

Luther.

10. Bad Homburger Medizinrechtstage 2022

Compliance bei der Gestaltung von Vergütungsvereinbarungen mit Ärzten

Dr. Eva Rütz, LL.M.

Fachanwältin für Arbeitsrecht / Fachanwältin für Medizinrecht

17. September 2022

Inhaltsverzeichnis

- I. Immer wieder Korruption und Compliance?
- II. Vergütungsgestaltung
 - 1. Liquidations- und Beteiligungsrechte
 - 2. Variable Vergütungsbestandteile, Zielvereinbarungen
 - 3. Angemessene Vergütung, „Zuweiser“

Immer wieder Korruption und Compliance?

Was ist Compliance?

- Kein einheitlicher Sprachgebrauch.
- Regeltreue, Regelkonformität.
- Verpflichtung eines Unternehmens bzw. seiner Organe und der Beschäftigten, sich an die vom Gesetzgeber, vom Unternehmen, von Behörden formulierten Gesetze, Regeln und internen Vorschriften wie Kodizes („Best Practice“) zu halten und deren Einhaltung zu gewährleisten.
- *„Der Begriff Compliance steht für die **Einhaltung von gesetzlichen Bestimmungen, regulatorischer Standards und Erfüllung weiterer, wesentlicher und in der Regel vom Unternehmen selbst gesetzter ethischer Standards und Anforderungen.**“* – Krügler in: Umwelt Magazin, 7/8(2011), S. 50.

Problembewusstsein

Interessenanlagen erkennen

- Krankenhäuser: Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses durch Patienten des Arztes
- Ärzte: verbesserte (Mehr-)Vergütung

Genauere Trennung zwischen

- dienstvertraglicher Pflicht im Rahmen der abhängigen Beschäftigung
 - hier droht Complianceverstoß wegen Fehlanreizschaffung
- selbstständiger Nebentätigkeit (z.B. in Niederlassung)
 - potentielle Zuweiserthematik

Abgrenzung

- **Saubere Abgrenzung** zwischen (selbstständigen) Nebentätigkeiten und unselbstständigen Dienstaufgaben
 - Wahlärztliche Leistungen (stationär)
 - PKV-Ambulanz
 - Div. Ermächtigungen unterscheiden (§§ 116 ff. SGB V)
 - Für gutachterliche Tätigkeiten zwischen dienstvertraglichen Verpflichtungen und Nebentätigkeiten unterscheiden.
- Relevant für die Frage der Pflicht zum Lohnsteuerabzug und auch Geltung der Kostenerstattung nach § 19 Abs. 2 KHEntgG

Vermeidung von Korruption

Rechtliche Grundlagen

Strafrechtliche Normen	Berufsrecht	Vertragsarzt-recht	Krankenhaus-planungsrecht
<ul style="list-style-type: none">▪ §§ 299a, b StGB▪ Ggf. §§ 331 ff. StGB▪ § 263 Abs. 1 StGB	§ 31 MBO-Ä	§ 73 Abs. 7 Satz 1 SGB V	z.B. § 31a KHGG NRW



Regelungen zur Korruption in den §§ 299a, b StGB

§ 299a StGB Bestechlichkeit im Gesundheitswesen

Wer als Angehöriger eines Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert, im Zusammenhang mit der Ausübung seines Berufs einen Vorteil für sich oder einen Dritten als Gegenleistung dafür fordert, sich versprechen lässt oder annimmt, dass er

- 1. bei der Verordnung von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten,*
- 2. bei dem Bezug von Arznei- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten, die jeweils zur unmittelbaren Anwendung durch den Heilberufsangehörigen oder einen seiner Berufshelfer bestimmt sind, oder*
- 3. bei der Zuführung von Patienten oder Untersuchungsmaterial*

einen anderen im inländischen oder ausländischen Wettbewerb in unlauterer Weise bevorzuge, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

§ 299b StGB Bestechung im Gesundheitswesen

Wer einem Angehörigen eines Heilberufs im Sinne des § 299a im Zusammenhang mit dessen Berufsausübung einen Vorteil für diesen oder einen Dritten als Gegenleistung dafür anbietet, verspricht oder gewährt, dass er

- 1. bei der Verordnung von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten,*
- 2. bei dem Bezug von Arznei- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten, die jeweils zur unmittelbaren Anwendung durch den Heilberufsangehörigen oder einen seiner Berufshelfer bestimmt sind, oder*
- 3. bei der Zuführung von Patienten oder Untersuchungsmaterial*

ihn oder einen anderen im inländischen oder ausländischen Wettbewerb in unlauterer Weise bevorzuge, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

Vorteilsbegriff

- Vorteil als Indiz für Unrechtsvereinbarung:
 - Korruptives Delikt erfordert immer Unrechtsvereinbarung.
 - Indizcharakter des Vorteils.
- **Vorteilsbegriff**
 - Weites Verständnis: alles, worauf kein Rechtsanspruch besteht und was die wirtschaftliche, persönliche oder rechtliche Lage objektiv verbessert.
 - **Achtung:** Auch bei Gegenleistung!
 - Relevant bei Vergütungsgestaltung, v.a. Höhe.
 - Auch äquivalente Gegenleistung schließt Vorteil damit nicht zwingend aus.
 - Aber: wenn angemessen, kein besonderes Indiz für Unrechtsvereinbarung, müssen weitere Umstände hinzutreten (vgl. BT-Drs. 18/6446, 18 f.).
 - **Problem: Was ist angemessen? Welcher Maßstab gilt?**

Regelungen zur Korruption in den §§ 299a, b StGB

- **Ziel:** Vermeidung von korruptivem Verhalten im Gesundheitswesen.
- Konsequenz, nachdem Vertragsarzt nicht als „Beauftragter der Krankenkassen“ i.S.d. § 299 StGB angesehen wurde (vgl. **BGH**, „Großer Senat“, Beschluss vom 29.03.2012 – GSSt 2/11, BGHSt 57, 202 ff.)
 - Zugleich aber: Versorgungsstärkungsgesetz → Paradoxon?
- Leistungsanreize, Versorgungsstärkung vs. Risiko des korruptiven Verhaltens.
- **Kooperationen unter Generalverdacht.**
 - **Risiko:** Nicht nur Korruptionsdelikt, auch Abrechnungsbetrug und zugleich berufs-/vertragsarzt-/krankenhausrechtliche Sanktionierungen und Regressierung bzw. Nichtvergütung.

§ 30 MBO-Ä – Ärztliche Unabhängigkeit

*Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, in allen vertraglichen und sonstigen beruflichen Beziehungen zu Dritten ihre **ärztliche Unabhängigkeit** für die Behandlung der Patientinnen und Patienten zu wahren.*

§ 31 MBO-Ä – Unerlaubte Zuweisung

- (1) *Ärztinnen und Ärzten ist es nicht gestattet, für die Zuweisung von Patientinnen und Patienten oder Untersuchungsmaterial oder für die Verordnung oder den Bezug von Arznei oder Hilfsmitteln oder Medizinprodukten **ein Entgelt oder andere Vorteile zu fordern, sich oder Dritten versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren.***
- (2) *Sie dürfen ihren Patientinnen und Patienten nicht ohne hinreichenden Grund bestimmte Ärztinnen oder Ärzten, Apotheken, Heil- und Hilfsmittelerbringer oder sonstige Anbieter gesundheitlicher Leistungen **empfehlen oder an diese verweisen.***

§ 32 MBO-Ä – Unerlaubte Zuwendungen

- (1) *Ärztinnen und Ärzten ist es nicht gestattet, von Patientinnen und Patienten oder **Anderen Geschenke oder andere Vorteile für sich oder Dritte zu fordern oder sich oder Dritten versprechen zu lassen oder anzunehmen, wenn** hierdurch der Eindruck erweckt wird, dass die **Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung beeinflusst wird**. Eine Beeinflussung ist dann **nicht berufswidrig, wenn** sie einer wirtschaftlichen Behandlungs- oder Verordnungsweise auf **sozialrechtlicher Grundlage** dient und der Ärztin oder dem Arzt die Möglichkeit erhalten bleibt, aus medizinischen Gründen eine andere als die mit finanziellen Anreizen verbundene Entscheidung zu treffen.*
- (2) *Die Annahme von geldwerten Vorteilen in angemessener Höhe ist nicht berufswidrig, sofern diese ausschließlich für berufsbezogene Fortbildung verwendet werden. Der für die Teilnahme an einer wissenschaftlichen Fortbildungsveranstaltung gewährte Vorteil ist unangemessen, wenn er über die notwendigen Reisekosten und Tagungsgebühren hinausgeht.*
- (3) *Die Annahme von Beiträgen Dritter zur Durchführung von Veranstaltungen (Sponsoring) ist ausschließlich für die Finanzierung des wissenschaftlichen Programms ärztlicher Fortbildungsveranstaltungen und nur in angemessenem Umfang erlaubt. Das Sponsoring, dessen Bedingungen und Umfang sind bei der Ankündigung und Durchführung der Veranstaltung offen zu legen.*

§ 33 MBO-Ä – Zuwendungen bei vertraglicher Zusammenarbeit

Soweit Ärztinnen und Ärzte Leistungen für die Hersteller von Arznei- oder Hilfsmitteln oder Medizinprodukten oder die Erbringer von Heilmittelversorgung erbringen (z. B. bei Anwendungsbeobachtungen), muss die hierfür bestimmte Vergütung der erbrachten Leistung entsprechen. Die Verträge über die Zusammenarbeit sind schriftlich abzuschließen und sollen der Ärztekammer vorgelegt werden.

Rechtsprechung zu §§ 299a, b StGB

Rechtsprechung: „Verbotene Zuweisung bei Verkauf des Patientenstamms“

BGH, Hinweisbeschluss vom 9. Februar 2020 – VIII ZR 362/19: Sachverhalt

- Zahnärztin betrieb Zahnarztpraxis mit einem Patientenstamm mit rund 600 Patienten und wollte Praxis verkaufen.
- Parteien schlossen einen „Kaufvertrag (über den) Patientenstamm“.
 - § 1 **Veräußerung des Patientenstamms** der privat- und vertragszahnärztlichen Praxis der beklagten Zahnärztin an den klagenden Zahnarzt sowie die **künftige Versorgung der Patienten** durch diesen vor. Parteien vereinbarten Umleitung von Telefonanrufen und Aufrufen der Internetseite.
 - § 2 Mit vollständiger Zahlung des Kaufpreises geht die Patientenkartei der Beklagten mit sämtlichen **Krankenunterlagen in das Eigentum und den Besitz des Klägers, soweit eine schriftliche Einwilligungserklärung der Patienten vorliegt**. Zudem **Verwahrung** der manuell und elektronisch geführten Patientenkartei.
 - § 3 „Kaufpreis für den Patientenstamm sowie für die Domain und Telefonnummer (Goodwill)“ EUR 12.000.
 - § 4 Verpflichtung der Beklagten zur **Information der Patienten zwecks „Überleitung der Patienten“** von der „Übernahme der Patienten“.

Rechtsprechung: „Verbotene Zuweisung bei Verkauf des Patientenstamms“

BGH, Hinweisbeschluss vom 9. Februar 2020 – VIII ZR 362/19: Sachverhalt

- Das LG Regensburg (Urteil vom 6. Februar 2019 – 64 O 1580/18) hat die **Klage abgewiesen**.
- Die Berufung hatte beim OLG Nürnberg (Urteil vom 26. November 2019 – 6 U 713/19) **keinen Erfolg, aber Revision zugelassen**.
 - wegen grundsätzlicher Bedeutung und zur Fortbildung des Rechts
da es „noch keine höchstrichterliche Entscheidung zur Zulässigkeit des Verkaufs eines Patientenstamms unter dem Gesichtspunkt der neu eingeführten Strafnormen zur Korruption im Gesundheitswesen (§ 299a StGB, § 299b StGB)“ gebe und diese Frage – ebenso wie die höchstrichterlich noch nicht entschiedene Zulässigkeit des „Zwei-Schrank-Modells“ (getrennt geführte Patientenkartei) – von großer praktischer Bedeutung für eine Vielzahl von betroffenen Personen sei.

Rechtsprechung: „Verbotene Zuweisung bei Verkauf des Patientenstamms“

BGH, Hinweisbeschluss vom 9. Februar 2020 – VIII ZR 362/19: Entscheidung

- Revision (Klage auf Vertragserfüllung) zurückgenommen.
- Die vom Berufungsgericht im Zusammenhang mit den Vorschriften der § 299a StGB, § 299b StGB aufgeworfene Rechtsfrage ist nicht **entscheidungserheblich**, gleiches gilt im Bezug auf Zwei-Schrank-Modell.
- Kaufvertrag über den „Patientenstamm“ einer Zahnarztpraxis ist **nichtig** (§ 134 BGB).
 - Verstoß gegen Standesrecht (Zuweisung gegen Entgelt).
 - Die vorrangig gegen die vorliegend nicht entscheidungserhebliche Anwendung der Vorschriften der § 299 a StGB, § 299 b StGB gerichteten Rügen der Revision vermögen schon aus diesem Grund nicht durchzugreifen.
- Eine **isolierte wirtschaftliche Verwertung des „Patientenstamms“ als bloße Umsatz- und Gewinnchance ist nicht möglich**.
- Im Gegensatz dazu ist das Empfehlen eines Nachfolgers nicht generell verboten. **Unzulässig ist, sich hierfür ein Entgelt versprechen zu lassen**.

Rechtsprechung: „Keine Strafbarkeit bei Nahrungsergänzungsmitteln“

LG Hildesheim, Beschluss vom 7. Februar 2020 – 15 Qs 1/20 und 15 Qs 2/20: Sachverhalt

- Durchsuchung von Geschäftsräumen einer GmbH & Co. KG, die Nahrungsergänzungsmittel vertreibt.
- Ärzte konnten in die „Partnerschaft“ (Beitritt in die GmbH & Co. KG) eintreten.
 - Arzt (Treugeber) erwarb dadurch einen Gesellschaftsanteil im Wert von EUR 50.
 - Gesellschaftsanteil wird über einen Treuhandkommanditisten gehalten, mit welchem der Arzt als Treugeber einen Treuhandvertrag abschließt.
 - Der Arzt wird bei diesem Modell nicht unmittelbar Gesellschafter, aber wirtschaftlich, gemäß den Bestimmungen des Treuhandvertrages, wie ein direkt beteiligter Kommanditist behandelt.
- Arzt vermittelte die Produktreihe an Kunden durch Beratung und Empfehlung.
- Arzt erhielt für seine Vermittlungstätigkeit einen dem jeweiligen Vermittlungsvolumen entsprechenden und im Verhältnis zum Gesamtvermittlungsvolumen zu ermittelnden Gewinnanteil gutgeschrieben (Kickback).

Rechtsprechung: „Keine Strafbarkeit bei Nahrungsergänzungsmitteln“

LG Hildesheim, Beschluss vom 7. Februar 2020 – 15 Qs 1/20 und 15 Qs 2/20: Entscheidung

- Beschwerde gegen Durchsuchungsbeschlüsse statthaft; keine Anfangsverdacht für eine Straftat.
- Keine der Tatbestandsvarianten des § 299b StGB durch die geschäftliche Betätigung der Beschuldigten erfüllt.
 - **Kein taugliches Tatobjekt** (§ 299b Nr. 1 und 2 StGB), da Nahrungsergänzungsmittel keine Arznei- oder Hilfsmitteln oder Medizinprodukte im Sinne des SGB V, MPG a.F., AMG sind.
 - **Kein Zuführen von Patienten** (§ 299b Nr. 3 StGB). Zwar zwanglos eine Zuführungshandlung durch Beratungsleistung, aber erfolgt im konkreten Fall nicht an einen Leistungserbringer (hier: keine abrechenbare Leistung, schon keine Verordnung).
- Eine Ausdehnung des Zuführungsbegriffs auf jede Empfehlung, die seitens eines Angehörigen eines Heilberufs ausgesprochen wird, kann aus § 299b Nr. 3 StGB nicht abgeleitet werden.

Rechtsprechung: „Vorteilsannahme beim Grundstückskauf eines Arztes vom Patienten“

VG Berlin (Berufsgericht für Heilberufe), Urteil vom 30. April 2021 – VG 90 K 6.19 T: Sachverhalt

- Arzt erwarb Grundstück von einer 16 Jahre langen über 90-jährigen Patienten.
- Patienten verkaufte bei Umzug in ein Pflegeheim Grundstück an den Arzt für EUR 250.000, obwohl Nachbar höheres Angebot (EUR 300.000) machte.
- Nachbar beschwerte sich bei der Ärztekammer Berlin, die ein berufsgerichtliches Verfahren einleitete
 - Arzt habe nur aufgrund seiner Vertrauensstellung zur Patientin überhaupt die Möglichkeit des Erwerbs erhalten.
 - Arzt sei nur deshalb von der Patientin ausgewählt worden, obwohl sie von dem Nachbarn einen höheren Kaufpreis hätte erhalten können.

Rechtsprechung: „Vorteilsannahme beim Grundstückskauf eines Arztes vom Patienten“

VG Berlin (Berufsgericht für Heilberufe), Urteil vom 30. April 2021 – VG 90 K 6.19 T: Entscheidung

- Beschuldigter wurde freigesprochen.
- Wer als Arzt ein Haus einer Patientin zu einem **angemessenen Preis käuflich erwirbt**, verstößt damit **nicht** gegen das berufsrechtliche Verbot unerlaubter Zuwendungen.
- Bei wirtschaftlicher Betrachtung schon **kein berufsrechtlich relevanter Vorteil** erkennbar, wenn ein Arzt einen Gegenstand von einer Patientin erwirbt und letztlich den von der Patientin geforderten Kaufpreis zahlt. **Keine inhaltliche Verknüpfung von Vorteil und Gegenleistung (Unrechtsvereinbarung).**
- Die Bewahrung der Integrität der Ärzteschaft verbietet nicht jegliche Geschäftsbeziehung mit Patienten.

Rechtsprechung: „Konkurrenz unter Patienten“

LG Nürnberg-Fürth, Beschluss vom 24. Januar 2022 – 18 Qs 24/21, 18 Qs 25/21: Sachverhalt

- Beschwerdeführer (Rechtsanwalt) hat einen Vertrag zu folgendem Konstrukt entworfen:
 - Arzt hat sich ggü. einer ein Hotel betreibenden [ausländischen] Gesellschaft verpflichtet, gegen Zahlung (EUR 50 zzgl. Beschaffungskosten des Corona-Impfstoffs von BioNTech) 120 Mitarbeiter eines [ausländischen] Hotels anlässlich eines Termins u.a. in Deutschland zu impfen bzw. für die Durchführung einer derartigen Impfung zu sorgen.
 - Apotheker beschaffte den Impfstoff durch dessen Entnahme aus dem staatlichen Verteilungssystem und verkaufte ihn an den Arzt.
- Durch die durchgeführte Impfkation wurde gegen die Voraussetzungen der Coronavirus-Impfverordnung verstoßen.

Rechtsprechung: „Konkurrenz unter Patienten“

LG Nürnberg-Fürth, Beschluss vom 24. Januar 2022 – 18 Qs 24/21, 18 Qs 25/21: Entscheidung

- Tatverdacht der Beihilfe zur Unterschlagung, §§ 246 Abs. 1, 27 StGB besteht.
- Hier aber **keine Unrechtsvereinbarung** (z.B. der Beschuldigte Arzt würde die geimpften Personen wegen dieses Vorteils bei dem Bezug des Impfstoffes im inländischen oder ausländischen Wettbewerb in unlauterer Weise bevorzugen). → §§ 299a, b (-)
 - Ob eine Wettbewerbssituation vorliegt, ist grundsätzlich objektiv zu bestimmen. Der Adressat der Bevorzugung (also zumeist der Vorteilsgeber) muss in einem Wettbewerbsverhältnis stehen (also wirtschaftliches **Konkurrenzverhältnisses mit Mitbewerbern im Gesundheitswesen**).
 - Die Tatbestände der §§ 299a, b StGB sind – trotz einer Benachteiligung nach der Coronavirus-Impfverordnung berechtigter Empfänger – in diesem Fall nicht erfüllt, weil diese Vorschriften **nicht den Wettbewerb zwischen Patienten um die bestmögliche Behandlung schützen** (hier: „nur Impfneid“).

Vergütungs-gestaltung

Betroffene Vergütungsbereiche

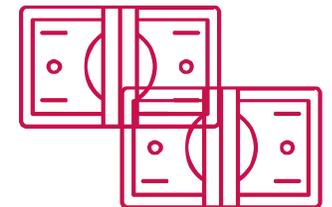
- Vergütungsstrukturen (Liquidations- und Beteiligungsrechte)
- Variable Vergütungsbestandteile, Zielvereinbarungen
- Angemessene Vergütung bei „Zuweisern“

Liquidations- und Beteiligungsrechte

Liquidations-/Beteiligungsrechte

Unterschiedliche Beteiligungsrechte

1. Abgeleitet/derivativ: Recht auf Liquidationsbeteiligung, d.h. Krankenhaus liquidiert und beteiligt den Chefarzt.
2. Originär: „Altverträge“, Chefarzt als eigener Vertragspartner des Patienten, führt Nutzungsentgelt an Krankenhaus ab (in Chefarztvertragsmustern der DKG nicht mehr aufgeführt).
3. Bonusmodell durch Zielvereinbarungen.
4. „Poollösung“



Anordnungsbefugnis vs. Gewinnchance

Problem: Anordnungsbefugnis vs. Gewinnchance?

- Schadensersatzansprüche bei Rückgang nicht bei reiner Gewinnchance (besonders aktuell wegen Corona, vgl. **Bender**, Liquidationsrecht und Beteiligungsvergütung des Chefarztes in Zeiten von Corona, NZA 2020, 1517 ff.)? § 615 BGB greift nicht, nur §§ 280 ff. BGB
- Relevant auch bei Entwicklungsklauseln und Frage Anwendbarkeit
Widerrufsrechtsprechung.

Kostenerstattung

- (nur bei stationär)
- Rechtsgrundlage für Abzüge: § 6a GOÄ und § 19 Abs. 2, 3 KHEntgG
- § 6a GOÄ → Minderungspflicht um 25 %
- Neuverträge (Altverträge tatsächlich zwischenzeitlich „ausgestorben“) → 40 % (A, M, E, O)
sonst 20 % (bei stationären Leistungen)

Vorteilsausgleich

- Zusätzlich **Vorteilsausgleich** (Infrastrukturkostenausgleich)
 - ist frei verhandelbar / (Grenze: §§ 299a, b StGB)
 - üblich 10 – 40 % (üblich 15 %)
 - **Problem:** Drittpersonaleinsatz und Datenschutz?

Poolbeteiligung nachgeordneter Ärzte

- § 29 Abs. 3 MBO-Ä und (Landes-)Krankenhausgesetze
 - Verstöße: Berufsrecht für Chefarzt, fördermittelrechtlich für Krankenhausträger
 - **Cave!** Auf Landesebene völlig unterschiedliche berufs- und auch krankenhausrrechtliche Regelungen!
- Chefarzt ist in Höhe und Verteilung grds. frei
- Vertrag zugunsten der Mitarbeiter? Direktanspruch selbiger? Betriebliche Übung möglich?
 - Direktanspruch gegen Mitarbeiter ./.. Krankenhaus wohl (-)
 - Vertrag zugunsten Dritter idR (-), vgl. **BAG**, Urteil vom 14. Januar 1981 – 5 AZR 853/78, AP BGB § 611 Ärzte, Gehaltsansprüche Nr. 29
- Mitbestimmungsrecht Betriebsrat nach § 87 Abs. 1 Nr. 10 BetrVG

Variable Gehaltsbestandteile Sind Zielvereinbarungen passé?

Zielvereinbarungen

Vereinbarkeit mit
ärztlichem Berufsethos?

Welcher Leistungsanreiz
ist zulässig?

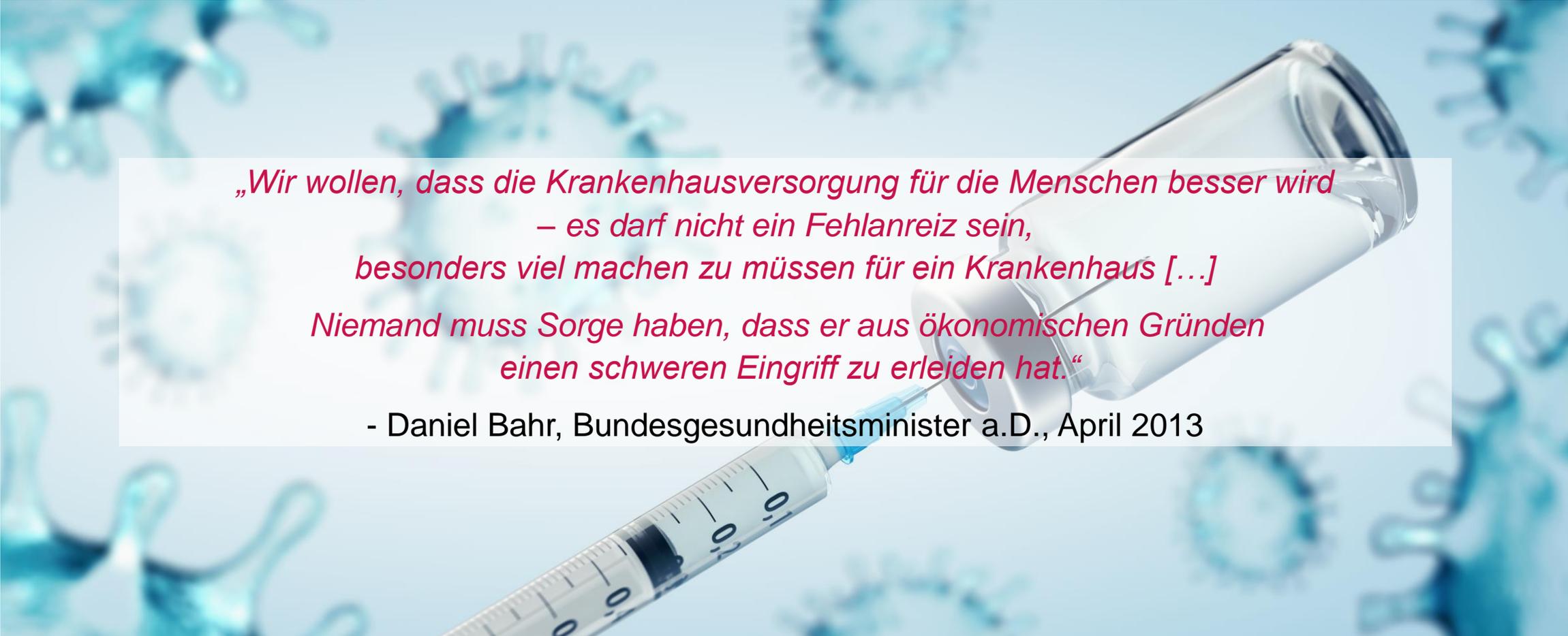
Strafrechtliche Risiken?

Zuweisung gegen Entgelt
(vgl. § 31 MBO-Ä,
§§ 299a, b StGB)

Betrug zu Lasten der
Patienten?

„Transplantationsfall“
(Klinikum Rechts der Isar)
/ Bereicherungsabsicht
bei Manipulation des
Vergabesystems von
Eurotransplant.

Keine Fehlanreizschaffung

The image features a medical syringe and a glass vial, both containing clear liquid, set against a light blue background filled with stylized, glowing virus-like particles. The syringe is positioned diagonally from the bottom left towards the center, while the vial is tilted from the top right towards the center. A semi-transparent white rectangular box is overlaid on the image, containing text in red and black.

*„Wir wollen, dass die Krankenhausversorgung für die Menschen besser wird
– es darf nicht ein Fehlanreiz sein,
besonders viel machen zu müssen für ein Krankenhaus [...] Niemand muss Sorge haben, dass er aus ökonomischen Gründen einen schweren Eingriff zu erleiden hat.“*

- Daniel Bahr, Bundesgesundheitsminister a.D., April 2013

§ 2 MBO-Ä – Allgemeine ärztliche Berufspflichten

- (1) Ärztinnen und Ärzte üben ihren Beruf nach ihrem **Gewissen**, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus. Sie dürfen keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit ihren Aufgaben nicht vereinbar sind oder deren Befolgung sie nicht verantworten können.
- (2) Ärztinnen und Ärzte haben ihren Beruf **gewissenhaft auszuüben und dem ihnen bei ihrer Berufsausübung entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen**. Sie haben dabei ihr ärztliches Handeln **am Wohl der Patientinnen und Patienten** auszurichten. Insbesondere dürfen sie nicht das Interesse Dritter über das Wohl der Patientinnen und Patienten stellen.
- (3) Eine gewissenhafte Ausübung des Berufs erfordert insbesondere die **notwendige fachliche Qualifikation** und die **Beachtung des anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse**.
- (4) Ärztinnen und Ärzte dürfen hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen **keine Weisungen von Nichtärzten** entgegennehmen.
- (5) Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, die für die Berufsausübung geltenden Vorschriften zu beachten.
- (6) [...]
- (7) [...]

§ 23 MBO-Ä – Ärztinnen und Ärzte im Beschäftigungsverhältnis

- (1) *Die Regeln dieser Berufsordnung gelten auch für Ärztinnen und Ärzte, welche ihre ärztliche Tätigkeit im Rahmen eines privatrechtlichen Arbeitsverhältnisses oder öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnisses ausüben.*
- (2) *Auch in einem **Arbeits- oder Dienstverhältnis** darf eine Ärztin oder ein Arzt eine Vergütung für ihre oder seine ärztliche Tätigkeit **nicht dahingehend vereinbaren, dass die Vergütung die Ärztin oder den Arzt in der Unabhängigkeit ihrer oder seiner medizinischen Entscheidungen beeinträchtigt.***

§ 30 MBO-Ä – Ärztliche Unabhängigkeit

*Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, in allen vertraglichen und sonstigen beruflichen Beziehungen zu Dritten ihre **ärztliche Unabhängigkeit** für die Behandlung der Patientinnen und Patienten zu wahren.*

Gestaltung von Zielvereinbarungen



- **Vermeidung von Fehlanreizschaffung!**
- Problematisch **immer bei Abhängigkeit von Anzahl der behandelten Patienten** (spürbarer Einfluss auf Ertrag durch Patientenzuführung).
- Kritisch immer hohe Patientenidentität zwischen stationär und ambulant behandelten Patienten (bei Teilanstellung).
- U.E. auch kritisch bei Partizipation an unmittelbarem Erlös
 - Prozentsatz von DRG.
 - Weiterleitung des Arztanteils der DRG.
- Zusätzlich: Problem der Beeinflussung von Zweifelsentscheidungen (entgegenstehendes ärztliches Berufsverständnis).

Noch mögliche Anreize und Ziele?

Mögliche Leistungsanreize / Ziele in Bonusvereinbarung

- Leistungsbezogene Ziele:
Faustformel
 - Je weniger unmittelbarer Zusammenhang zu selbst behandelten Patienten, umso eher zulässig.

Objektive Ziele

- Ergebnis der Fachabteilung
- Ergebnis des Krankenhauses
- Heute nach unserer Auffassung entsprechend Empfehlungen auch kritisch.

Alternative Ziele? Wohl eher „nur“ weiche Kriterien

- Erfolgreiche Weiterbildung von Assistenten?
- Nicht eingetretene Haftungsfälle?
- Patientenbewertung?
- Bonus nach „Gutsherrenart“ → kritisch wegen Intransparenz

Bewertung von Zielvereinbarungen

BUNDESÄRZTEKAMMER

Bekanntmachungen

Bewertung von Zielvereinbarungen in Verträgen mit Leitenden Krankenhausärzten durch die Gemeinsame Koordinierungsstelle der Bundesärztekammer und des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands

– in Fortsetzung der bisherigen Veröffentlichungen in den Heften 45/2013; 49/2013; 6/2014; 16/2014;
29–30/2014; 12/2015; 46/2015; 9/2016; 19/2016; 31–32/2016; 6/2017; 35–36/2017; 18/2018; 47/2018; 19/2020

Konkretisierungen in § 135c SGB V

- **Gemeinsame Koordinierungsstelle** der Bundesärztekammer und des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands spricht turnusmäßig **Empfehlungen bzgl. der Gestaltung von Zielvereinbarungen** aus (§ 135c Abs. 1 SGB V)
- Jüngste (fortlaufende) Empfehlungen aus dem Jahr 2022 (Dt. Ärztebl. 2022; 119(8): A-350/ B-286), sog. **(Negativ-/Positivliste)**

Konkretisierungen in § 135c SGB V

- **Gesetzgeberische Intention**

Durch die Empfehlungen sollen **jegliche** Zielvereinbarungen ausgeschlossen werden, welche die **Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidungen beeinflussen**. Hingegen sind Zielvereinbarungen weiterhin zu befürworten, die finanzielle Anreize bieten, um beispielsweise die konsequente Umsetzung von Hygienemaßnahmen oder sonstige Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu fördern (vgl. BT-Drs. 5372/18, Seite 83 f.).

Konkretisierungen in § 135c SGB V

- **Intention der Koordinierungsstelle**

Die Befassung der Koordinierungsstelle mit Zielvereinbarungen soll deutlich machen, dass aus Sicht der Bundesärztekammer und des VLK auch mit dem Abschluss dieser im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer abgegebenen Empfehlungen der DKG vom 24.04.2013 sowie vom 17.09.2014 **nicht alle aktuell existierenden oder angebotenen Zielvereinbarungsregelungen von vornherein als gesetzes- und empfehlungskonform einzustufen sind.** Damit wollen Bundesärztekammer und VLK die Ärztinnen und Ärzte sowie die Klinikverwaltungen dabei **unterstützen, nur rechtskonforme Zielvereinbarungen abzuschließen.**

Konkretisierungen in § 135c SGB V

- **Bewertungskriterien:**
 - **Vereinbarkeit** mit der Vorschrift des §135c SGB V (Ausschluss von Zielvereinbarungen, die auf finanzielle Anreize für einzelne Leistungen, Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen hierfür abstellen)
 - **Akzeptanz ökonomischer Inhalte von Zielvereinbarungen** nach folgender „Faustregel“:

„Solange betriebswirtschaftliches Denken dazu dient, eine indizierte Maßnahme möglichst wirtschaftlich und effektiv umzusetzen, ist es geboten. Der Rubikon ist überschritten, wenn ökonomisches Denken zur Erlössteigerung die medizinische Indikationsstellung und das dadurch bedingte ärztliche Handeln beeinflusst.“
- **je weniger unmittelbarer Zusammenhang zu selbst behandelten Patienten besteht, umso eher ist eine Vereinbarung zulässig.**

Rechtsfolge bei Verstoß

- Unverbindliche Empfehlungen → Verstoß vergleichsweise sanktionslos; auch die Vereinbarung bleibt wirksam.
- **Qualitätsbericht** des Krankenhauses (§ 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V) muss Erklärung enthalten ob sich das Krankenhaus bei Verträgen mit leitenden Ärzten an die Empfehlungen nach § 135c Abs. 1 Satz 2 SGB V hält.

B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 135c SGB V
Kommentar/Erläuterung

Keine Zielvereinbarungen getroffen

- Wenn nicht, muss das Krankenhaus - unbeschadet der Rechte Dritter – angeben, welche Leistungen oder Leistungsbereiche von solchen Zielvereinbarungen betroffen sind (§ 135c Abs. 2 SGB V) → möglicher Reputationsschaden.
- **Indizwirkung für Strafverfolgungsbehörde?**

Widerspruch zum DKG-Mustervertrag

Empfehlung der Gemeinsamen Koordinierungsstelle

z.B. „Eine 10–20% Bonuszahlung für sämtliche zusätzlichen Erlöse, insbesondere Einnahmen aus Rechnungstellung aufgrund der ärztlichen Wahlleistung (Bruttoliquidationseinnahmen), Einnahmen aus persönlichen Ermächtigungen, kassenärztlichen Abrechnungen sowie privater Rechnungstellung und sämtliche Einnahmen aus dem Ambulanten Operieren, aus stationären und ambulanten IGeL-Leistungen, sowie Einnahmen aus persönlicher nichtstationärer Gutachter-, Konsiliar bzw. Vortragstätigkeit

Bewertung: Gesetzeswidrig (Verstoß gegen § 135c SGB V) *Die Regelung entspricht einer Umsatzbeteiligung des Chefarztes und damit einem finanziellen Anreiz zur Leistungs- und Mengenausweitung.“*

DKG-Mustervertrag (11. Aufl., 2017)

„Der Arzt erhält ferner eine variable Vergütung, die sich wie folgt zusammensetzt.

a) Eine Beteiligung an den Einnahmen des Krankenhausträgers aus der gesonderten Berechnung wahlärztlicher Leistungen seiner Abteilung durch das Krankenhaus in Höhe von ... v.H. der Bruttoliquidationseinnahmen, [...]“

- Sach- und Personalkosten; Zielgrößen für Leistungen nach Art und Menge; Einführung neuer Behandlungsmethoden; Maßnahmen/Ergebnisse Qualitätssicherung; Inanspruchnahme nicht-ärztlicher Wahlleistungen; Beteiligung an Strukturmaßnahmen

Positivliste (2019/2020)

- Bonuszahlung für die Durchführung von vier Qualitätszirkeln pro Jahr
- Bonuszahlung für die Erarbeitung eines Handbuchs „Zentrale Notaufnahme (ZNA)“ für Ärzte
- Bonuszahlung für die Entwicklung eines schriftlichen Einarbeitungs- und Fortbildungskonzepts für neue Mitarbeiter
- Bonuszahlung für die Verbesserung der Pünktlichkeit beim ersten Schnitt im OP; Zielwert: bei 85 Prozent der anästhesiologisch pünktlich freigegebenen Patienten erfolgt der erste Schnitt pünktlich
- Bonuszahlung, wenn CIRS-Meldungen regelmäßig erstattet und entsprechende Maßnahmen regelmäßig ergriffen werden
- Bonuszahlung für aktive Mitarbeit und Sicherstellung der zur Verfügung stehenden Patientendaten im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherungsmaßnahmen/Qualitätsberichte
- Bonuszahlung für die Einhaltung der Bestimmungen des Statuts zum Belegungsmanagement; tägliche Visite ist so zu organisieren, dass die entlassfähigen Patienten bis 11 Uhr entlassen werden können
- Bonuszahlung für die Etablierung eines abteilungsinternen CIRS, um die Patientensicherheit der Klinik weiter zu verbessern und damit auch die Behandlungsqualität zu steigern
- Bonuszahlung für das Vorliegen der persönlichen Befähigung zur Peritoneal- und Hemodialyse inklusive Fortbildungen
- Bonuszahlung für die Erstellung einer Verfahrensweisung für die fünf häufigsten klinischen Prozesse unter Nutzung eines einheitlichen Formulars

Negativliste (2019/2020)

- Bonuszahlung für das Erreichen der vereinbarten effektiven Case-Mix-Punkte aus der stationären Behandlung von Patienten der Abteilung
- Bonuszahlung für das Erreichen des Leistungsplans der Fachabteilung
- Bonuszahlung für das Erreichen von Produktivitätszielgrößen auf einen vorgegebenen Wert
- Bonuszahlung für das Erreichen eines bestimmten Case-Mix-Indexes pro Vollkraft
- Bonuszahlung für die Erhöhung des Anteils der sogenannten Profitlier
- Bonuszahlung für die Verbesserung der Abteilungsergebnisrechnung im Dezember 2018 um einen vorgegebenen Prozentwert im Vergleich zum besten Ergebnis der letzten beiden Jahre
- Bonuszahlung für das Erreichen einer festgelegten Zielverweildauer bei den zehn häufigsten DRGs der bettenführenden Fachabteilung
- Bonuszahlung für eine Auslastungssteigerung gemäß Wirtschaftsplanung auf jahresdurchschnittlich 30 bis 36 Betten im zweiten Halbjahr 2019
- Bonuszahlung für den Ausbau des Schwerpunkts Parkinson (Weiterentwicklung der medizinischen Behandlung von Parkinson-Patienten unter Berücksichtigung der Parkinson-Komplexbehandlung; Zielgröße ist 90 Parkinson-Komplexbehandlungen pro Jahr)
- Bonuszahlung für die stufenweise Steigerung der Bettenbelegung; als Zielgröße sind nach Auslastung gestaffelte Bonusbeträge genannt (81 bis 86 Prozent, 87 bis 91 Prozent, 92 bis 95 Prozent, 95 bis 100 Prozent)

Bsp. Zielvereinbarung 202

Zielvereinbarung 202

1. Zielvereinbarungselemente der letzten Periode:

- Bonuszahlung für die Erörterung und Bewertung durchgeführter strukturierter Mitarbeitergespräche.
Bewertung: Positiv
- Bonuszahlung für die Erörterung und Einhaltung von Unfallverhütungsvorschriften, Arbeitszeitgesetzgebung/Reduzierung des Infektionsrisikos.
Bewertung: Positiv
- Bonuszahlung für aktive Mitarbeit und Sicherstellung der zur Verfügung stehenden Patientendaten im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherungsmaßnahmen/Qualitätsberichte.
Bewertung: Positiv
- Bonuszahlung für die aktive Unterstützung bei der Realisierung der Ziele der Medizinstrategie/Zukunftskonzept 2018+.

Bewertung: Das Zielvereinbarungselement ist aufgrund fehlender Informationen zu den Inhalten der Medizinstrategie/Zukunftskonzept 2018 **nicht bewertbar**.

- Vereinbarung von Abzügen von der variablen Vergütung bezüglich der Einhaltung der Regelungen zur Planung der Urlaubstage (Nichtplanung 0%. Kein Abzug, Nichtplanung 0% bis $\leq 10\%$: Abzug 15% der maximalen variablen Vergütung, Nichtplanung $>10\%$ bis $\leq 15\%$: Abzug 20% der maximalen variablen Vergütung, Nichtplanung $>15\%$: Abzug 30% der maximalen variablen Vergütung).
Bewertung: Grundsätzlich **akzeptabel**, allerdings aufgrund der fehlenden Informationen zu den genannten Regelungen zur Planung der Urlaubstage nicht abschließend bewertbar.
- Bonuszahlung für die aktive Mitarbeit bei der inhaltlichen Ausgestaltung der Führungsgrundsätze.
Bewertung: Positiv
- Bonuszahlung für die Einhaltung und Verbesserung der Hygiene- und Qualitätsanforderungen.
Bewertung: Positiv

- Bonuszahlung für die Einhaltung des Personalbudgets (VK; Einsparziel: 1,5% bei Personalkosten; 1% bei Sachkosten).
Bewertung: Das Zielvereinbarungselement ist als **bedenklich** zu bewerten. Das erforderliche Personal der Klinik muss sich nach dem medizinischen Bedarf in der Patientenversorgung und nicht nach einem vorab festgelegten Budget richten. Problematisch ist die Verwendung des Begriffes Personal“budget“, da bei tariflichen Gehaltserhöhungen eine Absenkung von VK-Stellen erforderlich wäre, um das Budget einhalten zu können.
- Bonuszahlung für die Einhaltung der Dienstanweisung zur Herausgabe von Behandlungsakten (an Versicherungen/Gerichte).
Bewertung: Das Zielvereinbarungselement ist **grundsätzlich akzeptabel**, jedoch aufgrund fehlender Informationen zu der Dienstanweisung zur Herausgabe von Behandlungsakten **nicht abschließend bewertbar**.
- Bonuszahlung für die Einhaltung der Bestimmungen des Statuts zum Belegungsmanagement; tägliche Visite ist so zu organisieren, dass die entlassfähigen Patienten bis 11:00 Uhr entlassen werden können (Kommunikation mit dem Belegungsmanagement hierzu wird durchgeführt).
Bewertung: Positiv
- Bonuszahlung für die Teilnahme an den erforderlichen Pflichtschulungen wie Brandschutz, Arbeitssicherheit, Strahlenschutz etc.
Bewertung: Positiv, sofern die Teilnahme vor dem Hintergrund der personellen Besetzung ohne Einschränkungen für die Patientenversorgung möglich ist.
- Bonuszahlung für die Teilnahme an Managementgesprächen der Klinik sowie an den Führungskräfte tagungen Frühjahr/Herbst.
Bewertung: Akzeptabel

Bsp. Zielvereinbarung 202

- *Bonuszahlung für die Vermeidung von Fremdpersonaleinsatz.*
Bewertung: Das Zielvereinbarungselement wird, insbesondere in Verbindung mit dem Zielvereinbarungselement „Bonuszahlung für die Einhaltung des Personalbudgets“ (VK; Einsparziel: 1,5% bei Personalkosten; 1% bei Sachkosten) als **bedenklich** bewertet. Bei tariflichen Gehaltserhöhungen muss hier die Einhaltung des Personalbudgets zu einer Absenkung von VK-Stellen führen, um das Budget einhalten zu können. Die Absenkung der Stellen wäre dann nicht medizinisch, sondern rein wirtschaftlich begründet.
- *Bonuszahlung für die Reduktion des Überstundenbestands der Mitarbeiterschaft im Vergleich zur Vorperiode.*
Bewertung: **Nicht zu beanstanden**, sofern die zu treffenden Entscheidungen nicht durch ökonomisches Denken in Bezug auf Kostenreduzierung und Erlössteigerung gemäß der „Faustregel“ beeinflusst werden. Des Weiteren müssen die einschlägigen arbeitsrechtlichen sowie berufsrechtlichen Vorschriften beachtet werden.
- *Bonuszahlung für einen geeigneten Leistungs- und Koordinierungsbeitrag zur Erreichung des Gesamtergebniszieles (WP 2018: – XXXX T€).*
Bewertung: Dieses Zielvereinbarungselement ist **nur dann nicht zu beanstanden**, wenn der leitende Arzt an der Erstellung des Wirtschaftsplans beteiligt war, sich die Zielgröße nicht allein auf die Abteilung des leitenden Arztes, sondern die gesamte Klinik bezieht und die sogenannte „Faustregel“ eingehalten wird.
- *Bonuszahlung für eine dialogorientierte, strukturierte Zusammenarbeit innerhalb der Ärzteschaft und mit der Pflege sowie der Verwaltung.*
Bewertung: **Positiv**
- *Bonuszahlung für die aktive Mitarbeit bei der Raumplanung zur Umgestaltung der Ebene 0 (Chirurgische Sprechstunde).*
Bewertung: **Positiv**
- *Bonuszahlung für die Entwicklung eines neuen Dienstzeitenmodells für die Unfallchirurgie.*
Bewertung: **Akzeptabel**
- *Bonuszahlung für die erfolgreiche Re-Zertifizierung des Traumazentrums/Endoprothetikzentrums.*
Bewertung: **Positiv**
- *Bonuszahlung für die Einhaltung des VK-Budgets laut Personalstatistik.*
Bewertung: Das Zielvereinbarungselement ist als **bedenklich** zu bewerten, da das erforderliche Personal der Klinik sich nach dem medizinischen Bedarf in der Patientenversorgung und nicht nach einem vorab festgelegten Budget richten muss.
- *Bonuszahlung für die Erreichung des Wirtschaftsergebnisses 2019 gemäß Zielvereinbarungsprämienbewertung.*
Bewertung: Dieses Zielvereinbarungselement ist **nur dann nicht zu beanstanden**, wenn der leitende Arzt an der Erstellung des Wirtschaftsplans beteiligt war, sich die Zielgröße nicht allein auf die Abteilung des leitenden Arztes, sondern die gesamte Klinik bezieht und die sogenannte „Faustregel“ eingehalten wird.
- *Bonuszahlung für die Vorlage der Statusbewertung/ Statusbericht/Einsparüberlegungen an die Geschäftsführung jeweils zum Monatsultimo (siehe hierzu Schreiben der Geschäftsführung).*
Bewertung: Das Zielvereinbarungselement ist aufgrund fehlender Informationen zum Schreiben der Geschäftsführung **nicht bewertbar**. Grundsätzlich muss die „Faustregel“ eingehalten werden. Die Einsparüberlegungen müssten medizinisch begründbar und / oder durch organisatorische Verbesserungen, die die medizinische Versorgung zumindest nicht beeinträchtigen oder sogar verbessern, erreicht werden.
- *Bonuszahlung für Koordination und Durchführung des Monatsgesprächs im medizinisch-pflegerischen Bereich zur Erörterung und Bewertung der Einrichtungssituation und ggf. Problemlagen mit Blick auf Behandlungsabläufe, Pflegesituation, Belegungs- und Entlassungssituation etc. (siehe hierzu Schreiben der Geschäftsführung).*
Bewertung: Grundsätzlich **positiv**, allerdings ist das Zielvereinbarungselement aufgrund fehlender Informationen zum Schreiben der Geschäftsführung **nicht abschließend bewertbar**.

Bsp. Zielvereinbarung 203

Zielvereinbarung 203

1. Zielvereinbarungselement unter der Überschrift „Resultate in der Abteilungsergebnisrechnung (AER) für das Jahr“:
 - Bonuszahlung für das Erreichen eines festgelegten Betrages für den Deckungsbeitrag 2 in der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie in der AER.
Bewertung: Gesetzeswidrig (Verstoß gegen § 135c SGB V)
2. Zielvereinbarungselement unter der Überschrift „Optimierung der Prozessorganisation“:
 - Bonuszahlung für das Erreichen der Zielwerte durchschnittliche Verweildauer „Normallieger“ 5,83 Tage und Kurzliegeranteil 15,6%. Ziel in diesem Zusammenhang ist, mit den vorhandenen Ressourcen die Ablaufprozesse der Klinik möglichst effektiv zu organisieren. Messparameter in diesem

Kontext sind der prozentuale Kurzliegeranteil und die durchschnittliche Verweildauer der „Normallieger“ der Klinik, die unterschritten werden sollen.

Bewertung: Gesetzeswidrig (Verstoß gegen § 135c SGB V)

3. Zielvereinbarungselement unter der Überschrift „Patientensicherheit“:
 - Bonuszahlung für die Etablierung eines abteilungsinternen CIRS, um die Patientensicherheit der Klinik weiter zu verbessern und damit auch die Behandlungsqualität zu steigern.
Bewertung: Positiv

Fallstricke bei Zielvereinbarung(en) – Problemfälle (1)

- Der Verweis auf spätere Verhandlungen (z.B. *„Nähere Einzelheiten zur Höhe des Bonus und den Auszahlungsmodalitäten werden in einer mit dem Klinikträger zu schließenden Zielvereinbarung fest.“*).
- Der Krankenhausträger stellt die Zielerreichung fest.
- Im Zweifel entscheidet der Krankenhausträger (z.B. *„Kommt eine Einigung über die zu erreichenden Ziele nicht zustande, entscheidet der Krankenhausträger.“*).
- Weniger Bonus bei Krankheit (z.B. *„Sollte der Arzt länger als XX Wochen arbeitsunfähig sein, ermäßigt sich der mögliche Auszahlungsbetrag ab der 1. Krankheitswoche für jede angefangene Woche um 1/52.“*).

Fallstricke bei Zielvereinbarung(en) – Problemfälle (2)

- *„Der Arzt erhält für die Operation (XX) einen Bonus i.H.v. XX Euro.“*
- *„Der Arzt erhält einen Bonus i.H.v. XX Euro, wenn XX% der stationären Patienten seiner Abteilung die untere/mittlere Grenzverweildauer erreichen bzw. überschreiten.“*
- *„Der Chefarzt erhält einen Bonus, wenn die Sach-/Personalkosten des ärztlichen Bereichs in seiner Abteilung (XY) Euro nicht überschreiten.“*
- *„Der Arzt erhält einen Bonus für den Fall, dass er XX Euro aus der Erbringung wahlärztlicher Leistungen erzielt.“*

Schadensersatz bei unterbliebener Zielvereinbarung

- Das Bundesarbeitsgericht bei einer nicht getroffenen Zielvereinbarungen einen Schadensersatzanspruch wegen der entgangenen erfolgsabhängigen Vergütung nicht ausgeschlossen (**BAG**, Urteil vom 12. Dezember 2007 -10 AZR 97/07, NZA 2008, 409)
- Das LAG Rheinland-Pfalz hatte diese Rechtsprechung bereits auch auf Chefärzte angewendet (**LAG Rheinland-Pfalz**, Teilurteil vom 2. September 2019 - 3 Sa 398/17, BeckRS 2019, 37901).
- Ein schuldhafter Verstoß des Arbeitgebers gegen seine arbeitsvertragliche Verpflichtung, für Bonuszahlungen des Arbeitnehmers (hier: leitender Mitarbeiter eines Flughafens) jeweilige Zielvereinbarungen abzuschließen, begründet nach Ablauf des jeweiligen Bemessungszeitraums einen Anspruch auf Schadensersatz (**BAG**, Urteil vom 17. Dezember 2020 - 8 AZR 149/20, BeckRS 2020, 47763).
 - Die Rechtsprechung des BAG zu einem leitenden Mitarbeiter kann damit auch auf Chefärzte und Oberärzte übertragbar sein und ist zu berücksichtigen.

Angemessene Vergütung „Zuweiser“

§ 31 MBO-Ä – Unerlaubte Zuweisung

- (1) *Ärztinnen und Ärzten ist es nicht gestattet, für die Zuweisung von Patientinnen und Patienten oder Untersuchungsmaterial oder für die Verordnung oder den Bezug von Arznei oder Hilfsmitteln oder Medizinprodukten **ein Entgelt oder andere Vorteile zu fordern, sich oder Dritten versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren.***
- (2) *Sie dürfen ihren Patientinnen und Patienten nicht ohne hinreichenden Grund bestimmte Ärztinnen oder Ärzten, Apotheken, Heil- und Hilfsmittelerbringer oder sonstige Anbieter gesundheitlicher Leistungen **empfehlen oder an diese verweisen.***

§ 31a Abs. 1 Krankenhausgestaltungsgesetz NRW (KHGG NRW)

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.

- Angelehnt an § 29a Musterberufsordnung-Ärzte (MBO-Ä).
- Gilt **auch für nicht öffentlich geförderte Krankenhäuser** (§ 36 Abs. 2 KHGG NRW).
- Verbotsgesetz i.S.d. § 134 BGB → hiergegen verstoßende Vereinbarungen sind **nichtig**.
 - Die Entscheidung, in welches Krankenhaus sich die jeweilige Patientin zur Behandlung bzw. Entbindung begibt, darf nicht davon abhängig sein, ob der Hebamme für die Zuweisung eine Gegenleistung zufließt oder nicht (**AG Lüdenscheid**, Urteil vom 15. Juni 2012 - 96 C 396/11).

Formen der Zusammenarbeit

- Bestehen einer **Zuweisungsmöglichkeit**
 - Tätigkeit im Krankenhaus zusätzlich zur (vertrags-)ärztlichen Tätigkeit.
 - Möglichkeit der Beeinflussung von Einweisungsverhalten.
 - Zuweisungsproblematik stellt sich (grds.) – jedenfalls für Patientenzuweisung – nur bei Arzt mit eigener Niederlassung.
 - *Zusätzliche Themen:* Beteiligung an Unternehmen, Verordnungsverhalten.
- Beachte auch vertragsarztrechtliche Vorgaben, insb. keine Beeinflussung der Wahrnehmung des Versorgungsauftrages (vgl. § 19a Ärzte-ZV).
- Unzulässigkeit u.a.: § 73 Abs. 7 SGB V, § 128 SGB V, § 29a MBO-Ä



§ 23 MBO-Ä – Ärztinnen und Ärzte im Beschäftigungsverhältnis

- (1) *Die Regeln dieser Berufsordnung gelten auch für Ärztinnen und Ärzte, welche ihre ärztliche Tätigkeit im Rahmen eines privatrechtlichen Arbeitsverhältnisses oder öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnisses ausüben.*
- (2) *Auch in einem **Arbeits- oder Dienstverhältnis** darf eine Ärztin oder ein Arzt eine Vergütung für ihre oder seine ärztliche Tätigkeit **nicht dahingehend vereinbaren, dass die Vergütung die Ärztin oder den Arzt in der Unabhängigkeit ihrer oder seiner medizinischen Entscheidungen beeinträchtigt.***

Angemessenheit bei Gehaltsfixum

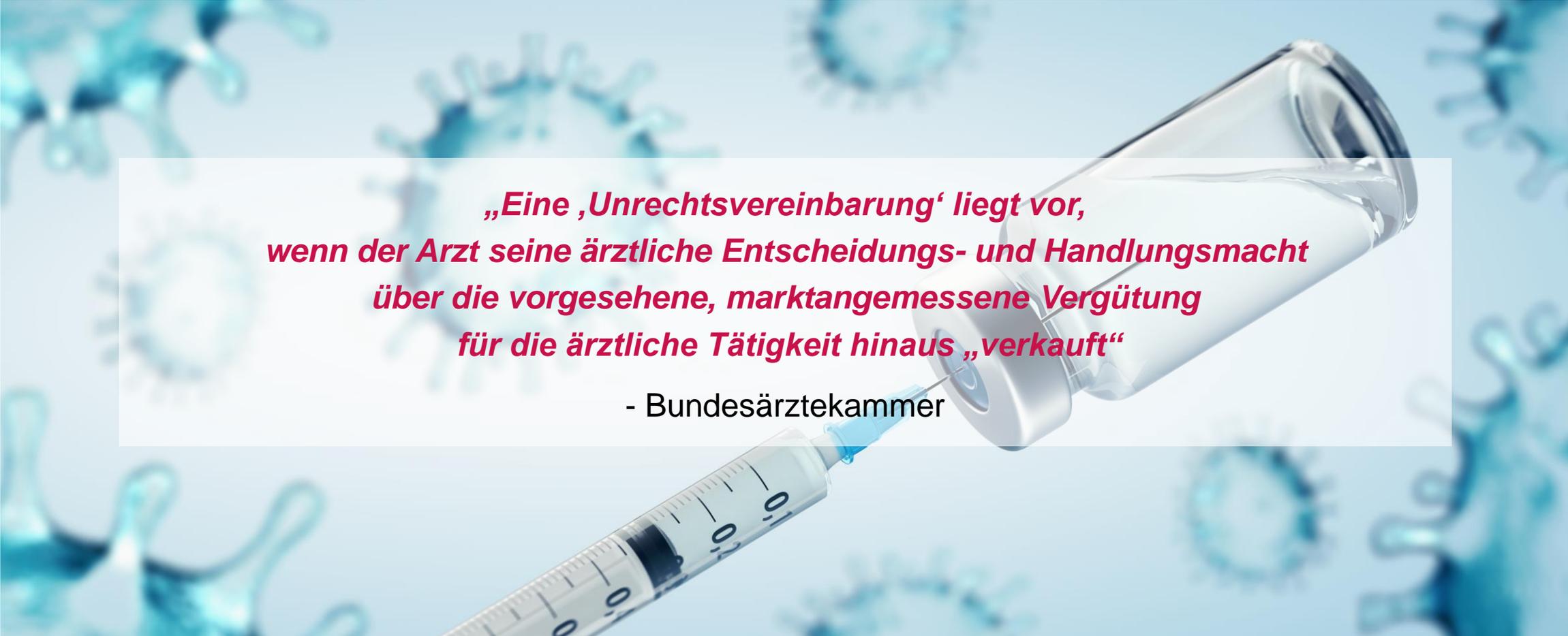
- Keine unzulässige Verlagerung des wirtschaftlichen Risikos auf den Arbeitnehmer (teilzeitbeschäftigten Arzt), d. h. Gehaltsfixum muss grundsätzlich **75 % der Gesamtbezüge** ausmachen (Faustformel / Rechtsgedanke der Rechtsprechung zum Widerrufsvorbehalt).
- **Paradox:** Erwünschtes Ziel des Gesetzgebers ist Versorgungsverbesserung im ländlichen Raum, Vergütungsanreize dürfen jedoch nicht „zu lukrativ“ sein?
- Gesetzgeber schweigt sich in Begründung aus.
- Keine bekannte Behördenpraxis, Literatur uneinig – soweit überhaupt vorhanden.



Hauptproblem: Wann ist Vergütung angemessen?

- Mögliche Vergleichsmaßstäbe:
 - Unkritisch: tarifliche Vergütung (reduziert pro rata wegen Teilzeittätigkeit).
 - Vergleichbare Ärzte im Krankenhaus
 - ideal: Vollzeitbeschäftigte, nicht andere Ärzte, die auch neben ihrer (vertrags-)ärztlichen Tätigkeit zusätzlich im Krankenhaus tätig sind
 - aber: wäre Chefarztposition vergleichbar?
- Vergütung variiert je nach Region („beißt“ sich mit gewünschter Versorgungsverbesserung).
- Tagessatz für **Honorararzt** / Vertreter? Wohl nicht, weil
 - nur punktueller Einsatz
 - Kurzfristigkeit wird durch höhere Vergütung Rechnung getragen (sachliche Rechtfertigung)

Angemessene Vergütung



***„Eine ‚Unrechtsvereinbarung‘ liegt vor,
wenn der Arzt seine ärztliche Entscheidungs- und Handlungsmacht
über die vorgesehene, marktangemessene Vergütung
für die ärztliche Tätigkeit hinaus „verkauft“***

- Bundesärztekammer

Vergleich zu Tarifverträgen ziehen?

Tabelle TV-Ärzte Sana - gültig 01.07.2021 - 31.12.2021

Berufsjahre	Arzt		Facharzt		Oberarzt		CA-Vertreter	
	Ä 1	SZ	Ä 2	SZ	Ä 3	SZ	Ä 4	SZ
1. Jahr	4.612,60	205,40	6.047,90	308,10	7.606,90	308,10	9.054,90	308,10
	4.818,00		6.356,00		7.915,00		9.363,00	
2. Jahr	4.885,60	205,40	6.047,90	308,10	7.606,90	308,10	9.054,90	308,10
	5.091,00		6.356,00		7.915,00		9.363,00	
3. Jahr	5.081,60	205,40	6.047,90	308,10	7.606,90	308,10	9.054,90	308,10
	5.287,00		6.356,00		7.915,00		9.363,00	
4. Jahr	5.418,60	205,40	6.581,90	308,10	8.121,90	308,10	9.725,90	308,10
	5.624,00		6.890,00		8.430,00		10.034,00	
5. Jahr	5.820,60	205,40	6.581,90	308,10	8.121,90	308,10		
	6.026,00		6.890,00		8.430,00			
6. Jahr	5.929,60	205,40	6.581,90	308,10	8.121,90	308,10		
	6.135,00		6.890,00		8.430,00			
7. Jahr			7.049,90	308,10	8.789,90	308,10		
			7.358,00		9.098,00			
8. Jahr			7.049,90	308,10				
			7.358,00					

Quelle: <https://www.oeffentlichen-dienst.de/entgelttabelle/tv-aerzte-sana.html>

Rechtfertigung zur Abweichung (höhere Vergütung)

- Besondere Expertise, Qualifikation.
- Schwierigkeitsgrad der Aufgabenstellung.
- Individuelle Kompetenz.
- Versorgungsengpass in der Region?
- Muss stets auch für **konkrete Tätigkeit benötigt werden!**
- Unklar, bis zu welcher Höhe Abweichung zulässig ist
 - Keine feste Grenze, vielmehr Einzelfallbetrachtung.
 - I.E. auch Gesamtvergütung, d.h. auch unter Einbeziehung variabler Gehaltsbestandteile maßgeblich.

**Vergütung muss die vom Arzt tatsächlich erbrachte Leistung abdecken!
(keine verdeckte Zuweiserpauschale!)**

„Zuweiserthema“ bei Chefärzten?

- Regelmäßig unproblematisch, wenn der Chefarzt in Vollzeit (üblicherweise 40 Stunden/Woche) tätig wird
 - de facto keine Zuweisermöglichkeit
 - Sonderthema: krankenhausesinternes MVZ → streitig // Sphärentheorie

Zusammenarbeit unter Vertragsärzten

UNZULÄSSIG

BEISPIEL A: Der überweisende Arzt erhält eine Prämie im Sinne von „Kundenpflege“. Dies ist der klassische Fall verbotener Zuweisung, der erhebliche Strafbarkeitsrisiken birgt.

BEISPIEL B: Ein Laborarzt bietet Untersuchungen, die niedergelassene Ärzte selbst durchführen dürfen (sogenanntes Basislabor), unter Selbstkostenpreis an. Er veranlasst dadurch die Kollegen, ihm Patienten für Laboruntersuchungen, die wiederum Laborärzten vorbehalten sind (sogenanntes Speziallabor), zu überweisen. Hier liegt ein Verstoß gegen das Verbot der Zuweisung gegen Entgelt vor.

BEISPIEL C: Ärzte in einer Praxisgemeinschaft verabreden eine systematische gegenseitige Patientenzuweisung.

WEITERE UNZULÄSSIGKEITEN:

- Bildung von Teilberufsausübungsgemeinschaften, die nicht einem gemeinsamen Behandlungsauftrag dienen
- Gründung von Teilberufsausübungsgemeinschaften, wenn der Gewinn nicht der persönlich erbrachten Leistung entspricht
- kostenfreie Erbringung von Leistungen für einen kooperierenden Arzt, bei dem diese Leistung in den EBM „eingepreist“ ist, um diesen Kollegen zu einer Zusammenarbeit zu bewegen

ZULÄSSIG

BEISPIEL A: Ein Hausarzt stellt eine Überweisung für eine Darmspiegelung aus. Der Patient fragt, ob er ihm eine Praxis dafür empfehlen kann. Daraufhin weist der Hausarzt auf eine infrage kommende Praxis hin.

BEISPIEL B: Ein Kinder- und Jugendarzt und ein Neurologe schließen sich zu einer Berufsausübungsgemeinschaft zusammen. Die Zuweisungsproblematik besteht bei einer (Voll-)BAG in aller Regel nicht, da es sich um eine sozial- und berufsrechtlich zulässige Form der Kooperation handelt.

Zusammenarbeit Konsiliararzt

UNZULÄSSIG

BEISPIEL A: Das Krankenhaus zahlt einem zuweisenden Vertragsarzt eine Vergütung als Konsiliararzt, auch wenn er keine entsprechende Leistung erbringt. Es handelt sich dabei um eine „Scheinstellung“ eines zuweisenden Vertragsarztes im Krankenhaus als Konsiliararzt und daher um eine Umgehung des Verstoßes der Zuweisung gegen Entgelt.

BEISPIEL B: Der Konsiliararzt erhält eine Vergütung, die weder mit den Regelungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs noch der Gebührenordnung für Ärzte oder den Vergütungstabellen des gültigen Tarifvertrages für angestellte Ärzte an kommunalen Krankenhäusern oder Universitätskliniken in Übereinstimmung zu bringen ist und die darin festgelegte Honorierung ohne weitere Begründung überschreitet. In diesem Fall könnte dem Konsiliararzt unterstellt werden, die Höhe der Vergütung sei an die Zuweisung von Patienten geknüpft. Um solche Vorwürfe zu vermeiden, sollte der Vertrag nicht den Anschein erwecken, dass die Zuweisungsentscheidung des Arztes alleine durch seine Tätigkeit als Konsiliararzt motiviert ist.

ZULÄSSIG

BEISPIEL A: Das Krankenhaus holt sich zur Unterstützung bei der Behandlung eines Patienten einen Vertragsarzt zur Beratung. Der Arzt bekommt dafür vom Krankenhaus eine Vergütung. Das ist zulässig. Beratungsleistung und Vergütung müssen jedoch immer in einem angemessenen Verhältnis zueinander stehen.

BEISPIEL B: Ein Vertragsarzt weist Patienten in ein Krankenhaus ein und führt dann auf Rechnung des Krankenhauses konsiliarische Tätigkeiten durch. Solange die Leistung und das Entgelt im äquivalenten Verhältnis stehen und der Vertragsarzt für die Zuweisung keine über die Leistung hinausgehende Vergütung erhält, ist das Vorgehen zulässig. Es empfiehlt sich allerdings, den mit dem Krankenhaus abzuschließenden Vertrag genau zu prüfen, gegebenenfalls sollte ein entsprechend qualifizierter Rechtsberater hinzugezogen werden.

- Oftmals Notwendigkeit der Hinzuziehung von Konsiliarärzten, wenn das Fachgebiet im Krankenhaus nicht durch einen hauptamtlich angestellten Arzt abgedeckt wird.
- Konsiliararzt ist niedergelassen.
- Hinzuziehung grds. zulässig.



Rechtsprechung: „Außerordentliche Kündigung eines Konsiliararztvertrags“

LG Augsburg, Urteil vom 25. September 2018 - 022 O 2736/17: Sachverhalt

- Die beklagte Trägerin der als Eigenbetrieb organisierten Kliniken waren zwei Kläger (niedergelassene Orthopäden/Unfallchirurgen und Gesellschafter einer orthopädischen BAG) tätig. Seit 2003 als Belegärzte und seit 2010 bzw. 2012 hauptsächlich als Kooperations- und Konsiliarärzte.
- Der geschlossene „Konsiliararztvertrag“ basierten auf einem DKG-Vertragsmuster.
- Vergütung: 18 % der sonst üblichen 20 % des jeweils nach dem Fallpauschalenkatalog abrechenbaren DRG (Empfehlung der DKG).
- Mitte 2015 kündigte Beklagte außerordentlich mit der Begründung, dass die Konsiliararztverträge eine unzulässige sowie potentiell strafbare Zuweisung von Patienten darstelle (Einführung des § 299a StGB stand bevor).
- Klageziel: Schadensersatzanspruch (EUR 128.775,95 entgangener Gewinn zzgl. Zinsen).

Rechtsprechung: „Außerordentliche Kündigung eines Konsiliararztvertrags“



LG Augsburg, Urteil vom 25. September 2018 - 022 O 2736/17: Entscheidung

- Außerordentliche fristlose Kündigung scheidet jedenfalls dann aus,
 - wenn die branchenüblichen Vertragsbedingungen durch den Krankenhausträger selbst gestellt worden sind,
 - dem Vertrag ein DKG-Vertragsmuster zugrunde liegt und
 - er bereits einige Jahre stillschweigend und beanstandungsfrei gelebt wurde.
- Vermuteter Verstoß gegen das Verbot der entgeltlichen Patientenzuweisung kein wichtiger Grund (§ 626 BGB).
 - Der von der Beklagten ins Feld geführte § 299a StGB trat in der Form erst ein Jahr nach der außerordentlichen Kündigung in Kraft. Es wäre genügend Zeit gewesen, die Situation in Ruhe zu eruieren und ggf. fristgerecht zu kündigen. Eine Berufung auf den § 299 a StGB kann daher nicht durchgreifen, auch wenn ein Verstoß gegen die Strafvorschrift möglicherweise eine Kündigung rechtfertigen würde

Zuweisungen zwischen Krankenhaus-MVZ und Krankenhaus

- §§ 299a, 299b StGB: Vorteilsnehmer und Vorteilsgeber nicht identisch
 - MVZ und Krankenhaus sind zwei wirtschaftlich unterschiedliche Einheiten → **nicht identisch = „Dritter“**
 - Wettbewerbsvorteile → Herstellen einer engen Bindung durch ambulanter-Behandlung
 - Patientennavigation
- Kein Konzernprivileg (Arbeitnehmerüberlassung)
- **Nicht unkritisch:** Gleichzeitige Anstellung im MVZ und Krankenhaus (ärztliche Unabhängigkeit; Zuweisung); es handelt sich um zwei Arbeitsverhältnisse!

Wie wird Compliance erreicht?

Umsetzung von Compliance-Maßnahmen

Korruptionsvermeidungsregeln - Einhaltung folgender Prinzipien

- Äquivalenzprinzip (Anpassung der Honorarstrukturen an vergleichbare Gehaltsgestaltungen).
- Transparenzprinzip (begründet durch sachliche Gründe z. B. keine Behandlungsalternativen, Expertise).
- Dokumentationsprinzip („Paper-Trail“).
- Trennungsprinzip (Vermeidung von Koppelvereinbarungen).

Grundregeln der Zusammenarbeit

VIER GRUNDREGELN FÜR DIE ZUSAMMENARBEIT

Bei allen Kooperationen, die Ärzte eingehen, gilt grundsätzlich als oberste Handlungsmaxime: Das Patientenwohl und die Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit müssen gesichert sein. Um nicht in den Verdacht der Korruption zu geraten, sollten Vertragsärzte die folgenden Regeln beachten.

1 ÄQUIVALENZ VON LEISTUNG UND GEGENLEISTUNG

Die ärztliche Leistung und die dafür erbrachte Gegenleistung sollten in einem angemessenen Verhältnis stehen. Es muss stets gewährleistet sein, dass es sich bei Zahlungen an Ärzte ausschließlich um das Entgelt für die Erfüllung von Verträgen handelt, die allein ärztliche Leistungen zum Inhalt haben und nicht die Verordnungs- oder Therapieentscheidung beeinflussen, denn dies ist auch strafrechtlich verboten. Gerade bei der Frage, ob die Vergütung angemessen ist, kann es zu Abgrenzungsschwierigkeiten kommen. Was ist angemessen und welche Vergleichsgröße wird herangezogen – der Einheitliche Bewertungsmaßstab, diagnosebezogene Fallpauschalen, die Gebührenordnung für Ärzte oder Vergütungstabellen etwa für angestellte Ärzte an kommunalen Krankenhäusern oder Universitätsklinken? Bei Zweifeln empfiehlt es sich, die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) beziehungsweise Ärztekammer einzubeziehen.

2 TRENNUNG VON ÄRZTLICHER LEISTUNG UND ZUWENDUNG

Entgeltliche oder unentgeltliche Zuwendungen an Ärzte dürfen nicht mit dem Kauf von Waren oder dem Verordnungs- und Therapieverhalten gekoppelt sein. Sie sind gesundheits- und strafrechtlich verboten, wenn dadurch die medizinische oder therapeutische Entscheidung des Arztes beeinflusst werden soll.

3 TRANSPARENZ DER FINANZFLÜSSE

Verträge mit der Industrie sollten grundsätzlich der zuständigen KV oder Ärztekammer vorgelegt werden. Wichtig ist, dass Ärzte das Vorgehen genau dokumentieren. So sollte die Höhe der gezahlten Gelder nebst der Kalkulation bei der Vertragserstellung erfasst werden. Dies gilt auch für Kooperationen mit Kollegen, zum Beispiel im Rahmen einer Berufsausübungsgemeinschaft. In Zweifelsfragen hilft der Gang zum Anwalt, um unnötige Risiken zu vermeiden. Zu empfehlen ist ein Fachanwalt für Medizinrecht.

4 DOKUMENTATION ALLER FORMEN DER ZUSAMMENARBEIT

Kooperationsvereinbarungen sollten – einschließlich der Berechnung der Finanzflüsse – schriftlich und vollständig dokumentiert werden. So sind ordnungsgemäß vollzogene und rechtlich nicht zu beanstandende Geschäftsverbindungen jederzeit nachvollziehbar.

Umsetzung von Compliance-Maßnahmen

Maßnahmen im Medizinrecht

- Liegen alle erforderlichen Genehmigungen für die Beschäftigung von Angestellten, Assistenten etc. vor?
- Werden alle verschwiegenheits- und datenschutzrechtlichen Anforderungen beachtet?
- **Bestehende Kooperationen auf Zulässigkeit hin überprüfen.**
- Erarbeitung von internen Regelwerken (insbesondere „Sponsoring“).
- **Klare Trennung des eingesetzten Personals des Krankenhauses im Krankenhaus-MVZ.**



Fazit und Ausblick

Fazit/Ausblick

- Beobachtung der Empfehlungen zu § 135c SGB V
- Vermeidung eines spürbaren Einflusses auf den Ertrag durch Patientenzuführung
- Bonusvereinbarung im ärztlichen Bereich ohnehin bei meisten Zielen zweifelhaft
- Vergütungshöhe und -zusammensetzung muss immer begründbar sein
 - **Fixum:** v.a. Vergleichsgruppenbildung, Rechtfertigung von Überschreitung der Vergütung durch Kompetenz, Qualifikation, Versorgungsengpass
 - **Bonus:** Vermeidung von Zusammenhang zu Patientenzuführung, d.h. keine unmittelbare Erlösbeteiligung (DRG-Anteil, Arztanteil der DRG)
- Etablierung Compliance-System

Ihre Fragen

Ihre Ansprechpartnerin



Dr. Eva Rütz, LL.M.

**Rechtsanwältin, Partnerin,
Fachanwältin Arbeitsrecht,
Fachanwältin Medizinrecht**

Düsseldorf

T + 49 211 5660 27048

eva.ruetz@luther-lawfirm.com

Dr. Eva Rütz studierte Rechtswissenschaften in Köln von 2001 bis 2006. Während ihres Studiums und auch während der Promotion war sie Stipendiatin der Begabtenförderung der Friedrich-Naumann-Stiftung. Im Jahr 2007 wurde sie von der Universität Mannheim (Professor Taupitz) zu einem medizinrechtlichen Thema promoviert und mit dem Promotionspreis der Universität ausgezeichnet. Im Jahr 2008 war sie sodann als Foreign Associate des German Desk bei Duane Morris LLP in New York City/USA tätig. Das Masterstudium Medizinrecht an der Heinrich-Heine-Universität in Düsseldorf schloss sie anschließend im Jahr 2009 ab.

Seit 2010 ist Frau Dr. Rütz als Anwältin zugelassen und war zunächst für Möller & Partner in Düsseldorf tätig, bevor sie 2011 zu Luther wechselte. Seit 2014 führt sie den Titel Fachanwältin für Arbeitsrecht und auch Fachanwältin für Medizinrecht. Bei Luther wurde sie 2016 zur Partnerin ernannt. Wissenschaftlich engagiert sich Dr. Eva Rütz u. a. als Lehrbeauftragte an der Bucerius Law School in Hamburg und hält dort v.a. Vorlesungen zu Themen an der Schnittstelle zwischen Arbeits- und Medizinrecht. Sie publiziert regelmäßig Artikel sowie Beiträge in der juristischen Fachliteratur und hält regelmäßig Vorträge. 2020 und jüngst 2021 wurde sie von JUVE ausgezeichnet als „Aufsteigerin“ im Bereich Arbeitsrecht, insb. wegen der besonderen Expertise bei arbeitsrechtlichen Fragestellungen im Gesundheitswesens.

Dr. Eva Rütz berät in sämtlichen Bereichen des individuellen und kollektiven Arbeitsrechts, häufig mit internationalem Bezug. Ihr wesentlicher Beratungsschwerpunkt liegt hier bei der Restrukturierung von Unternehmen und im Transaktionsbereich sowie bei der Beratung an der Schnittstelle zwischen Arbeits- und Medizinrecht für Unternehmen der Gesundheitsbranche. Im Bereich des Medizinrechts ist sie auf die wirtschaftsmedizinrechtliche Beratung von sämtlichen Leistungserbringern spezialisiert (Krankenhäuser, Universitätsklinika, Vertragsärzte/MVZ, Apotheker, Private Equity Fonds). Sie leitet die Arbeitsgruppe „Stationäre und ambulante Leistungserbringer“ zusammen mit Dr. Hendrik Bernd Sehy.

Health Care & Life Science



Luther steht für fokussierte Rechts- und Steuerberatung in der gesamten Health Care & Life Science-Branche in Deutschland und Europa. Dazu zählen von den gesundheitlichen Versorgungsstrukturen stationär und ambulant, über regulatorische Fragestellungen, die Absicherung komplexer Forschungsvorhaben bis hin zu Transaktionen und zur Prozessführung.

Vielen Dank!

Luther.

Die Angaben in dieser Präsentation sind ausschließlich für die genannte Veranstaltung bestimmt. Die Überlassung der Präsentation erfolgt nur für den internen Gebrauch des Empfängers. Die hier zusammengestellten Texte und Grafiken dienen allein der Darstellung im Rahmen dieser Veranstaltung und dokumentieren die Thematik ggf. nicht vollständig.

Die Präsentation stellt keine Rechts- oder Steuerberatung dar und wir haften daher nicht für den Inhalt. Diese erfolgt individuell unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls auf der Grundlage unserer Mandatsvereinbarung. Die Verteilung, Zitierung und Vervielfältigung – auch auszugsweise – des Inhalts zum Zwecke der Weitergabe an Dritte ist nur nach vorheriger Absprache gestattet.

Luther.

Bangkok, Berlin, Brüssel, Delhi-Gurugram, Düsseldorf, Essen, Frankfurt a. M., Hamburg, Hannover, Jakarta, Köln, Kuala Lumpur, Leipzig, London, Luxemburg, München, Shanghai, Singapur, Stuttgart, Yangon

Weitere Informationen finden Sie unter
www.luther-lawfirm.com
www.luther-services.com