

Persönliche Leistungserbringung im Krankenhaus

Das Thema der persönlichen Leistungserbringung befindet sich stets im Fokus der öffentlichen Diskussion. Angesichts der vielfältigen Formen der Leistungserbringung im Krankenhaus weist es unterschiedliche Facetten auf und berührt zahlreiche Rechtsbereiche. Während im Regelfall der stationären Behandlung das gesamte Personal des Krankenhauses zur Erfüllung der Verpflichtungen aus dem Behandlungsvertrag herangezogen werden kann und eine Behandlung nach dem Facharztstandard geschuldet wird, erfordert beispielsweise die Erfüllung einer Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen schon nach dem Gebührenrecht grundsätzlich das persönliche Tätigwerden eines bestimmten Arztes. Werden jedoch im Krankenhaus vertragsärztliche Leistungen durch ermächtigte Krankenhausärzte erbracht oder nimmt das Krankenhaus mit der Erbringung ambulanter Leistungen als Institution an der vertragsärztlichen Versorgung teil, sind vertragsarztrechtliche Grundsätze zur persönlichen Leistungserbringung in unterschiedlichem Maße zu berücksichtigen. Die nachstehenden Hinweise wurden erstmals im März 2013 vom Fachausschuss „Recht und Verträge“ der DKG beschlossen und wurden nunmehr an die zwischenzeitlichen Rechtsentwicklungen angepasst. Sie fassen die im Einzelnen zu beachtenden Vorgaben zur persönlichen Leistungserbringung zusammen. Sie geben überdies einen Überblick darüber, ob und in welchem Umfang Leistungen trotz der Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung auf anderes Personal übertragen werden können und welche rechtlichen Anforderungen dabei zu beachten sind.

I. Grundsätzliches

Im Regelfall der stationären Krankenhausbehandlung wird zwischen dem Krankenhausträger und dem Patienten ein **totaler Krankenhausbehandlungsvertrag**¹ nach § 630a BGB geschlossen, in dem sich der Krankenhausträger zur Erbringung der gesamten Krankenhausbehandlung verpflichtet. Zur Erfüllung dieser Verpflichtung kann

¹ In Abgrenzung dazu kommt insbesondere in der belegärztlichen Versorgung ein sog. **gespaltener Krankenhausbehandlungsvertrag** zustande, kraft dessen zwischen dem Belegarzt und dem Patienten ein Behandlungsvertrag über die ärztlichen Leistungen und zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten ein Vertrag über die restlichen Leistungen (Unterkunft, Pflege und Verpflegung) geschlossen wird.

er sich grundsätzlich seines gesamten Personals bedienen.² Der Patient hat demzufolge keinen Anspruch darauf, von einem bestimmten Arzt des Krankenhauses behandelt zu werden. Stattdessen wird die Behandlung von dem Arzt übernommen, der nach dem internen Dienstplan des Krankenhauses hierfür jeweils zuständig ist. Lediglich wenn die Art und Schwere der Erkrankung den Einsatz eines bestimmten, hierauf spezialisierten Arztes erfordern, kann der Krankenhausträger verpflichtet sein, diesen bestimmten Arzt einzusetzen.³

Unabhängig davon schuldet das Krankenhaus dem Patienten stets eine ärztliche Behandlung nach dem sog. „Facharztstandard“. Die Behandlung muss hierzu dem medizinischen Standard eines erfahrenen Facharztes entsprechen.⁴ Entscheidend ist dabei nicht die förmliche Anerkennung des behandelnden Arztes als Facharzt, sondern dass der Arzt bei der Ausführung der Behandlung diese theoretisch und praktisch so beherrscht, wie es von einem Facharzt der jeweiligen Disziplin erwartet werden kann.⁵

II. Persönliche Leistungserbringung bei wahlärztlichen Leistungen

Anders ist die Situation, wenn der Patient mit dem Krankenhausträger nach § 17 Abs. 3 KHEntgG zusätzlich zur Krankenhausbehandlung die Erbringung wahlärztlicher Leistungen vereinbart hat. Denn mit Abschluss der Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erwirbt der Patient einen Anspruch auf das persönliche Tätigwerden der Wahlärzte. Der Patient „kauft“ sich die besonderen fachlichen Qualifikationen und Erfahrungen der Wahlärzte hinzu, auch wenn dies aufgrund der Art und Schwere seiner Erkrankung zur Behandlung nicht notwendig ist.⁶ Der Krankenhausträger kann sich zur Erfüllung seiner Verpflichtung aus der Wahlleistungsvereinbarung daher nicht seines gesamten Personals bedienen. Andererseits kann der Patient aufgrund der Regelungen zur internen und externen Wahlärztkette nach § 17 Abs. 3 S. 1 KHEntgG nicht nur einen bestimmten Arzt zur Durchführung der Behandlung auswählen.⁷ Vielmehr erstreckt sich die Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen nach § 17 Abs. 3 S. 1 KHEntgG auf *alle an der Behandlung beteiligten angestellten oder beamteten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115a SGB V) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten*

² BGH, Urteil vom 11.05.2010 – VI ZR 252/08 = GesR 2010, 407 ff.

³ VGH Baden-Württemberg, Beschluss vom 25.04.1986 – 10 S 525/86 = MedR 1986, 346 ff.

⁴ BGH VersR 1985, 782; OLG Oldenburg, Urteil vom 30.01.2008 – 5 U 92/06 = GesR 2008, 540.

⁵ BGH, Urteil vom 10.3.1992 - VI ZR 64/91 = ArztR 1992, 368 ff. sowie OLG Oldenburg, Urteil vom 30.01.2008 – 5 U 92/06 = a.a.O.

⁶ BGH, Urteile vom 19.02.1998 – III ZR 169/97 = NJW 1998, 1778; vom 20.12.2007 – III ZR 144/07 = BGHZ 175, 76; vom 16.10.2014 – III ZR 85/14 = BGHZ 202, 365; vom 19.04.2018 – III ZR 255/17 = NJW 2018, 2117 und vom 10.01.2019 – III ZR 325/17 = www.juris.de

⁷ Spickhoff/Starzer in: Medizinrecht, § 17 KHEntgG, Rn. 11; Bender in: GesR 2013, 449, 450 sowie Jenschke in: GesR 2015, 136, 137.

veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses.

Kennzeichnend für wahlärztliche Leistungen ist daher gerade das persönliche Tätigwerden der in der Wahlleistungsvereinbarung benannten Wahlärzte gegen die Entrichtung einer zusätzlichen Vergütung nach § 17 Abs. 3 S. 7 KHEntgG auf Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte - GOÄ. Folglich sind die Wahlärzte rechtlich zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet. Diese Rechtspflicht folgt sowohl aus dem Behandlungsvertrag (§§ 630a i.V.m. 630b und § 613 BGB) als auch aus dem Gebührenrecht (§ 4 Abs. 2 GOÄ).

1. Die vertragliche Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung

Die Erbringung der gesamten Krankenhausbehandlung erfolgt – wie bereits ausgeführt – auf der Grundlage eines zwischen dem Krankenhausträger und dem Patienten geschlossenen totalen Krankenhausbehandlungsvertrages. Aufgrund dessen schuldet der Krankenhausträger dem Patienten die gesamte Krankenhausbehandlung, einschließlich der ärztlichen Leistungen, zu deren Erbringung er sein gesamtes ärztliches Personal einsetzen kann.

Wünscht der Patient außerdem die Erbringung von Wahlleistungen, so sind diese - neben dem totalen Krankenhausbehandlungsvertrag - nach § 17 Abs. 2 S. 1 KHEntgG vor ihrer Erbringung gesondert zwischen Patient und Krankenhausträger schriftlich zu vereinbaren. Mit dem Abschluss einer Wahlleistungsvereinbarung über wahlärztliche Leistungen schließt der Patient nach der Rechtsprechung des BGH⁸ - in der Regel konkludent - noch einen sog. **Arztzusatzvertrag** mit dem Wahlarzt. Bei diesem Arztzusatzvertrag handelt es sich zwar nur um eine von der Rechtsprechung geschaffene Konstruktion, um dem liquidationsberechtigten Arzt ein eigenes Recht zur gesonderten Berechnung wahlärztlicher Leistungen nach der GOÄ zu gewähren.⁹ Gleichwohl stellt der Arztzusatzvertrag ebenfalls einen Behandlungsvertrag dar und ist nach den zivilrechtlichen Regelungen zum Behandlungsvertrag nach den §§ 630a ff. BGB zu beurteilen.¹⁰ Nach §§ 630a i.V.m. 630b und § 613 BGB hat der aus dem Arztzusatzvertrag verpflichtete Arzt daher die Dienste **im Zweifel in Person** zu leisten und ist vertraglich zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet.

⁸ BGH, Urteil vom 18.06.1985 – VI ZR 234/83 = NJW 1985, 2189 sowie BGH, Urteil vom 19.02.1998 – III ZR 169/97 = MDR 1998, 582 ff..

⁹ Der Arztzusatzvertrag muss nicht schriftlich geschlossen werden; es genügt der Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung zwischen Krankenhausträger und Patient, hierzu auch BGH, Urteil vom 14.01.2016 - III ZR 107/15 = GesR 2016, S. 170-174.

¹⁰ Tuschen/Trefz in: Krankenhausentgeltgesetz – Kommentar, S. 363.

2. Die gebührenrechtliche Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung

Die vertragliche Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung aus den §§ 630a i.V.m. 630b und 613 BGB wird auf der gebührenrechtlichen Ebene konkretisiert durch § 4 Abs. 2 GOÄ. Dieser schreibt vor, dass der Arzt Gebühren nur für **selbständige ärztliche Leistungen berechnen kann, die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden (eigene Leistungen)**. Als eigene Leistungen kann der Wahlarzt im Rahmen einer stationären, teilstationären oder vor- und nachstationären Krankenhausbehandlung bestimmte in der GOÄ enumerativ aufgezählte Leistungen nur dann abrechnen, wenn er sie **selbst erbracht hat** oder sie durch seinen dem Patienten **vor** Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung benannten **ständigen ärztlichen Vertreter** erbracht wurden.

Hinzu kommt, dass der volle gesetzliche Gebührenrahmen gem. § 5 Abs. 5 GOÄ nur bei Leistungserbringung durch den Wahlarzt oder dessen dem Patienten **vor** Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung benannten ständigen ärztlichen Vertreter zur Verfügung steht.

§ 4 Abs. 2 und § 5 Abs. 5 GOÄ gelten sowohl für die Abrechnung der wahlärztlichen Leistungen durch den liquidationsberechtigten Arzt als auch für die Abrechnung durch den Krankenhausträger.¹¹ Für die Abrechnung durch den liquidationsberechtigten Arzt ergibt sich die Anwendung bereits aus der Gebührenordnungen selbst (§ 1 Abs. 1 GOÄ/GOZ). Für die Liquidation durch den Krankenhausträger erklärt § 17 Abs. 3 S. 7 KHEntgG die GOÄ für entsprechend anwendbar.¹²

3. Umfang der persönlichen Leistungserbringung

Auch wenn wahlärztliche Leistungen – wie bereits ausgeführt – gerade dadurch gekennzeichnet sind, dass sich der Patient das persönliche Tätigwerden des Wahlarztes „hinzukauff“, bedeutet dies nicht, dass der Wahlarzt jeden Handgriff selbst ausführen muss. Im Rahmen einer notwendigen Arbeitsteilung ist es unter bestimmten Voraussetzungen zulässig, Tätigkeiten auf andere Ärzte und medizinisches Hilfspersonal zu übertragen.

a) Delegation

aa) Vertragsrechtlich

Der Wahlarzt erfüllt seine vertragliche Pflicht zur persönlichen Leistung auch dann, wenn er zum einen medizinische Verrichtungen an nichtmedizinisches Hilfspersonal

¹¹ LG Hannover, Urteil vom 01.06.1977 – 11 S 53/76 = NJW 1978, 1695 sowie AG Iserlohn, Urteil vom 13.02.2018 - 44 C 103/17 = openJur 2019, 14947.

¹² Bender/Heppekausen in: VersR 2011, S. 327 ff.

delegiert, sofern es sich um eine delegationsfähige Leistung¹³ handelt. Darüber hinaus darf er zum anderen ärztliche Tätigkeiten an nachgeordnete Ärzte oder nichtmedizinisches Personal (z.B. Therapeuten) delegieren, **sofern diese Tätigkeiten nicht den Kernbereich der ärztlichen Leistung betreffen**.¹⁴ Ist der Wahlarzt z.B. Chirurg, ist er verpflichtet, den operativen Eingriff selbst durchzuführen.¹⁵ Ist er beispielsweise Anästhesist, muss er die Aufklärung, die Voruntersuchung sowie die Ein- und Ausleitung der Narkose selbst ausführen.¹⁶

In den konservativen Fächern (z.B. Innere Medizin, Psychiatrie) sind die Kernleistungen ungleich schwieriger zu bestimmen.

Hierzu wurde früher als ausreichend angesehen, dass der Wahlarzt das Therapieprogramm entwickelt oder dieses vor Behandlungsbeginn persönlich überprüft, den Verlauf der Behandlung engmaschig überwacht und die Behandlung nötigenfalls jederzeit beeinflussen kann.¹⁷ Nach neuerer Rechtsprechung ist es zur Erfüllung der Verpflichtung aus dem Wahlarztvertrag nunmehr erforderlich, dass der Wahlarzt *„durch sein eigenes Tätigwerden der wahlärztlichen Behandlung sein persönliches Gepräge gibt“*, d. h. er muss sich zu Beginn, während und zum Abschluss der Behandlung mit dem Patienten befassen.¹⁸ Es reicht nicht – mehr – aus, wenn ein Wahlarzt einer psychiatrischen Klinik die täglichen Teamsitzungen der Behandlung lediglich supervidiert, die Behandlungsmaßnahmen jedoch eigenverantwortlich durch Dritte durchführen lässt.¹⁹ Vielmehr umfasse die Kernleistung des Wahlarztes bei der psychiatrischen Behandlung aus Sicht des OLG Celle die Entwicklung des Behandlungskonzeptes, die Überwachung sowie regelmäßig, ca. einmal wöchentlich, eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie in Form einer Einzelbehandlung und die Supervision und Koordination der weiteren Betreuung durch das multiprofessionelle Behandlungsteam.²⁰ Diese Rechtsauffassung wird bundesweit von den Gerichten jedoch nicht immer geteilt. So hat beispielsweise das OLG Stuttgart eine Zurechnung von durch nichtärztliche Therapeuten erbrachten Behandlungsbestandteilen einer psychiatrischen Behandlung zur wahlärztlichen Leistung abgelehnt, obwohl die gesetzlichen Voraussetzungen einer Delegation dieser Leistungen vorgelegen hatten.²¹

¹³ Reuther in: Management Handbuch Krankenhaus, Delegation ärztlicher Leistungen, Beitragsnr. 711, Rn. 7 ff.

¹⁴ Kutlu in: Spickhoff, Medizinrecht, § 17 KHEntgG, Rn. 14; Kuhla in: NJW 2000, Liquidation des Chefarztes für Vertreterleistungen, S. 841 ff.

¹⁵ OLG Stuttgart, Urteil vom 13.01.1994 – 14 U 48/92 = MedR 1995, 320.

¹⁶ LG Hamburg, Urteil vom 02.02.2001 – 313 S 62/00 = NJW 2001, 3415; OLG Celle, Urteil vom 22.03.1982 – 1 U 42/81 = NJW 1982, 2129

¹⁷ OLG Hamm, Urteil vom 26.04.1995 – 3 U 97/94 = NJW 1995, 2420; LG Bonn, Urteil vom 15.02.1995 – 5 S 210/94 = NJW 1995, 2419.

¹⁸ OLG Köln, Urteil vom 25.08.2008 – 5 U 243/07 = MedR 2009, 290; OLG Oldenburg, Urteil vom 14.12.2011 – 5 U 183/11 = NJW 2012, 1597.

¹⁹ OLG Oldenburg, Urteil vom 15.12.2011 – 5 U 183/11

²⁰ OLG Celle, Urteil vom 15.06.2015 – 1 U 98/14 = KH 2015, 948 ff.

²¹ OLG Stuttgart, Urteil vom 01.03.2018 – 7 U 62/16 = KH 2019, 316 ff.

Insgesamt ist jedoch festzustellen, dass nur Nebenleistungen delegiert werden können²², die für die Erfüllung der Wahlleistungsvereinbarung nicht wesentlich sind. Da eine wirksame Delegation auch die Überwachung durch den Wahlarzt voraussetzt, ist sie außerdem nur dann möglich, wenn der Wahlarzt zumindest ortsanwesend ist und die Durchführung der delegierten Leistung in gewisser Weise noch beherrschen kann, also eine Möglichkeit des Eingreifens durch den Wahlarzt besteht.²³

bb) Gebührenrechtlich

Auch das Gebührenrecht erlaubt die Delegation, sodass der Wahlarzt sein Liquidationsrecht auch dann ausüben kann, wenn er nicht alle Tätigkeiten persönlich erbracht hat.

Gemäß § 4 Abs. 2 Satz 1 GOÄ kann der Arzt die Gebühren auch dann berechnen, wenn die Leistungen *unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung* erbracht wurden. Der BGH²⁴ hat hierzu ausgeführt, dass Leistungen als „nach fachlicher Weisung erbracht“ nur dann angesehen werden können, wenn der anweisende Arzt auch die entsprechende Qualifikation hierzu besitzt und die Tätigkeit entsprechend seiner Ausbildung fachgerecht selbst durchführen könnte. Ansonsten besteht die Gefahr eines Abrechnungsbetruges. Eine Leistung, die „unter Aufsicht“ erbracht wird, setzt nach der Rechtsprechung voraus, dass der Arzt erreichbar und in der Lage ist, unverzüglich persönlich einwirken zu können, falls dies notwendig wird.²⁵

§ 4 Abs. 3 Satz 3 GOÄ schränkt die Möglichkeit der Delegation jedoch insofern ein, als die darin genannten Tätigkeiten (z.B. Blutentnahmen mittels Spritze, Kanüle oder Katheter aus der Vene nach Nr. 250 GOÄ) nur auf den **ständigen ärztlichen Vertreter** des Wahlarztes übertragen werden dürfen. Weist der Wahlarzt daher z.B. einen Kollegen zur Blutentnahme an, der nicht zugleich als ständiger ärztlicher Vertreter benannt ist, ist diese Delegation nach dem Behandlungsvertrag zwar erlaubt, da die Blutentnahme nicht den Kernbereich der ärztlichen Leistung betrifft. Der Wahlarzt kann die Leistung jedoch **nicht** als eigene Leistung nach der GOÄ abrechnen. In einer solchen Fallkonstellation fallen vertragliche und gebührenrechtliche Zulässigkeit der Delegation auseinander.

Ständiger ärztlicher Vertreter ist nach § 4 Abs. 2 Satz 3 GOÄ derjenige, der nach der internen Organisation die Tätigkeit tatsächlich ausführt. Er muss Facharzt desselben Gebietes sein wie der Wahlarzt und dem Patienten **vor** Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung als ständiger ärztlicher Vertreter benannt werden. Eventuell

²² Uleer/Miebach/Patt in: Abrechnung von Arzt- und Krankenhausleistungen - Kommentar, § 4 GOÄ, Rn. 55.

²³ OLG Hamm, Urteil vom 15.12.2017 – 26 U 74/17 = KH 2018, 421 ff.

²⁴ BGH, Beschluss vom 25.01.2012 – 1 StR 45/11 = NJW 2012, 1377.

²⁵ OLG Frankfurt am Main, Beschluss vom 04.08.2011 und 01.09.2011 – 8 U 226/10 = MedR 2012, 396; OLG Oldenburg, Urteil vom 14.12.2011 – 5 U 183/11 = a.a.O.

vom Wahlarzt geführte Teilgebiets- oder Zusatzbezeichnungen müssen beim Vertreter nicht vorliegen.

Hinsichtlich der Frage nach der zulässigen Anzahl der ärztlichen Vertreter wird auf die nachfolgenden Ausführungen unter Punkt 4. c) verwiesen.

b) Stellvertretung

Sollte der Wahlarzt zum Zeitpunkt der Leistungserbringung verhindert sein, ist es auch zulässig, die Ausführung der Kernleistungen auf einen Stellvertreter des Wahlarztes zu übertragen. Während sich der Wahlarzt bei der Delegation noch im Haus befindet und jederzeit die Möglichkeit hat, in das Geschehen einzugreifen, ist er im Falle der Stellvertretung in der Regel **ortsabwesend**.²⁶ Die Vertretung unterscheidet sich insoweit von der Delegation, als der Vertreter selbst die Rolle des Wahlarztes übernimmt und seinerseits Leistungen delegieren kann.

aa) Vertragsrechtlich

Eine Stellvertretung ist nach dem Vertragsrecht grundsätzlich zulässig, da die Regelung des § 613 Satz 1 BGB dispositiv ist und die Vertragsparteien somit eine davon abweichende Vereinbarung treffen können. Sofern also mit dem Patienten eine entsprechende Vereinbarung getroffen wurde, kann sich der Wahlarzt von der Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung befreien und die Ausführung der Kernleistungen wirksam auf einen zuvor benannten Stellvertreter übertragen.²⁷

Eine von der höchstrichterlichen Rechtsprechung ebenfalls mittlerweile akzeptierte Gestaltungsvariante stellt die Konstellation des sog. „gewünschten Wahlarztes“ dar, wenn also Patienten ausdrücklich die Leistungserbringung durch einen bestimmten Arzt wünschen, z.B. aufgrund seiner besonderen Qualifikation, der jedoch weder als Wahlarzt noch als dessen ständiger ärztlicher Vertreter in der Wahlleistungsvereinbarung benannt wird.²⁸ Dies würde allerdings eine zusätzliche Regelung, entweder in der Wahlleistungsvereinbarung oder als gesonderte weitere Vereinbarung mit dem Patienten, erfordern, kraft derer der vom Patienten gewünschte Arzt an die Stelle des ansonsten zuständigen Wahlarztes tritt.

bb) Gebührenrechtlich

Auch die GOÄ schließt die Leistungserbringung durch einen Stellvertreter nicht aus. § 4 Abs. 2 Satz 3 GOÄ sieht vor, dass die Ausführung der darin genannten wahlärztlichen

²⁶ LG Bonn, Urteil vom 15.02.1995 – 5 S 210/94 = KH 1995, 562 ff.

²⁷ BGH, Urteil vom 20.12.2007 – III ZR 144/07 = BGHZ 175, 76 ff.; Dahm in: MedR 2012, Ambulante privatärztliche Leistungen im Vertretungsfall, S. 367 ff.

²⁸ BGH, Urteil vom 16.10.2014 - III ZR 85/14 = BGHZ 202, 365 ff. sowie Bender in: GesR 2013, 449 ff. m.w.N.

Leistungen auf den ständigen ärztlichen Vertreter übertragen werden kann. In allen anderen als den darin enumerativ aufgezählten Fällen kann die Leistungserbringung sogar auf jeden beliebigen Arzt übertragen werden.²⁹ Allerdings sieht § 5 Abs. 5 GOÄ eine geringere Gebührenspanne (1,8fach bis maximal 2,3fach) vor, wenn die wahlärztlichen Leistungen weder vom Wahlarzt noch von dessen ständigen ärztlichen Vertreter erbracht werden.

Auch wenn die Vertretung in anderen als den in § 4 Abs. 2 Satz 3 GOÄ aufgezählten Fällen erfolgen soll, muss als Vertreter der ständige ärztliche Vertreter benannt sein, wenn die Vertretung des Wahlarztes mit dem Patienten in einer **formularmäßigen** Wahlleistungsvereinbarung vereinbart wird., Eine solche formularmäßige Vereinbarung des Krankenhausträgers darf als allgemeine Geschäftsbedingung nach den §§ 305c Abs. 1, 307 Abs. 2 BGB keine für den Patienten überraschenden oder unzumutbaren Klauseln enthalten. Wird der ständige ärztliche Vertreter als Stellvertreter benannt, ist dies für den Patienten weder überraschend noch unzumutbar, da der ständige ärztliche Vertreter „nach Dienststellung und medizinischer Kompetenz kontinuierlich in engem fachlichen Kontakt mit dem liquidationsberechtigten Krankenhausarzt steht und deshalb davon ausgegangen werden kann, dass er jederzeit in die Behandlungsgestaltung des Wahlarztes voll eingebunden ist“.³⁰

4. Die Vertretungsvereinbarung

Die Vertretung des Wahlarztes muss mit dem Patienten vereinbart werden. Die Rechtsprechung unterscheidet für die Wirksamkeit solcher Vertretervereinbarungen dahingehend, ob die Verhinderung des Wahlarztes bereits bei Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung vorhersehbar war oder nicht.³¹ Während eine Vertretungsvereinbarung bei **vorhersehbarer Verhinderung** des Wahlarztes nur individualvertraglich zwischen dem Krankenhausträger und dem Patienten vereinbart werden kann, kann die Vertretung bei **unvorhersehbarer Verhinderung** des Wahlarztes auch Gegenstand einer formularmäßigen Wahlleistungsvereinbarung sein.

a) Vorhersehbare Verhinderung

War die Abwesenheit des Wahlarztes schon bei Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung vorhersehbar, muss mit dem Patienten nach der Rechtsprechung des BGH eine **individuelle Vertretungsvereinbarung** geschlossen werden.³² Der Patient will sich mit der Wahlleistungsvereinbarung gerade die besondere Qualifikation und Erfahrung des Wahlarztes sichern und ihn zum

²⁹ BGH, Urteil vom 20.12.2007 – III ZR 144/07 = BGHZ 175, 76 ff.; BR-Beschluss vom 03.11.1995, BR-Drucksache 688/95 S. 6.

³⁰ BGH, Urteil vom 20.12.2007 – III ZR 144/07 = BGHZ 175, 76 ff..

³¹ OLG Hamm, Urteil vom 05.04.1994 – 3 U 198/93 = NJW 1995, 794; OLG Stuttgart MedR 2002, 411; BGH, Urteil vom 20.12.2007 – III ZR 144/07 = BGHZ 175, 76 ff.

³² BGH, Urteil vom 20.12.2007 – III ZR 144/07 = BGHZ 175, 76 ff.

persönlichen Tätigwerden verpflichten. Kann der Wahlarzt diese Verpflichtung von vorn herein erkennbar nicht erfüllen, weil bereits bekannt ist, dass er zum Zeitpunkt der Behandlung verhindert ist (z.B. durch Urlaub, Fortbildung, etc.), muss eine von der Wahlleistungsvereinbarung abweichende, zusätzliche Vereinbarung über die Vertretung getroffen werden. Um den Patienten nicht zu benachteiligen, muss diese Vereinbarung individuell mit ihm ausgehandelt werden und folgende Wirksamkeitsvoraussetzungen erfüllen:

Vor Abschluss einer solchen Vereinbarung ist der Patient so früh wie möglich über die Verhinderung des Wahlarztes zu unterrichten.³³ Soll die Vertretervereinbarung im Zusammenhang mit einer Wahlleistungsvereinbarung getroffen werden, ist der Patient auf die Vertretung gesondert ausdrücklich hinzuweisen. Darüber hinaus ist die Vereinbarung **schriftlich** abzuschließen, da hierdurch die Wahlleistungsvereinbarung, für die nach § 17 Abs. 2 Satz 1 KHEntgG das Schriftformerfordernis gilt, abgeändert wird.

Inhaltlich stellt die Rechtsprechung³⁴ folgende weitere Anforderungen an eine Vertretungsvereinbarung³⁵: Dem Patienten ist das Angebot zu unterbreiten, dass anstelle des Wahlarztes ein bestimmter Vertreter zu den vereinbarten Bedingungen die wahlärztlichen Leistungen erbringt. Der Patient ist außerdem über die Alternative zu unterrichten, auf die Inanspruchnahme wahlärztlicher Leistungen zu verzichten und sich ohne Zuzahlung von dem jeweils diensthabenden Arzt behandeln zu lassen. Ist die jeweilige Maßnahme bis zum Ende der Verhinderung des Wahlarztes verschiebbar, ist auch dies dem Patienten zur Wahl zu stellen.

Nicht notwendig ist es hingegen, den Patienten darüber aufzuklären, dass er auch bei Inanspruchnahme der wahlärztlichen Leistungen durch den Vertreter hierfür das für den Wahlarzt anfallende Honorar zahlen muss. Ebenfalls nicht erforderlich ist, dass der Wahlarzt den Patienten über diese Umstände selbst aufklärt.

b) Unvorhersehbare Verhinderung

Entgegen der voranstehenden Ausführungen kann die Vertretung des Wahlarztes bei unvorhersehbarer Verhinderung auch in der vom Krankenhausträger verwendeten vorformulierten Wahlleistungsvereinbarung vereinbart werden.³⁶ Als Vertreter muss darin der ständige ärztliche Vertreter des Wahlarztes benannt sein.³⁷ Voraussetzung ist weiterhin, dass die Verhinderung (z.B. Krankheit, Unfall, etc.) im Zeitpunkt des

³³ BGH, Urteil vom 20.12.2007 – III ZR 144/07 = BGHZ 175, 76 ff.

³⁴ BGH, Urteil vom 20.12.2007 – III ZR 144/07 = BGHZ 175, 76 ff.

³⁵ Alle Anforderungen der Rechtsprechung erfüllt die DKG-Mustervereinbarung für den Fall vorhersehbarer Verhinderung durch den Wahlarzt, abgedruckt in Musterverträge der DKG – Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB), Behandlungsverträge und Wahlleistungsvereinbarung für Krankenhäuser, 12. Auflage 2018.

³⁶ BGH, Urteil vom 20.12.2007 – III ZR 144/07 = BGHZ 175, 76 ff.

³⁷ BGH, Urteil vom 20.12.2007 – III ZR 144/07 = BGHZ 175, 76 ff.; siehe oben unter 3. b) bb).

Abschlusses der Wahlleistungsvereinbarung noch nicht absehbar oder zu diesem Zeitpunkt noch nicht bekannt war, dass der Wahlarzt zur Behandlung hinzugezogen werden muss.

c) Gestaltung der Vertretungsklausel in der Wahlleistungsvereinbarung bei unvorhergesehener Verhinderung des Wahlarztes

Für die Gestaltung einer Vertretungsklausel in Fällen der unvorhergesehenen Verhinderung in der Wahlleistungsvereinbarung, ist eine Liste der Wahlärzte und ihrer ständigen ärztlichen Vertreter in der nachfolgenden Art aufzunehmen:³⁸

Fachabteilung	Wahlarzt	Ständiger ärztlicher Vertreter
Chirurgie	Dr. med. ...	Dr. med. ...
Innere Medizin	Dr. med. ...	Dr. med. ...
Gynäkologie	Dr. med. ...	Dr. med. ...
...

Wie viele Wahlärzte pro Fachrichtung in die Wahlleistungsvereinbarung mit aufgenommen werden, sollte in Abhängigkeit zu den konkreten Verhältnissen im Krankenhaus bestimmt werden (z.B. Größe des Krankenhauses bzw. der Fachabteilung). Je kleiner die Abteilung des Krankenhauses ist, desto weniger Wahlärzte sollten zur Auswahl stehen. Bei einer anzahlmäßig überschießenden Benennung von Abteilungsärzten als Wahlärzte bzw. deren ärztliche Vertreter steigt das Risiko der Unwirksamkeit der betreffenden Wahlleistungsvereinbarung, wenn dem Patienten zwischen den in der Abteilung tätigen Ärzten letztlich keine echte Wahl mehr bleibt.

Hinsichtlich der Anzahl der ständigen ärztlichen Vertreter, die in die Vertretungsvereinbarung aufgenommen werden können, spricht der BGH in einer Entscheidung³⁹ zwar nur von einem ständigen ärztlichen Vertreter. Über die mögliche Anzahl hatte er jedoch nicht konkret zu entscheiden.

Überdies besteht die Möglichkeit, die organisatorischen Einheiten innerhalb einer Abteilung weiter zu untergliedern, z.B. in Subdisziplinen oder Fachbereiche. So könnten beispielsweise im Gebiet der Inneren Medizin Subdisziplinen wie die Gastroenterologie oder Kardiologie oder Fachbereiche wie die Diabetologie ausgewiesen werden. Die

³⁸ Abgedruckt in Musterverträge der DKG - Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB), Behandlungsverträge und Wahlleistungsvereinbarung für Krankenhäuser, 12. Auflage 2018.

³⁹ BGH, Urteil vom 20.12.2007 – III ZR 144/07 = BGHZ 175, 76 ff.

Möglichkeit zur Benennung unterschiedlicher Ärzte für die Subdisziplinen und Bereiche ist nach der Rechtsprechung grundsätzlich zulässig und betrifft zum einen die Wahlärzte selbst, zum anderen aber auch die Ebene der ständigen ärztlichen Vertreter.⁴⁰ Im Übrigen ist der Status eines Wahlarztes unerheblich, d.h. auch Oberärzte können als Wahlärzte in die Wahlleistungsvereinbarung aufgenommen werden. Entscheidend ist lediglich die besondere fachliche Qualifikation des Oberarztes.

d) Stellvertretung vs. Patienteneinwilligung

In der jüngeren Vergangenheit trat vermehrt die Frage auf, ob eine mangelhafte Stellvertretung bei der wahlärztlichen Behandlung Auswirkungen auf die Patienteneinwilligung und damit der generellen Rechtmäßigkeit der Heilbehandlung bestehen kann.

Nach zunächst unterschiedlichen Bewertungen dieser Fragestellung in der Instanzenrechtsprechung⁴¹ kam der **BGH** mit seiner Entscheidung vom 19.07.2016 – VI ZR 75/15 – zu dem Ergebnis, dass eine mangelbehaftete Stellvertretung die Einwilligung des Patienten in die Erbringung der Heilbehandlung an sich entfallen lasse. Kennzeichnend für den vom BGH entschiedenen Sachverhalt waren jedoch folgenden Punkte:

Zum einen wurde in keiner der Vorinstanzen eindeutig festgestellt, ob die zwischen den Parteien streitige mündliche Zusage des Wahlarztes, den streitbefangenen Eingriff persönlich durchzuführen, tatsächlich getätigt wurde. Des Weiteren ist offen geblieben, ob der die Operation durchführende Oberarzt überhaupt zum Kreis der in der Wahlleistungsvereinbarung benannten ärztlichen Vertreter gehörte. Letztlich blieb ebenfalls ungeklärt, welche Form der Verhinderung des Wahlarztes (unvorhersehbar oder vorhersehbar) und welche Form der Stellvertretung vorgelegen hat.

Hingegen war sämtlichen der bislang zu diesem Thema entschiedenen Sachverhalte gemein, dass sich bei den Klägern jeweils „nur“ operationstypische Risiken verwirklicht haben, ohne dass ein Fehlverhalten des Arztes vorgelegen hätte.⁴² Somit ging es in allen entschiedenen Fällen ausschließlich im Zusammenhang mit der Geltendmachung zivilrechtlicher Haftungsansprüche, obwohl eine ohne die erforderliche

⁴⁰ OLG Celle, Urteil vom 15.06.2015 - 1 U 98/14 = KH 2015, 948 ff. sowie NZS 2015, 818 ff.

⁴¹ Während zunächst das **OLG Braunschweig** mit Urteil vom 25.09.2013 – 1 U 24/12 – (GesR 2014, 155 ff.) entschieden hatte, dass eine unwirksame Vertretung des Wahlarztes auch zum Wegfall der Patienteneinwilligung für die Durchführung der Heilbehandlung führe und einen haftungsrechtlichen Anspruch wegen schuldhafter Verletzung vertraglicher Pflichten aus dem Behandlungsvertrag auslösen kann, kam das **OLG Hamm** mit Urteil vom 21.10.2013 – 3 U 17/12 – (MedR 2014, 893-894) bei einem identischen Sachverhalt zum gegenteiligen Ergebnis und betonte, dass der Verstoß gegen die Vertreterregelungen allenfalls einen Verlust des Vergütungsanspruches zu Folge haben könne.

⁴² Bender, Wahlärztliche Behandlung und Einwilligung ad personam in: Festschrift für Franz-Josef Dahm, Glück auf! Medizinrecht gestalten, S. 29 ff. m.w.N.

Patienteneinwilligung durchgeführte Heilbehandlung als Körperverletzung nach § 223 ff. StGB auch strafrechtlich verfolgt werden kann.

Im Ergebnis sollten mündliche Abreden oder sonstigen Nebenabreden zwischen Arzt und Patient unterbleiben und die Stellvertretung in der wahlärztlichen Behandlung stattdessen gemäß der voranstehenden Voraussetzungen aufgrund der Rechtsprechung des BGH vom 20.12.2007 umgesetzt werden. Bei Unklarheiten bezüglich der Frage, ob – noch – eine vorhersehbare oder – schon – eine unvorhersehbare Vertretungslage vorliegt, bietet es sich an, den Patienten vorsorglich über die Vertretungssituation zu informieren und individualvertraglich sein Einverständnis in die Stellvertretung einzuholen.

5. Status des Wahlarztes/Honorarärzte als Wahlärzte

Der Status des Wahlarztes ist im Übrigen nicht auf Chefärzte begrenzt. Somit können auch Oberärzte oder weitere in Frage kommende Ärzte als Wahlärzte benannt werden, solange sie über die entsprechende fachliche Qualifikation verfügen.

Honorarärzte hingegen können als Wahlärzte nicht vom Krankenhausträger eingesetzt werden. Der BGH hat mit Urteil vom 16.10.2014 entschieden, dass die Liquidation wahlärztlicher Leistungen durch im Krankenhaus tätige Honorarärzte rechtswidrig sei.⁴³ Nach § 17 Abs. 3 S. 1 KHEntgG werde der Kreis der in Betracht kommenden Wahlärzte abschließend festgelegt. Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstrecke sich danach auf alle an der Behandlung der Patienten beteiligten „angestellten oder beamteten“ Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären Behandlung berechtigt seien, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Honorarärzte, die im Krankenhaus tätig werden, ohne dort angestellt zu sein, seien von diesem Kreis nicht erfasst. Eine unter diesen Vorzeichen abgeschlossene Wahlleistungsvereinbarung sei daher wegen Verstoßes gegen § 17 Abs. 3 S. 1 KHEntgG nach § 134 BGB nichtig.⁴⁴

6. Besonderheiten bei diagnostischen und therapeutischen Wahlleistungen

Eine besondere Ausprägung des Grundsatzes der persönlichen Leistungserbringung bei Wahlleistungen findet sich zudem in § 17 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG. Danach dürfen diagnostische und therapeutische Leistungen als Wahlleistungen nur dann gesondert berechnet werden, wenn die allgemeinen Voraussetzungen für Wahlleistungen nach Abs. 1 vorliegen und die Leistungen von einem Arzt oder einem psychologischen

⁴³ BGH, Urteil vom 16.10.2014 – III ZR 85/14 = BGHZ 202, 365 ff., bestätigt zuletzt durch BGH, Urteil vom 10.01.2019 – III ZR 325/17 = GesR 2019, 179 ff.

⁴⁴ Die gegen die Entscheidung des BGH vom 16.10.2014 eingereichte Verfassungsbeschwerde wurde vom Bundesverfassungsgericht mit Beschluss vom 03.03.2015 – 1 BvR 3226/14 – nicht zur Entscheidung angenommen.

Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Sinne von § 1 Abs. 3 des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) erbracht werden. Diese Regelung ist jedoch nach der Rechtsprechung des BGH ausschließlich für medizinische Wahlleistungen relevant, z.B. die Anwendung einer bestimmten Methode oder dem Einsatz eines bestimmten Produkts, und betrifft gerade nicht die Person des Leistenden im Rahmen der wahlärztlichen Behandlung.⁴⁵

III. Persönliche Leistungserbringung bei ambulanten Leistungen im bzw. durch das Krankenhaus

Bei Fragen nach der persönlichen Leistungserbringung im Rahmen von ambulanten Leistungen im Krankenhaus ist zwischen ambulanten Leistungen im Krankenhaus durch nach § 116 SGB V ermächtigte Krankenhausärzte, ambulanten Leistungen des Krankenhauses in Institutsambulanzen und ambulanten privatärztlichen Leistungen der Chefärzte und des Krankenhauses zu differenzieren. Außerdem stellt sich die Frage, inwieweit der Grundsatz zur persönlichen Leistungserbringung in den sogenannten „BG-Ambulanzen“ im Rahmen des Durchgangsarztverfahrens gilt.

1. Ermächtigungsambulanz gem. § 116 SGB V

Nach § 116 SGB V können Krankenhausärzte vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung von GKV-Versicherten ermächtigt werden. Die Erteilung einer solchen persönlichen Ermächtigung nach § 116 SGB V unterliegt bestimmten Voraussetzungen und wird in der Regel nur für vertragsärztliche Einzelleistungen, z.B. Gastroskopien, etc. oder auch einzelne EBM-Ziffern, ausgesprochen und an die Person des ermächtigten Arztes gebunden. Durch die Ermächtigung wird der ermächtigte Krankenhausarzt für die betroffenen Leistungsbereiche zu einem vertragsärztlichen Leistungserbringer und unterliegt vertragsärztlichen Rechten und Pflichten mit Ausnahme der Verpflichtung zur Teilnahme am Notdienst und zur Durchführung von Sprechstunden.

In der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung wird der Behandlungsvertrag unmittelbar zwischen dem vertragsärztlichen Leistungserbringer und dem Patienten geschlossen, in der Ermächtigungsambulanz also zwischen dem ermächtigten Arzt und dem Patienten. Daher ist der ermächtigte Arzt nach § 630a Abs. 1 BGB verpflichtet, die Behandlung im Zweifel persönlich zu erbringen. Weitere spezialgesetzliche Normen zur persönlichen Leistungserbringung finden sich in § 15 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), den allgemeinen Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) und insbesondere der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV). Letztere regelt in § 32a Satz 1 die grundsätzliche Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung für ermächtigte Ärzte.

⁴⁵ BGH, Urteil vom 16.10.2014 – III ZR 85/14 = BGHZ 202, 365 ff.

Die Vertretung eines ermächtigten Arztes durch einen anderen Arzt bis zu drei Monaten ohne Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung ist nach § 32a S. 2 Ärzte-ZV nur im Falle von **Krankheit, Urlaub, Fortbildung oder Wehrübung** zulässig. Weitere Vertretungstatbestände sind gesetzlich nicht vorgesehen. Die Vertretung über längere Zeiträume, z.B. wegen Entbindung nach § 32 Abs. 1 S. 3 Ärzte-ZV von bis zu 12 Monaten oder wegen der Pflege eines nahen Angehörigen nach § 32 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 Ärzte-ZV von bis zu 6 Monaten ist für persönlich ermächtigte Ärztinnen und Ärzte formell nicht anwendbar. Dies ist dem befristeten Charakter der persönlichen Ermächtigung geschuldet.⁴⁶ Dauert die Vertretung länger als eine Woche, ist sie der Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen.

Neben den voranstehenden Restriktionen zum Vertretungsgrund und der Vertretungsdauer gelten für ermächtigte Krankenhausärzte auch Vorgaben zur Fachgebietsqualifikation des vertretenden Arztes. Nach § 98 Abs. 2 Nr. 11 SGB V müssen die vertretenden Ärzte dieselbe Fachgebietsbezeichnung innehaben, wie der ermächtigte Krankenhausarzt.⁴⁷

Weitere Grundsätze zur Pflicht der persönlichen Leistungserbringung können im Einzelnen der *Gemeinsamen Stellungnahme von KBV und BÄK - Persönliche Leistungserbringung: Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen*⁴⁸ entnommen werden als auch der Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag – Ärzte (BMV-Ä) vom 01.01.2015.⁴⁹

Eine regelmäßige und systematische Delegation ärztlicher Ermächtigungsleistungen durch den ermächtigten Krankenhausarzt an den nachgeordneten Dienst ist nach den normierten Vertretungsvorgaben unzulässig und kann z.T. erhebliche Honorarrückforderungen durch die Kassenärztliche Vereinigung zur Folge haben.⁵⁰ Überdies kann sich der ermächtigte Krankenhausarzt in diesen Fällen wegen der mit der Honorarabrechnung im Rahmen der Sammelerklärung abgegebenen Bestätigung des ermächtigten Krankenhausarztes, die betreffenden Leistungen persönlich erbracht zu haben, wegen Abrechnungsbetruges strafbar gemacht haben.⁵¹

2. MVZ des Krankenhauses

Auch im MVZ des Krankenhauses gelten die voranstehenden vertragsarztrechtlichen Grundsätze zur persönlichen Leistungserbringung. Daher dürfen auch im MVZ

⁴⁶ Ungeachtet dessen wäre in Einzelfällen zu erwägen, eine entsprechende Vertretung mit der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung abzustimmen.

⁴⁷ Schallen in: Ärzte-ZV, § 32a, Rdn. 3 m.w.N.

⁴⁸ Deutsches Ärzteblatt 2008, 2173.

⁴⁹ abrufbar unter www.kbv.de

⁵⁰ LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 16.10.2015 – L 24 KA 24/11 = GuP 2016, 158-159

⁵¹ Eickmann/Büchling in: Praxis Freiberufler Beratung – PFB 6/2016, S. 148 ff. m.w.N.

Leistungen nur durch Ärzte erbracht werden, die dazu legitimiert sind, also nur Ärzte mit einer Anstellungsgenehmigung des Zulassungsausschusses der KV nach § 95 Abs. 2 S. 7 SGB V, genehmigte Weiterbildungsassistenten und Vertreter nach § 32 Ärzte-ZV. Die Abrechnung von Leistungen, die unter Verstoß der voranstehenden Normen nicht persönlich erbracht wurden, ist unzulässig und ebenfalls strafbewehrt.

3. Institutsambulanzen des Krankenhauses

Neben der Erbringung vertragsärztlicher Leistungen im Krankenhaus durch nach § 116 SGB V ermächtigte Krankenhausärzte können Krankenhäuser auch selbst ambulante Leistungen in ihren Institutsambulanzen erbringen. Darunter fallen zum einen die „vertragsärztlichen“ Institutsambulanzen aufgrund einer Institutsermächtigung bei Unterversorgung nach § 116a SGB V, im Rahmen der Leistungserbringung als Hochschulambulanz nach § 117 SGB V, als psychiatrische bzw. psychosomatische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V, als geriatrische Institutsambulanz nach § 118a SGB V und als sozialpädiatrische Zentren nach § 119 SGB V sowie in medizinischen Behandlungszentren nach § 119c SGB V. Zum anderen können Krankenhäuser ambulante Leistungen auch nach den §§ 115b und 116b SGB V erbringen.

a) „Vertragsärztliche“ Institutsambulanzen

In diesen Leistungsbereichen nehmen die Institutsambulanzen der Krankenhäuser kraft gesetzlicher Zulassung bzw. Ermächtigung durch die Zulassungsausschüsse nach § 95 Abs. 1 SGB V an der vertragsärztlichen Versorgung teil.⁵²

Obwohl Institutsermächtigungen gerade nicht personenbezogen erteilt werden, kommt es in einigen Zulassungsausschüssen immer wieder vor, dass von den Krankenhäusern im Rahmen des Ermächtigungsverfahrens die Namen der in den Institutsambulanzen tätigen Ärzte angefordert und lediglich diese Ärzte in die Ermächtigung aufgenommen werden. Dieses Verfahren, welches eindeutig dem Zweck dient, die Leistungserbringung in den betreffenden Institutsambulanzen nur auf einen bestimmten Personenkreis einzugrenzen, steht in klarem Widerspruch zum Wesen einer institutionellen Ermächtigung und ist daher abzulehnen.

Vielmehr können die vertragsarztrechtlichen Grundsätze zur persönlichen Leistungserbringung in den Institutsambulanzen des Krankenhauses nur eingeschränkt Anwendung finden, da letztlich nur eine Leistungserbringung durch die Institutsambulanz nach dem Facharztstandard und nicht – wie bei der persönlichen Ermächtigung nach § 116 SGB V – nach dem Facharztstatus gewährleistet werden muss.

⁵² Hannes in: Hauck/Haines, Sozialgesetzbuch SGB V, K § 95 Rn. 49 ff. sowie Hess in: Kasseler Kommentar, SGB V, § 95, Rn. 2; Neumann in: Rofls, Giesen, Kreikebohm, Udsching, BeckOK Sozialrecht, SGB V, § 95, Rn. 29.

Dies geht auch mit den zivilrechtlichen Vorgaben zum Abschluss des Behandlungsvertrages konform, denn im Gegensatz zur personengebundenen, vertragsärztlichen Leistungserbringung kommt der Behandlungsvertrag für eine Behandlung in Institutsambulanzen des Krankenhauses zwischen dem Patienten und dem Krankenhausträger und nicht einem einzelnen Arzt zustande.

Gleichwohl können einige Leistungen der Institutsambulanz, neben der Zulassung bzw. Ermächtigung der Ambulanz, noch gesonderten Qualifikationsvoraussetzungen, z.B. nach § 135 Abs. 2 SGB V, unterliegen. Hier ist sicherzustellen, dass die einschlägigen Qualifikationsvoraussetzungen ärztlicherseits erfüllt werden.⁵³

b) Institutsambulanzen nach §§ 115b und 116b SGB V

Bei einer ambulanten Krankenhausbehandlung nach den §§ 115b und 116b SGB V kommt der Behandlungsvertrag nach § 630a BGB – wie bei den vertragsärztlichen Institutsambulanzen – ebenfalls zwischen dem Patienten und dem einzelnen Krankenhaus zustande. Dies hat auch in diesen Leistungsbereichen zur Folge, dass die Leistungserbringung durch die Institutsambulanz gewährleistet werden muss, nicht jedoch persönlich durch bestimmte in den Institutsambulanzen tätigen Ärzte. Letztlich wird lediglich eine Behandlung nach dem Facharztstandard geschuldet.

Für den **Leistungsbereich nach § 115b SGB V** wird dies klargestellt durch die Regelung des § 14 AOP-Vertrag, wonach *ärztliche Leistungen gemäß § 115 b SGB V nach dem jeweilig zum Behandlungszeitpunkt geltenden Facharztstandard erbracht werden, und daher nur von Fachärzten, unter Assistenz von Fachärzten oder unter deren unmittelbarer Aufsicht und Weisung mit der Möglichkeit des unverzüglichen Eingreifens zu erbringen.*

Im Rahmen der **ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V** haben entsprechende Klarstellungen Eingang in die GBA-Richtlinie nach § 116b SGB V gefunden. Dort ist in § 3 Abs. 4 (Personelle Anforderungen) folgende Regelung enthalten:

*„Die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen sind im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung durch die Mitglieder des interdisziplinären Teams **persönlich** zu treffen (es gilt der **Facharztstatus**). Eine **Vertretung** der Mitglieder ist nur durch Fachärztinnen und Fachärzte möglich, welche die in dieser Richtlinie normierten Anforderungen an die fachliche Qualifikation und an die organisatorische Einbindung erfüllen. Dauert die Vertretung länger als sechs Wochen, ist sie dem erweiterten Landesausschuss nach § 116b Abs. 3 S. 1 SGB V, den Landesverbänden der*

⁵³ Nach der Rechtsprechung des BSG, Urteil vom 01.07.1998 – B 6 KA 44/97 R = NZS 1999, 208, dürfen solche Leistungen in Institutsambulanzen erst erbracht werden, wenn diese einen entsprechenden Qualifikationsnachweis für einzelne Ärzte erbringen.

Krankenkassen und den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der Landeskrankenhausgesellschaft zu melden. *Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung können entsprechend dem Stand ihrer Weiterbildung unter Verantwortung eines zur Weiterbildung befugten Mitglieds des interdisziplinären Teams zur Durchführung ärztlicher Tätigkeiten in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung einbezogen werden (es gilt der **Facharztstandard**), die Diagnoseerstellung und leitende Therapieentscheidungen nach Satz 1, dürfen sie nicht erbringen.“*

Mit dieser Regelung soll klargestellt werden, dass die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen letztlich nur durch diejenigen Mitglieder des interdisziplinären Teams persönlich zu treffen sind, die die entsprechende fachliche Kompetenz auf Grundlage der in der Muster-Weiterbildungsordnung der BÄK definierten Gebietsbezeichnungen sowie Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen erlangt haben. Bezüglich der Einbeziehung weiterer Ärzte in die weitere Behandlung reicht der Facharztstandard aus.

Eine **Vertretung** der Mitglieder des interdisziplinären Teams ist gem. § 3 Abs. 4 S. 2 GBA-Richtlinie nach § 116b SGB V nur durch Fachärztinnen und Fachärzte möglich, welche die in der Richtlinie normierten Anforderungen an die fachliche Qualifikation und an die organisatorische Einbindung erfüllen. Dauert die Vertretung länger als sechs Wochen, ist sie dem erweiterten Landesausschuss zu melden.

4. Privatärztliche Leistungserbringung

a) des Chefarztes

Entgegen der klaren Rechtslage bei der Abrechenbarkeit von delegierten wahlärztlichen Leistungen bzw. wahlärztlichen Vertreterleistungen, lässt sich die Abrechenbarkeit entsprechender Leistung in der Privatambulanz derzeit nicht einheitlich bewerten. Entscheidend ist wiederum die Differenzierung zwischen der vertragsrechtlichen und der gebührenrechtlichen Ebene.

aa) Vertreterleistungen

Bei Inanspruchnahme ambulanter privatärztlicher Leistungen des Chefarztes kommt der **Behandlungsvertrag** unmittelbar zwischen dem Patienten und dem (Chef)Arzt zustande.⁵⁴ Somit gilt zivilrechtlich die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung durch den Arzt (s.o.). Ist dieser nicht in der Lage, die Leistungen persönlich zu erbringen **und** hat mit dem Patienten die Erbringung der Leistungen durch seinen Vertreter vereinbart, so wird beispielsweise von *Dahm* vertreten, dass ambulante privatärztliche Leistungen im Vertretungsfall durchaus als selbständige Leistungen abrechnungsfähig seien, wenn sie durch einen **vertraglich bestellten Vertreter**

⁵⁴ BGH, bereits mit Urteil vom 20.09.1988 = NJW 1989, 769.

erbracht worden seien.⁵⁵ Er stützt damit die Auffassung von *Bender*, wonach der Vertreter nach den allgemeinen zivilrechtlichen Grundsätzen an die Stelle des Vertretenden trete und hieraus deutlich werde, dass im Fall eines Handelns des Vertreters der Gebührenanspruch nach § 4 Abs. 2 Satz 1 GOÄ schon dadurch ausgelöst werde, dass der Vertreter selbst die Leistungen selbstständig erbringe.⁵⁶

Aus Sicht des OLG Frankfurt⁵⁷ müssen für eine wirksame Stellvertretung jedoch zugleich die Voraussetzungen einer **Stellvertretung nach § 4 Abs. 2 GOÄ** erfüllt sein (d.h. nicht jeder andere Arzt kann als Vertreter bestellt werden). Nach *Dahm* hingegen treffe § 4 Abs. 2 GOÄ gerade keine Vorgaben dafür, an welche Voraussetzungen die Abrechnung von ambulanten Vertreterleistungen zu binden sei.⁵⁸

bb) Delegation

Eine Delegation privatärztlicher Leistungen muss jedoch nach den einschränkenden Voraussetzungen des § 4 Abs. 2 Satz 1, 2. Alt. GOÄ erfolgen. Zu entsprechenden Ergebnissen ist auch der *BGH mit Beschluss vom 25.01.2012 – Az. 1 StR 45/11* – gekommen, in der er die Verurteilung eines Arztes wegen Abrechnungsbetruges bestätigte, der - u.a. - in seinen Praxisräumen erbrachte Akupunktur- und Osteopathieleistungen privatärztlich auf Grundlage der GOÄ abgerechnet hatte, obwohl diese Leistungen im Einzelnen nicht von ihm sondern von unterschiedlichen Therapeuten erbracht wurden. Im Einzelnen führt der BGH in seinen schriftlichen Urteilsgründen (vgl. Rdnrn. 63 ff.) hierzu wie folgt aus:

„Nach § 4 Abs. 2 S. 1 GOÄ, der als Einschränkung der Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung eng auszulegen ist, kann der Angeklagte Gebühren für die nicht selbst erbrachten Therapieleistungen nur abrechnen, wenn sie unter seiner Aufsicht und nach fachlicher Weisung erbracht worden wären. Nach den Feststellungen haben die Therapeuten indes ihre Leistungen in eigener Verantwortung, ohne Aufsicht und Kontrolle durch den Angeklagten erbracht. Der Angeklagte hat die Therapeuten nicht persönlich überwacht, teils war er ortsabwesend, und auch wenn er zeitgleich mit den Therapeuten in den Praxisräumen anwesend war, hat er diesen keine Weisungen erteilt. Hierzu fehlte ihm auch die fachliche Qualifikation. Damit lagen die Voraussetzungen für eine Abrechenbarkeit der Therapieleistungen durch den Angeklagten nicht vor. Als nach „fachlicher“ Weisung erbracht können Leistungen schon nicht angesehen werden, die der Arzt selbst mangels entsprechender Ausbildung nicht fachgerecht durchführen kann.“

⁵⁵ Dahm in: MedR 2012, Ambulante privatärztliche Leistungen im Vertretungsfall, S. 367 ff.

⁵⁶ Bender in: Heidelberger Kommentar, „Liquidationsrecht“, Rdn. 79 ff.

⁵⁷ Beschluss vom 04.08.2011 – 8 U 226/10.

⁵⁸ Dahm in: MedR 2012, Ambulante privatärztliche Leistungen im Vertretungsfall, S. 367 ff.

Zusammenfassend kommt es für die Frage der Zulässigkeit einer Abrechnung von Vertreterleistungen im ambulanten Bereich nach Pkt. a) primär auf die privatrechtliche Vereinbarung zwischen dem Chefarzt und dem Patienten an. Sollte darin eine Stellvertretungsmöglichkeit des Chefarztes **nicht** geregelt sein, sind Vertreterleistungen im Falle der Verhinderung des Chefarztes **nicht** abrechenbar.

b) des Krankenhauses

Bei der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen von Krankenhäusern kommt der **Behandlungsvertrag** zwischen dem Patienten und dem Krankenhaus zustande und ist gerade nicht auf die Leistungserbringung durch einen bestimmten Arzt angelegt. Vielmehr darf sich das Krankenhaus zur Erbringung seiner Leistungen des gesamten verfügbaren Krankenhauspersonals bedienen. Die GOÄ findet – vorbehaltlich anderer bundesgesetzlicher Regelungen, wie z.B. § 17 KHEntgG, welcher die Geltung der GOÄ für die Abrechnung von zwischen Patienten und Krankenhausträger vereinbarten wahlärztlichen Leistungen regelt – auf diese Behandlungsverhältnisse grundsätzlich per se keine Anwendung⁵⁹, so dass die einschränkenden Regelungen des § 4 Abs. 2 Satz 1, 2. Alt. GOÄ zur Delegation nicht gelten.

Etwas anderes gilt dann, wenn der Behandlungsvertrag **keine Regelung über die Vergütungsgrundlagen** enthält. In diesen Fällen käme gem. § 630b i.V.m. § 612 Abs. 2 BGB die GOÄ als „taxmäßige Vergütung“ in Betracht. Dies würde dann auch den § 4 Abs. 2 GOÄ umfassen, welcher aufgrund der Leistungserbringung durch das Krankenhaus als Institut jedoch nur eingeschränkt zur Anwendung käme. Die Leistungserbringung hat von Seiten des Krankenhauses nach dem Facharztstandard zu erfolgen, so dass ärztliche Leistungen von Fachärzten, unter Assistenz von Fachärzten oder unter deren unmittelbaren Aufsicht und Weisung mit Eingriffsmöglichkeit zu erbringen sind.⁶⁰

5. Persönliche Leistungserbringung in BG-Ambulanzen

Die Grundsätze zur persönlichen Leistungserbringung in BG-Ambulanzen durch am Krankenhaus angestellte Durchgangsärzte (D-Ärzte) sind denen der privatärztlichen Ambulanz des Chefarztes sehr ähnlich. Die Abrechnung der ärztlichen Leistungen des D-Arzt im Krankenhaus erfolgt anhand der UV-GOÄ, die der GOÄ in vielen Punkten gleicht. So ist beispielsweise in **Teil A. Ziffer 2. UV-GOÄ** in Anlehnung an § 4 Abs. 2 GOÄ zur Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung geregelt, dass der Arzt Gebühren *nur für selbständige ärztliche Leistungen berechnen kann, die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden (eigene Leistungen)*. Es wird insofern auf die Ausführungen unter Punkt 3. a) verwiesen.

⁵⁹ Uleer/Miebach/Patt in: Abrechnung von Arzt- und Krankenhausleistungen - Kommentar, § 1 GOÄ, Rn. 6.

⁶⁰ Schrinner in: Huster/Kaltenborn, Krankenhausrecht, § 6, Rn. 47.

Ergänzend dazu sind die **beiliegenden**, von der DGUV herausgegeben, *Auslegungsgrundsätze zu den Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger zur Beteiligung am Durchgangsarztverfahren* in der Fassung vom 01.01.2011 – mit Stand vom 01.07.2019 – zu beachten. Darin werden unter Ziffer 5.2 folgende weitere Präzisierungen der Delegations- und Vertretungsmöglichkeiten vorgenommen:

Ähnlich wie im Rahmen der wahlärztlichen Leistungen und der chefärztlichen Privatambulanz ist auch im Rahmen der Durchgangsarztbehandlung die Leistungserbringung durch einen **ständigen Vertreter des D-Arztes** grundsätzlich zulässig. Allerdings muss dieser ständige ärztliche Vertreter zuvor vom zuständigen Landesverband der gesetzlichen Unfallversicherungsträger anerkannt worden sein und dieselben fachlichen Voraussetzungen erfüllen wie der D-Arzt nach den geltenden D-Arzt-Anforderungen.

Eine vorübergehende Vertretung im Falle der Abwesenheit des D-Arztes durch einen nicht-ständigen Vertreter ist lediglich bei Urlaub, Krankheit und Fortbildung zulässig, wenn es sich bei dem Vertreter um einen Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie oder einen Facharzt für Chirurgie mit Kenntnissen über die Heilverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung, einschließlich des Berichts- und Verordnungswesens, handelt.

Die Kernaufgaben durchgangsärztlicher Tätigkeit können vom D-Arzt am Krankenhaus auf Ärzte, die sich in Weiterbildung zum Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie befinden, **delegiert** werden. Das setzt jedoch voraus, dass ein Facharzt mit den fachlichen Voraussetzungen zur vorübergehenden Vertretung im Durchgangsarztverfahren kurzfristig zur Unterstützung verfügbar ist und sich der D-Arzt zuvor davon überzeugt hat, dass der weiterzubildende Arzt über ausreichende Erfahrungen in der Erbringung dieser fachbezogenen Leistungen sowie über Grundkenntnisse im Berichts- und Verordnungswesen der gesetzlichen Unfallversicherung verfügt. Zu diesen Aufgaben zählen insbesondere:

- Anamnese,
- Indikationsstellung,
- Untersuchung des Patienten einschließlich invasiver diagnostischer Leistungen und Hinzuziehung anderer Fachdisziplinen zur Klärung der Diagnose und zur Mitbehandlung im Rahmen der Erstversorgung.,
- Diagnosestellung,
- Aufklärung und Beratung des Patienten,
- Erstversorgung (§ 9 Arztervertrag), einschließlich der Ausstellung der in diesem Zusammenhang notwendigen Bescheinigungen und Verordnungen,
- Entscheidung über die Therapie im Rahmen der Erstversorgung.

Bezüglich der nur beschränkt delegationsfähigen und nicht delegationsfähigen Leistungen im Durchgangsarztverfahren wird auf die weiteren Ausführungen zu Ziffer 5.2 in der Anlage verwiesen.

Anlage

Auslegungsgrundsätze

zu den Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger zur Beteiligung am Durchgangsarztverfahren (in der Fassung vom 01.01.2011)*

Stand: 01.07.2019

Ziffer 2.1 (Fachliche und fachlich-organisatorische Weisungsfreiheit)

Die medizinische und organisatorische Weisungsfreiheit von angestellten Durchgangsarztinnen und Durchgangsarzten ist insbesondere an folgende Voraussetzungen geknüpft:

- Freie Entscheidungsmöglichkeit über die anzuwendenden Behandlungsmethoden.
- In ausreichender Zahl eigenes Personal, über das eine direkte Weisungs- und Dispositionsbefugnis besteht, muss zur Verfügung stehen.
- Dispositionsmöglichkeit über notwendige Räume und Sachmittel.

Ziffer 5.2 (Persönliche Leistungserbringung)

Am Durchgangsarztverfahren beteiligte Ärztinnen und Ärzte (D-Ärztin/D-Arzt) haben im Heilverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung eine besondere Stellung: Einerseits entscheiden sie nach Art und Schwere der Verletzung über die weitere Heilbehandlung und nehmen damit öffentlich-rechtliche Aufgaben für die gesetzlichen Unfallversicherungsträger wahr. Andererseits führen sie die Heilbehandlung von Arbeitsunfallverletzten selbst durch, um eine besondere unfallmedizinische Behandlung zu gewährleisten (§ 34 Abs. 1 SGB VII). Arbeitsunfallverletzte sind verpflichtet, sich bei einer D-Ärztin/einem D-Arzt vorzustellen. Die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung ist daher unabdingbar. An diese sind besondere Anforderungen zu stellen. Die unterschiedliche Aufgabenstellung der ambulant tätigen D-Ärztinnen/D-Ärzte und der an beteiligten Krankenhäusern tätigen D-Ärztinnen/D-Ärzte ist zu berücksichtigen.

D-Ärztinnen/D-Ärzte können sich nach Maßgabe der Durchgangsarzt-Anforderungen und der nachfolgenden Ausführungen in ihren Praxis-/Ambulanzräumen (nachfolgend Standort genannt) vertreten lassen (§ 24 Abs. 4 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger). Es werden zwei Vertretungsformen unterschieden:

- Die **Ständige Vertretung** bei Anwesenheit, als auch bei (regelmäßig wiederkehrender) Abwesenheit der D-Ärztin/des D-Arztes. Sie kann nur durch vom Landesverband der DGUV anerkannte Ständige Vertreterinnen/Vertreter im Durchgangsarztverfahren erfolgen. Diese müssen dieselben fachlichen Voraussetzungen erfüllen wie die D-Ärztin/der D-Arzt nach den geltenden D-Arzt-Anforderungen. Die Anerkennung ist von der D-Ärztin/vom D-Arzt beim zuständigen Landesverband der DGUV zu beantragen.
- Die **vorübergehende Vertretung** im Falle der Abwesenheit durch
 - Urlaub,
 - Krankheit oder
 - Fortbildung,

wenn eine Ständige Vertretung nicht zur Verfügung steht. Die vorübergehende Vertretung ist nur durch eine Fachärztin/einen Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie oder einer Fachärztin/einen Facharzt für Chirurgie (Muster-WBO vor 2005) ** mit Kenntnissen über die Heilverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung, einschließlich des Berichts- und Ordnungswesens, möglich.

Umfasst der Vertretungszeitraum **mehr als 4 Wochen**, ist darüber unverzüglich der zuständige Landesverband der DGUV zu informieren, der über die Vertretung, bzw. deren Fortsetzung entscheidet.

Sowohl bei der vorübergehenden, als auch der Ständigen Vertretung bleibt die letztendliche Verantwortung der D-Ärztin/ des D-Arztes unberührt.

1. Ambulant tätige D-Ärztinnen/D-Ärzte

Ambulant tätige D-Ärztinnen/D-Ärzte können in einer Praxis, einem MVZ, einer sonstigen Berufsausübungsgemeinschaft oder einem Krankenhaus **ohne** Beteiligung an den stationären Heilverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung tätig sein.

Die Kernaufgaben hat die D-Ärztin/der D-Arzt persönlich zu erfüllen. Hierzu zählen insbesondere:

- Anamnese,
- Indikationsstellung,
- Untersuchung des Patienten, einschließlich invasiver diagnostischer Leistungen,
- Diagnosestellung, einschließlich Auswertung der Befunde beim Einsatz bildgebender Verfahren (§ 24 Abs. 3 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger) im unmittelbaren Zusammenhang mit der Beurteilung von Art oder Schwere der Verletzung,
- Aufklärung und Beratung des Patienten,
- Entscheidung über die Therapie,
- Durchführung invasiver Therapien, einschließlich der Kernleistungen operativer Eingriffe,
- Entscheidung über die Einleitung besonderer und allgemeiner Heilbehandlung,
- Hinzuziehung anderer Fachdisziplinen zur Diagnostik und/oder Mitbehandlung (§ 12 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger),
- Erstattung der Berichte und Verordnungen im Durchgangsarztverfahren.

Kann die D-Ärztin/der D-Arzt diese Leistungen nicht persönlich erbringen, muss sie/er sich von einer vom Landesverband anerkannten Ständigen Vertreterin oder einem anerkannten Ständigen Vertreter im Durchgangsarztverfahren am Standort vertreten lassen. Ist eine anerkannte Ständige Vertreterin oder anerkannter Ständiger Vertreter im Durchgangsarztverfahren nicht vorhanden, darf im Falle der vorübergehenden Abwesenheit (Urlaub, Krankheit, Fortbildung) die Delegation auf eine Ärztin/einen Arzt am Standort erfolgen, wenn diese/dieser die Anforderungen für die vorübergehende Vertretung im Durchgangsarztverfahren erfüllt. Die Hinweise zur zeitlichen Begrenzung der vorübergehenden Vertretung im Durchgangsarztverfahren sind zu beachten.

** für am Durchgangsarztverfahren beteiligte Kinderchirurgen/-innen kann dies auch ein/eine zum Führen der deutschen Facharztbezeichnung Kinderchirurgie oder der bisherigen deutschen Teilgebietsbezeichnung Kinderchirurgie berechnigte/-r Arzt/Ärztin sein.

2. Am Krankenhaus tätige D-Ärztinnen/D-Ärzte

Die nachfolgenden Ausführungen gelten für D-Ärztinnen/D-Ärzte an Krankenhäusern **mit Beteiligung** an den stationären Heilverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung (stationäres Durchgangsarztverfahren, Verletzungsarten- oder Schwerstverletzungsartenverfahren) und beinhalten sowohl die ambulante, als auch stationäre Versorgung. Sie gelten auch für Versorgungen außerhalb der unfallärztlichen Bereitschaftszeiten nach Ziffer 5.3 der Durchgangsarztanforderungen. Spezielle Forderungen aufgrund einer bestehenden Beteiligung an den stationären Heilverfahren zur Verfügbarkeit der Fachkompetenz „Spezielle Unfallchirurgie“ bleiben hiervon unberührt.

Delegationsfähige durchgangsarztliche Tätigkeiten

Zu den delegationsfähigen durchgangsarztlichen Tätigkeiten zählen insbesondere:

- Anamnese,
- Indikationsstellung,
- Untersuchung des Patienten, einschließlich invasiver diagnostischer Leistungen und Hinzuziehung anderer Fachdisziplinen zur Klärung der Diagnose und zur Mitbehandlung im Rahmen der Erstversorgung,
- Diagnosestellung,
- Aufklärung und Beratung des Patienten,
- Erstversorgung (§ 9 Ärztevertrag), einschließlich der Ausstellung der in diesem Zusammenhang notwendigen Bescheinigungen und Verordnungen,
- Entscheidung über die Therapie im Rahmen der Erstversorgung.

Die vorgenannten Leistungen können an Ärztinnen/Ärzte, die sich in Weiterbildung zur Fachärztin/zum Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie *** befinden, delegiert werden, wenn

- eine Fachärztin/ein Facharzt mit den fachlichen Voraussetzungen zur vorübergehenden Vertretung im Durchgangsarztverfahren kurzfristig zur Unterstützung verfügbar ist (bis 18:00 Uhr anwesend, danach innerhalb von 20 Min. im Rufdienst)
- und**
- die D-Ärztin/der D-Arzt sich zuvor davon überzeugt hat, dass die weiterzubildende Ärztin/der weiterzubildende Arzt über ausreichende Erfahrungen in der Erbringung dieser fachbezogenen Leistungen sowie über Grundkenntnisse im Berichts- und Verordnungswesen der gesetzlichen Unfallversicherung verfügt.

Beschränkt delegationsfähige durchgangsarztliche Tätigkeiten

- Durchführung der besonderen Heilbehandlung (§ 27 Abs. 1 S. 2 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger),
- Durchführung invasiver Therapien einschließlich der Kernleistungen operativer Eingriffe,
- Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln.

*** für am Durchgangsarztverfahren beteiligte Kinderchirurgen/-innen kann dies auch ein/eine Arzt/Ärztin in Weiterbildung zum Facharzt Kinderchirurgie sein.

Diese Leistungen können auf nachgeordnete Fachärztinnen/Fachärzte, die die fachlichen Anforderungen für die vorübergehende Vertretung im Durchgangsarztverfahren erfüllen, delegiert werden, wenn die D-Ärztin/der D-Arzt sich zuvor davon überzeugt hat, dass die Fachärztin/der Facharzt über ausreichende Erfahrungen in der Erbringung dieser fachbezogenen Leistungen sowie über Grundkenntnisse im Berichts- und Verordnungswesen der gesetzlichen Unfallversicherung verfügt.

Nicht delegationsfähige durchgangsarztliche Tätigkeiten

Die nachfolgend genannten Leistungen sind **höchstpersönlich** von der D-Ärztin/dem D-Arzt oder anerkannte Ständige Vertreterin/Vertreter zu erbringen:

- Überprüfung der Diagnose einschließlich Auswertung der Befunde beim Einsatz der Röntgendiagnostik und ggf. anderer bildgebender Verfahren im unmittelbaren Zusammenhang mit der Beurteilung von Art oder Schwere der Verletzung, insbesondere anlässlich der durchgangsarztlichen Berichterstattung (Durchgangsarztbericht - F 1000, Verlaufsbericht - F 2100)
- Entscheidung über die Einleitung besonderer oder allgemeiner Heilbehandlung
- Unterzeichnung/verantwortliche Freigabe der Berichte im Durchgangsarztverfahren, insbesondere des Durchgangsarztberichtes und des Verlaufsberichtes

Nur für D-Ärztinnen/D-Ärzte an einem Krankenhaus mit Beteiligung am stationären Durchgangsarztverfahren gilt folgende Ausnahmeregelung:

Kann die D-Ärztin/der D-Arzt die nicht delegationsfähigen Tätigkeiten infolge vorübergehender Abwesenheit (Urlaub, Krankheit, Fortbildung) nicht selbst erbringen und ist eine anerkannte Ständige Vertreterin oder ein anerkannter Ständiger Vertreter im Durchgangsarztverfahren nicht vorhanden, darf eine Delegation auf eine Ärztin/einen Arzt erfolgen, die/der die Anforderungen für die vorübergehende Vertretung im Durchgangsarztverfahren erfüllt. Die Hinweise zur zeitlichen Begrenzung der vorübergehenden Vertretung im Durchgangsarztverfahren sind zu beachten.

Ziffer 5.3 (Unfallärztliche Bereitschaft)

Der Begriff „Unfallärztliche Bereitschaft“ erfordert grundsätzlich die Präsenz der D-Ärztin/des D-Arztes in der Praxis.

Bei kurzzeitiger Abwesenheit muss die Praxis geöffnet sein und die D-Ärztin/der D-Arzt diese innerhalb von 15 Min. erreichen können.

Innerhalb der unfallärztlichen Bereitschaftszeit besteht für ambulant tätige D-Ärztinnen und D-Ärzte (vgl. vorstehende Ausführungen unter Pkt. 1.) die Möglichkeit, sich an einem ganzen oder zwei halben Tagen in der Woche durch eine andere D-Ärztin/einen anderen D-Arzt an einem anderen Standort vertreten zu lassen. Primär anzustreben ist eine Vertretung durch anerkannte Ständige Vertreterinnen/Vertreter (s. Ziffer 5.2) am Standort. Ist dies nicht möglich, kann die Vertretung durch die D-Ärztin/den D-Arzt erfolgen, sofern deren/dessen Standort nicht weiter als 5 km entfernt oder innerhalb von 20 Minuten erreichbar ist. Diese

Vertretungsregelung ist durch schriftliche Vereinbarung mit der/dem vertretenden D-Ärztin/D-Arzt sicherzustellen. Auf diese Vertretungsregelung ist durch Aushang am Praxiseingang, Ansage auf dem Anrufbeantworter und ggf. Eintrag auf der Internet-Homepage hinzuweisen.

Soweit am Standort mehr als eine Ärztin/ein Arzt in das Durchgangsarztverfahren eingebunden ist (D-Arztbeteiligung, Ständige Vertretung), ist die unfallärztliche Bereitschaft innerhalb der Praxis zu gewährleisten.

Ziffer 6.5.1 (Gefährdung der Versorgung Arbeitsunfallverletzter in der Fläche)

Die Fallzahl von 250**** erstversorgten Arbeitsunfallverletzten pro Jahr wird standortbezogen ermittelt.

Von einer Gefährdung der Versorgung Arbeitsunfallverletzter in der Fläche ist dann auszugehen, wenn

- die Verhältniszahl von D-Ärztinnen/D-Ärzten zu Versicherten in einem Landkreis oder einer kreisfreien Stadt über 1:30.000 liegt
oder
- in einer Region innerhalb von 30 Minuten keine D-Ärztin/kein D-Arzt zu erreichen ist, die in einer Praxis, einem MVZ oder einer sonstigen Berufsausübungsgemeinschaft tätig sind.

**** Für am Durchgangsarztverfahren beteiligte Kinderchirurgen/-innen gilt abweichend eine Fallzahl von 80