

Radiologen Wirtschafts Forum

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

11 | November 2016

Integrierte radiologische Versorgung

Diese Versorgungskonzepte gibt es – ein Überblick mit Systemanalyse

Im gegenwärtigen Gesundheitssystem versuchen alle Partner, die Idee der integrierten Versorgung zu realisieren. Die Ziele dabei sind: Verbesserung der Ertragskraft, Stabilisierung bzw. Ausweitung der rentablen Versorgungsfälle, ein eigenes Markenprofil mit Abgrenzung zum Wettbewerb, Verringerung der Abhängigkeit von Schwankungen in der Gesundheitspolitik sowie Senkung der Versorgungskosten und Verbesserung der Versorgungsqualität. Die Integration stationärer und ambulanter Versorgungsprozesse stellt eine klassische Win-win-Situation dar, wenn sie sich an den Stärken und Schwächen der beteiligten Partner orientiert und diese ausgleicht.

von Geschäftsführer Dr. Bernd May,
MBM Medical-Unternehmens-
beratung GmbH, Mainz

Stärken der radiologischen Praxis

Die Stärken der radiologischen Praxen liegen im Wesentlichen bei der Organisation schlanker Prozesse und Strukturen, einer hohen Investitionskraft (Modalitäten wie IT) und dem überwiegenden Einsatz der Schnittbildverfahren (CT und MRT mit einem Anteil von über 60 Prozent). Schließlich gibt es keine strukturellen Behinderungen der Weiterentwicklung durch einen Personalrat.

Stärken der klinischen Radiologie

Die Stärken der klinischen Radiologie liegen in einer fachlichen Ausrichtung auf die Unterstützung der stationären Versorgungsprozesse mit einer Leistungsvergütung, die sich an den Prozesserlösen und der Notwendigkeit radiologischer Diagnostik orientieren.

Das unternehmerische Langzeitergebnis (Outcome) hat einen unmittelbaren Einfluss auf die Qualität der stationären Versorgung mit direkten Feedback-Prüfungsschleifen. Letztere fehlen überwiegend in der ambulanten Radiologie, bei der Einzellösungen ohne Prüfung des Outcome vergütet werden.

Inhalt

Regelleistungsvolumina

Kauf eines MRT macht aus radiologischer Gemeinschaftspraxis keine Aufbaupraxis 4

Kassenabrechnung

ASV: Die Vergütung für Sachkosten ist nun geregelt 5

Privatliquidation

Wahlleistungsvereinbarung: Diese typischen Fehler können Sie vermeiden 5

Downloads rwf-online.de

- Checkliste „Typische Fehler einer Wahlleistungsvereinbarung vermeiden“ 7
- Muster einer „Wahlleistungsvereinbarung“ 7

Arbeitsrecht

Teamarztmodell: Das Krankenhaus kann die Arbeitszeit festlegen 8

Die DRG-abhängige Vergütung radiologischer Leistungen (nach dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus – InEK) kann die Kosten der radiologischen Versorgung einer Klinik decken. Das gelingt im EBM-System der ambulanten Radiologie für keine einzige Modalität.

Eine wesentliche Stärke im klinischen Betrieb ist die Möglichkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit, der Entwicklung der interventionellen Radiologie mit ihren zunehmend differenzierten Feldern, die ein fachlich spezialisiertes Ärzteteam erfordern.

Betrachtung der Kosten und Taktzeiten

Durch regelmäßige klinische Besprechungen/Tumorboards gibt es für den radiologischen Versorgungs-Outcome in Kliniken ein qualitätsnormierendes Feedback. Die Erlöse für radiologische Leistungen orientieren sich an der Effizienz der Unterstützung der stationären Versorgung und sind mit den EBM-Erlösen im ambulanten Sektor in Abhängigkeit von den einzelnen Bundesländern und dem Punktwert wie folgt vergleichbar:

900.000 Euro pro Jahr, die für einen MRT zwischen 650.000 und 900.000 Euro pro Jahr.

Legt man EBM-Vergütungen zugrunde, müssten zur Kostendeckung eines CT-Betriebs jährlich zwischen 8.000 und 15.000 Fälle untersucht werden, d. h. bis zu 60 Fälle pro Tag. Das würde im Regeldienst eine Taktzeit von weniger als 11 min bedeuten, was in einem Klinikbetrieb im Allgemeinen nicht und in einem Praxisbetrieb nur grenzwertig zu erreichen ist. Jedenfalls fehlt auch die Zeit für Patientengespräche.

Die Verhältnisse am MRT liegen unter EBM-Bedingungen mit zwischen 7.200 und 10.000 Fällen pro Jahr noch ungünstiger. Bei 7.200 Fällen liefe dies auf eine durchschnittliche Taktzeit von 16 min hinaus, was im aktuellen Indikationemix und unter Berücksichtigung entsprechender Rüstzeiten im klinischen Patientenmix unter Qualitätsbedingungen nicht möglich ist.

Typische Taktzeiten am MRT liegen in einer Praxis zwischen 15 und 40 min und in einer Klinik zwischen 40 und 60 min.

belohnt. Das betrifft auch das Aufrechterhalten einer hohen Produktivität, die Ausbildung schlanker Versorgungsprozesse und Versorgungsstrukturen. Ferner können Praxen eine hohe Innovationskraft entwickeln. Gut geführte Praxen legen Wert auf eine hohe Service-Qualität gegenüber Zuweisern (schnelle Befundverfügbarkeit) und Patienten (schnelle Untersuchungstermine, kurze Wartezeiten, Kurzgespräch eines Arztes mit Patienten).

Demgegenüber haben Klinikradiologien keinen bis nur eingeschränkten Zugriff auf den ambulanten Markt. Die Entscheidungswege bei apparativen Innovationen mit knappen Finanzmitteln innerhalb der dualen Finanzierung sind lang (überwiegend pauschale Fördermittel, immer weniger Einzelförderung).

Mitunter ist die Service-Qualität gegenüber Patienten und auch zuweisenden Kollegen gering ausgeprägt.

Die Infrastruktur ist oft ungünstig. Zum Teil gibt es keine Vor- und Nachbereitungsräume für CT und MRT mit Umlagerung von Patienten in Verkehrszonen. Die Standorte der Modalitäten sind nicht kompakt angeordnet, sondern oft verteilt.

Mit ca. 60 Prozent Röntgenanteil ist der Fallanteil mit CT (durchschnittlich 20 Prozent) und MRT (durchschnittlich 10 Prozent) gering. Zum Teil sind die Modalitäten nicht ausgelastet. Gleichzeitig können hohe Vorhaltekosten durch Leerkapazitäten entstehen. Die Produktivität ist insofern vergleichsweise im Durchschnitt relativ niedrig (ärztliche wie medizintechnische Dienste, Modalitäten).

| Durchschnittliche Vergütung je Fall in Euro | | |
|---|------------------|---|
| Modalität | stationär (InEK) | ambulant (EBM) je nach Bundesland und Punktwert |
| Röntgen | ca. 50-70 | ca. 10-12 |
| CT | ca. 110-130 | ca. 60-70 |
| MRT | ca. 210-240 | ca. 90-110 |

Die Vollkosten eines CT liegen – je nach Ausstattung/Anschaffungskosten und Auslastung (Personalausstattung) – zwischen 500.000 und

Betrachtung des Prozessmanagements

Praxen werden für effizientes Prozessmanagement unternehmerisch

Synergien durch Integration

Bei der Integration von stationärer und ambulanter radiologischer Versorgung können Synergien ausgenutzt werden:

- Aus den beteiligten Fachärzten kann ein Team mit fachlichen Schwerpunkten gebildet werden (Spezialisten versus Generalisten).
- Die fachlichen Schwerpunkte der Praxis- oder Klinikpartner können im ambulanten Sektor gezielt genutzt werden.
- Durch eine interdisziplinäre Arbeitsweise können im Prinzip alle von den Kliniken vertretenen Fächer radiologisch kompetent versorgt werden.
- Durch die Partner können sämtliche Modalitäten besser ausgelastet werden. Dadurch sinken die Fallkosten; auch die Service-Qualität kann verbessert werden.
- Das klinische Prozessmanagement kann effizient ausgestaltet werden.
- Schließlich kann die Finanzierung von Investitionen im Krankenhaus schnell und unabhängig von der dualen Finanzierung entschieden werden.

Modellvariante Kooperation

Ein mögliches Modell integrierter radiologischer Versorgung ist die Kooperation (mittels schuldrechtlichem Kooperationsvertrag):

Eine Praxis verlagert ihren Betrieb ganz oder teilweise auf das Klinikgelände. Sie übernimmt ganz oder teilweise die stationäre Versorgung der Klinik. Zusätzlich gibt es die Möglichkeit, Gerätekapazitäten und Personal in bestimmten Zeitfenstern gegenseitig (zur Nutzung) zu überlassen.

Modellvariante MVZ im Mantel einer Kapitalgesellschaft

Bei der Ausgestaltung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) als Kapitalgesellschaft sind folgende Varianten denkbar:

Variante 1: 100 Prozent Klinikanteil

Die Klinik erwirbt einen oder mehrere Vertragsarztsitze und betreibt ein MVZ mit Zugriff auf den ambulanten Markt über die Vertragsarztsitze. Die Klinik hält 100 Prozent der Gesellschaftsanteile. Der Klinikbetrieb und die Ausdehnung der Versorgung in den ambulanten Bereich wird unverändert unter chefärztlicher/fachärztlicher Leitung der Klinik organisiert. Dazu müssen sich die bisherigen Sitzinhaber anstellen lassen und dürfen keine Leistungsfunktion übernehmen bzw. müssen ihren Vertragssitz an einen angestellten Radiologen der Klinik übertragen.

Variante 2: 100 Prozent Praxisanteil

Die Praxis sourct die gesamte radiologische Versorgung an eine übernehmende Praxis aus. Die Praxis hält 100 Prozent der Gesellschaftsanteile. Die Praxis organisiert die Versorgung der Klinikpatienten zu den Bedingungen eines Kooperationsvertrags, den sie zu diesem Zweck mit der Klinik schließt.

HINWEIS | Dieses Modell ist auch ohne MVZ und Kapitalgesellschaft möglich.

Variante 3: Beide haben Anteile

Klinik und Praxis gründen ein gemeinsames MVZ mit dem Mantel einer Kapitalgesellschaft unter beidseitiger Beteiligung. Das Prozessmanagement obliegt der Praxis, die Klinik kann beispielsweise

ein kaufmännisches Controlling einbringen. Das MVZ schließt mit der Klinik zur Versorgung ihrer Patienten einen Kooperationsvertrag ab.

Chancen und Risiken werden von beiden Parteien im Verhältnis der Gesellschaftsanteile getragen. Bei diesem Modell hat die Klinik über die Gesellschafterbeteiligung ein Einwirkungsrecht auf die strategische und operative Ausrichtung des MVZ.

Erste Bewertung

Bei allen drei Varianten vereinbart die Radiologiepraxis/das MVZ mit der Klinik am besten einen Preiskatalog für die an den Patienten der Klinik zu erbringenden Leistungen. Die leistungserbringende Einheit wird damit fallweise nach den erbrachten Lösungen honoriert. Die Outcome-Prüfung erfolgt indirekt über die Teilnahme an den klinischen Besprechungen.

Die Kliniken sind daran interessiert, dass die radiologische Versorgung für den gesamten stationären Versorgungsprozess so effizient wie möglich und innerhalb des InEK-Kostengerüsts durchgeführt wird. Hier entsteht eine Interessenskollision:

- Die Klinik will möglichst mit geringem radiologischen Aufwand und frühzeitig eine auf das klinisch relevante Patientenproblem zutreffende Diagnose.
- Die Praxis organisiert ihr Prozessmanagement mit fallabhängigen Erlösen (mehr Fälle mit teuren Einzelleistungen liefern mehr Erlöse).

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Der Beitrag wird fortgesetzt. Dabei werden die Modelle aus Praxis- und Klinik Sicht mit Beispielen und wirtschaftlichen Folgen diskutiert.

Regelleistungsvolumina**Kauf eines MRT macht aus radiologischer Gemeinschaftspraxis keine Aufbaupraxis**

Die Aufnahme eines neuen Leistungsbereichs führt nicht zur Annahme des Bestehens einer (privilegierten) Aufbaupraxis. Denn auch der Eintritt eines Arztes in eine bestehende vertragsärztliche Praxis führt nicht dazu (Landessozialgericht [LSG] Berlin-Brandenburg, Urteil vom 16.10.2015, Az. L 24 KA 65/14).

von RA, FA für MedizinR
Philip Christmann, Berlin/
Heidelberg, www.christmann-law.de

Der Fall

Die Klägerin ist eine seit 2005 bestehende Gemeinschaftspraxis und in S zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Sie ist der Arztgruppe „Radiologen mit CT und MRT“ zugeordnet.

Mitte 2009 erwarb die Praxis ein MRT und rechnete von da an MRT-Leistungen ab. Die Gesamtsumme der abgerechneten MRT-Leistungen schöpfte dabei das Regelleistungsvolumen (RLV) nicht aus. In den – hier streitigen – Folgequartalen ab I/2010 überschritt die Gemeinschaftspraxis dagegen das RLV. Mit Honorarbescheiden für I/2010 und folgende Quartale bewilligte die beklagte Kassenärztliche Verrechnungsstelle (KV) der Klägerin wegen Überschreitung des RLV nur zwischen 70 und 80 Prozent der abgerechneten Leistungen.

Mit ihrer Klage begehrte die Klägerin die volle Zahlung der Leistungen. Unter anderem wandte sie letztlich erfolglos ein, die Gemeinschaftspraxis sei wegen der

Aufnahme der MRT-Tätigkeit als (privilegierte) Aufbaupraxis bzw. Anfängerpraxis anzusehen. Die Honorarbescheide wurden bestätigt.

Die Entscheidung

Die Klägerin ist im Hinblick auf die neu ab dem III. Quartal 2009 angebotenen MRT-Leistungen nicht als „Aufbaupraxis“ anzusehen. Sie existierte nämlich davor bereits ununterbrochen seit mehr als fünf Jahren.

Nicht einmal der Eintritt eines neuen Arztes führte zur Annahme des Vorliegens einer Aufbaupraxis, weil insofern streng auf die zivilrechtliche Rechtslage abzustellen ist (vergleiche Bundessozialgericht, Urteil vom 17.07.2013, Az. B 6 KA 44/12 R). Der Eintritt eines weiteren Arztes in eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) stellt in diesem Sinne keine Neuaufnahme vertragsärztlicher Tätigkeit dar. Denn bei der Neuformierung einer BAG durch Austritt oder Neueintritt eines Partners besteht die Gesellschaft bürgerlichen Rechts bzw. die Partnerschaftsgesellschaft gleichermaßen unverändert fort.

Ist bereits der Eintritt eines Arztes in eine Berufsausübungsgemeinschaft keine Neuaufnahme vertragsärztlicher Tätigkeit, trifft dies erst recht

nicht auf die Aufnahme eines neuen Leistungsbereichs (hier: MRT) zu.

Folgen für die Praxis

Die Beklagte hat sowohl im I. als auch im II. Quartal 2010 mangels MRT-Fallzahlen aus dem Vorjahresquartal die tatsächliche Fallzahl umgerechnet auf den Leistungsfallanteil der MRT-Behandlerin zugrunde gelegt. Ab dem Quartal III/2010 hat sie dann die Fallzahl des Vorjahresquartals III/2009 herangezogen. Es ist also nicht, wie bei Aufbaupraxen, das arztgruppendurchschnittliche RLV angesetzt worden. Diese Methode wurde vom Gericht nicht beanstandet. Das heißt:

Erwirbt eine Praxis neue Untersuchungsgeräte und kann sie dadurch neue Behandlungsmethoden erbringen, so bezieht sich die KV bei den Abrechnungen immer auf das erste Quartal der Nutzung. Dies sollte – mit Blick auf die oft siebenstelligen Anschaffungskosten der MRT-Geräte – bei der Planung der Untersuchungen mit dem neuen Gerät im Startquartal berücksichtigt werden.

Es ist daher zu raten, das MRT nach Inbetriebnahme nach Möglichkeit sogleich voll auszulasten, um das RLV auszuschöpfen.

Sollte ein Arzt dann im ersten Quartal erkranken oder aus anderen Gründen verhindert sein und kann er dadurch weniger Leistungen erbringen, so ist ihm zu raten, diese Besonderheit bei der KV unter Beifügung von Nachweisen geltend zu machen (sogenannter Antrag auf Anpassung des RLV/Qualitätsgebundenen Zusatzvolumens [QZV]).

ASV

Die Vergütung für Sachkosten ist nun geregelt

Für niedergelassene Vertragsärzte in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gelten seit dem 01.10.2016 die regionalen Vereinbarungen zum Sprechstundenbedarf. Ebenso finden die auf Landesebene vereinbarten Regelungen für Kontrastmittel Anwendung. Diesen Beschluss haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband zur bundeseinheitlichen Vergütung von Sachkosten in der ASV gefasst.

Die Regelung zu den nicht gesondert berechnungsfähigen Kosten orientiert sich im Wesentlichen am EBM, d. h.:

- Kosten, die gemäß 7.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM mit der Gebühr für die ärztliche Leistung abgegolten oder explizit Leistungsinhalt der vom ergänzten Bewertungsausschuss bestimmten abrechnungsfähigen Leistungen sind, sind nicht gesondert berechnungsfähig.
- Sachkosten, die nicht unter die vorgenannten Aufzählungen fallen und auch keine Arzneimittel bzw. in die Arzneimittelversorgung einbezogenen Produkte sind, werden im Wege der Einzelabrechnung mit den Krankenkassen abgerechnet.

WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- Beschluss vom 13.09.2016, auf der Website des Instituts des BA unter www.iww.de/sl2057, 11. ergBA.
- ASV-Abrechnungsvereinbarung und Anlagen auf der Website der KBV unter www.iww.de/sl2058.

Aktuelle Rechtsprechung

Wahlleistungsvereinbarung: Diese typischen Fehler können Sie vermeiden

Eine aktuelle Entscheidung des Landgerichts (LG) Stuttgart sorgt für Unruhe und viele Fragen (Urteil vom 04.05.2016, Az. 13 S 123/15). Es droht das unschöne Szenario, dass ärztliche Wahlleistungen zukünftig nicht mehr abgerechnet werden können oder bereits gezahlte Honorare für wahlärztliche Leistungen sogar zurückgefordert werden. Betroffene Ärzte und Krankenhäuser sollten deshalb prüfen, ob ihre Wahlleistungsvereinbarungen dem neuesten Stand entsprechen.

Der Fall

In dem Fall vor dem LG Stuttgart ging es um die Wirksamkeit der von dem beteiligten Uniklinikum verwendeten Wahlleistungsvereinbarung. Über diese Vereinbarung hinaus erhielt die beklagte Patientin eine „Patienteninformation“. Da bereits bei der prästationären Behandlung klar war, dass der klagende (Krankenhaus-)Arzt die vorgesehene Operation aufgrund persönlicher Verhinderung nicht würde durchführen können, unterzeichnete sie außerdem eine individuelle Vertretungsvereinbarung.

Letztlich bezahlte die Patientin die erbrachten ärztlichen Leistungen nicht. Während die erste Instanz dem Arzt noch recht gab, wies das LG Stuttgart seine Zahlungsklage ab.

Die Entscheidungsgründe

Zur Begründung verwiesen die Stuttgarter Richter auf den Wortlaut von § 17 Abs. 3 S. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG), auf den in einer Wahlleistungsvereinbarung ausdrücklich hingewiesen werden muss. In der Wahlleistungsvereinbarung des Uniklinikums war der KHEntG-Hinweis auf „angestellte

von RA, FA für ArbeitsR und MedizinR Dr. Tilman Clausen, armedis Rechtsanwälte Hannover, www.amedis.de

oder beamtete“ Ärzte nicht enthalten. Dadurch werde der Kreis der liquidationsberechtigten Ärzte unzulässig z. B. auch auf Honorarärzte erweitert. Dies habe jedoch der Bundesgerichtshof (BGH) verboten (Urteil vom 16.10.2014, Az. III ZR 85/14).

Wahlleistungsvereinbarung des Klinikums (Auszug)

Ausdrücklich wird nochmals darauf hingewiesen, dass sich die Vereinbarung über zusätzliche wahlärztliche Leistungen auf alle an der Behandlung beteiligten ärztlichen Direktoren/Ärzte, soweit diese zur Erbringung wahlärztlicher Leistungen berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen durch Ärzte und ärztlich geleitete Einrichtungen außerhalb des Klinikums erstreckt (Wahlarztkette nach § 17 Abs. 3 Krankenhausentgeltgesetz).

Weiche die Wahlleistungsvereinbarung vom Wortlaut des § 17 Abs. 3 S. 1 KHEntgG ab, sei sie nichtig. Dies führe auch zur Nichtigkeit des Behandlungsvertrags zwischen Wahlarzt und Patient (BGH, Urteil vom 19.02.1998, Az. III ZR 169/97). Wahlärzte könnten dann keine wahlärztlichen Leistungen mehr abrechnen, obwohl nicht sie selbst, sondern die Krankenhausträger für den Abschluss einer rechtswirksamen Vereinbarung verantwortlich sind. Zudem seien Rückforderungsansprüche für die Vergangenheit möglich.

Die Unwirksamkeit der Wahlleistungsvereinbarung hätte möglicherweise vermieden werden können, wenn die Patientin in der „Patienteninformation“ mit dem korrekten Text von § 17 Abs. 3 S. 1 KHEntgG wirksam unterrichtet worden wäre. Dazu hätte diese als separates Formular in die Wahlleistungsvereinbarung des Klinikums einbezogen werden müssen, wozu auch der aufklärende Mitarbeiter des Klinikums hätte unterschreiben müssen, weil das Gesetz die Schriftform verlangt. Diese Unterschrift fehlte, sodass der Mangel der Wahlleistungsvereinbarung hier nicht durch die „Patienteninformation“ geheilt werden konnte.

1. Folge für die Praxis: § 17 Abs. 3 S. 1 KHEntgG vollständig abdrucken

Mit Wahlleistungen befasste Ärzte sollten sich – genau wie die Klinikleitungen – umgehend die Wahlleistungsvereinbarungen ansehen. Der Wortlaut von § 17 Abs. 3 S. 1 KHEntgG muss vollständig in der Wahlleistungsvereinbarung des Krankenhauses abgedruckt sein.

Fehlen einzelne Passagen des Gesetzestextes – z. B. der Zusatz

der „angestellten oder beamteten“ Ärzte –, sollte die Vereinbarung umgehend ergänzt werden. Diese Maßnahme wirkt für die Zukunft, jedoch leider nicht für die Vergangenheit.

§ 17 Abs. 3 S. 1 KHEntgG (Wortlaut)

Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten oder beamteten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115a SGB V) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses; darauf ist in der Vereinbarung hinzuweisen.

Wurde bisher mit fehlerhaften Vereinbarungen gearbeitet, kann geprüft werden, ob der Mangel der Wahlleistungsvereinbarung jeweils dadurch geheilt worden ist, dass ihr eine rechtswirksame Patienteninformation nach § 17 Abs. 2 KHEntgG beigelegt wurde. Insofern ist der Text der jeweils betroffenen Wahlleistungsvereinbarung Satz für Satz zu prüfen – inklusive ihrer Anlagen.

2. Folge für die Praxis: Assistenzärzte müssen ausgenommen werden

Eine Wahlarztvereinbarung ist ungültig, wenn sie die Formulierung enthält, nach der sich die Vereinbarung auf „alle an der Behandlung des Patienten beteiligten Ärzte des Krankenhauses“ erstreckt. Der Grund

ist: Nach diesem Wortlaut könnte auch der Assistenzarzt wahlärztliche Leistungen abrechnen. Das aber ist nicht erlaubt (Oberlandesgericht Stuttgart, Urteil vom 17.01.2002, Az. 2 U 147/01).

3. Folge für die Praxis: Schriftform muss eingehalten werden

Für die Wahlleistungsvereinbarung gilt die Schriftform (§ 126 Abs. 2 S. 1 Bürgerliches Gesetzbuch). Dies bedeutet: Der Inhalt der Wahlleistungsvereinbarung muss schriftlich fixiert und anschließend von dem Krankenhausträger und dem Privatpatienten unterschrieben werden. Der Patient muss schriftlich über die Entgelte und die Inhalte der Wahlleistungen informiert werden – so sieht es § 17 Abs. 2 KHEntgG vor (BGH, Urteil vom 04.11.2004, Az. III ZR 201/04).

Die Schriftform ist nicht gewahrt, wenn die Informationen nicht von demjenigen Mitarbeiter des Krankenhauses unterzeichnet sind, der den Patienten unterrichtet. Es reicht nicht aus, dass der Patient lediglich den Inhalt der Information bestätigt (s. LG Stuttgart, a.a.O.).

4. Folge für die Praxis: Patient über Entgelt informieren

Während bei nicht-ärztlichen Wahlleistungen immer die täglich anfallenden Zuschläge genannt werden müssen, ist dies bei ärztlichen Wahlleistungen nicht erforderlich. Es reicht aus, wenn über die Art und Weise des Zustandekommens der Preise unterrichtet wird, da bei ärztlichen Wahlleistungen die Kosten der Behandlung zumeist erst am Ende des stationären Aufenthalts feststehen. Folgendes muss aber in der Vereinbarung mindestens enthalten sein:

- Die wahlärztliche Leistung muss kurz charakterisiert werden. Dabei muss zum Ausdruck kommen, dass zum einen die persönliche Behandlung durch die liquidationsberechtigten Ärzte sichergestellt werden soll und zum anderen der Patient auch ohne Wahlleistungsvereinbarung durch hinreichend qualifizierte Ärzte medizinisch versorgt wird.
- Die Preisermittlung nach der GOÄ bzw. GOZ ist kurz zu erläutern. Der Patient soll verstehen, wie das Abrechnungssystem grob funktioniert. Zu erwähnen ist auch die Pflicht zur Honorarminderung nach § 6a GOÄ.
- Es muss darauf hingewiesen werden, dass die Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen eine erhebliche finanzielle Mehrbelastung bewirken kann und dass der Patient die GOÄ bzw. GOZ einsehen kann.
- Deutlich werden muss, dass sich die Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen auf alle in § 17 Abs. 3 S. 1 KHEntG genannten Ärzte erstreckt.

DKG-Muster reicht aus

Die Frage, welchen Inhalt die Unterrichtung des Patienten über die Wahlleistungsentgelte im Einzelnen haben muss, ist vonseiten des BGH in mehreren Urteilen geklärt worden, z. B. Urteil vom 27.11.2003 (Az. III ZR 37/03), vom 08.01.2004 (Az. III ZR 375/02), vom 22.07.2004 (Az. III ZR 355/03) und vom 04.11.2004 (Az. III ZR 201/04).

In der Entscheidung vom 04.11.2004 hat sich der BGH mit dem Muster der Patienteninformation der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) befasst und die Auffassung vertreten, dass dieses Formular ausreicht, um wirksam über die Entgelte der ärztlichen Wahlleistungen zu informieren.

5. Folge für die Praxis: Ständigen ärztlichen Vertreter benennen

Nach § 4 Abs. 2 S. 3 und 4 GOÄ können die dort genannten wahlärztlichen Leistungen – unter den im Gesetz genannten Voraussetzungen – auch abgerechnet werden, wenn sie durch den ständigen ärztlichen Vertreter des Wahlarztes oder unter dessen Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht worden sind.

Hierzu muss der ständige Vertreter in der Vereinbarung benannt werden. Es muss dem Patienten klar sein, wer ihn anstelle des Wahlarztes behandelt – und zwar **bevor** er die Wahlleistungsvereinbarung unterschreibt (BGH, Urteil vom 20.12.2007, Az. III ZR 144/07). So kann es zu Beweisschwierigkeiten kommen, wenn der ständige Vertreter nur in einer Anlage benannt ist.

Nach § 4 Abs. 2 S. 3 und 4, § 5 Abs. 5 GOÄ ist nur ein einziger ständiger Vertreter pro Wahlarzt zulässig. Der Zuständigkeitsbereich des Wahlarztes kann aber unter mehreren ständigen Vertretern aufgeteilt werden (Oberlandesgericht Celle, Urteile vom 15.06.2015, Az. 1 U 97/14 und 1 U 98/14). Diese Aufteilung

muss transparent sein, d. h.: Der Patient muss bei Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung erkennen können, welcher ständige ärztliche Vertreter im Vertretungsfall für ihn zuständig ist (siehe dazu auch schon RWF Nr. 4/2014).

6. Folge für die Praxis: Wer bezahlt die Rückforderungsansprüche?

Erheben Kostenträger Ansprüche auf Rückzahlung, fragt sich, wer diese bedienen muss:

- Bei Chefärzten mit Liquidationsrecht muss der Träger dafür sorgen, dass sie dieses Recht auch ausüben können. Ist die Wahlleistungsvereinbarung unwirksam, besteht daher grundsätzlich ein Regressanspruch des Chefarztes gegenüber dem Krankenträger aus der arbeitsrechtlichen bzw. beamtenrechtlichen Fürsorgepflicht des Krankenträgers (z. B. LG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 09.01.2005, Az. 10 Sa 212/05).
- Bei Chefärzten, die eine Beteiligungsvergütung bekommen, müssten die Rückforderungsansprüche an den Krankenträger adressiert werden. (Höchst-Richterlich ist diese Frage noch nicht entschieden. Aber auch hier erscheint ein Regressanspruch des Chefarztes denkbar.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Unter rwf-online.de finden Sie im Downloadbereich folgende Dokumente zur Wahlleistungsvereinbarung zum Herunterladen:
 - Checkliste „Vermeiden Sie in Ihrer Wahlleistungsvereinbarung typische Fehler“
 - Muster einer „Wahlleistungsvereinbarung“

Arbeitsrecht

Teamarztmodell: Das Krankenhaus kann die Arbeitszeit festlegen

Der Arbeitgeber muss bei der Festlegung der täglichen Arbeitszeiten nicht auf eine nur abstrakte anderweitige Verdienst- und Beschäftigungsmöglichkeit des Arbeitnehmers Rücksicht nehmen (Landesarbeitsgericht [LAG] Berlin-Brandenburg, Urteil vom 7.1.2016, Az. 5 Sa 1276/15). Ein im Teamarztmodell tätiger Radiologe scheiterte daher mit dem Wunsch, seine Dienstzeit unter Berücksichtigung möglicher anderer Verwendung seiner Arbeitskraft anzupassen.

von RA Benedikt Büchling,
 Kanzlei am Ärztehaus, Dortmund,
www.kanzlei-am-aerztehaus.de

Der Fall

Der klagende Radiologe war als Chefarzt im Teamarztmodell bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden und einer Jahresvergütung beschäftigt. Seine Dienstverträge sahen vor, dass er den einen Teil seiner ärztlichen Tätigkeit im Krankenhaus und den anderen in einem MVZ erbrachte.

Als der Arbeitgeber das Arbeitsverhältnis mit dem MVZ beendete, wurde dem Radiologen im Rahmen einer Änderungskündigung angeboten, unter reduzierten Bedingungen weiter im Krankenhaus zu arbeiten. Er sollte montags, dienstags und freitags jeweils von 8 bis 13 Uhr und zusätzlich dienstags von 13 bis 18 Uhr tätig werden. Der Radiologe nahm dies an, wies dabei aber darauf hin, dass diese Regelung der Dienstzeit eine anderweitige fachärztliche Tätigkeit unmöglich mache. Er klagte deshalb – letztlich ohne Erfolg – auf Schadenersatz wegen entgangenen

Verdienstes für anderweitige Beschäftigungen als Radiologe in Berlin und Umgebung.

Die Entscheidungsgründe

Die Klage wurde mangels Pflichtverletzung abgewiesen. Die Arbeitszeitverteilung basiere auf dem Interesse des Arbeitgebers auf Sicherung der radiologischen Versorgung im Krankenhaus.

Es bestehe auch kein Schadenersatzanspruch nach § 280 Abs. 1, § 241 Abs. 2, § 252 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). Danach sei jede Partei des Arbeitsvertrags zur Rücksichtnahme auf die Rechte, Rechtsgüter und Interessen des anderen Teils verpflichtet. Diese Pflicht sei vom Arbeitgeber im Rahmen der Ausübung seines Direktionsrechts zu berücksichtigen.

Der Radiologe habe demgegenüber seiner Darlegungs- und Beweislast zur Begründung seiner Klage nicht genügt. Zum einen habe er nicht schlüssig dargelegt, aus welchen Gründen die festgelegte Arbeitszeit nicht angemessen gewesen sein soll. Zum anderen habe er nicht vorgetragen, dass der Klinik dem Radiologen mögliche anderweitige Beschäftigungen bekannt waren.

Eine nur abstrakte Beschäftigungsmöglichkeit reiche aber nicht aus.

Rechtliche Hinweise für die Praxis

Das arbeitgeberseitige Direktionsrecht ist allgemein in § 106 Gewerbeordnung geregelt: Danach kann der Arbeitgeber Inhalt, Ort und Zeit der Arbeit nach billigem Ermessen gemäß § 315 BGB selbst bestimmen – es sei denn, es besteht diesbezüglich eine höherrangige Regelung.

In den meisten Chefarztverträgen fehlt eine Konkretisierung bestimmter Arbeitszeiten. Dem Arbeitgeber ist es also im Rahmen des Direktionsrechts möglich, auch im Nachhinein (Regel-)Arbeitszeiten vorzugeben. Ungeachtet dessen ist es einem Chefarzt versagt, einer Nebentätigkeit ohne Zustimmung des Arbeitgebers nachzugehen.

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
 Niederlassung: Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen
 Tel. 02596 922-0, Fax 02596 922-80, www.iww.de
 Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg

Redaktion

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.

Guerbet | 

Contrast for Life