

Luther.

Grenzen und Möglichkeiten der Kooperation von Krankenhäusern

- aus medizinrechtlicher Sicht -

Dr. Eva Rütz, LL.M.

Dresden, den 14. Oktober 2013

Agenda

1. Einleitung
2. Kooperationsformen im Gesundheitswesen
3. Kooperation zwischen stationären und ambulanten Leistungserbringern
4. Zulässigkeit des – erweiterten – Honorararztmodells
5. Berufsrechtliche Vorgaben, v.a. Verbot der Zuweisung gegen Entgelt
6. Europäische Leiharbeitsrichtlinie, Arbeitnehmerüberlassung im Gesundheitswesen
7. Fazit

1. Einleitung

Warum kooperieren?

- Verbesserung der medizinischen Versorgung
 - Komplexe therapeutische / diagnostische Sachverhalte
 - Bedarfsgerechte, v.a. örtlich nahe Versorgung (strukturschwache Gebiete) („Versorgungsstrukturgesetz“)
- Organisatorische/wirtschaftliche Optimierung
 - Kostenersparnis (gemeinsame Nutzung von Infrastruktur)
 - Verbesserung der eigenen Wettbewerbsfähigkeit
 - Standortsicherung

2. Formen der Kooperation im Gesundheitswesen

- **Gesellschaftsrechtliche Kooperationsformen**

- Berufsausübungsgemeinschaft/Praxisgemeinschaft
- Laborgemeinschaft
- Zu besonderen gesellschaftsrechtlichen Modellen: Teil 2 des Vortrages (Claudia Strohe)

- **Sozialrechtliche Modelle**

- Integrierte Versorgung
- Besondere ambulante Versorgung (§ 73c SGB V)
- Spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b SGB V)
- Medizinische Versorgungszentren (MVZ, § 95 Abs. 1a SGB V)
- Belegarzt, § 121 SGB V

- **Sonstiges**

- Konsiliararzt
- Vor- und nachstationäre Behandlung, § 115a SGB V

2. Formen der Kooperation im Gesundheitswesen

- **Schuldrechtliche Kooperationen**

- **Gemeinsame Gerätenutzung**

- Kostenteilung / gemeinsame Infrastrukturnutzung
- Problem: Vermeidung von Doppelvergütungen/Krankenhausförderung

- **Kooperation zwischen Krankenhäusern / „Leuchtturmmodelle“**

- Häufig: befürwortet von politischen Entscheidungsträgern
- Sinnvoll: einheitlicher Trägerschaft
- Problem: widerstreitender (konkurrierender) Interessen der einzelnen Häuser
- Problem: Befürchtung der unzulässigen Erweiterung des Versorgungsauftrages?
- Problem: Zuweisung gegen Entgelt
- Problem: Arbeitnehmerüberlassung

- **Kooperation zwischen stationären und ambulanten Leistungserbringern**

- Klassische Bereiche: Radiologie, Labor, spezielle Operationen (z.B. Orthopädie, Kardiologie)
- Problem: „Honorararztmodell“
- Problem: Zuweisung gegen Entgelt
- Problem: Arbeitnehmerüberlassung

3. Kooperation zwischen stationären und ambulanten Leistungserbringern

Erbringung ambulanter Leistungen durch Dritte

- Krankenhaus ausnahmsweise (sektorale Trennung) auch zu ambulanter Leistungserbringung berechtigt
 - Institutsermächtigung, § 116a SGB V
 - Persönliche Ermächtigung, § 116 SGB V
 - Ambulantes Operieren, § 115b SGB V
 - Notfallambulanz
 - Erweiterung der Leistungserbringung durch Dritte durch Versorgungsstrukturgesetz → Neufassung § 115 Abs. 1 Satz 2 SGB V (AOP):
„In der Vereinbarung ist vorzusehen, dass die Leistungen nach Satz 1 auch auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten ambulant im Krankenhaus erbracht werden können.“

3. Kooperation zwischen stationären und ambulanten Leistungserbringern

Erbringung stationärer Leistungen durch Dritte „Honorararztmodell“

- Begriff des „Honorararztes“
- Allgemeiner Rechtsgedanke des § 115 Abs. 1 Satz 2 SGB V vs. Ablehnung aufgrund Umkehrschluss aus der Regelung?
- Grundsätzliche Erweiterung durch Versorgungsstrukturgesetz (vgl. § 2 Abs. 1 KHEntgG)
- Ablehnung durch sozialgerichtliche Rechtsprechung?!

3. Kooperation zwischen stationären und ambulanten Leistungserbringern

- § 2 Abs. 1 KHEntgG a.F. (vor dem 1. Januar 2012)

„Krankenhausleistungen nach § 1 Abs. 1 sind insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die für die Versorgung im Krankenhaus notwendig sind, sowie Unterkunft und Verpflegung; sie umfassen allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen. Zu den Krankenhausleistungen gehören nicht die Leistungen der Belegärzte (§ 18) sowie der Beleghebammen und -entbindungspfleger.“

Keine Konkretisierung, durch wen ärztliche Leistungen erbracht werden dürfen.

- eA: Alles, was nicht verboten ist, ist erlaubt?
- aA: Keine Leistung des Krankenhauses mit eigenen Ressourcen (d.h. angestellten Ärzten)?

3. Kooperation zwischen stationären und ambulanten Leistungserbringern

- § 2 Abs. 1 KHEntgG n.V. (nach Inkrafttreten des Versorgungsstrukturgesetzes am 1. Januar 2012)

„Krankenhausleistungen nach § 1 Abs. 1 sind insbesondere ärztliche Behandlung, auch durch nicht fest angestellte Ärztinnen und Ärzte, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die für die Versorgung im Krankenhaus notwendig sind, sowie Unterkunft und Verpflegung; sie umfassen allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen. Zu den Krankenhausleistungen gehören nicht die Leistungen der Belegärzte (§ 18) sowie der Beleghebammen und -entbindungspfleger.“

Generelle Anerkennung der stationären Leistungserbringung durch Dritten (einzelner Arzt/Praxis)?

4. Zulässigkeit des Honorararztmodells/ Abrechenbarkeit

LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 19. April 2013 – L 5 R 3755/11

Der Fall:

- Honorararzt Anästhesie
- Honorararztvertrag mit Krankenhaus 1
- Daneben angestellter Arzt im Krankenhaus 2
- Zugleich angestellter Arzt für ambulante Anästhesiepraxis
- Keine eigene Niederlassung

Eigentliche Frage:

- Sozialversicherungspflichtige Tätigkeit i.S.d. § 7 SGB IV?
- Aber: LSG nahm umfassend zur rechtlichen Zulässigkeit honorarärztlicher Tätigkeit Stellung
- Zwischenzeitlich **rechtskräftig**

4. Zulässigkeit des Honorararztmodells / Abrechenbarkeit

LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 17. April 2013 – L 5 R 3755/11

Grundsätze zur Zulässigkeit honorarärztlicher Tätigkeit:

- Zur Neufassung von § 2 Abs. 1 KHEntgG:
 - Keine generelle Zulässigkeit honorarärztlicher Tätigkeit: hätte von „fest angestellten“ Ärzten gesprochen werden müssen
 - Neufassung des § 2 Abs. 1 KHEntgG damit ohne Auswirkungen auf aktuelle Rechtslage
- Kooperation mit nicht angestellten Ärzten:
 - Neuregelung zu AOP spricht gerade gegen generelle Anerkennung der honorarärztlichen Tätigkeit
 - Honorararzt muss selbst niedergelassen sein, d.h.
 - Nicht ausreichend, wenn an anderem Krankenhaus tätig ist
 - Ende von Ärzte-Agenturen?
 - Verbot „des Umherziehens“ (vgl. § 17 MBO-Ä)
 - Nur punktueller Einsatz Honorararzt zulässig
 - Kein Einsatz zur Kostenreduktion (insb. Ersparung von Sozialversicherungsbeiträgen; kein Kündigungsschutz)
 - Lösung nach dieser Rechtsprechung: Anstellung des Arztes
 - **Risiko der Nichtabrechenbarkeit der stationären Leistung / Rückforderung geleisteter Vergütungen**

Sicherstellung der Abrechenbarkeit der erbrachten ärztlichen Leistungen immer Grundlage jeglicher Kooperation!

5. Berufsrechtliche Vorgaben

Grundprinzipien bei der Gestaltung des Kooperationsvertrages

- **Achtung der freien Arztwahl / Betonung der Patientenautonomie**
 - Patientenrechtegesetz, §§ 630a ff. BGB
 - Empfehlungsverbot in Berufsordnungen (§ 31 Abs. 2 BO Sachsen)
 - Keine Initiativempfehlung
 - Empfehlung auf Nachfrage immer zulässig
 - Problem: faktische Patientenzuweisung
 - Vermeidung von Klauseln, die auf Lenkung von Patientenströmen schließen lässt
 - Problem: Entscheidungskompetenz? Wer entscheidet? Maßgeblich immer, dass Entscheidung ausschließlich nach medizinischen Belangen.

5. Berufsrechtliche Vorgaben

Grundprinzipien bei der Gestaltung des Kooperationsvertrages

- **Keine Zuweisung gegen Entgelt (§ 31 Abs. 1 BO Sachsen)**
 - Äquivalenzprinzip (vgl. auch § 33 BO Sachsen)
 - Bei fehlender Angemessenheit: Vermutung des Verstoßes gegen das Zuweisungsverbot
- **Gestaltung der Vergütung Schwerpunkt bei Beratung**
 - Orientierung an GOÄ immer angemessen
 - Problem: Bemessung an DRG-Anteil?
 - Vertreterhonorare? Z.T. durch Kammern als angemessen anerkannt
 - Enge Zusammenarbeit mit **Medizincontrolling** erforderlich (Argumentativer Begründungsweg)
 - Sinnvoll: vorherige Abstimmung mit Ärztekammer bzw. Kostenträgern?

5. Berufsrechtliche Vorgaben

Risiken bei der Nichtbeachtung des Verbotes der Zuweisung gegen Entgelt:

- Adressat: grds. individueller Arzt, nicht Krankenhaus selbst (Ausnahme: § 128 SGB V)
- Aber: **strafrechtliche Risiken** treffen (auch) Krankenhaus:
 - Zwar: § 299 StGB – Bestechlichkeit im geschäftlichen Verkehr nicht erfüllt
 - Arzt nicht Beauftragter der Krankenkassen (vgl. **BGH**, Beschluss vom 29. März 2012 – GSSt 2/11)
- Aber: Abrechnungsbetrug i.S.d. § 263 Abs. 1 StGB
 - Täuschung über Nichtabrechenbarkeit der Leistung
 - Normativer/sozialrechtlicher Schadensbegriff → Erhalt einer medizinischen Behandlung lege artis ist irrelevant (vgl. dazu **BGH**, Urteil vom 5. Dezember 2002 – 3 StR 161/02)
 - Auch im Bereich der PKV nunmehr anerkannt (**BGH**, Beschluss vom 25. Januar 2012 – 1 StR 45/11)

6. Arbeitnehmerüberlassung

Arbeitnehmerüberlassung

- Entscheidend grundsätzlich: **Übertragung des Weisungsrechts** von Verleiher auf Entleiher
- § 1 Abs. 1 AÜG a.F.

„Arbeitgeber, die als Verleiher Dritten (Entleihern) Arbeitnehmer (Leiharbeiter) gewerbsmäßig zur Arbeitsleistung überlassen wollen, bedürfen der Erlaubnis.“

Früher: häufig reiner Kostenerstattungsmodelle (keine Gewinnerzielungsabsicht, keine Gewerbsmäßigkeit, keine Erlaubnispflicht)

6. Arbeitnehmerüberlassung

Arbeitnehmerüberlassung

- § 1 Abs. 1 AÜG n.F. (AÜG-Novelle basierend auf EU-Leiharbeitsrichtlinie)

„Arbeitgeber, die als Verleiher Dritten (Entleihern) Arbeitnehmer (Leiharbeitnehmer) im Rahmen ihrer wirtschaftlichen Tätigkeit zur Arbeitsleistung überlassen wollen, bedürfen der Erlaubnis. Die Überlassung von Arbeitnehmern an Entleiher erfolgt vorübergehend.“

- Erweiterung des Anwendungsbereiches
- Auch gemeinnützige Tätigkeit = wirtschaftliche Tätigkeit (entscheidend: Auftreten am Markt)

6. Arbeitnehmerüberlassung

Nur vorübergehende Arbeitnehmerüberlassung

§ 1 Abs. 1 Satz 2 AÜG: „Die Überlassung von Arbeitnehmern an Entleiher erfolgt vorübergehend.“

- Problem: Dauerhafte Personalüberlassung verboten
- Widerspruch zu tarifvertraglich üblichen Regelungen im Gesundheitswesen (z.B. Personalgestellung nach TVöD)
- Lösung auch hier nur über (Teil-)Anstellung
 - Doppelter Vorteil:
 - Sicherung der sozialrechtlichen Abrechenbarkeit
 - Kein Erfordernis der Einholung einer AÜ-Erlaubnis

7. Fazit

- Liberalisierung der sozialrechtlichen Gesetzgebung → Erweiterung der Einbeziehung dritter Leistungserbringer in die eigene Leistungserbringung
- Ausdrücklich gewünschte Versorgungsstrukturverbesserung
- Restriktive sozialgerichtliche Rechtsprechung: hindert häufig Entwicklungen im kooperativen Bereich
- Abstimmung mit Kostenträgern und Kammern zwingend
- Hauptpunkte bei Kooperation immer:
 - Abrechenbarkeit der Leistung
 - Wahrung der Patientenautonomie
 - Vergütung der Leistung (keine Zuweisung gegen Entgelt)
 - Arbeitsrechtlich saubere Abbildung

Ihre Ansprechpartnerin



Dr. Eva Maria Rütz, LL.M.

Rechtsanwältin

Anna-Schneider-Steig 22

50678 Köln

Telefon +49 221 9937 25744

eva.ruetz@luther-lawfirm.com

Luther.

Auf den Punkt. Luther.