

Radiologen Wirtschafts Forum

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

96. Deutscher Röntgenkongress
Einladung zum Standbesuch und Lunchsymposium!
(Details siehe Kasten auf Seite 2 und Anzeige auf Seite 9)

Recht

Abrechnung

Finanzen

5 | Mai 2015

Kooperationen

BSG konkretisiert Vorgaben für die Gründung von Teil-BAG zwischen Vertragsärzten

Das Bundessozialgericht (BSG) hat mit zwei Urteilen die Vorgaben für die Gründung von Teil-Berufsausübungsgemeinschaften (Teil-BAG) zwischen Vertragsärzten konkretisiert. Demnach schließt die Einbringung der gesamten Tätigkeit eines Arztes in eine Teil-BAG die Gründung ebenso aus wie unklare und nicht hinreichend transparente Regelungen zur Gewinnverteilung in den Gesellschaftsverträgen (BSG Urteile vom 25.3.2015 – Az. B 6 KA 24/14 R und B 6 KA 21/14 R, noch nicht veröffentlicht).

von RA Michael Frehse,
FA für Medizinrecht, Münster,
www.kanzlei-am-aerztehaus.de

Hintergrund

Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz wurde Vertragsärzten im Jahre 2007 die Möglichkeit zur Gründung einer Teil-BAG eröffnet, also einer ärztlichen Gesellschaft, die auf die Erbringung bestimmter Einzelleistungen beschränkt ist. Gemäß § 15a Abs. 5 Bundesmantelvertrag für Ärzte (BMV-Ä) soll die Gründung einer Teil-BAG nur dann möglich sein, wenn das zeitlich beschränkte Zusammenwirken der Ärzte erforderlich ist, um Patienten zu versorgen, die einer gemeinschaftlichen Versorgung durch die der Teil-BAG angehörigen Ärzte bedürfen. Konkret vor Augen hatte

der Gesetzgeber beispielsweise die Gründung einer Teil-BAG zwischen einem Neurologen und einem Pädiater zur Behandlung spezieller kinderneurologischer Krankheitsbilder.

Vielfältige Gestaltungsvarianten von Teil-BAG bei Radiologen

Im Bereich der Radiologie bieten sich bei Teil-BAG vielfältige Gestaltungsvarianten. In Betracht kommen beispielsweise Zusammenschlüsse von Radiologen und Kardiologen und/oder Orthopäden zur Erbringung diagnostischer Leistungen.

BSG-Entscheidungen bringen mehr Rechtssicherheit

Da die Interpretation der gesetzlichen Vorgaben bisher höchststrichlerlich nur unzureichend geklärt war, haben viele Radiologen – auch

Inhalt

Guerbet lädt ein

96. Deutscher Röntgenkongress
in Hamburg 2

Wettbewerbsklauseln

Wettbewerbsverbot immer nur
zwei Jahre? 3

Vertragsarztrecht

Kein Kooperationszuschlag auf
QZV-Leistungen – auch nicht für
Radiologen 4

Leserforum EBM

Abrechnung einer MRT des
Schädels mit Akustiksequenzen ...5

Download des Monats

KBV-Broschüre „Arbeiten im
Team“ 6

Arzthaftung

Die Haftung des Oberarztes:
Gerät er nur bei eigenen
Fehlern in die Schusslinie? 6

Chefarztvertragsrecht

Honorarrückforderung:
Chefarzt ohne Liquidationsrecht
ist der falsche Adressat 8

mit Blick auf die bestehenden Risiken – den Weg zur Gründung von Teil-BAGs bisher gescheut. Mit den beiden nachfolgend dargestellten Entscheidungen hat das BSG nunmehr die gesetzlichen Vorgaben näher konkretisiert und die Übereinstimmung der Vorgaben des BMV-Ä mit höherrangigem Recht untersucht.

1. Fall: Teil-BAG unter Augenärzten

Im Streit stand die Gründung einer Teil-BAG zwischen zwei operativ tätigen Augenärzten mit Sitz in S und einem ausschließlich konservativ tätigen Augenarzt mit Sitz der Praxis in E. Konkret war zwischen den Klägern beabsichtigt, dass die gesamte Tätigkeit des ausschließlich konservativ tätigen Augenarztes Gegenstand der Teil-BAG werden sollte. Außerdem sollte die diagnostische und operative Tätigkeit der beiden Ärzte bei Patienten mit Erstkontakt am Sitz des konservativ tätigen Arzt in E erfolgen.

Das zuständige Landessozialgericht bestätigte die Entscheidung des beklagten Berufungsausschusses, wonach die Genehmigung der Teil-BAG nicht erteilt werden kann, da der ausschließlich konservativ tätige Arzt seine gesamte Tätigkeit in die Teil-BAG einbringen würde und es damit an der gesetzlich geforderten Begrenzung auf „einzelne Leistungen“ fehle.

Die dagegen gerichtete Revision der Ärzte vor dem BSG hatte keinen Erfolg. Zu Recht habe das LSG das Vorliegen der Leistungsbegrenzung auf „einzelne Leistungen“ abgelehnt, da zwischen den Augenärzten beabsichtigt war, dass ein Arzt seine gesamte Tätigkeit in die Teil-BAG einbringen sollte. Alleine aus diesem

Guerbet lädt ein

96. Deutscher Röntgenkongress 2015 in Hamburg

Wir laden Sie herzlich am **14. und 15. Mai** von 9:00 bis 18:00 Uhr zu einem Besuch **auf unseren Ausstellungsstand** ein (Halle H, Stand D.09). Es erwarten Sie:

- Aktuelle wissenschaftliche Informationen zu unseren Produkten.
- Vorführung unseres neuartigen CT-Injektionssystems FlowSens®.
- Lunchsymposium „MRT-Kontrastmittel – Update 2015 (siehe Anzeige auf der letzten Seite).
- Kompetente Beratung und kollegialer Austausch in angenehmer Atmosphäre inklusive kleiner Erfrischungen.
- Laden Sie neue Energie! Entspannen Sie in unserer kleinen Lounge und nutzen nebenbei unsere Ladestation für Mobilgeräte.
- Online-Registrierung zum Abonnement des „Radiologen WirtschaftsForum“ (RWF).
- Beginnen Sie den Kongresstag mit einem Frühstück à la France (Donnerstag/Freitag ab 9 Uhr).
- Beenden Sie den Kongresstag mit einem Come-Together zu unserer „Contrast Hour“ (Donnerstag/Freitag ab 17 Uhr).
- Sportliche Entspannung bei einem Dart-Duell mit dem Champion Jyhan Artut.
- Offizielle Guerbet-Kongresstasche **kostenlos** im Auslagebereich des „Infomarkt“.

Wir freuen uns auf Ihr Kommen!

Ihre Guerbet GmbH

Grunde habe der Berufungsausschuss die Genehmigung versagen müssen. In einer Teil-BAG müssten die beteiligten Einzelpraxen jeweils bestehen bleiben.

Wenngleich es für die Entscheidung nicht mehr darauf ankam, führte das BSG ergänzend aus, dass die vorgelegte vertragliche Abrede zwischen den Augenärzten die Annahme einer missbräuchlichen Gestaltung zur Sicherung der Zuweisung von Patienten zur ambulanten Operation nahelege. Diese Zweckrichtung leitete das Gericht aus den Regelungen zur Gewinnverteilung her, da der

ausschließlich konservativ tätige Arzt an den Erträgen der operativ tätigen Ärzte bei den zunächst von ihm behandelten Patienten partizipieren sollte.

In diesem Zusammenhang konkretisierten die Kasseler Richter die Vorgaben für die Ausgestaltung von Gesellschaftsverträgen zur Gründung einer Teil-BAG. Diese müssten „so transparent und klar“ gestaltet werden, „dass für die Zulassungsgremien insbesondere der Gegenstand der gemeinsamen Leistungserbringung sowie die Einzelheiten der Gewinnverteilung nachvollziehbar“ seien.

2. Fall: Teil-BAG unter Hausärzten

Der zweiten Entscheidung lag ein Antrag einer Hausärztin und eines Hausarztes zur Gründung einer überörtlichen diabetologischen Teil-BAG zugrunde. Die Hausärztin führt eine diabetologische Schwerpunktpraxis, der an einem anderen Standort tätige Hausarzt verfügt über die Zusatzausbildung Diabetologie. In die Teil-BAG sollte ausschließlich die diabetologische Tätigkeit eingebracht werden. Insoweit lägen unterschiedliche Schwerpunkte bei der Behandlung und ein sich ergänzendes Leistungsspektrum vor. Darüber hinaus ermögliche die Kooperation den Patienten, bestimmte Probleme mit einem gleichgeschlechtlichen Arzt besprechen zu können.

Die zuständigen Zulassungsgremien versagten die Genehmigung und verwiesen in dem gerichtlichen Verfahren darauf, dass § 33 Abs. 2 Ärzte-ZV nur die Kooperation bezüglich „einzelner Leistungen“ zulasse. Da in dem vorliegenden Fall jedoch die Kooperation hinsichtlich sämtlicher Leistungen des Diabetes-DMP beabsichtigt sei, könne eine Genehmigung nicht erteilt werden.

Wie schon die Vorinstanz verurteilte auch das BSG den beklagten Berufungsausschuss zur Genehmigung der überörtlichen diabetologischen Teil-BAG. Die Einbringung der gesamten diabetologischen Versorgung in die Teil-BAG stehe der Genehmigung erst dann entgegen, wenn diese den vollständigen Tätigkeitsinhalt einer der beteiligten Praxen darstellt. Der beantragten Genehmigung könne unter Rückgriff auf § 15a Abs. 5 BMV-Ä auch nicht das Argument der fehlenden

Erforderlichkeit entgegengehalten werden.

Nach Ansicht der Richter sind die Vertragspartner bei der Ausgestaltung des BMV-Ä über ihren Regelungsauftrag hinausgegangen. Daher sei die Regelung rechtswidrig und entfalte somit keine Wirkung. Da keine Anhaltspunkte für eine Umgehung des Verbots der Zuweisung gegen Entgelt ersichtlich seien, sei der Berufungsausschuss zu Recht zur Erteilung der beantragten Genehmigung verurteilt worden.

Praktische Konsequenzen der Urteile

Die Entscheidungen des BSG sind sehr beachtenswert, weil sie den Vertragsparteien des BMV-Ä die Grenzen des Gestaltungsspielraums eindeutig aufgezeigt haben. Darüber hinaus hat das BSG damit einen wichtigen Beitrag zur Konkretisierung der Vorgaben für die Gründung einer Teil-BAG geleistet. Der Zusammenschluss setzt demnach zunächst voraus, dass nicht einer der Partner seine gesamte Tätigkeit in die Teil-BAG einbringt. Ferner können Zulassungsgremien Anträge nicht mehr unter Rückgriff auf die aus § 15a BMV-Ä abgeleitete „Erforderlichkeit“ ablehnen, da die Vorschrift gegen höherrangiges Recht verstößt.

Vorsicht ist bei der Ausgestaltung der Gewinnverteilungsregelungen geboten. Hier verlangt das BSG klare und transparente Regelungen. Fehlt diese Transparenz und Klarheit, droht die Verweigerung der Genehmigung wegen des Verdachts einer missbräuchlichen Ausgestaltung zur Bindung von Zuweisungen, was als Verstoß gegen das Verbot der Zuweisung gegen Entgelt bewertet werden kann.

Konkurrenzschutzklauseln Wettbewerbsverbot immer nur zwei Jahre?

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat mit Urteil vom 20. Januar 2015 (Az. II ZR 369/13) auch für die Auseinandersetzung von Kapitalgesellschaften entschieden, dass ein nachvertragliches Wettbewerbsverbot für die Dauer von fünf Jahren sittenwidrig ist und keinen Anspruch auf Zahlung einer Vertragsstrafe wegen Verletzung des Verbots begründen kann. Im Regelfall betrage die zeitliche Höchstgrenze zwei Jahre. Eine zeitliche Dauer von mehr als zwei Jahren in Ausnahmefällen sei indes nicht zwingend ausgeschlossen.

Der BGH hatte in zahlreichen vorangegangenen Entscheidungen bezüglich der „Zwei-Jahres-Grenze“ kategorischer und abschließender formuliert. Die Aussage, dass Wettbewerbsverbote „in Ausnahmefällen“ auch für einen längeren Zeitraum als zwei Jahre gelten könnten, ist daher bemerkenswert. Beispiele oder Kriterien, wann ein solcher „Ausnahmefall“ anzunehmen sein könnte, hat der BGH in dieser neuen Entscheidung jedoch nicht genannt.

Praxishinweis

In Ermangelung konkreter Kriterien für „Ausnahmefälle“ sollte für ärztliche Kooperationen weiterhin der Grundsatz beachtet werden, Wettbewerbsklauseln mit Zurückhaltung und Augenmaß zu gestalten, um das Risiko der Unwirksamkeit der gesamten Klausel zu minimieren. Für ein Abweichen von der „Zwei-Jahres-Grenze“ bedarf es schon sehr guter Gründe.

Vertragsarztrecht

Kein Kooperationszuschlag auf QZV-Leistungen – auch nicht für Radiologen

Die Gewährung des Zuschlags für Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) nur auf Regelleistungsvolumina (RLV) und nicht auch auf die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina (QZV) für das Quartal III/2010 durch die KV Bayerns (KVB) ist rechtmäßig gewesen – auch bei Radiologen. So hat das Sozialgericht (SG) München mit Urteil vom 21. Oktober 2014 (Az. S 38 KA 1014/13) entschieden.

Der Fall

Eine radiologische überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft wandte sich gegen die RLV-/QZV-Zuweisung sowie den Honorarbescheid für das Quartal III/2010. Sie rügte insbesondere, dass die KVB den Kooperationszuschlag nur auf RLV, nicht aber auf die QZV gewährt. Damit seien die Radiologen gegenüber anderen Fachgruppen ohne sachliche Rechtfertigung erheblich benachteiligt, weil viele der radiologischen Leistungen mit Einführung der QZV zum Quartal III/2010 im Rahmen von QZV vergütet würden.

Die Entscheidung

Dieser Auffassung folgte das SG nicht. Der Honorarvertrag der KVB entspreche den Vorgaben des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 28. März 2010 unter Teil F I 1.3.1. Danach werde zur Förderung von BAG nur das RLV für fach- und schwerpunktgleiche BAG (und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe) um 10 Prozent erhöht.

Die Nichtgewährung des Kooperationszuschlags auf QZV verstoße auch nicht gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Es

würden weder andere Radiologen noch andere kooperierende Fachgruppen einen BAG-Zuschlag auf ihr QZV erhalten. Auch sei der weite Gestaltungsspielraum von Bewertungsausschuss und Gesamtpartnern zu beachten. Es sei kaum umsetzbar und praktikabel, die Gewährung eines Kooperationszuschlags vom Umfang der QZV-Leistungen einer Fachgruppe abhängig zu machen. Zudem seien „Unstimmigkeiten“ bei den neu eingeführten QZV als „Anfangs- und Erprobungsregelungen“ hinzunehmen.

Urteil erkennt Benachteiligung der Radiologen nicht an

Tatsächlich unterscheiden sich Radiologen im Rahmen der QZV-Zuweisung erheblich von anderen Fachgruppen, weil der größte Vergütungsanteil in QZV liegt. Damit werden die Radiologen gegenüber den Fachgruppen benachteiligt, die größtenteils RLV-relevante Leistungen erbringen. Mit diesen Aspekten hat sich das Urteil jedoch nicht ausreichend auseinandergesetzt. Eine Regelung, die Radiologen eindeutig benachteiligt und deshalb gegen höherrangiges Recht verstößt, kann auch nicht unter dem Gesichtspunkt einer „Anfangs- und Erprobungsregelung“ gerechtfertigt sein.



von RAin und FAin für MedR
 Julia Godemann, Dierks + Bohle
 Rechtsanwälte, Düsseldorf,
www.db-law.de

Regelungen zum Kooperationszuschlag im bundesweiten Kontext

Auch wenn das Urteil kritikwürdig erscheint, so muss doch festgestellt werden, dass die Regelungen in Bayern sich so oder ähnlich in den meisten anderen KVen wiederfinden. Zum Hintergrund:

Im Zeitraum der Quartale I/2009 bis einschließlich IV/2011 erfolgte die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen auf der Grundlage von RLV bzw. ab dem Quartal III/2010 zusätzlich auf der Grundlage von QZV. Seit dem Quartal I/2012 erlassen die KVen wieder Honorarverteilungsmaßstäbe (HVM) unter Beachtung von Vorgaben der KBV im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nach gesetzlichen Vorgaben des § 87b SGB V.

Bei der Festsetzung ihres HVM sind die KVen an höherrangiges Recht gebunden. Hierzu gehören insbesondere die Vorgaben der KBV, der Bundesmantelvertrag und der EBM, der als Bestandteil des Bundesmantelvertrags Vorrang gegenüber regionalen Regelungen

hat. Nach § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V hat die KBV unter anderem Vorgaben zur angemessenen Berücksichtigung einer kooperativen ärztlichen Behandlung der Patienten zu machen. Daher sehen die KVen Vorgaben in Teil D vor, dass die KVen prüfen, ob Tatbestände für eine angemessene Berücksichtigung der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür vorgesehenen Versorgungsformen bei der Honorarverteilung vorliegen. Wird dies bejaht, können die KVen zur Förderung der gemeinsamen vertragsärztlichen Versorgung das zu erwartende praxisbezogene Honorar erhöhen.

Viele KVen haben die bis Ende 2011 geltenden Regelungen über Kooperationszuschläge in ihren HVM fortgeführt. Wie bereits vor dem Quartal I/2012 werden diese jedoch (soweit ersichtlich) nach wie vor ausschließlich auf die RLV und nicht auch auf die QZV gewährt. Gegen die KBV-Vorgaben zur Berücksichtigung der kooperativen Behandlung von Patienten verstößt dies wohl nicht, denn diese schreiben nicht vor, dass der Kooperationsgrad auf RLV und QZV zu gewähren ist. Auch die gesetzliche Regelung in § 87b Abs. 2 Satz 2 SGB V sieht lediglich vor, dass ein HVM der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen angemessen Rechnung zu tragen hat.

Prinzip der gleichmäßigen Vergütung ist zu beachten

In der Ausgestaltung der Regelung steht den KVen zwar ein Spielraum zu. Aufgrund der berufsregelnden Tendenz von Honorarverteilungsvorschriften dürfen die KVen die Verteilung allerdings nicht völlig frei

nach ihrem Ermessen gestalten. Sie sind vielmehr an den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit gebunden (Art. 12 Abs. 1 i.V.m. Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz). Von einer Verletzung dieses Grundsatzes ist auszugehen, wenn vom Prinzip der gleichmäßigen Vergütung abgewichen wird, obwohl zwischen den betroffenen Ärzten bzw. Arztgruppen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, dass eine ungleiche Behandlung gerechtfertigt ist. Die KVen können von diesem Grundsatz nur abweichen, wenn diese Abweichung sachlich gerechtfertigt ist (vgl. BSG, Urteil vom 7.2.1996 – Az. 6 RKa 68/94).

Zumindest nach Auffassung des SG München stellt die Nichtgewährung des Kooperationszuschlags auf QZV aber keine Ungleichbehandlung von Radiologen gegenüber anderen Fachgruppen dar, die größtenteils RLV-relevante Leistungen erbringen, sodass es insoweit auch keiner sachlichen Rechtfertigung bedarf.

Fazit

Radiologen unterscheiden sich im Rahmen der QZV-Zuweisung erheblich von anderen Fachgruppen, weil der größte Vergütungsanteil in QZV liegt. Damit werden die Radiologen gegenüber den Fachgruppen benachteiligt, die größtenteils RLV-relevante Leistungen erbringen. Diesen Aspekten wird in den KVen kaum Rechnung getragen. Kooperationszuschläge auf QZV-Leistungen werden – soweit ersichtlich – nicht gewährt. Ob solche Zuschläge auf gerichtlichem Wege durchsetzbar sind, ist in Anbetracht des Urteils des SG München zumindest zweifelhaft.

Leserforum EBM

Abrechnung einer MRT des Schädels mit Akustiksequenzen

Frage: „Welche Möglichkeiten zur Abrechnung ergeben sich bei einer MRT-Untersuchung des Schädels mit Akustiksequenzen. Konkret: PD & T2 transversal, DWI transversal, T1 transversal, FLAIR koronar, T2 sagittal, T1 transversal nach KM, T1 transversal ACN nach KM, T1 koronar ACN nach KM. Kann man außer der EBM-Ziffer 34410 noch die Ziffer 34421 berechnen? Und wenn ja, wie ist dies zu begründen?“

Dazu unsere Antwort

Wir verstehen Ihre Anfrage so, dass Sie zum Ausschluss eines Akustikusneurinoms sieben Sequenzen am Schädel unter Einsatz von Kontrastmittel durchgeführt haben. Bei sieben Sequenzen können Sie zusätzlich zu Nr. 34410 nur einen KM-Zuschlag 34452 berechnen, weil gemäß der Präambel zu Kapitel 34.4 EBM (MRT-Leistungen) jede MRT-Untersuchung – das heißt die Abrechnung einer MRT-Position – mindestens 4 Sequenzen voraussetzt, für die 34410 plus 34421 somit 8 Sequenzen.

Andererseits: Die Positionen 34410 und 34421 sind nicht nebeneinander ausgeschlossen. Wenn Sie für die Schädelbasis mindestens vier Sequenzen extra fahren, kann die 34421 zusätzlich zu 34410 berechnet werden. Wenn Sie dann noch den KM-Zuschlag 34452 abrechnen wollen, brauchen Sie insgesamt zehn Sequenzen, da die 34452 zwei weitere Sequenzen voraussetzt. Ob ein derartiger Untersuchungsgang allerdings als

„wirtschaftlich“ einzustufen ist, könnte bei einer Prüfung angezweifelt werden.

Eine Begründung für die Abrechnung der Nrn. 34410 und 34421 müssen und sollten Sie primär nicht abgeben. Sie sollten nur für den wohl eher seltenen Fall, dass nachgefragt wird, die Nebeneinanderberechnung plausibel begründen können.

Download des Monats KBV-Broschüre „Arbeiten im Team“

Jüngst hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) im Rahmen ihrer Reihe „PraxisWissen“ die 24-seitige Broschüre „Arbeiten im Team“ herausgegeben. Die Broschüre enthält grundlegende Informationen zu Praxisformen sowie zu Möglichkeiten der Kooperation. Sie gibt Ärzten Hilfen für die Entscheidung, welche Art der Kooperation für sie die richtige ist.

Auch Ärzte, die bereits in einer bestimmten Praxisform wie etwa der Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) arbeiten, finden interessante Hinweise zu weiteren Möglichkeiten der Kooperation – etwa mit Krankenhäusern, im Rahmen von Praxisnetzen oder der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV).

Downloadhinweis

Sie finden die Broschüre auch auf rwf-online.de unter „Downloads“ (Zusatzdokumente)

Arzthaftungsrecht

Die Haftung des Oberarztes: Gerät er nur bei eigenen Fehlern in die Schusslinie?

Leitende Ärzte können nicht nur für eigene, sondern auch für Fehler der nachgeordneten Mitarbeiter haftbar gemacht werden. Für Chefärzte ist das „Organisationsverschulden“ in der Rechtsprechung seit langem etabliert. Doch auch der Oberarzt kann ins Visier geraten – sei es bei Fehlern der Assistenzärzte, bei Fehl- abrechnungen oder bei Mängeln in der Organisation. Der folgende Beitrag erklärt, wann der Oberarzt wirklich haftet.

Hintergrund: Haftung wegen Organisationsverschuldens

Für die Behandlung im Krankenhaus ist haftungsrechtlich oft der Begriff des „Facharztstandards“ entscheidend. Dieser bezeichnet den Maßstab der objektiv erforderlichen ärztlichen Sorgfalt. Das bedeutet: Zwar hat der Patient keinen Anspruch darauf, dass sämtliche Behandlungen nur durch Fachärzte durchgeführt werden – ansonsten wäre eine ärztliche Ausbildung in der Klinik gar nicht möglich. Der Patient darf aber haftungsrechtlich eine ärztliche Behandlung erwarten, die dem Stand eines erfahrenen Facharztes entspricht.

Wird dieser Facharztstandard nicht eingehalten, kann sich der Patient im Schadensfall auf das sogenannte Organisationsverschulden berufen. Sorgfalt geboten ist nicht nur bei der Auswahl des Personals, sondern auch bei der Einteilung der Mitarbeiter sowie bei der Organisationsstruktur in der Klinik und den einzelnen Abteilungen. Es muss sichergestellt werden, dass eine Behandlung lege artis durch Tätigwerden eines geeigneten und hinreichend qualifizierten ärztlichen Mitarbeiters gewährleistet wird.

von RA und FA für MedR Rainer Hellweg, *armedis Rechtsanwälte, Hannover, www.armedis.de*

Bisher nur Chefärzte und Klinikträger „in der Schusslinie“

In Gerichtsentscheidungen werden meist Chefärzte und Klinikträger mit einem „Organisationsverschulden“ konfrontiert: Den Klinikträger trifft dabei die Verpflichtung, eine hinreichende personelle und apparative Ausstattung vorzuhalten, damit der Facharztstandard eingehalten werden kann. Der Chefarzt als medizinisch Gesamtverantwortlicher seines Bereichs muss dafür sorgen, dass dort die Organisationsstruktur stimmt und das eingesetzte Personal ausreichend instruiert und überwacht wird. Dazu gehört insbesondere, den Einsatz und die Arbeit der Assistenzärzte – vor allem der Berufsanfänger – gezielt zu kontrollieren. Der Klinikträger ist wiederum verpflichtet, die Chefärzte im Bereich der ihnen übertragenen Organisationsaufgaben zu überwachen.

In der älteren Rechtsprechung wurde ein Organisationsverschulden von Oberärzten meist ausgeblendet.

Bisherige Urteile fokussierten die Betrachtung beim Oberarzt auf diejenigen Tätigkeiten, die dieser selbst durchführte. Ein Organisationsverschulden des Oberarztes und eine Verantwortlichkeit für die von anderen ärztlichen Mitarbeitern begangenen Fehler blieben außer Betracht.

Oberarzt: Oft Verantwortung bei Personal und Abrechnung

Die täglichen Abläufe und Organisationsstrukturen in den Kliniken wandeln sich jedoch: Gerade in größeren Häusern kann der Chefarzt gar nicht mehr alle Bereiche seiner Abteilung ständig kontrollieren und im Blick haben. Teilweise sind bestimmte Funktionsbereiche einzelnen Oberärzten zugeteilt – etwa spezielle diagnostische Methoden, die Personaleinteilung oder DRG-Abrechnung. Der Chefarzt hat hier weitgehend seine Befugnisse an den Oberarzt delegiert und sich selbst aus dem Fachlichen herausgenommen.

Gerät hierdurch der Oberarzt mit Blick auf den Vorwurf eines möglichen Organisationsverschuldens verstärkt in den Blickpunkt? Dass dies von Patientenseite in den Prozessen schon häufiger so vorgetragen wird, zeigt ein Fall vor dem OLG Zweibrücken (Urteil vom 17. April 2012, Az. 5 U 20/08), bei dem es um Schäden nach einer Notsectio und den Vorwurf von Organisationsmängeln ging. Das Kind erlitt wegen Sauerstoffunterversorgung schwerste Schädigungen. Der im Bereitschaftsdienst der Anästhesieabteilung eingeteilte Arzt konnte die Klinik nicht rechtzeitig erreichen, da er nach dem Notdienstplan für zwei Krankenhausstandorte zuständig war, zwischen denen eine

Fahrtstrecke von etwa 30 Minuten lag. Die Klage war auch gegen den Oberarzt der Anästhesieabteilung gerichtet, da dieser für die Notdienst-Organisation mitverantwortlich war. Zudem sei er Vertreter des Chefarztes gewesen und hätte als stellvertretender Abteilungsleiter auf die Beseitigung der ihm bekannten, schweren Organisationsmängel hinwirken müssen – so der Vorwurf von Patientenseite.

Im Ergebnis wies das OLG Zweibrücken die Haftungsklage ab. Das Gericht begründete dies damit, dass die Kausalität der fehlerhaften Notdienst-Organisation für den eingetretenen Schaden nicht nachgewiesen worden sei.

Haftungsfahren für den Oberarzt

Für den Oberarzt können über die Patientenversorgung hinaus besondere Verantwortlichkeiten hinzukommen, wenn ihm etwa die Einteilung des gesamten ärztlichen Personals der Abteilung zugeordnet ist. Wenn ein Fehler in diesem Bereich zu einem Haftungsschaden führt, kann der Oberarzt hierfür haftungsrechtlich verantwortlich sein.

Ver mehrt wird in Kliniken ein Oberarzt der Abteilung mit der Überwachung und Koordination der DRG-Abrechnung betraut – wenn sich zum Beispiel ein älterer Chefarzt in dieses Thema nicht mehr einarbeiten möchte. Hier ist für den Oberarzt besondere Vorsicht geboten: Falls Falschabrechnungen zu Einnahmeausfällen des Klinikträgers oder Rückforderungen der Krankenkassen führen, können wirtschaftliche Notsituationen im besonderen Maße dazu führen, dass der Oberarzt intern „in die Schusslinie“ gerät.

Was sollte der Oberarzt zur Vorbeugung beachten?

Um Haftungsrisiken vorzubeugen, sollte sich der Oberarzt in zwei Richtungen – sowohl „nach oben“ als auch „nach unten“ – absichern:

- Mit dem Chefarzt sollte er besprechen, welche medizinischen Aufgaben ihm zugewiesen sind und welche Verantwortungsbereiche er hat.
- Nachgeordnete Assistenzärzte in seinem Bereich sollte der Oberarzt engmaschig überprüfen und anleiten. Anzuraten sind regelmäßige Besprechungen und Kontrollen – auch der nicht-ärztlichen Mitarbeiter.

Wenn nach diesen Absprachen schriftliche Arbeitsanweisungen erfolgen, erhöht dies die Rechtsicherheit. Wenn der Oberarzt gravierende Mängel bei der apparativen Ausstattung oder der Personaleinteilung sieht, sollte er dies beim Chefarzt anmahnen. Werden die Missstände nicht abgestellt, kann er im Extremfall sogar verpflichtet sein, diese bei der Klinikleitung anzuzeigen.

Fazit

Oberärzte wurden bisher von den Gerichten haftungsrechtlich meist verschont. Doch zunehmend werden ihnen Aufgaben angetragen, für die sie voll verantwortlich sind – etwa im Bereich der Organisation oder beim Thema Personaleinteilung. Es dürfte nur eine Frage der Zeit sein, wann Oberärzte auf diesen Gebieten haftungsrechtlich in die Schusslinie geraten.

Chefarztvertragsrecht

Honorarrückforderung: Chefarzt ohne Liquidationsrecht ist der falsche Adressat

Das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) lässt nach Ansicht des Landgerichts (LG) München eine Regelung zwischen Chefarzt und Klinik zu, nach der das Liquidationsrecht für privatärztliche Leistungen bei der Klinik verbleibt und der Chefarzt einen Anteil aus dem Erlös erhält. In diesem Fall zahlt der Patient das Honorar an die Klinik, die wiederum den vereinbarten Anteil an den Chefarzt auszahlt. Daher scheidet im Regelfall ein Anspruch des Patienten gegen den Chefarzt selbst aus, hat das Gericht mit Urteil vom 11. März 2015 entschieden (Az. 9 S 7449/14).

Der Fall

Die Parteien stritten um einen Anspruch auf Rückforderung von Honorar. Klägerin war eine private Zusatzversicherung, der eine Patientin einen Anspruch gegen den Chefarzt abgetreten hatte. Die Patientin hatte eine Wahlleistungsvereinbarung über Chefarzt-Leistungen abgeschlossen und wurde anschließend von ihm operiert. Die Patientin zahlte und erhielt den Betrag von der Versicherung erstattet – gegen Abtretung eines möglichen Rückforderungsanspruchs. Die Versicherung verlangte alsdann vom Chefarzt die Rückzahlung des Honorars wegen Abrechnungsfehlern.

Die Entscheidung

Die Klage der Versicherung blieb ohne Erfolg, da die Patientin dem Gericht zufolge keinen Anspruch gegen den Chefarzt hatte, den sie an die Versicherung hätte abtreten können. Das LG legte den Chefarzt-Vertrag so aus, dass dieser mit der Behandlung von Privatpatienten eine Dienstpflicht gegenüber der Klinik – und nicht unmittelbar einen Patientenanspruch – erfüllte.

Im entschiedenen Fall legten zwar die bei Aufnahme der Patientin unterzeichneten Dokumente nahe, dass der Chefarzt – und nicht das Klinikum – ihr Vertragspartner werden sollte. Die klagende Versicherung konnte aber nicht nachweisen, dass der beklagte Chefarzt die Klinikmitarbeiter zur Vertretung beim Vertragsschluss bevollmächtigt hatte. Er war hierzu auch gar nicht berechtigt, denn sein Dienstvertrag schloss die eigene Liquidierung privatärztlicher Behandlungen ausdrücklich aus.

So entschied das Gericht, dass dem Chefarzt lediglich der Betrag zustand, den er von der Klinik vereinbarungsgemäß als Anteil am Liquidationserlös für die OP erhalten hatte.

Wird das Urteil Bestand haben?

Zwar lässt die GOÄ ihrem Wortlaut nach eine Abrechnung nur für Ärzte, nicht aber für Kliniken zu; § 17 Abs. 3 Satz 7 KHEntgG fordert jedoch eine analoge Heranziehung der GOÄ, soweit ein Krankenhaus einem Arzt wahlärztliche Tätigkeiten gestattet. Das spreche dafür, dass diese Leistun-



von RA Tim Hesse, Kanzlei am Ärztehaus, Dortmund, www.kanzlei-am-aerztehaus.de

gen auch von Kliniken abgerechnet werden können, so das LG. Ob das Urteil Bestand haben wird, bleibt abzuwarten – Zweifel sind angebracht.

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 & Co. KG
 Niederlassung: Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen
 Tel. 02596 922-0, Fax 02596 922-99, www.iww.de
 Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg

Redaktion

Dipl.-Kfm. Joachim Keil (verantwortlich);
 RAin, FÄin 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 auszugsweise nur nach schriftlicher Zustimmung des Verlags erlaubt. Der Inhalt dieses Informationsdienstes 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.

96. Deutscher Röntgenkongress Hamburg 2015

Lunchsymposium

MR-Kontrastmittel – Update 2015

Vorsitz:

Prof. Dr. med. Bernd Hamm, Berlin



www.guerbet.de

☉ Freitag, 15. Mai 2015

☉ 12:30 – 13:30 Uhr

☉ Raum Donner

☉ Congress Center Hamburg

☉ **Aktuelles zur Kardio-MRT**
(Prof. Dr. med. Thorsten Bley, Würzburg)

☉ **MR-Bildgebung des Abdomens**
(Prof. Dr. med. Henrik Michaely, Karlsruhe)

☉ **Sicherheits-Update MR-Kontrastmittel**
(Priv.-Doz. Dr. med. Martin Maurer, Bern/CH)

Es werden Getränke und Sandwiches zum Symposium verteilt.