

LEGAL NEWS

Gesundheitswirtschaft

Aktuelle Urteile aus dem
Medizinrecht

Kommunale Krankenhäuser:
Ergebnisse BDO/DKI Kranken-
hausstudie

Workshop: „Gemeinsame Ver-
antwortung für die Gesund-
heitsversorgung in der Fläche“



Editorial

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Verbot der „Zuweisung gegen Entgelt“ beschäftigt die Gerichte seit Jahren. Auch das Verwaltungsgericht Düsseldorf befasste sich kürzlich mit dem Thema. In seinem inzwischen rechtskräftigen Urteil geht es um die Zulässigkeit der Beteiligung eines Chefarztes an den Liquidationserlösen des Zentrallabors eines Universitätsklinikums („Aachener Modell“), die das Gericht verneinte. Wir fassen die wesentlichen Inhalte der Entscheidung für Sie zusammen.

Eine erfreulichere Entscheidung verkündete das BSG in einem seiner Beschlüsse aus 2017. Der 1. Senat schaffte zu bisher strittigen Fragen bei der Berechnung der Grundpauschale bei der Erbringung von Leistungen nach § 115b SGB V Klarheit für Leistungserbringer und Kostenträger. Wir geben Ihnen einen Überblick.

Anschließend stellen wir Ihnen die Ergebnisse der aktuellen BDO/DKI-

Krankenhausstudie zum Zusammenspiel von Geschäftsführung und Aufsichtsgremien kommunaler Krankenhäuser vor. Die danach vorherrschende Konsenskultur hat ihre Vorteile, birgt jedoch auch Risiken für die Wirtschaftlichkeit kommunaler Krankenhäuser.

Zu guter Letzt geht es um das Thema der Gesundheitsversorgung in der Fläche. Hierzu bieten wir Ihnen einen auf Ihre Region ausgerichteten Workshop an. Weitere Einzelheiten zu Zielen und Inhalten des Workshops finden Sie in dieser Ausgabe.

Wir wünschen eine angenehme Lektüre!

Dr. Stephan Porten
Rechtsanwalt/Fachanwalt
für Medizinrecht

ÜBER BDO LEGAL

Als deutscher Rechtsberatungspartner von BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft begleiten wir unsere Mandanten mit zurzeit über 50 Anwälten an 9 Standorten in Deutschland bei der Findung und Umsetzung unternehmerischer Entscheidungen in allen wesentlichen wirtschaftsrechtlichen Disziplinen.

Gemeinsam mit Kollegen von BDO bieten wir unseren Mandanten einen integrativen Beratungsansatz. Eingebunden in das internationale Netzwerk von BDO agieren wir in 158 Ländern weltweit mit knapp 68.000 Mitarbeitern in 1.400 Büros.

HERAUSGEBER

BDO Legal Rechtsanwalts-gesellschaft mbH
Im Zollhafen 22
50678 Köln
www.bdolegal.de

© 2017 BDO LEGAL Rechtsanwalts-gesellschaft mbH

UNZULÄSSIGE „ZUWEISUNG GEGEN ENTGELT“ BEI BETEILIGUNG AN DEN EINNAHMEN DES ZENTRALLABORS



Christiane Beume
Rechtsanwältin
Tel.: 0221/97357-151
christiane.beume@bdolegal.de

Mit inzwischen rechtskräftigem Urteil vom 26.06.2017 entschied das VG Düsseldorf für den ihm vorgelegten Fall, dass die Beteiligung von Chefärzten bzw. Klinikdirektoren an den Erlösen von ihnen veranlassten Leistungen des Speziallabors gegen das im ärztlichen Berufsrecht verankerte Verbot der „Zuweisung gegen Entgelt“ verstößt (VG Düsseldorf, Urteil vom 26.06.2017, Az. 15 K 3450/15).

Der Fall

Ein Universitätsklinikum in Nordrhein-Westfalen hatte im Jahr 2002 ein Zentrallabor errichtet, dessen Leitung dem Direktor des Zentralen Instituts für Klinische Chemie und Laboratoriumsdiagnostik oblag. In einem „Addendum“ hatte sich der Direktor dazu verpflichtet, eine Zusatzvereinbarung mit den Laboruntersuchungen veranlassenden Kollegen über die Zusammenarbeit und Verwendung der aus der Privatliquidation erwirtschafteten Erlöse zu treffen. Unterzeichnet wurde das „Addendum“ u.a. durch den Direktor des Zentralinstituts, den ärztlichen Direktor des beklagten Universitätsklinikums und dessen stellvertretenden kaufmännischen Direktor. In Umsetzung der Vereinbarung beteiligte der Direktor sämtliche Chefärzte, die „Speziallaborleistungen“ beauftragten, mit 50 % an den Liquidationserlösen, und zwar unabhängig davon, ob sie über ein entsprechendes Liquidationsrecht verfügten. Im Jahr 2007 wurde der Kläger, ein verbeamteter Universitätsprofessor, Leiter der Klinik für Nephrologie der Universitätsklinik. In der mit ihm geschlossenen Abteilungsleitervereinbarung hatte er sich u.a. dazu verpflichtet, bei Laborleistungen bis auf Weiteres das Zentrallabor in Anspruch zu nehmen. Vergütet wurde seine Tätigkeit mit einer festen Jahresvergütung und einer erfolgsabhängigen Variablen von bis zu 125.000 € pro Jahr, mit der der Kläger u.a. an den tatsächlich eingehenden Nettobehältern aus der Behandlung von Privatpatienten beteiligt wurde. Hiermit und mit seiner Vergütung aus seinem Anstellungsverhältnis mit der Universität sollten lt. Vertrag sämtliche Dienstleistungen des Klägers abgegolten sein. Ein Liquidationsrecht stand dem Kläger ausdrücklich nicht zu. Gleichwohl wurde tatsächlich auch der Kläger vom Leiter des Zentrallabors mit 50 % an den erzielten Liquidationserlösen beteiligt.

Nachdem ein Gutachten im Jahr 2011 zu dem Ergebnis gekommen war, dass bei dem praktizierten Modell von einem Verstoß gegen ärztliches Berufsrecht („Zuweisung gegen Entgelt“) auszugehen sei und eine Strafbarkeit wegen Vorteilsannahme gemäß § 331 Abs. 1 StGB in Betracht komme, wurde dem Kläger mitgeteilt, dass er nicht länger an den Liquidationserlösen des Zentrallabors partizipieren werde. Gleichzeitig wurde für das Zentrallabor eine neue Betriebsordnung erlassen, aufgrund der das Labor fortan durch den bisherigen Direktor und weitere Chefärzte geleitet werden sollte. Der Kläger zählte nicht dazu.

Hiergegen erhob der Leiter der Klinik für Nephrologie Klage gegen das Universitätsklinikum. Er ist der Ansicht, dass er seit seiner Bestellung zum Klinikleiter Mitglied der erweiterten Leitung des Speziallabors und daher an den Liquidationserlösen wie zuvor mit 50% zu beteiligen sei. Maßgeblich sei insoweit die mündliche Zusatzvereinbarung, die der Klinikdirektor dem Addendum folgend mit ihm – dem Kläger – getroffen habe.

Die Entscheidung

Die Klage hatte keinen Erfolg. Nach Ansicht der Kammer steht dem Kläger kein Anspruch auf Beteiligung an den umstrittenen Liquidationserlösen des Zentrallabors zu. Maßgeblich stellte das Gericht darauf ab, dass gemäß dem mit dem Universitätsklinikum geschlossenen Vertrag sämtliche ärztlichen Leistungen des Klägers bereits vom Klinikum vergütet würden. Insofern stelle sich die zusätzliche Beteiligung an den Liquidationserlösen als unzulässige, weil gegen § 31 Abs. 1 der Berufsordnung für die nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte verstoßende Gegenleistung für die bloße Veranlassung bzw. Beauftragung von Laborleistungen dar (Verbot der „Zuweisung gegen Entgelt“). Daraus folge weiter, dass eine zwischen ihm und dem Direktor des Zentrallabors getroffene Zusatzvereinbarung wegen Verstoßes gegen ein Verbotsgesetz gemäß § 134 BGB nichtig sei. Mangels eigenem Liquidationsrecht stehe ihm selbst dann kein Vergütungsanspruch zu, wenn er die betreffenden Laborleistungen selbst erbringe.

Fazit:

Kliniken sollten ihre vorzugsweise mit Chefärzten geschlossenen Vereinbarungen hinsichtlich einer Beteiligung an Liquidationserlösen dahin prüfen, ob sie mit dem Verbot der Zuweisung gegen Entgelt vereinbar sind. Sollte dies nicht der Fall sein, sind getroffene Absprachen nicht nur nichtig. Überdies liegt regelmäßig ein Verstoß gegen Wettbewerbsrecht vor; weitere, auch kostenintensive Konsequenzen drohen.

AMBULANTES OPERIEREN - BSG SORGT FÜR KLARHEIT BEI GRUNDPAUSCHALE



Dr. Stephan Porten
Rechtsanwalt/Fachanwalt für
Medizinrecht
Tel.: 0221/97357-480
stephan.porten@bdolegal.de

Seit Jahren streiten sich Krankenhäuser und Krankenkassen über die Abrechnung der Grundpauschale im Zusammenhang mit ambulanten Operationen und stationärsersetzenden Eingriffen gemäß § 115b SGB V. Während sich das Bundessozialgericht zur Abrechenbarkeit der Grundpauschale (neben der Konsultationspauschale) bei fachgruppengleicher Überweisung bereits mit Urteil vom 31.05.2016 (Az. B 1 KR 39/15 R) geäußert hatte, ging es in dem nachfolgend geschilderten Fall um die Abrechenbarkeit bei fachgruppenfremder bzw. fehlender Überweisung, über den das BSG vor einigen Monaten entschieden (Beschluss vom 28.03.2017, Az. B 1 KR 66/16 B).

Der Fall

Die Betreiberin eines Krankenhauses - gemäß § 115b SGB V zugelassen für ambulante Operationen und stationärsersetzende Eingriffe - hatte 2012 in drei Fällen Patienten, die gesetzlich versichert waren, ambulant operiert und in allen drei Fällen der zuständigen Krankenkasse die chirurgische Grundpauschale (GOP 07211 EBM) in Rechnung gestellt. Für zwei der Behandlungsfälle hatte eine Überweisung durch einen facharztgruppenfremden Vertragsarzt vorgelegen. Im dritten Fall war der Patient ohne vorherige Überweisung durch einen Vertragsarzt im Krankenhaus behandelt worden. Die Krankenkasse lehnte eine Zahlung ab. Sie begründete dies damit, dass eine Grundpauschale am Tag der OP-Leistung nicht berechnet werden könne, da mit der Vergütung für die AOP-Leistung selbst sämtliche Leistungen vergütet seien. Die hiergegen gerichtete Klage des Krankenträgers hatte sowohl erstinstanzlich als auch vor dem Landessozialgericht Baden-Württemberg Erfolg. Da das LSG die Revision zum Bundessozialgericht nicht zugelassen hatte, blieb der beklagten Krankenkasse nur noch der Weg der Nichtzulassungsbeschwerde vor dem Bundessozialgericht, in der Hoffnung, ihren rechtlichen Interessen doch noch zur Durchsetzung zu verhelfen. Doch die Krankenkasse scheiterte auch dort.

Die Entscheidung

Neben einer Verfahrensrüge hatte die Beklagte geltend gemacht, dass die Revision zum Bundessozialgericht wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache zuzulassen sei. Die Beklagte warf auf die Rechtsfrage auf, „ob der AOP-Vertrag und die Präambel zum Abschnitt 31.2 EBM es

gestatten, dass die Grundpauschale des Operateurs bei facharztgruppenfremden Überweisungen oder Direktzugängen im Falle der Durchführung von ambulanten Operationen für jeglichen Arzt-Patienten-Kontakt am Operationstag kumulativ neben der operativen Leistung in Ansatz gebracht werden kann, auch wenn der Arzt-Patienten-Kontakt - wie die Prüfung der Operationsfähigkeit oder das Aufklärungsgespräch - zwingender und standardisierter Bestandteil dieser ambulanten Operation ist“ (BSG, Beschluss vom 28.03.2017, a.a.O.).

Das Bundessozialgericht verneinte die grundsätzliche Bedeutung. Zwar bestimme die hier maßgebliche Präambel (31.2.1 EBM) in Nr. 5 S. 1, dass die GOPen des Abschnitts 31.2 EBM (ambulante Operationen) sämtliche durch den Operateurs erbrachten ärztlichen Leistungen, Untersuchungen am OP-Tag, Verbände, ärztliche Abschlussuntersuchungen, einen post-operativen Arzt-Patienten-Kontakt ab dem ersten Tag nach der Operation, Dokumentationen und Beratungen einschließlich des Abschlussberichtes an den weiterbehandelnden Vertragsarzt und Hausrat umfassen. Aus Wortlaut und Systematik ergebe sich allerdings klar, dass abweichend davon ergänzende Vergütungen vorgesehen sein (Nr. 8 der Präambel). In einem Zeitraum von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag, könnten vom Operateur neben dem ambulanten Eingriff die dort genannten GOPen und Pauschalen abgerechnet werden, zu denen auch die Grundpauschale gehöre, die bereits beim ersten kurativ-ambulanten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt (4.3.1 EBM) im Behandlungsfall anfallt. Der Anspruch auf die Grundpauschale am Operationstag entstehe folglich bereits dann, wenn ein solcher Arzt-Patienten-Kontakt vorliege. Es bestehe auch kein Klärungsbedarf hinsichtlich der Frage, ob es für diesen Kontakt ausreiche, dass dieser mit direkter Interaktion verbundene Kontakt dazu diene, die Durchführbarkeit der Operation am Tag der Operation selbst feststellen. Es komme lediglich darauf an, ob nach diesem Kontakt mit direkter Interaktion eine abrechnungsfähige ambulante Operation erfolgte sei, die somit nach den Regelungen des AOP-Vertrags zu vergüten sei. Dies schließe den Anspruch auf die Grundpauschale mit ein.

Fazit:

Der Beschluss des BSG bringt erfreuliche Klarheit und ist daher zu begrüßen. Zusammen mit den Urteilen desselben Senats aus dem Jahr 2016 (s.o.) und vom 01.07.2014, Az. B 1 KR 1/13 R, lassen sich so die Voraussetzungen der Abrechenbarkeit der Grundpauschale bei Leistungen gemäß § 115b SGB V skizzieren.

BDO/DKI KRANKENHAUSSTUDIE 2017 - KOMMUNALE KRANKENHÄUSER: ZUSAMMEN-SPIEL VON AUFSICHTSGREMIUM UND GESCHÄFTSFÜHRUNG



Alexander Morton
Partner
Fachbereich Gesundheitswirtschaft
Tel.: 0221/97357-473
alexander.morton@bdo.de

Bei Aufsichtsräten und Geschäftsführern kommunaler Krankenhäuser herrscht eine ausgeprägte Konsenskultur vor. Das Aufsichtsgremium bindet die Geschäftsführung bei seinen Entscheidungen weitreichend ein. Eher selten werden die Entscheidungen der Aufsichtsgremien von der Geschäftsführung kritisch oder als zu langwierig betrachtet. Dies hat Vorteile bei der gemeinsamen Strategieentwicklung, kann sich aber auch nachteilig auf die Wirtschaftlichkeit kommunaler Krankenhäuser auswirken.

Das ist das Ergebnis der aktuellen Studie des Branchencenters Gesundheitswirtschaft der BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft und des Deutschen Krankenhausinstituts. Ziel der parallelen Repräsentativbefragungen von Aufsichtsräten und Geschäftsführern kommunaler Krankenhäuser war es, deren Selbstverständnis sowie ihren jeweiligen Einfluss auf Strategie und Führung der Krankenhäuser zu untersuchen.

Kommunale Krankenhäuser sind sehr wichtige Arbeitgeber an ihren Standorten. Insgesamt 80 % der kommunalen Krankenhäuser zählen zu den drei wichtigsten regionalen Arbeitgebern. Sie leisten damit wichtige Beiträge zur regionalen Wertschöpfung und Beschäftigungssicherung.

Die wirtschaftliche Lage der kommunalen Krankenhäuser ist sehr prekär. Fast ein Drittel der Einrichtungen (31,6 %) hat von 2014 bis 2016 kontinuierliche Verluste geschrieben. Nur ein Drittel (33,7 %) hat in diesem Zeitraum regelmäßig Überschüsse erzielt. Die Übrigen verzeichneten wechselnde Ergebnisse.

Kennzeichnend für Aufsichtsgremien kommunaler Krankenhäuser ist ihre starke politische Durchdringung. Faktisch gibt es in fast jedem Aufsichtsgremium kommunaler Krankenhäuser politische Mandats- oder Funktionsträger. Der Aufsichtsratsvorsitzende ist in der Regel Bürgermeister oder Landrat bzw. Politiker mit aktivem Mandat. Daneben sind auch die Betriebsräte in den Sitzungen der Aufsichtsgremien sehr stark präsent.

Weitreichende Kompetenzen haben die Aufsichtsgremien insbesondere bei Personalentscheidungen für die obere Führungsebene (Geschäftsführer/ Kaufmännische Leitung, Ärztlicher Direktor, Pflegedienstleitung) und die mittlere Führungsebene (v. a. Chefarzte). Des Weiteren haben sie in der Regel Entscheidungs- und Mit-

sprachrechte bei der Investitions- und der Wirtschaftsplanung. Die Personal- und Leistungsplanung sowie vor allem die (Planung der) Budgetverhandlungen fallen dagegen überwiegend in die Entscheidungskompetenz der Geschäftsführer.

Die Geschäftsführer sehen mehrheitlich keinen positiven Einfluss ihrer Aufsichtsgremien auf die Wirtschaftlichkeit der kommunalen Krankenhäuser. Ein Drittel der befragten Geschäftsführer attestiert den Aufsichtsgremien sogar explizit einen negativen wirtschaftlichen Einfluss. Die entsprechenden Häuser schreiben häufiger Verluste als andere Häuser. Eine zu starke Einmischung der Aufsichtsgremien kann somit das Jahresergebnis beeinträchtigen.

Kommunale Aufsichtsgremien nehmen stärker Einfluss auf qualitätsorientierte Unternehmensziele als auf ökonomische Ziele. Versorgungsziele (z. B. umfassende Versorgung der Bevölkerung am Standort), Prestigeziele (wie. kommunales Image, kommunaler Nutzen des Krankenhauses) und beschäftigungspolitische Ziele (Schaffung und Erhaltung von Arbeitsplätzen am Standort) sind demnach für sie wichtiger als ökonomische Zielgrößen wie Rentabilitätsziele (z. B. Gewinn, Umsatzrentabilität) oder Marktstellungsziele (wie Marktanteile oder Marktführerschaft). Allerdings wird der Einfluss der Aufsichtsgremien auf die strategische Zielplanung seitens der Geschäftsführer geringer eingeschätzt als durch die Aufsichtsgremien selbst.

Die Einflussnahme des Aufsichtsgremiums auf Beschäftigungs- und Prestigeziele korreliert negativ mit den Jahresergebnissen. In Krankenhäusern mit kontinuierlichen Verlusten von 2014 bis 2016 haben die Aufsichtsgremien deutlich stärkeren Einfluss auf die beschäftigungspolitischen Ziele der Schaffung und Erhaltung von Arbeitsplätzen und Prestigeziele wie dem kommunalen Nutzen und dem kommunalen Image des Krankenhauses genommen als in wirtschaftlich besser gestellten Häusern.

Viele kommunale Krankenhäuser setzen künftig auf Expansion. Die Krankenhausstrategie der nächsten fünf Jahre sieht bei den meisten Krankenhausgeschäftsführern und Aufsichtsgremien den Aufbau neuer Leistungsbereiche bzw. neuer Geschäftsfelder, Leistungsmengensteigerungen, eine stärkere Beteiligung an der ambulanten ärztlichen Versorgung in der Region sowie die Vernetzung mit anderen Leistungssektoren und Leistungserbringern vor.

Auf der anderen Seite sind die Geschäftsführer für die Reduktion des stationären Leistungsangebots tendenziell aufgeschlossener als die Aufsichtsgremien. Negative Geschäftsergebnisse begünstigen die Bereitschaft zu einer stärkeren

Fokussierung. Geschäftsführer von Krankenhäusern mit kontinuierlichen Verlusten erwägen eher als ihre Kollegen mit besseren Ergebnissen die Fusion mit anderen Krankenhäusern, die Schließung von Fachabteilungen oder Stationen, eine Leistungskonzentration oder die Umwandlung/Umwidmung von akutstationären Kapazitäten für andere Zwecke.

Fazit:

Der Aufsichtsräten und Geschäftsführern kommunaler Krankenhäuser herrscht eine ausgeprägte Konsenskultur vor. Das Aufsichtsgremium bindet die Geschäftsführung bei seinen Entscheidungen weitreichend ein. Eher selten werden die Entscheidungen der Aufsichtsgremien von der Geschäftsführung kritisch oder als zu langwierig betrachtet. Dies hat Vorteile bei der gemeinsamen Strategieentwicklung, kann sich aber auch nachteilig auf die Wirtschaftlichkeit kommunaler Krankenhäuser auswirken.

WORKSHOP: „GEMEINSAME VERANTWORTUNG FÜR DIE GESUNDHEITSVERSORGUNG IN DER FLÄCHE“



Ziele

Zur Sicherstellung der flächendeckenden medizinischen Versorgung der Bevölkerung werden Krankenhäuser mit anderen lokalen Akteuren, insbesondere auch Kommunen, über die bereits bestehenden Aufgaben im Bereich des Öffentlichen Gesundheitswesens und Rettungsdienstes in Zukunft zusätzliche Aufgaben wahrnehmen müssen. Diese reichen von regionalmedizinischen Versorgungskonzepten über sektorenübergreifende Koordinierungs- und Sicherstellungsfunktionen bei ambulanten Versorgungsstrukturen bis hin zu kommunalen Eigenrichtungen. Kommunen werden - das kann man schon jetzt voraussagen - zu wichtigen „Playern“ im Gesundheitssystem.

Der Workshop ist speziell auf Ihre Region ausgerichtet und soll neben der Vermittlung von Grundlagen vor allem dem Austausch und der Diskussion zu konkreten Umsetzungsmöglichkeiten dienen.

Inhalte

- ▶ Grundlagenwissen zum Gesundheitswesen aus kommunaler Sicht, u.a.
 - Finanzierung und rechtliche Grundlagen, einschl. kommunales Wirtschaftsrecht

- ▶ Regionale Bedarfsanalyse und -planung, u. a.
 - Bevölkerungsstruktur der Region, Morbiditätsentwicklung
 - Sozioökonomische und räumliche Faktoren, Infrastruktur
- ▶ Innovative Konzepte für regionales Gesundheitsmanagement, u. a.
 - Umsetzungsmöglichkeiten von Modellvorhaben und Neuen Versorgungsformen
 - IV und Selektivverträge mit KK
 - Sektorenübergreifende Konzepte
 - Fachärztehaus in kommunaler Regie

Zielgruppe: Entscheidungsträger bei Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern, Verantwortliche in Gemeinden und Kreisen

Dauer: Halbtagsveranstaltung

Anmeldung: Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann setzen Sie sich gerne mit uns in Verbindung.

Ihre Ansprechpartnerin:

Daniela Becker
Sekretariat | Tel.: 0221/97357-445
daniela.becker@bdolegal.de