungen verstößt, wie dies vorliegend vom LSG durch die ausgelagerten Praxisräume angenommen wurde.

In materieller Hinsicht relevant ist die Tendenz des Gerichts, ausgelagerte Praxisräume außerhalb desselben Planungsbereichs generell für unzulässig zu halten. Wegen der vorliegend bereits fehlenden räumlichen Nähe kam es auf diesen Aspekt im Ergebnis nicht an. Das LSG neigt aber zu der Auffassung, dass sich ausgelagerten Praxisräume grundsätzlich in dem Planungsbereich befinden müssen, für den der betreibende Leistungserbringer zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist.

**von RA CHRISTIAN HESS, Fachanwalt für Medizinrecht
und SABRINA WEGERHOFF, Wissenschaftliche Mitarbeiterin,
Rechtsanwälte Dr. Peters, Hess & Partner, Ehrenstr. 45-47,
50672 Köln**

DER PRAKTISCHE FALL

Die Rechtsfolgen von nicht erreichten Mindestmengen im Krankenhaus (Teil 2)

In der Ausgabe 06/2020 wurde das Urteil des LSG Niedersachsen-Bremen vom 16.6.2020 besprochen, welches sich mit dem Nachweis von Mindestmengen nach § 136b Abs. 1 Nr. 2, Abs. 4 SGB V beschäftigt. In der Ausgabe 02/2021 hatten wir hierzu die Rechtsfolgen bei Nichterreichen von Mindestmengen für die Vergütung des Krankenhauses dargelegt. In dem nachfolgenden Artikel gehen wir der Frage nach den Auswirkungen nicht erreichter Mindestmengen auf den medizinischen Standard nach.

Der behandelnde Arzt ist zu einer Behandlung entsprechend des medizinischen Standards verpflichtet. Diese Verpflichtung ergibt sich u. a. aus dem Behandlungsverhältnis zu dem Patienten und trifft daher auch das Krankenhaus, welches den Behandlungsvertrag mit dem Patienten abgeschlossen hat. Der medizinische Standard wird definiert als der jeweilige Stand der naturwissenschaftlichen Erkenntnisse und der ärztlichen Erfahrung, der zur Erreichung des ärztlichen Behandlungsziels erforderlich ist und sich in der Erprobung bewährt hat.

Es findet in der Rechtswissenschaft eine breite Diskussion darüber statt, ob dieser medizinische Standard durch Leistungsausschlüsse und –vorgaben aus dem Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) begrenzt bzw. konkretisiert wird. Zur Umsetzung des im Bereich der GKV geltenden Wirtschaftlichkeitsgebotes finden sich im SGB V sowie insbesondere in den vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) erlassenen Richtlinien zahlreiche Leistungsvorgaben und –ausschlüsse, u. a. auch die Mindestmengenregelung.

Im Bereich der Mindestmengen könnte zunächst der dieser Regelung zugrundeliegende Gedanke der Qualitätssicherung für einen Einfluss auf den medizinischen Standard sprechen. Dieser Gedanke leitet sich daraus ab, dass die Routine (Anzahl der Leistungen) die Qualität der Leistungserbringung bedingen soll.

Dagegen spricht aber bereits, dass es sich bei diesem Gedanken um eine abstrakte Vermutung handelt und nicht um das im Einzelfall nach dem Stand der naturwissenschaftlichen Erkenntnisse erforderliche

Behandlungsniveau. Zu beachten ist weiterhin, dass, wie bereits in Teil 1 der Artikelreihe dargelegt, selbst unter Geltung der Mindestmengenregelung und trotz Unterschreiten der Mindestmengen Konstellationen bestehen, in welchen die Leistung weiterhin erbracht werden kann. Dies betrifft z. B. Notfälle und Fälle, in denen eine Verlegung in ein anderes Krankenhaus zeitlich nicht möglich ist. Die Mindestmengen beruhen zudem auf Prognoseentscheidungen, sodass die Frage der Abrechenbarkeit der Leistung je nach Kalenderjahr und teilweise erst rückwirkend zu beantworten sein kann. Der medizinische Standard, also der Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen kann aber nicht von solchen Prognosen und abstrakten Vermutungen abhängen.

Ohne an dieser Stelle den grundsätzlichen Diskurs über das Verhältnis von medizinischem Standard und dem Wirtschaftlichkeitsgebot in der GKV vertiefen zu müssen, sprechen zumindest in Bezug auf die Mindestmengenregelung somit wesentliche Aspekte dafür, dass diese keine unmittelbaren Auswirkungen auf den medizinischen Standard hat. Einem Krankenhausarzt, welcher trotz Unterschreiten der Mindestmenge eine solche Behandlung durchführt, kann daher allein hierdurch nicht generell ein Behandlungsfehler unterstellt werden.

Auch die sich aus dem Behandlungsverhältnis ergebenden ärztlichen Pflichten setzen aber natürlich ausreichende Erfahrungen des Behandlers voraus, was sich u. a. in der arzt haftungsrechtlichen Rechtsprechung zu Anfängeroperationen und dem Facharztstandard widerspiegelt. Ob diese haftungsrelevanten Voraussetzungen in der Person des Behandlers erfüllt werden, ist eine Frage des Einzelfalls.

Das vor dem Hintergrund des Wirtschaftlichkeitsgebots begrenzte Leistungsvolumen im Bereich der GKV kann durchaus für den Inhalt der wirtschaftlichen Aufklärung des Patienten von Bedeutung sein.

Der Vollständigkeit halber ist zudem zu erwähnen, dass ein kontinuierlicher Verstoß gegen die Mindestmengenregelung für das Krankenhaus auch krankenhausesplanungsrechtliche Konsequenzen haben kann.

Einen anderen unter Haftungsgesichtspunkten relevanten Aspekt betrifft die Frage der Abrechnung von entgegen dem Leistungsausschluss nach der Mindestmengenregelung erbrachten Leistungen. Da diese Leistungen nicht erbracht werden durften, können sie auch nicht abgerechnet werden. Soweit sich ein Arzt an einer fehlerhaften Abrechnung beteiligt oder diese gar verantwortet, können sich hieraus durchaus Haftungskonstellationen ergeben und kann dies auch als Verstoß gegen arbeitsrechtliche Pflichten durch den Arbeitgeber sanktioniert werden.

von RA CHRISTIAN HESS, Fachanwalt für Medizinrecht,
Rechtsanwälte Dr. Peters, Hess & Partner, Ehrenstr. 45-47,
50672 Köln

Ihre rechtlichen Erfahrungen im Arbeitsalltag

Welche rechtlichen Herausforderungen begegnen Ihnen im Arbeitsalltag?

An dieser Stelle möchten wir Sie nochmals auf unsere neue Rubrik „Der praktische Fall“ hinweisen. Hier sollen insbesondere Sie, unsere Leserinnen und Leser, die Möglichkeit erhalten, über rechtliche Erfahrungen in ihrem beruflichen Alltag zu berichten und diese so mit anderen Mediziner*innen zu teilen. Wir hoffen auf eine rege Beteiligung und freuen uns auf Ihre Berichte über Erfahrungen vor Gerichten, Behörden oder in anderen Rechtsangelegenheiten. Senden Sie Ihre Beiträge gerne an redaktion@chefarzt-aktuell.de oder postalisch an chefarzt aktuell, c/o Rechtsanwälte Dr. Peters, Ehrenstr. 45-47, 50672 Köln.

DIE REDAKTION

Impressum: Ausgabe Juli/August 2021, Nr. 04/21, chefarzt aktuell - Informationsdienst für leitende Krankenhausärzte, chefarzt aktuell - Informationsdienst für leitende Krankenhausärzte und -ärztinnen, **Herausgeber:** Christian Heß, c/o Rechtsanwälte Dr. Peters, Hess & Partner, Ehrenstr. 45-47, 50672 Köln, **Redaktion:** Miriam Meli, c/o Rechtsanwälte Dr. Peters, Hess & Partner, Ehrenstr. 45-47, 50672 Köln, Tel: 0221/2578301, redaktion@chefarzt-aktuell.de, **Kontakt:** chefarzt-aktuell, c/o Rechtsanwälte Dr. Peters, Hess & Partner, Ehrenstraße 45-47, 50672 Köln, **Telefon:** +49 (0)221 257 83 01, **E-Mail:** redaktion@chefarzt-aktuell.de, **Web:** www.chefarzt-aktuell.de, **Druck:** Versand-, Büro- und Kommunikationsdienstleistungen Martin Kamrath e.K., Klosterstraße 73-75, 40211 Düsseldorf.

Bei der Veröffentlichung muss sich die Redaktion aus Platzgründen Kürzungen vorbehalten. Die Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion und des Herausgebers wieder.