

# Abrechnung ambulanter Leistungen durch Privatkliniken

1. Juni 2003

---

**Fragestellung: „Können Privatkliniken ambulante ärztliche Leistungen abrechnen?“**

## 1. Gebührenordnung

Grundsätzlich erfolgt die Abrechnung ambulanter ärztlicher Leistungen über die Gebührenordnung für Ärzte.

### § 1 Anwendungsbereich

(1) Die Vergütungen für die beruflichen Leistungen der Ärzte bestimmen sich nach dieser Verordnung, soweit nicht durch Bundesgesetz etwas anderes bestimmt.

(2) Vergütungen darf der Arzt nur für Leistungen berechnen, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst für eine medizinisch notwendige ärztliche Versorgung erforderlich sind. Leistungen, die über das Maß einer medizinisch notwendigen ärztlichen Versorgung hinausgehen, darf er nur berechnen, wenn sie auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht worden sind.

In § 1 „Anwendungsbereich“ wird darauf hingewiesen, dass sich die Vergütung für die beruflichen Leistungen der Ärzte nach dieser Verordnung bestimmen, soweit nicht durch Bundesgesetz etwas anderes geregelt ist.

Aus den einschlägigen Kommentaren ergibt sich aber, dass die GOÄ für *„selbständig abrechnende Masseur, Krankengymnasten etc. oder für medizinische Einrichtung, wie vor allem Krankenhäuser, die als Institution liquidieren nicht“*<sup>1</sup> anzuwenden ist.

Damit kann die Klinik ärztliche ambulante Leistungen nicht unmittelbar über die GOÄ abrechnen.

## 2. Bundespflegesatzverordnung

§ 1 der Bundespflegesatzverordnung ermöglicht die Abrechnung von ambulanten Leistungen oder auch ambulanten Operationen durch das Krankenhaus.

### § 1 Anwendungsbereich

(1) die stationären und teilstationären Leistungen der Krankenhäuser werden nach dieser Verordnung vergütet.

(2) diese Verordnung gilt nicht für

1. Die Krankenhäuser, auf die das Krankenhausfinanzierungsgesetz nach seinem § 3 Abs. 1 Nr. 1 – 4 keine Anwendung findet.

2. Die Krankenhäuser, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2, 4 oder 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht gefördert werden, es sei denn, dass diese

---

<sup>1</sup> HerdKommentar EBV und GOÄ, Asgard Verlag, St. Augustin, 55.Lfg. Stand 1.1.02, § 1

Krankenhäuser aufgrund Landesrechts nach § 5 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gefördert werden.

(3) Die vor- und nachstationäre Behandlung wird für alle Benutzer einheitlich nach § 115a des V. Buches Sozialgesetzbuch vergütet. Die ambulante Durchführung von Operationen im Krankenhaus wird für die gesetzlich versicherten Patienten nach § 115b des V. Buches Sozialgesetzbuch und für sonstige Patienten nach den für sie geltenden Vorschriften, Vereinbarungen oder Tarife vergütet.

*In § 1 Abs. 3 Satz 2 wird hinsichtlich der ambulanten Durchführung von Operationen im Krankenhaus eine Differenzierung vorgenommen. Es wird hier davon ausgegangen, dass bei ambulanten Operationen im Krankenhaus eine Unterscheidung nach Kostenträgern möglich ist und dass für die ambulanten Operationen, die nach § 115b SGB V vereinbarte Vergütung nicht auch im Verhältnis zum Selbstzahler maßgeblich ist. Dies lässt sich insoweit mit der Regelung des § 17 Abs. 1 KHG in Einklang bringen, als der Grundsatz der Einheitlichkeit der Entgelte eine Differenzierung nach Kostenträgern lediglich im Bereich der Pflegesätze, d.h. bei der Vergütung stationärer und teilstationärer sowie vor- und nachstationärer Leistungen ausschließt. Eine unterschiedliche Abrechnung ist allerdings auch ohne die Einschlägigkeit des Differenzierungsverbotes nach § 17 Abs. 1 KHG dann problematisch, wenn identische Leistungen zu unterschiedlichen Preisen angeboten und erbracht werden (vgl. hierzu § 315 BGB). Durch die Inbezugnahme der für die Selbstzahler geltenden Vorschriften, Vereinbarungen oder Tarife im Sinne des § 1 Abs. 3 Satz 2 wird auf das breitest denkbare Spektrum der Vergütungsregelungen abgestellt. Mit dem Begriff „Vorschriften“ sind Normbestimmungen gemeint; mit „Vereinbarung“ wird auf vertragliche Absprachen verwiesen und mit „Tarifen“ wird auf die Möglichkeit der einseitigen Preisgestaltung durch die Leistungserbringer hingewiesen.*

*Grundsätzlich kann jedes Haus seinen Haustarif selbst entwickeln oder in Anlehnung an bestehende Vergütungsregelungen durch vertragliche Vereinbarungen mit dem Patienten festlegen.<sup>2</sup>*

In diesem Zusammenhang kann eine hilfsweise Heranziehung der GOÄ als Haustarif erfolgen. Gleiches gilt auch in Bezug auf den DKG-NT. Beide können als sogenannte Haustarife angesehen werden.

*Oftmals wird auf den von der DKG im Jahre 1957 entwickelten „Krankenhaustarif für ambulante Leistungen und stationäre Nebenleistungen (DKG-NT)“ Bezug genommen.*

*Dessen in der 25. Auflage seit 1995 vorliegender Band I regelt, teilweise in Anlehnung an die GOÄ, die Liquidation von Institutsleistungen des Krankenhauses gegenüber Selbstzahlern, wobei jeweils die Werte der Spalte „Vollkosten“ (Abschnitt A bis R, Spalte 7 und Abschnitt S, Spalte 3) zugrunde gelegt werden.“*

*Vorstehendes gilt allerdings nur hinsichtlich derjenigen ambulanten Leistungen, die als Institutsleistung des Krankenhauses angesehen werden können (vgl. Seite 7). Wird die ambulante Leistung im Rahmen der Krankenhausambulanz durch liquidationsberechtigte Krankenhausärzte erbracht, so findet die GOÄ nach ihrem § 1 Abs. 1 zwingend Anwendung.<sup>2</sup>*

## § 2 Bundespflegesatzverordnung

(1) Krankenhausleistung nach § 1 Abs. 1 sind insbesondere ärztliche Behandlungen, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die für die Versorgung im Krankenhaus notwendig sind sowie Unterkunft und Verpflegung – sie umfassen allgemeine

<sup>2</sup> Uleer / Miebach / Patt; Abrechnung von Arzt- und Krankenhausleistungen, C.H.Beck Seite 120

Krankenhaus- und Wahlleistungen. Zu den Krankenhausleistungen gehören nicht die Leistungen der Belegärzte (§ 23) sowie der Beleghebammen und -entbindungspfleger.

(2) Allgemeine Krankenhausleistungen sind die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung dieses Patienten notwendig sind. Unter diese Voraussetzung gehören dazu auch

1. die während des Krankenhausaufenthaltes durchgeführten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten im Sinne des 5. Buches Sozialgesetzbuch,
2. die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter,
3. die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten,
4. die besonderen Leistungen von Tumorzentren und onkologischen Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von krebskranken Patienten.

Nicht zu den Krankenhausleistungen gemäß Nr. 2 gehört eine Dialyse, wenn hierdurch eine entsprechende Behandlung fortgeführt wird, das Krankenhaus keine eigene Dialyseeinrichtung hat und ein Zusammenhang mit dem Grund der Krankenhausbehandlung nicht besteht.

*Unter Institutsleistungen sind die ambulanten Leistungen zu verstehen, die das Krankenhaus mit Hilfe seines angestellten ärztlichen pflegerischen und sonstigen Personals als alleiniger Vertragspartner und Leistungsschuldner erbringt. Ambulante Leistungen können als Institutsleistungen mit Sozialleistungsträgern nur abgerechnet werden, wenn zwischen dem Krankenhaus und z.B. der zuständigen kassenärztlichen Vereinigung ein „Institutsvertrag“ abgeschlossen ist, z.B. über die Notfallbehandlungen und die ambulanten Leistungen der physikalischen Therapie.<sup>3</sup>*

Es bleibt also festzuhalten, dass es grundsätzlich möglich ist, auch sämtliche ambulanten Leistungen über die Klinik abzurechnen als sogenannte Institutionsleistung.

### **3. Versicherungsvertragliche Aspekte**

Die maßgebliche Vorschrift ist § 4 MB/KK der den Leistungsumfang der Versicherer festlegt.

#### **§ 4 Umfang der Leistungspflicht**

(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.

(2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.

(3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 2 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

(4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

(5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im

<sup>3</sup> Purzer / Haertle; Das Abrechnungswesen der Krankenhäuser, Handkommentar, Verlag Boorberg Seite 101 A3)

übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

*Es hat sich in den 60er und 70er Jahren mit der Entstehung von Kliniken, die sich auf ambulante Untersuchung und Behandlung konzentrieren eine neue Geschäftsform des Behandlungsvertrages ergeben, bei der als Vertragspartner des Patienten Rechtspersonen (Gesellschaften) auftreten, welche die Behandlung durch angestellte Ärzte ausführen lassen. Um die befürchteten höheren Kosten solcher Behandlungen durch Rechtspersonen, die an ärztliches Berufs- und Gebührenrecht nicht gebunden sind, nicht in das versicherte Risiko einzubeziehen, ist in Abs. 2 die Arztwahl auf niedergelassene Ärzte beschränkt worden. Arztwahl meint hierbei nicht (nur) die Wahl der behandelnden Person, sondern die Wahl des Partners des Behandlungsvertrages.*

*Entgegen der Annahme des BGH (vgl. DKD Urteil VersR 78,267,269, linke Spalte) lagen diese Erwägungen der Risikobegrenzung in Abs. 2 zugrunde (vgl. Gitter NJW 80,2745,2746, linke Spalte).*

*Der Begriff des niedergelassenen Arztes schließt deshalb ein, dass der Arzt selbstständiger, d.h. nicht nur medizinisch, sondern in jeder Hinsicht weisungsfreier Vertragspartner des Patienten/Versicherungsnehmer ist. (LG Köln VersR 77,716 ff.). Die Bestimmung will damit ersichtlich nur solche Ärzte als Vertragspartner des Versicherungsnehmers zulassen, die den Regeln der BÄO unterliegen und dem ärztlichen Berufsrecht verpflichtet sind. Danach sind weder Rechtspersonen noch bei diesen angestellte Ärzte „niedergelassene Ärzte“ im Sinne von Abs. 2 (BGH VersR 78,268 linke Spalte; LG Köln VersR 77, 760 ff.; a.A. LG Kleve VersR 73, 560).*

*Der BGH (VersR 78,267 ff. = NJW 78,589) hat hiervon eine Ausnahme gemacht für ambulante Behandlungen in Krankenhäusern, die zwar in Form einer juristischen Person organisiert, jedoch zugleich anerkanntes Krankenhaus im Sinne von § 4 Abs. 4 MB/KK.<sup>4</sup>*

Die in Absatz vier erwähnten Mindestvoraussetzungen erfüllt heutzutage fast jede Krankenanstalt. Einschränkungen bei der Krankenhauswahl ergeben sich nur noch durch den Leistungsausschluss in Absatz 5; danach werden die Kosten eines stationären Krankenhausaufenthalts in solchen Krankenanstalten, die zwar die Krankenhausvoraussetzungen des Absatz vier erfüllen, gleichzeitig aber auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen, oder Rekonvaleszenten aufnehmen, nur dann erstattet, wenn der Versicherer vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat. (vgl. Bach Moser a.A. RndNr. 31,39).

*Zur Kritik der Entscheidung vergleiche Gitter NJW 80,2745 ff. Die Auffassung des BGH ist schon im Ausgangspunkt, der Frage des Auslegungsmaßstabes unzutreffend. Das vom BGH erzielte Ergebnis kommt vor allem deshalb zustande, weil der BGH nimmt, Abs. 2 restriktiv auslegen zu können; dies mit der Begründung, dass Abs. 2, wenn er die Erstattung für Behandlung durch angestellte Ärzte eines als juristische Person organisierten, anerkannten Krankenhauses im Sinne von Abs. 4 Ausnahme, im Verhältnis zu Abs. 4 Risikoausschluss sei.“<sup>4</sup>*

---

<sup>4</sup> Bach / Moser Private Krankenversicherung MB/KK – und MB / KT Kommentar, 2. Auflage, Verlag C.H. Beck Seite 191 RndNr. 31)