

das Krankenhaus

2
2017

www.daskrankenhaus.de



**Gesamtschau
PsychVVG**

**Elektronische
Fallakte**

**Thema:
Personalwirtschaft**

Modell für rechtssichere ambulante-stationäre Kooperationen

Das Antikorruptionsrecht für Heilberufe (§§ 299a, 299b StGB) macht die Überprüfung hergebrachter Vergütungs- und Anreizsysteme erforderlich. Bislang gibt es wenig praxisnahe Konzepte, die angesichts der Rechtslage die traditionellen ambulante-stationären Kooperationen überprüfen und unter den neuen Bedingungen rechtssicher ermöglichen. Im Rahmen einer solchen Überprüfung haben Experten der CompCor Compliance Solutions GmbH & Co. KG in Diskussion und Zusammenarbeit mit HCPs („Health Care Professionals“) ein Modell für rechtssichere ambulante-stationäre Kooperationen entwickelt. Mit der zweistufigen Betrachtungsweise wird eine praxistaugliche Lösung vorgeschlagen, die die neuen Strafrechtstatbestände berücksichtigt und für Rechtssicherheit sorgen kann. Zu fragen ist demnach:

- Liegt ein sozialrechtlich zulässiges Kooperationsmodell vor?
- Falls ja, ist die Vergütung für die ärztliche Leistung einerseits und die Beteiligung am wirtschaftlichen Erfolg der Kooperation andererseits angemessen?

Das Korruptionsstrafrecht für Heilberufe als Wettbewerbsdelikt

Gemäß § 299a StGB „Bestechlichkeit im Gesundheitswesen“ wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft, wer als zugelassener Arzt oder anderer zugelassener Heilberufler (hier HCPs) im Zusammenhang mit der Ausübung seines Berufs einen Vorteil als Gegenleistung dafür fordert, sich versprechen lässt oder annimmt, dass er bei der Zuführung von Patienten einen anderen inländischen oder ausländischen Wettbewerber in unlauterer Weise bevorzugt. Umgekehrt kann das Versprechen oder die Leistung solcher Vorteile an HCPs als Bestechung im Gesundheitswesen strafbar sein (§ 299b StGB).

Damit trägt der Gesetzgeber der Entscheidung des BGH vom 29. März 2012 (GSSt 2/11) Rechnung. Dieser hatte den Gesetzgeber aufgefordert, dafür Sorge zu tragen, dass der strafrechtliche Korruptionsschutz künftig auch für HCPs als Freiberufler gelte, um im Interesse des Patientenwohls sicherzustellen, dass HCP-Entscheidungen frei von unangemessenen finanziellen Einflussnahmen sind.

Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens – gewünschte Entwicklung oder Nährboden für Fehlverhalten?

Praktiker wissen, dass einige der „gängigen“ Gestaltungsformen für die Kooperation zwischen Krankenhaus und HCP Ähnlichkeiten mit einem „Kopfgeld“ aufweisen kann. Andererseits ist ebenso offensichtlich, dass das traditionelle Verständnis vom HCP als Freiberufler in alleiniger medizinischer Verantwortung mittlerweile durch eine unternehmerische Komponente ergänzt

wird, die dazu beiträgt, dass die Voraussetzungen für erfolgreiche Kooperationsformen geschaffen und aufrechterhalten werden können. Für die Frage nach dem wirtschaftlichen Anreizsystem heißt das konsequenterweise, dass zwischen der Vergütung für die Ausübung der ärztlichen Dienstleistungstätigkeit einerseits (Bemessungsmaßstab: Zeitaufwand und Schwierigkeitsgrad) und der Partizipation am wirtschaftlichen Kooperationserfolg (Bemessungsmaßstab: Einsparungen, Mehreinnahmen, Kostenaufwendungen) andererseits unterschieden werden sollte.

Der Gesetzgeber hat dieser Entwicklung mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung von 2012 (GKV-Versorgungsstrukturgesetz) Rechnung getragen. Das SGB V enthält seitdem nicht nur Regeln über unzulässige, sondern auch über zulässige und gewünschte Kooperationen. Ziel ist dabei ausdrücklich, im Gesundheitswesen wirtschaftliche Reserven zu heben und im Patienteninteresse sektorenübergreifende Kooperationen zu fördern.

Unzulässige Kooperationen

- Vertragsärzte dürfen nach § 73 Absatz 7 SGB V in Übereinstimmung mit §§ 30, 31 MBOÄ für die Zuweisung von Versicherten kein Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile erhalten.
- § 128 Absatz 2 Satz 1 SGB V verbietet es Leistungsanbietern von medizinischen Hilfsmitteln (zum Beispiel Sanitätshäusern), Vertragsärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern oder sonstigen medizinischen Einrichtungen für medizinische Hilfsmittel gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Versorgung mit Hilfsmitteln zu beteiligen (§ 128 Absatz 2 Satz 1 und 3 SGB V).

Zulässige Kooperationen

- Bei der ambulante-stationären Versorgung ist die Kooperation zwischen Kliniken und HCPs sozialrechtlich zulässig und gewünscht (§ 115 SGB V), weil sie zu Kosteneinsparungen und Verbesserungen der medizinischen Versorgung beitragen soll.
- Der Maßstab für die Vergütung der ärztlichen Dienstleistung in Ausführung einer Kooperationsvereinbarung ist zu definieren.

Die strafrechtliche Messlatte

Kooperationen zwischen Kliniken und HCPs und deren Vergütungsmodelle müssen nunmehr einer strafrechtlichen Prüfung standhalten. Das sorgt bei Krankenhäusern und HCPs erkennbar für Nervosität, insbesondere im Bereich „klassischer“ Ho-

norararzt- und Konsiliararztverträge. Die derzeitige Diskussion unter Strafrechtlern trägt wenig dazu bei, diese Nervosität zu verringern. Sie ist nach wie vor stark von Verteidigungs- oder Angriffsbemühungen in Abstellung auf die Umstände des Einzelfalls oder allgemeine Begrifflichkeiten wie Marktpreise oder Berufsfreiheit geprägt. Solche Überlegungen mögen im Rahmen eines Strafverfahrens zu Verteidigungszwecken hilfreich sein. Sie helfen aber nur bedingt weiter, wenn es präventiv darum geht, wie die Prozessabläufe im Krankenhaus und bei den niedergelassenen Ärzten gestaltet werden können, um – Missstände im Einzelfall ausgeschlossen – von vornherein erst gar nicht in die Nähe strafbaren Handelns zu kommen.

Ein Lösungsansatz

Die CompCor Health Care Compliance-Lösung beruht auf fünf Grundsätzen:

- Das Sozialrecht (SGB V) bestimmt, welche Kooperationsformen zulässig und gewünscht sind und welche nicht. Sozialrechtlich zulässige Kooperationen zwischen HCPs und Kliniken können grundsätzlich nicht strafbar sein. Das gilt insbesondere für das als Wettbewerbsdelikt ausgestaltete Korruptionsstrafrecht für Heilberufe.
- Darüber, was ein angemessenes Entgelt für die Erbringung heilberuflicher Leistungen ist, geben Sozial- und Krankenkassenversicherungsrecht Orientungsmaßstäbe, die auch bei einer strafrechtlichen Prüfung beibehalten und nicht aufgeweicht werden sollten. Für Vertragsärzte sind das die einheitlichen Bewertungsmaßstäbe (EBM), die GOÄ für die Behandlung von Privatpatienten und die Vergütung ärztlicher Leistungen im Rahmen der integrierten ambulant-stationären Versorgung. Aus Sicht des Krankenhauses spiegeln sich diese in den Entgeltkalkulationen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (INEK) wider.
- Vergütungen für die Ausführung von HCP-Dienstleistungen, die gegen die vorgenannten Standards verstoßen, sind grundsätzlich nicht angemessen. Vergütungsmaßstab ist insoweit der Zeitaufwand für die HCP-Dienstleistung und deren Schwierigkeitsgrad. Die GOÄ gibt hierbei für den Normalfall einen Multiplikationsfaktor von 1 bis 2,3 vor. Theoretisch ist eine Steigerung bis zum siebenfachen möglich. Jedoch werden ab 3,5 besondere Begründungen und Nachweise für einen höheren Bewertungsfaktor verlangt, die im Normalfall nur schwer zu erbringen sein dürften. Der Bekanntheitsgrad und die „wirtschaftliche Zugkraft“ eines Chirurgen fließen in die GOÄ-Tätigkeitsbewertung nicht ein. Neuartige Operations- oder Behandlungsformen können über einen besonderen Schwierigkeitsgrad berücksichtigt werden.
- Zwischen der Vergütung für HCP-Dienstleistungen einerseits und der Partizipation von HCPs an den wirtschaftlichen Vorteilen zulässiger Kooperationen sollte künftig unterschieden werden. Damit werden Kooperationsformen, die im Patienten- und allgemeinen Kosteninteresse liegen und sozialrechtlich gewünscht sind, gefördert: Sowohl HCP als auch

Der CompCor Health Care Compliance-Prüfplan

1. Geht es um Vorteile für eine sozialgesetzlich zulässige oder eine unzulässige Kooperationsform?
 - Sofern Frage 1.2. mit „ja“ beantwortet wird, muss die beabsichtigte Aktivität unterbleiben. Falls Frage 1.1. mit „ja“ beantwortet wird, bitte den Grund angeben und den Prüfplan fortsetzen.
2. Sind die gesetzlichen Anforderungen an die Ausgestaltung der Kooperation im Konzept erfüllt? (also etwa vor- und nachstationäre Versorgung bei integrierter Versorgung, Abschluss eines integrierten Versorgungsvertrages, Einbeziehung des ambulanten Versorgungsteils in das Patienten-Versorgungsmanagement nach § 11 SGB V; bei Chirurgen als Honorarärzten: Operiert der Honorararzt tatsächlich in der Klinik oder fallen „Tätigkeitsvergütungen“ ohne entsprechende Tätigkeit an? Behält der Patient ungeachtet der Zuweisung/Zuweisungsempfehlung die Freiheit für eine eigene Alternativentscheidung? Soll er – und falls ja, wie – darauf hingewiesen werden?)
 - Falls Frage 2 mit „ja“ beantwortet wird, Frage 3.1. und 3.2. prüfen.
 - 3.1. Sieht das Kooperationskonzept eine Tätigkeitsvergütung für HCP-Dienstleistungen vor?
 - 3.2. Falls ja, bewegt sich die vorgesehene HCP-Tätigkeitsvergütung innerhalb der für diese Dienstleistung vorgesehenen Vergütungsbandbreiten?
 - Falls die Fragen 3.1. und 3.2. mit „ja“ beantwortet werden können, bitte den Grund angeben und den Prüfplan fortsetzen.
 - 4.1. Führt die Kooperation im Krankenhaus oder beim HCP zu einem wirtschaftlichen Erfolg und, falls ja, worin besteht dieser (etwa Kosteneinsparungen, bessere Ausnutzung von Kapazitäten, Umsatzerhöhung)?
 - Falls Frage 4.1. mit „ja“ beantwortet werden kann, weiter zur Frage 4.2.
 - 4.2. Welche unternehmerischen Aufwendungen auf Seiten des HCP können hierzu beigetragen haben? (Eine direkte Kausalität dürfte nur selten nachweisbar sein, weil die Anziehungskraft einer HCP-Praxis und damit ihr Kooperationspotenzial in der Regel maßgeblich durch das medizinische Ansehen des HCPs geprägt sein dürfte und unternehmerische Aufwendungen für Praxisausstattung, Personalschulung oder Werbung daher eher als unterstützend wahrgenommen werden.)

Klinik können am wirtschaftlichen Erfolg solcher Kooperationen teilhaben. Der HCP kann in rechtlich abgesicherter Weise für seinen unternehmerischen Einsatz belohnt wer-

den, der neben der Qualität seiner Leistung die Basis für erfolgreiche Kooperationen schafft. Hierzu gehören kostenmäßig etwa Infrastrukturkosten für die Praxisausstattung, Werbungskosten und ein erhöhter Betreuungsaufwand für die vor- und nachstationäre Betreuung.

- Kooperationen zwischen HCPs und Krankenhäusern müssen unter Beachtung der allgemeinen medizinrechtlichen Ausführungsgrundsätze und sämtlicher einschlägiger Richtlinien praktiziert werden, also unter Einhaltung des Transparenz-, Dokumentations- und Äquivalenzprinzips. Damit wird sichergestellt, dass die Patienten-, Kosten- und Effizienzinteressen gewahrt und nicht, gewissermaßen durch „die Hintertür“, „Kopfgeldprämien im neuen Gewand“ gezahlt werden.

Transparenz-, Dokumentations- und Äquivalenzprinzip, Richtlinienmanagement und Schulung erhöhen die Effizienz und reduzieren das strafrechtliche Risiko.

Angesichts verschärfter Anforderungen von Rechtsprechung und Behörden (siehe etwa BGH: Patientenvereinbarung zur Chefarztbehandlung bedeutet keine Einwilligung zur Operation durch Assistenzärzte oder auch Bußgeldakzeptanz durch AOK Rheinland-Pfalz wegen Strukturverbesserungsmaßnahmen) wird sich Health Care Compliance über die Korruptionsbe-

kämpfung hinaus zur allgemeinen Forderung für eine regulatorische Qualitätssicherung entwickeln.

Leistungs- und Kostengenaugigkeit sowie Transparenz reduzieren das Strafrechtsrisiko im medizinischen Leistungsverbund. Die korrekte detaillierte Erfassung der ärztlichen und pflegerischen Leistungen und der Sachmittel, die von den Beteiligten jeweils in einem medizinischen Kooperationsverbund erbracht werden, sorgt in der Regel gleichzeitig für eine Verbesserung der Betreuungsabläufe, damit verbundene Kosteneinsparungen und in einigen Fällen auch für ein verbessertes Verständnis der tatsächlich erbrachten und abrechenbaren Leistungen.

Die hierfür erforderlichen Hilfsmittel für Leistungserfassung, Abrechnungs-Buchhaltung und Controlling sind vorhanden und können zur Verfügung gestellt werden. Gleiches gilt für die erforderliche IT-Unterstützung für das Richtlinienmanagement im Krankenhaus und für Hilfsmittel zur Schulung von Mitarbeitern und HCPs, sodass diese „ihre“ Richtlinien und Compliance-Anforderungen kennenlernen und richtig damit umgehen können.

Anschrift der Verfasser

Seán Hörting Rechtsanwalt/Dr. Robert Porcher, CompCor Compliance Solutions Health Care Compliance GmbH & Co. KG ■

Bücher



Stiftung Münch (Hrsg.)/Amelung/Binder/Bertram/Chase/Urbanski: Die elektronische Patientenakte. Fundament einer effektiven und effizienten Gesundheitsver-

sorgung. XII, 121 Seiten. Softcover. medhochzwei Verlag Heidelberg 2017, ISBN: 978-3-86216-331-1, 59,99 €

Die elektronische Patientenakte (ePA) bietet ein breites Anwendungsspektrum für Patienten, Leistungserbringer und Krankenkassen gleichermaßen. Sie führt zu effizienteren Arbeitsprozessen, verringert die administrative Belastung des medizinischen Personals und verbessert außerdem die Versorgung durch die Nutzung entscheidungsunterstützender Systeme. Auch unnötige (Doppel-) Untersuchungen und Folgebehandlungen werden reduziert. Erhalten Patienten Zugriff auf ihre Daten, wird zudem ihre Gesundheitskompetenz gestärkt. Doch obwohl die Vorteile einer ePA auf der Hand liegen, hat diese nach wie vor den Eingang in das deutsche Gesundheitswesen nicht geschafft – im Gegensatz zu anderen Ländern. Wie ist die ePA in Dänemark, Israel, den USA und Österreich ausgestaltet, die als Vorreiter gelten? Welche Rolle können von Unternehmen wie Apple oder Google entwickelte ePA spielen? Welche Schlussfolgerungen können für Deutschland gezogen werden? Und wo steht die Implementierung der hiesigen ePA im europäischen Vergleich? Diesen Fragen geht das Buch auf den Grund. Die Autoren sind Experten der Versorgungsforschung. ■