

Die Kooperation zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten

Referent: Rechtsanwalt Matthias Wallhäuser
Fachanwalt für Medizinrecht
Lehrbeauftragter der Rhein. FH (Medizin-Ökonomie)

- MEYER-KÖRING -
Rechtsanwälte Steuerberater
Bonn Berlin

www.meyer-koering.de

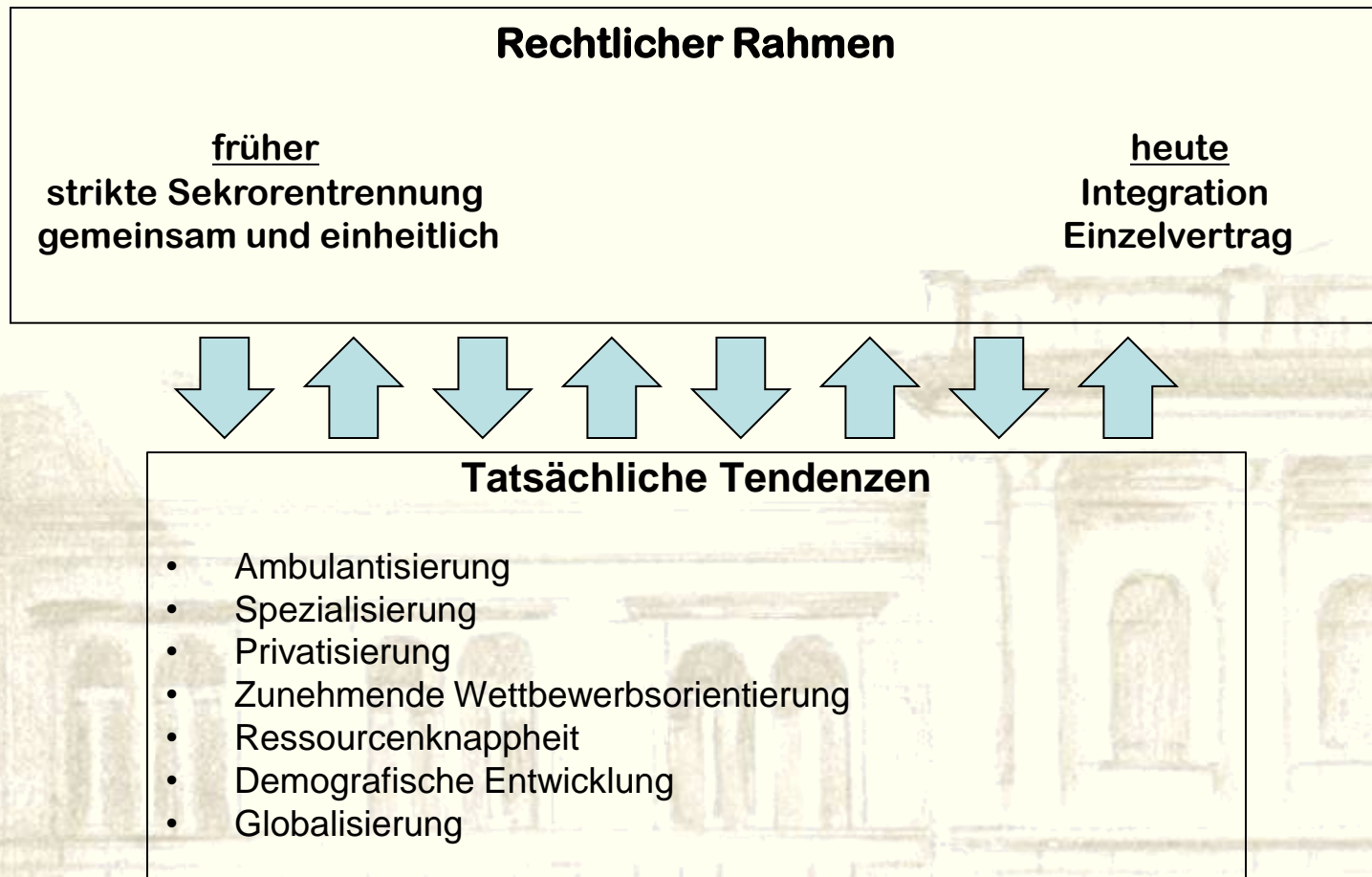


Gliederung

- I. Hintergrund und Anlässe
- II. Diskussionshistorie
- III. Fallgestaltungen und rechtliche Rahmenbedingungen
- IV. Rechtsprechung
- V. Konkrete Einzelfälle
- VI. Strategie



I. Hintergrund und Anlässe



II. Diskussionshistorie

- ➔ Urteil BSG (28. Februar 2007)
- ➔ Urteil LG Duisburg (01. April 2008)
- ➔ Urteil LSG Sachsen (03. April 2008)
- ➔ Pressemeldung 61. Urologen-Kongress (24. August 2009)
- ➔ Beginn Medienberichterstattung (FAZ 31. August 2009)
- ➔ Urteil OLG Düsseldorf (01. September 2009)
- ➔ Statements der DKG und der KBV (Anfang September)
- ➔ Gemeinsame Erklärung der Selbstverwaltung (04. September 2009)
 - paritätische Besetzung von „Clearingstellen“
 - Aufruf zur Versachlichung der Debatte
 - Schreiben der KBV/DKG zur Zusammenarbeit angekündigt
 - ab sofort keine gegenseitigen öffentlichen Schuldvorwürfe mehr



III. Fallgestaltungen und rechtliche Rahmenbedingungen

1. Gib mir Geld, dann bring ich Dir Patienten
(„Erpressungsmodell“)

2. Bring mir Patienten, dann geb ich Dir Geld
(„Bestechungsmodell“)

3. Gemeinsam sind wir stark
(„Integrationsmodell“)



III. Fallgestaltungen und rechtliche Rahmenbedingungen

Problem 1:

Erpressungsmodell + Bestechungsmodell tarnen sich nicht selten als Integrationsmodell

Problem 2:

Auch Integrationsmodelle werden rechtlich kritisch betrachtet.



IV. Rechtsprechung

➔ Urteil BSG (28. Februar 2007; Az. B 3 KR 17/06 R)

„Nach dieser - mit § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 Krankenhausentgeltgesetz inhaltsgleichen - Vorschrift sind die allgemeinen Krankenhausleistungen nur zwischen Krankenkasse und Krankenhaus abzurechnen, auch wenn letzteres in bestimmtem Rahmen Dritte hinzuzieht; diese erbringen - rechtlich gesehen - ihre Leistung nicht gegenüber dem Patienten bzw. dessen Krankenkasse, sondern gegenüber dem Krankenhaus. Dementsprechend kann ein Vergütungsanspruch des Dritten nur gegen das Krankenhaus und nicht gegen den Patienten oder dessen Kostenträger entstehen (Dietz/Bofinger, Krankenhausfinanzierungsgesetz, Bundespflegesatzverordnung und Folgerecht, Band 1 (Stand: Juni 2006), § 1 BPfIV Anm. 4 und § 2 BPfIV Anm. II 4; Uleer/Miebach/Patt, Abrechnung von Arzt- und Krankenhausleistungen, 3. Aufl. 2006, S. 201 RdNr. 7; vgl. BSG SozR 3-2500 § 60 N.r 6 S. 36). Dies gilt jedoch nur, soweit es sich um Leistungen handelt, die im Verhältnis zu der vom Krankenhaus zu erbringenden Hauptbehandlungsleistung lediglich ergänzende oder unterstützende Funktion haben (sog. "Verbringung", vgl. Dietz/Bofinger a.a.O., § 2 BPfIV Anm. II 8.1; Tuschen/Quaas, BPfIV, 5. Aufl. 2001, S. 177; Schulz/Mertens, MedR 2006, 191, 194).“



IV. Rechtsprechung

- ➔ Urteil LG Duisburg (01. April 2008; Az. B 3 KR 17/06 R)
bestätigt durch OLG Düsseldorf (01. September 2009, Az. I-20 U 121/08)

Präambel

1. Das Krankenhaus und die Vertragsärzte verpflichten sich mit dieser Vereinbarung zu einer sektorenübergreifenden Kooperation. Inhalt der Kooperation ist die medizinisch abgestimmte, arbeitsteilige Behandlung von Patienten, bei denen eine vor- oder nachstationäre Behandlungsnotwendigkeit besteht. Die Vertragspartner sind davon überzeugt, mit dieser Kooperation den Interessen der Patienten zu dienen, da koordinierte Behandlungsabläufe die Versorgungsqualität erhöhen und ferner mit dem Vorteil für den Patienten verbunden sind, länger im häuslichen Umfeld zu bleiben. Zugleich erzeugt die Kooperation wirtschaftliche Synergieeffekte, die den Vertragspartnern einen noch wirtschaftlicheren Ressourceneinsatz ermöglichen.
2. Das Recht der Patienten, den behandelnden Arzt bzw. das Krankenhaus frei auszuwählen, wird durch diesen Vertrag nicht eingeschränkt.

§ 1 Grundsätze

1. Die sektorenübergreifende Versorgung dient in erster Linie den Interessen der Patienten durch Optimierung der Versorgungsqualität. Aus diesem Grund wird die medizinische Verantwortung des jeweils behandelnden Arztes und sein Letztentscheidungsrecht in allen medizinischen Fragen durch diesen Vertrag nicht berührt.

(...)



IV. Rechtsprechung

§ 2 Leistungen

1. Das Krankenhaus beauftragt Vertragsärzte mit der Durchführung von prä- und poststationären Leistungen, die im Zusammenhang mit einer stationären Behandlung im Krankenhaus notwendig sind. In Anlage A sind die stationären Behandlungen nach Satz 1 aufgeführt, bei denen eine Beauftragung der Vertragsärzte im Rahmen der sektorenübergreifenden Versorgung in Betracht kommt. Die von Vertragsärzten im Auftrag des Krankenhauses durchführbaren Leistungen sind in der Anlage B dieses Vertrages abschließend aufgeführt.
2. Das Krankenhaus entscheidet über den Umfang der im konkreten Behandlungsfall durch den Vertragsarzt zu erbringenden Leistungen und koordiniert diese. Das Nähere regelt § 3.

§ 3 Ablaufkonzept der sektorenübergreifenden Versorgung

1. Der Vertragsarzt empfiehlt dem Patienten, für den er die Indikation für eine stationäre Behandlung nach Anlage A gestellt hat, die Vorstellung im Krankenhaus.
2. Das Krankenhaus nimmt den Patienten als Behandlungsfall i.S. dieser Vereinbarung an, wenn es die Indikation zur stationären Behandlung bestätigt und der Patient sein schriftliches Einverständnis nach § 8 gegeben hat.
3. Nach Annahme des Behandlungsfalles entscheidet das Krankenhaus über die weiteren Behandlungsschritte und dokumentiert diese in einer Patientenakte.
4. Das Krankenhaus beauftragt den Vertragsarzt, der die Indikation gestellt hat, mit den im konkreten Behandlungsfall notwendigen prästationären Leistungen durch Übersendung der Patientenakte und informiert den Patienten.
5. Der beauftragte Vertragsarzt erbringt die prästationären Leistungen und gibt anschließend die Patientenakte nach entsprechender Dokumentation an das Krankenhaus zurück.



IV. Rechtsprechung

6. [bleibt frei]

7. [bleibt frei]

8. (...) Soweit diese [scil.: poststationäre Leistungen] erforderlich sind, beauftragt das Krankenhaus hiermit den Vertragsarzt, der die Indikation gestellt hat, durch Übersendung der Patientenakte. Der beauftragte Vertragsarzt reicht die Patientenakte, nachdem er die poststationären Leistungen erbracht und dokumentiert hat, an das Krankenhaus zurück.

9. (...) Es kann sich – je nach Behandlungsnotwendigkeit – eine erneute stationäre Behandlung (ggf. mit weiterer poststationärer Behandlung) (...) anschließen.

§ 5 Vergütung

1. Das Krankenhaus zahlt den Vertragsärzten für die von ihnen erbrachten prä- und poststationären Leistungen die Vergütung nach Anlage B. Mit der Vergütung sind alle beim Vertragsarzt mit der Leistungserbringung verbundenen Kosten, einschließlich derjenigen für Verbrauchsmaterialien, abgegolten.

2. Die Abrechnung der ärztlichen Leistungen erfolgt über mit dem Vertragsarzt gem. Anlage E.

§ 8 Teilnahme von Versicherten

1. Voraussetzung für die Behandlung im Rahmen der sektorenübergreifenden Versorgung ist die Einverständniserklärung des Patienten. Sie ist schriftlich gegenüber dem Krankenhaus abzugeben, nachdem dieses den Patienten umfassend über den Inhalt der sektorenübergreifenden Versorgung aufgeklärt hat. (...)



IV. Rechtsprechung

Urteil und Begründung:

Krankenhaus und Chefarzt haben Anbahnung und Abschluss derartiger Verträge und die Vergütung der entsprechenden Leistungen zu unterlassen.

Nach Auffassung des Gerichtes wird unangemessen und unsachlich auf die Entscheidungsfreiheit des Patienten Einfluss genommen. Beteiligte Ärzte seien geneigt, Patienten möglichst an dieses Krankenhaus „weiterzureichen“, da die Vergütung durch das Krankenhaus (GOÄ) besser und dazu nicht budgetiert ist.

„Die Empfehlung eines Arztes für ein bestimmtes Haus, die auch darauf beruht, dass ihm ein Vorteil zufließt, ist aber mit dem Grundsatz einer allein nach ärztlichen Gesichtspunkten zu treffenden Entscheidung nicht zu vereinbaren (vgl. BGH, GRUR 2005, 1059, 1060 - Quersubventionierung von Laborgemeinschaften).“

Der Vertragsarzt erbringt tatsächlich vertragsärztliche Leistungen, die durch den Vertrag als „prä- oder poststationäre“ Leistungen bezeichnet werden. Betrug zu Lasten der GKV vom Gericht angesprochen.



IV. Rechtsprechung

➔ Urteil LSG Sachsen (03. April 2008; Az. B 3 KR 17/06 R)

Das LSG Sachsen hatte über einen Fall zu entscheiden, bei dem ein Krankenhaus ambulante Operationen durchgeführt hat, sich jedoch der Leistungserbringung durch niedergelassene Vertragsärzte bediente und nicht Krankenhausärzte einsetzte.

Das Landessozialgericht hat, wie auch die Vorinstanz SG Chemnitz, bestätigt, dass das Krankenhaus keinen Vergütungsanspruch gegenüber den Krankenkassen hat, wenn ambulante Operationen auf Grundlage § 115 b SGB V in Verbindung mit einem Vertrag über ambulantes Operieren erbracht werden und sich bei der Leistungserbringung nicht eigener angestellter Ärzte des Krankenhauses, sondern freiberuflich niedergelassener Ärzte bedient.



IV. Rechtsprechung

➔ Urteil LSG Sachsen (03. April 2008; Az. B 3 KR 17/06 R)

Begründung:

Dennoch kann die Klägerin für die hier streitigen Leistungen nach Nr. 2447 EBM keine Vergütung verlangen. Denn § 7 Abs. 1 AOP-Vertrag räumt dem Krankenhaus nur einen Anspruch auf Vergütung derjenigen Leistungen ein, die durch seine Krankenhausärzte erbracht worden sind, nicht aber auf Vergütung derjenigen Leistungen, die es sich von niedergelassenen Vertragsärzten beschafft hat. Dies ist zwar in § 7 Abs. 1 AOP-Vertrag nicht ausdrücklich bestimmt, ergibt sich aber aus dem Gesamtzusammenhang des AOP-Vertrages und entspricht dem Sinn und Zweck des Gesetzes.



IV. Rechtsprechung

➔ Urteil LSG Sachsen (03. April 2008; Az. B 3 KR 17/06 R)

Begründung:

Nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung sind Leistungen des Krankenhauses grundsätzlich nur die Leistungen, die dieses durch eigenes Personal erbringt, nicht aber die Leistungen selbständiger Dritter. Denn Krankenhäuser sind, wie die Legaldefinition des § 107 Abs. 1 SGB V deutlich macht, Einrichtungen, in denen personelle und sächliche Mittel zur Verwirklichung besonderer Zwecke organisatorisch zusammengefasst sind. Sie müssen über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und



IV. Rechtsprechung

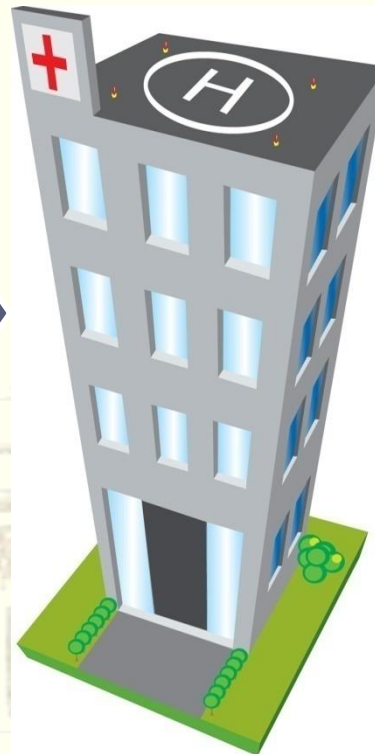
therapeutische Möglichkeiten verfügen (§ 107 Abs. 1 Nr. 2 SGB V), wozu insbesondere jederzeit verfügbares ärztliches, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technisches Personal gehört (§ 107 Abs. 1 Nr. 3 SGB V). Hieraus ergibt sich der allgemeine Grundsatz, dass das Krankenhaus die Leistungen der Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V, die es auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen darf, durch eigenes Personal durchführen lassen muss, also durch Personen, die in die Arbeitsorganisation des Krankenhauses derart eingegliedert sind, dass sie für die Behandlung jederzeit verfügbar sind. Dem entspricht die Erbringung von einzelnen Behandlungsleistungen durch selbständige Dritte nicht. Nicht die Beschaffung der einzelnen Leistungen einer Krankenhausbehandlung, sondern deren Erbringung in ihrer eigenen Betriebsorganisation als Komplexleistung ist die Aufgabe eines Krankenhauses. Andernfalls liefe das Zulassungssystem, das das Gesetz bei den Krankenhäusern vorsieht, leer. Denn dann könnten weder Leistungsfähigkeit noch Wirtschaftlichkeit oder Bedarfsgerechtigkeit des Krankenhauses (zu diesen Zulassungsvoraussetzungen siehe § 109 Abs. 3 Satz 1 SGB V einerseits und § 109 Abs. 1 Satz 2 SGB V in Verbindung mit § 8 Abs. 1 Satz 3, § 6 Abs. 1, § 1 Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz andererseits) anhand seiner eigenen personellen und sächlichen Ressourcen beurteilt werden.



Rechtliche Rahmenbedingungen

Beschränkungen

§ 31 MBO
§ 31 a KHGG NW
...



„Ermächtigungen“

§ 121 Abs. 5 SGB V
§ 20 Abs. 2 ÄrzteZV
...



Fallgestaltungen

Einbeziehung des NA in die Leistungserbringung

1. Belegarzt
2. NA als freier Mitarbeiter in der stationären Krankenhausversorgung
3. NA als freier Mitarbeiter in der ambulanten Krankenhausversorgung
4. NA als Angestellter des Krankenhauses





§ 121 SGB V

(1) Die Vertragsparteien nach § 115 Abs. 1 wirken gemeinsam mit Krankenkassen und zugelassenen Krankenhäusern auf eine leistungsfähige und wirtschaftliche belegärztliche Behandlung der Versicherten hin. Die Krankenhäuser sollen Belegärzten gleicher Fachrichtung die Möglichkeit geben, ihre Patienten gemeinsam zu behandeln (kooperatives Belegarztwesen).

(2) **Belegärzte im Sinne dieses Gesetzbuchs sind nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte, die berechtigt sind, ihre Patienten (Belegpatienten) im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel vollstationär oder teilstationär zu behandeln, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten.**

(3) Die belegärztlichen Leistungen werden aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet. Die Vergütung hat die Besonderheiten der belegärztlichen Tätigkeit zu berücksichtigen. Hierzu gehören auch leistungsgerechte Entgelte für

1. den ärztlichen Bereitschaftsdienst für Belegpatienten und

2. die vom Belegarzt veranlassten Leistungen nachgeordneter Ärzte des Krankenhauses, die bei der Behandlung seiner Belegpatienten in demselben Fachgebiet wie der Belegarzt tätig werden.

(4) Der Bewertungsausschuss hat in einem Beschluss nach § 87 mit Wirkung zum 1. April 2007 im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen Regelungen zur angemessenen Bewertung der belegärztlichen Leistungen unter Berücksichtigung der Vorgaben nach Absatz 3 Satz 2 und 3 zu treffen.

(5) **Abweichend von den Vergütungsregelungen in Absatz 2 bis 4 können Krankenhäuser mit Belegbetten zur Vergütung der belegärztlichen Leistungen mit Belegärzten Honorarverträge schließen.**





§ 18 KHEntgG

(1) Belegärzte im Sinne dieses Gesetzes sind nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte, die berechtigt sind, ihre Patienten (Belegpatienten) im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel stationär oder teilstationär zu behandeln, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten. Leistungen des Belegarztes sind

1. seine persönlichen Leistungen,
2. der ärztliche Bereitschaftsdienst für Belegpatienten,
3. die von ihm veranlassten Leistungen nachgeordneter Ärzte des Krankenhauses, die bei der Behandlung seiner Belegpatienten in demselben Fachgebiet wie der Belegarzt tätig werden,
4. die von ihm veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses.

(2) Für Belegpatienten werden gesonderte Fallpauschalen und Zusatzentgelte nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbart. Bei Krankenhäusern, für die die Bundespflegesatzverordnung gilt und die tagesgleiche Pflegesätze berechnen, werden gesonderte Belegpflegesätze vereinbart.

(3) Krankenhäuser mit Belegbetten, die nach § 121 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Vergütung der belegärztlichen Leistungen mit Belegärzten Honorarverträge schließen, rechnen für die von Belegärzten mit Honorarverträgen behandelten Belegpatientinnen und -patienten die Fallpauschalen für Hauptabteilungen in Höhe von 80 Prozent ab. Bei diesen Krankenhäusern ist bei der Vereinbarung sonstiger Entgelte nach § 6 die Vergütung des Belegarztes einzubeziehen. Krankenhäuser nach Satz 1 erster Halbsatz, für die die Bundespflegesatzverordnung gilt, rechnen für von Belegärzten mit Honorarverträgen behandelte Belegpatientinnen und -patienten tagesgleiche Pflegesätze ab, die auch die Vergütung des Belegarztes umfassen.



Belegarzt

DRG I04Z = Revision oder Ersatz des Kniegelenks mit komplizierter Diagnose oder Arthrodese

Hauptabteilung: 3,396 BWR x 2.800,00 € = 9.508,80 €

Belegabteilung: 2,968 BWR x 2.800,00 € = 8.310,40 €

Beleg/Honorar: 3,396 BWR x 2.800,00 € = 9.508,40 € \cdot 20 % = 7.607,04 €





§ 17 Abs. 3 S. 1 KHEntgG

(3) Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten **angestellten oder beamteten Ärzte** des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) berechtigt sind, einschließlich der **von diesen Ärzten** veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses; darauf ist in der Vereinbarung hinzuweisen. Ein zur gesonderten Berechnung wahlärztlicher Leistungen berechtigter Arzt des Krankenhauses kann eine Abrechnungsstelle mit der Abrechnung der Vergütung für die wahlärztlichen Leistungen beauftragen oder die Abrechnung dem Krankenhausträger überlassen. Der Arzt oder eine von ihm beauftragte Abrechnungsstelle ist verpflichtet, dem Krankenhaus umgehend die zur Ermittlung der nach § 19 Abs. 2 zu erstattenden Kosten jeweils erforderlichen Unterlagen einschließlich einer Auflistung aller erbrachten Leistungen vollständig zur Verfügung zu stellen. Der Arzt ist verpflichtet, dem Krankenhaus die Möglichkeit einzuräumen, die Rechnungslegung zu überprüfen. Wird die Abrechnung vom Krankenhaus durchgeführt, leitet dieses die Vergütung nach Abzug der anteiligen Verwaltungskosten und der nach § 19 Abs. 2 zu erstattenden Kosten an den berechtigten Arzt weiter. Personenbezogene Daten dürfen an eine beauftragte Abrechnungsstelle außerhalb des Krankenhauses nur mit Einwilligung des Betroffenen, die jederzeit widerrufen werden kann, übermittelt werden. Für die Berechnung wahlärztlicher Leistungen finden die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte oder der Gebührenordnung für Zahnärzte entsprechende Anwendung, soweit sich die Anwendung nicht bereits aus diesen Gebührenordnungen ergibt.



NA als freier Mitarbeiter in der stationären Krankenhausversorgung

Frage: Kann das KH die Leistungen dieser Ärzte unmittelbar gegenüber der GKV abrechnen?



§ 2 Abs. 2 KHEntgG

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

1. die während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,

2. die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter,

3. die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten,

4. die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von Patienten, insbesondere die Aufgaben von Tumorzentren und geriatrischen Zentren sowie entsprechenden Schwerpunkten,

5. die Frührehabilitation im Sinne von § 39 Abs. 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

3Nicht zu den Krankenhausleistungen nach Satz 2 Nr. 2 gehört eine Dialyse, wenn hierdurch eine entsprechende Behandlung fortgeführt wird, das Krankenhaus keine eigene Dialyseeinrichtung hat und ein Zusammenhang mit dem Grund der Krankenhausbehandlung nicht besteht.

Konsiliararztvertrag (§ 2 Abs. 2 KHEntgG)

die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter (§ 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 KHEntgG)

- › keine gesetzl. Definition, aber § 2 Abs. 2 KHEntgG – zu den allg. KH-Leistungen gehören auch die vom KH veranlassten Leistungen Dritter.
- › Konsiliararzt berät die KH-Ärzte im Einzelfall bei der Diagnose und/oder der Therapie
- › Teil der Wahlleistungskette, § 17 Abs. 3 S. 1 KHEntgG
- › Erfüllungsgehilfe des Krankenhauses im Rahmen des zwischen dem KH und dem Patienten geschlossenen totalen KH-Aufnahmevertrag

Honorararztvertrag

- › keine gesetzliche Definition: regelhafte Einbeziehung von NÄ in das stationäre Leistungsgeschehen
- › Beispiel:
KH mit orth. o. unfallchir. HA beschäftigt niedergelassenen Orthopäden, der im KH Knie-TEP-OPs durchführt. KH rechnet im DRG-System ab. Vergütung mit dem nied. Orth. ist frei vereinbart.

Honorararztvertrag

Diskussionspunkte

- › solche eingekauften Leistungen können den CMI des Hauses verändern; Mindestmengen können mit diesem Leistungszukauf plötzlich erreicht werden (Unterlaufen der Ziele des § 137 SGB V?) Kassen betrachten dies mit Argwohn.
- › P: Honorarärzte partizipieren nicht an der Wahlleistungskette **im** KH, § 17 Abs. 3 S. 1 KHEntgG
- › P: KHG einiger Länder (BB, NS, MV) sehen noch immer vor, dass KH ihre Leistungen nur mit regelhaft angestellten Ärzten erbringen dürfen.
- › Versorgungsauftrag des KH darf nicht überschritten werden
- › bei voller Zulassung des VA nicht mehr als 13 Wochenstunden. § 22 Abs. 1 Ärzte-ZV

BSG hat dies lediglich bei Gelegenheit einer Entscheidung über einen anderen Sachverhalt geäußert, es ging nicht um die Einbeziehung eines NA in die stationäre Leistungserbringung, sondern um die rechtliche Einordnung einer Verlegung.

NA
Kra

nären

BSG, Urteil v. 28.02.2007 (B 7/06 R):

Nach § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 1 SGB V muss das KH die von ihm abgerechneten Leistungen selbst erbringen. Leistungen hinzugezogener Dritter können nur dann abgerechnet werden, wenn diese im Verhältnis zur Hauptleistung des KH lediglich ergänzende oder unterstützende Funktion haben.

➔ spricht gegen den NA als freien Mitarbeiter in der stationären Versorgung (!)

Auch das LSG Sachsen hat sich nicht mit der Frage der Einbeziehung eines niedergelassenen Arztes in das stationäre Leistungsgeschehen befasst, sondern mit der Frage, ob ein KH eine AOP abrechnen kann, die von einem NA erbracht worden ist.

Im Übrigen ist die Klage in der Revisionsinstanz zurückgenommen worden; Folge: Urteil ist rechtlich nicht

existent

LSG Sachsen, Urteil v. ... (B3 KR 17/06 R):

Das Krankenhaus kann Leistungen nur dann abrechnen, wenn diese mit eigenem Personal erbracht worden sind.

➔ spricht gegen den NA als freien Mitarbeiter in der stationären Versorgung (!)

NA als freier Mitarbeiter in der stationären Krankenhausversorgung

Lösung?

Anstellung mit geringem Grundgehalt und hoher OP-Pauschale?

Umgehung: § 31 MBO, § 31 a KHGG NRW

Folge: Nichtigkeit gem. § 134 BGB (!)



§ 31 MBO

Ärztinnen und Ärzten ist es nicht gestattet, für die Zuweisung von Patientinnen und Patienten oder Untersuchungsmaterial ein Entgelt oder andere Vorteile sich versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren.



§ 31 a KHGG NRW

§ 31 a KHGG NRW:

Unerlaubte Zuweisungen gegen Entgelt

(1) Krankenhäusern und ihren Trägern ist es nicht gestattet, für die Zuweisung von Patientinnen und Patienten ein Entgelt oder andere Vorteile zu gewähren, zu versprechen, sich gewähren oder versprechen zu lassen.

(2) Die obere Aufsichtsbehörde kann die Durchführung einer Absatz 1 widersprechenden Vereinbarung untersagen. Rechtsmittel haben keine aufschiebende Wirkung.

(3) In besonders schweren Fällen findet § 16 Absatz 2 entsprechende Anwendung.

NA als freier Mitarbeiter in der stationären Krankenhausversorgung

Problem: Eingriff in die Rechtsstellung des CA (!)

Der NA stellt insb. im Hinblick auf die Behandlung von P-Patienten eine Konkurrenz für den CA dar. Dies muss vom CA nur im Rahmen einer wirksamen Entwicklungsklausel akzeptiert werden, wenn diese die Veränderung trägt!

Neuere Rechtsprechung des BAG beachten (!)

(BAG, Urt. V. 25.05.2005, Az. 5 AZR 572/04, NJW 2005, 3305)

NA als freier Mitarbeiter in der ambulanten Krankenhausversorgung

Ebenen:

- ➔ Vor- und nachstationäre Behandlung gem. § 115 a SGB V
- ➔ AOP gem. § 115 b SGB V
- ➔ Unterversorgung gem. § 116 a SGB V
- ➔ hochspezialisierte Leistungen gem. § 116 b SGB V

Frage: können Leistungen von NÄ als freie MA auf diesen Ebenen vom KH abgerechnet werden?

Genereller Einwand wegen Rechtsprechung BSG und LSG?

Bezieht sich nur auf allgemeine KH-Leistungen nach § 2 Abs. 2 S. 2 KHEntgG; diese Regelung findet nach § 1 Abs. 1 und Abs. 3 KHEntgG aber nur auf die voll- und teilstationäre Behandlung Anwendung, nicht auf die vor- und nachstationäre Behandlung.

- ➔ AOP gem. § 115 SGB V
- ➔ Unterversorgung gem. § 116 a SGB V
- ➔ hochspezialisierte Leistungen gem. § 116 b SGB V

Frage: können Leistungen von NÄ als freie MA auf diesen Ebenen vom KH abgerechnet werden?



§ 115 a SGB V

(1) Das Krankenhaus kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in **medizinisch geeigneten Fällen** ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um

1. die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder
2. im Anschluß an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).

(2) 1Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt. 2Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen, bei Organübertragungen nach § 9 Abs. 1 des Transplantationsgesetzes drei Monate nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten. 3Die Frist von 14 Tagen oder drei Monaten kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden. 4Kontrolluntersuchungen bei Organübertragungen nach § 9 Abs. 1 des Transplantationsgesetzes dürfen vom Krankenhaus auch nach Beendigung der nachstationären Behandlung fortgeführt werden, um die weitere Krankenbehandlung oder Maßnahmen der Qualitätssicherung wissenschaftlich zu begleiten oder zu unterstützen. 5Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung wird im Rahmen des Sicherstellungsauftrags durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gewährleistet. 6Das Krankenhaus hat den einweisenden Arzt über die vor- oder nachstationäre Behandlung sowie diesen und die an der weiteren Krankenbehandlung jeweils beteiligten Ärzte über die Kontrolluntersuchungen und deren Ergebnis unverzüglich zu unterrichten. 7Die Sätze 2 bis 6 gelten für die Nachbetreuung von Organ Spendern nach § 8 Abs. 3 Satz 1 des Transplantationsgesetzes entsprechend.

(3) 1Die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und der Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam und im Benehmen mit der Kassenärztlichen Vereinigung die Vergütung der Leistungen mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. 2Die Vergütung soll pauschaliert werden und geeignet sein, eine Verminderung der stationären Kosten herbeizuführen. 3Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam geben im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Empfehlungen zur Vergütung ab. 4Diese gelten bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 1. 5Kommt eine Vereinbarung über die Vergütung innerhalb von drei Monaten nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zur Aufnahme der Verhandlungen aufgefordert hat, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei oder der zuständigen Landesbehörde die Vergütung fest.

Einbindung in prä- und poststationäre Behandlung

Szenario 1 – gesetzlich geregelt in § 115 a Abs. 1 SGB V. Danach können KH bei der Verordnung von KH-Behandlung in medizinisch geeigneten Fällen (nicht regelhaft!) Patienten ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um die Erforderlichkeit der stationären Behandlung zu klären oder vorzubereiten und/oder im Anschluss an eine stationäre Behandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen.

Einbindung in prä- und poststationäre Behandlung

P: § 115 a Abs. 2 SGB V – die notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des KH wird im Rahmen des gesetzlichen Sicherstellungsauftrages durch Vertragsärzte gewährleistet. D.h. der VA ist ohnehin verpflichtet, die ambulante Versorgung bei der prä- und poststationären Behandlung durch das KH sicherzustellen, seine Leistungen rechnet er ggü. der KV ab.

Einbindung in prä- und poststationäre Behandlung

P: Wenn VA nicht nur die begleitende ambulante Versorgung sicherstellen, sondern die eigentliche Leistung des KH im Rahmen der prä- und poststationären Versorgung erbringen soll – diese ist per definitionem Krankenhausbehandlung, die aber nur vollzogen werden darf, wenn sie objektiv die Mittel des KH erfordert. Wenn also die Leistung auch durch einen kooperierenden VA in dessen Praxis erbracht werden kann, fehlt es wohl an der objektiven Erforderlichkeit für die Behandlung nach § 115 a SGB V. Ort der LE nach § 115 a SGB V ist im Übrigen auch das KH und nicht die Arztpraxis.

Einbindung in prä- und poststationäre Behandlung

Szenario 2 – die poststationäre Behandlung erfolgt nicht auf Basis des § 115 a SGB V, sondern zur Verkürzung der Verweildauer, etwa weil der Patient dies wünscht und dies bei entsprechender ambulanter ärztlicher Betreuung auch medizinisch vertretbar ist. Die eingebundenen VÄ erhalten für den dadurch bei Ihnen erhöhten Betreuungsaufwand einen bestimmten Anteil am DRG-Honorar des KH.

Einbindung in prä- und poststationäre Behandlung

schwierig - Zuweiserentgeltverbot darf nicht tangiert werden, § 31 BOÄ.

Keine doppelte Abrechnung zugleich ggü. der KV

Leistung und Gegenleistung müssen in einem angemessenen Verhältnis stehen.

Einbindung in prä- und poststationäre Behandlung

P: wenn der Patient medizinisch gerechtfertigt aus der stationären Behandlung in die ambulante Behandlung entlassen werden kann, handelt es sich per definitionem nicht mehr um Krankenhausbehandlung, denn diese ist ggü. der amb. subsidiär.

Alles was sich von folgendem Grundsatz entfernt, ist mindestens latent problematisch:

Der eine Kooperationspartner hat Know-how und/oder sächliche Mittel, die der andere nicht vorweist. Beide werfen zum diagnostischen und therapeutischen Nutzen ihre jeweiligen Leistungen zusammen.

NA als freier Mitarbeiter in der ambulanten Krankenhausversorgung

§ 115 a SGB V

Leistungserbringung beim NA ausgeschlossen: § 115 a SGB V spricht von der Leistung „im Krankenhaus“

(siehe OLG Schleswig-Holstein, Urt. V. 4.11.2003, Az. 6 U 17/03, MedR 2004, 270)

NA als freier Mitarbeiter in der ambulanten Krankenhausversorgung

§ 115 a SGB V

Problem: Rechtsprechung des OLG Düsseldorf (s.o.)

NA als freier Mitarbeiter in der ambulanten Krankenhausversorgung

§ 115 a SGB V

Problem: Landesrechtliche Regelungen

Landesrechtliche Regelungen

Keine generelle Übernahme vor- / nachstationärer Leistungen

Nach § 5 Abs. 2 Satz 2 (LV-NRW nach § 115 Abs. 2 Nr. 4 SGB V) hat der für die Behandlung verantwortliche Krankenhausarzt über die Voraussetzung der nachstationären Behandlung - im Einzelfall - zu entscheiden. (*§ 4 Abs. 2 regelt dies vergleichbar für vorstationäre Leistungen.*)

Bei einer generellen (vertraglichen) Übergabe vor- oder nachstationärer Leistungen kann der behandelnde Krankenhausarzt nicht mehr im Einzelnen entscheiden.

Eine generelle Übernahme vor- oder nachstationärer Leistungen steht damit nicht im Einklang mit den landesvertraglichen Vorgaben

NA als freier Mitarbeiter in der ambulanten Krankenhausversorgung

Ambulante Operationen § 115 b SGB V

Hauptleistung ist die AOP. Deshalb mit BSG / LSG Sachsen die Operation durch NA ausgeschlossen? (s.o.)

Dagegen:

BSG betraf einen anderen Sachverhalt.

BSG / LSG betreffen allg. KH-Leistungen nach § 2 Abs. 2 S. 2 KHEntgG, gem. § 1 Abs. 1 nur voll- und teilstationär, nicht die ambulanten Leistungen.

LSG Sachsen ist rechtliche nicht existent.

Ambulante Operationen im KH durch NÄ

Drei Fallvarianten:

Variante 1 – NA mietet Kapazitäten im KH, führt die AOP dort durch und rechnet sie selbst ggü. der KV ab. KH erhält Nutzungsentgelt.

Variante 2 – das KH lässt AOP vom NA in den KH-Räumen durchführen. Das KH rechnet ggü. der KK ab und der NA erhält eine Tätigkeitsvergütung aus den Einnahmen des KH.

Variante 3 – der Patient wird vom NA amb. operiert. Der NA rechnet ordnungsgemäß ggü. der KV ab. Der Patient wird sodann kurzstationär aufgenommen.

Ambulante Operationen im KH durch NÄ

Drei Fallvarianten:

Variante 3 ist definitiv rechtswidrig (BSG, 08.09.2004, B 6 KA 14/03 R). Einheitliche Betrachtungsweise – wenn der Operateur im Anschluss an einen operativen Eingriff die stationäre Aufnahme für erforderlich hält, handelt es sich per definitionem nicht mehr um eine AOP.

Variante 1 ist völlig unproblematisch.

Variante 2?

P: AOP ist stationsersetzender Eingriff (§ 115 b SGB V i.V.m. AOP-Vertrag). D.h. für das KH nur dort möglich, wo die AOP die stationäre Behandlung auch tatsächlich ersetzen kann, also nur in den zugelassenen Fachgebieten.

Ambulante Operationen im KH durch NÄ

Drei Fallvarianten:

Variante 2?

Pro: Präambel des AOP-Vertrages, wonach die AOP dazu dienen, „die Kooperation zwischen niedergelassenem Bereich und KH-Bereich zu verbessern einschließlich der gemeinsamen Nutzung von Operationskapazitäten im KH.“

P: Systematik des AOP-Vertrages - § 7 Abs. 4 erlaubt die AOP durch den Belegarzt als AOP des KH ausnahmsweise! Rückschluss: sonst NÄ eben nicht!

Rechtsauffassung der DKG

Honorararztvertrag (ohne Anstellung) bei § 115 b SGB V möglich

- ◆ Obliegt grundsätzlich der Organisationshoheit des Krankenhauses
- ◆ Es gibt für Leistungen nach § 115 b SGB V keine spezielle Einschränkung in
 - ✦ Bundes- oder Landesgesetzen
 - ✦ Bundes- oder Landesverträgen
 - ✦ finanzierungsrechtlicher Hinsicht (extrabudgetäre Leistungen)
 - ✦ berufsrechtlichen Normen
 - ✦ vertragsarztrechtlichen Normen

Aber folgende Punkte beachten

- Keine Doppelabrechnung
 - Achtung: Betrugsvorwurf (§ 263 StGB) vorbeugen durch transparente Regelungen, wer wann wo welche Leistungen abrechnet
- Leistungen innerhalb des Versorgungsauftrages
 - nur innerhalb des Versorgungsauftrages (§ 1 Abs. 1 AOP-Vertrag), aber auch Leistungen, die innerhalb des Versorgungsauftrages noch nicht stationär erbracht wurden
 - Ort der Hauptleistung (Ambulante Behandlung im Krankenhaus)

„Begleitleistungen“ durch externe Ärzte

- **Präoperative Leistungen nach § 4 AOP-Vertrag**
 - Leistungserbringung und Abrechnung durch Krankenhaus möglich (Abs. 3); Leistungserbringung durch Vertragsarzt (Abs. 4 und 5)
- **Interoperative Leistungen nach § 5 AOP-Vertrag**
 - Wahlrecht des Krankenhauses (Kann-Bestimmung)
- **Postoperative Leistungen nach § 6 AOP-Vertrag**
 - Wortlaut: „sind auch von Krankenhausärzten durchzuführen“
 - Auffassung DKG = Wahlrecht der Krankenhäuser
 - Andere Auffassung KBV = Leistungserbringung durch Krankenhaus
 - BMG-Auffassung (=DKG-Position) ist auch hier heranzuziehen



§ 4 Abs. 4, 5 AOP-Vertrag

(4) Handelt es sich um notwendige fachgebietsbezogene Leistungen, die vom Krankenhaus nicht erbracht werden können, hat der Krankenhausarzt den Patienten an einen niedergelassenen Vertragsarzt dieses Fachgebietes, einen ermächtigten Krankenhausarzt, eine ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung oder eine zugelassene Einrichtung mittels Definitionsauftrag durch Verwendung des entsprechenden Vordrucks gemäß § 13 zu überweisen.

(5) Soweit es sich um notwendige, nicht fachgebietsbezogene Leistungen handelt, hat der Krankenhausarzt den Patienten an einen niedergelassenen Vertragsarzt dieses anderen Fachgebietes, einen ermächtigten Krankenhausarzt, eine ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung oder eine zugelassene Einrichtung mittels Definitionsauftrag durch Verwendung des entsprechenden Vordrucks gemäß § 13 zu überweisen.



§ 4 Abs. 6 AOP-Vertrag

Postoperative, auf das eigene Fachgebiet des den Eingriff nach § 115b SGB V erbringenden Arztes/Anästhesisten bezogene ärztliche Leistungen, einschließlich der Leistungen des Abschnitts 31.3 des EBM, die erforderlich sind, um den Behandlungserfolg des im Krankenhaus durchgeführten Eingriffs nach § 115 b SGB V zu sichern bzw. zu festigen, sind auch von fachlich verantwortlichen Krankenhausärzten durchzuführen. Die Behandlungsdauer soll 14 Tage nicht überschreiten, ohne dass es einer erneuten Überweisung bedarf.

**NA als freier Mitarbeiter in der ambulanten
Krankenhausversorgung**

Hochspezialisierte Leistungen nach § 116 b SGB V

Kooperationen bei § 116 b SGB V

- In GBA-Richtlinien vorgesehen
- Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales in NRW (MAGS) lässt Kooperationen im Rahmen der Bestimmung nach § 116 b SGB V zu, soweit diese (Kooperations-)Leistungen nicht überwiegen
- Von Ärztekammern (Aufsicht, vgl. § 31 MBO) im Rahmen der „Anhörungsverfahren“ noch nicht beanstandet
- Von Vertragsärzten und Kassenärztlichen Vereinigungen gefördert

Vergütung und Ort der Leistungserbringung

Hochspezialisierte Leistungen sind **Krankenhausleistungen** und **keine vertragsärztlichen Leistungen**

- ◆ Ort der Hauptleistungserbringung (grds. ambulante Leistung im Krankenhaus)
- ◆ Gesamte Leistung ist vom Krankenhaus zu erbringen, also auch keine Überweisungsmöglichkeit
- ◆ Vergütung der Kooperationsleistungen zwischen Krankenhaus und Vertragsarzt (Krankenhaus rechnet gesamte Leistungen gegenüber Krankenkassen ab)

NA als Angestellter des Krankenhauses

- ➔ Versorgungsauftrag kann nicht ausgeweitet werden
- ➔ Arbeitsrecht: Mitbestimmungsrecht, Tarifvertragsrecht
- ➔ Grenzen der Entwicklungsklausel
- ➔ Sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis

Konkrete Einzelfälle

- ➔ Honorarvertrag im weiteren Sinne
- ➔ Praxisvermietung und Dienstleistung
- ➔ Apparategemeinschaft
- ➔ Anästhesie AOP
- ➔ § 116 b SGB V
- ➔ Labormedizin
- ➔ Radiologie

Konkrete Einzelfälle

➔ Honorarvertrag im weiteren Sinne (1)

§ 1 Vertragszweck

(1) Der Arzt verpflichtet sich, im Fachgebiet [Fachgebiet] die vom Krankenhaus jeweils angeforderten ärztlichen Leistungen bei Patienten, die vor-/nachstationär, teilstationär oder vollstationär versorgt werden, zu erbringen.

§ 2 Rechtliche Stellung und Erbringung der Leistungen

Der Arzt erbringt seine Leistungen selbständig und höchstpersönlich. Er steht zum Krankenhaus weder in einem Anstellungsverhältnis noch in einem arbeitnehmerähnlichen Verhältnis. Der Arzt ist in seiner Verantwortung in Diagnostik und Therapie unabhängig und nur dem Gesetz verpflichtet.

(Quelle: DKG Mustervertrag)



Anstellung versus freie Mitarbeiterschaft



Rechtsprechung BSG und LSG Sachsen (s.o.)

Konkrete Einzelfälle

➔ Honorarvertrag im weiteren Sinne (1)

§ 4

Abrechnung der ärztlichen Leistungen

- (1) Der Arzt berechnet das Entgelt für seine ärztlichen Leistungen in den Hauptabteilungen des Krankenhauses:
 - a. bei Patienten, die gem. § 17 KHEntgG wahlärztliche Leistungen mit dem Krankenhaus vereinbart haben, gegenüber dem Patienten,
 - b. bei allen anderen Patienten, gegenüber dem Krankenhaus.

§ 5

Vergütung ärztlicher Leistungen und Sachmittel

- (1) In den Fällen des § 4 Abs. 1a) berechnet der Arzt die Vergütung nach der Maßgabe der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung.
- (2) Für die nach § 4 Abs. 1b) vom Krankenhaus zu vergütenden Leistungen erhält der Arzt ein Entgelt in Höhe von

P

Teilhabe an der Wahlarztkette?

P

Berechnung der pauschalen Vergütung?

Konkrete Einzelfälle

➔ Honorarvertrag im weiteren Sinne (1)

(2) Für die nach § 4 Abs. 1 b) vom Krankenhaus zu vergütenden Leistungen erhält der Honorararzt vom Krankenhaus eine Pauschalvergütung pro Fall. Für die Berechnung der Vergütungspauschale gilt:

Operative Leistungen

Basis der Vergütung ist der Erlösanteil, den das Krankenhaus laut InEK-Kalkulation für die operative ärztliche Leistung der jeweiligen DRG erhält. Der Operateur erhält für seine Leistungen XX % dieses Entgeltes vom Krankenhaus ausgeglichen. Nimmt der Operateur nachgeordnetes ärztliches Personal des Krankenhauses in Anspruch, wird der vorstehend genannte Ausgleichsbetrag um XX % gemindert.

Ärztliche Versorgung auf Station

Basis der Vergütung ist der Erlösanteil, den das Krankenhaus laut InEK-Kalkulation der jeweiligen DRG für die ärztliche Leistung auf der normalen Station erhält. Der Honorararzt erhält für seine ärztliche Versorgung auf Station einen Tagessatz, der sich auf dieser Basis wie folgt berechnet: Der vorstehend bezeichnete Erlösanteil wird durch die der InEK-Kalkulation zugrunde gelegte durchschnittliche Verweildauer dividiert. Der Arzt erhält hiervon XX %.

Konkrete Einzelfälle

➔ Honorarvertrag im weiteren Sinne (2)

Inhalt:	
Vertragspartner	3
Präambel:	3
Grundsätze	4
§ 1 Niederlassung als notwendige Eigenschaft	4
§ 2 Ausgestaltung durch Leistungsverzeichnis zum Vertrag	4
§ 3 Klinik- / Institutsbezug	4
§ 4 Vertraulichkeit	4
Kapitel 1: Ambulante Vorbereitung und Nachversorgung	5
§ 5 Ziele der ambulanten Vorbereitung und Nachversorgung	5
§ 6 Indikationen, Patienten, Leistungen, Vergütung	5
§ 7 Vorbehalt der Zustimmung des entsprechenden Kostenträgers	5
Kapitel 2: Konsiliararztztätigkeit	6
§ 8 Ziele der Konsiliararztztätigkeit	6
§ 9 Leistungen des Konsiliararztes	6
§ 10 Ort der Leistungserbringung	6
§ 11 Stellung des Konsiliararztes	6
§ 12 Verzicht auf Schadensersatz bei Ausfall geplanter Leistungen	7
Kapitel 3: Nutzung von Geräten und Einrichtungen	8
§ 13 Grundsätze	8
§ 14 Umfang der Nutzung	8
§ 15 Inanspruchnahme von Personal	8
§ 16 Nutzung von Verbrauchsmaterialien und Medikamenten	9
§ 17 Haftung und Versicherungsschutz	9
§ 18 Nutzungsentgelt	10
§ 19 Abrechnung des Nutzungsentgelts / Angaben durch den Arzt	10
Kapitel 4: Personalaustausch zu Ausbildungszwecken	11
§ 20 Wechselseitige Personalgestellung	11
§ 21 Leistungen während des Personalaustausches	11
§ 22 Weiterbildung des gestellten Personals	11
§ 23 Angelegenheiten der Personalverwaltung	11
§ 24 Verhalten der ausgetauschten Beschäftigten	12
Kapitel 5: Beteiligung an klinischen Studien	13
§ 25 Ziele der Beteiligung an klinischen Studien	13
§ 26 Leistungen im Rahmen klinischer Studien	13
§ 27 Voraussetzung für die Teilnahme an klinischen Studien	13
§ 28 Studien-Dokumentation	13
§ 29 Abrechnung von Studien-Leistungen	14
Kapitel 6: Nutzung des Online-Zuweisers-Portals	15
§ 30 Ziele des Online-Portals	15
§ 31 Technische Voraussetzungen für die Nutzung des Online-Portals	15
§ 32 Beschränkung des Nutzerkreises für das Online-Portal	15
§ 33 Besondere Maßnahmen zum Datenschutz	15
Kapitel 7: Darstellung in der Öffentlichkeit	16
§ 34 Gemeinsamer öffentlicher Auftritt	16
§ 35 Öffentlichkeitsarbeit	16
§ 36 Verwendung der Marke „XXX“ durch XXX-Partnerpraxen	16
Kapitel: Allgemeine Regelungen	17
§ 37 Datenschutz und Schweigepflicht	17
§ 38 Haftung	17
§ 39 Abrechnung	17
§ 40 Vertragsdauer und Kündigung	17
§ 41 Schriftformerfordernis	18
§ 42 Salvatorische Klausel	18
Anlage: Leistungsverzeichnis	19

Konkrete Einzelfälle

➔ Honorarvertrag im weiteren Sinne (2)

1. Leistungskatalog

- a. Bei den unter dieser Ziffer aufgeführten Leistungen handelt es sich um Leistungen nach dem Kapitel 1 (§§ 5 bis 7) des Kooperationsvertrages. Die Kapitel 2 bis 5 (§§ 8 bis 29) finden auf diese Leistungen keine Anwendung.
- b. Der Arzt kann die folgenden präoperativen Untersuchungen und Follow-up-Untersuchungen und Dokumentationsleistungen erbringen.

2. Honorare

- a. Der Arzt erhält für die von ihm erbrachten Untersuchungsleistungen folgende Honorare:

Leistungslegende

GOÄ- Ziffer 1,0fach

- b. Der Arzt erhält für die Dokumentation seiner präoperativen Untersuchungen ein Honorar von 80,00 € und für die Dokumentation seiner Follow-up-Untersuchungen ebenfalls ein Honorar von 80,00 €.
- c. Die XXX fungiert als Abrechnungsstelle. Sämtliche dem Arzt zustehende Honorare werden gegenüber XXX von XXX abgerechnet. Im Übrigen gilt § 39 des Kooperationsvertrages.

3. Nutzungserlaubnis

Abweichend von den Regelungen in § 36 des Kooperationsvertrages ist es dem Arzt während der gesamten Dauer seiner Kooperation mit XXX gestattet, die Bezeichnung „XXX-Partnerpraxis“, ohne dass es einer ausdrücklichen weiteren oder wiederholten Zustimmung XXX hierfür bedarf. Mit Beendigung der Kooperation endet das Nutzungsrecht automatisch; es gilt dann § 36 Abs. 4 des Kooperationsvertrages.

Konkrete Einzelfälle

➔ Honorarvertrag im weiteren Sinne (3)

Ein niedergelassener Orthopäde weist Patienten mit Rückenproblemen in Ihre Geriatrie ein. Er betreut diese Patienten im Rahmen von Konsilen über ca. 5 Tage in Ihrem Krankenhaus (Visiten, Akkupunktur, Injektionen, Chirotherapeutische Eingriffe und ähnliches). Für die Erbringung dieser Leistungen reicht er dem Krankenhaus eine GOÄ-Rechnung mit 2,3fachem Faktor in Höhe von 433,00 € ein. Sie rechnen diese Fälle mit den Krankenkassen über die DRG mit ca. 1.200,00 € ab.

Der **Leistungsort** des kooperierenden Vertragsarztes muss im Krankenhaus liegen. Die **Leistungen** müssen innerhalb des Versorgungsauftrages des Krankenhauses liegen.

unproblematisch ist. Hinzuweisen ist noch auf das Urteil des Bundessozialgerichts vom 28.02.2007 (Az.: B 3 KR 17/06 R). Hiernach muss das Krankenhaus gem. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG, die von ihm abgerechneten Leistungen selbst erbringen. Leistungen hinzugezogener Dritter können nach Auffassung des Bundessozialgerichts nur dann abgerechnet werden, wenn diese im Verhältnis zur Hauptleistung des Krankenhauses lediglich ergänzende oder unterstützende Funktion haben. Auch hiervon gehe ich bei dem vorliegend geschilderten Sachverhalt aus.

Das **Entgelt** darf nur für tatsächlich erbrachte Leistungen gezahlt werden;

sätzlich **nur der einfache Satz** in Ansatz gebracht werden darf, wohingegen die Abrechnung höherer Hebesätze allenfalls im Einzelfall mit sachlicher Begründung möglich sein soll.

Konkrete Einzelfälle

➔ Honorarvertrag im weiteren Sinne (3)

Von besonderer Bedeutung bei der Eingehung von Kooperationen der vorliegend in Rede stehenden Art ist die Wahrung der **Patientenautonomie**. Insbesondere bei der Behandlung von zuvor in der Praxis vom kooperierenden Vertragsarzt selbst behandelten Patienten muss darauf geachtet werden, dass die stationäre Behandlung durch den Vertragsarzt im Kooperationshaus dem eindeutigen Wunsch des Patienten entspricht. Dies ist nur dann der Fall, wenn der Patient deutlich über sein Recht zur freien Krankenhauswahl vom niedergelassenen Vertragsarzt aufgeklärt worden ist. Diese Aufklärung und der eindeutige Wunsch des Patienten sollten dokumentiert werden, bevor die stationäre Aufnahme erfolgt.

Konkrete Einzelfälle

➔ Praxisvermietung und Dienstleistung

1. Gegenstand des Vertrages

1.1 Das Krankenhaus stellt dem Arzt Räume, Einrichtungen und Material für den Betrieb einer Privatambulanz im nachfolgend vereinbarten Umfang zur Verfügung. Ferner erbringt das Krankenhaus die nachstehend vereinbarten Dienstleistungen

- Die dem Arzt zur Verfügung gestellten Räume sind auf dem als Anlage 1 beigefügten Lageplan markiert. Anlage 1 ist Vertragsbestandteil.
- Das Krankenhaus stellt dem Arzt die mit dem als Anlage 3 beigefügten Anforderungsformular bestellten Materialien (Sprechstundenbedarf und Büromaterialien) zur Verfügung. Anlage 3 ist Vertragsbestandteil.
- Das Krankenhaus unterstützt den Arzt bei der Administration seiner Privatpraxis (Telefonservice, Terminierungen, Patientenempfang) sowie bei den delegationsfähigen Behandlungsleistungen.

Konkrete Einzelfälle

➔ Praxisvermietung und Dienstleistung

3. Nutzungsentgelt

3.1 Der Arzt hat dem Krankenhaus mindestens die dem Krankenhaus durch seine Mitnutzung entstehenden Kosten für die Inanspruchnahme von Räumen, Einrichtungen, Material und Personal zu erstatten. Es handelt sich insbesondere um

- die Personalkosten für nichtärztliches Personal, sofern dieses von dem Arzt in Anspruch genommen wird,
- die Kosten der Nutzung der Räume, Einrichtungen und Geräte,
- die sonstigen Sachkosten im betriebswirtschaftlichen Sinne.

Konkrete Einzelfälle

➔ Apparategemeinschaft

2. Apparategemeinschaft im klassischen Sinne

Hierunter verstehen wir die „Gemeinschaft“ von Ärzten – in Ihrem Falle der in Ihrer Klinik tätigen Belegärzte und der zuweisenden konservativen Augenärzte – zur Anschaffung bestimmter Geräte, die von den Mitgliedern dieser Apparategemeinschaft genutzt werden. Folgende Fragen stehen im Raum:

- a) Wer schafft die Geräte an? Ist es rechtlich bedenklich, wenn die Geräte nur von einem Mitglied der Gemeinschaft angeschafft werden?
- b) Gilt der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung? Können die Leistungen delegiert werden auf einen nicht ärztlichen Mitarbeiter (Angestellten der Gemeinschaft) oder auf ein Mitglied der Gemeinschaft?
- c) Welche steuerrechtlichen Implikationen gibt es?

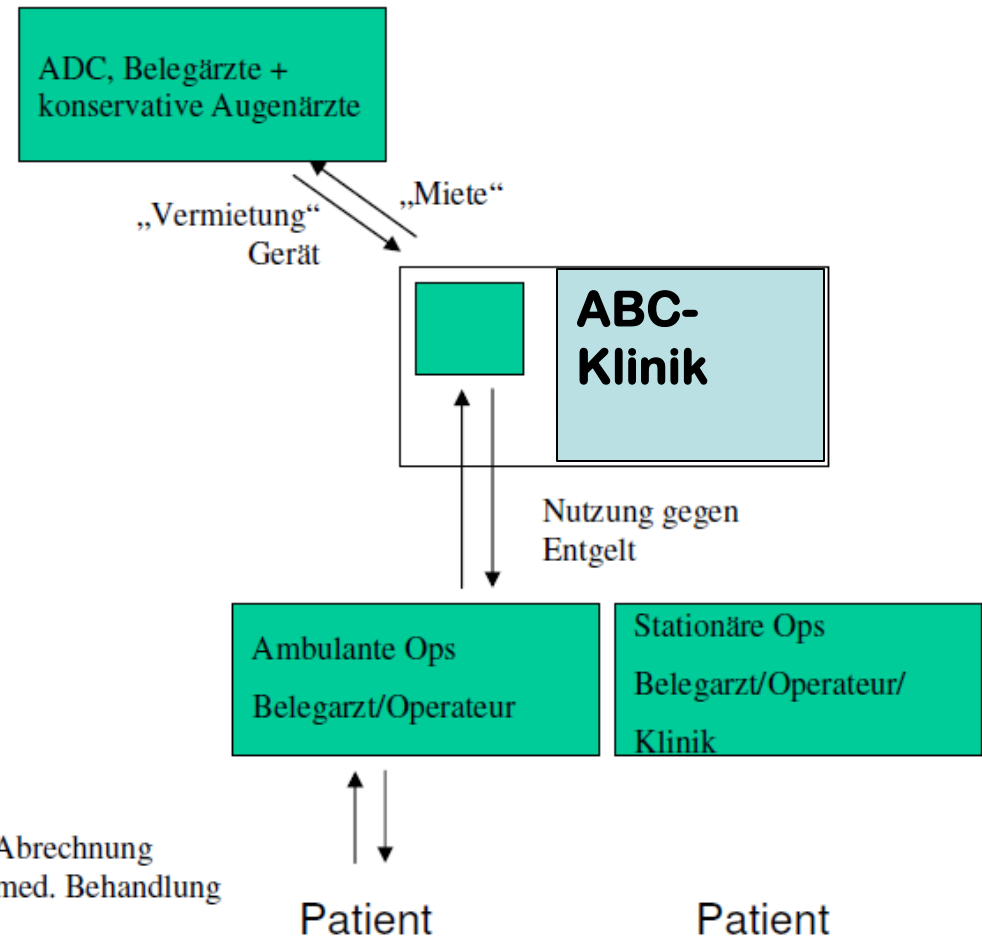
Ergebnisse:

Die Leistungen können nach meinem Dafürhalten zwar nicht an nichtärztliche Kräfte delegiert werden, aber an einen bei der Apparategemeinschaft oder deren Mitgliedern angestellten Arzt. Die Anschaffung der Geräte kann durch die Apparategemeinschaft ebenso erfolgen wie auch nur durch eines ihrer Mitglieder; die Geräte können der Apparategemeinschaft auch von dritter Seite zur Verfügung gestellt werden. Im Hinblick auf berufsrechtliche Grenzen (§ 31 der Berufsordnung für Ärzte) müssen allerdings marktgerechte Preise angesetzt und die realen Kosten auf die Mitglieder umgelegt werden. Steuerrechtliche Begebenheiten müssen beachtet werden. Bitte berücksichtigen Sie meine nachstehenden Ausführungen zu diesen zusammengefassten Ergebnissen.

Konkrete Einzelfälle

➔ Apparategemeinschaft

2. Investorenmodell



Konkrete Einzelfälle

➔ Anästhesie AOP

MEYER-KÖRING

Anwaltstradition seit 1906

MEYER-KÖRING · Postfach 1920 · 53009 Bonn

Telefax: 0211 5970 9238

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Herr van Overbrüggen

Tersteegenstraße 9

40474 Düsseldorf

Bonn, den 19.05.2010

Unser Zeichen: 01141/10 dw / KI

Telefon: 0228 72636-38 (Frau Klein)

Telefax: 0228 72636-938

webel@meyer-koering.de

**Informationen zum ambulanten Operieren
– Abrechnung niedergelassener Anästhesisten**

Sehr geehrter Herr van Overbrüggen,

ich nehme Bezug auf unser Telefonat vom 26.04.2010. Sie hatten sich freundlicherweise bereit erklärt, die besprochenen Fragen durch Ihre Rechtsabteilung prüfen zu lassen. Hintergrund unserer Anfrage ist die Beratung eines als Vertragsarzt niedergelassenen Anästhesisten, der zum einen auf 13-Stunden-Basis im Krankenhaus stationäre Operationen als Angestellter betreuen soll und zum anderen auf freiberuflicher Basis und mit eigener Abrechnungshoheit die AOPen des Krankenhauses betreuen soll.

Wir haben über die Abrechenbarkeit der von einem niedergelassenen Anästhesisten erbrachten Leistungen im Rahmen der AOPen nach § 115b SGB V gesprochen; die Hauptleistung wird durch das Krankenhaus erbracht und unmittelbar mit der Krankenkasse abgerechnet (§ 115b

Rechtsanwälte Steuerberater
Bonn | Berlin

ALEX MEYER-KÖRING †

JÜRGEN v. DANWITZ
Rechtsanwalt in Bonn
Fachanwalt für Arbeitsrecht

DR. CONSTANTIN PRIVAT (iur. 2003)

DR. THEO KADE
Rechtsanwalt in Bonn
Fachanwalt für ArbeitsrechtMICHAEL C. GUSSONE
Rechtsanwalt in BonnRAINER BOGICH
Rechtsanwalt in Bonn
Fachanwalt für FamilienrechtDR. REINER SCHÄFER-GÖLZ
Rechtsanwalt in Berlin
Fachanwalt für MedizinrechtDR. MATTHIAS MAUR
Rechtsanwalt in BonnALFRED HENNEMANN
Rechtsanwalt in Bonn
Fachanwalt für Bau- und
Architektenrecht
Fachanwalt für
InformationstechnologierechtTHOMAS KRÖMMEL, LL.M.
Rechtsanwalt in BerlinEBBA HERFS-RÖTTGEN
Rechtsanwältin in Bonn
Fachanwältin für ArbeitsrechtANDREAS JAHN
Rechtsanwalt in Bonn
SteuerberaterDR. NICOLA BEGGEN
Rechtsanwalt in Bonn
Fachanwalt für ArbeitsrechtDANIELA v. TREUENFELD-HONIG
Rechtsanwältin in Bonn
Fachanwältin für FamilienrechtALEXANDER KNAUSS
Rechtsanwalt in Bonn
Fachanwalt für Erbrecht
Fachanwalt für Bank- und
KapitalmarktrechtDR. JAN PATRICK GIESLER
Rechtsanwalt in Bonn
Fachanwalt für ArbeitsrechtSEBASTIAN WITT
Rechtsanwalt in Bonn
Fachanwalt für ArbeitsrechtDR. STEPHAN DORNBUCH
Rechtsanwalt in Bonn
Fachanwalt für Steuerrecht
Fachanwalt für gewerblichen
RechtsschutzMARIO KNEPPER
Rechtsanwalt in Bonn
Fachanwalt für SteuerrechtDR. CHRISTOPHER LIEBSCHER, LL.M.
Rechtsanwalt in Berlin
Fachanwalt für ArbeitsrechtMATTHIAS WALLHÄUSER
Rechtsanwalt in Bonn
Fachanwalt für Medizinrecht
Lehrbeauftragter der Rhein. FH
(Medizin-Ökonomie)DR. VOLKER GÜNTZEL
Rechtsanwalt in BonnDR. ANDREAS MENKEL
Rechtsanwalt in Bonn
Fachanwalt für Steuerrecht
Fachanwalt für FamilienrechtWOLF CONSTANTIN BARTHA
Rechtsanwalt in Berlin
Fachanwalt für MedizinrechtDR. DIRK WEBEL, LL.M.oec.
Rechtsanwalt in BonnNICOLE DIETZ
Rechtsanwältin in BonnDR. SUSANNE GACHS
Rechtsanwältin in BonnDR. ALEXANDER TEUBEL
Rechtsanwalt in BerlinJÖRG ROBBERS
Rechtsanwalt in Berlin
www.meyer-koering.de

Konkrete Einzelfälle

➔ Labormedizin

Ausgliederung des Krankenhauslabors = Wegfall der Abrechnungsmöglichkeit von Laborleistungen durch bis dato privatliquidationsberechtigte Chefärzte.

Grund: § 4 Abs. 2 S. 1 GOÄ: Der Arzt kann Gebühren nur für selbständige ärztliche Leistungen berechnen, die er entweder selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden (eigene Leistungen).

Zu den eigenen Leistungen des Nichtlaborarztes zählen nach § 4 Abs. 2 S. 2 GOÄ auch die Leistungen des sog. Basislabors (M II), sofern diese unter Aufsicht eines anderen Arztes in Laborgemeinschaften oder in von Ärzten ohne eigene Liquidationsberechtigung geleiteten Krankenhauslaboren erbracht werden.

Nach Auf**P**hebung kein Krankenhauslabor mehr!

Konkrete Einzelfälle

➔ Labormedizin

Folge: das Liquidationsrecht liegt beim Laborpartner.

Fragestellung: Rechnet sich die Ausgliederung dann noch?

Kann die mit der Ausgliederung verbundene Einsparung von Sach- und ggf. Personalkosten den Wegfall der Liquidationsmöglichkeit wett machen?

Lösung: CA-Laborgemeinschaft?

Die Laborgemeinschaft i.S. des § 4 Abs. 2 S. 2 GOÄ stellt eine Form der gemeinschaftlichen ärztlichen Berufsausübung dar, die dadurch gekennzeichnet ist, dass über eine reine Nutzergemeinschaft (Apparategemeinschaft) hinaus auch eine sektorale gemeinschaftliche ärztliche Tätigkeit auf der Ebene der Aufsicht, fachlichen Leitung und Qualitätssicherung vorliegt.

Lösung: Beteiligung des Krankenhauses an den Liquidationseinnahmen des Laborpartners?

Rechtsgrundlage? Verstoß gegen ärztliches Berufsrecht? Verstoß gegen Wettbewerbsrecht?

Kooperation als Projekt

- Chefsache
- Findungsphase, Konzeptphase, Umsetzungsphase, Betriebsphase

Häufige Fehler:

- Komplexität und Aufwand des Kooperationsvorhabens werden unterschätzt
- Entwicklungsstand und Erfolgsaussichten werden überschätzt
- Kooperationsmodelle werden ohne hinreichende Prüfung und Anpassung übernommen
- Sinn, Zweck und Ziel der angestrebten Kooperation werden nicht klar genug definiert
- Notwendige Investitionen werden mit vermeidbarem Aufwand verwechselt

In der Findungsphase zu klärende Fragen sind:

- Was sind die Motive für die Kooperation? (z.B. Leistungssteigerung; Kostensenkung; effektivere Strukturen; Ergänzung des Leistungsportfolios etc.)
- Was ist der konkrete Anlass für die ins Auge gefasste Kooperation?
- Welche Ziele sollen mit der Kooperation verfolgt und erreicht werden?
- Wie sind Nutzen und Aufwand der Kooperation eingeschätzt? (Wirtschaftlichkeitsberechnung)
- Welche Alternativen gibt es?
- Wer sind mögliche Kooperationspartner?
- Welche Anforderungen hat der Kooperationspartner zwingend zu erfüllen?
- Was sind die eigenen Stärken und Schwächen?
- Wie beeinflussen aktuelle Marktgegebenheiten und rechtliche Rahmenbedingungen die angestrebte Kooperation?
- Wie soll zur Entwicklung der Kooperation weiter vorgegangen werden?
- Wie sollen die Kooperationsbemühungen intern und extern kommuniziert werden? (Zeit- und Ablaufplan)

Wichtige Fragen in der Konzeptphase:

- Erfüllen denkbare Kooperationskandidaten das Anforderungsprofil?
- Besteht Bereitschaft der denkbaren und tauglichen Kooperationspartner, die angestrebte Kooperation einzugehen?
- Welche gemeinsamen Ziele können definiert werden?
- Welche Leistungen sollen die Kooperationspartner erbringen? Welche Aufgaben obliegen den Kooperationspartnern jeweils?
- Wie werden die Leistungen in der Kooperation honoriert? Welche Kosten, welche Verrechnungspreise und welcher Finanzierungsbedarf ist zu berücksichtigen?
- Wie werden Leistungen dokumentiert? Wie wird zwischen den Kooperationspartnern kommuniziert?
- Wie erfolgt die Willensbildung in der Kooperation, wie die Entscheidungsfindung? Welche Kompetenzen werden den Kooperationspartnern in der Kooperation eingeräumt?
- Wie werden notwendige Änderungen der Aufbau und Ablauforganisation der Kooperation vorgenommen?
- Für welchen Zeitraum wird die Kooperation vereinbart?
- Wie kann die Kooperation beendet werden? Unter welchen Voraussetzungen soll ein Kooperationspartner ausgeschlossen werden können? Wie gehen die Kooperationspartner nach Beendigung der Kooperation miteinander um?
- In welcher Rechts- bzw.- Organisationsform soll die Kooperation errichtet werden?
- Welche steuer-, arbeits- und weitere rechtlichen Fragen sind zu beachten?
- Welche Folgen sollen mangelhafte Leistungen haben?
- Wie werden etwaige Streitigkeiten unter den Kooperationspartner ausgeführt?

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Matthias Wallhäuser

Rechtsanwalt / Fachanwalt für Medizinrecht

Lehrbeauftragter der Rhein. FH (Medizin-Ökonomie)

MEYER-KÖRING

Rechtsanwälte & Steuerberater
Bonn · Berlin

seit 1906: über 100 Jahre Anwaltstradition

Oxfordstr. 21

- Sterntorhaus -

53111 BONN

Tel: +49 228 72636-18

Fax: +49 228 72636-938

E-Mail: wallhaeuser@meyer-koering.de

Internet: www.meyer-koering.de