

**EEP-Nachrichten 2/2009**  
**Aktuelle Informationen aus dem Medizinrecht**

Sehr geehrte Damen und Herren,

nur noch wenige Monate bis zur Bundestagswahl 2009 liegen vor uns. Es wird eifrig darüber spekuliert, welche „Farben“ die neue Regierungskoalition haben wird. So erhoffen sich nicht wenige einen grundlegenden Richtungswechsel in der Gesundheitspolitik. Vor diesen Erwartungen muss gewarnt werden, da ein solcher Wechsel wenig wahrscheinlich ist. Auch der Gesundheitsfonds wird wohl nicht zur Disposition gestellt werden können.

Vielmehr sollte das Augenmerk darauf gerichtet werden, die Optionen, die durch die letzten Reformen geschaffen wurden, auszuschöpfen. Unser System steht im internationalen Vergleich sehr gut da. Dies gilt im Hinblick auf die Struktur, die Abläufe, die Prozess-, Struktur-, und Ergebnisqualität. Nicht so gut hingegen stehen wir mit den „Outcomes“ im Vergleich zu den Ausgaben dar. Aber: Wenn man die Versorgungssysteme anderer Länder analysiert, wird einem bewusst, welche ausgezeichnete Versorgung in Deutschland gewährleistet wird. Man sollte also nicht alles „schlecht reden“, sondern vielmehr im Dialog die Probleme lösen. Nicht Revolution, sondern Evolution des bestehenden Systems ist angezeigt.

Mit freundlichen Grüßen

**EHLERS, EHLERS & PARTNER**  
**RECHTSANWALTSSOCIETÄT**

Bei Rückfragen:

[newsletter@eep-law.de](mailto:newsletter@eep-law.de)

[www.eep-law.de](http://www.eep-law.de)

## Beiträge

### Roadshow und Informationsmanagement im Vorfeld von Erstattungsentscheidungen bei Arzneimitteln und Medizinprodukten

Wenige Gesundheitssysteme sind trotz hervorragender Güte so komplex und kompliziert geregelt wie das deutsche. Dies gilt insbesondere mit Blick auf die Erstattung von Arzneimitteln und Medizinprodukten. Diese Regelungsdichte ist auch dadurch entstanden, dass mit der Zulassung eines Arzneimittels die GKV zunächst die Verordnung zu erstatten hätte.

Um ein Ausufern der Arzneimittel- und Medizinprodukteversorgung zu verhindern, hat der Gesetzgeber im Laufe der Jahrzehnte ein umfangreiches Regelungsinstrumentarium in Kraft gesetzt. Hierzu gehören nicht nur IQWiG und Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), der mit seinen Entscheidungen die Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebots vornimmt.

Besonders eine neuere Entscheidung zur Aufsichtsbefugnis des Bundesgesundheitsministeriums über Entscheidungen des G-BA hat die Macht des G-BA im Sinne des „kleinen Gesetzgebers“ gestärkt.

Da die überwiegende Zahl der Patienten gesetzlich krankenversichert ist, sind Entscheidungen des G-BA von essentieller Bedeutung für den Markterfolg von Produkten.

Das Zuwarten auf eine Entscheidung des G-BA, um bei negativer Entscheidung gerichtliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, ist fatal und führt auf Grund der langen Verfahrensdauer bei den Sozialgerichten nur selten zum Markterfolg.

Daher ist es entscheidend, dass betroffene Unternehmen im Vorfeld etwaiger Entscheidungen mit Auswirkung auf die Erstattungsfähigkeit ihrer Produkte ein aktives Informationsmanagement betreiben. Hierzu gehört nicht nur die im Verfahren beim IQWiG oder G-BA vorgesehene Möglichkeit einer offiziellen Stellungnahme, sondern auch der informelle Weg eines Dialogs. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass spätere Entscheidungen in adäquater Weise die Interessen aller Betroffenen abbilden.

Bei Rückfragen: [a.ehlers@eep-law.de](mailto:a.ehlers@eep-law.de)

### Abrechnung durch gewerbliche oder privatärztliche Abrechnungsstellen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung in Frage gestellt

Nach einem Urteil des Bundessozialgerichts vom 10.12.2008, B 6 KA 37/07 R, ist die Weitergabe von Sozialdaten an gewerbliche oder privatärztliche Abrechnungsstellen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gesetzeswidrig.

Die Erstellung einer Abrechnung für vertragsärztliche Leistungen über eine private Abrechnungsstelle darf daher grundsätzlich nicht erfolgen. Dem Urteil des Bundessozialgerichts lag folgender Sachverhalt zugrunde:

Durch ein Krankenhaus in Nordrhein-Westfalen wurden Notfallbehandlungen von GKV-Versicherten vorgenommen. Die Klinik hatte die entsprechenden Daten der Notfall-Patienten und der für sie erbrachten Leistungen einer externen Abrechnungsstelle zur Abrechnungserstellung übermittelt. Vorgelegt wurden jeweils auch schriftliche Einwilligungen der Patienten zur Weitergabe ihrer Daten. Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein lehnte die Annahme dieser Abrechnung ab.

Die Richter gaben der Kassenärztlichen Vereinigung Recht und führen in der Begründung aus, dass diese gemäß § 106a Abs. 1 i.V.m. Abs. 2 S. 1 Halbs. 1 SGB V gesetzlich berechtigt und verpflichtet sei, die Rechtmäßigkeit der Abrechnungen in der vertragsärztlichen Versorgung zu prüfen sowie die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte festzustellen.

Gegenstand dieses Berichtigungsverfahrens war die Überprüfung der Abrechnung des Vertragsarztes oder des Krankenhauses auf ihre Übereinstimmung mit den gesetzlichen vertraglichen oder satzungsrechtlichen Vorschriften des Vertragsarztrechts. Zu den Vorschriften des Vertragsarztrechts, die Gegenstand einer Prüfung nach § 106a SGB V sind, gehören auch die bereichsspezifischen Vorschriften zur Datenerhebung, -verarbeitung, -nutzung im Rahmen der vertragsärztlichen Abrechnung.

Die Richter führen im Urteil aus, den Leistungserbringern würden durch das für sie maßgebliche Recht ausdrücklich oder inzident bestimmte Abrechnungswege vorgegeben. Die Abrechnung über gewerbliche oder privatärztliche Abrechnungszentren ist in den Gesetzen grundsätzlich nicht vorgesehen. Damit sollen die hochsensiblen Patientendaten geschützt werden. Hiervon würden nur in wenigen, gesetzlich ausdrücklich normierten Fällen Ausnahmen zugelassen. So etwa für Apotheken und nach den für sonstige Leistungserbringer sowie für Hebammen und Entbindungspfleger geltenden Sonderregelungen, welche die hier genannten Leistungserbringer ermächtigen, zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen externe Rechnungszentren unter Beachtung weitreichender datenschutzrechtlicher Vorgaben und nach Informationen der Aufsichtsbehörde zu beauftragen. Ob die Weitergabe von Patientendaten im Rahmen von besonderen Versorgungsformen, wie u.a. der hausärztlichen Versorgung, einer besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung oder bei integrierten Versorgungsformen zu beachten ist, wurde nicht entschieden. Das Gericht führte hierzu jedoch aus, es liege allerdings wegen des Fehlens spezifischer Datenschutzregelungen in diesen Vorschriften über besondere Versorgungsformen nahe, dass auch insofern die Beauftragung einer Abrechnungsstelle nicht zulässig sei, da dieselben Grundsätze wie im konkreten Streitfall maßgeblich seien. Offensichtlich wurde hier eine Regelungslücke aufgetan. Denn die meisten Verträge über besondere Versorgungsformen sind auf eine Zusammenarbeit mit externen gewerblich bzw. genossenschaftlich organisierten Abrechnungsfirmen ausgerichtet.

Bei Rückfragen: [m.arndt@eep-law.de](mailto:m.arndt@eep-law.de)

## **Chefarztvertrag und neue gesundheitspolitische Rahmenbedingungen**

Einfach ausgedrückt regelt der Chefarztvertrag die rechtlichen Beziehungen zwischen dem endverantwortlich tätigen leitenden Krankenhausarzt und dem Krankenhausträger. Selbstverständlich steht der Chefarztvertrag aber im Kontext der gesamten gesundheitsrechtlichen Rahmenbedingungen und sollte daher heutzutage auch Fragen regeln, die noch vor kurzer Zeit gar nicht oder aber nunmehr gesteigert von Bedeutung waren bzw. sind. Die Gesundheitsreformen der letzten Jahre sind insbesondere geprägt von der Einführung bzw. Intensivierung selektiver Verträge und der Verflechtung von Leistungssektoren. An dieser Stelle angeführt seien nur die Möglichkeit des Abschlusses von Verträgen zur integrierten Versorgung (§§ 140 a ff SGB V), die ambulante Behandlung im Krankenhaus (geregelt für zwei Fallkonstellationen in § 116 b Absatz 1 und 2 SGB V) und die Option für Krankenhausträger, medizinische Versorgungszentren zu betreiben. Die letztgenannte Regelung eröffnet zu dem Gestaltungsmöglichkeiten im Zusammenhang mit Neuerungen im Bereich der Ärzte-Zulassungsverordnung: Niedergelassene Ärzte dürfen im Krankenhaus arbeiten oder mit diesem zusammen und das Ganze „in Teilzeit“ im niedergelassenen Bereich (vgl. §§ 20 Absatz 1 Satz 2, 19 a Absatz 2 Satz 1 Ärzte-Zulassungsverordnung). Positiv betrachtet ergeben sich durch den Abschluss von Verträgen gerade unter Einbeziehung von mehreren Leistungsträgern und der Aufweichung der Sektorengrenzen neue bzw. anders strukturierte Versorgungsformen und Einnahmeoptionen. Diese gilt es im Interesse einer effektiven und reibungslosen Zusammenarbeit auch im Chefarztvertrag zu regeln. Beispielhaft angeführt sei nur die Frage, ob und zu welchen Konditionen Chefärzte in medizinischen Versorgungszentren arbeiten. Wir beraten Sie gern.

Bei Rückfragen: [h.bitter@eep-law.de](mailto:h.bitter@eep-law.de)

## **Gemeinsamer Bundesausschuss konkretisiert Zweitmeinungsverfahren**

Der Gesetzgeber hat mit dem § 73d SGB V das Instrument zur "Verordnung besonderer Arzneimittel", auch Zweitmeinungsverfahren genannt, eingeführt. Nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das Nähere zu Wirkstoffen, Anwendungsgebieten, Patientengruppen, zur qualitätsgesicherten Anwendung und zu den Anforderungen an die Qualifikation der Ärzte für besondere Arzneimitteltherapie für die jeweiligen Arzneimittel festzulegen. Ferner hat der G-BA das Nähere zur Abstimmung des behandelnden Arztes mit einem Arzt für die besondere Arzneimitteltherapie festzulegen. In einem erneuten Beschluss hierzu hat der G-BA am 19.03.09 die Einfügung des Abschnittes Q in die AM-Richtlinie beschlossen. In diesem wird festgelegt, was unter besonderen Arzneimitteln zu verstehen ist, welche Voraussetzungen für deren Verordnung gelten, die Verfahrensvoraussetzungen sowie welche Qualifikationsvoraussetzungen Ärzte erfüllen müssen. Dieser Beschluss trat am 01.04.09 in Kraft. Nachdem der G-BA nunmehr seinem gesetzlichen Auftrag zur Konkretisierung des Zweitmeinungsverfahrens nachgekommen ist, bleibt mit Interesse zu beobachten, wie sich dieses Verfahren in der Praxis durchsetzt. Insbesondere könnte das Verfahren einen indirekten Einfluss auf die an sich unabhängige Preisgestaltung der pharmazeutischen Hersteller ausüben, da durch das Zweitmeinungsverfahren auch Arzneimittel mit hohen Jahrestherapiekosten betroffen sein können.

Bei Rückfragen: [c.willhoeft@eep-law.de](mailto:c.willhoeft@eep-law.de)

## **AOK als Sieger in der Rabattschlacht**

Nach langem und aufwendigem Rechtsstreit ist die größte Krankenkasse Deutschlands am Ziel angekommen. Die AOK hat über 63 verschiedene Wirkstoffe in 315 Einzelverträgen an 22 Bieter und Bietergemeinschaften erteilt. Die von der Kasse geschlossenen Arzneimittelverträge haben eine Laufzeit von zwei Jahren und gelten ab dem 1. Juni diesen Jahres. Auswirkungen haben diese Verträge vor allem auf die Versicherten. Diese erhalten in den Apotheken nur noch das Arzneimittel desjenigen Herstellers, mit dem die Krankenkasse einen Rabattvertrag geschlossen hat. Die Apotheken haben auch keinen diesbezüglichen Spielraum, sie sind seit der Gesundheitsreform 2007 zu dieser bestimmten Abgabe verpflichtet. Ob die für die AOK durchweg positive Entwicklung auch den Patienten ausschließlich nutzt, bleibt abzuwarten. Die bei der AOK Versicherten können sich nach Angaben der AOK zwar auf die zuverlässige Bereitstellung von den Rabattarzneimitteln verlassen, Einfluss auf die Compliance und damit auf die Arzneimittelsicherheit kann die Krankenkasse freilich nicht nehmen.

Bei Rückfragen: [a.heinemann@eep-law.de](mailto:a.heinemann@eep-law.de)

## **Nachträgliche Modifikationen an den RLV sollen Honorare kalkulierbarer machen**

KBV und GKV-Spitzenverband wollen die Konstruktionsmängel der Regelleistungsvolumina mit Wirkung zum 1. Juli korrigieren. Bestimmte Leistungen sollen dabei aus den RLV herausgenommen und separat vergütet werden. Eine der häufigsten Klagen von Vertragsärzten ist, dass die ihnen zugewiesenen Regelleistungsvolumina bei weitem nicht ausreichen, um das tatsächliche Leistungsspektrum zu honorieren. Dies gilt vor allem dann, wenn die von den Leistungserbringern erbrachten Leistungen nicht als freie Leistungen, sprich außerhalb der RLV, vergütet werden.

Die KBV hat deshalb Korrekturmöglichkeiten erarbeitet, die in die Beratungen des Bewertungsausschusses eingebracht werden sollen und teilweise auch schon eingebracht worden sind. Generell gehört dazu die Option, die Regelleistungsvolumen selbst zu erhöhen. Dies hätte allerdings zur Folge, dass weniger Mittel für Leistungen zur Verfügung stehen, die außerhalb der Regelleistungsvolumina vergütet werden. Bei der KBV wird deshalb erwogen,

für diese, derzeit unbegrenzt zu vergütenden Leistungen eine Mengensteuerung zu implementieren.

Dazu müssten entsprechende Begrenzungsinstrumente vereinbart werden. Neben der Erhöhung der Regelleistungsvolumina wird die Möglichkeit beraten, bestimmte Leistungen aus den RLV herauszunehmen und sie gesondert zu vergüten. Allerdings soll auch dies wieder mit einer Mengensteuerung verbunden werden, um beim System fester Euro-Preise bleiben zu können. Essenziell für den GKV-Spitzenverband sei aber, dass das Honorarvolumen insgesamt nicht erhöht werde. Nach aktuellen Berechnungen liege die Gesamtvergütung um 3,5 bis 3,9 Milliarden Euro über dem Wert von 2007. Der derzeitige Orientierungspunktwert von 3,5 Cent führe für Leistungen, deren Bewertungen im EBM 2009 nicht angehoben worden seien, zu einer Unterdeckung der Praxiskosten von derzeit 31,5 Prozent, so die Aussage der KBV. Grund sei die Differenz zum kalkulatorischen EBM-Punktwert von 5,11 Cent, mit dem auch die Praxiskosten bewertet würden. Den Effekt der unterschiedlichen Punktweite beziffert die KBV auf rund zehn Milliarden Euro. Eine sofortige Angleichung beider Punktweite wird dabei jedoch als nicht für realistisch gehalten, auch nicht in der Höhe. Die KBV will auf der nächsten Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses aber eine grundsätzliche Einigung darüber erzielen.

Bei Rückfragen: [t.ebermann@eep-law.de](mailto:t.ebermann@eep-law.de)

## Neue Entwicklungen im Bereich der Arztbewertungsportale

Das Hanseatische Oberlandesgericht hat in seiner Entscheidung vom 04.02.2009 (Az.: 5 U 180/07) die Überwachungspflicht des Betreibers eines Internetportals für die eingestellten Inhalte eingeschränkt. Dieses Urteil ist insbesondere auch für die zunehmend an Bedeutung gewinnenden Arztbewertungsportale von Bedeutung. Nach dem Urteil des Hanseatischen Oberlandesgerichts haftet der Betreiber einer Internetplattform dann nicht auf Schadensersatz auf Grund rechtsverletzender fremder Inhalte, wenn es sich um eine erstmalige Rechtsverletzung handelt und der Betreiber erst später davon Kenntnis erlangt. Der Betreiber hat insbesondere auch keine vorbeugende Überwachungspflicht hinsichtlich der eingestellten fremden Inhalte. Durch dieses Urteil sind die Handlungsspielräume bei dem Betrieb von Internetplattformen ausgeweitet worden und Internetpräsentationen gewinnen im Gesundheitswesen weiter an Bedeutung.

Bei Rückfragen: [p.truemper@eep-law.de](mailto:p.truemper@eep-law.de)

## EuGH bestätigt Fremd- und Mehrbesitzverbot

Der Europäische Gerichtshof hat am 19.05.2009 das im deutschen Apothekengesetz verankerte Fremd- und Mehrbesitzverbot bestätigt. Damit folgte der Gerichtshof dem Schlussantrag des Generalanwaltes Yves Bot vom 16.12.2008. Der Gerichtshof führt aus, dass es in den Kompetenzbereich der Mitgliedsstaaten fällt, die Gesundheitsversorgung und die Gesundheitssysteme zu ordnen. In diesem Bereich gibt es keine europäische Harmonisierung. Die Mitgliedsstaaten haben einen Ermessungsspielraum, wie sie die Sicherheit der Arzneimittelversorgung regulieren. Der dem deutschen Apothekenrecht zugrunde liegenden Wertentscheidung, dass die Eigentümerstellung Garant einer qualitativ hochwertigen und sicheren Arzneimittelversorgung ist, wird Vorrang eingeräumt vor der Niederlassungsfreiheit. Dieses Urteil steht im Gegensatz zu der weitgreifenden Liberalisierung im Gesundheitswesen und insbesondere der der Arzneimitteldistribution. Es bleibt in diesem Zusammenhang abzuwarten, ob der deutsche Gesetzgeber durch eine Novellierung des Apothekengesetzes und des Arzneimittelgesetzes das deutsche Fremd- und Mehrbesitzverbot aufhebt und eine Regelung wie in anderen europäischen Ländern, beispielsweise Großbritannien, einführt.

Bei Rückfragen: [c.rybak@eep-law.de](mailto:c.rybak@eep-law.de)

## System im Wandel: Chancen der Gesundheitsreform nutzen!

Nach wie vor steht das deutsche Gesundheitssystem in einem tiefgreifenden und nachhaltigen Wandel. Neue Akteure haben den Markt betreten, alte Strukturen werden zunehmend kritisch hinterfragt. Einhergehend mit dem erheblichen ökonomischen Druck sind alle Anbieter immer wieder aufs Neue gefragt, Strukturen und Prozesse auf ihre Geeignetheit hin zu überprüfen, zu bewerten, zu optimieren und nach Alternativen zu suchen. Denn gerade die Schaffung von effizienten Strukturen ist Grundvoraussetzung einer erfolgreichen Zukunft. Um diese allerdings nachhaltig sicherstellen zu können, bedarf es professioneller und innovativer Managementprozesse, kombiniert mit fundierter juristischer Beratung. Gerade der erhebliche ökonomische Druck ist es nämlich, der zu verstärkten Kooperationszwängen und Tendenzen sowohl intra- als auch interdisziplinär führt. Allerdings darf auch nicht übersehen werden, dass die bestehenden Zwänge immer auch erhebliche Chancen beinhalten. Dies zeigt sich beispielsweise an der zunehmenden Zahl von Medizinischen Versorgungszentren, die immer mehr auch in überörtliche Strukturen eingebunden werden und somit in der Lage sind, erhebliche Größenvorteile zu realisieren. Vieles ist hier allerdings noch mit Unsicherheiten belastet und so wird nicht selten eine kontroverse juristische Diskussion in den verschiedensten Bereichen geführt. So hatte etwa in der jüngeren Vergangenheit das Landesarbeitsgericht Baden-Württemberg zu entscheiden, ob bei Übertragung der Praxisorganisation auf einen Dienstleister durch einen Praxismanagementvertrag ein Gemeinschaftsbetrieb entstehen kann mit der Folge, dass die Mitarbeiter des Dienstleisters bei der Zählung der in der Praxis Beschäftigten mit zu berücksichtigen sind und somit die Bestimmungen des Kündigungsschutzgesetzes anwendbar sein könnten. Zwar hat das LAG dies in der Sache verneint, eine abschließende Entscheidung des Bundesarbeitsgerichts steht allerdings noch aus. Schon dieses Beispiel zeigt, wie komplex die Entscheidung für oder gegen eine Umstrukturierung oder Expansion eines Unternehmens sein kann – sei es auch noch so klein. In jedem Falle aber sollten vor dem Hintergrund der derzeit zu beobachtenden Veränderungen Chancen und Risiken sorgfältig bewertet und bestehende Möglichkeiten genutzt werden. Dies gilt für alle im Gesundheitswesen tätigen Leistungsanbieter gleichermaßen. Wir beraten Sie gern! Bei Rückfragen: [c.rybak@eep-law.de](mailto:c.rybak@eep-law.de)

## Ende der Verfahrensherrschaft des Praxisabgebers bei ungewünschter Nachbesetzung

Der bisher häufig praktizierten Verfahrensweise von Zulassungsgremien, welche dem Praxisabgeber zubilligte, seinen Antrag auf Ausschreibung seines Vertragsarztsitzes jederzeit, das heißt auch dann zurück zu nehmen, wenn nicht der Wunschkandidat nachbesetzt wurde, ist im KV-Bezirk Berlin nunmehr ein Ende gesetzt worden. Mit Beschluss vom 14.10.2008 (Aktenzeichen S 83 KA 543/ 08 ER) hat das Sozialgericht Berlin entschieden, dass die Antragsrücknahme nach bereits abgeschlossenem Nachbesetzungsverfahren mit dem geltenden Verwaltungsverfahrenrecht nicht vereinbar ist. Der Entscheidung lag ein Antrag zugrunde, den Zulassungsausschuss per Einstweiliger Anordnung anzuweisen, den bereits nachbesetzten Vertragsarztsitz erneut auszuschreiben. Gemäß § 103 Abs. 4 Satz 1 SGB V haben die Kassenärztlichen Vereinigungen bei Tod, Entziehung, Verzicht oder Erreichen der Altersgrenze den frei werdenden Vertragsarztsitz auf Antrag des Vertragsarztes auszuschreiben und eine Bewerberliste zu führen. Grundsätzlich kann ein Verwaltungsverfahren wie das Nachbesetzungsverfahren gemäß § 18 Nr. 2 SGB X mit der Rücknahme des gestellten Antrags durch den Antragsteller beendet werden. Diese Vorschrift erlaubte es dem Vertragsarzt in der Vergangenheit, den Antrag auf Ausschreibung des Vertragsarztsitzes auch dann zurückzunehmen, wenn nicht der Wunschkandidat nachbesetzt wurde. Das Verfahren der Ausschreibung und Bewerberauswahl konnte von neuem durchgeführt werden. Für das

Nachbesetzungsverfahren für Vertragsarztsitze gemäß § 103 Abs. 4 SGB V wurde diese Verfahrensmacht des Vertragsarztes nun dahingehend eingeschränkt, dass die Antragsrücknahme längstens bis zur Entscheidung des Zulassungsausschusses möglich ist. Das Gericht begründete die Entscheidung damit, dass das Nachbesetzungsverfahren dadurch gekennzeichnet sei, dass nicht lediglich ein zweiseitiges Rechtsverhältnis zwischen dem den Vertragsarztsitz aufgebenden Vertragsarzt und dem Zulassungsgremium bestünde, sondern es sich um ein dreiseitiges Rechtsverhältnis handle, welches auch dem Bewerber um den Arztsitz eigene Rechte verschafft. Die Verfügungsgewalt des Vertragsarztes über das Verfahren und insbesondere dessen Beendigung sei daher zu begrenzen. Dies gelte insbesondere im Hinblick auf die Auswahl des Nachfolgers unter den Bewerbern, die den Zulassungsgremien und nicht dem Vertragsarzt obliegt. Bislang wurde durch die Rücknahme des Antrags auf Ausschreibung das gesetzlich vorgesehene ordentliche Rechtsmittelverfahren (Widerspruch und Klage) gegen die Entscheidung des Zulassungsausschusses umgangen. Angesichts der weit reichenden wirtschaftlichen Folgen für den Praxisabgeber, wenn der „falsche“ Bewerber auf den Vertragsarztsitz nachbesetzt wurde, sollte möglichst frühzeitig kompetente Rechtsberatung aufgesucht werden.

Bei Rückfragen: [a.luxenburger@eep-law.de](mailto:a.luxenburger@eep-law.de)

## **Haftungsausschlüsse des Krankenhausträgers im Rahmen totaler Krankenhausaufnahmeverträge mit Arztzusatzvertrag**

Der Beitrag befasst sich mit der Frage, welche Möglichkeiten einem Krankenhausträger zur Verfügung stehen, seine Haftung für Behandlungsfehler der Ärzte der Wahlarztkette vertraglich auszuschließen.

Der Patient schließt mit dem Klinikträger zunächst einen sog. totalen Krankenhausaufnahmevertrag (1) bezüglich der allgemeinen Krankenhausleistungen. Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören alle für die stationäre Behandlung erforderlichen Leistungen einschließlich der ärztlichen Versorgung. Da das gesetzliche Vergütungssystem mit den Entgelten für die stationäre Behandlung abschließend ist, wird dem Patienten die Möglichkeit eröffnet, sog. Wahlleistungen in Anspruch zu nehmen, für die er privat aufkommen muss. Dazu gehört beispielsweise die Vereinbarung einer privatärztlichen Behandlung durch Ärzte der Wahlarztkette. Dafür schließt der Patient zunächst mit dem Krankenhausträger eine schriftliche Wahlleistungsvereinbarung (2) und zusätzlich einen Vertrag über die Wahlleistung mit den Ärzten der Wahlarztkette (3).

Nach der Rechtsprechung kann der Klinikträger seine Haftung für die Ärzte der Wahlarztkette durch eine entsprechende Klausel in der Wahlleistungsvereinbarung (2) ausschließen. Der Patient muss jedoch deutlich darauf hingewiesen werden, welche Nachteile diese Klausel für ihn hat. Für den Patienten stellen sich die liquidationsberechtigten Ärzte nicht als selbständig praktizierende Ärzte dar, sondern als besonders qualifizierte Ärzte des Krankenhauses. Nach seiner Auffassung kauft er sich eine besondere medizinische Leistung hinzu und zahlt dafür ein höheres Entgelt. Die Konsequenzen auf der Haftungsebene erschließen sich ihm dabei nicht. Denn er entlässt den Klinikträger als potentiellen Haftungsschuldner für Fehler der Wahlarztkette aus der Haftung.

Die Ausschlussklausel muss also so deutlich auf die Abweichungen hinweisen, dass ein durchschnittlicher Vertragspartner sie regelmäßig zur Kenntnis nehmen wird. Das Oberlandesgericht München stellte mit Urteil vom 12.03.2009 (Aktenzeichen: 1 U 2709/07) fest, dass die folgende Klausel diese Anforderungen nicht erfüllt und somit unwirksam ist:

„Bei Inanspruchnahme von privatärztlicher Behandlung ist der Freistaat Bayern als Träger des Klinikums lediglich Vertragspartner für die Unterbringung, Verpflegung und pflegerische Betreuung. Vertragspartner für ärztliche Leistungen sind nur die liquidationsberechtigten Ärzte. Der Freistaat Bayern haftet daher nicht für Fehler des privatliquidierenden Arztes (weder vertraglich noch deliktisch). Für Fehler der von diesem persönlich geschuldeten ärztlichen Leistungen haftet allein der liquidationsberechtigte Arzt. Dies gilt auch für Hilfspersonen, denen er sich zur Erfüllung seiner persönlich geschuldeten ärztlichen Leistungen bedient.“

Bei Rückfragen: [a.cimmino@eep-law.de](mailto:a.cimmino@eep-law.de)

**Ein Service der  
EHLERS, EHLERS & PARTNER  
RECHTSANWALTSSOCIETÄT**

Bei Rückfragen:

[newsletter@eep-law.de](mailto:newsletter@eep-law.de)

[www.eep-law.de](http://www.eep-law.de)

Prof. Dr. iur. Dr. med. Alexander P. F. Ehlers	0 89 / 21 09 69-12
Karin Gräfin von Strachwitz-Helmstatt	0 89 / 21 09 69-34
Dr. iur. Isabel Häser	0 89 / 21 09 69-18
Dr. iur. Melanie Arndt	0 30 / 88 71 26-0
Dr. iur. Horst Bitter	0 89 / 21 09 69-13
Dr. iur. Cord Willhöft, LL.M. (KCL)	0 89 / 21 09 69-45
Antje-Katrin Heinemann	0 89 / 21 09 69-70
Thorsten Ebermann	0 89 / 21 09 69-25
Philipp Trümper, LL. M.	0 89 / 21 09 69-80
Dr. iur. Christian Rybak	0 89 / 21 09 69-48
Anke Luxenburger	0 30 / 88 71 26-0
Carsten Gundel-Arndt	030 / 88 71 26-50
Adriano Cimmino	089 / 21 09 69-26

## **Disclaimer**

Die Rechtsanwaltsocietät Ehlers, Ehlers & Partner übernimmt für die Vollständigkeit und die Richtigkeit des Inhaltes dieser Nachrichten keinerlei Haftung. Die in diesen Nachrichten enthaltenen Inhalte sind ausschließlich zur Information bestimmt. Der Inhalt dieser Seiten ist urheberrechtlich geschützt. Die Nachrichten sind nur für die persönliche Information bestimmt. Die Rechtsanwaltsocietät Ehlers, Ehlers & Partner haftet nicht für Schäden, die aufgrund von Handlungen die ausgehend von den auf dieser oder einer der nachfolgenden Seiten enthaltenen Informationen durchgeführt werden.

Die entsprechenden berufsrechtlichen Vorschriften (BRAO, BORA, FAO, und BRAGO) finden Sie unter der Rubrik (Angaben gemäß § 6 TDG) auf der Homepage der Bundesrechtsanwaltskammer unter [www.brak.de](http://www.brak.de). Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir für die Inhalte externer Links keine Haftung. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich. Verantwortlich für den Inhalt:

**EHLERS, EHLERS & PARTNER  
RECHTSANWALTSSOCIETÄT**

Widenmayerstraße 29

80538 München