



Klinikrundbrief

Inhaltsverzeichnis

A. Rechtsprechung

1. Oberlandesgericht Karlsruhe, Urteil vom 19.07.2017:
Zur Abrechnung einer Privatklinik
2. Oberlandesgericht Frankfurt, Urteil vom 24.01.2017:
Zu den Hinweispflichten des Krankenhausarztes bei absprachewidrigem Entfernen eines Patienten
3. Hessisches Landessozialgericht , Urteil vom 10.08.2017:
Sozialversicherungspflicht eines Anästhesisten

B. Aktuelles

Bericht zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)

C. Literaturhinweis

A. Rechtsprechung

1. Zur Abrechnung einer Privatklinik

In dem Fall, der vom Oberlandesgericht Karlsruhe am 19.07.2017 entschieden wurde (10 U 2/17), ging es um die Vergütung für eine stationäre Krankenhausbehandlung.

Die Klägerin (GmbH1) betreibt eine Privatklinik, die nicht in den Bettenbedarfsplan des Landes Baden-Württemberg aufgenommen ist und dementsprechend keine öffentlichen Fördergelder erhält. Die Klinik verfügt über zwei ca. 850 m voneinander entfernte Standorte. An einem dieser Standorte betreibt eine weitere Gesellschaft (GmbH2) ein Plankrankenhaus, das in demselben Gebäude liegt

wie die Privatklinik. Zwei Gesellschafter sind sowohl an der GmbH1 als auch an der GmbH2 beteiligt. Dritter Gesellschafter der GmbH2 ist ein Arzt, der zugleich Alleingesellschafter und Geschäftsführer der GmbH3 ist, die als dritte Gesellschafterin an der GmbH1 beteiligt ist.

Die drei Ärzte, die als Gesellschafter und Geschäftsführer die GmbHs führen, sind als Leitende Ärzte sowohl in der Privatklinik als auch in dem Plankrankenhaus tätig. Dasselbe gilt für einen großen Teil des Personals. Räume und Einrichtungen werden von beiden Krankenhäusern genutzt. Es gibt einen gemeinsamen Eingangsbereich und Empfangsbereich, einen gemeinsamen Internetauftritt und eine gemeinsame Telefonnummer.

Der beklagte Patient befand sich zur Durchführung einer Implantation einer Hüftprothese zur stationären Behandlung in der Privatklinik der Klägerin. Die Behandlungskosten wurden mit insgesamt 13.125,41 EUR in Rechnung gestellt, von denen die private Krankenversicherung des Beklagten einen Teil in Höhe von 6.684,70 EUR beglich. Dieser Betrag entspricht demjenigen, der für die Behandlung in einem Plankrankenhaus angefallen wäre. Die Klägerin erhob Klage auf Zahlung des offenen Restbetrags.

Nachdem das Landgericht die Klage abgewiesen hatte, legte die Klägerin Berufung ein, die vom Oberlandesgericht Karlsruhe zurückgewiesen wurde.

Das Gericht verwies auf die enge organisatorische Verbindung zwischen der Privatklinik der Klägerin und dem Plankrankenhaus. Diese ergebe sich aus der Struktur der Trägergesellschaften, der räumlichen Nähe und der gemeinsamen Nutzung von Personal und Räumlichkeiten. Die räumliche Nähe werde nicht dadurch aufgehoben, dass die Privatklinik an zwei Standorten tätig sei. Es sei auch nicht erforderlich, dass die gesamte Infrastruktur und das gesamte Personal gemeinsam genutzt würden. Die Verbindung führe dazu, dass gemäß § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG für allgemeine Krankenhausleistungen der Privatklinik keine höheren Entgelte gefordert werden dürften als für solche eines Plankrankenhauses. Die Regelung in § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG genieße als jüngere und speziellere Vorschrift den Vorrang vor § 20 KHG. Infolgedessen spiele es bei einem Sachverhalt wie dem vorliegenden keine Rolle, dass die Privatklinik keine öffentlichen Fördergelder erhalte.

2. Zu den Hinweispflichten des Krankenhausarztes bei absprachewidrigem Entfernen eines Patienten

Mit Urteil vom 24.01.2017 hat das Oberlandesgericht Frankfurt (8 U 119/15) entschieden, dass den Arzt keine Verpflichtung dahingehend trifft, unmittelbar zu Beginn des ersten Gesprächskontaktes mit dem Patienten diesen darauf hinzu-

weisen, dass ein absprachewidriges Entfernen aus der Klinik eine lebensbedrohliche Situation bedeuten kann. Ein Arzt müsse zudem nicht in jeder Minute des Aufenthaltes eines Patienten in einer Klinik damit rechnen, dass sich dieser unerwartet und absprachewidrig entferne.

Die Parteien streiten um angebliche Behandlungsfehler im Zusammenhang mit dem Tod der Ehefrau Klägers. Aufgrund von Schmerzen im Hals begab sich die verstorbene Ehefrau des Klägers in das Kreiskrankenhaus in S, dessen Träger die Beklagte zu 3) ist. Die Eheleute suchten dort den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst auf, wo es zu einer Wartezeit kam. Schließlich untersuchte der Bereitschaftsarzt die Patientin körperlich, wobei er Blutdruck und EKG als unauffällig befundete, aber dennoch eine Einweisung in das Krankenhaus ausstellte. Der Kläger und seine Ehefrau begaben sich anschließend in die Kardiologie des Krankenhauses. Der dort tätige Kardiologe, der Beklagte zu 2), bot der Ehefrau des Klägers ein Bett auf der Station an und räumte ihr eine Überlegungszeit zur Entscheidungsfindung ein, bevor er sich entfernte, um kurz seine Station aufzusuchen. Informationen oder Empfehlungen zu möglichen Risiken einer Ablehnung einer stationären Aufnahme gab er nicht. Als der Beklagte zu 2) zurückkehrte, waren die Eheleute absprachewidrig verschwunden und hatten die Einweisung sowie das EKG mitgenommen. Noch am selben Abend verstarb die Ehefrau zu Hause, wobei die Todesursache zwischen den Parteien streitig ist, ebenso wie die genauen Umstände, unter denen sie das Krankenhaus verlassen hat. Eine Dokumentation wurde im Krankenhaus nicht angelegt.

Mit seiner Klage begehrte der Kläger als Erbe seiner Ehefrau ein Schmerzensgeld, Ersatz des ihm angeblich entstandenen Unterhaltsschadens für die Zeit ab dem Tod seiner Ehefrau sowie Freistellung von vorgerichtlichen Rechtsanwaltskosten. Das Landgericht hatte die Beklagten zu 2) und 3) antragsgemäß verurteilt. Das OLG Frankfurt wies die Klage in zweiter Instanz ab.

Es wies im Rahmen seiner Entscheidung zwar unmissverständlich auf die Bedeutung und grundsätzliche Notwendigkeit der Sicherheitsaufklärung hin. Es war jedoch der Auffassung, dass ein Arzt nicht in jeder Minute des Aufenthaltes eines Patienten in einer Klinik damit rechnen müsse, dass sich dieser plötzlich unerwartet und absprachewidrig entferne. Er müsse daher auch nicht unmittelbar zu Beginn des ersten Arzt-Patienten-Gesprächs darauf hinweisen, dass bei einem absprachewidrigen Entfernen des Patienten aus der Klinik eine lebensbedrohliche Situation entstehen könne. Dies gelte im Streitfall um so mehr, als die Patientin von dem Bereitschaftsarzt eingewiesen worden sei. Eine Aufklärungspflichtverletzung (hier in Form des Unterlassens der Sicherheitsaufklärung) könne dem Beklagten zu 2) daher nicht vorgeworfen werden.

Auf die Frage der Dokumentation komme es nicht mehr an. Die Beklagten zu 2) und 3) hätten unter den geschilderten außergewöhnlichen Umständen des Falles

keine Behandlungsdokumentation anlegen müssen, da das unangekündigte und nicht abgesprochene Entfernen aus der Klinik nur dahingehend zu verstehen war, dass keine Behandlung in der Klinik der Beklagten zu 3) mehr gewünscht sei.

3. Sozialversicherungspflicht eines Anästhesisten

Mit Urteil vom 10.08.2017 hat das Hessische Landessozialgericht (L 1 KR 394/15) entschieden, dass ein im OP-Bereich einer Klinik tätiger Facharzt für Anästhesiologie regelmäßig abhängig beschäftigt und damit sozialversicherungspflichtig ist.

Der Kläger und Facharzt für Anästhesiologie war im vorliegenden Fall für verschiedene Kliniken in deren Anästhesieabteilungen tätig, wobei er auf Stundenbasis vergütet wurde. Die Deutsche Rentenversicherung stellte auf den Statusfeststellungsantrag einer der Kliniken fest, dass der Anästhesist eine abhängige Beschäftigung ausübe und für ihn – auch nach dem Recht der Arbeitsförderung – Versicherungspflicht in der Rentenversicherung bestehe, wogegen sich dieser mit seiner Klage wandte.

Gesetzliche Vorgaben für eine abhängige Beschäftigung sind eine Tätigkeit nach Weisung und eine Eingliederung in die betriebliche Arbeitsorganisation.

Für die abhängige Beschäftigung des Klägers sprach nach Auffassung des LSG Hessen insbesondere dessen Eingliederung in die Arbeitsorganisation der Klinik. Hinzu komme, dass er für seine Tätigkeit die vorhandenen Arbeitsgeräte in der Klinik verwendet habe, seine Einsatzorte und Schichten stets mit der Klinik abgesprochen habe und als Teil eines Teams aus Pflegekräften und Ärzten angesehen worden sei. Schließlich habe der Kläger einen festen Stundenlohn erhalten und kein Unternehmerrisiko getragen.

Auf die Ausnahmeregelung für Notärzte im Rettungsdienst, deren Einnahmen nicht beitragspflichtig sind, könne er sich nicht berufen, urteilte das LSG Hessen. Dass der Kläger an den Besprechungen des OP-Teams nicht teilnehmen müsse und sich die OP-Säle frei habe auswählen dürfen, rechtfertige ebenfalls keine andere Bewertung.

Die Urteilsgründe sind noch nicht veröffentlicht. Festzustellen ist erneut, dass die Tätigkeit von Honorarärzten von den Sozialgerichten regelmäßig als sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse ansehen. Speziell für Anästhesisten wurde dies in jüngster Zeit vom LSG Berlin-

Brandenburg (Urteil vom 07.07.2017, Az. L 1 KR 101/14) und vom LSG Nordrhein-Westfalen (Urteil vom 08.02.2017, Az. L 8 R 850/14) ebenso entschieden.

B. Aktuelles

Bericht zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)

Am 12.05.2017 haben die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Spitzenverband der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung den gemäß § 116b Abs. 9 SGB V zu erstattenden Bericht dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt.

Dem Bericht zufolge haben bisher nur wenige Krankenhäuser von der ambulanten Behandlung gemäß § 116b SGB V (alt) auf die ASV-Versorgung gemäß § 116b SGB V (neu) umgestellt. Dies zeigt sich sowohl an der Zahl der ASV-Teams als auch an der Zahl der behandelten Patienten. Während nach der alten Regelung je Quartal durchschnittlich knapp 500 Tuberkulosepatienten (TBC) und rund 14.600 Patienten mit gastrointestinalen Tumoren (GIT) versorgt wurden, waren es nach der neuen Regelung im 3. Quartal 2016 lediglich ca. 350 TBC- und etwa 1.870 GIT-Patienten.

Sektorenübergreifende Kooperationen gibt es notwendigerweise in allen GIT-Teams, während nur in rund 60 % der TBC-Teams niedergelassene und Krankenhausärzte zusammen arbeiten.

Festzustellen ist außerdem, dass es große regionale Unterschiede bei der Patientenversorgung gibt. So wurde im Berichtszeitraum fast die Hälfte aller ASV-Patienten in den KV-Bezirken Baden-Württemberg und Bayern behandelt. Ein weiterer Schwerpunkt findet sich im KV-Bezirk Westfalen-Lippe, während es in manchen Regionen noch gar kein ASV-Team gibt.

Es ist allerdings zu erwarten, dass sich die Beteiligung an der ASV weiter entwickeln wird. Denn zum einen werden die Genehmigungen für Krankenhäuser nach und nach ablaufen, zum anderen wird sich das Spektrum der einbezogenen Erkrankungen mit weiteren Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses erweitern.

C. Literaturhinweis

Handbuch: Aufsichts- und Verwaltungsrat in Gesundheits- und Sozialunternehmen, Hrsg. Halbe/Schmid, erscheint im September 2017

<https://www.medhochzwei-verlag.de/shop/index.php/978-3-86216-369-4-aufsichts-und-verwaltungsrat-in-gesundheits-und-sozialunternehmen.html>



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.