

# CB ChefärzteBrief

Privatliquidation · Recht · Management · Steuern



Ihr Plus im Netz: [cb.iww.de](http://cb.iww.de)  
Online | Mobile | Social Media

**Sonderausgabe**

## Honorare sichern – Angriffe abwehren

### Vergütung

Notfallbehandlung im Nachtdienst:

Wann sind Wahlleistungen abrechnungsfähig?..... 1

### Abrechnung

Chefärzte in konservativen Fächern können im Team erbrachte

Wahlleistungen privat liquidieren ..... 4

### Honorararzt

Honorararzt-Entscheidung des BGH:

Weitreichende Konsequenzen für den Chefarzt!..... 8

Verwirrung nach Honorararzt-Urteil des BVerfG:

Dürfen Honorarärzte jetzt doch privat liquidieren?..... 11

### Wahlleistung

Der „gewünschte Vertreter“ –

eine Option bei der Abrechnung wahlärztlicher Leistungen? ..... 13

### Management

Neue Einnahmequelle:

IGel jetzt auch von Chefärzten und Klinikträgern abrechenbar? ..... 15

### Kooperationen

Streit um Sachkostenerstattung:

Urteil bedroht bestehende Kooperationen mit Vertragsärzten ..... 18

### Leserforum

Wie kann der Chefarzt die Ausstellung

ärztlicher Bescheinigungen abrechnen? ..... 20

### Fachlicher Beirat

Prof. Dr. Patrick Da-Cruz

Chefarzt Dr. Martin Sailer

Prof. Dr. Kai Wehkamp, MPH



Dr. Lars Blady,  
Redakteur

## Liebe Leserinnen, liebe Leser,

als Chefarzt sind Sie heute in vielen Bereichen gefordert: in der Medizin, dem Management und der Mitarbeiterführung. Bei all den täglichen beruflichen Belastungen sollten Sie jedoch nicht vergessen, Ihr Honorar zu sichern.

In dieser Sonderausgabe haben wir daher wichtige Beiträge zusammengestellt, die sich mit Streitfragen der Vergütung befassen: So wird zum Beispiel geklärt, unter welchen Umständen Chefarzte im Team erbrachte Wahlleistungen privat abrechnen können (Seite 4 bis 7).

Umstritten ist bis heute, wie das bekannte „Honorararzt-Urteil“ des Bundesgerichtshofs vom 16. Oktober 2014 auszulegen ist: Darf der – von manchen Chefarzten ungeliebte – Honorararzt privat liquidieren oder nicht? Unsere Experten haben diese Fragen für Sie, liebe Leserinnen und Leser, mit den beiden Beiträgen auf Seite 8 bis 12 überzeugend gelöst.

Die Abrechenbarkeit von Notfallbehandlungen im Nachtdienst sowie der „gewünschte Vertreter“ als Option für die Berechnung wahlärztlicher Leistungen sind einige der weiteren brisanten Themen, die das Sonderheft klärt.

Die Fachbeiträge in dieser Ausgabe stammen von Dr. Tilman Clausen, Fachanwalt für Medizinrecht in der Kanzlei armedis (Hannover). Das Leserforum auf der letzten Seite wurde von Dr. Christina Thissen und Dr. Tobias Scholl-Eickmann von der Kanzlei am Ärztehaus (Dortmund) verfasst.

Auf Ihr Feedback bin ich als verantwortlicher Redakteur gespannt: Schreiben Sie mir unter [blady@iww.de](mailto:blady@iww.de)!

Und jetzt: Viel Spaß bei der Lektüre!

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Lars Blady'.

Dr. Lars Blady | Redakteur

## VERGÜTUNG

## Notfallbehandlung im Nachtdienst: Wann sind Wahlleistungen abrechnungsfähig?

| Kommt ein Patient als Notfall während des Nachtdienstes in ein Krankenhaus, so steht nicht die Abrechnung, sondern selbstverständlich die Behandlung im Vordergrund. Gleichwohl stellt sich später die Frage, welche ärztlichen Leistungen hier abrechenbar sind. Sind etwa neben allgemeinen Krankenhausleistungen auch ärztliche Wahlleistungen berechnungsfähig – und wenn ja, unter welchen Voraussetzungen? |

### Verschiedene Fallvarianten vorstellbar

Für die Beantwortung dieser Frage müssen drei Varianten betrachtet werden:

- Der Patient ist ansprechbar und kann Erklärungen abgeben.
- Der Patient ist ansprechbar, für die Vereinbarung einer Wahlleistungsvereinbarung besteht aber keine Zeit mehr.
- Der Patient ist ohne Bewusstsein.

#### 1. Notfallpatient ist ansprechbar

Wenn der Patient ansprechbar und in der Lage ist, rechtsgeschäftliche Erklärungen abzugeben, ist die Rechtslage relativ einfach. Nach § 17 Abs. 2 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) setzt die Abrechnung wahlärztlicher Leistungen voraus, dass der Patient vor Behandlungsbeginn eine Wahlleistungsvereinbarung unterschreibt, die den gesetzlichen Anforderungen genügt. Sorgt der Krankenhausträger dann dafür, dass ein zeichnungsberechtigter Mitarbeiter die Vereinbarung ebenfalls unterschreibt, so ist eine Wahlleistungsvereinbarung wirksam schriftlich zustande gekommen.

Chefärzte mit Liquidationsrecht haben Anspruch darauf, dass der Klinikträger die Voraussetzungen dafür schafft, dass sie ihr Recht auch ausüben können. Dies bedeutet für den vorliegenden Fall, dass der Träger dafür sorgen muss, dass auch während des Nachtdienstes eine Wahlleistungsvereinbarung abgeschlossen werden kann.

#### Nachts vorhersehbare Verhinderung des Wahlarztes

Im jeweiligen Kernbereich der wahlärztlichen Leistungen muss der Wahlarzt die Leistung persönlich erbringen. Während des Nachtdienstes sind liquidationsberechtigte Krankenhausärzte jedoch meist nicht anwesend, sodass eine bei Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung vorhersehbare Abwesenheit des Wahlarztes vorliegt. In diesen Fällen können Leistungen, die zum Kernbereich der wahlärztlichen Leistungen gehören, nur abgerechnet werden, wenn der Patient vor Behandlungsbeginn zusätzlich eine individuelle Vertretungsvereinbarung unterschreibt. Der Text dieser Vereinbarung muss den besonderen Umständen (Notfallbehandlung) Rechnung tragen.

Wahlleistungsvereinbarung ist möglich

Liquidationsberechtigte Ärzte im Nachtdienst nur selten anwesend

IHR PLUS IM NETZ

cb.iww.de

Abruf-Nr. 073966



Vertreterfrage in der  
Rechtsprechung  
nicht eindeutig  
geklärt

Ist die Rückdatierung  
von Vereinbarungen  
ausnahmsweise  
zulässig?

Die Verschiebung eines Eingriffs kommt bei Notfallpatienten regelmäßig im Rahmen der Vertretungsvereinbarung nicht in Betracht. Einzelheiten zur Gestaltung der Vertretungsvereinbarung finden sich in einer Entscheidung des Bundesgerichtshofs (BGH) vom 20. Dezember 2007, die im CB mehrfach besprochen worden ist (Az. III ZR 144/07, Abruf-Nr. 073966).

### Rechtsprechung ohne klares Meinungsbild

Zu der Frage, wer bei dieser Fallkonstellation als Vertreter des Chefarztes in Betracht kommt, hat sich die Rechtsprechung bislang nicht eindeutig geäußert. Aus der Entscheidung des BGH vom 20. Dezember 2007 ergibt sich, dass der Vertreter des Chefarztes im Rahmen der individuellen Vertretungsvereinbarung nicht der in der Wahlleistungsvereinbarung benannte ständige ärztliche Vertreter sein muss. Es kommen auch andere Ärzte in Betracht. Diese müssen jedoch nach der Rechtsprechung des BGH Chefarztstandard haben und damit eine höhere Qualität als Facharztstandard.

**PRAXISHINWEIS** | Vor diesem Hintergrund empfiehlt es sich, in solchen Notfällen dem Patienten den diensthabenden Facharzt nur dann als Vertreter des Chefarztes anzubieten, wenn er mindestens Oberarzt ist und am besten noch über eine weitere besondere medizinische Qualifikation verfügt.

## 2. Notfallpatient ansprechbar – keine Zeit für Wahlvertrag

In einem Urteil vom 5. August 2002 (Az. 6 S 354/01) hatte sich das Landgericht (LG) Göttingen mit einem Fall zu befassen, bei der ein Notfallpatient vor Behandlungsbeginn zwar ansprechbar war, wegen der Dringlichkeit des medizinischen Eingriffs aber keine Zeit mehr bestand, vor Behandlungsbeginn eine Wahlleistungsvereinbarung abzuschließen. Hier war die Wahlleistungsvereinbarung im Einvernehmen zwischen Krankenhaus und Patient zu einem späteren Zeitpunkt auf die Zeit vor Behandlungsbeginn rückdatiert worden.

Die private Krankenversicherung des Patienten hatte sich jedoch geweigert, wahlärztliche Leistungen zu bezahlen, da die gesetzlichen Vorgaben für den Abschluss einer Wahlleistungsvereinbarung nicht beachtet worden seien.

Nach Auffassung des LG kann es in Notfällen für Patienten unzumutbar oder unmöglich sein, eine an sich erforderliche Wahlleistungsvereinbarung abzuschließen. Zweck von § 22 Abs. 2 Bundespflegesatzverordnung sei es nicht, vor Aufnahme einer Notfallbehandlung eine förmliche Wahlleistungsvereinbarung abzuschließen. Gerade in Bereichen, in denen es häufig um die Versorgung lebensbedrohlicher Notfälle geht, sei es untragbar, wenn der Operateur für eine lebensrettende, hochqualifizierte Tätigkeit keine Vergütung erhält und überdies noch zusätzliche nicht unerhebliche Kosten zu tragen habe.

Das Gericht legte die BGH-Rechtsprechung so aus, dass sich der Patient in besonderen Einzelfällen nicht darauf berufen könne, dass die – hier nachträgliche – Wahlleistungsvereinbarung mit dem Krankenhaus nichtig ist. Eine solche Fallvariante liege hier vor.

**PRAXISHINWEIS** | Die Entscheidung des LG Göttingen ist nach den Recherchen des Verfassers ein Einzelfall geblieben, sodass man bei der Übertragung auf andere Notfallbehandlungen vorsichtig sein sollte. Dies erscheint bei realistischer Betrachtung nur dann denkbar, wenn der Notfallpatient vor Behandlungsbeginn ansprechbar war, wahlärztliche Leistungen wollte und dies dokumentiert ist, aber eine Wahlleistungsvereinbarung aus Zeitgründen vor Behandlungsbeginn nicht mehr abgeschlossen werden konnte.

### 3. Notfallpatient ist bewusstlos

Bei dieser Fallkonstellation ist der Abschluss einer Wahlleistungsvereinbarung mit dem Patienten vor Behandlungsbeginn faktisch nicht möglich, da dieser seinen eigenen Willen nicht äußern kann. Wenn auch keine Angehörigen anwesend sind, die den Patientenwillen artikulieren und ihn beim Abschluss einer Wahlleistungsvereinbarung vertreten können, bleibt für den behandelnden Arzt theoretisch nur folgende Möglichkeit, die Voraussetzung für die Abrechnung ärztlicher Wahlleistungen zu schaffen: Anstelle des Patienten muss ein Mitarbeiter des Krankenhauses die Vereinbarung unterschreiben. So wird erreicht, dass die nach § 126 Abs. 2 S. 1 BGB erforderliche Schriftform eingehalten wird.

#### Patient kann Vereinbarung später genehmigen

Der Vertreter des Krankenhauses, der anstelle des Patienten unterschreibt, handelt im juristischen Sinne als Vertreter ohne Vertretungsmacht (§ 177 Abs. 1 BGB). Die Wahlleistungsvereinbarung ist dann schwebend unwirksam. Ihre Wirksamkeit hängt von der nachträglichen Genehmigung des Vertretenden ab, die der später wieder ansprechbare Patient oder sein tatsächlicher Vertreter erteilen kann. Falls die nachträgliche Genehmigung erfolgt, können wahlärztliche Leistungen abgerechnet werden – oder die Abrechnung entfällt.

#### Klinik sollte Mitarbeiter von Schadenersatz freistellen

Wenn der Patient oder sein tatsächlicher Vertreter die nachträgliche Genehmigung verweigern, ist der Mitarbeiter des Krankenhauses, der als Vertreter ohne Vertretungsvollmacht unterschrieben hat, dem Wahlarzt gegenüber nach dem Gesetz zum Schadenersatz verpflichtet (§ 179 Abs. 1 BGB). Eine solche Schadenersatzverpflichtung sollte vorher ausgeschlossen werden.

In der Wirklichkeit dürften solche Fälle aber nur selten vorkommen. Voraussetzung ist eine realistische Prognose, dass der Patient überhaupt eine Privatbehandlung möchte, die den hier notwendigen Aufwand rechtfertigen könnte.

**FAZIT** | Der Bereich „Wahlleistungsvereinbarung bei Notfallbehandlungen“ ist sehr sensibel. Zum einen können der Gesetzgeber und die Rechtsprechung nicht jeden Einzelfall des Krankenhausalltags angemessen erfassen und hierfür eine adäquate Regelung anbieten; zum anderen ist auch der Eindruck zu vermeiden, dass Patienten, die sich in einer Notsituation befinden, unangemessen unter Druck gesetzt werden.

Angehöriger oder Krankenhausmitarbeiter müsste unterschreiben

Vereinbarung ist schwebend unwirksam, bis Patient sie genehmigt

## ABRECHNUNG

## Chefärzte in konservativen Fächern können im Team erbrachte Wahlleistungen privat liquidieren

IHR PLUS IM NETZ  
cb.iww.de, Abruf-  
Nrn. 144988, 144975



! Erleichterung für Chefärzte konservativer Disziplinen: Das Oberlandesgericht (OLG) Celle hat entschieden, dass eine Chefärztin einer Klinik für psychosomatische Medizin nicht alle Wahlleistungen persönlich erbringen muss – es reicht, wenn sie das von ihr entwickelte Behandlungskonzept durch Supervisionen, Nachbesprechungen und Übergabegespräche koordiniert und überwacht (Urteile vom 15. Juni 2015, Az. 1 U 97/14 und 1 U 98/14, Abruf-Nrn. 144988 und 144975). Auch zur Frage der Abrechnung der Visite und der Zahl der ständigen ärztlichen Vertreter hat das OLG entschieden. |

### Der Sachverhalt

Vor Gericht stritten sich eine Klinik für psychosomatische Medizin und deren ehemalige Patientin. Diese wurde aufgrund der zuvor abgeschlossenen Wahlleistungsvereinbarungen dort zweimal stationär behandelt. Es ging um Honorare für wahlärztliche Leistungen von zweimal rund 6.000 Euro.

Den ersten stationären Aufenthalt hatte die Patientin selbst bezahlt, die Zahlung für den zweiten Aufenthalt verweigerte sie. Grund: Ihre PKV hatte die Kostenerstattung abgelehnt, da die Chefärztin der Klinik nur jeweils etwa 15 bis 20 Prozent der Behandlungsleistungen persönlich erbracht habe.

Daraufhin verklagte die Klinik die Patientin. Diese sollte die in Anspruch genommenen wahlärztlichen Leistungen während ihres zweiten Klinikaufenthalts bezahlen; die Patientin ihrerseits klagte auf Rückzahlung der von ihr bezahlten Kosten des ersten Aufenthalts.

### Die Entscheidung

Das OLG Celle urteilte in zweiter Instanz: Von den geforderten rund 6.000 Euro für den ersten Klinikaufenthalt erhält die Patientin nur rund 250 Euro zurückerstattet: Einzelne Gebührenpositionen seien nicht abrechenbar gewesen (Az. 1 U 97/14). Beim zweiten Aufenthalt siegte die Klinik nur zum Teil: Von geforderten rund 6.000 Euro muss die Patientin nur ca. 3.500 Euro zahlen.

Zur Begründung der Honorarkürzung verwies das Gericht darauf, dass die Chefärztin, nachdem sie das Behandlungskonzept erstellt hatte, während der ersten vier Wochen des Klinikaufenthalts im Urlaub war und keine individuelle Vertretervereinbarung vorlegen konnte.

### Die Urteile in der Analyse

Die nachfolgende Analyse zeigt auf, welche Gründe für die Entscheidung des OLG Celle maßgeblich waren. Hieraus werden anschließend Konsequenzen und praktische Hinweise für betroffene Chefärzte entwickelt.

Streit ging um 6.000  
Euro für wahlärztliche  
Behandlungen

Gericht kürzte  
das Honorar

## 1. Persönliche Leistungserbringung bei ärztlichen Wahlleistungen

Im Kernbereich muss der Wahlarzt wahlärztliche Leistungen persönlich erbringen, so der Bundesgerichtshof (BGH) in ständiger Rechtsprechung (Urteile vom 20. Dezember 2007, Az. III ZR 144/07, und vom 16. Oktober 2014, Az. III ZR 85/14). Die Reichweite dieses Kernbereichs ist in konservativen Fächern, zu denen die psychosomatische Medizin gehören dürfte, umstritten.

- Nach Meinung des OLG Oldenburg muss der Chefarzt einer Klinik für Psychiatrie/Psychosomatik grundsätzlich selbst tätig werden, möchte er die wahlärztlichen Leistungen abrechnen. Eine Behandlung unter Aufsicht nach fachlicher Weisung setze zumindest voraus, unverzüglich persönlich einwirken zu können (Urteil vom 1. Dezember 2011, Az. 5 U 183/11).
- Das OLG Celle hat dies jetzt anders gesehen. Kernleistung bei nichtoperativen Fächern sei es, die Regie über die Gesamtdiagnostik und die Therapie innezuhaben. Diese Kernleistung seien nicht delegationsfähig. Der Chefarzt müsse sie persönlich erbringen und so der wahlärztlichen Behandlung sein persönliches Gepräge geben. Im entschiedenen Fall sei es zwar erforderlich, dass die Chefärztin der Klinik für psychosomatische Medizin das Behandlungskonzept ihrer Wahlleistungspatienten entwickelt und überwacht und selbst regelmäßig Einzeltherapien durchführt. Im Übrigen aber könne sie die Behandlung durch Supervisionen, Nachbesprechungen und Übergabegespräche koordinieren, steuern und dabei das Behandlungskonzept ändern, sofern dies medizinisch indiziert ist.
- Das OLG hielt es für ausreichend, dass die Chefärztin beim ersten Klinikaufenthalt erst am achten Tag nach der stationären Aufnahme gegenüber der Patientin persönlich in Erscheinung trat. Zuvor hatte sie sich bei von ihr geleiteten Supervisionen und Nachbesprechungen über die diagnostischen Eindrücke der anderen Ärzte informiert, selbst eine erste Einzeltherapie durchgeführt und danach das Behandlungskonzept entwickelt.
- Die Chefärztin müsse nicht sämtliche Einzel- und Gruppentherapien nach den GOÄ-Nrn. 861, 862 und 871 selbst durchführen, da sie insoweit zu Recht ein multiprofessionelles Team zur Behandlung der Patientin eingesetzt habe. Ihre persönliche Anwesenheit bei allen Therapiemaßnahmen sah das OLG Celle nicht als erforderlich an, da eine solche Vorgabe einem Erfolg der einzelnen Maßnahmen entgegenstehen würde, die gerade durch einen anderen Behandler durchgeführt werden sollen.

**OLG Oldenburg:**  
Chefarzt muss  
grundsätzlich selbst  
tätig sein

**OLG Celle:** Nur bei  
Kernleistungen  
muss Chefarzt  
persönlich tätig sein

**Nicht alle Therapien  
nach GOÄ-Nrn. 861,  
862 und 871 sind  
selbst durchzuführen**

## 2. Wann kann sich der Wahlarzt bei Visiten vertreten lassen?

Musste die Chefärztin der Klinik für psychosomatische Medizin die Visite persönlich durchführen? Nein, entschied das OLG Celle. Dies sei nach den GOÄ-Nrn. 45 und 46 nicht notwendig gewesen, um der Behandlung das „persönliche Gepräge“ zu geben, was für die Abrechnung erforderlich sei. Grund: Die Chefärztin habe den Inhalt der Visiten durch die von ihr durchgeführten Einzeltherapien vor- und nachbereitet und gesteuert. Auch die Besprechungen mit den nichtärztlichen Psychotherapeuten musste die Chefärztin nicht persönlich durchführen. Sie habe sie nämlich durch Supervisionen und Nachbesprechungen steuern können – was sie im konkreten Fall auch tat.

Patientin: Wahlleistungsvereinbarung ist unwirksam

Gericht: Vereinbarung ist wirksam, mehrere Vertreter sind erlaubt

Allgemeine Krankenhausleistungen sind nach PEPP im Team zu erbringen

OLG-Urteile führen bei Abrechnung der Visiten zu Unsicherheiten

**PRAXISHINWEIS** | Zwar darf der Chefarzt als Wahlarzt Visiten abrechnen, die von seinem ständigen ärztlichen Vertreter erbracht wurden, wenn dieser derselben Fachrichtung angehört. Statt dies als Erlaubnis anzusehen, vom Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung abzuweichen, meint das OLG – aus Sicht des Verfassers zu Unrecht –, dass Chefärzte nur dann Visiten des ständigen Vertreters abrechnen können, wenn dies zuvor durch eine Vertretungsvereinbarung mit dem Patienten geregelt wurde. Diese Auffassung des OLG Celle erscheint mit dem Wortlaut der Vorschrift des § 4 Abs. 2 S. 3 GOÄ nicht vereinbar.

### 3. Wie viele ständige ärztliche Vertreter sind für den Wahlarzt zulässig?

Die Patientin hatte sich in beiden Verfahren darauf berufen, dass die Wahlleistungsvereinbarung unwirksam sei. Grund: In der Vereinbarung seien für die dort genannten Chefärzte jeweils mehrere ständige ärztliche Vertreter aufgeführt. Tatsächlich hatte die Chefärztin der Klinik für psychosomatische Medizin zwei ständige ärztliche Vertreter – jeweils für einen unterschiedlichen Teil ihres Zuständigkeitsbereichs.

Nach Meinung des Gerichts bleibt die Wahlleistungsvereinbarung trotzdem wirksam. Die GOÄ setze nämlich nicht voraus, dass jeder Chefarzt nur einen einzigen ständigen ärztlichen Vertreter haben dürfe. Es sei zulässig, dass für verschiedene Arbeitsbereiche eines Chefarztes jeweils ein ständiger ärztlicher Vertreter benannt sei. So regelte die Wahlleistungsvereinbarung im Urteilsfall, dass jeder der beiden Oberärzte die Chefärztin in der Leitung einer von zwei Stationen als ständiger ärztlicher Vertreter vertritt.

### Die Konsequenzen der Entscheidungen für Chefärzte

- In Kliniken für psychosomatische Medizin, Psychiatrie oder Psychotherapie führt die Einführung des PEPP-Entgeltsystems dazu, dass die allgemeinen Krankenhausleistungen regelmäßig im Team erbracht werden müssen. Würde der Chefarzt hier verpflichtet, wahlärztliche Leistungen persönlich zu erbringen, wäre ein Konflikt unausweichlich. Setzt man das OLG-Urteil um, wird dieser Konflikt vermieden.
- Der BGH hat bislang vorgegeben, dass nach dem Wortlaut der §§ 4 Abs. 2 S. 3 und 5 Abs. 5 GOÄ nur ein einziger ständiger ärztlicher Vertreter pro Wahlarzt zulässig ist. Die Celle'schen Entscheidungen zeigen den Weg, wie die BGH-Rechtsprechung mit dem praktischen Bedürfnis des Chefarztes nach mehreren Vertretern vereinbart werden kann: Jeder Vertreter übernimmt einen bestimmten Zuständigkeitsbereich des Wahlarztes! Doch Vorsicht: Der Patient muss immer erkennen können, wer für ihn zuständig ist, wenn der Chefarzt als Wahlarzt verhindert ist.
- Bei der Abrechnung der Visiten können die OLG-Urteile zu Unsicherheiten führen. Sicher kann der Chefarzt Visiten abrechnen, die sein ständiger ärztlicher Vertreter erbracht hat. Erfolgt die Visite aber durch einen anderen Arzt, ist sie nicht abrechenbar. Eine gesonderte Vertretungsvereinbarung wird hier – nach Meinung des Verfassers – nicht benötigt, da das Gesetz in § 4 Abs. 2 S. 3 GOÄ insoweit eine Erlaubnis enthält. Im Zuge der GOÄ-Reform sollte diese Vorschrift genauer gefasst werden.



## Praktische Hinweise für den Chefarzt

- Wenn Chefarzte der Fachrichtungen Psychosomatik/Psychiatrie/Psychotherapie zukünftig Probleme damit haben, ihre Honorarforderungen gegenüber Privatpatienten durchzusetzen, dürfte es nicht reichen, auf die beiden Entscheidungen des OLG Celle vom 15. Juni 2015 zu verweisen und den Patienten bzw. seinen Kostenträger zur Zahlung aufzufordern.
- Zunächst muss der Chefarzt mithilfe seiner Dokumentation belegen können, dass er bei den betroffenen Privatpatienten die Regie über die Gesamtdiagnostik und die Therapie geführt hat. Zudem muss er nachweisen, ob er die Behandlung durch Supervisionen, Nachbesprechungen und Übergabegespräche koordiniert und gesteuert sowie zur Überwachung regelmäßig Einzeltherapien mit den Patienten absolviert hat.
- Nach Meinung des Verfassers erscheint es auch denkbar, dass der Chefarzt die Behandlung nicht nur durch Einzeltherapien, sondern durch ausführliche Visiten bei dem betroffenen Patienten überwacht. Es ist allerdings zu berücksichtigen, dass sich das OLG Celle dazu nicht geäußert hat, da in den betroffenen Fällen die Chefarztin selbst keine Visiten durchgeführt hat. Somit ist es denkbar, dass Kostenträger, die Rechnungen der Chefarzte schematisch prüfen, hier erneut Schwierigkeiten machen.
- Der Chefarzt bzw. sein Anwalt sollte weiterhin in der Lage sein, konkret zu beschreiben, wie der Chefarzt die Behandlung des Patienten gesteuert hat – insbesondere, wann und aus welchen Gründen er das Behandlungskonzept geändert oder modifiziert hat, weil der Verlauf der Behandlung dies notwendig werden ließ.
- Hier ist insbesondere die Abwägung bei Behandlungen in den Fachrichtungen Psychosomatik/Psychiatrie/Psychotherapie sehr schwierig: Unter Umständen müssen Behandlungsinterna preisgegeben werden, die nicht an die Öffentlichkeit gelangen sollten.

Nach § 630 g BGB muss den Patienten Einsicht in seine vollständige Patientenakte gewährt werden, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe entgegenstehen. Eine Konstellation wie hier, wo es um die Durchsetzung der Honoraransprüche des Chefarztes geht, hat der Gesetzgeber nicht geregelt. Vorliegend hat der Verfasser, der beide Urteile des OLG Celle erwirkt hat, zuvor mit den Anwälten der betroffenen Patienten und dem Gericht eine Absprache getroffen, um Behandlungsinterna möglichst schonend für die Patientin in das Verfahren einzubringen.

- Beide Urteile des OLG Celle sind nicht nur für Chefarzte der Fachrichtungen Psychosomatik/Psychotherapie/Psychiatrie von Bedeutung, sondern auch für Chefarzte anderer konservativer Fächer. Auch hier ist es denkbar, individuell für die jeweilige Fachrichtung herauszuarbeiten, dass der Chefarzt die Regie über die Gesamtdiagnostik und die Therapie geführt hat und deshalb auch Leistungen als ärztliche Wahlleistungen abrechnen konnte, die er nicht persönlich erbracht hat.

**Chefarzt muss seine „Gesamtregie“ dokumentieren**

**Wann und warum wurde das Behandlungskonzept geändert?**

**Urteile des OLG Celle sind für alle konservativen Fächer von Bedeutung**

HONORARARZT

## Honorararzt-Entscheidung des BGH: Weitreichende Konsequenzen für den Chefarzt!

IHR PLUS IM NETZ  
cb.iww.de  
Abruf-Nr. 143141



BGH-Pressemeldung  
hatte dies nicht  
klargestellt

! Applaus, Applaus: Das Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH) vom 16. Oktober 2014 zur Liquidation wahlärztlicher Leistungen durch Honorarärzte lässt Chefarzte jubeln (Az. III ZR 85/14, Abruf-Nr. 143141)! Denn wenn der Gesetzgeber nicht handelt, wird die Entscheidung für Chefarzte in Krankenhäusern weitreichende positive Auswirkungen haben. Dieser Beitrag analysiert die inzwischen vollständig vorliegenden Urteilsgründe, nachdem sich der Artikel in CB 11/2014 (Seite 1) noch auf die bis dato allein vorliegende BGH-Pressemittelung beziehen musste. |

### BGH: Honorararzt darf keine Wahlleistungen abrechnen!

In den Entscheidungsgründen stellt der BGH zunächst klar, dass Honorarärzte, die im Krankenhaus nicht fest angestellt sind, prinzipiell nicht berechtigt sind, wahlärztliche Leistungen zu erbringen und abzurechnen. Dies war aus seiner Pressemitteilung nicht unbedingt herauszulesen.

### Honorarärzte gehören weder zur internen Wahlleistungskette ...

Nach Auffassung des BGH wird in § 17 Abs. 3 Satz 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) der Kreis der liquidationsberechtigten Wahlärzte abschließend definiert. Zu diesem Kreis gehören zunächst die an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten oder beamteten Ärzte des Krankenhauses mit Privatliquidationsrecht (interne Wahlleistungskette). Honorarärzte gehören nach Meinung des BGH nicht zur internen Wahlleistungskette, da sie im Krankenhaus weder angestellt sind noch dort als Beamte wirken.

### ... noch zur externen Wahlleistungskette

Zum Kreis der nach § 17 Abs. 3 Satz 1 KHEntgG liquidationsberechtigten Wahlärzte gehören zudem Ärzte und ärztlich geleitete Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses, die auf Veranlassung der liquidationsberechtigten angestellten oder beamteten Krankenhausärzte tätig werden (externe Wahlleistungskette). Honorarärzte gehören auch nicht zu dieser externen Wahlleistungskette, wenn sie selbst ins Krankenhaus kommen – beispielsweise um ihre Patienten dort zu operieren. Grund: Die Leistungen der externen Wahlleistungskette müssen nach dem Gesetzeswortlaut außerhalb der Klinik erbracht werden.

**PRAXISHINWEIS** | Somit fällt die Konkurrenz operativ tätiger Honorarärzte für den Chefarzt bei ärztlichen Wahlleistungen grundsätzlich weg.

Leistungen der  
externen Kette sind  
außer Haus zu  
erbringen

Chefarzt darf nicht  
zur Beauftragung  
eines Honorararztes  
gedrängt werden

Raum für die Tätigkeit von externen Ärzten bleibt nur dort, wo die Leistungen außerhalb des Krankenhauses erbracht werden – typischerweise bei Radiologen und Nuklearmedizinern, Pathologen und Fachärzten für Labormedizin. Hier muss die Leistung durch einen liquidationsberechtigten Chefarzt der internen Wahlleistungskette im Rahmen der Behandlung veranlasst worden sein.

Dies bedeutet: Zunächst muss eine Krankenhausbehandlung begonnen haben und dann festgestellt werden, dass die Leistung eines externen Wahlarztes (Honorararztes) zusätzlich erforderlich wird. Wenn der Chefarzt jedoch durch den Klinikträger gedrängt wird, Honorarärzte mit einer Behandlung zu beauftragen, ohne dass der Chefarzt den Patienten zuvor gesehen hat, fällt dies nun eindeutig nicht unter § 17 Abs. 3 Satz 1 KHEntgG. Solche Vorgehensweisen sind daher unzulässig.

## Die überzeugenden Argumente des BGH

Zur Begründung für seine Rechtsauffassung nennt der BGH eine Reihe von Gründen, die nachfolgend kurz skizziert werden sollen:

- Zunächst wird auf den Wortlaut des § 17 Abs. 3 Satz 1 KHEntgG verwiesen, der die Tätigkeit von Honorarärzten nicht vorsehe. Der Gesetzgeber habe in § 17 Abs. 3 Satz 1 KHEntgG die Erbringung wahlärztlicher Leistungen im Krankenhaus auf dort angestellte oder beamtete Krankenhausärzte mit Liquidationsrecht beschränkt. Dies schließt den Honorararzt von der Erbringung wahlärztlicher Leistungen ausdrücklich aus.
- Die Erbringung wahlärztlicher Leistungen durch Honorarärzte sei mit der KHEntgG-Systematik unvereinbar. Dieses Gesetz unterscheidet „allgemeine Krankenhausleistungen“ und „Wahlleistungen“. Denjenigen Patienten, die sich für allgemeine Krankenhausleistungen entscheiden, schuldet der Klinikträger Facharztstandard. Wer sich darüber hinaus für ärztliche Wahlleistungen entscheiden, möchte sich Leistungen besonders qualifizierter Ärzte zu den allgemeinen Krankenhausleistungen hinzukaufen.

Die Patienten entscheiden sich somit für einen ärztlichen Standard, der über dem mit den allgemeinen Krankenhausleistungen geschuldeten Facharztstandard liegt. Honorarärzte würden nach Ansicht des BGH generell zunächst einmal nur Facharztstandard repräsentieren, den der Patient jedoch schon mit den allgemeinen Krankenhausleistungen erhält.

- Wären Honorarärzte berechtigt, wahlärztliche Leistungen abzurechnen, würde der Unterschied zwischen allgemeinen Krankenhausleistungen und ärztlichen Wahlleistungen nivelliert. Dies hätte zur Folge, dass die gesonderte Berechnung wahlärztlicher Leistungen grundsätzlich zweifelhaft wäre, wenn sie sogar von „jedem“ Honorararzt liquidiert werden könnte, selbst wenn dieser nur den „normalen“ Facharztstandard bietet, der ja bereits bei allgemeinen Krankenhausleistungen gefordert wird.

## Was dürfen externe Ärzte abrechnen?

Ärzte, die nicht im Krankenhaus angestellt sind, können wahlärztliche Leistungen zukünftig nur unter zwei Voraussetzungen abrechnen: Entweder sie gehören zur externen Wahlarkette und erbringen wahlärztliche Leistungen außerhalb der Klinik – in Ergänzung zu den Hauptbehandlungsleistungen; oder sie werden als „gewünschter“ Stellvertreter des Wahlarztes in die Wahlleistungsvereinbarung aufgenommen. Hier verweist der BGH auf Stimmen in

Wortlaut des  
Krankenhaus  
entgeltgesetzes

Gesetzsystematik

Unterschiede zu „all-  
gemeinen Kranken-  
hausleistungen“  
würden verwischt

der Rechtsliteratur, die dies schon immer befürwortet haben. Ein „gewünschter“ Stellvertreter des Wahlarztes ist ein Arzt, den sich der Patient selbst ausgesucht hat, weil er über eine besondere Qualifikation auf einem bestimmten Teilgebiet der Medizin verfügt, die möglicherweise sogar noch über die Qualifikation des Wahlarztes selbst hinausgeht.

**PRAXISHINWEIS** | Die letztgenannte Konstellation ist in der Praxis jedoch die Ausnahme, sodass die Erbringung wahlärztlicher Leistungen durch den Honorararzt hier nicht durch die „Hintertür“ wieder eingeführt werden kann.

### Besteht ein Liquidationsrecht des Krankenhausträgers?

Der BGH hatte über diese Frage zwar nicht zu entscheiden, gleichwohl lassen einige Ausführungen daran zweifeln, dass der BGH bei einem entsprechenden Fall dem Klinikträger ein eigenes Liquidationsrecht zuerkennen würde.

So heißt es in dem Urteil, dass § 17 Abs. 3 Satz 1 KHEntgG den Kreis der **liquidationsberechtigten Wahlärzte abschließend** festlegt. Damit gehören zu den liquidationsberechtigten Wahlärzten nur die Ärzte der internen und der externen Wahlarztkette, nicht aber der Krankenhausträger. Indem der BGH das Wort „abschließend“ wählt, wird man das Gericht so verstehen müssen, dass dem Krankenhausträger auch nicht über andere Vorschriften das Liquidationsrecht bei wahlärztlichen Leistungen eingeräumt werden kann.

Mit einem Liquidationsrecht des Klinikträgers kaum vereinbar sind auch diejenigen Urteilsstellen, wonach Leistungen der externen Wahlarztkette nur von angestellten oder beamteten Krankenhausärzten mit eigenem Liquidationsrecht im Rahmen der Behandlung des Wahlleistungspatienten veranlasst werden können. Bei einer Konstellation, bei welcher der Träger das Liquidationsrecht selbst ausüben will und seinen Chefärzten etwa nur eine Beteiligungsvergütung einräumt, können Leistungen der externen Wahlarztkette durch diese Chefärzte nicht veranlasst werden. Die Folge: Die Ärzte der externen Wahlarztkette können hier die von ihnen erbrachten wahlärztlichen Leistungen nicht liquidieren, dem Krankenhausträger entgehen mithin auch die mit diesen Ärzten vereinbarten Abgaben.

### BGH eröffnet Chefärzte neue Chancen zur Abrechnung

Das BGH-Urteil definiert abrechenbare Wahlleistungen nicht nur als ärztliche Wahlleistungen, bei denen sich der Patient für einen bestimmten Arzt entscheidet, und als nicht-ärztliche Wahlleistungen, bei denen sogenannte Komfortleistungen hinzugekauft werden; er sieht hierunter auch medizinische Wahlleistungen fallen, mit dem Patienten die Anwendung einer bestimmten Methode und/oder den Einsatz eines bestimmten Medizinprodukts hinzukaufen möchten. Voraussetzung: Die Methode bzw. das Medizinprodukt sind nicht Gegenstand der allgemeinen Krankenhausleistungen. Hier eröffnen sich für Chefärzte und Klinikträger zukünftig neue Möglichkeiten.

BGH entschied nicht explizit hierüber, ...

... einige Urteilsstellen sprechen eher gegen Recht des Trägers zur Liquidation

Abrechnung von medizinischen Wahlleistungen bietet neue Chancen

HONORARARZT

## Verwirrung nach Honorararzt-Urteil des BVerfG: Dürfen Honorarärzte jetzt doch privat liquidieren?

I Nach dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 3. März 2015 (Az. 1 BvR 3226/14, Abruf-Nr. 144357) in Sachen Honorararzt bestehen unter Juristen unterschiedliche Auffassungen darüber, was dies für die Praxis in den Krankenhäusern bedeutet. Einige Juristen meinen, dass Honorarärzte einfach in die Liste der Wahlärzte aufgenommen oder als „gewünschter Vertreter“ des Wahlarztes eingesetzt werden müssten – und schon könne dieser privat abrechnen. Ist dies richtig? I

### Hintergrund: Die weiterhin wirksame BGH-Entscheidung

Das höchste deutsche Gericht hatte eine Verfassungsbeschwerde eines Honorararztes nicht zur Entscheidung angenommen, die sich gegen das Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH) vom 16. Oktober 2014 (Az. III ZR 85/14, Abruf-Nr. 143141) gerichtet hatte. Das bedeutet: Die vorherige BGH-Entscheidung bleibt rechtlich voll wirksam.

Darin hatte der BGH festgestellt, dass der klagende Wahlarzt weder in der Wahlleistungsvereinbarung der Klinik als Wahlarzt noch als „gewünschter Stellvertreter“ einer der dort tätigen Wahlärzte aufgeführt war. § 17 Abs. 3 S. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) würde die Abrechnung wahlärztlicher Leistungen durch Honorarärzte jedenfalls ausschließen, so der BGH. Abweichende Vereinbarungen, die den Kreis der Wahlärzte entgegen § 17 Abs. 3 S. 1 KHEntgG erweiterten, sind nach Auffassung des BGH nichtig. Honoraransprüche könnten auf der Grundlage einer solchen Vereinbarung damit nicht geltend gemacht werden.

### Die zusätzlichen Aussagen des Bundesverfassungsgerichts

Das BVerfG hat durch die Nichtannahme der Verfassungsbeschwerde des Honorararztes gegen diese Entscheidung deutlich gemacht, dass das Urteil des BGH nicht gegen Grundrechte verstößt und somit wirksam bleibt. Als höchstes deutsches Gericht hat sich das BVerfG jedoch erlaubt, das BGH-Urteil zu interpretieren. So betont das BVerfG, dass der BGH nicht entschieden habe, ob dem Honorararzt die Abrechnung wahlärztlicher Leistungen generell verwehrt sei.

Hierzu verweisen die Richter des BVerfG insoweit auf die oben genannte Passage in der Entscheidung des BGH, dass der Honorararzt in der Wahlleistungsvereinbarung des Krankenhauses, in dem er tätig geworden ist, weder als Wahlarzt noch als „gewünschter Vertreter“ des Wahlarztes aufgeführt gewesen sei. Dies habe der BGH offengelassen, weil Gerichte über nicht existente Tatsachen grundsätzlich keine Entscheidungen trafen.



IHR PLUS IM NETZ  
cb.iww.de  
Abruf-Nr. 144357

**BGH: Kreis der  
Wahlärzte ist  
gesetzlich eng  
beschränkt**

**BVerfG entscheidet  
nicht in der Sache,  
interpretiert jedoch  
einige BGH-Aussagen**

## Was bedeuten die Urteile für die Praxis?

Was bedeutet nun der Umstand, dass der BGH offengelassen hat, wie er entschieden hätte, wenn der Honorararzt als Wahlarzt oder als „gewünschter Vertreter“ des Wahlarztes in die Wahlleistungsvereinbarung aufgenommen worden wäre? Hätte der BGH dann dem Honorararzt die private Liquidation erlaubt? Wohl kaum – und zwar aus den nachfolgenden Gründen:

Angestellte oder  
verbeamtete Ärzte  
können Wahlleis-  
tungsärzte sein

- Der BGH hat in seinem Urteil klargestellt, dass § 17 Abs. 3 S. 1 KHEntgG den Kreis der Wahlärzte abschließend bestimmt. Hierzu gehören
  - a) angestellte und beamtete Ärzte des Krankenhauses, das ihnen das Liquidationsrecht gewährt hat (interne Wahlarztkette) und
  - b) die von angestellten oder beamteten Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses (externe Wahlarztkette).

Im entschiedenen  
Fall durfte der  
Honorararzt nicht  
privat liquidieren ...

Nur Ärzte der internen Wahlarztkette werden dem Patienten vor Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung als Wahlärzte benannt. Allein durch die Benennung als Wahlarzt wird der Honorararzt jedoch weder angestellt noch verbeamtet. Eine Aufführung als Wahlarzt in der Wahlleistungsvereinbarung hätte in dem vom BGH entschiedenen Fall somit nicht zur Berechtigung der Liquidation durch den Honorararzt geführt.

... in anderen  
Konstellationen ist  
dies aber denkbar

- Anders wird man den Hinweis des BGH beurteilen müssen, dass der Honorararzt in der Wahlleistungsvereinbarung auch nicht als „gewünschter Vertreter“ des Wahlarztes aufgeführt worden ist. Für eine solche Konstellation scheint der BGH eine gewisse Sympathie zu hegen, sodass vieles dafür spricht, dass sich Wahlärzte zukünftig auch im Falle ihrer Anwesenheit durch solche Ärzte vertreten lassen können, die auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten anstelle des Wahlarztes tätig werden sollen. Dies können sowohl Honorarärzte als auch angestellte Krankenhausärzte sein.

Gewünschter  
Vertreter: mehr als  
„nur“ Facharzt

Die Frage ist allerdings, wie weit dies geht. Nachdem der BGH zwischen dem „Facharztstandard“ bei allgemeinen Krankenhausleistungen und einem höherwertigen „Chefarztstandard“ bei Wahlleistungen unterscheidet, weil nur so die Entrichtung eines zusätzlichen Honorars gerechtfertigt erscheint, wird man wohl vonseiten des „gewünschten Vertreters“ fordern müssen, dass dieser für eine „besondere Behandlungsqualität“ steht. Diese muss über den „Facharztstandard“ hinausgeht, womit dem Einsatz eines „gewünschten Vertreters“ gewisse Grenzen gesetzt sind.

**FAZIT** | Einer Tätigkeit des Honorararztes bei Privatpatienten hat der BGH enge Grenzen gesetzt! Nur in folgenden Fällen dürfte sein Tätigwerden zulässig sein:

- bei herausgehobener Qualifikation als „gewünschter Vertreter“ des Wahlarztes unabhängig von seiner Anwesenheit,
- als Vertreter des Wahlarztes bei einer individuellen Vertretungsvereinbarung, wenn die Verhinderung des Wahlarztes bei Vertragsschluss vorhersehbar ist,
- bei medizinischen Wahlleistungen, die der BGH als dritte Kategorie neben ärztlichen und nichtärztlichen Wahlleistungen ansieht sowie
- in Privatkliniken, die nicht dem KHEntgG unterliegen.

## WAHLLLEISTUNG

## Der „gewünschte Vertreter“ – eine Option bei der Abrechnung wahlärztlicher Leistungen?

| In seinem Urteil vom 16. Oktober 2014 hatte der Bundesgerichtshof (BGH) klargestellt, dass Honorarärzte grundsätzlich nicht berechtigt sind, wahlärztliche Leistungen abzurechnen (Az. III ZR 85/14, CB 12/2014, S. 16, Abruf-Nr. 143141). Eine Ausnahme ist nach Meinung der Richter offenbar möglich, wenn der Honorararzt in der Wahlleistungsvereinbarung als „gewünschter Vertreter“ des Wahlarztes benannt wird. Dieser Beitrag klärt auf. |

### Honorarärzte als „gewünschte Vertreter“ des Wahlarztes?

Nachdem der BGH in seinem Urteil für den Fall, dass der Honorararzt als „gewünschter Vertreter“ benannt wird, die Berechnung wahlärztlicher Leistungen offenbar als zulässig ansieht, wird bereits die Frage gestellt, ob diesen Ärzten die Möglichkeit, diese Leistungen abzurechnen, generell wieder eröffnet werden kann.

Dagegen spricht der Unterschied zwischen dem ärztlichen Teil der „allgemeinen Krankenhausleistungen“ und den ärztlichen Wahlleistungen: Bei ersterem schuldet der Krankenträger nach Meinung des BGH Facharztstandard, bei ärztlichen Wahlleistungen hingegen eine höhere ärztliche Qualität als Facharztstandard in Person des gewählten Arztes. Honorarärzte repräsentieren in ihrer Gesamtheit jedoch nur Facharztstandard, weshalb der BGH wohl kaum sagen wollte, dass Honorarärzte als „gewünschte Vertreter“ regelhaft wahlärztliche Leistungen erbringen und abrechnen können.

Der Unterschied zwischen dem Facharztstandard bei allgemeinen Krankenhausleistungen und dem höheren Standard bei ärztlichen Wahlleistungen würde nivelliert, wenn Honorarärzte als „gewünschte Vertreter“ ohne Einschränkungen berechtigt wären, wahlärztliche Leistungen abzurechnen.

**PRAXISHINWEIS** | Der Honorararzt als „gewünschter Vertreter“ wird somit die Ausnahme bleiben müssen und kommt nur in Betracht, wenn der Privatpatient sich wegen einer Empfehlung oder einer herausragenden Qualifikation von einem Honorararzt anstelle des Wahlarztes behandeln lassen möchte – und diesen Wunsch bei der Krankenhausaufnahme ausdrücklich vorträgt.

### Der qualifizierte (Ober-)Arzt als „gewünschter Vertreter“

In größeren Kliniken gibt es spezialisierte Oberärzte, die in ihrem Teilbereich über eine größere Erfahrung verfügen als der Chefarzt; zudem gibt es Oberärzte, die als „herausragende Operateure“ gelten, sich jedoch nicht um eine Chefarzt-Position bemühen möchten, da sie eine ausschließlich operative Tätigkeit vorziehen und sich nicht mit Verwaltungsaufgaben belasten wollen, die die Tätigkeit eines Chefarztes mit sich bringt. Diese Oberärzte verfügen



IHR PLUS IM NETZ

cb.iww.de

Abruf-Nr. 143141

Nivellierung des  
Facharztstandards  
drohte...

...wenn Honorarärzte  
regelmäßig ärztliche  
Wahlleistungen  
erbringen dürften

Qualifizierte Oberärzte bei Wahlleistungen einbinden

nicht über die Möglichkeit, wahlärztliche Leistungen zu erbringen, obwohl sie im Sinne der Entscheidung des BGH zumindest in einem Teilbereich über eine Qualifikation verfügen, die über den Facharztstandard bei allgemeinen Krankenhausleistungen deutlich hinausgeht.

Bei dieser Konstellation bietet sich die Rechtsfigur des „gewünschten Vertreters“ an: So wird die Möglichkeit geschaffen, solche qualifizierten Oberärzte bei der Versorgung von Wahlleistungspatienten einzusetzen.

### Die Umsetzung des „gewünschten Vertreters“

Für den Einsatz von Honorarärzten als „gewünschte Vertreter“ verweist der BGH in der zitierten Entscheidung auf einen juristischen Aufsatz. Darin wird vorgeschlagen, die Wahlarztvereinbarung wie folgt zu ergänzen:

#### ■ Wahlleistungsvereinbarung bei Honorararzt-Behandlung

„Ich wünsche ausdrücklich die wahlärztliche Behandlung durch den im ... (genaue Bezeichnung des Krankenhauses) nicht angestellten Honorararzt ... (genaue Bezeichnung) und nicht durch den Wahlarzt ... (genaue Bezeichnung der Abteilung/Klinik sowie des Namens) zu den in der Wahlleistungsvereinbarung genannten Bedingungen. Die Honorarabrechnung erfolgt in gleicher Höhe, wie wenn der Wahlarzt ... (Name) die Privatbehandlung durchgeführt hätte.“

Sofern ein nachgeordneter Oberarzt des Krankenhauses als „gewünschter Vertreter“ fungieren soll, müsste die Wahlleistungsvereinbarung des Krankenhauses um die nachfolgende Klausel ergänzt werden:

#### ■ Wahlleistungsvereinbarung bei Oberarzt-Behandlung

„Ich wünsche ausdrücklich die wahlärztliche Behandlung durch ... (genaue Bezeichnung des Oberarztes) und nicht durch den Wahlarzt ... (genaue Bezeichnung der Abteilung/Klinik und des Wahlarztes) zu den in der Wahlleistungsvereinbarung genannten Bedingungen. Die Honorarabrechnung erfolgt in gleicher Höhe, wie wenn der Wahlarzt ... (genaue Bezeichnung des Wahlarztes) die Privatbehandlung persönlich durchgeführt hätte“.

### Hinweis für die Praxis

Die Wahlleistungsvereinbarung des Krankenhauses kann generell durch eine solche Klausel, die in den Text eingearbeitet wird, ergänzt werden. Man kann die Klausel aber auch als Anlage zur Wahlleistungsvereinbarung nehmen, die nur dann zum Einsatz kommt, wenn vonseiten des jeweiligen Privatpatienten ausdrücklich ein bestimmter Vertreter „gewünscht“ wird.

Der Verfasser würde Letzteres vorschlagen, um in der Praxis deutlich zu machen, dass hier tatsächlich ein „Wunsch“ des Privatpatienten zum Ausdruck kommt und der „gewünschte Vertreter“ nicht der Regelfall ist.

Klausel am besten als Anlage zum Vertrag nehmen



## MANAGEMENT

## Neue Einnahmequelle: Igel jetzt auch von Chefarzten und Klinikträgern abrechenbar?

I Vertragsärzte haben seit Jahren die Möglichkeit, ihren Patienten „individuelle Gesundheitsleistungen“ (IGel) direkt in Rechnung zu stellen. Diese sind kein Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung und werden daher nicht von der gesetzlichen Krankenkassen vergütet. Für die stationäre Versorgung regelt das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) die Abrechnung Allgemeiner Krankenhausleistungen sowie ärztlicher und nichtärztlicher Wahlleistungen. Dürfen daneben weitere Leistungen – sozusagen „stationäre iGel“ – abgerechnet werden? Dieser Beitrag klärt die Voraussetzungen. |

### Rechtlicher Hintergrund

Die Möglichkeit, im Krankenhaus IGel anzubieten – nachfolgend als „medizinische Wahlleistungen“ bezeichnet –, ergibt sich aus § 17 Abs. 1 Satz 2 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG). Danach dürfen diagnostische und therapeutische Leistungen als Wahlleistungen allerdings nur dann extra berechnet werden, wenn die Allgemeinen Krankenhausleistungen dadurch nicht beeinträchtigt werden. Zudem muss die gesonderte Berechnung zwischen dem Patienten und der Klinik vereinbart sein und die Leistung von einem Arzt, psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten erbracht werden.

Medizinische Wahlleistungen sind somit „andere“ ärztliche Leistungen als die Allgemeinen Krankenhausleistungen. Mit ärztlichen und nichtärztlichen Wahlleistungen im Sinne des § 17 KHEntgG haben sie nichts zu tun. Dass Kliniken solche medizinischen Wahlleistungen anbieten und erbringen dürfen, hat der Bundesgerichtshof mit Urteil vom 16. Oktober 2014 (Az. III ZR 85/14) bestätigt. Bei ärztlichen Wahlleistungen (zum Beispiel Chefarztbehandlung) entscheidet sich der Patient für die Person des Leistungserbringers, bei nichtärztliche Wahlleistungen (zum Beispiel Einzelzimmer) möchte er zusätzlichen Komfort.

### Was sind medizinische Wahlleistungen genau?

Das KHEntgG schweigt zur Frage, welche medizinischen Wahlleistungen angeboten werden können. Folgende drei Fallgruppen sind denkbar:

#### 1. Medizinisch nicht notwendige Leistungen

Bei medizinisch nicht notwendigen ärztlichen Leistungen fehlt es an einer medizinischen Indikation (Beispiel: Kosmetische Operationen). Sie können daher nicht als Allgemeine Krankenhausleistungen berechnet werden.

#### 2. Ärztliche Leistungen nach § 137c Sozialgesetzbuch V

Medizinische Leistungen, die keinen hinreichend nachweisbaren medizinischen Nutzen haben, werden nach Prüfung durch den Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) von der Liste der von der Kasse zu vergütenden Leistungen

IGel im Krankenhaus ist rechtlich möglich

Medizinische Wahlleistungen sind keine „Allgemeinen Krankenhausleistungen“

Kosmetische OP als typische IGel

Alternativleistungen  
über medizinischem  
Standard können  
vereinbart werden

gestrichen – § 137c Sozialgesetzbuch (SGB) V erläutert dieses Verfahren näher. Entsprechend können solche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dann als medizinische Wahlleistungen erbracht werden. Chefarzt und Krankenhaussträger treffen hier eine erhöhte Aufklärungspflicht.

### 3. Sogenannte Alternativleistungen

Bei „Alternativleistungen“ wünscht der Patient im Rahmen einer Krankenhausbehandlung Leistungen, die von der Standardbehandlung bei der betreffenden Indikation abweichen. Wenn Chefarzt und Krankenhaussträger solche Alternativleistungen als medizinische Wahlleistungen anbieten wollen, ist regelmäßig zu prüfen, ob es überhaupt um Leistungen geht, die neben den Allgemeinen Krankenhausleistungen angeboten werden können.

Medizinische Wahlleistungen als Alternativleistungen können nur angeboten werden, wenn neben der Behandlung, die der Patient nach dem anerkannten Standard der medizinischen Erkenntnisse für seine Erkrankung beanspruchen kann, immer noch Raum für die Alternativleistung bleibt und die mit der Alternativleistung verbundene Mehrkosten nicht über Zusatzentgelte oder ein Entgelt für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB-Entgelt) nach § 6 Abs. 2 KHEntgG aufgefangen werden können.

**PRAXISHINWEIS** | Ein Beispiel, wie die medizinische Wahlleistung zur Regelleistung werden kann, sind die medikamentenbeschichteten Koronarstents aus der Kardiologie, die 2005 im DRG-System als Zusatzentgelt aufgenommen worden sind. Damit sind sie nicht mehr als medizinische Wahlleistungen berechenbar.

Landeskranken-  
hausgesellschaft  
oder Rechtsanwalt  
beraten juristisch

### Beratung empfehlenswert

Chefärzte und Krankenhäuser, die medizinische Wahlleistungen anbieten wollen, sollten sich bei deren Einführung in jedem Fall durch die zuständige Landeskrankenhausgesellschaft oder anwaltlich beraten lassen. Die juristische Begutachtung sollte bereits mit der Prüfung beginnen, ob die Leistungen, die angeboten werden sollen, überhaupt als medizinische Wahlleistungen geeignet sind. Werden schon bei dieser Frage die Weichen juristisch richtig gestellt, können teure Rechtsstreitigkeiten vermieden werden.

### Abrechnung medizinischer Wahlleistungen

Medizinische Wahlleistungen, die zu den oben genannten drei Fallgruppen gehören, sind nur unter ganz bestimmten Voraussetzungen berechenbar:

- Vor Behandlungsbeginn ist eine schriftliche Wahlleistungsvereinbarung mit dem Patienten abzuschließen. Darin müssen die angebotenen medizinischen Wahlleistungen definiert und vereinbart werden.
- Nach § 17 Abs. 2 KHEntgG ist der Patient vor Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung über die Entgelte der Wahlleistungen und deren Inhalt im Einzelnen zu unterrichten. Bei medizinischen Wahlleistungen sind die mit ihrer Erbringung verbundenen Kosten möglichst präzise zu bestimmen.

Leistungen exakt  
definieren!

Die Verpflichtung zur Kostenaufklärung ist eine Schutzvorschrift zugunsten des Patienten. Auf sie muss deshalb besonderer Wert gelegt werden. Sie sollte eher überobligatorisch sein, da insbesondere die Regelleistungspatienten medizinische Wahlleistungen werden selbst bezahlen müssen.

### Mitteilung an die zuständige Landesbehörde

Aus § 17 Abs. 2 Satz 2 KHEntgG folgt, dass die Art der Wahlleistungen der zuständigen Landesbehörde zusammen mit dem Genehmigungsantrag mitzuteilen ist. Die Behörde prüft, ob die Allgemeinen Krankenhausleistungen durch die geplanten Wahlleistungen beeinträchtigt werden. Sie kann auch prüfen, ob die Klinik Leistungen als Wahlleistungen anbietet, die Bestandteil der Allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 3 Abs. 2 KHEntgG sind.

Die Mitteilung an die zuständige Landesbehörde und deren Reaktion bzw. ihr Ausbleiben können erste Hinweise auf mögliche Probleme bei dem Angebot medizinischer Wahlleistungen geben.

Reaktion der Landesbehörde gibt erste Hinweise

### Vergütung medizinischer Wahlleistungen

Bei der Vergütung ist bei den geschilderten drei Fallgruppen medizinischer Wahlleistungen wiederum zu differenzieren:

- Bei den „Alternativleistungen“, bei denen der Patient im Rahmen einer indizierten Krankenhausbehandlung Leistungen wünscht, die von der Standardbehandlung abweichen, besteht aufgrund medizinischer Indikation grundsätzlich eine Leistungspflicht des Kostenträgers. Folgerichtig muss der Krankenhausträger zunächst die für die Standardbehandlung anfallende DRG-Fallpauschale gegenüber dem Kostenträger abrechnen.

Diejenigen Teile der Gesamtleistung, die nicht in der DRG-Fallpauschale für die Standardleistungen enthalten sind, können dem Patienten als Mehraufwand über die Wahlleistungsvereinbarung berechnet werden. Hierfür ist die Differenz zwischen den Kosten einer Standardbehandlung und den entstandenen Kosten für die medizinische Wahlleistung zu bilden.

- Bei den anderen beiden Fallgruppen werden die Wahlleistungen außerhalb des Versorgungsauftrags des Krankenhauses erbracht – Entgelte nach dem KHEntgG sind hierfür nicht vorgesehen. Die Entgelte für diese medizinischen Wahlleistungen können grundsätzlich frei vereinbart werden.

Bei Alternativleistungen zahlt Kasse Preis der Standardbehandlung

### Risiken bei medizinischen Wahlleistungen

Chefärzte, die mit Zustimmung ihrer Krankenhausträger solche medizinischen Wahlleistungen erbringen müssen, die in keinem Zusammenhang mehr zum jeweiligen Versorgungsauftrag des Krankenhauses stehen, sollten sich des Risikos bewusst sein, dass hier gegebenenfalls öffentliche Fördermittel wegen zweckwidriger Verwendung zurückgefordert werden können. Dieses Risiko, das den Klinikträger trifft, sollte der Chefarzt vor der Ausweitung des Angebots mit der Krankenhaus-Geschäftsleitung erörtern.

Chefarzt sollte Klinikleitung auf die Risiken hinweisen!

## KOOPERATIONEN

## Streit um Sachkostenerstattung: Urteil bedroht bestehende Kooperationen mit Vertragsärzten

! Wahlleistungsvereinbarungen erstrecken sich auch auf Leistungen von Ärzten außerhalb der Klinik, wenn diese von liquidationsberechtigten Klinikärzten veranlasst wurden. Bisher war man der Ansicht, dass solche extern beauftragten Ärzte auch anfallende Sachkosten direkt mit dem Patienten abrechnen können. Die Entscheidung des Landgerichts (LG) Stade vom 20. Mai 2015 stellt dies infrage (Az. 4 S 45/14, Abruf-Nr. 145440). Wie können Chefärzte und Kliniken die Konsequenzen des Urteils für eine Kooperation mit Vertragsärzten – insbesondere Radiologen – abwenden? |

### Fall: PKV verweigert Erstattung der Sachkosten

Eine Patientin hatte mit einem Krankenhaus, das über keine radiologische Abteilung verfügt, wahlärztliche radiologische Leistungen vereinbart. Diese wurden regelmäßig durch Ärzte einer radiologischen Gemeinschaftspraxis erbracht, die mit der Klinik einen Kooperationsvertrag geschlossen hatte. In der Wahlleistungsvereinbarung des Krankenhauses wird auf den Kooperationsvertrag Bezug genommen. Im Fall hatten die Radiologen gegenüber der Patientin etwa 5.300 Euro abgerechnet – davon ca. 3.500 Euro für Sachkosten. Die PKV zahlte die wahlärztlichen Leistungen, die Sachkosten aber nicht.

Die Radiologen klagten daraufhin auf Zahlung auch der Sachkosten. Sie verwiesen auf die Entscheidung des Bundesgerichtshofs (BGH) vom 4. November 2010 (Az. III ZR 323/09, Abruf-Nr. 104086). Danach können Ärzte Sachkosten abrechnen, wenn diese bei wahlärztlichen Behandlungen anfallen, die von angestellten oder beamteten Klinikärzten veranlasst wurden.

### Urteil: Kooperation verfehlt gesetzlichen Zweck

In zweiter Instanz urteilte das Landgericht (LG) Stade, dass keine „Veranlassung“ der Radiologen im Sinne von § 17 Abs. 3 S. 1 KHEntgG vorliege.

#### ■ § 17 Abs. 3 S. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), Auszug

Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle (...) angestellten oder beamteten Ärzte des Krankenhauses, (...) einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses (...).

Durch den Kooperationsvertrag würde die Gemeinschaftspraxis alle radiologischen Leistungen regelhaft erbringen. Ärztliche Wahlleistungen könnten aber nur im Einzelfall von besonders qualifizierten Ärzten erbracht werden und nicht von Honorarärzten, als die man diese Radiologen ansehen müsse.

Klinik vergab  
sämtliche radiolo-  
gischen Leistungen  
an externe Praxis

IHR PLUS IM NETZ  
cb.iww.de  
Abruf-Nr. 104086



Niedergelassene  
Radiologen sind  
rechtlich gesehen  
Honorarärzte

## Bewertung der Entscheidung des Landgerichts

Mit der Entscheidung des LG Stade argumentieren inzwischen PKVen gegenüber Radiologen, um Sachleistungen nicht erstatten zu müssen. Diese werden sich daher mit der vorliegenden Gerichtsentscheidung auseinandersetzen müssen. Dabei sind vor allem die nachfolgenden Punkte wichtig:

- Radiologen sind Honorarärzte, wenn sie aufgrund eines Kooperationsvertrags mit einem Krankenhaus ärztliche Wahlleistungen erbringen, wie das LG Stade richtig bemerkt. Allerdings dürfen solche Ärzte weiterhin Wahlleistungen erbringen. Die Entscheidung des BGH vom 16. Oktober 2014 (Az. III ZR 85/14, Abruf-Nr. 143141) schließt dies nur für solche Honorarärzte aus, die innerhalb des Krankenhauses tätig werden – also wenn sie in Räumen des Krankenhauses und mit medizinischen Geräten des Krankenhauses die Leistung erbringen. Werden die Radiologen aber innerhalb des Krankenhauses in angemieteten Räumlichkeiten mit eigenen Geräten tätig, erfolgt die Leistungserbringung im juristischen Sinne „außerhalb des Krankenhauses“; in diesen Fällen können wahlärztliche Leistungen abgerechnet werden.
- In einem Kooperationsvertrag kann vereinbart werden, dass niedergelassene Ärzte allgemeine Krankenhausleistungen bei Patienten erbringen, die keine ärztlichen Wahlleistungen gewählt haben; das Krankenhaus kann diese als „vom Krankenhaus veranlasste Leistungen Dritter“ abrechnen. Bei wahlärztlichen Leistungen werden die Niedergelassenen dagegen auf Veranlassung der liquidationsberechtigten Klinikärzte als Teil der externen Wahlarztkette tätig – eine Abrechnung von wahlärztlichen Leistungen ist solchen Niedergelassenen auch mittels Kooperationsvertrag nicht möglich. Im Kooperationsvertrag kann aber die Möglichkeit vereinbart werden, diese Leistungen auf Veranlassung der liquidationsberechtigten Krankenhausärzte zu erbringen, wenn das Recht des Patienten auf freie Arztwahl beachtet wird. Die liquidationsberechtigten Klinikärzte können dann „autonom“ entscheiden, bei welchem Niedergelassenen sie die Leistung veranlassen. Die „Veranlassung“ ist dann nicht mehr bloß formal, was das LG Stade bemängelt hatte.
- Wird ein Kooperationsvertrag entsprechend umgestaltet, hilft dies enorm bei der Argumentation gegen zahlungsunwillige private Krankenversicherungen. Unabhängig davon wird man bei Leistungen der internen und der externen Wahlarztkette differenzieren müssen: Ärztliche Wahlleistungen der internen Wahlarztkette sind Hauptleistungen während eines stationären Krankenhausaufenthalts. Kann diese wahlärztlichen Leistungen nur ein einziger Arzt erbringen, würde sie der Patient auch ohne Wahlleistungsvereinbarung erhalten. Wahlärztliche Leistungen könnten dann nicht wirksam vereinbart werden,.

Bei den Leistungen der externen Wahlarztkette, die von Ärzten außerhalb der Klinik erbracht werden, gilt dies so nicht. Hier liegen Annex-Leistungen vor, die nur von unregelmäßig anfallen, sodass nach Verfasseransicht und entgegen der Meinung des LG Stade andere Regeln gelten.

PKVen argumentieren mit dem Urteil des LG Stade



**IHR PLUS IM NETZ**  
cb.iww.de  
Abruf-Nr. 143141

Recht auf freie Arztwahl bei Gestaltung einer Kooperation beachten!

Einzigster Arzt, der Leistung erbringt? – Keine Abrechnung einer Wahlleistung!

## LESERFORUM

## Wie kann der Chefarzt die Ausstellung ärztlicher Bescheinigungen abrechnen?

Ein Leser hat der CB-Redaktion die nachfolgende Frage zur Abrechnung ärztlicher Bescheinigungen gestellt. Da die Frage von allgemeinem Interesse ist, haben wir unseren Experten, die Fachanwälte für Medizinrecht Dr. Christina Thissen und Dr. Tobias Scholl-Eickmann, um eine ausführliche Antwort gebeten. |

**FRAGE:** „Seit zwanzig Jahren stelle ich für stationäre Patienten auf Wunsch Bescheinigungen über Krankentagegeld und ärztliche Atteste für Reise-rücktrittsversicherungen gegen Bezahlung aus. Die Geschäftsführung hat nun die Ärzte angewiesen, sämtliche ärztliche Bescheinigungen für einen stationären Aufenthalt kostenlos auszustellen. In Internetforen wird die Meinung vertreten, dass die kostenfreie Ausstellung gegen Berufsrecht verstößt. Kann mir die Abrechnung solcher Bescheinigungen dann überhaupt untersagt werden?“

**ANTWORT:** Nach § 12 Abs. 1 der Musterberufsordnung, die sinngemäß in den einzelnen Kammerbezirken übernommen wurde, dürfen die Sätze der GOÄ nicht in unlauterer Weise unterschritten werden. Nur gegenüber Verwandten, Kollegen, deren Angehörigen und mittellosen Patienten darf das GOÄ-Honorar erlassen werden. Im Übrigen ist der Arzt im Anwendungsbereich der GOÄ berufsrechtlich verpflichtet, seine Leistungen abzurechnen.

Die hausinterne Weisung, alle ärztlichen Bescheinigungen kostenfrei auszustellen, ist daher für alle Ärzte mit Liquidationsrecht berufsrechtlich problematisch. Es müsste differenziert werden: Bei privat Versicherten und Selbstzahlern ist die Weisung insgesamt unzulässig, da die Abrechnung in den Anwendungsbereich der GOÄ fällt. Konkret ist hier Nr. 70 GOÄ abzurechnen (kurze Bescheinigung, kurzes Zeugnis, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung).

Bei stationären Aufenthalten von GKV-Patienten ist die GOÄ zwar nur anwendbar, soweit die erbrachten Leistungen nicht zu den Krankenhausleistungen zählen. Die entsprechenden rechtlichen Vereinbarungen sehen aber vor, dass das Ausfertigen von Bescheinigungen und das Erstellen von Berichten nur dann eine Krankenhausleistung darstellt, wenn die Krankenkassen, die MDK-Ärzte oder der behandelnde Arzt diese im Rahmen der Krankenhausbehandlung zur Durchführung ihrer Aufgaben benötigen. Im Umkehrschluss heißt das: Die von dem Fragesteller angeführten Bescheinigungen für Reise-rücktritts- oder Krankentagegeld-Versicherung gehören gerade nicht zur Krankenhausleistung. Sie müssen daher gesetzlich wie bei privat Versicherten sowie bei Selbstzahlern nach Nr. 70 GOÄ abgerechnet werden.

**FAZIT |** Ein Erlass der GOÄ-Gebühren kommt nur für Verwandte, Kollegen etc. infrage, keinesfalls jedoch für sämtliche Patienten. Die Weisung der Geschäftsführung müsste daher aufgehoben oder zumindest angepasst werden.

Anweisung der Geschäftsführung: Bescheinigungen kostenlos ausstellen!

Pauschale Anweisung ist rechtlich unzulässig

**REDAKTION** | Sie haben Fragen oder Anregungen zur Berichterstattung? Schreiben Sie an IWW Institut, Redaktion „CB“

Aspastr. 24, 59394 Nordkirchen

Fax: 02596 922-80, E-Mail: [cb@iww.de](mailto:cb@iww.de)

Als Fachverlag ist uns individuelle Rechtsberatung nicht gestattet.

**ABONNENTENBETREUUNG** | Fragen zum Abonnement beantwortet Ihnen der

IWW Institut Kundenservice, Franz-Horn-Str. 2, 97091 Würzburg

Telefon: 0931 4170-472, Fax: 0931 4170-463, E-Mail: [kontakt@iww.de](mailto:kontakt@iww.de)

Bankverbindung: DataM-Services GmbH, Postbank Nürnberg

IBAN: DE80 7601 0085 0007 1398 57, BIC: PBNKDEFFXXX

**IHR PLUS IM NETZ** | Online – Mobile – Social Media

**Online:** Unter [cb.iww.de](http://cb.iww.de) finden Sie

- Downloads (Musterverträge, -schreiben, Arbeitshilfen, Checklisten u.v.m.)
- Archiv (alle Beiträge seit 2003)
- Rechtsquellen (Urteile, Gesetze, Verwaltungsanweisungen u.v.m.)

Vergrößern Sie Ihren Wissensvorsprung: Registrieren Sie sich auf [iww.de/registrieren](http://iww.de/registrieren), schalten Sie Ihr Abonnement frei und lesen Sie aktuelle Fachbeiträge früher.

Rufen Sie an, wenn Sie Fragen haben: 0931 4170-472.

**Mobile:** Lesen Sie „CB“ in der myIWW-App für Smartphone/Tablet-PC.

- Appstore (iOS)
- Google play (Android) → Suche: myIWW oder scannen Sie den QR-Code



**Social Media:** Folgen Sie „CB“ auch auf [facebook.com/cb.iww](https://facebook.com/cb.iww)

**NEWSLETTER** | Abonnieren Sie auch die kostenlosen IWW-Newsletter für Gesundheitsberufe auf [iww.de/newsletter](http://iww.de/newsletter):

- CB-Newsletter
- BGH-Leitsatz-Entscheidungen
- IWW kompakt für Zahnärzte

### CHEFÄRZTEBRIEF (ISSN 1436-638X)

**Herausgeber und Verlag** | IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH

Niederlassung: Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen, Telefon: 02596 922-0, Fax: 02596 922-80, E-Mail: [info@iww.de](mailto:info@iww.de), Internet: [iww.de](http://iww.de), Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg

**Redaktion** | Diplom-Volkswirt Werner Overbeck (Chefredakteur), Rechtsanwalt Dr. Lars Blady, LL.M. (verantwortlich)

**Bezugsbedingungen** | Der Informationsdienst erscheint monatlich. Er kostet pro Jahr 168 Euro einschließlich Versand und Umsatzsteuer. Das Abonnement ist jederzeit zum Quartalsende kündbar.

**Hinweise** | Alle Rechte am Inhalt liegen beim IWW Institut. Nachdruck und jede Form der Wiedergabe auch in anderen Medien sind selbst auszugsweise nur nach schriftlicher Zustimmung des IWW Instituts erlaubt. Der Inhalt des Informationsdienstes ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität des Themas und der ständige Wandel der Rechtsmaterie machen es notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen.

**Druck** | H. Rademann GmbH Print + Business Partner, 59348 Lüdinghausen

Ihr Abonnement.

# Mehr als eine Fachzeitschrift.



### Print: Die Heftausgabe

- kurz, prägnant, verständlich
- konkrete Handlungsempfehlungen
- praxiserprobte Arbeitshilfen

### Online: Die Website

- aktuelle Ausgabe bereits eine Woche vor Heftauslieferung verfügbar
- ergänzende Downloads
- Ausgabenarchiv mit Urteilsdatenbank

### Mobile: Die myIWW-App für Apple iOS und Android

- Funktionen der Website für mobile Nutzung optimiert
- Offline-Nutzung möglich, z. B. im Flugzeug

### Social Media: Die Facebook-Fanpage

- aktuelle Meldungen aus der Redaktion
- Forum für Meinung und Diskussion
- Kontakt zu Experten und Kollegen

