

Sektorenübergreifende Zusammenarbeit

Einleitung

Vor dem Hintergrund einer Verstärkung der sektorenübergreifenden Patientenversorgung sind in den vergangenen Jahren die gesetzlichen Möglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten erweitert worden. Im vergangenen Jahr gab es dazu eine Diskussion um die Themen der sogenannten „Kopfprämien“ oder „Zuweisung gegen Entgelt“. Die Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer enthält das explizite Verbot der unerlaubten Zuweisung von Patienten gegen Entgelt. Die Sächsische Landesärztekammer hat dazu am 26. Oktober 2010 eine interne Informationsveranstaltung durchgeführt und damit Vertretern ausgewählter Gremien der Sächsischen Landesärztekammer eine Sachstandsinformation zu den neuen rechtlichen Rahmenbedingungen der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit gegeben.

Die 41. Kammerversammlung hat in ihrer Beratung am 14. November 2009 eine Versachlichung der Diskussion gefordert. Die gesetzlich gewollte sektorenübergreifende Zusammenarbeit in der Patientenversorgung darf gerade im Hinblick auf das vertrauensvolle Patient-Arzt-Verhältnis durch unwahre Behauptungen in der Öffentlichkeit nicht gefährdet werden. Die 41. Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer hält wegen des Vorhandenseins klarer Regelungen und Sanktionierungsmöglichkeiten in der Berufsordnung der sächsischen Ärzteschaft die Etablierung weiterer Strukturen für nicht erforderlich.

Dr. med. Katrin Bräutigam
Ärztliche Geschäftsführerin

Juristische Implikationen

Kooperationsvereinbarungen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten sind politisch gewollt und medizinisch sinnvoll.

Die Motivation zum Abschluss solcher Verträge wird durch unterschiedliche Interessen geprägt sein. Bei Krankenhäusern kann u.a. Ärztemangel, die maximale Auslastung der Infrastruktur sowie die Bindung der zuweisenden niedergelassenen Ärzte an das Krankenhaus eine Rolle spielen. Bei den niedergelassenen Ärzten kann die Sicherung der guten Betreuung der vom niedergelassenen Arzt behandelten Patienten eine Rolle spielen sowie die Tatsache, dass eine Belastung des eigenen KV-Budgets nicht eintritt.

Nachfolgend sollen einige Kooperationsmöglichkeiten vorgestellt werden.

Sektorenübergreifende Tätigkeit gemäß § 20 Abs. 2 Ärzte-Zulassungsverordnung

Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz wurde der § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV neu gefasst. Nach dieser Vorschrift ist die Tätigkeit in oder die Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 SGB V oder mit einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 111 SGB V mit der Tätigkeit des Vertragsarztes vereinbar.

Die gleichzeitige Tätigkeit als Vertragsarzt und als angestellter Krankenhausarzt ist seit 2007 möglich. Ferner ist die gleichzeitige Tätigkeit als Vertragsarzt und die Kooperation mit einem Krankenhaus nach dieser Vorschrift möglich.

Gleichwohl ist zu beachten, dass der Gesetzgeber nicht alles erlaubt hat. Die institutionelle Trennung der Versorgungsbereiche wurde nicht abgeschafft, da weiterhin getrennte Vergütungsstrukturen bestehen. Ebenso wenig sind Leistungsverlagerungen aus nicht sachgerechten Gründen zulässig (zum Beispiel aus budgetrelevanten Gründen vom ambulanten Bereich in den stationären Bereich und umgekehrt). Schließlich ist die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nach wie vor zu beachten. Danach darf die Arbeitszeit in einem Beschäftigungsverhältnis bei vollzeitiger Zulassung als Vertragsarzt nicht mehr als 13 Stunden wöchentlich betragen (BSG, Urteil vom 30.01.2002).

Belegarztstätigkeit

Das SGB V definiert in § 121 Abs. 2 den Belegarzt wie folgt: „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 bekommen.“

Das Verfahren der Anerkennung als Belegarzt ist in § 40 Bundesmantelvertrag (BMV-Ärzte) geregelt. Über die Anerkennung entscheidet die für seinen Niederlassungsort zuständige Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag im Einvernehmen mit allen Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen, wobei die Ziele der Krankenhausplanung zu berücksichtigen sind.

Der Belegarzt schließt mit dem Krankenhaus Träger einen Belegarztvertrag ab. Die belegärztliche Tätigkeit wird

gleichwohl aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung bezahlt. Der Belegarzt rechnet mithin seine Leistungen bei der Kassenärztlichen Vereinigung ab. Es erfolgt keine Abrechnung als Krankenhausleistung.

Zu beachten ist, dass der zwischenzeitlich neu gefasste § 121 Abs. 5 SGB V nunmehr abweichend von den o.g. Vergütungsregelungen Honorarverträge zwischen Krankenhäusern mit Belegbetten und Belegärzten zur Vergütung belegärztlicher Leistungen zulässt. Diese Neuregelung ist im Zusammenhang mit § 18 Abs. 3 KHEntgG zu lesen. Danach gilt folgendes: Krankenhäuser mit Belegbetten, die nach der o.g. Vorschrift des § 121 Abs. 5 SGB V 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. Viele Rechtsfragen dieses neuen Belegarztmodells mit Honorarvertrag sind noch ungeklärt, zum Beispiel Fragen des Haftungsrechts. Es bleibt abzuwarten, ob sich das neue Modell des Belegarztes mit Honorarvertrag durchsetzen wird.

Konsiliararzt

Eine gesetzliche Definition des Konsiliararztes fehlt. In der Literatur wird unter Bezugnahme auf eine Entscheidung des Sozialgerichtes Eisenkirchen der Konsiliararzt als ein nicht im Krankenhaus tätiger (angestellter) Arzt bezeichnet, der die dortigen Ärzte mit seinem Fachwissen unterstützt. Er gehört einem nicht im Krankenhaus vertretenen Fachgebiet an.

Rechtlich problematisch und riskant ist in diesem Zusammenhang die nicht selten anzutreffende Praxis, wonach ein Vertragsarzt zunächst die Patienten in ein Krankenhaus einweist, um dann auf Rechnung des Krankenhauses die Behandlung durchzuführen (1). So genannte „unechte Konsiliararztverträge“ sowie „unechte Belegarztverträge“ bergen erhebliche Risiken für beide Vertragspartner.

Ambulante Behandlung im Krankenhaus gemäß § 116 b Abs. 2 SGB V

Die wohl problematischste Vorschrift ist der § 116 b Abs. 2 SGB V. Danach ist ein zugelassenes Krankenhaus zur ambulanten Behandlung von im Gesetz bzw. der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses genannten Erkrankungen berechtigt, wenn und soweit es im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes auf Antrag des Krankenhaus Trägers unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation dazu bestimmt worden ist, das

heißt von der zuständigen Landesoberbehörde zugelassen wurde. Eine Bestimmung, d.h. Zulassung, darf nicht erfolgen, wenn und soweit das Krankenhaus nicht geeignet ist. Die vertragsärztliche Versorgungssituation ist zu berücksichtigen. Eine einvernehmliche Bestimmung mit den an der Krankenhausplanung unmittelbar Beteiligten ist anzustreben.

Die oben genannte Vorschrift hat erwartungsgemäß die Gerichte bereits mehrfach beschäftigt. Die wohl bemerkenswerteste Entscheidung ist ein sorgfältig begründeter Beschluss des Sozialgerichtes Dresden vom 29.09.2009 Az S 11 KA 114/09 ER (nicht rechtskräftig). Dort hatte das Sozialgericht in einem Eilverfahren zugunsten eines niedergelassenen Facharztes für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit onkologischem Schwerpunkt entschieden, der sich gegen ein vom Freistaat Sachsen mit Bescheid vom 01.02.2009 zur ambulanten Diagnostik und Versorgung von Patienten mit gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle sowie mit gynäkologischen Tumoren bestimmtes (das heißt zugelassenes) Krankenhaus in erster Instanz im Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes durchgesetzt hatte.

Es muss gefragt werden, wem der gesetzgeberisch verordnete Wettbewerb zwischen Krankenhäusern und bestimmten Fachgruppen niedergelassener Fachärzte wirklich nützen soll. Insbesondere stellt sich die Frage, ob das alles sinnvoll und gut für die Patienten ist. Niemand wird etwas dagegen haben, wenn bestimmte hochspezialisierte Untersuchungen oder Leistungen vom spezialisierten Krankenhaus ambulant angeboten werden, wenn der niedergelassene Facharzt diese Leistungen nicht vorhalten kann. Die Zukunftssorgen bestimmter Fachgruppen im niedergelassenen fachärztlichen Versorgungsbereich insbesondere bei onkologischen und rheumatologischen Schwerpunktpraxen dürften jedoch nicht unbegründet sein, wenn sich die angebotenen Leistungen des wirtschaftlich stärkeren Krankenhauses und des niedergelassenen Facharztes nahezu völlig überschneiden. Konkurrentenklagen sind insofern kein Wunder und werden die Instanzen weiter beschäftigen, zumal die Frage erlaubt sein muss, ob der gesetzlich verordnete Wettbewerb zwischen zwei ungleichen Partnern den Regeln eines wirklich fai-

ren Wettbewerbs entspricht. Umgekehrt müssen die niedergelassenen Fachärzte in der Lage und bereit sein, dem Patienten die geforderte Behandlung zeitnah zur Verfügung zu stellen. Feststehen dürfte aus hiesiger Sicht, dass vorrangig der Gesetzgeber und nicht die Gerichte über die Ausgestaltung der ambulanten Versorgung zu entscheiden haben. Es darf bezweifelt werden, dass der Gesetzgeber mit der Schaffung des § 116 b Abs. 2 SGB V glücklich agiert hat.

§ 115 a SGB V – Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus

Diese Vorschrift hat – auszugsweise – folgenden Wortlaut:

„(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 vollständige Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).

(2) Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen, bei Organübertragungen nach § 9 Abs. 1 Transplantationsgesetzes drei Monate nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten. Die Frist von 14 Tagen oder drei Monaten kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden.(Satz 5 lautet:) Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung wird im Rahmen des Sicherstellungsauftrages durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gewährleistet.“.....“

Die Einhaltung der o.g. gesetzlichen Vorgaben ist zu beachten. Es ist auch zu berücksichtigen, dass die vor- und nachstationäre Behandlung Kranken-

hausbehandlung, freilich ohne Unterkunft und Pflege, ist. So sind zum Beispiel nachstationäre Leistungen nur solche, die der Sicherung oder Festigung des Behandlungserfolges dienen, das heißt, es muss ein sachlicher Zusammenhang zur vollstationären Krankenhausbehandlung vorliegen.

Vor- und nachstationäre Leistungen sind Krankenhausbehandlungen, die auf der Grundlage von auf Landesebene geschlossenen Verträgen vergütet werden. Regelmäßig erfolgt die Abgeltung mit der Fallpauschale.

Demgegenüber basiert die ambulante vertragsärztliche Versorgung auf § 73 SGB V. Die Bezahlung erfolgt auf der Grundlage der vertragsärztlichen Gesamtvergütung und die Abrechnung über die Kassenärztlichen Vereinigungen. Es liegen mithin getrennte Vergütungsstrukturen vor.

In engen Grenzen können – so die KBV und die Deutsche Krankenhausgesellschaft – vor- und nachstationäre Leistungen in der Vertragsarztpraxis erbracht werden. Diese Grenzen, aber auch die bestehenden Möglichkeiten, sind in einem gemeinsamen Schreiben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 04.09.2009 aufgezeigt worden. Auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung kann dieses Schreiben „Vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung gemäß § 115 a SGB V“ abgerufen werden (www.kbv.de).

Ambulantes Operieren im Krankenhaus gemäß § 115 b SGB V

Das ambulante Operieren gemäß § 115 b SGB V ist eine Krankenhausleistung. Der Krankenträger rechnet mit der jeweiligen gesetzlichen Krankenversicherung ab.

Davon zu unterscheiden ist das ambulante Operieren als ambulante vertragsärztliche Leistung gemäß § 73 SGB V, die durch die Kassenärztliche Vereinigung aus der vertragsärztlichen budgetierten Gesamtvergütung bezahlt wird. In einer Entscheidung vom 30.04.2008 hatte sich das Landessozialgericht Chemnitz mit dem ambulanten Operieren zu befassen. Gegenstand des Rechtsstreits war die Klage eines Krankenträgers gegen eine Gesetzliche Krankenversicherung auf Vergütung für durchgeführte ambulante Operationen gemäß § 115 SGB V in Verbindung mit dem zugehörigen AOP-Ver-

trag. Der Krankenhausträger seinerseits hatte mit einem niedergelassenen Vertragsarzt einen Kooperationsvertrag abgeschlossen. Die strittigen Operationen wurden von dem Vertragsarzt unter Nutzung der Einrichtungen des Krankenhauses durchgeführt. Die Gesetzliche Krankenversicherung verweigerte die Zahlung mit dem Hinweis, es habe sich um eine vertragsärztliche Leistung gehandelt, die gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abzurechnen sei.

Das Landessozialgericht gab der gesetzlichen Krankenversicherung Recht. Revision und Klage wurden vom Krankenhausträger vor dem Bundessozialgericht zurückgenommen.

Das Landessozialgericht hat darauf hingewiesen, dass Leistungen des Krankenhauses auch ambulante Operationsleistungen nach § 115 b SGB V sind. Derartige Leistungen sind durch Personen zu erbringen, die in die Arbeitsorganisation des Krankenhauses derart eingegliedert sind, dass sie für die Behandlung jederzeit verfügbar sind. Ferner führt das LSG Chemnitz aus, dass nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung Leistungen des Krankenhauses nur die Leistungen sind, die dieses durch eigenes Personal erbringt, nicht jedoch Leistungen selbständiger Dritter. Die Legaldefinition des Begriffes Krankenhaus im § 107 Abs. 1 SGB V macht – so das LSG – deutlich, dass Krankenhäuser Einrichtungen sind, in denen personelle und sächliche Mittel zur Verwirklichung besonderer Zwecke organisatorisch zusammengefasst sind.

Die Entscheidung des Landessozialgerichtes wurde in der Literatur zum Teil kritisiert. Gleichwohl wurde dem Urteil durch die Revisions- und Klagerücknahme des Krankenhausträgers die Grundlage entzogen und ein Grundsatzurteil des Bundessozialgerichtes vermieden. Die vom Landessozialgericht angesprochenen Probleme wird man im wesentlichen durch die gesetzeskonforme Teilanstellung von niedergelassenen Vertragsärzten unter Anwendung von § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV sowie ggf. durch Teilzulassungen lösen können. Vor technischen Konsiliararzt- und Honorararztverträgen wird immer wieder gewarnt. Die Warnungen sind ernst zu nehmen (2). Die Vertragsärzte müssen bei Teil-Anstellungen die bereits genannte zulässige zeitliche Höchstgrenze beachten. Die Krankenhausträger ihrerseits stehen vor Herausforderungen arbeits- und sozialversicherungsrechtlicher Natur (zum Beispiel Beachtung der Mitbestimmungsrechte bei Einstellungen, Vergütungs-/Tarifrechtsfragen, Kündigungsschutz,

Vermeidung unzulässiger Scheinanstellungen), die einer Lösung zugeführt werden müssen.

Fazit

Die Rechtslage ist sowohl für die Krankenhausträger als auch für die niedergelassenen Vertragsärzte nicht einfach, zumal die involvierten Ärzte nicht nur krankenhausrrechtliche und vertragsarztrechtliche Vorgaben zu berücksichtigen haben, sondern auch dem geltenden Berufsrecht Rechnung tragen müssen. Die Vorschrift des § 31 Berufsordnung verbietet es Ärzten, für die Zuweisung von Patienten oder Untersuchungsmaterial ein Entgelt oder andere Vorteile sich versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren.

Es muss stets beachtet werden, dass der § 31 Berufsordnung eine Verbotsvorschrift darstellt. Ein Verstoß gegen diese Bestimmung führt zivilrechtlich zur Sittenwidrigkeit und damit zur Nichtigkeit einer Vereinbarung. Daneben können berufsrechtliche, wettbewerbsrechtliche und schlimmstenfalls sogar strafrechtliche Fragestellungen bestehen.

Der Gesetzgeber scheint es ernst zu meinen. Die Novellierung des § 128 SGB V macht dies deutlich. Diese im Sozialrecht angesiedelte Vorschrift befasst sich u.a. mit der Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und Hilfsmittelerbringern. Der Gesetzgeber hat im SGB V im Kern ein Depotverbot und ein sozialrechtliches Zuweisungsverbot ausgesprochen, ferner wurde der verkürzte Versorgungsweg für Ärzte stark eingeschränkt, für die Krankenkassen bleibt er aber zugelassen. Der aktuelle Wortlaut dieser auch für Klinikärzte relevanten Vorschrift kann abgerufen werden unter www.gesetze-im-internet.de (SGB V eingeben).

Grundsätzlich gilt auch für Kooperationen, dass jeder Vergütung eine Leistung des Arztes zugrunde liegen muss. Die Vergütung muss angemessen sein. Ferner muss die Leistung, für die eine Vergütung gewährt wird, sinnvoll sein. Provisionen z.B. als Gegenleistung für die Einweisung von Patienten sind nicht gestattet. Beachtet man diese an sich selbstverständlichen Grundsätze ist schon viel getan.

Gleichwohl ist selbst für den erfahrenen Medizinrechtler die gesetzeskonforme Vertragsgestaltung immer schwieriger. Die Regelungen werden immer komplexer, sind teilweise in sich widersprüchlich, nicht immer zu Ende gedacht. Es muss auch die Frage erlaubt sein, ob der für das Wirtschaftsleben typische und notwendige Wettbewerb wirklich unverändert auf das zum großen Teil gesetzlich regulierte

Gesundheitssystem übertragen werden sollte und ob dadurch nicht neue Verwerfungen entstehen. Ist zum Beispiel die Vorschrift des § 116 b Abs. 2 SGB V, sind KV- unabhängige Selektivverträge – die den Wettbewerb unweigerlich verschärfen werden – wirklich Arzt- und patientenfreundliche Zukunftsmodelle oder geht es in Wirklichkeit darum, dass sich bestimmte Interessengruppen durchsetzen? Was bleibt von dem Recht des Patienten zur freien Arztwahl am Ende übrig?

Die Regelungen im Gesundheitswesen sind komplex und kompliziert. Daran wird sich realistischerweise auch in Zukunft wenig ändern. Gleichwohl sollte der Gesetzgeber bei aller Unterschiedlichkeit der Interessen der Akteure im Gesundheitswesen möglichst klare, faire und transparente Vorgaben machen. Dies gilt auch für die notwendige bessere Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung. Es sollte künftig z.B. einfacher möglich sein, einen niedergelassenen Facharzt bei der Erbringung ambulanter Operationsleistungen einzubinden, ohne Gefahr zu laufen, Rechtsvorschriften zu verletzen (3).

Bei aller Kompliziertheit der Materie sollten sich die potenziellen Vertragspartner von Kooperationsvereinbarungen, das heißt Krankenhausträger einerseits und Vertragsarzt andererseits von vorn herein gar nicht erst auf Vertrags-/Kooperationsmodelle einlassen, die sich nach außen hin „sektorenübergreifend“ oder „integrierend“ nennen, um den wahren Rechtscharakter zu verbergen. So lauten die Leitsätze 2 und 3 einer in MedR 2009, 664 veröffentlichten und von Dahm kommentierten Entscheidung des OLG Düsseldorf vom 01.09.2009 wie folgt: „2. Nach § 4 Nr. 1 UWG handelt unlauter, wer geschäftliche Handlungen vornimmt, die geeignet sind, die Entscheidungsfreiheit des Verbrauchers (hier: Patienten) durch Ausübung von Druck zu beeinträchtigen. Eine wie auch immer geartete Verpflichtung des Arztes zur Empfehlung eines bestimmten (Vertrags-)Krankenhauses lässt stets für den Patienten einen Druck befürchten, der unangemessen ist. 3. Die Empfehlung eines Arztes für ein bestimmtes Krankenhaus, die auch darauf beruht, dass ihm ein Vorteil zufließt, ist mit dem Grundsatz einer allein nach ärztlichen Gesichtspunkten zu treffenden Entscheidung nicht zu vereinbaren. Für die Vorteilsgewährung reicht aus, dass für den Arzt die Möglichkeit einer für ihn lukrativen Beauftragung (hier: Abrechnung von prä-/postoperativen Leistungen nach GOÄ) besteht.“ Das OLG nimmt die freie Arztwahl ernst

und hat in dem o.g. Fall die Verfahrensbeteiligten in die Schranken gewiesen, wobei das Gericht keineswegs die dem Arzt obliegende Pflicht eingeschränkt hat, den Patienten bei der Auswahl des am besten geeigneten Krankenhauses zu beraten. Möge auch der Gesetzgeber die freie Arztwahl bei der Weiterentwicklung der Strukturen im Gesundheitswesen stets im Auge

behalten. Der Patient kann sich nur frei entscheiden, wenn er aus einer Mehrzahl ihm gegenüberstehender Adressaten frei wählen kann und wenn diese Mehrzahl von Adressaten ihrerseits in einem fairen Wettbewerb zueinander stehen, der Wettbewerb fair geführt wird und auf Augenhöhe stattfindet. Das Maß des Handels aller Beteiligten sollte dabei stets das Wohl und die

Würde des behandlungsbedürftigen Patienten sein.

Literatur beim Verfasser

Rechtsanwalt Dr. Jürgen Trilsch
Erna-Berger-Straße, Dresden

Hinweis:

Der Artikel gibt den Stand 05.01.2010 wieder.