

Radiologen Wirtschafts Forum

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

10 | Oktober 2018

Einkommen

KV-Honorar 2016: Eckdaten für Radiologen

Seit 2012 veröffentlicht die KBV Honorarberichte der verschiedenen Fachgruppen. Nun liegen der Honorarbericht für das 1. und 2. Quartal 2016 sowie die Kennzahlen der Abrechnungsgruppen für das gesamte Jahr 2016 vor. In der Tabelle finden Sie die Durchschnittsumsätze, Fallzahlen und Fallwerte für Radiologen.

Durchschnittsumsätze, Fallzahlen und Fallwerte für 2016

KV	KV-Umsatz 2016*	Fälle 2016*	Fallwert
Baden-Württemberg	136.328 Euro	1.881	72,48 Euro
Bayern	124.311 Euro	1.584	78,50 Euro
Berlin	108.870 Euro	1.592	68,40 Euro
Brandenburg	115.210 Euro	1.917	60,09 Euro
Bremen	152.366 Euro	1.741	87,52 Euro
Hamburg	196.714 Euro	2.030	96,89 Euro
Hessen	122.253 Euro	2.003	61,03 Euro
Mecklenburg-Vorpommern	128.512 Euro	2.167	59,29 Euro
Niedersachsen	131.382 Euro	1.897	69,25 Euro
Nordrhein	116.518 Euro	1.806	64,51 Euro
Rheinland-Pfalz	130.570 Euro	1.733	75,33 Euro
Saarland	109.068 Euro	1.390	78,47 Euro
Sachsen	126.041 Euro	2.008	62,78 Euro
Sachsen-Anhalt	156.577 Euro	2.466	63,49 Euro
Schleswig-Holstein	124.520 Euro	1.678	74,21 Euro
Thüringen	124.595 Euro	2.145	58,09 Euro
Westfalen-Lippe	140.655 Euro	1.697	82,87 Euro
Durchschnitt alle KVen	128.922 Euro	1.820	70,83 Euro

* je Arzt und Quartal; Quelle: Abrechnungsstatistik der KBV; zugelassene und angestellte Ärzte; eigene Berechnungen

Die Daten basieren auf den Abrechnungsergebnissen von ca.

2.700 Radiologen. Es zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den

Inhalt

Kassenabrechnung

- Honorarverhandlungen 2019: Orientierungswert steigt um 1,58 Prozent 2
- PET/CT bei malignen Lymphomen: G-BA-Beschluss tritt in Kraft 2

Privatliquidation

- Abrechnung von Venographien der Extremitäten 3
- Leserforum: Hirngefäße mit Nr. 5700 voll erfasst? 3

Recht

MRT bleibt Hoheitsgebiet der Radiologen 4

Praxismanagement

Zeit ist Geld – Rechtliches zum Thema Ausfallgebühr 6

Klinikmanagement

Leserforum: Gelten Oberärzte mit Leitungsfunktion oder Liquidationsrecht tarifrechtlich als Chefärzte? 8

Download

„Muster-Terminvereinbarung“ zum Beitrag „Zeit ist Geld – Rechtliches zum Thema Ausfallgebühr“

KVen sowie zwischen den alten und den neuen Bundesländern: Der Durchschnittsumsatz eines Radiologen in den neuen Bundesländern liegt zwar auf dem Niveau des Durchschnittsumsatzes eines Radiologen in den alten Bundesländern, doch die Fallzahl ist um ca. 19 Prozent höher. Der Fallwert liegt daher in den neuen

Bundesländern um ca. 16 Prozent unter dem in den alten Bundesländern. Im Vergleich zu 2015 ist der KV-Umsatz aller erfassten Radiologen bei einer um 2,2 Prozent höheren Fallzahl um 6,2 Prozent gestiegen.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Den KBV-Honorarbericht finden Sie online unter www.iww.de/s1961.

Kassenabrechnung

Honorarverhandlungen 2019: Orientierungswert steigt um 1,58 Prozent

Der Orientierungswert steigt im kommenden Jahr um 1,58 Prozent von derzeit 10,6543 Cent auf 10,8226 Cent. KBV und Krankenkassen haben sich überraschen schnell im Erweiterten Bewertungsausschuss am 21.08.2018 über die Anpassung geeinigt.

Orientierungswert wird erhöht

Die KBV hatte in den Verhandlungen eine Erhöhung des Orientierungswerts um 4,7 Prozent gefordert, davon 2,8 Prozent für die Erhöhung der Praxiskosten. Die Krankenkassen hatten eine Erhöhung um lediglich 0,2 Prozent angeboten.

Nach einer ersten erfolglosen Verhandlungsrunde im Bewertungsausschuss konnte schließlich im Erweiterten Bewertungsausschuss eine Einigung erzielt werden. Die Erhöhung des Orientierungswertes um 1,58 Prozent auf 10,8226 Cent entspricht lt. KBV-Angaben einer Steigerung um bundesweit ca. 550 Mio. Euro.

Zusätzliche Kosten berücksichtigen

Nicht durchsetzen konnte sich die KBV bei ihrer Forderung nach einer Berücksichtigung der Kosten im

Zusammenhang mit neuen Hygienevorschriften, der Datenschutz-Grundverordnung und der Digitalisierung.

Das Institut des Bewertungsausschusses wurde jedoch mit der Prüfung beauftragt, ob hierdurch Kostenänderungen entstanden sind bzw. entstehen. Die Ergebnisse dieser Überprüfung sollen Ende März 2019 vorliegen.

Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung anpassen

Über Veränderungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) wegen der Entwicklung der Morbidität (Behandlungsdiagnosen) und der Demografie (Alter und Geschlecht) hat der Bewertungsausschuss am 18.09.2018 entschieden. Die KBV geht für diesen Bereich von einer Erhöhung um bundesweit zwischen 70 und 80 Mio. Euro aus.

EBM

PET/CT bei malignen Lymphomen: G-BA-Beschluss tritt in Kraft

Zur Unterstützung von Therapieentscheidungen bei bestimmten malignen Lymphomen kann in der vertragsärztlichen Versorgung (und im Krankenhaus) auch die Positronenemissionstomographie (PET)/Computertomographie (CT) eingesetzt werden. Die entsprechenden Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Erweiterung der Indikationsliste für PET-/CT-Untersuchungen sind in Kraft getreten.

Der G-BA hatte die Indikationsliste am 17.05.2018 entsprechend erweitert. Zum 08.08.2018 sind die Beschlüsse in Kraft getreten. Der Bewertungsausschuss muss nun binnen 6 Monaten über die Aufnahme entsprechender Abrechnungspositionen im EBM entscheiden. Es geht um die Indikationen für die Untersuchungsverfahren PET/CT. Diese sind bei bestimmten malignen Lymphomen erweitert worden um den

- Einsatz zum Interim-Staging (Stadienzuordnung nach Vorbehandlung) bei fortgeschrittenen Hodgkin-Lymphomen und
- Einsatz bei malignen Lymphomen bei Kindern und Jugendlichen.

WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- „Indikationsliste für PET/CT bei malignen Lymphomen erweitert“ in RWF Nr. 6/2018
- Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung

Privatliquidation

Abrechnung von Venographien der Extremitäten

Nach den Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt O 1.5 der GOÄ sind u. a. die Leistungen für Venographien nach den Nrn. 5329 bis 5331 je Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig. Doch eine wörtliche Auslegung der Bestimmung ist umstritten.

Der GOÄ-Kommentar des Deutschen Ärzteverlags („Brück“) verweist auf die Allgemeinen Bestimmungen:

Kommentierung Brück

„Werden beide Beine untersucht, kann Nr. 5330 trotz der Legendenfassung auf ‚einer Extremität‘ nur einmal berechnet werden (vergleiche die Allgemeine Bestimmung vor Abschnitt O 1.5).“

Sofern 2 Extremitäten untersucht werden, wäre nach der **wörtlichen Auslegung** der Allgemeinen Bestimmungen die Untersuchung der 2. Extremität quasi umsonst zu erbringen. Dies ist auch aufgrund der Bewertung der Leistungen (Nr. 5530 = 750 Punkte) kaum nachvollziehbar, da sich der bereits für eine Extremität anfallende Arbeitsaufwand verdoppelt und dies auch nicht über den Steigerungsfaktor angemessen berücksichtigt werden kann. Zudem bezieht sich die Leistungslegende von Nr. 5330 auf eine Extremität! Demzufolge handelt es sich bei jeder Extremität um eine in sich abgeschlossene Leistung, sodass bei einer 2. Extremität auch von einer **neuen Leistung** auszugehen ist. Die Allgemeinen Bestimmungen gehen außerdem von „jeweils nur einmal“ aus. Auch für die evtl. anfallende Folgeziffer 5331 („Ergänzende Projektion(en) (insbesondere des zentralen Abflussgebiets) im Anschluss an die Leistung nach

Nummer 5330, insgesamt“) gilt der gleiche Grundsatz. D. h., dass alle ergänzenden Projektionen nur einer Extremität insgesamt erfasst werden und bei 2 Extremitäten auch hier eine **2-fache Berechnung möglich** ist. Auch im Kommentar von „Hoffmann/Kleinken“ wird das Thema behandelt.

Kommentierung Hoffmann/Kleinken

„Dadurch, dass es in Nr. 5330 heißt ‚Venographie einer Extremität‘ ist die Venographie der zweiten Extremität nicht dieselbe Leistung, sondern eine neue Leistung. Zwar wird bei zwei Extremitäten-Venographien die Nummer, aber nicht die Leistung nach der Nummer zweimal abgerechnet. Der Plural in der Allgemeinen Bestimmung bezieht sich auf die nachfolgende Aufzählung. Ebenso trifft dies auf Nr. 5331 zu. In Bezug auf eine Venographie kann Nr. 5331 nur einmal je Sitzung berechnet werden. Wenn aber zwei Venographien zugrunde liegen, kann Nr. 5331 auch zweimal berechnet werden. Zu jeder der Untersuchungen entsteht die Leistung nach Nr. 5331 neu. Im Text der Nr. 5331 heißt es ausdrücklich im Anschluss an die Leistung, nicht die Leistungen. Das insgesamt am Schluss des Textes bezieht sich auf die Mehrzahl der Projektionen, nicht auf die der Leistungen.“

Eine wörtliche Auslegung der Allgemeinen Bestimmungen ist demnach nicht angezeigt. Interessant ist, dass in der Kommentierung „Brück“ im Hinblick auf Nr. 5331 GOÄ die auch für Nr. 5330 GOÄ eigentlich zutreffende Interpretation der Ausschlussbestimmungen richtig dargestellt wird: „Je **Sitzung und Extremität unabhängig** von der Anzahl der Projektionen nur einmal berechnungsfähig.“

GOÄ-Leserforum

Hirngefäße mit Nr. 5700 voll erfasst?

FRAGE | „Bei der MR-Darstellung der Hirngefäße ist meist die Darstellung des Aortenbogens (obere Thoraxapertur) notwendig. Von daher würden die Nrn. 5700 sowie 5715 GOÄ angesetzt, die dann den Höchstwert nach 5735 nach sich ziehen. Oder sind die Hirngefäße mit der Nr. 5700 bereits vollständig erfasst?“

ANTWORT | Wenn ein MRT Kopf/Hals gemacht wird, ist das die Nr. 5700 GOÄ. Nr. 5715 GOÄ kommt nur dazu, wenn über die mit Nr. 5700 erfassten Gefäße noch „Thorax“ gezielt untersucht wird. Falls der Aortenbogen bei der Untersuchung von Kopf/Hals „miterfasst“ wird und keine anderen Einstellungen erfuhr als Kopf/Hals, ist das keine gesondert berechenbare Leistung. Im Fall der eigenständigen Untersuchung greife dann Nr. 5735 GOÄ. Ggf. käme dann noch Nr. 5732 und/oder Nr. 5733 GOÄ hinzu, ggf. auch Nr. 5731.

Vertragsarztrecht

MRT bleibt Hoheitsgebiet der Radiologen

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat abschließend entschieden, dass eine Erbringung und Abrechnung von MRT-Leistungen für gesetzlich Versicherte durch Ärzte mit der Zusatzqualifikation „MRT-fachgebunden“ nicht möglich ist. Für Radiologen ist diese Entscheidung ein Erfolg, für andere Fachärzte mit der Zusatzqualifikation „MRT-fachgebunden“ hingegen eine Enttäuschung (Urteil vom 02.05.2018, Az. 1 BvR 3042/14).

von RA und FA für MedizinR
Dr. Thomas Willaschek und
Malin Mahner, wiss. Mitarbeiterin,
D+B Rechtsanwälte Partnerschaft mbB,
Berlin, www.db-law.de

BSG stärkt Position der Radiologen

Konkret beschäftigte sich das BVerfG mit der Verfassungsbeschwerde eines Kardiologen, der zuvor durch alle sozialgerichtlichen Instanzen gegangen war. In seinem Beschluss führt der Senat aus, eine Beschränkung der Erbringung und Abrechnung von MRT-Leistungen sei verfassungsmäßig. Damit ist zusätzlich qualifizierten Fachärzten die Möglichkeit der Abrechnung von MRT-Leistungen über die gesetzlichen Krankenkassen verwehrt, sodass allein eine Behandlung von Privatpatienten verbleibt.

MRT muss „Kerntätigkeit“ sein

Hintergrund dieser Entscheidung ist § 135 Abs. 2 S. 4 SGB V i. V. m. den konkretisierenden Normen § 4 Abs. 1 Nr. 2 Kernspintomographie-Vereinbarung (KernspinV) und § 3 Abs. 1 Nr. 1 der Qualitätsvereinbarung zur MR-Angiographie (MR-AngioV). Demnach können aus Gründen der „Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung“ medizinisch-technische Leistungen

– wie das MRT – nur von solchen Fachärzten erbracht werden, für die diese Leistungen „Kerntätigkeit“ sind.

Zusatzweiterbildung reicht nicht aus

Eine Abrechnungsgenehmigung für eine Behandlung mit dem MRT muss daher nur Fachärzten für Radiologie und Nuklearmedizin erteilt werden, nicht aber Kardiologen mit der entsprechenden Zusatzweiterbildung.

Der Fall

Der bundesweit bekannte Beschwerdeführer ist Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie und hatte eine Zusatzweiterbildung „MRT-fachgebunden“ absolviert. Im Zeitraum von Mai 2007 bis April 2009 erbrachte er mehrere MRT-Leistungen. Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Berlin verweigerte ihm jedoch die nach der KernspinV und der MR-AngioV erforderliche Genehmigung, die Vertragsärzte erst zur Ausführung und Abrechnung von MRT-Leistungen berechtigt.

Kardiologe: Kardio-MRT am besten durch Facharzt mit Spezialwissen

Der Kardiologe erhob Klage vor dem Sozialgericht (SG). Er argumentierte, zwar sei er mit der Zusatzqualifikation vom Wortlaut der Regelung nicht erfasst, jedoch sei

die KV dazu verpflichtet, die Vereinbarung erweiternd auszulegen. Auch den Ärzten mit der Zusatzqualifikation müsse die Genehmigung erteilt werden. Denn ein Kardio-MRT könne am besten durch den Facharzt mit dem entsprechenden Spezialwissen in Bezug auf das untersuchte Organ vorgenommen werden. Eine Gleichstellung mit den Radiologen sei notwendig. Das SG gab dem Kläger recht.

G-BA klammert Zusatzweiterbildung „MRT-fachgebunden“ aus

Das Landessozialgericht (LSG) hob die Entscheidung des SG auf und verneinte, wie auch das in der Revision angerufene BSG, eine Anwendung der Vorschrift. Nur die Radiologen, die in der KernspinV und der MR-AngioV genannt seien, dürften die MRT-Leistungen abrechnen. Es sei gerade kein Grund ersichtlich, die Anwendung der Normen auf Ärzte mit der Zusatzqualifikation zu erweitern. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) als Normgeber habe bewusst davon abgesehen, die Zusatzweiterbildung „MRT-fachgebunden“ für eine Genehmigung ausreichen zu lassen und ebenso bewusst die Radiologen und Nuklearmediziner abschließend aufgezählt.

Berufsfreiheit nicht eingeschränkt

Der Kläger berief sich auf seine Berufsfreiheit nach Art. 12 Grundgesetz (GG) und machte eine Ungleichbehandlung ggü. den Kollegen der Radiologie geltend. Doch LSG und BSG erteilten diesem Einwand eine klare Absage. Zwar sei der Kardiologe in seiner Berufsfreiheit eingeschränkt, jedoch sei diese nur am Rande betroffen. Auch müsse beachtet werden, dass

Zweck dieser Einschränkung die Sicherung der „Qualität und Wirtschaftlichkeit“ sei.

Nach der Gesetzesbegründung solle sichergestellt werden, dass sich eine Diagnoseentscheidung nicht an der Therapie orientiert. Gewollt sei eine Trennung zwischen Diagnose und Befundbewertung, die nur durch eine Arbeitsteilung zwischen Radiologen und anderen Fachärzten möglich sei. Beachtenswert ist auch das weitere Argument der Richter: Es bestehe sonst die Gefahr, dass die Inhaber der Zusatzqualifikation sich wechselseitig die Patienten für eine MRT-Untersuchung überwiesen.

Entscheidungsgründe

Das BVerfG bestätigte nun die Sozialrechtsprechung und beleuchtete die Entscheidung nochmals eingehend auf der Ebene der Grundrechte.

Radiologen und Zusatzqualifizierte Kardiologen kaum vergleichbar

Das BVerfG konzentrierte sich in seinem Beschluss insbesondere auf die Frage, ob die Radiologen überhaupt mit den Kardiologen, welche die Zusatzqualifikation „MRT-fachgebunden“ aufweisen, vergleichbar seien. Nur dann käme nämlich ein Verstoß gegen den Gleichheitssatz des Art. 3 GG in Betracht. Dies sei gerade nicht der Fall. Ein Vergleich der beiden Facharztbildungen der Arztgruppen zeige erhebliche Unterschiede. Allerdings würden sich Ärzte individuell fachlich weiterentwickeln, sodass sodann eine Vergleichbarkeit gegeben sein könnte. Der Erfahrungs- und Kenntnisstand des Arztes werde jedoch nur im Zeitpunkt des Abschlusses der Zusatzausbildung

testiert. Offen bleibe, wie sich die Kenntnisse des spezialisierten Arztes im Anschluss weiterentwickeln würden. Diese Ungewissheit stehe einer Vergleichbarkeit im Wege.

Mögliche Ungleichbehandlung wäre akzeptabel

Doch selbst, wenn man eine Vergleichbarkeit annähme – und dies betont das BVerfG – ,sei eine mögliche Ungleichbehandlung akzeptabel. Um diesen Ansatz zu stützen, greift es wieder die Argumentation von BSG und LSG auf: Der die Rechte des Kardiologen einschränkende § 135 Abs. 2 S. 4 SGB V diene der Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung. Das BVerfG bestätigt, dass es für die Qualitätssicherung erforderlich sei, bestimmte Leistungen auf eine Facharztgruppe zu konzentrieren. So seien die Radiologen eben für die MRT-Untersuchungen zuständig.

Radiologen können qualitative MRT-Durchführung gewährleisten

Weil die „bestmögliche“ Qualität im GKV-System gar nicht gewährleistet sein müsse, komme es letztlich auf eine im Einzelfall mögliche bessere Ausbildung eines Nichtradiologen nicht an. Zudem leide die Qualität der medizinischen Versorgung nicht unter dem Ausschluss der Ärzte mit Zusatzbezeichnung MRT-fachgebunden. Nach dem derzeitigen Stand könnten Radiologen eine qualitative Durchführung gewährleisten.

Gefahr wirtschaftlicher Fehlanreize durch Überweisungsvorbehalt

Der Beschwerdeführer hatte vorgebracht, ein Überweisungsvorbehalt sei ein milderer Mittel. Dem tritt das BVerfG (wie zuvor schon das LSG) entgegen. Es bestehe nämlich die Möglichkeit,

dass die Kardiologen „therapieorientiert“ handeln und öfter als notwendig eine Überweisung für das MRT ausstellen würden. Das BVerfG sieht hier die Gefahr „wirtschaftlicher Fehlanreize“. Die kosten-trächtige Gerätemedizin dürfe nur dann genutzt werden, wenn dies auch tatsächlich erforderlich sei. Der völlige Ausschluss von Nichtradiologen sei der einzige Weg, die Wirtschaftlichkeit zu sichern.

Im Ergebnis sieht das BVerfG in den sozialgerichtlichen Entscheidungen keine Grundrechtsverletzung des Kardiologen.

Ausblick

Allein der G-BA könnte nun das Regelwerk zugunsten der Nichtradiologen ändern. Zu erwarten steht das angesichts der Interessenlagen der dortigen „Bänke“ nicht. Es ist – zugunsten der Radiologen jedoch – nicht gewiss, ob der G-BA nach dieser klaren Stellungnahme des BVerfG hierzu noch einen Anreiz verspürt. Nicht nur für Kardiologen, sondern auch für andere Facharztgruppen, wie z. B. den Orthopäden, ist die Entscheidung daher von Bedeutung. Im Zweifel werden die Facharztgruppen mit der Zusatzqualifikation „MRT-fachgebunden“ nicht die Leistungen erbringen können.

Fazit

Es bleibt weiterhin exklusive Aufgabe der Radiologen, MRT-Leistungen im Bereich der GKV zu erbringen und abzurechnen.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- „BSG: Ausschluss der Kardiologen von der Abrechnung von MRT-Leistungen ist rechtens!“ in RWF Nr. 5/2014

Vergütung

Zeit ist Geld – Rechtliches zum Thema Ausfallgebühr

Immer mehr Praxen berichten darüber, dass Termine entweder gar nicht oder sehr kurzfristig abgesagt werden. Eine Ersatzbelegung ist dann nicht mehr möglich. Dabei scheinen die Patienten, die sich terminuntreu verhalten, gar kein Bewusstsein für das dahinterstehende Problem zu haben – den wirtschaftlichen Folgen für die Praxis.

von RAin, FA MedR Dr. Birgit
Schróder, Hamburg,
www.dr-schroeder.com

Einführung

Theoretisch sollte es selbstverständlich sein – eine Dienstleistung, die der Patient in Anspruch genommen hat, muss er auch bezahlen. Ein Termin, der nicht in Anspruch genommen wird, wird rechtzeitig abgesagt. Soweit die Theorie. Im Praxisalltag sieht es leider gänzlich anders aus. Immer mehr Praxen klagen nicht nur über eine sinkende Zahlungsmoral, sondern zunehmend auch über sinkende Termintreue. Was tun, um Patienten für das Thema zu sensibilisieren und ggf. auch zu „erziehen“? Mit Patienten ist es oftmals ein wenig wie mit Kindern – liebevolle Konsequenz führt zum Erfolg!

Bewusstsein der Patienten schärfen

Von allein wird sich – wie so oft – leider nichts bewegen. Wenn Erinnerungen und Ermahnungen nicht zum Erfolg führen, hilft nur der wirtschaftliche Druck – das Geld. Immer mehr Praxen sind deshalb dazu übergegangen, eine „Ausfallgebühr“ einzuführen. Diese Gebühr wird in der Regel dann eingefordert, wenn ein Termin nicht mindestens 24 Stunden vorher abgesagt wird.

Dahinter stehen 2 Gedanken – zum einen: Zeit ist Geld. Ein Termin kann in der Regel nicht kurzfristig neu vergeben werden. Zum anderen soll Patienten mit dieser „Drohung“ mehr Termintreue „anerzogen“ werden. Es soll das Bewusstsein vermittelt werden, dass es überhaupt ein Problem für die Praxis darstellt, dass Patienten sich nicht an ihre Termine halten. Es gibt immer wieder Patienten, denen das nicht bewusst oder auch vollkommen gleichgültig ist.

Es gibt aber auch Praxen, die ganz bewusst solche Gebühren nicht fordern, weil sie befürchten, (langjährige) Patienten damit zu verschrecken. Diese Befürchtung ist vollkommen nachvollziehbar, aber in den meisten Fällen nicht begründet. Im Gegenteil: In Kenntnis der möglichen finanziellen Folgen bemühen sich viele Patienten eher darum, Termine auch einzuhalten.

Kleine Patientengruppe bereitet Terminprobleme

Es geht ohnehin in den meisten Praxen nur um eine sehr kleine Gruppe von Patienten. Denn der Großteil kommt zu vereinbarten Terminen und meldet sich, wenn er verhindert ist. Aber eine kleine Gruppe ist hartnäckig und hält Termine entweder gar nicht ein oder

sagt so kurzfristig ab, dass kein Ersatzpatient mehr gefunden werden kann.

Vereinbarung ist erforderlich

Zwischen Patient und Arzt besteht ein Behandlungsvertrag im Sinne des § 630a BGB. Dieser bestimmt u. a.: Durch den Behandlungsvertrag wird derjenige, der die medizinische Behandlung eines Patienten zusagt (Behandelnder), zur Leistung der versprochenen Behandlung verpflichtet. Der andere Teil (Patient) ist zur Gewährung der vereinbarten Vergütung verpflichtet, soweit dies nicht durch einem Dritten zufällt.

Diesen Vertrag kann ein Patient grundsätzlich jederzeit kündigen. Dafür ist keine Schriftform erforderlich – es reicht sog. konkludentes Handeln. Das kann beispielsweise auch durch Nichterscheinen zum Termin zum Ausdruck gebracht werden.

Merke

Grundsätzlich kann kein Ausfallhonorar geltend gemacht werden – unabhängig davon, wie oft Termine verpasst wurden oder wie kurzfristig abgesagt wurde. Ein Ausfallhonorar/eine Ausfallgebühr setzt eine entsprechende Vereinbarung voraus. Ohne diese gehen die Praxen leer aus.

Voraussetzungen für eine Ausfallgebühr

Im Rahmen eines geschlossenen Arztvertrags befindet sich der Patient in einem Annahmeverzug, wenn er einen fest vereinbarten und für ihn freigehaltenen Termin nicht einhält. Ein finanzieller Anspruch setzt grundsätzlich voraus, dass

- bei einer gut organisierten Bestellpraxis ein fester Behandlungstermin mit dem Patienten vereinbart worden ist,
- darauf hingewiesen wurde, dass bei Nichterscheinen oder Unpünktlichkeit die reservierte Zeit in Rechnung gestellt wird und
- dem Behandler auch tatsächlich ein Schaden entstanden ist, also kein „Ersatzpatient“ behandelt werden konnte.

Unabhängig davon sind Fälle denkbar, in denen die Geltendmachung unbillig ist. Das kann der Fall sein, wenn ein Unfall Ursache dafür war, dass ein Termin nicht eingehalten werden konnte oder ein Todesfall in der Familie dazwischen kam. Von diesen sehr seltenen Ausnahmefällen abgesehen, besteht zunächst einmal grundsätzlich ein Anspruch. Zu beachten ist, dass sich diese Vereinbarungen immer an den verbraucherfreundlichen Regelungen des Rechts der Allgemeinen Geschäftsbedingungen und der Gebührenordnung für Ärzte messen lassen müssen.

Bemessung der Höhe

Die Höhe, die geltend gemacht wird, wird unterschiedlich berechnet: Einige Praxen setzen das entgangene Honorar abzüglich ersparter Aufwendungen an. Viele Praxen ziehen allerdings die Vereinbarung von Pauschalen vor. Diese orientieren sich an den durchschnittlichen Einnahmen während der Dauer des vereinbarten Termins. Wer das Ausfallhonorar auf der Basis des durchschnittlichen Kostenfaktors seiner Praxis berechnen möchte, sollte sich an seinen Steuerberater wenden. Im Streitfall muss die Praxis den entstandenen Schaden konkret

bezeichnen und beweisen. Da ersparte Aufwendungen anzurechnen sind, sollte die Pauschale nicht identisch mit den abzurechnenden Gebühren sein.

Wichtige Inhalte einer Vereinbarung

Eine Vereinbarung mit dem Patienten sollte folgende Punkte enthalten:

- Dem Patient sollte deutlich vermittelt werden, dass der Termin nur für ihn freigehalten wird.
- Erforderlich ist eine klare Regelung, bis wann (beispielsweise 24 Stunden vorher) und wie (per Telefon, Fax, E-Mail) eine Absage zu erfolgen hat.
- Die Höhe des Ausfallhonorars sollte klar festgelegt werden.
- Die Vereinbarung ist dem Patienten schriftlich zur Unterzeichnung vorzulegen.
- Zur Erinnerung sollte die Vereinbarung regelmäßig „erneuert“ werden, um nicht in Vergessenheit zu geraten.
- Ein Exemplar der Vereinbarung ist dem Patienten auszuhändigen.

Durchsetzung der Ansprüche

Wenn der Patient seinen Termin unentschuldigt versäumt hat, ist ihm zeitnah eine Rechnung zu übersenden. Zahlt er diese nicht und zeigt auch eine Mahnung keine Wirkung, ist zu überlegen, ob der Anspruch gerichtlich geltend gemacht werden soll.

In einem Zivilverfahren vor Gericht kann es zu einer mündlichen Verhandlung unter Ladung des Praxisinhabers mit Zeugenvernehmung der Mitarbeiter kommen. Wer diesen Weg nicht gehen möchte, sollte sich darüber im Klaren sein, dass Ausfallgebühren nur dann ihre

volle Wirkung zeigen können, wenn sie auch durchgesetzt werden. Ansonsten spricht es sich – gerade im ländlichen Bereich – schnell herum, dass es sich nur um einen zahnlosen Tiger handelt.

Fazit

Ein Ausfallhonorar setzt einen wirksamen **Behandlungsvertrag**, eine **Verantwortlichkeit** des Patienten und einen **Schaden** in Form eines Umsatzausfalls voraus. Die Rechtsprechung ist nicht einheitlich, aber es gibt vermehrt Urteile zugunsten der Praxen, bspw. Amtsgericht Bielefeld (Az. 411 C 3/17, Urteil vom 10.02.2017). Entschieden wurde, dass ein Patient wegen eines erst am gleichen Tag abgesagten Behandlungstermins ein Ausfallhonorar in Höhe von 375,02 Euro zahlen muss, da der Termin spätestens 48 Stunden vorher hätte abgesagt werden müssen.

Aber unabhängig davon gilt: Nur eine **Vereinbarung** über ein Ausfallhonorar **schaftt Verbindlichkeit**. Ohne eine solche besteht keine Möglichkeit, einen finanziellen Anspruch geltend zu machen. Kommt ein Patient, der bis dahin immer zuverlässig war, einmal nicht zum Termin, sollte überlegt werden, wie damit umgegangen wird. Es ist also Fingerspitzengefühl gefragt. Unabhängig davon, ob eine Ausnahmeentscheidung getroffen wird und im Einzelfall auf die Geltendmachung des Anspruchs verzichtet wird – mit einer Vereinbarung besteht wenigstens die Möglichkeit dazu.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- „Muster-Terminvereinbarung“ zum Download unter www.rwf-online.de

Leserforum

Gelten Oberärzte mit Leitungsfunktion oder Liquidationsrecht tarifrechtlich als Chefärzte?

FRAGE | „In unserer Abteilung haben einige Oberärzte eine Leitungsfunktion für bestimmte operative Teilbereiche, aber keine Entscheidungsbefugnis über Personal oder Investitionen. Sie sind also keine leitenden Angestellten. Gleichzeitig haben sie für ihre Teilbereiche eine Liquidationsberechtigung. Kürzlich wurde in unserem Haus die Zeiterfassung für ärztliche Mitarbeiter eingeführt. Dabei kam die Frage auf, ob die Oberärzte mit Leitungsfunktion tarifrechtlich als Chefärzte gelten und damit von den Regelungen des Arbeitszeitgesetzes ausgenommen sind.“

Bezeichnung	Aufgaben und Kompetenzen
Chefarzt (Klinikdirektor, Leitender Krankenhaus-/ Abteilungsarzt, Leitender Arzt)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Medizinisch verantwortlicher Leiter einer Krankenhausabteilung ■ Fachvorgesetzter des ärztlichen sowie nichtärztlichen Personals ■ Ärztliche Gesamtverantwortung für die Versorgung der Patienten ■ Weisungsunabhängig in Fragen der Diagnostik und Therapie ■ Vorgesetzter: Geschäftsführung des Krankenhauses (Vertreter des Arbeitgebers)
Ärztlicher Direktor	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fachbegriff für den (haupt- oder ehrenamtlichen) ärztlichen Leiter eines Krankenhauses ■ Kein einheitliches Aufgabenspektrum (variiert je nach Krankenhaus)
Leitender Oberarzt	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ständiger Vertreter des Chefarztes ■ Vertritt den Chefarzt in der Gesamtheit seiner Aufgaben, vor allem in dessen Abwesenheit
Oberarzt	<ul style="list-style-type: none"> ■ Medizinische Verantwortung für selbstständige Teil- oder Funktionsbereiche ■ Aufsichts- und Weisungsrecht gegenüber dem medizinischen Personal (darunter mindestens ein Facharzt der Entgeltgruppe II), letztverantwortlich ist der Chefarzt
Sektions-/Bereichs-/ Departementleiter	<ul style="list-style-type: none"> ■ Eigenverantwortliche fachliche Leitung eines bestimmten Bereichs in einer Abteilung ■ Bereichsleitung zusätzlich zu einem Oberarztvertrag oder außertariflich ■ Je nach vertraglicher Gestaltung Wahlarzt seines Verantwortungsbereichs ■ Kann liquidationsberechtigt sein oder an den Liquidationseinnahmen beteiligt werden

ANTWORT | Das Arbeitszeitgesetz gilt auch für Oberärzte mit Leitungsfunktion. Die Ausnahme vom Anwendungsbereich des Arbeitszeit-

gesetzes gilt nur für den Chefarzt als ärztlichem Leiter einer Krankenhausabteilung. Alle anderen Ärzte werden vom Arbeitszeitgesetz

erfasst – auch (außertariflich beschäftigte) Bereichsleiter oder (liquidationsberechtigte) Oberärzte. Für die Anwendbarkeit des Gesetzes kommt es nicht auf die Geltung eines Tarifvertrags oder die Einräumung des Liquidationsrechts an, sondern auf die Freiheit, die Arbeitszeit einzuteilen. Nur dem Chefarzt traut der Gesetzgeber zu, seine Arbeitszeit selbst so einteilen zu können, dass er keinen gesetzgeberischen Schutz benötigt. Ob diese Annahme des Gesetzgebers der Realität entspricht, ist durchaus zweifelhaft, denn auch der Chefarzt ist in die Organisation des Krankenhauses und der Patientenversorgung eingebunden.

(beantwortet von RA und FA ArbR und MedR Marc Rumpfenhorst, www.klostermann-rae.de)

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

Dr. phil. Stephan Voß (Chefredakteur), Dipl.-Vw. Bernd Kleinmanns (Redakteur, verantwortlich)

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 auszugswise 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.