

1 Grundlagen

1.1 Ambulante Leistungen – eine hochkomplexe Materie

Mit Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes zum 01.01.1993 stieg auch die Bedeutung der ambulanten Leistungen. Nach nunmehr 30 Jahren zeigt sich, dass die damalige Forderung des Gesetzgebers nach mehr Verzahnung des ambulanten und des stationären Sektors seither zahlreiche Früchte trug. Zwischenzeitlich gibt es eine Vielzahl von Vertragsbeziehungen und Rechtsformen zur Erbringung ambulanter Leistungen. Mit Inkrafttreten des überarbeiteten Vertrages zum Ambulanten Operieren nach § 115b SGB V (letztmalig zum 18.12.2023) und der Einführung Medizinischer Versorgungszentren in das Sozialgesetzbuch zum 01.01.2004 suchen gerade Krankenhäuser nach strukturierter Hilfe bei der Abrechnung ambulanter Leistungen.

1.2 Grundbegriffe

1.2.1 Beteiligte der ambulanten Versorgung

Unterschiedliche Rollen des Arztes

Der Vertragsarzt

Bei der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung wirken Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Medizinische Versorgungszentren und Krankenkassen zusammen (vgl. § 72 Abs. 1 SGB V).

Der Vertragsarzt nimmt in dieser Struktur als »Grundelement« eine Hauptrolle ein. Nach dem Studium der Medizin und erfolgreicher Approbation bemüht er sich um eine Zulassung in einem Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung. Mit Erhalt dieser Zulassung wird ihm das Recht zugesprochen, Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung zu behandeln und hierfür eine Vergütung von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zu erhalten. Abgeleitet aus der noch heute exis-

tierenden Verpflichtung, die ärztliche Tätigkeit grundsätzlich am Sitz seiner Praxis zu erbringen, nannte man den Vertragsarzt in früheren Zeiten auch den »Kassenarzt«, der an seinem Kassenarztsitz eine Praxis führte.

Der ermächtigte Arzt

Eine besondere Form der Zulassung in der vertragsärztlichen Versorgung stellt der ermächtigte Arzt dar. Er ist eigentlich Mitarbeiter eines Krankenhauses und dort für die Erbringung **stationärer** Leistungen zuständig. Allerdings kann es vorkommen, dass die vorhandene Vertragsarztdichte nicht ausreicht, um eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit vertragsärztlichen Leistungen sicherzustellen. Es kommt zu einer Unterversorgung. In diesem Fall ist es möglich, dass sich ein Krankenhausarzt für das »Füllen dieser Lücke« bewirbt und – nach erfolgter Zulassung, die dann Ermächtigung heißt – neben seiner hauptberuflichen Tätigkeit als Krankenhausarzt auch (ambulante) vertragsärztliche Leistungen erbringen darf. Anders als die Zulassung ist die Ermächtigung in der Regel (auf zwei Jahre) befristet und unter Umständen auch inhaltlich auf einzelne Fachgebiete oder Leistungsziffern eingeschränkt. Ein Anrecht auf eine Ermächtigung besteht nicht, sofern die vorhandenen Vertragsärzte eine ausreichende Versorgung der Bevölkerung sicherstellen können.

Der liquidationsberechtigte Arzt

Der Begriff des liquidationsberechtigten Arztes hat keine Verbindung zur vertragsärztlichen Versorgung. Dieser Begriff bezieht sich auf Leistungen des Arztes, die er direkt mit dem Patienten als Selbstzahler oder – bei Existenz einer privaten (Rück-) Versicherung des Patienten – als Privatpatient vereinbart und abrechnet. Der liquidationsberechtigte Arzt hat von seinem Arbeitgeber, in der Regel einem Krankenhaus, die Erlaubnis erhalten, bestimmte Patientengruppen auf eigenen Namen und auf eigene Rechnung zu behandeln. Hierfür zahlt er dem Krankenhausträger ein entsprechendes Nutzungsentgelt oder wird an den Erlösen beteiligt. Die Höhe der Liquidation ergibt sich nach den Regeln der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Der berufsgenossenschaftlich tätige Arzt

Der berufsgenossenschaftlich tätige Arzt ist ebenfalls nicht dem Bereich der vertragsärztlichen Versorgung zuzuordnen. Er behandelt Patienten im Falle notwendiger berufsgenossenschaftlicher Heilbehandlung (z. B. bei Arbeitsunfällen). Hierzu benötigt er grundsätzlich einen Vertrag mit einer Berufsgenossenschaft oder dem Verband der Berufsgenossenschaften. Erfolgt die berufsgenossenschaftliche ärztliche Versorgung durch einen Krankenhausarzt, steht – ebenso wie beim liquidationsberechtigten Arzt – vor der Leistungserbringung die Erlaubnis des Krankenhausträgers. Berufsgenossenschaftlich tätige Vertragsärzte benötigen eine derartige Er-

laubnis verständlicherweise nicht, da sie sich nicht in einem Angestelltenverhältnis, sondern in freier Praxis befinden.

Der Belegarzt

Dem Belegarzt kommt nach § 121 Abs. 2 SGB V eine besondere Rolle in der stationären Versorgung zu. Er ist nicht am Krankenhaus angestellt, sondern Vertragsarzt. Allerdings hat er zusätzlich zu seiner originären Zulassung als Vertragsarzt eine weitere Zulassung erhalten, um als Belegarzt tätig zu sein. Darüber hinaus hat er einen entsprechenden Vertrag mit einem Krankenhausträger geschlossen, der wiederum Belegbetten benötigt. Sind diese Voraussetzungen erfüllt, ist der Belegarzt berechtigt, seine Patienten (Belegpatienten) im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel vollstationär oder teilstationär zu behandeln, ohne vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten (vgl. § 121 Abs. 2 SGB V).

Der Honorararzt

Während man in der Literatur von einem sogenannten »unechten Belegarzt« spricht, hat sich in der Praxis zwischenzeitlich der Begriff des Honorararztes herausgebildet.

Der Honorararzt kann – muss aber nicht – ebenfalls ein Vertragsarzt sein. Ihn zeichnet ein Vertrag mit einem Krankenhausträger aus, der vorsieht, dass der Honorararzt im Namen und auf Rechnung des Krankenhausträgers Patienten behandelt und hierfür eine Vergütung vom Krankenhausträger erhält. Wenn dieses Konstrukt auch grundsätzlich nach dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz möglich und erlaubt ist, werden hieran besondere Anforderungen gestellt, die es zu beachten gilt!

Kassenärztliche Vereinigungen und Kassenärztliche Bundesvereinigung

Zur Erfüllung der ihnen durch das Gesetz übertragenen Aufgaben der vertragsärztlichen Versorgung bilden die Vertragsärzte für den Bereich eines jeden Landes eine Kassenärztliche und eine Kassenzahnärztliche Vereinigung. Die zugelassenen Ärzte sind ordentliche Mitglieder der für ihren Arztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (vgl. § 77 Abs. 1 SGB V). Die in das Arztreferat eingetragenen nicht zugelassenen Ärzte sind außerordentliche Mitglieder der für die Führung des Arztreferats zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen bilden die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung. Sie sind Körperschaften des öffentlichen Rechts.

Die Hauptaufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen besteht darin, den Vertragsärzten ein Honorar aus dem Gesamtbudget des KV-Bezirks für die Leistungen bei Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung zu zahlen.

Landesärztekammern und Bundesärztekammer

Während die Hauptaufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen darin besteht, sich um das Honorar des Vertragsarztes zu kümmern, widmen sich die Ärztekammern der fachlich-inhaltlichen Dimension des Arztberufes.

Jeder Arzt ist Pflichtmitglied der Ärztekammer des Bundeslandes, in dem er seine ärztliche Tätigkeit ausübt bzw., falls er keine ärztliche Tätigkeit ausübt, seinen Wohnsitz hat.

Die Landesärztekammern sind Körperschaften des öffentlichen Rechts und gemeinsam in der Bundesärztekammer organisiert.

Letztgenannte ist selbst nicht in der Rechtsform einer Körperschaft des öffentlichen Rechts organisiert. Als Arbeitsgemeinschaft der deutschen Landesärztekammern hat sie die Rechtsform eines rechtsfähigen Vereins.

Krankenhaus und ambulante Leistungen

Gemäß Definition ist das Krankenhaus zunächst auf die Erbringung stationärer Leistungen ausgerichtet. Allerdings führte die zunehmende Vernetzung ambulanter und stationärer Leistungen insbesondere seit der Neustrukturierung des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch (SGB V) vor über 30 Jahren (1993) dazu, dass Krankenhäuser als Institutionen heute einen wesentlichen Eckpfeiler in der ambulanten Versorgung darstellen. Nach § 107 Abs. 1 SGB V sind Krankenhäuser Einrichtungen, die

- der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen,
- fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten,
- mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten, und in denen
- die Patienten untergebracht und verpflegt werden können.

Darüber hinaus können Krankenhäuser u.a. folgende ambulanten Leistungen erbringen:

- Ambulante Operationen und stationsersetzende Eingriffe nach § 115b SGB V
- Ambulante Leistungen nach § 116b SGB V (Ambulante spezialfachärztliche Versorgung)
- Ambulante Leistungen nach § 117 SGB V (Hochschulambulanzen)

- Ambulante Leistungen in der Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V
- Ambulante Leistungen in sozialpädiatrischen Zentren (§ 119 SGB V)

Bei diesen Leistungen wird das Krankenhaus als Institution tätig und die beteiligten Krankenhausärzte handeln als Mitarbeiter des Krankenhauses im Namen und auf dessen Rechnung.

Aufgaben der Sozialleistungsträger

Die Krankenkassen als rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung vertreten die Solidargemeinschaft der Versicherten gegenüber den Leistungserbringern und nehmen eine wichtige Funktion bei der Erstattung der Erlöse ein. Sie sind in folgende Kassenarten gegliedert:

- Allgemeine Ortskrankenkassen
- Betriebskrankenkassen
- Innungskrankenkassen
- See-Krankenkassen
- Landwirtschaftliche Krankenkassen
- Bundesknappschaft als Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung
- Ersatzkassen

In der Praxis werden die Sozialleistungsträger oft als Krankenkasse benannt. Diese Ungenauigkeit übersieht jedoch, dass nicht jeder Sozialleistungsträger in der Rechtsform einer Krankenkasse existiert. Ein Beispiel für diese unzutreffende Gleichsetzung bilden die Sozialämter. Sie können als Sozialleistungsträger fungieren, sind jedoch keine Krankenkasse.

Ebenfalls nicht korrekt ist der Begriff des »Kostenträgers«, der dem Sprachgebrauch des täglichen Alltags entspringt. Der Kostenträger ist dem Kontext der betriebswirtschaftlichen Kostenrechnung zuzuordnen. Er stellt hier ein Objekt dar, das die Kosten trägt. Es ist somit im Kontext der Abrechnung (weil Erlöserstattung) als Bezeichnung ungeeignet.

Der hilfsweise verwendete Begriff des »Kostenübernehmers« trifft den Sachverhalt der Erlöserstattung zwar schon eher, ist jedoch ebenfalls ein nicht aus dem SGB V abzuleitender Begriff.

Der Begriff der Krankenkasse ist allein für Leistungen der Vertragsärzte und der Krankenhäuser für gesetzlich versicherte Patienten zu wählen.

Patient im Zentrum

Im Mittelpunkt aller Aktivitäten der Leistungserbringer steht der Patient!

Allerdings kann er dem jeweiligen Leistungserbringer in unterschiedlichen Rollen entgegentreten. Hieraus resultieren dann unterschiedliche Rechtsverhältnisse, Leistungsmöglichkeiten und Abrechnungsmodalitäten.

An einem Beispiel sei dies kurz erläutert:

Ein Versicherter einer gesetzlichen Krankenkasse sucht einen Vertragsarzt auf, um sich einer Routineuntersuchung zu unterziehen. Zum Nachweis seiner Mitgliedschaft in der Krankenkasse und zur Begründung seines Leistungsanspruchs legt er seine Versichertenkarte vor. In dieser Rolle ist der Patient ein gesetzlich Versicherter. Die Abrechnung folgt den Regeln der vertragsärztlichen Versorgung und die Vergütung des Arztes erfolgt über die zuständige Kassenärztliche Vereinigung nach Maßgabe des EBM.

Bietet der Arzt dem Patienten im Rahmen der Behandlung Leistungen an, die über den gesetzlichen Leistungskatalog hinausgehen (sogenannte Individuelle Gesundheitsleistungen), ist der Patient in Bezug auf diese Leistung kein gesetzlich Versicherter mehr. Er wird zum Selbstzahler der Leistung. Die Abrechnung folgt dann den Regeln der privatärztlichen Abrechnung im direkten Verhältnis zwischen Arzt und Patient auf Basis der GOÄ.

Für den Fall, dass der Patient in Folge eines Arbeitsunfalls den vorgenannten Arzt aufsucht, tritt er diesem als berufsgenossenschaftlich versicherter Arbeitnehmer entgegen. Die Abrechnung des Arztes erfolgt über die zuständige Berufsgenossenschaft und grundsätzlich auf Basis der GOÄ in der Fassung der Unfallversicherungsträger (UV-GOÄ).

1.2.2 Leistungserbringer und deren Beziehungen

Vorbemerkungen

Im Gegensatz zur relativ klar strukturierten Abrechnung stationärer Leistungen ist die Abrechnung ambulanter Leistungen durch eine sehr hohe Komplexität gekennzeichnet. Nach erfolgter Prüfung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit im stationären Sektor folgt die Abrechnung einem nahezu einheitlichen Muster. Ambulante Abrechnung differenziert sich im Wesentlichen nach dem Vertragsverhältnis zwischen Leistungserbringer und Patient.

Die rechtlichen Beziehungen der Krankenhäuser zu den ambulanten Patienten, den Sozialleistungsträgern oder sonstigen Dritten sind nicht in einer einheitlichen Rechtsordnung geregelt. Die ambulante Behandlung eines Patienten im Krankenhaus ist ein tatsächlicher Vorgang, der in rechtlicher Hinsicht unterschiedlich einzurichten ist. Je nach den Verhältnissen treten unterschiedliche Beteiligte auf verschiedene Arten in Beziehung zueinander.

Auf der Leistungsseite stehen in der Regel ein Arzt oder eine Institution; auf der Empfängerseite neben dem Patienten ein für ihn zahlender Sozialleistungsträger oder sonstiger Dritter. Daraus ergeben sich zweiseitige, dreiseitige oder auch mehrseitige Rechtsbeziehungen. Beteiligt sein können hierbei der Vertragsarzt, der ermächtigte Krankenhausarzt oder der Arzt im Sinne eines Erfüllungsgehilfen, das Krankenhaus, die Sozialleistungsträger, die Kassenärztliche Vereinigung und selbstverständlich der Patient. Darüber hinaus ergeben sich innerhalb dieser Rechtsbeziehungen eine Vielzahl zweiseitiger Schuldverhältnisse teils privat-recht-

licher, teils öffentlich-rechtlicher Natur, wie z. B. zwischen Arzt und Krankenhaus, Patient und Arzt, Krankenhaus und Patient, Krankenhaus und Kassenärztlicher Vereinigung, Arzt und Kassenärztlicher Vereinigung, Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenkasse, Patient und Krankenkasse. Es ergibt sich aus dem Wesen der vertraglichen und gesetzlichen Bindungen, dass zweiseitige Schuldverhältnisse im Rahmen von mehrseitigen Rechtsverhältnissen nicht frei gestaltet werden können. Die Verflechtungen müssen beachtet werden. In vereinfachter Weise sollen daher unterschiedliche Konstellationen dargestellt werden.

Ärztliche Leistungen

Die Rechtsbeziehungen in der ambulanten Leistungserbringung sind vielfältig und komplex. Neben dem Verhältnis des Arztes zu seinem Patienten existieren mögliche weitere Beziehungen zu einem Krankenhaus, einer Kassenärztlichen Vereinigung oder einer Krankenkasse. Hieraus ergeben sich direkte und indirekte Leistungs- und Entgeltansprüche, die im Folgenden vorgestellt werden.

Das grundlegende Verhältnis besteht zwischen dem Patienten und einem behandelnden Arzt. Der Patient besitzt einen Leistungsanspruch (z. B. nach dem SGB V oder der GOÄ), der Arzt im Nachgang zur Behandlung einen Entgeltanspruch (► Abb. 1.1).

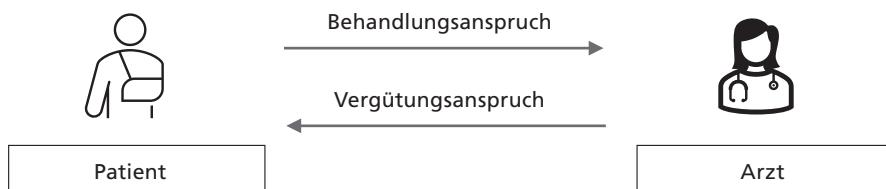


Abb. 1.1: Verhältnis Patient und Arzt

Handelt es sich bei dem Patienten um einen gesetzlich Versicherten, wird der Arzt u. U. zum Vertragsarzt und die Betrachtung ist zu erweitern um die zuständige Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenkasse des Patienten. Als Gegenleistung für die Zahlung seiner Versichertenbeiträge erhält der Patient einen Leistungsanspruch gegenüber seiner gesetzlichen Krankenkasse, die diese Leistung jedoch nicht persönlich erbringen kann. Der Patient erhält eine Versichertenkarte zum Nachweis seiner Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung und sucht hiermit einen Arzt auf. Bei diesem Arzt muss es sich um ein Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung handeln, da diese gegen Zahlung des Gesamthonorar die Sicherstellung für einen bestimmten KV-Bezirk (in der Regel das Bundesland) von den Krankenkassen übernommen hat. Nach erfolgter Behandlung des Patienten erstellt der Vertragsarzt – so lautet nun die Bezeichnung des behandelnden Arztes – am Ende des Quartals eine Abrechnung, die er seiner Kassenärztlichen Vereinigung übergibt. Diese prüft die Abrechnung und vergütet dem Vertragsarzt die berechneten Leistungen.

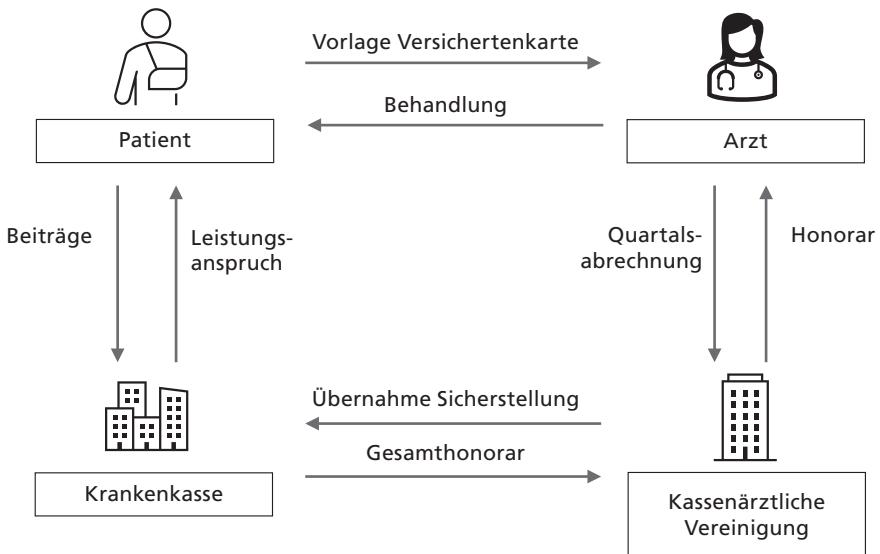


Abb. 1.2: Verhältnis gesetzlich versicherter Patient und Vertragsarzt

Für den Fall, dass der behandelnde Arzt ein Mitarbeiter eines Krankenhauses ist und er auf Grund einer Unterversorgung einer bestimmten Region eine Zulassung (sog. Ermächtigung) zur ambulanten Versorgung gesetzlich Versicherter erhalten hat, erweitert sich der Kreis der Beteiligten um das Krankenhaus. Der ermächtigte Krankenhausarzt verhält sich grundsätzlich so, wie ein Vertragsarzt. Sämtliche Rechtsbeziehungen des Vertragsarztes (► Abb. 1.2) sind grundsätzlich auch auf den ermächtigten Krankenhausarzt übertragbar. Da der Krankenhausarzt jedoch primär ein Mitarbeiter des Krankenhauses ist, benötigt er alternativ eine Nebentätigkeitserlaubnis oder eine Beteiligungsvergütung. Im Falle einer Nebentätigkeitserlaubnis wird er mit dem Krankenhaussträger ein Nutzungsentgelt für die Nutzung der Krankenhausressourcen vereinbaren. Handelt es sich um eine Beteiligungsvergütung, nutzt der ermächtigte Krankenhausarzt die Ressourcen ohne Berechnung der Kosten durch den Krankenhaussträger. Allerdings stehen die Erlöse der ambulanten Tätigkeit dann dem Krankenhaussträger zu, der den ermächtigten Krankenhausarzt daran beteiligt (► Abb. 1.3).

Behandelt der Krankenhausarzt hingegen selbstzahlende bzw. privat versicherte Patienten, tritt er dem Patienten als Liquidationsberechtigter entgegen, der die Erlaubnis des Krankenhaussträgers zur Behandlung von Selbstzahlern bzw. Privatpatienten erhalten hat. Es besteht kein Verhältnis zu einer Kassenärztlichen Vereinigung, denn das Vertragsverhältnis beschränkt sich auf die Beziehung zwischen dem Patienten und dem liquidationsberechtigten Krankenhausarzt. Da der Krankenhausarzt jedoch auch in diesem Fall primär ein Mitarbeiter des Krankenhauses ist, benötigt er auch hierzu alternativ eine Nebentätigkeitserlaubnis oder eine Beteiligungsvergütung. Im Falle einer Nebentätigkeitserlaubnis wird er mit dem Krankenhaussträger ein Nutzungsentgelt für die Nutzung der Krankenhausressourcen

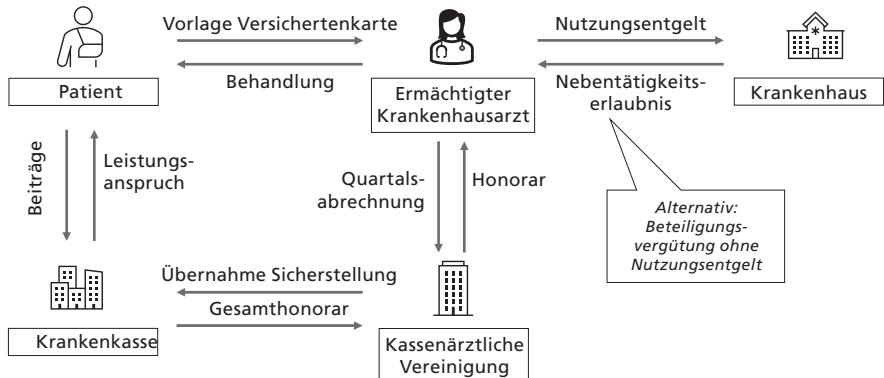


Abb. 1.3: Verhältnis gesetzlich versicherter Patient und ermächtigter Krankenhausarzt

vereinbaren. Handelt es sich um eine Beteiligungsvergütung, nutzt der ermächtigte Krankenhausarzt die Ressourcen ohne Berechnung der Kosten durch den Krankenhasträger. Allerdings stehen die Erlöse der ambulanten Tätigkeit dann dem Krankenhasträger zu, der den ermächtigten Krankenhausarzt daran beteiligt (► Abb. 1.4).

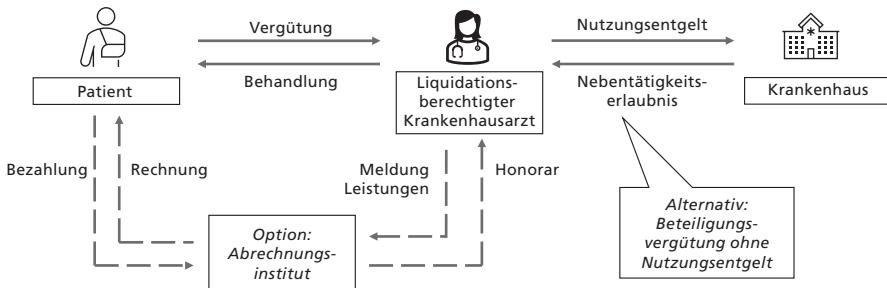


Abb. 1.4: Verhältnis Selbstzahler/Privatpatient und liquidationsberechtigter Krankenhausarzt

Institutionelle Leistungen des Krankenhauses

Auch im Fall von Institutsleistungen erbringt der o. g. Krankenhausarzt eine Leistung für den Patienten. Allerdings liegt hier ein Vertragsverhältnis zwischen dem Patienten und dem Krankenhasträger zu Grunde. Der Arzt ist in diesem Fall Erfüllungsgehilfe des Krankenhasträgers. Der Leistungsinhalt kann dann aus ärztlichen Leistungen bestehen oder sich allein auf Sachleistungen beschränken. Denkbar sind derartige Konstellationen bei gesetzlich Versicherten und bei Selbstzahlern bzw. Privatpatienten. Je nach Entscheidung des Krankenhauses kann dies mit Hilfe des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für gesetzlich Versicherte oder des von der Deutschen Krankenhausgesellschaft herausgegebenen Nebenkostentarifs Band I (DKG-NT I) bei Selbstzahlern bzw. Privatpatienten erfolgen. Eine Anwen-

dung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) durch das Krankenhaus ist grundsätzlich nicht vorgesehen, da sie dem Arzt für die Berechnung seiner Leistungen vorbehalten ist.

Inwieweit der leitende Arzt sich an der Erbringung von Institutsleistungen beteiligen muss, ergibt sich aus dem sog. Chefarztvertrag. Bei Institutsleistungen entstehen zwischen dem Patienten und dem behandelnden Arzt keine vertragsrechtlichen Beziehungen. Haftungsansprüche aus Vertrag richten sich nach §§ 276 und 278 BGB ausschließlich an den Krankenhaussträger. Unberührt bleiben die Haftungsansprüche nach Deliktsrecht an den Arzt, wenn dem Patienten bei Ausführung der Leistung von dem Arzt schuldhaft ein Schaden zugefügt wurde. Es gelten dann die §§ 823 ff. BGB.

Als Leistungserbringer steht nun das Krankenhaus dem Patienten gegenüber. Wie bei einem ermächtigten Krankenhausarzt besitzt der Patient bei bestimmten Leistungen des SGB V nach Zahlung seiner Versichertenbeiträge einen Leistungsanspruch, den dann jedoch das Krankenhaus als Vertragspartner einer Krankenkasse erfüllt (der Arzt fungiert als Erfüllungsgehilfe). Die Krankenkasse vergütet dem Krankenhaus die Leistung dann in der Regel auf Basis eines Selektivvertrages direkt. Je nach Ausgestaltung des Selektivvertrages legitimiert sich der Patient mit Hilfe seiner Versichertenkarte (► Abb. 1.5).

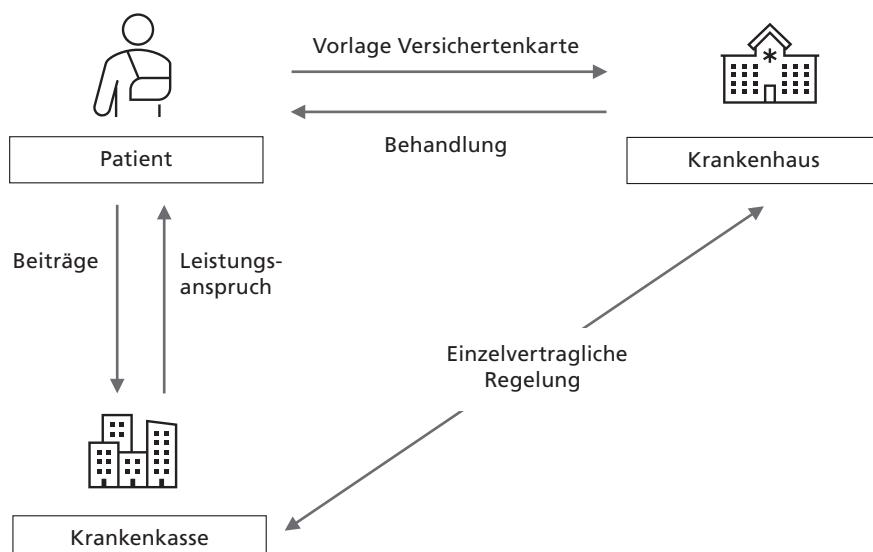


Abb. 1.5: Verhältnis gesetzlich versicherter Patient und Krankenhaus

Die Erbringung von Leistungen für selbstzahlende bzw. privat versicherte Patienten durch das Krankenhaus unterscheidet sich lediglich in einer Nuance von der zuvor geschilderten Konstellation. Abrechnungspartner des Krankenhauses ist dann nicht die einzelne Krankenkasse, sondern der Patient direkt. Alternativ kann das Krankenhaus jedoch – ebenso wie ein liquidationsberechtigter Krankenhausarzt – ein