

Radiologen Wirtschafts Forum

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

11 | November 2014

Praxisnachfolge

BSG-Urteil stärkt Rechte der verbleibenden Partner bei der Nachbesetzung einer BAG

Bei der Nachbesetzung eines ausscheidenden Arztes aus einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) haben sowohl dieser wie auch die verbleibenden Partner oft ein starkes Interesse daran, dass ein bestimmter Wunschkandidat die Stelle besetzt. Mit Urteil vom 22. Oktober 2014 hat das Bundessozialgericht (BSG) die Interessen der verbleibenden Partner in gesperrten Gebieten insofern gestärkt, als es die Gründung einer überörtlichen BAG, bei der kurz nach deren Gründung ein Partner zugunsten des Wunschkandidaten ausschied, nicht als Gestaltungsmissbrauch ansah.

von RA, FA für MedR Dr. Tobias Scholl-Eickmann, Dortmund,
www.kanzlei-am-aerztehaus.de

Fall: Gründung einer BAG begünstigte Wunschnachfolger

Im Februar 2011 schloss ein niedergelassener Urologe einen Vertrag über eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft (ÜBAG) mit den übrigen Partnern. Noch am selben Tag unterzeichnete er einen Vertrag über die Übertragung seines Anteils an dieser überörtlichen BAG mit den Vertragsparteien zum 1. Januar 2012 auf den Wunschkandidaten zu einem bereits vereinbarten Kaufpreis. Tags darauf beantragten die Partner die Genehmigung der ÜBAG, die vom

Zulassungsausschuss mit Wirkung zum 1. April 2011 erteilt wurde. Im Juni 2011 beantragte der Urologe dann die Ausschreibung seines Vertragsarztsitzes und verzichtete zum 1. Januar 2012 unter der Bedingung der Nachbesetzung auf seine Zulassung.

Auf die Ausschreibung bewarben sich der Wunschkandidat sowie ein weiterer Urologe. Der Zulassungsausschuss ließ den Wunschkandidaten als Praxisnachfolger zu; hiergegen erhob der andere Arzt Widerspruch und Klage – jedoch erfolglos. Schon das Sozialgericht Hannover (Az. S 65 KA 370/12) hatte ausgeführt, der beklagte Berufungsausschuss habe bei der Auswahl auf die Interessen der verbleibenden Mitglieder der ÜBAG

Inhalt

Download des Monats

Sonderausgabe zur Praxisabgabe 2

Verwaltungsrecht

Entzug der Approbation nach Abrechnungsbetrug 3

Plausibilitätsprüfung

Schätzungsermessen einer KV ist begrenzt 4

Vergütungsrecht

Die Abrechnung vorstationärer Leistungen 5

Arbeitsrecht

Oberarzt verklagt falsche Anspruchsgegnerin 6

Wahlleistungen

BGH: Honorarärzte dürfen keine Wahlleistungen abrechnen 7

Krankenhausrecht

BSG bekräftigt Wirtschaftlichkeitsgebot auch für Kliniken 7

Privatliquidation

Befundbericht nach CT oder MRT: Geht GOÄ-Nr. 75? 8

abstellen dürfen, da die ÜBAG weder unzulässig gegründet worden sei noch ein Rechtsmissbrauch wegen fehlender praktischer Umsetzung vorliege.

Mit seiner Sprungrevision macht der klagende Arzt geltend, die Gründung der BAG sei rechtsmissbräuchlich gewesen, weil sie nur erfolgt sei, um Einfluss auf das Nachbesetzungsverfahren zu nehmen. Im Rahmen des Auswahlermessens nach § 103 Abs. 4 und 6 SGB V im Nachbesetzungsverfahren hätte er als der besser geeignete Bewerber ausgewählt werden müssen.

Das BSG-Urteil

Nach Auffassung des BSG hat der Berufungsausschuss bei der Auswahl des Praxisnachfolgers und bei der Entscheidung gegen die Bewerbung des klagenden Arztes dessen Rechte nicht verletzt. Er hätte schon deswegen nicht zugelassen werden können, weil ein Sitz in einer BAG zu besetzen war und er bis zum maßgeblichen Zeitpunkt der Entscheidung des Berufungsausschusses erklärt hatte, nur in Einzelpraxis als Nachfolger des ausscheidenden Arztes tätig werden zu wollen.

Zudem kam seine Auswahl bei Berücksichtigung der Belange der in der BAG verbliebenen Ärzte nicht in Betracht. Zwar seien diese Belange umso geringer zu gewichten, je kürzer und lockerer die Kooperation in der BAG war. Doch führe dies nicht dazu, dass den verbliebenen Partnern die Zusammenarbeit mit einem Arzt zuzumuten sei, mit dem eine langfristige Kooperation von vornherein nicht in Betracht kommt. Dies treffe auf den klagenden Urologen zu, da er ja nur den

Arztsitz und keine Kooperation wollte.

Mit Gründung einer ÜBAG Nachbesetzung steuern?

Das BSG hat in der Urteilsverkündung ausdrücklich betont, dass weiterhin zu prüfen sei, wie schutzwürdig die Interessen der verbleibenden BAG-Partner seien. Konkrete Kriterien hat das BSG aber nicht genannt.

Der vorliegende Fall lässt indes darauf schließen, dass die Interessen der BAG-Partner wohl regelhaft überwiegen dürften. Denn hier war die ÜBAG-Gründung nur zur Steuerung der Nachbesetzung initiiert worden, eine gemeinsame Patientenbetreuung oder eine intensivere Zusammenarbeit fand unstrittig im relevanten Zeitraum nicht statt.

Trotz „Verständnis“ für den so ausgebooteten Mitbewerber entschied das BSG zu dessen Lasten. Dabei stellte es jedoch maßgeblich darauf ab, dass der Arzt nicht in der ÜBAG tätig werden wollte. Ob die Entscheidung bei anderer Erklärung des Arztes ebenso ausgefallen wäre, blieb offen.

Fazit

Die Gründung einer ÜBAG zur Steuerung der Nachfolge ist damit nach wie vor ein probates Gestaltungsmittel. Der Gesetzgeber erwägt jedoch, hier stärkere Restriktionen einzubauen. Praxisnachfolgen, deren Gestaltung vor diesem Hintergrund als kritisch eingestuft werden könnten, sollten daher zügig initiiert werden, um noch die aktuell günstige Gesetzeslage zu nutzen.

Download des Monats

Sonderausgabe zur Praxisabgabe aus Sicht des Abgebers

Viele Ärzte setzen sich erst dann mit der Abgabe ihrer Praxis oder ihres Praxisanteils im Detail auseinander, wenn diese kurz bevorsteht. Dann ist allerdings die Gefahr sehr groß, dass nachhaltige und folgenschwere Fehler begangen werden, die durch eine Planung im Vorfeld weitestgehend hätten vermieden werden können. Die latente Bereitschaft, seine Praxis irgendwann abzugeben, reicht zur Vorbereitung nicht aus.

Bei der Praxisabgabe ist eine Vielzahl von Aspekten zu beachten – etwa die Suche nach einem geeigneten Nachfolger oder steuerliche Gestaltungsüberlegungen. Solche und andere Aspekte werden in der 25-seitigen Sonderausgabe „Praxisabgabe aus Sicht des Praxisabgebers“ aufgegriffen und erläutert. Es handelt sich dabei um einen Sonderdruck des Informationsdienstes „Praxis Freiberuflerberatung“ (PFB), den die Redaktion der PFB auch für Leser des RWF frei zur Verfügung gestellt hat. Die PFB wird – wie das „Radiologen WirtschaftsForum“ auch – vom IWW Institut erstellt.

Downloadhinweis

Sie finden die Sonderausgabe auf der Website des „Radiologen WirtschaftsForum“ (rwf-online.de) unter Downloads (Zusatzdokumente). Die Ausgabe enthält auch einige Checklisten, so etwa zur Vorbereitung der Übernahme und zur Umsetzung.

Verwaltungsrecht

OVG bestätigt Entzug der Approbation nach Abrechnungsbetrug

Die Approbation ist einem Arzt wegen Unwürdigkeit zu entziehen, wenn seine Verfehlungen geeignet sind, das Vertrauen der Öffentlichkeit in den Berufsstand nachhaltig zu erschüttern. Eine finanzielle Zwangslage als Grund für das Fehlverhalten oder ein eventuell nur geringes Strafmaß bei einer Verurteilung wegen Betrugs sind in diesem Zusammenhang unerheblich. So hat das Oberverwaltungsgericht [OVG] Lüneburg in einem Beschluss vom 23. Juli 2014 entschieden (Az. 8 LA 142/13).

Der Fall

Nach einem anonymen Hinweis hatte die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Niedersachsen im Jahr 2009 die Abrechnungen eines Vertragsarztes überprüft und eine die Werte der Vergleichsgruppe erheblich überschreitende Abrechnungsfrequenz der unvorhergesehenen Inanspruchnahmen und dringenden Besuche festgestellt. Eine von der AOK Niedersachsen durchgeführte stichprobenartige Befragung von 15 Patienten des Arztes ergab, dass er etliche der in den Jahren 2007 und 2008 abgerechneten Leistungen tatsächlich nicht erbracht hatte. Die KV forderte im Weiteren von dem Arzt mehr als 200.000 Euro zurück.

Geldstrafe wegen Betrugs

Im nachfolgenden strafrechtlichen Ermittlungsverfahren ließ sich der Arzt dahingehend ein, dass er bestimmte Leistungen teilweise falsch abgerechnet hatte. Anfangs habe er erst Tage nach einer Behandlung oder zum Quartalsende die Leistungen nachgetragen und dabei teilweise Schätzungen vorgenommen. Nachdem diese nicht beanstandet worden seien, habe er in

vielen Fällen eine Behandlung als Notfall deklariert und die Notfallziffern abgerechnet. Auslöser seines Fehlverhaltens sei eine wirtschaftliche Zwangslage gewesen.

Das Amtsgericht (AG) verhängte gegen den Arzt mit rechtskräftigem Strafbefehl nur eine Gesamtgeldstrafe wegen (Abrechnungs-)Betrugs in elf Fällen im Zeitraum von 2007 bis 2009. Im Übrigen wurde die Strafverfolgung eingestellt.

Approbationsentzug und Klage dagegen

Dem Urteil zeitlich nachgelagert entzog die zuständige Landesbehörde dem Arzt die Approbation wegen Berufsunwürdigkeit. Im Rahmen der vorhergehenden Anhörung hatte der Arzt signalisiert, dass er einen Teilbetrag der Rückforderung der KV anerkenne und ihm ein Betrag von etwa 100.000 Euro akzeptabel erscheine.

Gegen den Entzug der Approbation erhob der Arzt Klage, die zunächst vom Verwaltungsgericht Hannover mit Urteil vom 26. Juni 2013 abgewiesen wurde und nunmehr auch vor dem OVG Lüneburg scheiterte, das die Zulassung der Berufung ablehnte.



von RA Dr. Fabian Dorra, Kanzlei
Dierks + Bohle Rechtsanwälte,
Berlin, www.db-law.de

Die Entscheidung des OVG: Wann ist ein Arzt berufsunwürdig?

In seinen Urteilsgründen führte das OVG aus, ein Entzug der Approbation wegen Unwürdigkeit könne nur bei gravierenden Verfehlungen erfolgen, die geeignet sind, das Vertrauen der Öffentlichkeit in den Berufsstand nachhaltig zu erschüttern.

Dazu gehörten auch bewusst fehlerhaft überhöhte Abrechnungen von Ärzten gegenüber Patienten und Krankenkassen, die über einen langen Zeitraum in einer Vielzahl von Einzelfällen und/oder mit einem hohen Schadensbetrag vorgenommen worden sind. Schon aufgrund der Einlassungen des Arztes im Ermittlungs- und im Anhörungsverfahren habe festgestellt werden können, dass er über einen Zeitraum von mehr als vier Jahren in vielen Fällen nicht erbrachte Leistungen gegenüber der KV abgerechnet und so Honorare in Höhe von mehr als 100.000 Euro zu Unrecht erhalten hat. Dieses Fehlverhalten wiege offensichtlich, und ohne dass es auf einen Nachweis einzelner, konkreter Abrechnungsfehler ankäme, schwer.

Weiter führte das Gericht aus:

- Auch sei es unerheblich, dass nur ein geringer Teil des Fehlverhaltens strafrechtlich geahndet wurde und im Übrigen von der Strafverfolgung abgesehen worden ist.
- Es entschuldige den Arzt zudem nicht, wenn sein Fehlverhalten auf eine finanzielle, von ihm nicht verschuldete Zwangslage zurückzuführen gewesen ist. Es bestätige vielmehr die Annahme seiner Unwürdigkeit, dass er in nicht zu verantwortender Weise bereit gewesen sei, seine eigenen finanziellen Interessen über die finanziellen Interessen der Patienten und der Versicherten-gemeinschaft zu stellen.
- Dass der Arzt sich aktiv an der Tataufarbeitung beteiligte und keine neuen Vorwürfe mehr gegen ihn erhoben wurden, stehe der Annahme der Unwürdigkeit nicht entgegen, da einem Wohlverhalten, das unter dem Druck eines schwebenden behördlichen Verfahrens an den Tag gelegt wird, regelmäßig kein besonderer Wert beizumessen sei.
- Der Widerruf sei schließlich auch nicht unverhältnismäßig, obwohl er im Hinblick auf das Alter des Arztes einem endgültigen Berufsverbot gleichkomme, da eine Abmilderung der Folgen des Eingriffs in die Berufsfreiheit durch eine spätere Wiedererteilung der Approbation faktisch nicht mehr in Betracht komme. Denn bei der Beurteilung der Unwürdigkeit eines Arztes für die weitere Berufsausübung könne bei älteren Ärzten kein anderer Maßstab angelegt werden als bei jüngeren Ärzten.

Plausibilitätsprüfung

Schätzungsermessen einer KV ist begrenzt

Das Schätzungsermessen einer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) im Rahmen von Plausibilitätsprüfungen ist begrenzt und muss sich auch am Gebot einheitlicher Ermessensausübung nach Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz (GG) messen lassen. So entschied das Sozialgericht (SG) Marburg am 2. Juli 2014 (Az. S 12 KA 483/13). Mit dem Urteil eröffnen sich auch in Verfahren mit Zeitprofilüberschreitungen, von denen Radiologen oft betroffen sind, neue Verteidigungsmöglichkeiten.

Der Fall

Eine Pädiaterin führte mit einem weiteren Pädiater eine Praxisgemeinschaft. Innerhalb der beiden Praxen stellte die KV in einigen Quartalen einen Anteil gemeinsamer Patienten zwischen 20 und 29 Prozent fest und forderte anlässlich einer Plausibilitätsprüfung wegen unzulässiger Nutzung der Kooperationsform „Praxisgemeinschaft“ etwa 17.700 Euro von der Pädiaterin zurück, wobei sich die KV zur Schadensberechnung auf ihr weites Schätzungsermessen berief. Die Ärztin wandte unter anderem ein, dass die Schadensberechnung der KV nicht nachvollziehbar sei. Weil die Praxis so klein sei, dass eine zeitgleiche Tätigkeit beider Ärzte unmöglich sei, gäbe es ein Arbeitszeitschichtmodell mit vereinzelt Doppelfällen als Folge.

Die Entscheidung

Das SG entschied zugunsten der Ärztin. Zwar sei eine missbräuchliche Nutzung der Kooperationsform hinreichend nachgewiesen. Das Schichtmodell impliziere, dass wechselseitig Vertretungsfälle anfielen. Das Anfallen von Vertretungsfällen werde von den beiden Ärzten auch gezielt in Kauf genommen. Die Praxis würde insgesamt nicht wie eine Praxisgemeinschaft, sondern vielmehr wie eine Gemeinschaftspraxis geführt.

von RA und FA für MedR Dr. Tobias Scholl-Eickmann, Dortmund,
www.kanzlei-am-aerztehaus.de

Die KV habe das Kürzungsermessen indes unzureichend ausgeübt. Bei ihrer Berechnungsweise blieben nur 7,6 bis 12,5 Prozent der gemeinsamen Fälle zugunsten der Ärzte anerkannt. Damit würden aber wesentlich weniger Fälle zuerkannt als das Aufgreifkriterium von 20 Prozent als zulässig einräumt. Auch bestünden erhebliche Bedenken unter dem Gesichtspunkt einheitlicher Ermessensausübung (Art. 3 Abs. 1 GG), da die Berechnungsweise erhebliche Schwankungsbreiten von 10 bis 30 Prozent bedinge. Zudem bedeute das Überschreiten der 20-Prozent-Grenze nicht, dass dann per se auch regressiert werden kann.

Fazit

Das SG entscheidet soweit ersichtlich erstmals, dass das vom Bundessozialgericht eröffnete „weite Schätzungsermessen“ nicht unbegrenzt besteht. Dies gilt es in Plausibilitätsprüfverfahren zu nutzen, um den oft überbordenden Ermittlungen von Regresssummen durch die KVen entgegenzutreten. Häufig lässt sich mit wenigen Maßnahmen präventiv ein wirk-samer Schutzschirm aufspannen.

Vergütungsrecht

Die Abrechnung vorstationärer Leistungen durch den Krankenhausradiologen

Vorstationäre Leistungen sind grundsätzlich auch als wahlärztliche Leistungen berechenbar (§ 17 KHEntgG). Wenn sich im Rahmen der vorstationären Behandlung herausstellt, dass eine vollstationäre Behandlung nicht erforderlich ist und dies eigentlich auch bereits durch den einweisenden Arzt hätte geklärt werden können, stellt sich für Krankenhäuser und Krankenhausärzte die Frage, ob dennoch eine vorstationäre Behandlung abgerechnet werden kann. Anhand eines aktuellen Falls wird nachfolgend dargestellt, worauf es bei der Klärung dieser Frage ankommt.

Der Fall

Ein in einem süddeutschen Krankenhaus tätiger Gefäßchirurg hatte viele Jahre über eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung nach § 116 SGB V verfügt, die aber durch den Zulassungsausschuss 2012 nicht verlängert worden war. Gleichwohl wurden ihm auch nach dem Verlust seiner Ermächtigung von den niedergelassenen Ärzten der Umgebung in fast gleichbleibendem Umfang Patienten mit einer Verordnung über Krankenhausbehandlung zugewiesen.

Bei den Untersuchungen stellte der Gefäßchirurg in vielen Fällen fest, dass für die Beantwortung der Frage, ob eine vollstationäre Krankenhausbehandlung erforderlich ist, eine weitere diagnostische Abklärung erforderlich ist. Zu diesem Zweck schickte er die Patienten zu dem in seinem Krankenhaus tätigen Chefarzt für Radiologie. Anschließend rechneten er und der Krankenhausradiologe bei Privatpatienten die vorstationäre Behandlung als ärztliche Wahlleistungen ab. Im Übrigen erfolgte die Abrechnung nach § 115 a SGB V, der die vor-

und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus regelt. Nach einiger Zeit wurden beide Ärzte von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung angeschrieben und unter Hinweis darauf, dass sie an der vertragsärztlichen Versorgung nicht teilnahmeberechtigt sind, zur Stellungnahme aufgefordert.

Zur Unterstützung schalteten die Ärzte einen Rechtsberater ein. Sie teilten ihm mit, sie wären im Rahmen der von ihnen erbrachten vorstationären Leistungen relativ oft zu dem Ergebnis gekommen, dass ihre niedergelassenen Kollegen ihnen die Patienten überlassen hätten statt zunächst die notwendige vertragsärztliche Diagnostik abzuschließen. Die Kernfrage lautet also: Kann man auch in solchen Fallkonstellationen, wo noch unklar ist, ob vorstationäre Behandlung überhaupt notwendig ist, vorstationäre Behandlungsleistungen abrechnen?

Voraussetzungen für die Abrechnung von vorstationären Leistungen

Antworten zu dieser Frage gibt das Bundessozialgericht (BSG) in seinem Urteil vom 17. September 2013 (Az. B 1 KR 67/12 R). In dieser



von RA und FA für Arbeits- und Medizinrecht, Dr. Tilman Clausen, Hannover, www.armedis.de

Entscheidung hat das BSG die Voraussetzungen, bei deren Vorliegen Krankenhausärzte wie Radiologen oder Krankenhäuser eine vorstationäre Behandlung abrechnen können, im Einzelnen herausgearbeitet:

- Zunächst muss eine begründete Verordnung von Krankenhausbehandlung eines Vertragsarztes oder eines sonstigen Dritten vorliegen, der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt.
- Es muss festgestellt werden können, dass eine Krankenhausbehandlung ohne Unterkunft und Verpflegung (= vorstationäre Krankenhausbehandlung) aus medizinischen Gründen überhaupt ausreichend ist oder ob nicht etwa gleich eine vollstationäre Behandlung angezeigt ist.
- Die vorstationäre Krankenhausbehandlung muss medizinisch dazu geeignet sein, die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten.

- Eine vorstationäre Behandlung ist regelmäßig nicht erforderlich, wenn stattdessen vertragsärztliche Versorgung ausreichend ist.
- Das Krankenhaus, dem ein Versicherter zur vorstationären Behandlung überwiesen ist, muss die Erforderlichkeit der vorstationären Behandlung prüfen.
- Ist für den untersuchenden Arzt bei der Aufnahme des Patienten zur vorstationären Abklärung aufgrund des ihm verfügbaren Wissens nicht erkennbar, dass eine Verweisung des Patienten auf vertragsärztliche Diagnostik angebracht ist, so ist eine vorstationäre Untersuchung erforderlich. Dies begründet zugleich den Anspruch auf Vergütung des Krankenhauses oder des behandelnden Krankenhausarztes, sofern es sich um einen Privatpatienten handelt.
- Wenn sich bei der weiteren Untersuchung herausstellt, dass vertragsärztliche Diagnostik ausgereicht hätte, geht dies nicht zulasten der Vergütung des Krankenhauses und der Ärzte. Allerdings kann die betroffene Krankenkasse gegenüber dem Vertragsarzt, der pflichtwidrig notwendige vertragsärztliche Diagnostik unterlassen hat, die dadurch entstandenen Kosten im Wege des Regresses eines sonstigen Schadens geltend machen.

Was bedeutet die BSG-Rechtsprechung für den Ausgangsfall?

Vor dem Hintergrund dieser Rechtsprechung gilt für den Ausgangsfall: Vorstationäre Behandlungsleistungen können auch in den von dem

Gefäßchirurgen und dem vom Radiologen angesprochenen Zweifelsfällen immer dann abgerechnet werden, wenn für die Beantwortung der Frage, ob der Patient auf die vertragsärztliche Diagnostik verwiesen werden kann, zunächst eine ärztliche Untersuchung notwen-

dig ist. Dazu gehört auch die weitere diagnostische Abklärung durch den Krankenhausradiologen. Beiden Ärzten wurde deshalb empfohlen, der zuständigen KV zu antworten, dass man sich bei der Abrechnung im Rahmen der Rechtsprechung des BSG bewegt hätte.

Arbeitsrecht

Oberarzt verklagt falsche Anspruchsgegnerin

Ein Oberarzt muss Ansprüche auf Beschäftigung gemäß den Bedingungen seines Arbeitsvertrags und auf Entschädigung wegen Altersdiskriminierung gegen das Universitätsklinikum und nicht gegen die Universität richten. Das entschied das Landesarbeitsgericht (LAG) Düsseldorf in seinem Urteil vom 4. Juli 2014 (Az. 10 Sa 101/14).

Der Fall

Der 63-jährige Kläger ist bei der Universität Düsseldorf seit 1989 angestellt. Er meinte, dass er seit 2009 zu deutlich weniger großen Herzoperationen eingeteilt und ihm auch keine Weiterbildung im Bereich der minimal-invasiven Eingriffe ermöglicht werden würde. Hierdurch sah er sich auch in seinem Alter diskriminiert. Daher verklagte er die Universität, ihn gemäß seines Arbeitsvertrags als Oberarzt und Operateur zu beschäftigen. Zusätzlich verlangte er von der Universität eine Entschädigung wegen der Altersdiskriminierung.

Die Entscheidung

Mit seiner Klage scheiterte er allerdings vor dem LAG. Zwar habe ein Arbeitnehmer einen Anspruch darauf, entsprechend seinem Arbeitsvertrag tatsächlich beschäftigt zu werden; dieser Anspruch entfalle aber, wenn dem Arbeitgeber – wie vorliegend – die Beschäftigung tatsächlich unmöglich sei. Die

Universität sei zwar Arbeitgeberin, wegen spezieller gesetzlicher Regeln sei die Festlegung der Arbeitsbedingungen auf dem Gebiet der Krankenversorgung jedoch der Universität entzogen und dem Weisungsrecht des Universitätsklinikums zugewiesen. Daher hätte der Oberarzt seine Ansprüche gegenüber dem Universitätsklinikum geltend machen müssen. Gleiches gelte für die Ansprüche wegen Altersdiskriminierung.

Fazit

Die Entscheidung zeigt: Es reicht nicht, einen Anspruch zu haben – man muss auch den richtigen Anspruchsgegner wählen. Dies ist insbesondere für den hier geltend gemachten Entschädigungsanspruch wegen Altersdiskriminierung nach § 15 des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) entscheidend, weil der Anspruch grundsätzlich innerhalb einer Frist von zwei Monaten schriftlich geltend gemacht werden muss.

Vergütungsrecht

BGH-Urteil: Honorarärzte dürfen gegenüber Patienten keine Wahlleistungen abrechnen

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat jetzt Klarheit geschaffen: Honorarärzte dürfen als nicht festangestellte Klinikärzte gegenüber Patienten nicht privat abrechnen. Allerdings lässt die Entscheidung noch Fragen offen (Urteil vom 16. Oktober 2014, Az. III ZR 85/14).

*von RA und FA für Medizinrecht
 und Sozialrecht Konstantin
 Theodoridis, PVS Mülheim*

Der Fall und die Beurteilung durch die Vorinstanzen

In dem Rechtsstreit klagte eine private Krankenversicherung gegen einen niedergelassenen Facharzt für Neurochirurgie. Die Versicherung forderte das Honorar zurück, das der Arzt für die im Rahmen eines stationären Aufenthaltes durchgeführte Operation bereits erhalten hatte. Der Arzt war als Honorararzt im Krankenhaus tätig, also freiberuflich auf Honorarbasis und ohne feste Anstellung. Bereits das Amts- sowie das Landgericht Düsseldorf als Vorinstanzen hatten den Honorararzt zur Rückzahlung verurteilt: Der Honorararzt sei im Krankenhaus nicht angestellt und daher nicht berechtigt gewesen, Wahlleistungen zu erbringen und abzurechnen.

Das Urteil des BGH

Der BGH bestätigte die Vorinstanzen und verurteilte den Arzt auf Rückzahlung des Honorars. Der Patient schulde weder aufgrund der Wahlleistungsvereinbarung noch aus der gesondert abgeschlossenen „Vereinbarung über Behandlung gegen Privatrechnung“ die Zahlung eines Honorars. Zum einen sei der Arzt in der Wahlleistungsvereinba-

rung nicht als Wahlarzt oder als „gewünschter Vertreter“ aufgeführt. Zum anderen sei die „Vereinbarung über Behandlung gegen Privatrechnung“ gemäß § 134 BGB nichtig, weil sie gegen das gesetzliche Verbot des § 17 Absatz 3 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) verstoße.

Die Norm lege den Kreis der liquidationsberechtigten Wahlärzte abschließend fest, sei zwingend und lasse keine individuelle Vergütungsabrede zwischen nicht liquidationsberechtigtem Arzt und Patienten zu. Es handele sich um eine dem Schutz des Privatpatienten dienende zwingende preisrechtliche Norm, die auch nicht durch individuelle Abrede zwischen Honorararzt und Patient abbedungen werden könne.

Fazit

Das Urteil ist ein Paukenschlag und wird dazu führen, dass viele Kooperationen zwischen Krankenhäusern und Honorarärzten umzugestaltet sind. Es bleibt abzuwarten, ob sich aus den Urteilsgründen noch andere Aspekte ergeben. So lässt sich zum Beispiel der Pressemitteilung des BGH zu dem Urteil nicht entnehmen, ob das Krankenhaus selbst berechtigt ist, die von Honorarärzten erbrachten Leistungen abzurechnen.

Krankenhausrecht

BSG bekräftigt Wirtschaftlichkeitsgebot auch für Kliniken

Das Bundessozialgericht (BSG) hat in einem Urteil vom 1. Juli 2014 (Az. B 1 KR 62/12 R) die Bedeutung des Wirtschaftlichkeitsgebots in Kliniken hervorgehoben. Es betonte, dass der Gesetzgeber auch mit der Einführung des DRG-Systems Krankenhäuser nicht von der Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots befreit habe.

Fall und Urteil

Im Urteilsfall nahm die klagende gesetzliche Krankenkasse (GK) eine Klinik auf Rückzahlung von Behandlungskosten in Anspruch. Die Klinik hatte einen Patienten in zwei kurz aufeinander folgenden Aufenthalten vollstationär behandelt. Nach Auffassung der Krankenkasse hätte die Behandlung kostengünstiger in nur einem Aufenthalt abgerechnet werden müssen.

Die Auffassung der Berufungsinstanz, dass das Wirtschaftlichkeitsgebot eine Klinik nicht dazu verpflichtet, die für eine Kasse finanziell günstigste Art der Durchführung einer Behandlung zu wählen, wurde vom BSG aufgehoben. Ein Krankenträger habe gegenüber der Kasse nur einen Vergütungsanspruch für eine erforderliche wirtschaftliche Krankenhausbehandlung. Behandle eine Klinik einen Versicherten unwirtschaftlich, habe sie lediglich Anspruch auf die Vergütung, die bei einem fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhalten angefallen wäre. Wenn eine weiterführende Diagnostik innerhalb eines – auch länger

dauernden – Behandlungszeitraums durchgeführt werden könne, müsse das Krankenhaus die kostengünstigere Behandlung wählen. Ob dies im entschiedenen Fall geschehen sei, müsse noch ausführlich geprüft werden.

Fazit

Das BSG stellt in seiner Entscheidung heraus, dass das Wirtschaftlichkeitsgebot in allen Leistungsbereichen des SGB V zu beachten ist. Die Entscheidung stärkt daher die Bedeutung des Gebots als tragendes Prinzip und wesentlicher Maßstab im Rahmen der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

die Angaben zu Befunden und zur Diagnose gemeint sind.

Darüber hinausgehende Inhalte eines Befundberichtes berechtigen somit zu dessen gesonderter Berechnung mit der GOÄ-Nr. 75. Allerdings wird dies meist einen Ausnahmefall darstellen und darüber hinaus auch dann routinemäßig von vielen Kostenträgern beanstandet werden.

Die Bundesärztekammer hat in den Beschlüssen des Ausschusses Gebührenordnung vom 9. Januar 2006 (veröffentlicht in: Deutsches Ärzteblatt 103, Heft 1-2 in 2006, Seite A-69) über die Abrechnung kernspintomographischer Leistungen folgende Hinweise zu Inhalten gegeben, die eine Berechnungsfähigkeit begründen:

- Es muss – unter Berücksichtigung der aktuellen anamnestischen Daten – eine über den einfachen Befundbericht hinausgehende epikritische Bewertung des Befundes erfolgen und/oder ein epikritischer Vergleich mit Vorbefunden und sonstigen Informationen gezogen werden.
- Es erfolgen Therapieempfehlungen, wobei diese Empfehlungen nur als fakultativ und nicht zwingend notwendig angesehen werden.

Am Beispiel von Kniegelenksuntersuchungen wurde die differenzialdiagnostische epikritische Beurteilung angeführt, ob es sich bei einem pathologischen Befund um ein frisches oder altes Trauma handelt, einschließlich gegebenenfalls erfolgreicher Hinweise für die therapeutische Konsequenz.

Fazit

Auch wenn die Inhalte eines ausführlichen Befundberichtes erfüllt sind und zur Abrechnung berechtigen, wird es in vielen Fällen weiterhin Beanstandungen der Kostenträger geben, sodass oft mit zeitraubendem Schriftverkehr zu rechnen ist. In Anbetracht der Bewertung der Nr. 75 (zum Beispiel bei 2,3-fachem Steigerungssatz 17,43 Euro), der in Relation zu dem mit dem Schriftwechsel mit Kostenträgern oder Patienten verbundenen Aufwand gering erscheint, verzichten radiologische Praxen häufig auf die Forderung, obwohl sie eigentlich berechtigt ist. Die Alternative ist, den Aufwand auf sich zu nehmen und sich notfalls trotz des geringen Streitwerts mit dem Patienten gerichtlich auseinanderzusetzen.

Leserforum

Befundbericht nach CT oder MRT: Geht GOÄ-Nr. 75?

Frage: „Kann ich als Radiologe bei einer CT- oder MRT-Untersuchung einen ausführlichen Befundbericht nach GOÄ-Nr. 75 abrechnen, wenn die Bedingungen dafür erfüllt sind?“

Dazu unsere Antwort:

Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht sind als Bestandteil der zugrunde liegenden Leistung nicht gesondert berechnungsfähig. Dies geht eindeutig aus der Anmerkung zur GOÄ-Nr. 75 sowie aus den Allgemeinen Bestimmungen des Abs. 3 zu Abschnitt OI GOÄ hervor. Dabei präzisieren die Bestimmungen in Abs. 3 Abschnitt OI GOÄ dies inhaltlich dahingehend, dass damit

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, 99394 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, FAin StR Franziska David (Chefredakteurin)

Lieferung

Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose Serviceleistung der **Guerbet GmbH**.

Hinweis

Alle Rechte am Inhalt liegen beim Verlag. Nachdruck und jede Form der Wiedergabe auch in anderen Medien sind selbst 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.