

## Klinikrundbrief

### Inhaltsverzeichnis

#### **A. Rechtsprechung**

1. Bundesgerichtshof, Urteil vom 16.10.2014:  
Nichtige Wahlleistungsvereinbarung mit einem Honorararzt
2. Bundessozialgericht, Urteil vom 02.07.2014  
Honorar für Notfallbehandlungen in der Ambulanz
3. Bundesarbeitsgericht, Urteil vom 10.09.2014:  
Entgeltfortzahlung beim Zusammentreffen einer Maßnahme der medizinischen Vorsorge- und Rehabilitation mit einer Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit

#### **B. Aktuelles**

Mindestmenge Knie-TEP ab 01.01.2015

---

#### **A. Rechtsprechung**

##### **1. Nichtige Wahlleistungsvereinbarung mit einem Honorararzt**

Mit Sonder-Klinikrundbrief von Oktober 2014 haben wir bereits auf diese BGH-Entscheidung aufmerksam gemacht. Mittlerweile liegen die Gründe vor, so dass die Konsequenzen dieses Urteils nun bestimmt werden können.

Zum Sachverhalt: Der operierende Facharzt für Neurochirurgie hatte eine Kooperationsvereinbarung mit dem Krankenhaus geschlossen und war dort

als Honorararzt tätig. Die Patientin hatte in seiner Praxis mit ihm eine „Vereinbarung über Behandlung gegen Privatrechnung“ abgeschlossen, in der sie sich mit der privaten Abrechnung der ärztlichen Leistungen einverstanden erklärte. Auch mit der Klinik, die sie zur vollstationären Behandlung aufnahm, wurden Wahlleistungen vereinbart. Als Wahlarzt wurde der Chefarzt der Unfallchirurgie benannt. Ein ständiger ärztlicher Vertreter wurde nicht aufgeführt.

Der Bundesgerichtshof geht aufgrund des Wortlauts der maßgeblichen Vorschrift in § 17 Abs. 3 S. 1 KHEntgG davon aus, dass Wahlärzte ausschließlich solche sein können, die im Krankenhaus als Angestellte oder Beamte tätig sind. Leistungen, die im Krankenhaus durch externe Ärzte erbracht werden, können demnach im Regelfall lediglich allgemeine Krankenhausleistungen sein, die nicht als Wahlleistungen abgerechnet werden können. Diese gesetzliche Regelung kann nach Auffassung des Gerichts auch durch eine besondere Vereinbarung zwischen Patient und Arzt, wie im vorliegenden Fall, nicht ausgehebelt werden.

In dem Urteil wird auch ausgeführt, dass in der Vereinbarung, die die Patientin mit dem Krankenhaus getroffen hatte, der operierende Arzt nicht genannt war. Das Gericht verweist hierzu ausdrücklich auf eine frühere Entscheidung vom 20.12.2007, in dem allgemeine Grundsätze zur Möglichkeit einer Stellvertreterregelung in Wahlleistungsvereinbarungen aufgestellt wurden. Nach dieser Entscheidung kann dem Patienten angeboten werden, dass anstelle des liquidationsberechtigten Wahlarztes ein bestimmter Vertreter zu den vereinbarten Bedingungen die wahlärztlichen Leistungen erbringt. Es kann eine entsprechende Individualabrede geschlossen werden. Der Patient ist allerdings zuvor über die alternative Option zu unterrichten, auf die Inanspruchnahme wahlärztlicher Leistungen zu verzichten und sich ohne Zuzahlung von dem jeweils diensthabenden Arzt behandeln zu lassen. Ihm ist ferner die weitere Option zu erläutern, die gewünschte Leistung durch den Wahlarzt selbst vornehmen zu lassen.

Unter Einhaltung dieser Bedingungen kann demnach auch ein externer Arzt, der als Honorararzt in einem Krankenhaus tätig ist, Wahlleistungen erbringen. Er handelt in diesem Fall als Vertreter des liquidationsberechtigten Arztes. Die Leistungen werden entweder durch den liquidationsberechtigten Arzt oder durch das Krankenhaus abgerechnet. Der behandelnde Arzt erhält seine Vergütung von dem liquidationsberechtigten Arzt bzw. vom Krankenhausträger.

## 2. Honorar für Notfallbehandlungen in der Ambulanz

Durch Urteil vom 02.07.2014 (B 6 KA 30/13 R) hat das Bundessozialgericht entschieden, dass Notfallbehandlungen in einem Krankenhaus ebenso zu vergüten sind wie die Leistungen der Vertragsärzte im Rahmen des Notdienstes.

Dem Rechtsstreit lag folgender Sachverhalt zugrunde:

Die klagende Klinik erbringt regelmäßig ambulante Notfallbehandlungen, insbesondere nach Unfällen. Für diese Behandlungsfälle beanspruchte das Krankenhaus diejenige Vergütung, die in einer vertragsärztlichen Praxis angefallen wäre, nämlich nach den Nrn. 01100 und 01101 EBM (Gebühren für eine unvorhergesehene Inanspruchnahme des Vertragsarztes zu bestimmten Zeiten außerhalb der Sprechstunde) sowie nach den Nrn. 07211 und 07212 EBM (chirurgische Grundpauschalen). Zur Begründung verwies der Krankenhausträger darauf, dass die bewilligte Vergütung nach den Nrn. 01210 ff. EBM bei weitem nicht ausreiche, um die anfallenden Vorhaltekosten zu decken. Mit derartigen Kosten seien Vertragsärzte nicht belastet. Hieraus ergebe sich eine ungerechtfertigte Ungleichbehandlung der Krankenhausträger, so dass alleine die Vergütung nach den von der Klägerin angegebenen Gebührenordnungspositionen (GOP) sachgerecht sei.

Das Bundessozialgericht verwies zunächst darauf, dass mit den GOPen 01210 bis 01218 die Tätigkeit in Notfällen im organisierten Notfalldienst der Vertragsärzte und der ggf. aufgesuchten weiteren Institutionen, insbesondere der Krankenhäuser, einheitlich vergütet werde. Diese Regelungen würden der besonderen Situation im Behandlungsfall gerecht, weil eine Notfallbehandlung stets nur eine Erstversorgung darstelle. Im Übrigen könnten sowohl die Vertragsärzte als auch die Krankenhäuser zusätzlich zu den Positionen der Nrn. 01210 bis 01218 EBM auch diejenigen GOPen abrechnen, die in unmittelbarem diagnostischen oder therapeutischen Zusammenhang mit der Notfallversorgung stehen, Teil 9. II. 1.2 Nr. 1 EBM.

Die Leistungspositionen 01100 bzw. 01101 betreffen ausschließlich die Tätigkeit von Vertragsärzten, die ihre Patienten außerhalb ihrer Sprechstundenzeiten und außerhalb des organisierten Notdienstes behandelten. Diese Behandlungen seien nicht auf eine Erstversorgung beschränkt und würden daher mit Zuschlägen vergütet, seien aber nicht mit einer Notfallversorgung vergleichbar.

Auch wenn tatsächlich Krankenhausambulanzen vermehrt für (Notfall-) Behandlungen in Anspruch genommen würden, ändere dies nichts daran, dass die ambulante vertragsärztliche Versorgung nach geltendem Recht gegenüber der ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser vorrangig sei. Soweit Notfallambulanzen faktisch überwiegend in Anspruch genommen würden, könnten nur gesetzliche Regelungen das Nebeneinander von vertragsärztlichem Notdienst und der Behandlung in Notfallambulanzen neu ordnen.

Das Bundessozialgerichts weist außerdem auf eine Entscheidung vom 12.12.2012 (B 6 KA 3/12 R) hin, ebenfalls betreffend die Notfallversorgung in einer Krankenhausambulanz. Das Gericht entschied in jenem Fall, dass der klagende Krankenhausträger zur Abrechnung der GOPen 01211, 01215, 01217 und 01219 (Zusatzpauschalen für die Besuchsbereitschaft) berechtigt sei.

Gestützt auf diese Rechtsprechung lässt sich die Vergütung für die Notfallbehandlung in der Ambulanz eines Krankenhauses immerhin um 50 – 63 % erhöhen.

### **3. Entgeltfortzahlung im Fall des Zusammentreffens einer Maßnahme der medizinischen Vorsorge- und Rehabilitation mit einer Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit**

Nach der Rechtsprechung der Arbeitsgerichte, insbesondere des Bundesarbeitsgerichts, ist der Anspruch der Arbeitnehmer auf Entgeltfortzahlung in den Fällen beschränkt, in denen während einer Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer Erkrankung eine neue Krankheit auftritt, die ebenfalls – für sich genommen – zu einer Arbeitsunfähigkeit führt. Wenn sich die Zeiträume der ersten und der hinzu tretenden Erkrankung überschneiden, kann der Arbeitnehmer die sechswöchige Entgeltfortzahlung nur einmal in Anspruch nehmen. Nur wenn die erste Erkrankung in dem Zeitpunkt beendet war, in dem die weitere Erkrankung auftritt, besteht ein weiterer Anspruch auf Entgeltfortzahlung für einen Zeitraum von sechs Wochen (Grundsatz der Einheit des Verhinderungsfalls).

Das Bundesarbeitsgericht hat nun entschieden, dass beim Zusammentreffen einer Maßnahme der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation mit ei-

ner Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit diese Grundsätze nicht anzuwenden sind. Der betroffene Arbeitnehmer hatte eine Mutter-Vater-Kind-Kur bewilligt erhalten. Der Zeitraum wurde von der Krankenkasse bestimmt. Nicht ganz sechs Wochen vor Beginn der Mutter-Vater-Kind-Kur wurde der Arbeitnehmer wegen Verdachts auf einen Herzinfarkt in ein Krankenhaus eingeliefert und war im Anschluss daran bis zum Tag vor Beginn der Kur arbeitsunfähig krankgeschrieben. Angesichts der besonderen Zielsetzung, die mit einer Maßnahme der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation verfolgt wird, sowie im Hinblick darauf, dass derartige Maßnahmen im Vergleich zu Arbeitsunfähigkeiten, die auf Erkrankungen zurückzuführen sind, nur selten auftreten, hat der Senat entschieden, dass dieser Grundsatz zur Einheit des Verhinderungsfalls nicht zu übertragen sind. Sofern also eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer Erkrankung und eine Maßnahme der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation sich überschneiden, kann der Arbeitnehmer sowohl für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit bis zu einem Zeitraum von maximal sechs Wochen als auch für die Dauer der Maßnahme Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber verlangen.

Da die grundlegende Vorschrift in § 9 Abs. 1 Satz 1 Entgeltfortzahlungsgesetz allerdings auf die Vorschriften über die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall Bezug nimmt, schränkt das Bundesarbeitsgericht auf der anderen Seite die Entgeltfortzahlungsansprüche der Arbeitnehmer ein: wenn dieselbe Grunderkrankung ursächlich für sowohl für die Arbeitsunfähigkeit, als auch für die Bewilligung der Maßnahme der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation ist, entsteht wie im Fall mehrerer Arbeitsunfähigkeitszeiträume wegen derselben Erkrankung nur dann ein neuer Anspruch auf Entgeltfortzahlung, wenn der Arbeitnehmer entweder vor der erneuten Arbeitsunfähigkeit/maßnahme mindestens sechs Monate lang nicht infolge derselben Krankheit arbeitsunfähig war oder wenn seit Beginn der ersten Arbeitsunfähigkeit infolge derselben Krankheit eine Frist von zwölf Monaten abgelaufen ist, § 3 Abs. 1 Satz 2 EFZG.

In derartigen Fällen hat deshalb der Arbeitnehmer zunächst darzulegen, dass es sich nicht um eine Fortsetzungserkrankung handelt. Hierzu kann er eine entsprechende ärztliche Bescheinigung vorlegen. Hat der Arbeitgeber begründete Zweifel, muss der Arbeitnehmer seinen behandelnden Arzt von der Schweigepflicht entbinden. Nach dem Ergebnis dieser Aufklärung dieses Sachverhalts richtet sich die Dauer des Entgeltfortzahlungsanspruches.

## B. Aktuelles

### Mindestmenge Knie-TEP ab 01.01.2015

Durch Beschluss vom 18.12.2014 setzte der gemeinsame Bundesausschuss die bereits im Jahr 2005 festgeschriebene, jährliche Mindestmenge von 50 Kniegelenk-Endtotalprothesen mit Wirkung zum 01.01.2015 wieder in Vollzug. Diese Mindestmengenregelung war am 15.09.2011 außer Vollzug gesetzt worden.

Nachdem das Bundessozialgericht im vergangenen Jahr mit zwei Entscheidungen festgestellt hat, dass diese Mindestmengenregelung zulässig ist (Urteile vom 14.10. und 27.11.2014), sah sich nun der gemeinsame Bundesausschuss in der Lage, diese Regelung wieder in Kraft zu setzen.

Krankenhäuser können demnach Knie-TEP-Operationen nur dann gegenüber der zuständigen Krankenkasse abrechnen, wenn sie im Zeitpunkt der Operation davon ausgehen können, dass die vorgeschriebene Mindestmenge erreicht wird.

Herausgeber:

DR. HALBE RECHTSANWÄLTE

Im MediaPark 6A  
50670 Köln

Telefon 0221 57779-0

Telefax 0221 57779-10

Robert-Koch-Platz 7  
10115 Berlin

Telefon 030 787186-73

Telefax 030 787186-94

[dr.halbe@medizin-recht.com](mailto:dr.halbe@medizin-recht.com)  
[www.medizin-recht.com](http://www.medizin-recht.com)

Sämtliche Angaben und Inhalte auf unseren Web-Seiten dienen ausschließlich der allgemeinen juristischen Information durch den jeweiligen Nutzer und können nicht die aktuellsten rechtlichen Entwicklungen, insbesondere neueste Urteile, Gesetze und/oder Erlasse berücksichtigen. Wir übernehmen auch keine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit der von uns zur Verfügung gestellten Informationen. Diese stellen auch keinen Ersatz für eine Rechtsberatung oder ein rechtliches Gutachten dar, obgleich diese nach bestem Wissen und Gewissen erhoben wurden.