iww

CB

ChefärzteBrief

06 | 2026

Management und Recht im Klinikalltag



Management
Anders als die anderen: Pflegekräfte in den sozialen Medien rekrutieren

Recht
Schadenersatzanspruch des (Chef-)Arztes wegen unterlassener Zielvereinbarung

Privatliquidation
Radiologische Zweitmeinung nach GOÄ korrekt und vollständig abrechnen

Pflegedirektor Kevin Heinrich und Pflegekommunikator John Victor Lopes, Marienkrankenhaus Hamburg

„Unsere Reichweite in den sozialen Medien begeistert Menschen für den Pflegeberuf!“

Praxiswissen auf den Punkt gebracht

Inhalt

KURZ INFORMIERT

1 – Arztrechnung mit „ausgedachter“ GOÄ-Position wird nicht fällig!

1 – Ambulante OP: Bleiben die EBM-Nrn. 01647 und 01648 für das Befüllen der ePA auch nach dem 30.06.2026 berechnungsfähig?

2 – Belastungs-EKG am selben Tag wie Stressechokardiografie: PKV beruft sich auf GOÄ und lehnt Erstattung ab – zu Recht?

2 – Wechsel von zwei Komponenten einer Knie-TEP: Sind zwei Einzelleistungen oder ist insgesamt die Nr. 2150 GOÄ analog abzurechnen?

MANAGEMENT

3 – Anders als die anderen: Pflegekräfte in den sozialen Medien rekrutieren

6 – „Unsere Reichweite in den sozialen Medien begeistert Menschen für den Pflegeberuf!“

8 – Darum ist Antibiotic Stewardship (ABS) auch in Ihrer Abteilung sinnvoll

RECHT

12 – Schadenersatzanspruch des (Chef-)Arztes wegen unterlassener Zielvereinbarung

17 – OLG korrigiert Obergrenze für Schmerzensgeld: Auch über 500.000 Euro sind möglich!

18 – Selbstzahlerklausel unwirksam: GKV-Patient wehrt sich gegen Forderung von 15.300 Euro

PRIVATLIQUIDATION

19 – Radiologische Zweitmeinung nach GOÄ korrekt und vollständig abrechnen

CB-PODCAST „LEVEL UP KLINIKFÜHRUNG“

06.05.2026 Episode 16: Authentisch statt Hochglanz – so gelingt Recruiting über Social Media

08.04.2026 Episode 15: Flache Hierarchien, starke Teams: So gelingt die Zusammenarbeit

18.03.2026 Episode 14: Preisgekrönte PJ-Ausbildung: Erfolgsrezepte für zukünftige Ärzte

23.02.2026 Episode 13: Physician Assistants als Effizienz-Booster in der Krankenhausabteilung

02.02.2026 Episode 12: KI-Update – neue Erkenntnisse und Aufgaben für Chefärzte

15.01.2026 Episode 11: Interdisziplinäre Zusammenarbeit: Der Schlüssel zur modernen Klinikorganisation

11.12.2025 Episode 10: Der unterschätzte Hebel: Netzwerken als Innovationsturbo für Chefärztinnen und Chefärzte

18.11.2025 Episode 9: Schwarzwaldklinik war gestern – wie Ergebnisqualität Klinikführung neu schreibt

27.10.2025 Episode 8: Recruiting als Chefsache – so finden Chefärztinnen und Chefärzte qualifizierte Fachkräfte für ihre Abteilung

ALLE FOLGEN ZUM REINHÖREN

WIR HELFEN IHNEN GERNE!

Für Fragen zur Berichterstattung:
Stefan Lemberg
Redakteur, (verantwortlich)

Telefon *02596 922-49*
Fax *02596 922-80*
E-Mail *lemberg@iww.de*

Nehmen Sie Kontakt mit uns auf:

● Urteil/Gebührenrecht

Arztrechnung mit „ausgedachter“ GOÄ-Position wird nicht fällig!

Stellt ein Arzt für eine privatärztliche Behandlung eine Rechnung aus, so darf er sich hierfür nicht eine Gebührenposition ausdenken, die in der GOÄ gar nicht vorgesehen ist. Dies hat das Landessozialgericht (LSG) Berlin-Brandenburg entschieden (Urteil vom 27.02.2026, Az. L 4 KR 289/21).

Kreative Abrechnung: Arzt erfindet neue GOÄ-Ziffer für Immunadsorption

In diesem kuriosen Fall hatte eine gesetzlich versicherte Patientin bei ihrer Krankenkasse eine sog. Immunadsorption beantragt. Hierbei handelt es sich um ein Blutreinigungsverfahren, das u. a. zur Behandlung von Autoimmunerkrankungen eingesetzt wird. Nachdem die Krankenkasse diese Leistung abgelehnt hatte, ließ sich die Patientin auf eigene Kosten privatärztlich behandeln und reichte die Rechnungen ihres Arztes anschließend bei der Krankenkasse zur Kostenerstattung ein. Die Krankenkasse lehnte erneut ab.

Aus der bisher ausschließlich vorliegenden Pressemitteilung des Gerichts geht hervor, dass ein Anspruch der Versicherten auf Kostenerstattung vorausgesetzt hätte, dass sie einer wirksamen Zahlungsverpflichtung ausgesetzt war. Eine nicht fällige Rechnung genüge hierfür jedoch nicht. Der Fälligkeit der Arztrechnung stehe entgegen, dass diese eine der in der GOÄ genannten Mindestvoraussetzungen nicht erfülle, nämlich die Angabe einer Gebührenposition für die berechnete Leistung. Der Arzt hatte hier für die Immunadsorption eine GOÄ-Ziffer angegeben, die in der GOÄ überhaupt nicht enthalten ist.

mitgeteilt von RA, FA für MedR, Mediator Dr. Tobias Scholl-Eickmann,
Dortmund, kanzlei-am-aerztehaus.de

● Sektorenübergreifende Leistungen

Ambulante OP: Bleiben die EBM-Nrn. 01647 und 01648 für das Befüllen der ePA auch nach dem 30.06.2026 berechnungsfähig?

FRAGE: „Ich habe eine Frage zur Befüllung der elektronischen Patientenakte (ePA) nach EBM-Nr. 01648 (Erstbefüllung) bzw. EBM-Nr. 01647 (Folgebefüllung). Von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) war diese bislang nur bis zum 30.06.2026 vorgesehen. Wie verhält sich das bei der Abrechnung ambulanter OPs?“

Nach aktuellem Stand (27.04.2026) sind beide Ziffern auch nach dem 30.06.2026 ansatzfähig

ANTWORT: Sowohl die EBM-Nr. 01648 als auch die EBM-Nr. 01647 können im Zusammenhang mit ambulanten Operationen abgerechnet werden. Beide EBM-Nrn. gehören zu dem Katalog der Leistungen, die in einem Zeitraum von drei Tagen – beginnend mit dem OP-Tag – abgerechnet werden können (vgl. Präambel Nr. 8 zum Abschnitt 31.2 EBM). Nach aktuellem Stand können beide Nrn. auch über den 30.06.2026 hinaus abgerechnet werden. Der o. g. Termin (30.06.2026) bezieht sich offenbar auf den Beschluss des Bewertungsausschusses vom 05.12.2025 (online unter iww.de/s15579). Danach sollen bis 30.06.2026 etwaige Anpassungen geprüft werden. Da jedoch im Entwurf des GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes eine komplette Streichung der ePA-Ziffern 01431, 01647 und 01648 ab 2027 geplant ist, spricht wenig dafür, dass noch Änderungen vorgenommen werden.

● Kardiologie

Belastungs-EKG am selben Tag wie Stressechokardiografie: PKV beruft sich auf GOÄ und lehnt Erstattung ab – zu Recht?

FRAGE: „Eine private Krankenversicherung (PKV) lehnt die Erstattung eines Belastungs-EKGs ab, da am selben Tag eine Stressechokardiografie durchgeführt wurde. Begründung: Das Belastungs-EKG sei nicht medizinisch notwendig. Beide Ziffern schließen sich aber nach der GOÄ nicht aus. Mit welchen Argumenten kann man gegen die Entscheidung der PKV vorgehen?“

Ausschluss auch für GOÄ-Ziffern, die Teil einer anderen, bereits berechneten Leistung sind

ANTWORT: Ein Ausschluss von GOÄ-Ziffern ergibt sich nicht nur, wenn die allgemeinen Abrechnungsbestimmungen Ausschlüsse enthalten, sondern auch, wenn Leistungen ggf. Bestandteil einer bereits berechneten Leistung sind und separat berechnet werden. Zudem dürfen nach § 1 Abs. 2 GOÄ nur Leistungen berechnet werden, die *„nach den Regeln der ärztlichen Kunst für eine medizinisch notwendige ärztliche Versorgung erforderlich sind“*. Darüber hinausgehende Leistungen sind nur auf Verlangen des Zahlungspflichtigen zu erbringen. Selbstverständlich liegt die Entscheidung über die patientenindividuelle medizinische Notwendigkeit beim Arzt und nicht beim Versicherer.

Stressechokardiografie kann nach EKG indiziert sein, begründen Sie die Indikation gegenüber der PKV!

Bei der Stressechokardiografie handelt es sich um eine Untersuchung, die wie das Langzeit-EKG unter ergometrischer Belastung und zusätzlich unter medikamentöser Belastung erfolgt. Eine gewisse Leistungsüberschneidung ist daher nicht von der Hand zu weisen, zumindest wenn im Rahmen der Untersuchung zeitgleich auch ein EKG abgeleitet wird. Allerdings kann sich auch fallindiziert ergeben, dass nach einem EKG eine Stressechokardiografie vorgenommen wird (z. B. wenn ein vorausgegangenes EKG trotz bestimmter Verdachtsmomente keinen eindeutigen Befund ergab). Die medizinische Indikation sollte daher der Versicherung dargelegt werden.

● Orthopädie

Wechsel von zwei Komponenten einer Knie-TEP: Sind zwei Einzelleistungen oder ist insgesamt die Nr. 2150 GOÄ analog abzurechnen?

FRAGE: „Ein Patient hat bereits eine künstliche Patella und eine Knie-Totalendoprothese (TEP). Nun werden der Patellaersatz und das Inlay der Knie-TEP gewechselt. Die Ziffern für den Inlaywechsel sind bekannt. In dieser Kombination ist aber unklar, ob wir Einzelleistungen abrechnen sollten oder z. B. eine analoge Abrechnung der Nr. 2150 GOÄ versuchen können.“

Rechnen Sie die Nr. 2145 GOÄ ab!

ANTWORT: Nr. 2150 GOÄ bezieht sich auf das Hüftgelenk. In Anbetracht von in der GOÄ enthaltenen Leistungspositionen für Knieeingriffe erscheint – auch in Analogie – eine entsprechende Wahl unter diesen Leistungspositionen zweckmäßiger, da sich eine Analogie nach § 6 Abs. 2 GOÄ neben Kosten und Zeitaufwand auch nach der Art des Eingriffs (Kniegelenk) richten sollte. Da hier zwei Komponenten gewechselt werden, ist der zeitliche Aufwand sicherlich größer als der eines Eingriffs nach Nr. 2150 GOÄ, der nur eine Komponente (Hüftkopf oder Pfanne) umfasst. Deshalb würden wir hier Nr. 2145 GOÄ (Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Ellenbogen- oder Kniegelenks) als Analogbewertung für den gesamten Eingriff empfehlen.

– Personal

Anders als die anderen: Pflegekräfte in den sozialen Medien rekrutieren

von Maja Roedenbeck Schäfer, Recruiting-Beraterin, Berlin, recruiting2go.de

Dass soziale Medien neben der Karrierewebsite oder Klebeanzeigen in Bus und Bahn zum Personalmarketing dazugehören, ist im Gesundheitswesen angekommen. Umso wichtiger, Plattformen wie Instagram nicht einfach nur irgendwie zu bedienen, sondern mit höchster Professionalität und einem Kommunikationsansatz, der sich von anderen abhebt.

Die sozialen Medien folgen eigenen Gesetzen

Social-Media-Auftritte ermöglichen authentische Einblicke in Echtzeit

Instagram, LinkedIn und TikTok sind aktuell die wichtigsten Social-Media-Plattformen für die Gewinnung von Pflegekräften, aber auch von Physiotherapeuten, Ärzten und anderen Berufsgruppen in Gesundheitseinrichtungen. Anders als in Plakatkampagnen, die Monate im Voraus konzipiert werden, kann man dort in Echtzeit authentische Einblicke in den Arbeitsalltag bieten – als Unternehmen, aber auch als einzelnes Team.

Handwerkliches Wissen spielt eine große Rolle

Dass die sozialen Medien kein Ort sind, um Pressemeldungen wortwörtlich zu wiederholen, ist klar. Sie haben eine eigene Sprache, die sich sogar von Plattform zu Plattform noch einmal unterscheidet, und eigene Nutzungsgewohnheiten. Umgekehrt sind aber auch Videos von tanzenden Pflegekräften allein nicht der Schlüssel zum Erfolg. Selbst wenn Humor und Mut zum „Unperfektsein“ bei Bewerbenden gern gesehen sind, spiel daneben ganz viel Handwerkswissen eine Rolle: Welche Hashtags müssen bedient werden? Welche Memes gehen gerade viral? Wie lassen sich auf den einzelnen Plattformen technisch und inhaltlich Verlinkungen zu relevanten Stellenanzeigen in den Content einbauen?

Sie agieren nicht im luftleeren Raum

Die Konkurrenz schläft nicht

Die wichtigste Erkenntnis: Personalmarketing in den sozialen Netzwerken findet nicht im luftleeren Raum statt, sondern eingebettet in das, was die Konkurrenz gerade tut. Dazu gehören in erster Linie andere Gesundheitseinrichtungen in der Region, aber auch Trends, die andere Branchen in der Arbeitgeberkommunikation deutschlandweit setzen. Denn gerade wer Auszubildende sucht, bewegt sich in einer bunten, verführerischen Recruiting-Welt. Bewerbende sind etwa Employer-Branding-Filme (CB 03/2026, Seite 10 f.), die es mit Kinowerbespots aufnehmen können, KI-gesteuerte Matching-Plattformen, die sie mit dem perfekten Arbeitgeber zusammenbringen, Begrüßungsvideos in der Bewerbungseingangsbestätigung oder WhatsApp-Kommunikation mit der Pflegedirektion gewohnt.

Die gute Nachricht: Es gibt immer noch verhältnismäßig einfache Methoden, um der Konkurrenz einen Schritt voraus zu sein. Nicht viele Unternehmen

Krankenhausabteilungen können auch eigenständig PR und Personalgewinnung betreiben

beschäftigen ein gut qualifiziertes, nachhaltig installiertes und mit genügend Zeitressourcen ausgestattetes Team aus Corporate Influencern. Also eigenen Mitarbeitenden aus verschiedenen Unternehmensbereichen, die zuverlässig und professionell Professional Content für die Social-Media-Plattformen liefern. Nicht viele Chefärzte und Stationsleitungen haben verstanden, dass sie auf LinkedIn die Möglichkeit haben, unabhängig von der Unternehmenskommunikation und der Personalabteilung selbst Öffentlichkeitsarbeit und Personalgewinnung zu betreiben.

PRAXISTIPP – Halten Sie sich immer wieder die Faustregel vor Augen: „Mach es anders als die anderen!“ Wenn Sie gerade das einzige Gesundheitsunternehmen in der Region sind, das Instagram-Ads schaltet, haben Sie mehr Gestaltungsspielraum, als wenn zwei weitere Pflegeheime auch dort unterwegs sind. Niemand will die hundertste Anzeige sehen, in der ihm eine Pflegekraft zuruft: „Komm in unser Team!“ Mitarbeitende, die sich von solchen Werbeanreizen allzu leicht zum Arbeitgeberwechsel animiert fühlen, werden Ihnen nicht lange erhalten bleiben.

Wie kann man sich abheben?

Wer einen Schritt weiter gehen und einen wirklich innovativen Kommunikationsansatz in den sozialen Netzwerken fahren möchte, kann sich an Best Cases wie diesen orientieren.

SIEHE AUCH

Interview auf Seite 6 f. dieser Ausgabe

Marienkrankenhaus Hamburg stellt Pflegekommunikator ein

Das Marienkrankenhaus Hamburg Klinik lässt Pflegekommunikator John Victor Lopes aus dem Arbeitsalltag berichten. Dies führte innerhalb eines halben Jahres zu 80 Mio. Klicks und voll besetzten Ausbildungskursen. Mehr dazu im Interview unter Abruf-Nr. 50820716 sowie in Episode 16 des Podcasts „Level Up Klinikführung“ (online unter Abruf-Nr. 50827376)

SIEHE AUCH

Best Case online

DRK Kliniken Berlin engagieren Nachwuchsschauspieler Luke Dylan Schäfer

Die DRK Kliniken Berlin haben im Jahr 2024 Nachwuchsschauspieler Luke Dylan Schäfer auf Minijobbasis als Content Creator für TikTok beschäftigt. Der junge Mann war in einem Kreißsaal des Klinikverbundes geboren worden und hatte bereits in Krankenhausserien wie „Die Spreewaldklinik“ mitgespielt. Gemeinsam mit den jugendlichen Followern auf TikTok entdeckte er den Krankenhausalltag. Er kühlte sich im Springbrunnen auf dem Klinikcampus ab, spielte Pingpong mit der Sozialarbeiterin in der Pflegeschule und begab sich mit einer Hebamme im Keller auf die Suche nach dem Eintrag im Geburtenbuch, in dem die Uhrzeit vermerkt war, zu der er das Licht der Welt erblickte. Bereits nach vier Monaten waren 13 Prozent mehr Bewerbungen für Ausbildungsplätze und 62 Prozent mehr Bewerbungen für FSJ-Plätze als im gesamten Vorjahr eingegangen. (mehr dazu online unter iww.de/s15576).

Wann sind externe Identifikationsfiguren sinnvoll?

Bewerbende möchten die Menschen sehen, die in der Einrichtung tatsächlich arbeiten

Kommunikationsansätze wie diese sind besonders sinnvoll, wenn sich in der Belegschaft niemand findet, der sein Gesicht in den sozialen Medien zeigen möchte. Die Gründe können vielfältig sein: keine Zeit im Arbeitsalltag, keine Lust, sich vor den Werbekarren des Arbeitgebers spannen zu lassen. Oder man

nimmt auf Social Media lieber die Rolle des stillen Konsumenten ein. Oder man befürchtet, den Ansprüchen der Zielgruppe nicht zu genügen. Der Content soll ja cool sein. Bewerbende möchten ganz unbedingt echte Menschen in Nahaufnahme in den sozialen Netzwerken sehen, die auch wirklich in der Gesundheitseinrichtung unterwegs sind. Keine Rapper, die für kurzfristige Werbekooperationen bezahlt werden, und keine Beiträge, in denen Mitarbeitende nur von hinten gezeigt werden.

Was kostet das?

Grundsätzlich sind Social-Media-Kanäle auch für Unternehmen kostenfrei, aber wer professionelles Personalmarketing auf Instagram, LinkedIn oder TikTok betreiben will, sieht sich doch bald einigen Kostenfaktoren gegenüber.

Kostenpositionen für Social Media

Diese Kosten können auf Sie zukommen

- Gehalt für Pflegekommunikator bzw. bezahlte Freistellung für Corporate Influencer
- Technische Ausstattung (neues iPhone-Modell, Gimbal-Stabilisator, Funkstrecken-Mikrofon, Lichtring)
- Requisiten für Videodrehs (vom Luftballon bis zur Mietlimousine)
- Werbeanzeigen in den sozialen Netzwerken
- Social-Media-Agentur, die Werbeanzeigen professionell ausspielt
- Professioneller Videojournalist oder Content-Agentur für aufwendigere Drehs
- LinkedIn Recruiter oder Recruiter Lite (kostenpflichtiger LinkedIn-Account für Active Sourcing)
- Hochwertige Dankeschön-Geschenke für Mitarbeitende, die sich für Social-Media-Content zur Verfügung stellen
- Qualifizierungsmaßnahmen (z. B. Zertifikatslehrgang „Social Media Nurse“ beim Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe oder Offsite-Event für Corporate Influencer)

(Digitale) Unternehmenskommunikation ist kein Profitcenter!

ROI des Employer Branding lässt sich nicht messen

Wie jede Form von Marketing kostet Personalmarketing Geld und der Return on Investment (ROI) ist gerade im Bereich des Employer Branding, also der allgemeinen Imagepflege als Arbeitgeber, nicht klar messbar. Im Idealfall lässt sich zeigen, dass mit der Professionalisierung der Social-Media-Strategie die Kosten an anderer Stelle – z. B. für Auslandsrekrutierung oder Personalleasing – zurückgehen.

Selbst die namhaftesten Marken müssen für die Imagepflege Geld in die Hand nehmen

Wenn Rechtfertigungsdruck entsteht, hilft es zu argumentieren, dass die Kommunikationsabteilung eines Unternehmens per se nicht die Abteilung ist, in der Gewinne erwirtschaftet werden oder Einsparungen sinnvoll sind. Selbst die namhaftesten Marken müssen permanent Geld in die Hand nehmen, um bei ihren Zielgruppen (Bewerbenden und Kunden) auf dem Schirm zu bleiben und ihre Produkte und Dienstleistungen auch in Zukunft anbieten zu können.

↘ WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- „Unsere Reichweite in den sozialen Medien begeistert Menschen für den Pflegeberuf!“ (Abruf-Nr. 50820716)

Kevin Heinrich,
Pflegedirektor,
Marienkrankenhaus in Hamburg

Foto: ESLAGE Portraitfotografie

John Victor Lopes,
Pflegekommunikator,
Marienkrankenhaus in Hamburg

Foto: Kathrin Jansen

Ganzheitlicher Ansatz aus Image, Öffentlichkeitsarbeit und Sichtbarkeit für den Pflegeberuf

VIDEO-BEITRAG

Gesamtes Gespräch sehen
40:59 min

– Recruiting

„Unsere Reichweite in den sozialen Medien begeistert Menschen für den Pflegeberuf!“

Wie gewinnt man Nachwuchs in der Pflege? Kevin Heinrich, Pflegedirektor am Marienkrankenhaus in Hamburg, hat John Victor Lopes als Pflegekommunikator angestellt – für Öffentlichkeitsarbeit, Imagearbeit und die Sichtbarkeit des Pflegeberufs nach außen. Soziale Medien sind dabei der sichtbarste Kanal, aber nicht der eigentliche Kern: Heinrich und Lopes setzen auf ganzheitliche Kommunikation mit authentischen Einblicken statt Hochglanz. Ergebnis nach einem halben Jahr: rund 80 Mio. Klicks und voll besetzte Ausbildungskurse. Mit ihnen sprach Dr. Benedict Carstensen im Podcast „Level Up Klinikführung“. Dieses Interview ist eine Zusammenfassung des Transkripts. Das gesamte Gespräch hören Sie online unter Abruf-Nr. 50827376.

REDAKTION: Herr Heinrich, warum haben Sie für Ihr Haus einen Pflegekommunikator angestellt?

KEVIN HEINRICH: Wir hatten unbesetzte Ausbildungsplätze. Internationale Rekrutierung hilft, stößt aber sprachlich an Grenzen. Ich wollte einen anderen Weg gehen und Social Media strategisch nutzen. Ich kannte John bereits. Seine Arbeitsweise passte zu unserer Kultur. Er prägt primär unseren Kanal „Pflege Marienkrankenhaus“. Das ist mehr als Influencing. Er ist unser Pflegekommunikator und arbeitet auch mit klassischen Medien.

REDAKTION: Herr Lopes, was sind Ihre Ziele und Aufgaben?

JOHN VICTOR LOPES: Wir wollen ein positives, aber ehrliches und authentisches Bild der Pflege zeigen. Es geht nicht nur um Bewerbungen, sondern auch darum, Klischees aufzubrechen. Wir machen Inhalte aus der Klinik, zeigen Fachbereiche und den Alltag. Das ist ein ganzheitlicher Ansatz aus Image, Öffentlichkeitsarbeit und Sichtbarkeit für den Pflegeberuf.

REDAKTION: Wie regeln Sie die Zusammenarbeit mit der Unternehmenskommunikation?

KEVIN HEINRICH: Wir haben klare Leitplanken definiert. John hat einen festen Spielraum. Datenschutz und Regeln liegen in seiner Verantwortung. Bei kritischen Themen stimmen wir uns ab. Unsere Unternehmenskommunikation unterstützt das. Praxisnahe Stimmen erhöhen die Glaubwürdigkeit.

REDAKTION: Haben Sie einen Business Case gerechnet? Und was hat sich bei den Bewerbungen getan?

KEVIN HEINRICH: Wir haben nicht bis ins Detail gerechnet. Die Kosten laufen dort, wo wir sonst für internationale Rekrutierung oder Kampagnen zahlen wür-

den. Die Wirkung ist sichtbar. Wir hatten schon zuvor einen guten Ruf und eine akademische Anbindung. Jetzt sehen wir eine erhebliche Steigerung bei Ausbildung und Studium. Unsere Ausbildungsplätze sind aktuell voll. Wir haben pro Platz zweistellige Bewerbungszahlen und können stärker auswählen. Bewerbungen nennen Social Media als Auslöser. Im Bewerbertool ist der Kanal optional. Wir verfeinern die Abfrage und planen eine Befragung der Auszubildenden.

REDAKTION: *Herr Lopes, wie definieren Sie Erfolg und welche Reichweite erzielen Sie?*

JOHN VICTOR LOPES: Reichweite ist zwar wichtig, aber sie ist nicht alles. Entscheidend ist die Glaubwürdigkeit. Wir arbeiten in unseren Videos mit wenigen Schnitten und authentischen Stimmen aus den Teams. Wir stellen Situationen zwar auch nach, aber realitätsnah. Themen kommen aus den Pflegebereichen. In sechs Monaten haben wir plattformübergreifend über 80 Mio. Aufrufe erreicht und viel Interaktion erzeugt. Wir sind nach meiner Recherche der zweitgrößte Klinikkanal in Hamburg und auf TikTok in Norddeutschland der größte Kanal mit diesem Konzept. Die Reichweite bringt Pflegethemen in die Gesellschaft und begeistert neue Menschen für den Beruf.

Reichweite ist zwar wichtig, aber sie ist nicht alles

REDAKTION: *Welche Effekte Ihrer Arbeit sehen Sie und wie sollten Führungskräfte das Thema digitale Sichtbarkeit angehen?*

JOHN VICTOR LOPES: Mitarbeitende fühlen sich gesehen. Viele werden auf ihre Arbeit angesprochen. Das stärkt die Identifikation. Wir zwingen niemanden, sich in den sozialen Medien zu präsentieren. Der Austausch mit den Pflegedienstleitungen, eine gute zeitliche Abstimmung und die Bereitschaft der Teams sind wichtig. Wenn eine Abteilung keine Kapazitäten hat, respektieren wir das und finden andere Wege.

Mitarbeitende fühlen sich gesehen und werden auf ihre Arbeit angesprochen

KEVIN HEINRICH: Sichtbarkeit allein bindet keine Mitarbeitenden. Wir schauen monatlich auf Fluktuation pro Station. Wichtig ist, dass das Gezeigte der Realität entspricht. Führungskräfte sollten proaktiv handeln, bevor Lücken entstehen. Sichtbarkeit hilft, rechtzeitig Bewerbungen zu gewinnen.

Wichtig ist, dass das Gezeigte der Realität entspricht

REDAKTION: *Für wen lohnt sich digitale Sichtbarkeit? Und wie legt man los?*

KEVIN HEINRICH: Digitale Sichtbarkeit ist für keine Krankenhausabteilung überflüssig. Zuerst ist zu klären: Wer ist die Zielgruppe? Geht es um Patientinnen und Patienten, Zugehörige, Fachöffentlichkeit oder Personalakquise? Unser Fokus lag auf Auszubildenden und Studierenden. Dann festlegen: Wo will ich hin? Mit wem mache ich das und wie viel Vertrauen gebe ich? Ohne Vertrauen funktioniert es nicht.

Keine Krankenhausabteilung kann heute auf digitale Sichtbarkeit verzichten

JOHN VICTOR LOPES: Vertrauen ist der wichtigste Faktor. Social-Media-Kompetenz hilft, aber entscheidend ist, dass Pflegekräfte selbst über ihren Beruf sprechen. Zu viele Vorgaben durch die Unternehmenskommunikation bremsen. Besser sind ein klarer Rahmen, regelmäßiger Austausch und genügend Freiraum für Kreativität.

Herr Heinrich, Herr Lopes, vielen Dank für das Gespräch.

– Patientensicherheit

Darum ist Antibiotic Stewardship (ABS) auch in Ihrer Abteilung sinnvoll

von Prof. Dr. Irit Nachtigall und Prof. Michael Wilke

Antibiotic Stewardship (ABS) steht für eine der zentralen klinischen Aufgaben unserer Zeit: den gezielten und verantwortungsvollen Einsatz von Antibiotika. Ziel ist es, Infektionen wirksam zu behandeln und gleichzeitig Resistenzentwicklungen, Nebenwirkungen und Fehltherapien zu vermeiden. Für die Patientensicherheit bedeutet das: passgenaue Therapie statt Routine, gezielte Kontrolle statt Übertherapie. Warum sich das Konzept der ABS auch in Ihrer Abteilung rechnet und wie die künstliche Intelligenz Ihnen bei der Umsetzung hilft, lesen Sie in diesem Beitrag.

Antibiotikaresistenzen sind eine der größten klinischen Herausforderungen unserer Zeit

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) warnt, dass Infektionen mit multiresistenten Erregern bis zum Jahr 2050 weltweit zu den häufigsten Todesursachen zählen werden – noch vor Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Dieser Ausblick zeigt, dass es sich bei rationaler Antibiotikatherapie nicht um Detailfragen der Infektiologie, Hygiene oder Pharmakologie handelt, sondern um eine der dringendsten klinischen Herausforderungen überhaupt.

Zu späte/schmale oder zu breite/lange Antibiose kann lebensbedrohlich sein

Gerade in der Akutmedizin entscheidet der erste Therapieansatz häufig über den Verlauf. Eine zu späte oder zu schmale antibiotische Abdeckung kann lebensbedrohlich sein – eine zu breite oder zu lange Therapie dagegen das Resistenzrisiko und die mikrobiologische Balance der Patientinnen und Patienten nachhaltig stören bzw. die Nebenwirkungen auch gravierend den Heilungsverlauf verzögern. Zwischen diesen Polen bietet ABS einen strukturierten, interdisziplinären Weg, um Therapieentscheidungen evidenzbasiert und individuell zu treffen.

ABS als Bestandteil gelebter klinischer Qualität

Schon kleine strukturelle Änderungen verbessern das klinische Outcome messbar

ABS ist keine Zusatzaufgabe, sondern gelebte klinische Exzellenz. Durch regelmäßige Antibiotikavisiten, Feedback-Systeme und interdisziplinäre Fallbesprechungen können Behandlungsverläufe kritisch reflektiert und angepasst werden. Die Erfahrung zeigt: Schon kleine strukturelle Änderungen – etwa klare Therapieempfehlungen nach mikrobiologischem Befund, standardisierte Umstellungen von intravenös auf oral oder verbindliche Überprüfung der Therapiedauer – verbessern klinische Outcomes messbar.

Patientinnen und Patienten profitieren von geringeren Komplikationsraten, weniger Resistenzbildungen und einer insgesamt höheren Therapiesicherheit.

ABS wirkt – für Patienten und Kliniken

Positive Effekte u. a.: geringere Mortalität, weniger Nebenwirkungen, kürzere Liegezeiten

Krankenhäuser mit etablierten ABS-Strukturen zeigen in zahlreichen Studien konsistent bessere Behandlungsergebnisse: geringere Mortalität bei Sepsis, weniger therapieassoziierte Nebenwirkungen, kürzere Liegezeiten und ein nachhaltiger Rückgang multiresistenter Erreger. Dabei ist es nach derzeitigem Stand der Studien nicht entscheidend, wer das Team führt. Es gibt sowohl von Apothekern als auch von Mikrobiologen oder klinischen Fachärzten geführte Teams, die sich positiv auswirken. Damit ist ABS nicht nur Teil der Infektionsprävention, sondern ein Instrument klinischer Qualitätssicherung und Patientensicherheit.

Wo kann KI unterstützen?

Zwei Themenbereiche lassen sich unterscheiden

Der Einsatz von KI in der Medizin schreitet unaufhaltsam voran. Auch wenn die Regulatorik bei Weitem nicht mit der technischen Entwicklung Schritt halten kann, setzen sich Systeme – auch am Krankenbett – durch, die den Klinikern das Leben zumindest teilweise erleichtern. Auch im ABS gibt es eine Vielzahl von Arbeiten, die den Nutzen von KI untersuchen. Dabei lassen sich grob zwei Themenbereiche unterscheiden:

- KI in der direkten Verordnungsunterstützung
- KI bei der systematischen Analyse großer Datenmengen

KI unterstützt Ärztinnen und Ärzte bei der Verordnung

KI gibt in nur drei von vier Fällen die passende Empfehlung …

Wenig überraschend finden sich die allermeisten Publikationen derzeit im Bereich Verordnungsunterstützung. Hier gibt es alleine in den letzten vier Jahren weit über 100 Publikationen. Zwei jüngst publizierte Metaanalysen zeigen, dass KI in etwa 75 Prozent der Fälle passende Empfehlungen zu geben vermag. Die nachfolgende Tabelle zeigt die Ergebnisse der Metaanalysen:

Jahr	Autor/Analyse	Setting/Population	Design/KI-Ansatz	Diagnostische Kennzahlen
2025	Pennisi et al., ECMID – KI in Antimicrobial Stewardship (Metaanalyse)	80 Studien bis Juli 2024 (versch. AMS-Settings)	Systematisches Review + Metaanalyse (KI/ML in AMS)	AUC 72,28 %; Acc 74,97 % Sens 76,89 %; Spez 73,77 % NPV 79,92 %; PPV 69,41 %
2026	Ardila et al., PLOS One – ML-Vorhersage von AMR (Systematisches Review)	21 Studien; 688.107 Patienten; 1.710.867 ASTs	Systematisches Review (keine AMS-Outcomes)	GBDT AUROC ~ 0,80 (0,77–0,90), RF AUROC ~ 0,75 (0,58–0,98); LR ~ 0,68 (0,50–0,83)

… daher sind erfahrene Kliniker und ABS-Experten unabdingbar!

Bedenkt man, dass bei 75 % richtiger Empfehlung immer noch jeder vierte Patient potenziell falsch behandelt wird, so kann die KI hier keinesfalls erfahrene Kliniker und ABS-Experten ersetzen.

KI führt eine systematische Analyse von QM-Indikatoren durch

Regelmäßige Erhebungen zur Antibiotikatherapiequalität sind sinnvoll, aber zeitaufwendig

Ein anderer Ansatz befasst sich mit einem Aspekt von ABS, der neben der direkten klinischen Beratung die systematische Analyse von Indikatoren im Rahmen des Qualitätsmanagements zum Inhalt hat. ABS-Teams sollen möglichst „regelmäßig“ (zwei- bis viermal im Jahr) systematische Erhebungen zur Antibiotikatherapiequalität durchführen. Typischerweise geschieht dies heute mittels Punktprävalenzanalysen und Fallreviews bestimmter Infektionsentitäten.

Diese beiden Instrumente sind allerdings zeitaufwendig und liefern immer nur Ergebnisse zu einem Ausschnitt der Wirklichkeit. Eine normale Akutklinik hat im Mittel an jedem Tag des Jahres zu 20 bis 25 Prozent Patienten, die Antibiotika erhalten. Bei einem Krankenhaus mit 20.000 Patienten/Jahr sind das rd. 5.000 Vorgänge, die zu überprüfen sehr viel Zeit in Anspruch nehmen würde bzw. im klinischen Alltag bei der angespannten Personalsituation nicht möglich ist.

So analysiert KI die Verordnungen

In einer gemeinsamen Forschungsarbeit von ABS-Experten und Studierenden der Medical School Hamburg (MSH) wurde ein System entwickelt, das hier Abhilfe schafft, indem die Analyse der Verordnungen KI-gestützt durchgeführt wird. Dazu wird zunächst der Antibiotikahausleitfaden einer Klinik mittels einer generativen KI (hier ChatGPT) in ein maschinenlesbares Format konvertiert. In einem nächsten Schritt werden die Routinedaten aus dem Krankenhaus (Falldaten, Diagnosen, Prozeduren, Labor-, Mikrobiologie- und Antibiotikaverordnungsdaten) mittels einer regelbasierten KI so aufbereitet, dass die wesentlichen ABS-relevanten Informationen zur Verfügung stehen:

Diese Informationen werden aufbereitet

- Um welche Infektion handelt es sich (Hier kommt das „IMR“-System (Infektionsmanagement mit Routinedaten zum Einsatz)?
- Wann war der Onset (Anstieg von CRP/PCT)?
- Wann wurde ein Antibiotikum verordnet?
- Entsprach die Verordnung den Leitlinien?
- Falls ein Antibiogramm vorlag: Wurde die Therapie an das Antibiogramm angepasst?

Diese Informationen werden dann systematisch nach Fachabteilungen und Infektionsentitäten aufbereitet und dem ABS-Team zur Verfügung gestellt. In einem ersten Pilotprojekt konnten die ABS-Experten mit den KI-gestützten Analysen in wenigen Minuten Verbesserungspotenzial (z. B. bei der Therapie der ambulant erworbenen Pneumonie – CAP) identifizieren und spezifische Schulungen auf den Stationen (im Rahmen der Visiten) sowie in der Notaufnahme durchführen. Im „klassischen“ ABS hätte eine Person zur Analyse von > 300 CAP-Patienten wahrscheinlich 5–6 Tage benötigt. Die KI-basierte Analyse als Unterstützung des ABS-Teams vor Ort spart somit wertvolle Zeit, die in Visiten und Schulungen gesteckt werden kann und dort sicher besser investiert ist.

INFORMATION

Kontakt zu den Autoren

PRAXISTIPP – Interessierte Kliniken können sich an dem Projekt beteiligen. Nähere Informationen dazu bei den Autoren unter irit.nachtigall@vivantes.de oder Michael.Wilke@inspiring-health.de

Vom klinischen Nutzen zum wirtschaftlichen Mehrwert

Unzureichendes ABS kostet das Krankenhaus Geld

Gute Qualität muss nicht immer teurer sein. Gerade bei ABS zeigt sich das Gegenteil: Korrekte Therapie ist ökonomisch günstig. Dies hängt vor allem damit zusammen, dass die Krankenhäuser mittels Fallpauschalen vergütet werden. Auch wenn komplexe Patienten höhere Erlöse bringen, kosten Patienten mit suboptimal behandelten Infektionen deutlich mehr als sie erlösen. Unzureichendes ABS kostet also Geld. Es gibt eine Vielzahl von Publikationen zu dem Thema, die zeigen, dass die frühzeitige adäquate Antibiotikatherapie einen, teils deutlichen, Effekt auf die Verweildauer hat.

Neuere Analysen zum Effekt des gezielten Antibiotikaeinsatzes auf die Verweildauer

Jahr	Studie (Autor)	Setting/ Infektionstyp	Therapieaspekt	Ergebnis LOS	Ergebnis Kosten	Bemerkungen
2022	Relationship between the appropriateness of antibiotic treatment and clinical outcomes/ medical costs (Yoon et al.) (Korea) (BioMed Central)	Hospitalisierte Patienten mit community-acquired aktuer Pyelonephritis	Empirische und definitive Antibiotika „angemessen“ vs. unangemessen“	8 Tage vs. 10 Tage (P = 0,001)	USD 2.381,9 vs. USD 3.235,9 (P = 0,002)	Multiresistenter, prospektiv. ICU-LOS nicht separat ausgewiesen
2018	Impact of Delayed Appropriate Antibiotic Therapy on Patient Outcomes by … (Tumbarello/AM J Med Sci) (amjmedsci.org)	Schwere bakterielle Infektionen (Gram-negativ)	Verzögerung der adäquaten Therapie	~ +70 % LOS	~ +65 % Gesamtkosten	Retrospektiv multivariat; Angaben rel. Prozentwerte, keine absoluten Euro-/USD-Zahlen
2017	Daily cost of delay to adequate antibiotic treatment among patients … (Shorr et al.) (BioMed Central)	Hospitalisierte Patienten mit schweren Infektionen (US)	Verzögerung der adäquaten Therapie	Nicht explizit LOS in Tagen angegeben	Zusatzkosten pro Tag Verzögerung ~ USD 1.344 (95 % CI 423-2.266)	Kostenmodell basierend auf Verzögerung
2017	Appropriate antibiotic use reduces length of hospital stay (Prins et. al.) (OUP Academic)	22 Krankenhäuser, Niederlande; hospitalisierte erwachsene Patienten mit vermuteter bakterieller Infektion	Qualität der Antibiotikabehandlung (QI) „hoch vs. niedrig“	Geometrisches Mittel 10,1 vs. 11,2 Tage (P = 0,002)	Implizit geringere Kosten (nicht numerisch ausgewiesen)	Fokus Non-ICU, keine expliziten Kostenangaben

Sobald die Verweildauer kürzer wird, wird die pauschale Vergütung „profitabler“ als zuvor. Spezifische Publikationen zeigen insbesondere, dass die Einführung von ABS-Programmen in Kliniken positive Effekte mit Einsparungen im sechsstelligen Bereich bereits im ersten Jahr ermöglicht. So konnte eine Klinik mit 250 Betten die Verluste bei Patienten mit nosokomialen Infektionen von rd. 1.000.000 Euro innerhalb eines Jahres auf weniger als 500.000 Euro um mehr als die Hälfte reduzieren (Schindler, Wilke, 2013). Ein Verbund aus mehreren Krankenhäusern hat sogar Einsparungen von mehr als 1.000.000 Euro in einem Jahr erzielen können (Walger, Wilke 2016). Eine große Metaanalyse der Cochrane Collaboration aus dem Jahr 2018 bestätigt die positiven Effekte auf die Verweildauer (Davey et.al. 2018). Auch spätere Analysen zeigten für unterschiedliche Settings, dass sich ABS-Aktivitäten für die Krankenhäuser und vor allem für die Patienten rechnet.

SIEHE AUCH
Literatur zu diesem Beitrag hier online

Nur wenige komplexe Fälle benötigen dabei das spezifische Know-how eines Infektiologen (es gibt auch nicht hinreichend viele Fachärzte in Deutschland), bei den häufigen Infektionen im Krankenhaus ist hingegen das Wissen von ABS-Experten unverzichtbar.

Wissen von ABS-Experten ist unverzichtbar

FAZIT – ABS ist klinisch und ökonomisch sinnvoll. Kliniken sollten ABS-Experten beschäftigen, ggf. ausbilden lassen und ihnen Zeit einräumen, um den Aufgaben im ABS nachzukommen. Es rechnet sich. Digitale Werkzeuge in Analyse, Feedback und Surveillance sparen dabei Zeit und erleichtern die ABS-Aufgaben nachhaltig.

– Zielvereinbarung

Schadenersatzanspruch des (Chef-)Arztes wegen unterlassener Zielvereinbarung

von RAin Heike Mareck, Dortmund, kanzlei-mareck.de

Verstößt der Krankenhausträger als Arbeitgeber gegen seine arbeitsvertragliche Verpflichtung, mit dem angestellten (Chef-)Arzt für eine Zeitperiode Ziele festzulegen, an deren Erreichen eine Prämie geknüpft ist, hat der (Chef-)Arzt nach Ablauf der Zielperiode grundsätzlich einen Schadenersatzanspruch (Landesarbeitsgericht [LAG] Hamm, Urteil vom 11.09.2025, Az. 15 SLa 12/25, Abruf-Nr. 251071).

Um diese Regelungen im Arbeitsvertrag ging es

Der Kläger hatte das Arbeitsverhältnis nach 20 Monaten gekündigt

Streitig war ein Schadenersatzanspruch eines ehemaligen leitenden Oberarztes gegen seinen ehemaligen Arbeitgeber. Hintergrund war eine unterbliebene Zielvereinbarung für das Kalenderjahr 2022. Der Arzt war vom 01.05.2021 bis zum 31.12.2022 für das Krankenhaus tätig gewesen und hatte das Arbeitsverhältnis zum 31.12.2022 gekündigt.

Auszug aus dem streitgegenständlichen Arbeitsvertrag

„Weiterhin wird vereinbart, dass der leitende Oberarzt – im Rahmen einer jährlichen neu zu vereinbarenden Zielvereinbarung – variable Vergütungsbestandteile in einer Gesamthöhe von maximal 30.000,00 Euro brutto, je nach Zielerreichung erhält. Die Zielvereinbarung wird erstmals für das Jahr 2021 abgeschlossen und ist jeweils folgend bis zum 30.11. für das Folgejahr abzuschließen; sie darf keine Ziele enthalten, die mit den vorhandenen Ressourcen und im Rahmen der Tätigkeit nicht erreicht werden können. Für nicht volle Beschäftigungsjahre beträgt die Gesamthöhe der Zielvereinbarung ein Zwölftel für jeden vollen Monat der Beschäftigungsdauer. Die Auszahlung der Zielvereinbarung erfolgt grundsätzlich im Januar des Folgejahres. Bei Erreichung der individuellen Ziele, oder einzelner auszahlungsfähiger Teilziele, innerhalb der ersten Jahreshälfte, erfolgt die Auszahlung der für die erreichten Ziele vereinbarten Vergütung im Juli des betreffenden Jahres.“

(...)

„§ 18 Ausschlussfrist

a) Ansprüche aus dem Arbeitsverhältnis müssen innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Fälligkeit in Textform geltend gemacht werden. Die Ausschlussfrist beginnt, wenn der Anspruch fällig ist und der Anspruchsteller von den anspruchsbegründenden Umständen Kenntnis erlangt oder grob fahrlässig keine Kenntnis erlangt hat. Die Versäumung der Ausschlussfrist führt zum Verlust des Anspruchs.

b) Die Ausschlussfrist greift nicht bei der Geltendmachung von Rückforderungsansprüchen aufgrund überzahlter Arbeitsvergütung. In diesem Fall verbleibt es bei der allgemeinen Verjährungsfrist.

c) Die Ausschlussfrist greift ferner nicht bei Ansprüchen, die auf strafbaren Handlungen oder unerlaubten Verletzung von Leben, Körper, Gesundheit beruhen, die auf vorsätzlichen oder grob fahrlässigen Pflichtverletzungen des Arbeitgebers oder des Arbeitnehmers beruhen sowie des Arbeitgebers, die eine Verletzung der Mitteilungspflicht des Oberarztes über das Bestehen weiterer Arbeitsverhältnisse betrifft. In diesen Fällen verbleibt es bei der allgemeinen Verjährungsfrist.

d) Sofern der leitende Oberarzt einen gesetzlichen Anspruch auf den Mindestlohn nach dem Mindestlohngesetz hat, gilt die Ausschlussfrist nicht. Über den Mindestlohn hinausgehende Vergütungsansprüche des leitenden Oberarztes unterliegen jedoch der im Absatz a) geregelten Ausschlussfrist. Gleiches gilt, falls nach dem Oberarztentsendegesetz unverzichtbare Ansprüche betroffen sind.

e) Sollten nach Abschluss des Vertrags weitere gesetzlich unverzichtbare Ansprüche zum Beispiel im Arbeitnehmerentsendegesetz oder durch die Allgemeinverbindlichkeitserklärung von Tarifverträgen entstehen, so sind diese von der Ausschlussfrist ebenfalls ausgenommen und unterliegen dem dort geregelten Ausschlussfristenregime.“

Die Parteien schlossen im Juli 2021 für das Kalenderjahr 2021 eine „Vereinbarung über Prämienzahlung", nach der maximal eine Prämie von 17.500 Euro für den Arzt zu erreichen war. Er erhielt davon 10.000 Euro.

Für 2021 maximal 17.500 Euro Prämie in Zielvereinbarung

Zielvereinbarung unterbleibt, Arzt erinnert vergeblich und klagt erfolgreich

Eine Zielvereinbarung für das Kalenderjahr 2022 kam nicht zustande. Der Arzt unterbreitete dem Krankenhausträger am 10.11.2021 Vorschläge für eine Prämienvereinbarung für das Kalenderjahr 2022. Der Krankenhausträger verwies darauf, dass zum 01.12.2021 eine neue Klinikleitung die Arbeit aufnehme und mit dieser sodann die Zielvereinbarung geschlossen werden solle. Zwei für den Januar 2022 geplante Besprechungstermine wurden seitens der neuen Klinikleitung verschoben. Am 07.06.2022 erinnerte der Arzt die Klinikleitung per E-Mail an den Abschluss der Prämienvereinbarung für das Kalenderjahr 2022.

Krankenhausträger verweist auf neue Klinikleitung, diese verschiebt Gespräche und ignoriert Erinnerungsmail

Am 22.12.2023 forderte der Arzt den Krankenhausträger per Brief erfolglos zur Zahlung weiterer 7.500 Euro für das Kalenderjahr 2021 und 30.000 Euro für das Kalenderjahr 2022 auf. Der Arzt erhob wegen der Zahlung Klage beim Arbeitsgericht. Er vertrat die Auffassung, dass ihm für das Kalenderjahr 2021 ein Betrag von 7.500 Euro und für das Kalenderjahr 2022 ein Gesamtbetrag i. H. v. 30.000 Euro zustehe, weil zwischen den Parteien keine Zielvereinbarung abgeschlossen wurde und dies allein dem Krankenhausträger anzulasten sei. Der Krankenhausträger war der Ansicht, die Zahlungsansprüche seien nach § 18 a) des Arbeitsvertrags verfallen.

Schriftliche Aufforderung des Arztes bleibt erfolglos, Arzt erhebt Zahlungsklage

Das Arbeitsgericht Minden verurteilte den Krankenhausträger zur Zahlung einer weiteren Prämie von 7.500 Euro für das Kalenderjahr 2021, da der Arzt die vereinbarten Ziele zur Erreichung der Gesamtprämie erfüllt habe. In Bezug auf das Kalenderjahr 2022 wies es die Klage ab, da ein möglicher Zahlungsanspruch gemäß § 18 a) des Arbeitsvertrags verfallen sei. Der Arzt habe seinen Zahlungsanspruch in Bezug auf die Prämienzahlung für das Kalenderjahr 2022 nicht fristgerecht geltend gemacht. Das LAG Hamm sah das anders.

Vorinstanz nimmt Verfall der Prämie für 2022 an, das LAG sieht das anders

Darum sah das LAG einen Schadenersatzanspruch des Arztes

Anders als die Vorinstanz war das LAG der Auffassung, der Arzt könne wegen der nicht abgeschlossenen Zielvereinbarung für das Kalenderjahr 2022 Schadenersatz i. H. v. 30.000 Euro brutto gemäß § 280 Abs. 1, Abs. 3 BGB i. V. m. § 283 S. 1, § 252 BGB beanspruchen. Insbesondere sei sein Schadenersatzanspruch nicht nach der arbeitsvertraglichen Ausschlussfristenregelung verfallen.

Der Krankenhausträger verletzte seine arbeitsvertragliche Pflicht

Der Krankenhausträger habe seine Pflicht gemäß § 3 b) des Arbeitsvertrags verletzt, mit dem Arzt eine Zielvereinbarung zu treffen. Die Parteien haben weder – wie vertraglich vorgesehen – bis zum 30.11.2021 noch bis zur Beendigung zum Ablauf des Kalenderjahrs 2022 eine Zielvereinbarung getroffen. Die Parteien hätten für 2022 eine Zielvereinbarung treffen müssen. Nach den eindeutigen Vertragsregelungen seien die Ziele zwischen den Parteien zu „vereinbaren" und nicht etwa vom Arbeitgeber einseitig vorzugeben. Eine Zielvereinbarung sei jedoch weder bis zum arbeitsvertraglich vorgesehenen Zeit-

Ziele für 2022 hätten vereinbart werden müssen

punkt noch bis zum Ablauf des Kalenderjahres 2022 getroffen worden. Daher sei es dem Arzt unmöglich gewesen, die bis zum Ablauf der Zielperiode, die im Arbeitsvertrag vorgesehenen variablen Vergütungsbestandteile zu verdienen.

Schuldhafte Pflichtverletzung des Arbeitgebers

Es sei nicht ersichtlich, dass der Krankenhausträger das Nichtzustandekommen einer Zielvereinbarung ausnahmsweise nicht zu vertreten habe. Vielmehr habe der Arzt ergebnislose Vorschläge für eine Prämienvereinbarung für 2022 unterbreitet. Die für Januar geplanten Besprechungstermine habe die Klinikleitung verschoben und die weitere E-Mail des Arztes ignoriert. Hieraus folge, dass der Krankenhausträger seine Verhandlungspflicht verletzt habe, sodass von einer schuldhaften Pflichtverletzung auszugehen sei.

Verstoß des Krankenhausträgers löst einen Schadenersatzanspruch aus

Zwar trete der Schadenersatzanspruch nach § 280 Abs. 1 S. 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) nicht an die Stelle, sondern neben den Erfüllungsanspruch. Um diesen gehe es aber nicht, wenn der Arzt als Arbeitnehmer nach Ablauf der Zielperiode die ihm für den Fall einer Zielerreichung zugesagte Prämienzahlung verlange. Der Arzt beanspruche nicht die gemeinsame Festlegung von Zielen und verfolge damit nicht einen Erfüllungsanspruch: Er begehre vielmehr Schadenersatz statt der Leistung. Ein Verstoß des Krankenhausträgers gegen seine arbeitsvertragliche Verpflichtung, mit dem Arzt für eine Zielperiode Ziele festzulegen, an deren Erreichen eine Prämie geknüpft sei, löse jedenfalls nach Ablauf der Zielperiode nach § 280 Abs. 3 BGB i. V. m. § 283 S. 1 BGB grundsätzlich einen Schadenersatzanspruch aus.

Zielfestlegung durch Ablauf der Zielperiode unmöglich

Die Festlegung von Zielen werde spätestens mit Ablauf der Zielperiode unmöglich i. S. v. § 275 Abs. 1 BGB, sodass der Arzt nach § 280 Abs. 1, Abs. 3 BGB i. V. m. § 283 S. 1 BGB statt der Festlegung von Zielen Schadenersatz verlangen könne. Für das Kalenderjahr 2022 seien die weiteren Voraussetzungen von § 283 BGB erfüllt. Die maßgebliche Zielperiode sei mit Ende des Kalenderjahrs 2022 abgelaufen, ohne dass es zuvor zu einer Zielvereinbarung der Parteien gekommen sei.

Der Arzt hat Anspruch auf die volle Prämie

Für das Kalenderjahr 2022 belaufe sich der Schadenersatzanspruch des Arztes auf einen Betrag von 30.000 Euro brutto. Der Umfang des zu ersetzenden Schadens bestimme sich nach §§ 249 ff. BGB. Habe der Arbeitgeber (Krankenhausträger) schuldhaft kein Gespräch mit dem Arbeitnehmer (Arzt) über eine Zielvereinbarung geführt, sei der für den Fall der Zielerreichung zugesagte Bonus bei der abstrakten Schadensberechnung nach § 252 S. 2 BGB Grundlage für die Ermittlung des dem Arbeitnehmer zu ersetzenden Schadens. Zwar müssten Zielvereinbarungen nicht stets die in Aussicht gestellte Bonuszahlung auslösen. Sie würden jedoch ihren Motivations- und Leistungssteigerungszweck verfehlen und ihrer Anreizfunktion nicht gerecht, wenn die festgelegten Ziele vom Arbeitnehmer von vornherein nicht erreicht werden können. Dem sei bei der Ermittlung des Schadens nach § 287 Abs. 1 Zivilprozessordnung (ZPO) Rechnung zu tragen.

Kein Mitverschulden des Arztes nach § 254 Abs. 1 BGB

Der Anspruch sei nicht nach § 254 Abs. 1 BGB wegen eines ausschließlichen Verschuldens des Arztes am Nichtzustandekommen einer Zielvereinbarung ausgeschlossen. Dass keine Zielvereinbarung geschlossen werden konnte, habe allein am Krankenhausträger gelegen, der auf den Wechsel in der Klinik-

leitung verwiesen und geplante Besprechungstermine verschoben habe. Vor diesem Hintergrund habe keine darüber hinausgehende Verpflichtung des Arztes bestanden, erneut an den Krankenhausträger heranzutreten und um die Vereinbarung von Zielen für das Kalenderjahr 2022 nachzusuchen.

Schadenersatzanspruch des Arztes ist nicht verfallen

Kein Verfall des Schadenersatzanspruchs nach § 18a Arbeitsvertrag

Entgegen der Auffassung des Arbeitsgerichts sei der Schadenersatzanspruch des Arztes für das Kalenderjahr 2022 nicht gemäß § 18 a) des Arbeitsvertrags verfallen. Mit Ablauf der Zielperiode zum 31.12.2022 sei die Vereinbarung von Zielen unmöglich geworden, sodass ein Schadenersatzanspruch des Arztes mit Ablauf des 31.12.2022 entstanden sei. Den Schadenersatzanspruch habe er mit seiner unter dem 22.12.2023 erfolgten Zahlungsaufforderung nicht innerhalb der dreimonatigen Ausschlussfrist gemäß § 18 a) des Arbeitsvertrags geltend gemacht. Der Krankenhausträger könne jedoch nicht mit Erfolg den Verfall des Anspruchs einwenden, da die Ausschlussfristenregelung in § 18 insgesamt unwirksam sei. Sie benachteilige den Arzt im Sinne von § 307 Abs. 1 S. 1 BGB entgegen den Geboten von Treu und Glauben unangemessen.

Die Ausschlussfristregelung im Arbeitsvertrag ist unteilbar

Ist Ausschlussfristklausel teilbar oder einheitlich?

§ 18 enthalte nicht verschiedene Ausschlussfristenregelungen und sei deshalb einer einheitlichen Kontrolle nach § 305c Abs. 2, §§ 306, 307 bis 309 BGB zu unterziehen. Bei einer teilbaren Klausel sei die Kontrolle jeweils getrennt für die verschiedenen, nur formal in einer allgemeinen Geschäftsbedingung verbundenen Regelungen vorzunehmen. Die Regelungen müssten allerdings nicht nur sprachlich, sondern auch inhaltlich zu trennen sein. Die Teilbarkeit einer Klausel sei durch Streichung des unwirksamen Teils (sog. Blue-Pencil-Test) zu ermitteln. Eine teilbare Formularklausel könne mit ihrem zulässigen Teil aufrechterhalten werden (Bundesarbeitsgericht [BAG], Urteil vom 03.12.2019, Az. 9 AZR 44/19). Eine teilweise Streichung unter Aufrechterhaltung der Ausschlussfristenregelung im Übrigen scheide jedoch aus, wenn es eine inhaltlich nicht teilbare einheitliche Regelung sei. § 18 sei nicht im Sinne einer in der Klausel vorgegebenen Trennung teilbar. Zwar enthalte er unterschiedliche Ausschlussfristenregelungen in verschiedenen Absätzen. Dabei handele es sich bei der Regelung in § 18 a) um die „Grundausschlussfrist“, und bei den weiteren Regelungen unter § 18 b) bis e) des Arbeitsvertrags um Ausnahmen, bei denen die „Ausschlussfrist nicht greifen“ bzw. „nicht gelten“ solle. Die Regelungen unter den einzelnen Buchstaben seien nicht völlig unabhängig voneinander. Sie nähmen im Sinne eines Regel-Ausnahme-Verhältnisses aufeinander Bezug, wobei sich die Regelungen unter b) bis e) auf die unter a) geregelte Grundausschlussfrist bezögen. Die Regelungen seien damit nicht nur sprachlich, sondern auch inhaltlich verschränkt.

Sprachliche und inhaltliche Bezugnahme = einheitliche Klausel

Hieraus folge, dass die Ausschlussfristenregelungen in § 18 nicht teilbar seien, da § 18 a) bis e) sowohl sprachlich als auch inhaltlich aufeinander Bezug nähmen und den Anwendungsbereich der Grundausschlussfristenregelung definierten. Daher müsse die Wirksamkeit der Ausschlussfristenregelung einheitlich geprüft werden. Bei einer einheitlichen Prüfung sei die Ausschlussklausel in § 18 unwirksam, da sie den Arzt als Arbeitnehmer unangemessen benachteiligt. Vorliegend habe der Krankenhausträger in den Regelungen in § 18 c) bis e) zunächst solche Ansprüche von der Geltung der Ausschlussfristen ausgenommen, die Verfallfristen nicht unterworfen werden dürfen. Darüber hinaus habe der Kranken-

hausträger in § 18 b) Rückforderungsansprüche aufgrund überzahlter Vergütung und in § 18 c) 3. Spiegelstrich Ansprüche ausgenommen, die eine Verletzung der Mitteilungspflicht des Arztes über das Bestehen weiterer Arbeitsverhältnisse betreffen.

Ausnahmen zu einseitig zugunsten des ArbG ausgestaltet

Ausschlussfristklausel benachteiligt den Arzt in unangemessener Weise …

Insbesondere im Hinblick auf die unter § 18 b) getroffene Ausnahmeregelung erfolge die Klauselgestaltung einseitig zugunsten des Arbeitgebers und erweise sich als unausgewogen. Zwar regele § 18 b) seinem Wortlaut nach nicht nur Ansprüche des Arbeitgebers. Allerdings handele es sich bei Rückforderungsansprüchen aufgrund überzahlter Arbeitsvergütung inhaltlich um solche, die dem Arbeitgeber gegen den Arbeitnehmer zustehen. Hierbei handele es sich auch nicht um völlig fernliegende oder unwahrscheinliche Ansprüche, sondern um eine praxisrelevante Fallgruppe bei Zahlungsansprüchen des Arbeitgebers gegen den Arbeitnehmer. Der Arbeitnehmer habe rückständige Vergütungsansprüche – sofern nicht der Mindestlohn betroffen sei – innerhalb der Ausschlussfrist nach § 18 a) geltend zu machen, während der Arbeitgeber bei überzahlter Arbeitsvergütung lediglich die Verjährungsfristen beachten müsse.

Unwirksamkeit der Klausel, keine geltungserhaltende Reduktion

… und ist daher unwirksam!

Mangels inhaltlicher Teilbarkeit der Klausel habe dies die Unwirksamkeit der gesamten Ausschlussfristenregelung in § 18 zur Folge. Nur die Regelung in § 18 b) zu streichen, liefe letztlich auf eine geltungserhaltende Reduktion der Klausel hinaus, da die Trennung der einheitlichen und inhaltlich zusammenhängenden Klausel einen zulässigen und einen unzulässigen Teil zur Folge hätte. Der Arbeitgeber habe zudem kein schutzwürdiges Interesse an der Aufrechterhaltung der Ausschlussfristenregelung mit einem zulässigen Inhalt, da er es als Klauselverwender in der Hand hätte, eine zulässige Ausschlussfristenregelung zu formulieren (Bundesarbeitsgericht, Urteil vom 18.09.2018, Az. 9 AZR 162/18). Da sich somit die Ausschlussfristenregelung in § 18 als unwirksam erweise, sei der Anspruch des Arztes auf Schadenersatz wegen der unterbliebenen Zielvereinbarung nicht verfallen.

Tipp: Überprüfen Sie Ihren Chefarztvertrag!

Klausel darf den Krankenhausträger nicht einseitig begünstigen

Die Entscheidung zeigt, dass auch sorgfältig formulierte Ausschlussklauseln, die gesetzliche Ansprüche wie solche aus dem MiloG, vorsätzliche Handlungen oder Pflichtverletzungen explizit ausnehmen, vor den Arbeitsgerichten als unwirksam angesehen werden können. Umso größere Aufmerksamkeit ist aufseiten des (Chef-)Arztes vor der Unterzeichnung eines Arbeitsvertrags angezeigt, der entsprechende Ausschlussklauseln vorsieht. Insbesondere ist darauf zu achten, dass Ausnahme- und Ausschlussregelungen keine einseitigen Begünstigungen des Arbeitgebers enthalten, die zu einer unangemessenen Benachteiligung des (Chef-)Arztes i. S. d. § 307 Abs. 1 S. 2 BGB führen. Lassen Sie Arbeitsverträge vor Unterzeichnung von einem qualifizierten Anwalt prüfen.

ARCHIV

Themenverwandte Beiträge im CB

↘ WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- Einseitige Zielvorgaben durch den Arbeitgeber sind in Zielvereinbarungen unwirksam (CB 02/2025, Seite 1, Abruf-Nr. 50274164)
- Wie sind Ihre Zielvereinbarungen gestaltet? Überprüfen Sie jetzt Ihren Chefarztvertrag! (CB 02/2024, Seite 10 ff.)
- Klinikträger legt Zielvereinbarung zu spät vor – Chefarzt hat Anspruch auf den maximalen Bonus (CB 01/2024, Seite 8 f.)

– Arzthaftung

OLG korrigiert Obergrenze für Schmerzensgeld: Auch über 500.000 Euro sind möglich!

von RA, FA MedR Dr. Rainer Hellweg, Hannover

Deutschland ist nicht die USA. Daher bewegen sich Schmerzensgeldbeträge in Prozessen auch für Arzthaftungsfälle bei uns (noch) in einem anderen Rahmen. Für viele Gerichte galt bislang eine „gefühlte" Obergrenze von 500.000 Euro für die allermeisten Fälle. Dass diese aber bröckelt, zeigt ein aktuelles Urteil des Oberlandesgerichts (OLG) Köln gegen einen Notarzt in einem außerklinischen Haftungsfall (Urteil vom 07.01.2026, Az. 5 U 115/24). Das Urteil verheißt für künftige Haftungsfälle, in denen Schmerzensgeld ausgeurteilt wird, für die Ärzte einen eher bangen Blick in die Zukunft.

Falsche Lagerung der Mutter führt zu irreparabler Schädigung des Kindes

Notarzt ordnet flache Lagerung an, Sauerstoffmangel führt zu schwerster Hirnschädigung beim Kind …

In der Nacht war bei einer 25-jährigen Schwangeren (35. Schwangerschaftswoche), der späteren Klägerin, zu Hause der Abgang von Fruchtwasser und das Hervortreten eines Teils der Nabelschnur aus der Scheide (Nabelschnurvorfall) bemerkt worden. Über die Notrufnummer 112 wurden Rettungssanitäter und Notarzt alarmiert. Für den Transport in die Klinik ordnete der Notarzt an, die Schwangere flach zu lagern und jegliches Aufrichten zu vermeiden. Die Folgen waren äußerst gravierend: Das letztlich durch eine Notsectio auf die Welt geholte Mädchen erlitt durch den Sauerstoffmangel eine schwerste Schädigung in Form einer hypoxisch-ischämischen Enzephalopathie.

OLG spricht der Klägerin 650.000 Euro Schmerzensgeld zu …

… das seither tiefgreifend entwicklungsverzögert ist

Die Tochter ist seither tiefgreifend entwicklungsverzögert und leidet unter einer spastisch-dystonen Zerebralparese. Sie kann nicht schlucken und wird über eine PEG-Sonde ernährt. Zudem ist sie vollständig inkontinent, kann weder sprechen noch gezielt sehen. Willkürliche Bewegungen, Stehen oder Gehen sind unmöglich. Sie zeigt keine Orientierung. Einziger erkennbarer Bezug ist die Mutter, bei der sie sich beruhigt. Im Haftungsprozess sprach das OLG Köln der Klägerin ein Schmerzensgeld von 650.000 Euro, Schadenersatz i. H. v. weiteren rund 300.000 Euro sowie eine monatliche Rente i. H. v. knapp 5.000 Euro zu.

… und berücksichtigt bei dessen Höhe die aktuelle Geldentwertung

Auf Basis des Sachverständigengutachtens attestiert das Gericht dem Notarzt einen groben Behandlungsfehler

Nach Einholung eines medizinischen Sachverständigengutachtens attestierte das OLG dem Notarzt einen groben Behandlungsfehler: Es wären eine Beckenhochlagerung und ein transvaginales Hochschieben des vorangehenden Kindsteils zur Entlastung der Nabelschnur angezeigt und absolut notwendig gewesen – und nicht eine flache Lagerung der Schwangeren. Mit Blick auch auf andere Prozessfälle ist folgender Satz in den Entscheidungsgründen des Urteils bemerkenswert: *„Soweit sich der Senat bisher bei Schwerstschädigungen in Geburtsschadensfällen über Jahrzehnte an einem Schmerzensgeldbetrag von 500.000 EUR als Obergrenze orientiert hat, hält er daran, auch unter Berücksichtigung der zwischenzeitlich eingetretenen Geldentwertung, nicht mehr fest."*

– Vergütung

Selbstzahlerklausel unwirksam: GKV-Patient wehrt sich gegen Forderung von 15.300 Euro

von RAin Meike Schmucker, LL.M., Münster, voss-medizinrecht.de

Krankenhäuser dürfen von gesetzlich versicherten Patienten (GKV-Patienten) nicht die private Zahlung der stationären Behandlungskosten fordern. Entsprechende Klauseln im Behandlungsvertrag sind unwirksam (Oberlandesgericht [OLG] Dresden, Beschluss vom 05.11.2025, Az. 4 W 691/25).

Wegen des unklaren Versicherungsstatus war kein Kostenträger eingetreten

Versicherungsstatus unklar, Patient soll 15.300 Euro zahlen, Klage erfolgreich

Im Anschluss an seine Haftentlassung befand sich ein Patient zur Behandlung in einer Klinik für Abhängigkeitserkrankungen. Unklar war, ob der Patient freiwillig gesetzlich versichert war, eine Pflichtversicherung oder eine obligatorische Anschlussversicherung bestand. Der stationäre Behandlungsvertrag zwischen dem Patienten und dem Krankenhausträger enthielt eine sog. Selbstzahlerklausel. Diese verpflichtete den Patienten zur Zahlung des Entgelts für die Krankenhausleistungen, sofern kein öffentlich-rechtlicher Kostenträger für den Patienten eintreten würde. Wegen des unklaren Versicherungsstatus trat kein Kostenträger für die erbrachten Leistungen ein. Daher machte die Klinik gegen den Patienten ein Gesamthonorar i. H. v. 15.300 Euro für die einmonatige Behandlung geltend. Dagegen klagte der Patient erfolgreich.

Selbstzahlerverpflichtung kommt nur infrage, wenn der Patient vorher (!) weiß, dass die Kasse nicht zahlt

OLG Dresden: GKV-Patienten sind nicht Schuldner der Vergütung

Das OLG Dresden hielt die o. g. Selbstzahlerklausel aus dem Behandlungsvertrag, die den Kläger selbst zur Übernahme der Krankenhauskosten verpflichtete, für unwirksam (§ 305c Abs. 1 Bürgerliches Gesetzbuch). Die Klausel verstoße gegen wesentliche Grundgedanken des Sozialgesetzbuchs V und benachteilige den Kläger als GKV-Patienten unangemessen. Das Vergütungsrechtsverhältnis bei Krankenhausbehandlungen im System der GKV sei ausschließlich öffentlich-rechtlicher Natur und bestehe zwischen Krankenkasse und Krankenhausträger. Der Patient sei nicht Schuldner der Vergütung, selbst wenn eine Selbstzahlerklausel im Vertrag enthalten sei. Eine Selbstzahlerverpflichtung eines (möglichen) Kassenpatienten komme ausnahmsweise nur dann infrage, wenn der Patient nach Kenntnis einer abgelehnten Kostenübernahme die Behandlung ausdrücklich als Selbstzahler fortsetze. Dies war vorliegend aber nicht der Fall. Vielmehr war die Klinik von Anfang an davon ausgegangen, dass ein gesetzlicher Kostenträger für die Behandlung einstehen sollte, aber nicht, dass der gerade aus der Haft entlassene Kläger die Leistungen selbst bezahlen würde.

FAZIT – Das OLG Dresden setzt mit seiner Entscheidung die einschlägige Rechtsprechung anderer Zivilgerichte zu vergleichbaren Klauseln fort (u. a. OLG Hamburg, Urteil. v. 20.03.2001, Az. 1 U 62/01 und Bundesgerichtshof, Beschluss vom 30.01.1997, Az. III ZB 110/96). Es besteht also für Selbstzahlerklauseln bzw. abweichende privatrechtliche Regelungen in stationären Behandlungsverträgen mit GKV-Patienten kein Raum. Im Streitfall werden die gegen die Patienten gerichteten Zahlungsansprüche jedenfalls nicht durchsetzbar sein. Nur dann, wenn im Vorfeld der stationären Behandlung eine ausdrückliche Ablehnung der Kostenübernahme stattfindet oder dies im Laufe der Behandlung geschieht und der Patient dennoch im Krankenhaus verbleiben will, kommt eine Vereinbarung über Selbstzahlerleistungen mit einem gesetzlich versicherten Patienten ausnahmsweise infrage.

– Radiologie

Radiologische Zweitmeinung nach GOÄ korrekt und vollständig abrechnen

von Ernst Diel, ehem. Leiter Grundsatzfragen PVS Büdingen

Vor der Durchführung von planbaren, operativen Eingriffen oder von Therapiemaßnahmen werden immer häufiger Zweitmeinungen von Patienten eingeholt. Für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung ist die Einholung einer Zweitmeinung bei bestimmten planbaren Eingriffen seit dem Jahr 2019 geregelt (vgl. CB 03/2024, Seite 1, Abruf-Nr. 49885589). Bei den übrigen Leistungen zulasten der GKV und für Privatpatienten ist das Einholen einer Zweitmeinung eine Selbstzahlerleistung, die mit dem Patienten vorher schriftlich zu vereinbaren ist. Speziell bei der radiologischen Zweitmeinung sind einige gebührenrechtliche Aspekte zu beachten.

ARCHIV

Hier mobil im CB 03/2024 weiterlesen

Eine radiologische Zweitmeinung ist keine selbstständige Leistung nach GOÄ

Allgemeine Bestimmungen zu Abschnitt O sehr restriktiv

Die allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt O der GOÄ sind hinsichtlich der Beurteilung von Röntgenfremdaufnahmen sehr restriktiv.

Allgemeine Bestimmung I 4 vor Abschnitt O GOÄ

„Die Beurteilung von Röntgenaufnahmen (auch Fremdaufnahmen) als selbstständige Leistung ist nicht berechnungsfähig."

Somit entsteht also bei der Beurteilung von Röntgenaufnahmen keine selbstständige Leistung im gebührenrechtlichen Sinn, die den Ansatz einer entsprechenden Ziffer begründen würde.

Ausweg: entweder die Beratungsleistung steigern …

Beziehen Sie die Auswertung der Aufnahmen in den Steigerungsfaktor ein

Allerdings besteht die Möglichkeit, den entstehenden Zeitaufwand für die Durchsicht und ggf. die anschließende Bewertung beim Beratungsgespräch (z. B. Nr. 3 GOÄ [Eingehende Beratung; 150 Punkte; 20,11 Euro beim Faktor 2,3]) in den Steigerungsfaktor der Beratungsleistung für die umfangreiche Einbeziehung mitgebrachter Fremdbefunde in die Anamneseerhebung einfließen zu lassen. In diesem Fall handelt es sich um eine unselbstständige, aber zeitaufwendige Teilleistung der erfolgten Beratungsleistung.

… oder Nrn. 34/60 GOÄ ansetzen

Setzen Sie eine andere Leistung an!

Alternativ kann in begründeten Fällen auch **Nr. 34 GOÄ** (Erörterung [Dauer mind. 20 Minuten] der Auswirkungen einer Krankheit auf die Lebensgestaltung …; 300 Punkte; 40,22 Euro) zum Ansatz kommen. Dies ist allerdings nur

dann zulässig, wenn konform zur Leistungslegende eine zeitlich zusammenhängende Erörterung (Feststellung oder erhebliche Verschlimmerung) einer nachhaltig lebensverändernden oder lebensbedrohenden Erkrankung erfolgte.

In seltenen Einzelfällen kann auch die Notwendigkeit einer konsiliarischen Erörterung des Falls mit dem Hauptbehandler nach **Nr. 60 GOÄ** (Konsil; 120 Punkte; 16,09 Euro) bestehen.

Ein Befundbericht ist nach Nr. 75 GOÄ berechnungsfähig …

Der Befundbericht sollte auch eine epikritische Bewertung …

Sofern eine schriftliche Zusammenfassung in Form eines ausführlichen Befundberichts erwünscht und erforderlich ist, kann dies nach **Nr. 75 GOÄ** berechnet werden. Zu beachten ist, dass dieser Befundbericht auch eine **epikritische Bewertung** enthalten sollte. Nur die Befundung der Röntgenaufnahmen stellt – wie erwähnt – keine selbstständige GOÄ-Leistung dar.

Nr. 75 GOÄ

„Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht, einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und ggf. zur Therapie.“

… und möglichst eine Therapieempfehlung enthalten

Die Therapieempfehlung ist zwar laut Leistungslegende fakultativ, also nicht zwingend notwendig, sollte jedoch eigentlich beim Einholen einer Zweitmeinung einen der Kerninhalte darstellen.

… ein Gutachten nach Nr. 80 GOÄ!

Gutachten sollte als Wunschleistung vereinbart werden

Ein „Gutachten“ setzt, über das Einholen einer Zweitmeinung hinausgehend, die eindeutige Beauftragung durch den Patienten voraus und sollte ebenfalls schriftlich als Wunschleistung vereinbart werden. Je nach Umfang kommen hier die

- **Nr. 80 GOÄ** (schriftliche gutachtliche Äußerung; 300 Punkte; 40,22 Euro) oder die
- **Nr. 85 GOÄ** (schriftliche gutachtliche Äußerung mit einem das gewöhnliche Maß übersteigenden Aufwand – ggf. mit wissenschaftlicher Begründung –, je angefangene Stunde Arbeitszeit; 500 Punkte; 67,03 Euro) infrage.

Beim Gutachten sind Schreibgebühren (Nr. 95 GOÄ) ansatzfähig

Bei Ansatz der Nr. 85 GOÄ sind zusätzlich **Schreibgebühren** nach **Nr. 95 GOÄ** (60 Punkte; 3,50 Euro beim Faktor 1,0; nicht steigerungsfähig), je angefangener DIN-A4-Seite sowie nach **Nr. 96 GOÄ** (3 Punkte; 0,17 Euro; Faktor 1,0) für verlangte Kopien je DIN-A4-Seite berechnungsfähig.

↘ WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- Fast 2.200 Ärztinnen und Ärzte waren im Jahr 2022 für das Zweitmeinungsverfahren registriert (CB 03/2024, Seite 1, Abruf-Nr. 49885589)
- Für die Zulassungsvoraussetzungen und das Antragsverfahren siehe den Beitrag online unter iww.de/cb, Abruf-Nr. 45688055.
- G-BA-Zweitmeinungsrichtlinie online unter iww.de/s10251

Leserservice

Redaktion — Sie haben Fragen oder Anregungen zur Berichterstattung? Schreiben Sie an
IWW Institut, Redaktion „CB“, Aspastr. 24, 59394 Nordkirchen,
Fax: 02596 922-80, E-Mail: cb@iww.de
Als Fachverlag ist uns individuelle Rechtsberatung nicht gestattet.

Abonnentenbetreuung — Fragen zum Abonnement beantwortet Ihnen der
IWW Institut Kundenservice, Max-Planck-Str. 7/9, 97082 Würzburg
Telefon: 0931 4170-472, Fax: 0931 4170-463, E-Mail: kontakt@iww.de
Bankverbindung: DataM-Services GmbH, Postbank Nürnberg
IBAN: DE80 7601 0085 0007 1398 57, BIC: PBNKDEFFXXX

Ihr Plus im Netz — Registrieren Sie sich auf iww.de/registrierung,
schalten Sie Ihr Abonnement frei und vergrößern Sie Ihren Wissensvorsprung mit

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

Lesen Sie „CB“ in der **myIWW-App** für Smartphone / Tablet-PC. Für die Suche im Appstore (iOS) und bei Google play (Android) „myIWW“ eingeben.

Newsletter — Abonnieren Sie die kostenlosen IWW-Newsletter für Gesundheitsberufe
auf iww.de/newsletter:

- CB-Newsletter
- BGH-Leitsatz-Entscheidungen

IMPRESSUM

CHEFÄRZTEBRIEF (ISSN 1436-638X)

Herausgeber und Verlag — IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH, Niederlassung: Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen, Geschäftsführer: Bernhard Münster, Dennis Hirthammer, Telefon: 02596 922-0, Fax: 02596 922-80, E-Mail: info@iww.de, Internet: iww.de, Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg

Redaktion — Dr. phil. Stephan Voß (Chefredakteur); Stefan Lemberg M. A. (Redakteur, verantwortlich)

Bezugsbedingungen — Der Informationsdienst erscheint monatlich. Er kostet pro Monat 20,00 Euro einschließlich Versand und Umsatzsteuer. Das Abonnement ist jederzeit zum Monatsende kündbar.

Hinweise — Alle Rechte am Inhalt liegen beim IWW Institut. Nachdruck und jede Form der Wiedergabe auch in anderen Medien sind selbst auszugsweise nur nach schriftlicher Zustimmung des IWW Instituts erlaubt. Der Inhalt des Informationsdienstes ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität des Themas und der ständige Wandel der Rechtsmaterie machen es notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verzichten wir auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d). Dies beinhaltet keine Wertung.

Bildquellen — Titelbild © John Victor Lopes

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

Zentrale Anlaufstelle für Fragen zur Produktsicherheit — Bernhard Münster, Tel. 02596 922-13, E-Mail: produktsicherheit@iww.de

GOGREEN
Wir versenden klimafreundlich mit der Deutschen Post

FSC RECYCLED Papier aus Recyclingmaterial FSC® C022279

IWW INSTITUT

NEU! Level Up Klinikführung –

Innovative Ideen für leitende Krankenhausärztinnen und -ärzte

Monat für Monat ein neuer Impuls:
kompetent, kompakt und kostenlos!

Der neue Podcast zum CB ChefärzteBrief



Bleiben Sie informiert:
Level Up Klinikführung liefert Ihnen jeden Monat innovative Ideen für Krankenhaus und Klinik.

Der Führungsexperte für zukunftsfähige Krankenhäuser, Dr. med. Benedict Carstensen, spricht mit wechselnden Gästen aus Medizin und Management über aktuelle Entwicklungen, die leitende Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus heute angehen.

Jetzt direkt reinhören:
Überall, wo es Podcasts gibt
und unter iww.de/cb/podcast