Der Krankenhaus-JUSTITIAR

Wirtschaftlich-juristische Grundlagen für Entscheider im Krankenhaus

1 | 2013

Titelthema:

Streitfall DRG-Abrechnung

Beirat:

Thomas Gäde

Pastor Norbert Groß

Dr. Christoph Heller

Rene Kessel

Roland J. Kottke

Dr. Michael Masanneck

Jörg Robbers

Prof. Dr. Norbert Roeder

Walter Schiller

Andreas Wagener

Aus dem Inhalt:

- Bonusvereinbarungen
- Integrierter Planungsansatz als Grundlage für strategische Entscheidungen im Krankenhaus
- Aus Schaden wird man klug: Operation beginnt, Material fehlt
- Chefarzt im Unternehmen Krankenhaus – Zielvereinbarungen in Chefarzt-Verträgen
- EBM-Abrechnung von § 116b-Leistungen
- Gemeinnützigkeit und Anforderungen an die Geschäftsführung
- Bericht der ersten VdKP-Jahrestagung

Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH

Wallhäuser/Petry (Hrsg.)
ISSN: 2195-2884

Gemeinsam für mehr Wissen.

DEUTSCHES KRANKENHAUS INSTITUT

Um im ambulanten Leistungsgeschehen als Krankenhaus effizient und erfolgreich aufgestellt zu sein, brauchen Sie ein umfangreiches Know-How. Erweitern Sie Ihr Fachwissen mit unseren aktuellen Seminaren zu erfolgreichen Kooperationen, zu den gesetzlichen Regelungen und der Abrechnung ambulanter Leistungen!

Aktuelle Seminare zum ambulanten Leistungsgeschehen

Crash-Kurs: Ambulante Leistungen im Krankenhaus

Sie erhalten - auch als Neueinsteiger - einen strukturierten Überblick über das große Feld der ambulanten Leistungserbringung. Viele praktische Beispiele machen dieses Seminar lebendig!

Termin: 17.05.2013 in Düsseldorf
Veranstaltungs-Nr.: 4680

Abrechnung ambulanter Leistungen im Krankenhaus nach dem EBM

Dieses Seminar vermittelt Ihnen das erforderliche Wissen rund um Ihre Ambulanz-Abrechnung.

Termin: 06.03.2013 in Düsseldorf
Veranstaltungs-Nr.: 4674

Kooperation mit niedergelassenen Ärzten und Honorarärzten

Nach dem Seminar kennen Sie Ihre strategischen Optionen zur Kooperation mit niedergelassenen Ärzten und Honorarärzten und können diese rechtssicher umsetzen.

Termin: 15.03.2013 in Düsseldorf
Veranstaltungs-Nr.: 4620

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V

Nach dem Seminar gehen Sie rechtssicher mit dem neuen § 116b SGB V um und wissen, wie Sie ambulante spezialfachärztliche Leistungen richtig abrechnen.

Termin: 22.03.2013 in Berlin
Veranstaltungs-Nr.: 4622

Profi-Seminar: MVZ führen, steuern und entwickeln in 2013

Nach diesem Seminar ist Ihr Profi-Wissen auf dem neuesten Stand.

Termin: 16.04.2013 in Erfurt
Veranstaltungs-Nr.: 4623

Sektorübergreifende Versorgungsverträge mit Krankenkassen

Sie erhalten einen umfassenden Überblick über Ihre rechtlichen Möglichkeiten zum Abschluss von sektorübergreifenden Versorgungsverträgen mit Krankenkassen.

Termin: 19.04.2013 in Erfurt
Veranstaltungs-Nr.: 4624

www.dki.de

Franz-Michael Petry

Matthias Wallhäuser

Geleitwort der Herausgeber

Liebe Entscheiderin, lieber Entscheider,

für das Jahr 2013 dürfen wir Ihnen persönlich alles Gute und als Verantwortungsträger im Krankenhausunternehmen eine glückliche Hand wünschen!

Da Glück alleine aber bekanntlich selten einen dauerhaften Erfolg gewährleistet, sind wir auch in diesem Jahr mit unserer noch jungen Fachzeitschrift weiter bestrebt, Ihnen an der Schnittstelle zwischen Wirtschaft und Recht eine fundierte Orientierungshilfe zur Verfügung zu stellen. Sie sind selbst nicht Jurist? Dann sind Sie erster Ansprechpartner dieser Publikation! Denn „Der Krankenhaus-JUSTITIAR“ ist weniger eine Beschreibung des Zielleserkreises als der Funktion. Sie soll auch dem Nichtjuristen die wichtigsten aktuellen Themen in verständlicher Form darlegen und damit Hilfestellung in der täglichen Arbeit geben.

Wir dürfen uns bei dieser Gelegenheit für das enorm positive Feedback zur Erstausgabe vielmals bedanken! Sie haben uns in der Ausrichtung der Zeitschrift nachdrücklich bestätigt.

Wir hoffen daher natürlich, für Sie auch mit der 2. Ausgabe wieder einen interessanten Themen-Mix zusammengestellt zu haben. Da die Abrechnungsfragen in den Krankenhausbetrieben und -unternehmen noch immer gravierende wirtschaftliche und rechtliche Präsenz zeigen, haben wir für diese Ausgabe u.a. einige der führenden Experten gebeten, noch einmal Klarheit zu schaffen. Prof. Dr. Norbert Roeder und die DRG-Research-Group befassen sich dazu im Titelthema mit den Begutachtungsgrundlagen im Streit über die DRG-Abrechnung. Frau Klinger-Schindler widmet sich in der Rubrik Leistungserbringung & Entgelte den Besonderheiten der EBM-Abrechnung von § 116b-Leistungen.

Wir wünschen Ihnen eine spannende und vor allem informationsreiche Lektüre!

Die Herausgeber

Franz-Michael Petry
Ecclesia
Versicherungsdienst GmbH

Matthias Wallhäuser
MEYER-KÖRING Rechtsanwälte/Steuerberater
Partnerschaftsgesellschaft

Inhaltsverzeichnis

Titelthema

Streitfall DRG-Abrechnung – Begutachtungsgrundlagen
von Dr. Wolfgang Fiori, Dr. Kristina Siam, Prof. Dr. Norbert Roeder 1

Die Führungskraft

Bonusvereinbarungen
von Dr. Nicolai Besgen, Verena Fausten 10

Unternehmensentwicklung

Integrierter Planungsansatz als Grundlage für strategische Entscheidungen im Krankenhaus
von Dr. Armin Wurth 12

Haftung & Risikomanagement

Besondere Voraussetzungen für fachübergreifende Bereitschaftsdienste
von Camilla Kruse-Rasmussen 14
Aus Schaden wird man klug: Operation beginnt, Material fehlt
von Johannes Jaklin und Marsha Fleischer 15
Vorboten erkennen – Sicherheitskultur schaffen
von Carsten Wächter und Jörg Blaesius 16

Personal

Outsourcings – Fluch oder Segen?
von Sebastian Witt 18
Merkblatt Arbeitsrecht – 10 Fragen zum Befristungsrecht 20
Chefarzt im Unternehmen Krankenhaus – Zielvereinbarungen in Chefarzt-Verträgen
von Dr. Heike Thomae 21
Aktuelle Rechtsprechung: Keine außerordentliche Kündigung wegen Handytelefonaten im OP 23

Leistungserbringung & Entgelte

SERIE: Ambulante Leistungen am Krankenhaus
Folge 2: ... in ausschließlich eigener Verantwortung des Krankenhauses als Institution (1)
von Matthias Wallhäuser und Dr. Vanessa Christin Multmeier 24
EBM-Abrechnung von § 116b-Leistungen
von Ursula Klinger-Schindler 26
Nachforderungen nach korrigierter Schlussrechnung: jüngste BSG-Urteile
von Andrea Bielitz und Dr. Dirk Webel 28

Steuern & Finanzen

SERIE: Gemeinnützigkeitsrecht in Krankenhäusern
Folge 2: Gemeinnützigkeit und Anforderungen an die Geschäftsführung
von Dr. Andreas Menkel 29

VdKP-Nachrichten

Bericht der ersten VdKP-Jahrestagung 31

Impressum 31

Streitfall DRG-Abrechnung – Begutachtungsgrundlagen

von Dr. Wolfgang Fiori, Dr. Kristina Siam, Prof. Dr. Norbert Roeder

Nach der Frühjahrsumfrage 2012 (medinfoweb.de) wurden 2011 12,4 % der stationären Abrechnungen einer Einzelfallprüfung der Kostenträger unterzogen. Zählt man „Fallbesprechungen" zwischen Kostenträgern und Krankenhäusern hinzu, beträgt die Gesamtprüfungsquote 17,3 %. Für 2012 wird nochmals über einen deutlichen Anstieg berichtet. Bei insgesamt über 17,5 Mio DRG-Fällen im Jahr 2011 sind ca. 3 Mio Fälle betroffen.

Zwar werden nur 0,6 % der Prüffälle einer gerichtlichen Klärung zugeführt; eine Steigerung ist aber zu erwarten. 8,2 % der Rechnungskürzungen gehen trotz guter Chancen wegen des zu erwartenden Aufwands nicht vor Gericht. Medizincontroller berichten indes, dass die Klagebereitschaft Einfluss auf das Verhalten der Kostenträger habe. Ebenso könne durch gezielte gerichtliche Klärungen ggf. die Qualität von Begutachtungen durch Gutachter des MDK bzw. der Kostenträger verbessert werden.

Anders als bei Rechtsfragen – etwa zur Auslegung von § 275 Abs. 1c SGB V – benötigen Gerichte bei der Tatsachenfrage einer korrekten G-DRG-Abrechnung Unterstützung durch Sachverständige. Sowohl im Hinblick auf die rechtliche Bewertung als auch auf die Eignung der Sachverständigen sind zwei Bereiche zu unterscheiden:

- Notwendigkeit, Dauer und Umfang von stationären Leistungen,
- Korrektheit der Leistungsabrechnung (DRG, Zusatzentgelte).

Sachverständigengutachten bilden die zentrale Entscheidungsgrundlage für Gerichte. Eine sachgerechte Bewertung erfordert qualitativ hochwertige Gutachten. Während die Frage nach der korrekten Indikation stationärer Leistungen fachmedizinischen-ärztlichen Sachverstand verlangt, konzentriert sich der für Fragen zur korrekten DRG-Abrechnung erforderliche Sachverstand aufgrund der Komplexität des DRG-Abrechnungssystems auf Spezialisten, die sich täglich hiermit befassen. Intensive Kenntnisse des Abrechnungssystems, der Klassifikationssysteme und der Regelwerke – gepaart mit ärztlichem Sachverstand – sind notwendig, um komplexe Fallkonstellationen richtig zu begutachten.

Dabei dienen das G-DRG-System und die Einzelfallprüfungen nicht dazu, die für die Krankenhausfinanzierung notwendigen Ressourcen zu definieren. DRG-Abrechnungen ergeben lediglich Abschläge auf vereinbarte Erlösbudgets. Fehlerhafte Abrechnungen und exzessive Einzelfallprüfungen betreffen also vornehmlich die Verteilungsgerechtigkeit innerhalb der jeweiligen Gruppe der Krankenhäuser und Kostenträger.

Korrekte Kodierung als Grundlage korrekter Abrechnung

Die korrekte Abrechnung einer Krankenhausleistung erfolgt in mehreren Teilschritten, die Gegenstand eines Rechtsstreits sein können. Grundlage ist zunächst die Zuordnung des Falles zu einer DRG-Fallpauschale. Hierfür ist die Kodierung maßgeblich.

Die Kodierung ist ein mehrstufiger Prozess; auf jeder Stufe können Fehler auftreten. Zur Beschreibung des medizinischen Sachverhaltes muss zunächst ein korrekter Kode aus den Klassifikationssystemen (ICD-10-GM und OPS-Katalog) ausgewählt werden. Ärzte und Dokumentationskräfte werden dabei i.d.R. durch Software unterstützt. Problematisch ist, dass sich aus medizinisch-ärztlicher Perspektive die Klassifizierungskriterien häufig von aktuell gebräuchlichen klinischen Klassifikationen unterscheiden.

Die Grundstruktur der ICD-10-Diagnoseklassifikation wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) festgelegt und steht bei nationalen Adaptationen wie der ICD-10-GM (German Modification) nicht zur Disposition. Die ICD-10 wurde 1989 entwickelt und entspricht

in einigen Bereichen nicht mehr dem aktuellen Wissensstand. Anwenderschwierigkeiten bei der Auswahl des passenden ICD-Kodes sind daher nachvollziehbar. Da die ICD-10 zudem in ihrer deutschen Adaptation auch für andere Zwecke als die DRG-Kodierung genutzt wird, finden sich dort viele wenig sinnvoll zu klassifizierender ICD-Kodes. Dies betrifft insbesondere das Kapitel XXI (Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen). Dieses Kapitel listet als „Diagnosen" zahlreiche unspezifische prozedurale Leistungen oder Zustände auf, die überwiegend zur Verschlüsselung im ambulanten Bereich dienen könnten. Die ICD-Klassifikation ist zudem nicht disjunkt und lässt häufig mehrere Kodieralternativen zu. Dies betrifft z.B. die Klassifizierung von Komplikationen, Infektionserkrankungen, Krankheiten in der Schwangerschaft und bei Neugeborenen. In solchen Fällen kann nur durch die Kodierrichtlinien (DKR) geregelt werden, welchem Kode für die Abrechnung im DRG-System der Vorzug zu geben ist und ob Mehrfachklassifizierungen (die Darstellung des medizinischen Sachverhaltes über mehrere ICD-Kodes) zulässig sind.

Die Prozedurenklassifikation (OPS) ist hingegen eine im Wesentlichen eigenständige deutsche Entwicklung und vorwiegend durch das G-DRG-System geprägt. Hervorzuheben sind hier Komplexbehandlungen, die einer Abbildung spezialisierter Leistungen im G-DRG-System dienen. Bei diesen werden Leistungskomplexe gebündelt und deren Klassifizierung/Kodierung insbesondere von Kriterien der Struktur- und Prozessqualität abhängig gemacht. Die Anforderungen bei der Anwendung des OPS für die Abrechnung liegen daher nicht nur in der Klassifizierung der medizinischen Leistungen, sondern auch in der Dokumentation von im OPS-Katalog aufgeführten Mindestkriterien. Bei der Begutachtung ist also nicht nur die korrekte Auswahl des OPS-Kodes zu bewerten, sondern u.U. auch, ob Struktur- und Prozesskriterien erfüllt und für eine Kodierung ausreichend dokumentiert sind. Aus gutachterlicher Tätigkeit kennen die Autoren Situationen, in denen vor Gericht nicht die Auswahl des OPS-Kodes als solche, sondern die erforderliche Dokumentationstiefe in der individuellen Patientenakte streitig ist. Da es sich hierbei häufig um medizinisch nicht notwendige Dokumentationen handelt, haben viele Krankenhäuser – trotz Leistungserbringung und korrekter Klassifizierung – Schwierigkeiten mit der Gewährleistung der ausreichenden Dokumentation. Die „korrekte Kodierung" umfasst daher nicht nur die Auswahl des passenden alphanumerischen Kodes.

Auch bei korrekter Klassifizierung muss die Zulässigkeit der Kodierung für DRG-Abrechnungszwecke nach den DKR beachtet werden. Die DKR wurden mit der Einführung des G-DRG-Abrechnungssystems geschaffen, um die Kodierung von Diagnosen und Prozeduren stationärer Leistungen in der Somatik zu Abrechnungszwecken zu regeln. Für andere Entgeltsysteme (z.B. für die Psychiatrie & Psychosomatik oder die ambulante Versorgung) existieren eigene Regelwerke. Die Domänen der DKR sind z.B. Regelungen zur Festlegung der Hauptdiagnose oder zur Frage, wann (korrekt klassifizierte) Nebendiagnosen und nicht gesicherte Verdachtsdiagnosen kodiert werden dürfen. Diese Fragen lassen sich nicht mit der ICD-10-GM beantworten. Auch ob eine Mehrfachkodierung einzelner (korrekt klassifizierter) Komponenten eines prozeduralen Eingriffs zulässig ist, muss in den DKR festgelegt werden.

Reproduzierbarkeit

Die dargestellten „Fehlermöglichkeiten" verdeutlichen, dass über die Frage einer „korrekten" Kodierung Wertungsdifferenzen auftreten können. Studien zur sog. Interrater-Reliabilität zeigen, dass das Konstrukt der „korrekten Kodierung" problembehaftet ist. Die Interrater-Reliabilität gibt an, inwieweit die Einschätzungen des gleichen Sachverhaltes durch unterschiedliche Gutach-

ter übereinstimmen. Stausberg et al. (2005, 2008) konnten in einer Studie nachweisen, dass selbst bei professionellen Medizincontrollern und Kodierfachkräften die Interrater-Reliabilität gering war. Bei der Kodierung anhand von Entlassungsbriefen wählten fünf Medizincontroller im Mittel drei unterschiedliche Hauptdiagnosen pro Fall. Zwei Personen, die unabhängig voneinander aus einem Entlassungsbrief zehn Diagnosen festlegen sollten, stimmten nur in zwei bis drei von ihnen überein. Bei Begutachtungen anhand kompletter Patientenakten anstatt der Entlassungsbriefe erwarten Stausberg et al. eine noch geringere Übereinstimmungsquote. Weitere Ausbildungs- oder Motivationsmaßnahmen wurden als wenig erfolgversprechend für eine Ergebnisverbesserung gewertet. Auch die Zahlen von Huber et al. (2012) zur Interrater-Reliabilität beim MDK in Westfalen-Lippe für Abrechnungsfälle der Jahre 2008/2009 bestätigen die Abhängigkeit der „korrekten Kodierung“ von der Person des Gutachters. Bei einer Stichprobe (402 Krankenhausfälle, die unabhängig von zwei MDK-Gutachtern begutachtet wurden) wichen die MDK-Gutachter bei der „korrekten Kodierung“ so stark voneinander ab, dass in über 30 Prozent der Fälle eine andere DRG-Fallpauschale resultierte. Nachdem das G-DRG-System inzwischen wenig anfällig für einfache Kodierfehler ist (diese haben keine Gruppierungsrelevanz), ist davon auszugehen, dass die Interrater-Reliabilität bei der „korrekten Kodierung“ einzelner Diagnose- und Prozedurenkodes noch deutlich niedriger ausfällt.

Bedeutung der Kodierung und Konsequenzen für die Begutachtung

Die „gerechte“ Vergütung im Einzelfall ist nicht Ziel des DRG-Fallpauschalen-Systems. Ökonomische Auswirkungen für einzelne Krankenhäuser werden durch Ausgleichsregelungen zum vereinbarten Erlösbudget abgemildert. Umso größer ist die Bedeutung der Kodierung für die Abrechnung im Einzelfall. Die regelkonforme Kodierung hat darüber hinaus Bedeutung für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems. Dabei ist weniger die Frage, „wie“ kodiert wird, relevant, sondern die „einheitliche“ Kodierung vergleichbarer Fälle. Kodierrichtlinien sind daher zwangsläufig administrativ; auch wenn sie im Einzelfall unpassend erscheinen, dürfen sie nicht gebeugt werden, um eine ökonomisch besser passende G-DRG zu erzielen. Weder Krankenhaus noch Kostenträger dürfen sich im Einzelfall passend erscheinende G-DRGs „herbeikodieren“.

Das G-DRG-System ist bewusst als „lernendes System“ konzipiert. Die sinnvolle und sachgerechte Weiterentwicklung des G-DRG-Systems im Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) fordert eine korrekte und identische Kodierung vergleichbarer Fallkonstellationen.

Eine im Einzelfall als unangemessen empfundene Rechnungshöhe oder Textbezeichnung einer G-DRG stellt kein DRG-Systemversagen dar. Selbst systematische Fehlabbildungen von Leistungen in einer DRG-Version, die zu unsachgerecht erscheinenden Vergütungen führen, dürfen nicht durch „innovative Kodierung“ umgangen werden. Die Beseitigung von Fehlabbildungen benötigt Daten, die diese auch offenbaren. Die „Vermeidungskodierung“ verhindert die Fehlerbehebung im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems, sie unterläuft die Systemanpassung und „zementiert“ Fehlabbildungen.

Die Behebung von Systemschwächen erfolgt also durch G-DRG-Systemanpassung, nicht durch Kodierung im Einzelfall. Die korrekte Kodierung (und Begutachtung) im Einzelfall muss stets den Regelwerken entsprechen, auch wenn der Rechnungsbetrag oder die DRG-Textbezeichnung im Einzelfall „ungerecht“ erscheint.

Wichtig ist der Zusammenhang zwischen Kodierung, Kalkulation und Abrechnung. Lag der DRG-Kalkulation ein bestimmtes Kodierprinzip zu Grunde, ist zu erwarten, dass die Vergütung von entsprechend verschlüsselten Fällen im Mittel sachgerecht ist. Entscheidungen der Gerichte, die neue Kodier-Prinzipien oder Abrechnungsregeln etablieren, können daher auch bei plausibler Begründung zu einer unsachgerechten Vergütung führen und die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems beeinflussen.

Wie findet sich die „korrekte Kodierung“ im Rahmen der Begutachtung

Nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts kann daher auch „eine Vergütungsregelung, die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen ist (…), ihren Zweck nur erfüllen, wenn sie allgemein streng nach ihrem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln gehandhabt wird und keinen Spielraum für weitere Bewertungen sowie Abwägungen belässt. Demgemäß sind Vergütungsregelungen stets eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen.“ „Bei zutage tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen [sind] in erster Linie die Vertragsparteien berufen, diese mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen“ (siehe z.B. BSG, Urteil vom 08.11.2011, Az. B 1 KR 8/11 R).

Den Klassifikationssystemen und Kodierrichtlinien ist bei der Begutachtung streng zu folgen. Allerdings beruht der Anpassungsprozess – insbesondere der DKR – auf Konsens der Beteiligten in der „AG Klassifikation"; daher lassen die offiziellen Dokumente häufig die notwendigen Klarstellungen für strittige Konstellationen vermissen.

Der daher häufig notwendigen „Auslegung" begegnen die unterschiedlichen Akteure mit der Veröffentlichung von sog. Kodierempfehlungen. Medizinische Fachgesellschaften etwa versuchen, die teils allgemeinen DKR auf ihr Fachgebiet anzuwenden und wichtige bzw. häufige Kodierkonstellationen darzustellen. Neben Hilfestellung bei der Kodierung tragen sie so zur Vereinheitlichung der Kodierung bei, denn den Empfehlungen wird häufig gefolgt.

Eine praktisch bedeutsame Quelle für Kodierempfehlungen ist auch die wachsende Sammlung der Sozialmedizinischen Expertengruppe (SEG) 4 des MDK mit über 300 Kodierempfehlungen (Stand 30.10.2012); sie soll insbesondere die auf Länderebene organisierten MDKen und ihre Gutachter bei der einheitlichen Begutachtung unterstützen.

Gutachter müssen bei ergänzender Interpretation neben den systematischen Zusammenhängen der Kodierung auch die Entwicklungsgeschichte des G-DRG-Systems, der Abrechnungsregeln, der DKR und der Klassifikationssysteme sowie Aspekte der DRG-Systementwicklung beachten. Die Begutachtung gestaltet sich komplex, da sie die Regelwerke (Überblick über die zu berücksichtigenden bzw. nutzbaren Quellen: s. Kasten) des jeweils zu begutachtenden Leistungszeitraums be-

Regelwerke und weiterführende Informationen zum G-DRG-System

- Systematische Verzeichnisse der Klassifikationssysteme ICD-10-GM/OPS
- Alphabetische Verzeichnisse der Klassifikationssysteme ICD-10-GM/OPS
- Aktualisierungslisten und Überleitungstabellen des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)
- FAQ-Center des DIMDI
- Weitere Veröffentlichungen des DIMDI (z.B. Basiswissen Kodieren)
- Deutsche Kodierrichtlinien
- Veröffentlichungen und Kommentierungen zu den DKR (z.B. Zaiß: „DRG: Verschlüsseln leicht gemacht"; KU Sonderheft „Deutsche Kodierrichtlinien" mit Kommentierung durch den MDK Baden-Württemberg; Schlottmann/Kaczmarek: „Kommentierung Deutsche Kodierrichtlinien", jährliche Veröffentlichung der DKG zu den neuen DKR in „das Krankenhaus" [meist Novemberheft])
- Australian Coding Standards (ACS), Vorläufer der DKR
- Antworten des InEK im Rahmen der „Anfragen an das InEK" in Zusammenhang mit dem G-DRG-System (Anfrageverfahren)
- Daten und Informationen des InEK zu den Fällen der DRG-Kalkulation und der gesamtdeutschen Daten nach § 21 KHEntgG (sog. DRG-Browser)
- Kodierempfehlungen der Fachgesellschaften
- Kodierempfehlungen der Sozialmedizinischen Expertengruppe (SEG) 4 des MDK
- Kommentierungen der SEG-4-Empfehlungen und eigene Kodierempfehlungen des Fachausschusses für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung (FoKA) der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling e.V. (DGfM)
- Diskussionsforen (z.B. unter www.mydrg.de)
- DRG-Abrechnungsregeln ([K]FPV) und ergänzende Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner
- Bisherige Rechtsprechung der Sozial- und Zivilgerichte

rücksichtigen muss, die teilweise einer jährlichen oder sogar mehrfach unterjährigen Überarbeitung bzw. Weiterentwicklung unterliegen.

Die Informationsquellen besitzen indes eine unterschiedliche Verbindlichkeit. Während den offiziellen Regelwerken bei klarer Regelung stets zu folgen ist, ist bei Interpretation von Kodierungen, die sich nicht präzise aus den Regelwerken erschließen, eine Abstufung vorzunehmen. Ein veröffentlichter und unwidersprochener Konsens der Selbstverwaltungspartner oder eine Kodierempfehlung des InEK ist verbindlicher als eine ggf. einseitige Auslegung durch die Akteure (Fachgesellschaften, MDK etc.). Bei Wertung von Interpretationen muss die Systemperspektive über das Ergebnis im Einzelfall gestellt werden.

Mögliche Probleme bei der Begutachtung

Schon die Auswahl des Sachverständigen durch das Gericht ist an den aufgeführten Anforderungen auszurichten. Die Parteien müssen ihrerseits achtgeben, wer sich am besten zur Beantwortung streitiger Fragen eignet. Die klare Trennung der Notwendigkeit eines „Kodiergutachtens“ von der eines Gutachtens, bei dem spezieller medizinischer Sachverstand benötigt wird, ist nicht immer möglich. Manchmal werden medizinische Fragestellungen erst bei Begutachtung offensichtlich. Für die Kodierbarkeit einer Nebendiagnose ist etwa wichtig, ob ihr ein spezifischer Ressourcenverbrauch zugeordnet werden kann. Es kann die Kenntnis benötigt werden, ob die Diagnose die Indikation für den Einsatz bzw. die Dosierung/Applikation eines Medikamentes dargestellt hat. Grenzen der Begutachtung sind im Einzelfall aufzuzeigen, Alternativen in Abhängigkeit von der medizinischen Wertung der begutachteten Fragen darzustellen. Wenn eine fachmedizinische Bewertung der Diagnose bzw. Prozedur oder kausaler Zusammenhänge Einfluss auf das DRG-Gruppierungsergebnis haben kann, muss auf eine ggf. notwendige ergänzende fachmedizinische Begutachtung zur Klärung des richtigen DRG-Gruppierungsergebnisses hingewiesen werden.

Schwierigkeiten bestehen, wenn im Gutachten die korrekte Kodierung nach den Klassifikationssystemen und den DKR festgestellt werden kann, der jedoch von überinstanzlichen Gerichten eigenständig etablierte Kodierprinzipien entgegenstehen. Diesen Widerspruch kann das Gutachten nicht auflösen, sollte ihn jedoch transparent darstellen. Die rechtliche Würdigung ist dann Sache des Gerichts.

Fazit

Die Komplexität der Abrechnung stationärer Leistungen ist deutlich gestiegen. Die Anwendung administrativer Regeln zur Übertragung klinischer Konstellationen in einen aus alphanumerischen Kodes bestehenden Datensatz kann eine Herausforderung darstellen. Sowohl Medizincontroller als auch Gutachter des MDK weichen in einem hohen Prozentsatz bei der Feststellung der korrekten Kodierung voneinander ab. Dabei tragen die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen dazu bei, dass sich die Gerichte vermehrt mit der korrekten Abrechnung befassen müssen. Für gerichtlich bestellte Sachverständige bedeutet dies, dass sie neben den offiziellen Regelwerken auch deren jährliche Veränderungen, eine Vielzahl von Kodierempfehlungen, die aktuelle Diskussion und Rechtsprechung sowie das G-DRG-System kennen und berücksichtigen müssen. ■

Weiterführende Literatur

Fiori/Siam/Helling/Bunzemeier/Roeder, Kodierung von Nebendiagnosen. Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 25. November 2010, das Krankenhaus 2011, 6: 573–577

Huber/Brambrink/Funk/Rieger, Qualitätssicherung in der Kodierungsbegutachtung von Krankenhausfällen im G-DRG-System. Prüfung der Interrater-Reliabilität bei MDK-Gutachtern, Gesundheitswesen 2012, 74: 645–650

Lüngen/Lauterbach, Ausmaß und Ursachen von Kodierproblemen bei pauschalierender Vergütung auf der Basis von Diagnosis-Related-Groups, Deutsche Med. Wochenschrift 2001, 126: 1449–1453

Stausberg/Lehmann/Kaczmarek/Stein, Einheitliches Kodieren in Deutschland: Wunsch und Wirklichkeit, das Krankenhaus 2005, 8: 657–662

Stausberg/Lehmann/Kaczmarek/Stein, Reliability of diagnoses coding with ICD-10, INT J MED INFORM, 2008, 77: 50–57

Thieme, MDK-Prüfung in deutschen Krankenhäusern – Bestandsaufnahme 2011 – Trend 2012, Ergebnisse der Frühjahrsumfrage 2012
Download unter: www.medinfoweb.de

Dr. med. Wolfgang Fiori,
Dr. med. Kristina Siam,
Prof. Dr. med. Norbert Roeder
DRG-Research-Group, Universitätsklinikum Münster
Domagkstraße 20, 48129 Münster
http://drg.uni-muenster.de

Bonusvereinbarungen

von Dr. Nicolai Besgen und Verena Fausten

In den Arbeitsverträgen von Führungskräften finden sich regelmäßig Vereinbarungen über Sonderzahlungen, die als Bonus, Tantieme, Zulage, Prämie etc. bezeichnet werden.

Im Wesentlichen lassen sich Sonderzahlungen in folgende Kategorien unterteilen:

a) Arbeitsleistungsbezogene Zahlungen (z.B. Zielvereinbarungsbonus)
b) Treuezahlungen (z.B. Weihnachtsgeld, Jubiläumsgeld)
c) Gewinn- und Erfolgsbeteiligungen (z.B. Tantieme, Aktienoptionen).

Prüfungsmaßstab vertraglicher Regelungen

Zu beachten ist, dass Vereinbarungen über Bonusansprüche in Arbeitsverträgen in der Regel der Kontrolle Allgemeiner Geschäftsbedingungen (AGB) im Sinne der §§ 305 ff. BGB unterliegen. Die AGB-Kontrolle findet nur dann ausnahmsweise keine Anwendung, wenn die Vereinbarung zwischen den Parteien ausgehandelt wurde. Dazu muss der Angestellte aber tatsächlichen Einfluss auf den Inhalt der Regelungen genommen haben.

Zielvereinbarungen

Bei einer Bonuszahlung nach Zielvereinbarung werden typischerweise in dem Arbeitsvertrag oder in einer Zusatzvereinbarung die Rahmendaten des Bonusanspruchs und der Ziele festgelegt. Hierbei sollten im Sinne beider Vertragsparteien insbesondere die folgenden Punkte geregelt werden:

- Höhe des Zielbonus
- Quotelung der persönlichen und wirtschaftlichen Ziele
- Verfahren zur Vereinbarung/ Festsetzung der jährlichen Ziele
- Verfahren zur Feststellung der Zielerreichung und Ermittlung der Bonushöhe
- Auszahlungsdatum

Auf dieser Basis werden sodann jährlich die Ziele für den betreffenden Bezugszeitraum festgelegt. Werden die Ziele zwischen den Parteien vereinbart, spricht man in der Regel von einer Zielvereinbarung. Kann der Arbeitgeber dagegen einseitig über die Ziele entscheiden, handelt es sich um eine Zielvorgabe.

Überwiegend wird die Höhe des Bonus unmittelbar von der prozentualen Zielerreichung abhängig gemacht.

Unterlassene Zielvereinbarung

Wird die jährliche Zielvereinbarung unterlassen und gelten die Ziele des Vorjahres nicht fort, steht dem Angestellten nach der Rechtsprechung des BAG, Urteil vom 10.12.2008, 10 AZR 889/07, NZA 2009, 256 ff., ein Schadensersatzanspruch zu. Das Verschulden des Arbeitgebers wird gesetzlich vermutet. Es ist also die Sache des Arbeitgebers darzulegen und zu beweisen, dass nicht er, sondern der Angestellte die fehlende Zielvereinbarung verursacht hat.

Die Höhe des Schadensersatzes richtet sich nach Ansicht des BAG nach der Höhe des Zielbonus. Generell sei davon auszugehen, dass der Angestellte die vereinbarten Ziele auch erreicht hätte.

Fällt die fehlende Zielvereinbarung in den Verantwortungsbereich von Angestelltem und Arbeitgeber, wird ein Mitverschulden des Angestellten im Sinne des § 254 BGB berücksichtigt und der Schadensersatzanspruch entsprechend gekürzt.

Widerrufsvorbehalte

Häufig werden Sonderzahlungen unter einen Widerrufsvorbehalt gestellt. Hier wird eine Leistung unbefristet zugesagt, dem Arbeitgeber jedoch gleichzeitig die Möglichkeit eingeräumt, durch Ausübung des Widerrufsrechts die Weitergewährung der Leistung mit Wirkung für die Zukunft zu beenden.

Die Wirksamkeit von Widerrufsvorbehalten wird zweistufig geprüft: Auf der ersten Stufe geht es um die Rechtswirksamkeit der Regelung im Arbeitsvertrag. Auf der zweiten Stufe wird die konkrete Ausübung des Widerrufs betrachtet.

Hinsichtlich der Wirksamkeit des Widerrufsvorbehalts (erste Stufe) muss die Regelung dem Transparenzgebot (des § 307 Abs. 1 S. 2 BGB) entsprechen, also klar und verständlich formuliert sein. Dazu gehört auch, dass bereits im Arbeitsvertrag Widerrufsgründe geregelt werden.

Des Weiteren ist zu beachten, dass der Widerrufsvorbehalt den Angestellten nicht unangemessen be-

nachteiligen darf (§ 307 Abs. 1 S. 1 BGB). Eine solche unangemessene Benachteiligung liegt vor, wenn durch den Widerrufsvorbehalt der Kernbestand des Arbeitsverhältnisses betroffen ist. Diese Grenze sieht das BAG als erreicht an, wenn der widerrufliche Teil der Vergütung mehr als 25 % des Gesamtverdienstes ausmacht.

Beispiel

Der Angestellte erhält ein Jahresgrundgehalt in Höhe von 40.000,00 €. Zusätzlich gewährt der Arbeitgeber einen jährlichen Bonus in Höhe von 15.000,00 €, den er unter einen Widerrufsvorbehalt stellt. Dieser Vorbehalt ist unwirksam. Der widerrufliche Teil (15.000,00 €) stellt gegenüber dem Gesamtverdienst (55.000,00 €) einen höheren Anteil als 25 % dar, nämlich ca. 27 %.

Auf der zweiten Stufe wird die ordnungsgemäße Ausübung des Widerrufsrechts im Einzelfall gefordert. Die Ausübung muss billigem Ermessen (im Sinne des § 315 Abs. 1 BGB) entsprechen, also die jeweiligen Interessen angemessen berücksichtigen.

Freiwilligkeitsvorbehalte

Ein Freiwilligkeitsvorbehalt soll im Gegensatz zum Widerrufsvorbehalt von vornherein die Entstehung eines Anspruches auf die Sonderleistung verhindern. Daher finden sich häufig in Bonusvereinbarungen Regelungen, wonach der Bonus freiwillig ist und auch bei wiederholter Zahlung kein Anspruch des Angestellten entsteht. Gerade im Bereich der Freiwilligkeitsvorbehalte hat die Rechtsprechung des BAG den Arbeitgebern aber strenge Grenzen gesetzt.

Die unmittelbare Kombination aus einem Freiwilligkeits- und einem Widerrufsvorbehalt („freiwillig und jederzeit widerruflich“) ist unwirksam.

Des Weiteren ist ein Freiwilligkeitsvorbehalt nur bei echten Sonderzahlungen möglich, d.h. nicht für regelmäßig wiederkehrende Zahlungen, die eindeutig von den Parteien als Teil der Arbeitsvergütung und damit als unmittelbare Gegenleistung für die vom Angestellten zu erbringende Arbeitsleistung angesehen werden.

Zudem muss der Freiwilligkeitsvorbehalt eindeutig formuliert sein und darf den Angestellten nicht unangemessen benachteiligen (im Sinne des § 307 Abs. 1 S. 1 BGB). Insbesondere darf der Freiwilligkeitsvorbehalt nicht widersprüchlich sein. Wird dem Angestellten auf der einen Seite eindeutig eine Leistung zugesagt („die Gesellschaft gewährt dem Angestellten ...“) und diese Leistung auf der anderen Seite als freiwillig erklärt, ergibt dies einen Widerspruch mit der Folge, dass der Freiwilligkeitsvorbehalt unwirksam ist.

Nach aktueller Rechtsprechung des BAG sind generelle Freiwilligkeitsvorbehalte, die sich auf alle zukünftigen Leistungen unabhängig von ihrer Art und ihrem Entstehungsgrund beziehen, ebenfalls unangemessen benachteiligend und daher unwirksam. Arbeitgebern bleibt aber weiterhin die Möglichkeit, bei der Gewährung einer freiwilligen Leistung unmittelbar und in jedem Einzelfall die Freiwilligkeit dieser Leistung zu erklären.

Stichtags- und Rückzahlungsklauseln

Stichtagsregelungen machen die Auszahlung einer Sonderzahlung davon abhängig, dass das Arbeitsverhältnis am Ende des Bezugszeitraums bzw. zum Auszahlungszeitpunkt noch besteht bzw. ungekündigt besteht.

Rückzahlungsklauseln binden den Angestellten noch länger, indem sie ihn zur Rückzahlung einer Sonderzahlung verpflichten, falls das Arbeitsverhältnis innerhalb eines bestimmten Zeitraums nach der Auszahlung gekündigt wird.

Die Rechtsprechung überprüft Stichtags- und Rückzahlungsklauseln unter dem Gesichtspunkt des Eingriffs in die Berufsfreiheit des Angestellten (Art. 12 GG). Wird der Angestellte durch eine zu starke Bindung an einer Kündigung seines Arbeitsverhältnisses gehindert, benachteiligt die Regelung den Angestellten unangemessen und ist unwirksam.

Bei Sonderzahlungen, die die Arbeitsleistung des Angestellten honorieren sollen und damit als Gegenleistung für seine Arbeitstätigkeit angesehen werden, sind Stichtags- und Rückzahlungsklauseln in der Regel unwirksam. ■

Weiterführende Literatur

Besgen, Handbuch Führungskräfte, 1. Auflage 2012, Verlag Dr. Otto Schmidt

Besgen, Krankenhaus-Arbeitsrecht Handbuch, 1. Auflage 2010, Verlag C.H. Beck

Wallhäuser/Schäfer-Gölz/Witt (Hrsg.), Chefarzt im Unternehmen Krankenhaus, 1. Auflage 2011, Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft

Rechtsanwalt Dr. Nicolai Besgen und
Rechtsanwältin Verena Fausten
Fachanwälte für Arbeitsrecht
MEYER-KÖRING
Rechtsanwälte/Steuerberater
Partnerschaftsgesellschaft
Oxfordstraße 21, 53111 Bonn

Integrierter Planungsansatz als Grundlage für strategische Entscheidungen im Krankenhaus

von Dr. Armin Wurth

Für Krankenhäuser gewinnen unterjährige und mittel- bis langfristige Planungsansätze an Bedeutung: Effizienzdruck und gesellschaftspolitische Herausforderungen erhöhen die Anforderungen an die Gewährleistung von Planungs- und Zukunftssicherheit der Häuser. Steigende Insolvenzrisiken, zunehmende Fusionen und Akquisitionen sowie der Umbruch der Fördermittelpolitik und somit erhöhter Fremdmittelbedarf zwingen häufiger dazu, die Kredit- und Leistungsfähigkeit nachzuweisen und durch externe Experten bestätigen zu lassen.

Dem kann durch eine mehrjährige Planung mit der Möglichkeit zur Simulation von Zukunftsszenarien begegnet werden. Sogenannte Stresstests der Planung verschaffen den Entscheidern neben neuer Planungssicherheit eine von Banken und anderen Gremien anerkannte Planungsmethode.

In einem beispielhaften Szenario werden im Folgenden Analyse, Bewertung und Überarbeitung des traditionellen Planungsansatzes hinsichtlich der angenommenen Erlösparameter und Maßnahmen zur Kostensenkung dargestellt.

Ausgangslage und Zielsetzung

Ein Krankenhaus beabsichtigt eine schrittweise Sanierung mehrerer Gebäudeabschnitte zur Substanzsicherung. Das Volumen der Baumaßnahmen beträgt ca. 4,5 Mio €. Die Banken fordern eine Analyse der Zukunfts- bzw. Kapitaldienstfähigkeit in Form einer Wirtschafts- sowie einer 5-Jahre-Businessplanung.

Medizinische Strukturanalyse und strategische Leistungsplanung

Grundvoraussetzung einer nachhaltigen und für die finanzierende Bank akzeptablen Zukunftssicherheit des Krankenhauses ist eine optimale strategische Marktpositionierung. Die Strukturanalyse beabsichtigt daher, den notwendigen betriebswirtschaftlichen Impact zuvorderst durch eine Leistungsoptimierung/-steigerung zu erzielen. Die Leistungsplanung stellt somit die Kernaufgabe für eine tragfähige Planung dar und erhält eine zentrale Rolle in der Gesamtbetrachtung.

Von zentraler Bedeutung für die Leistungsplanung ist es, die Ziele in der Unternehmens- und Bereichsentwicklung (z.B. Ausbau bestimmter Leistungssegmente, Leuchtturmprojekte) zu erfassen. Deshalb müssen Gespräche mit den verantwortlichen Chefärzten und Mitgliedern der Klinikleitung geführt werden. Im Rahmen solcher Interviews können die Ambitionen, Visionen sowie mögliche Spezialisierungen neben der generellen Ausrichtung der Fachbereiche diskutiert werden. Von den Interviewergebnissen und der Analyse der Leistungszahlen kann sodann ein Stärken-/Schwächen-Profil für die einzelnen Fachbereiche abgeleitet werden.

Analyse der Markt- und Wettbewerbsstrukturen

Jedes Krankenhaus steht in einem (Beziehungs-)Geflecht konkurrierender Einrichtungen, einweisender Ärzte, vagabundierender Patientenströme und soziodemografischer Bevölkerungsentwicklung. Daher kann über die strategische Optimierung und Veränderung des Leistungsportfolios nur unter Berücksichtigung der Markt- und Wettbewerbssituation sinnvoll entschieden werden. Im Rahmen einer Markt- und Wettbewerbsanalyse wird das Krankenhaus insbesondere in seinem (Kern-)Einzugsgebiet untersucht. Neben der klassischen Betrachtung der unmittelbaren und indirekten Konkurrenz werden die Patientenströme in einem Zeitreihenvergleich und auch die Marktanteile und -ausschöpfung in den wichtigsten Postleitzahlenbereichen analysiert. Das Verfahren wird auf der Ebene der einzelnen Fachabtei-

lungen sowie bezogen auf die Top-ICDs des Hauses wiederholt. Die Ergebnisse ermöglichen zusammen mit der Betrachtung geografischer und infrastruktureller Gegebenheiten dezidierte Aussagen über eine mögliche Ausschöpfung vorhandener Potenziale, eine Ausweitung der Marktanteile auf der Fachabteilungsebene sowie eine medizinisch/wirtschaftlich sinnvolle Veränderung im Leistungsangebot. Diese medizin-ökonomische Potenzialanalyse stellt letztlich die Basis aller weiteren Überlegungen dar.

Strukturelle Einsparpotenziale

Ein weiterer zentraler Ansatz ist die Optimierung und Straffung interner Strukturen. Im Beispielfall etwa kann die Entscheidung fallen, sich auf die Bereiche Kodierung, Labor, Radiologie, Materialwirtschaft und Physiotherapie als klassische Kostentreiber bzw. Effizienzreserven zu konzentrieren: Klassisch sind in diesen Bereichen – insbesondere infolge heterogener Strukturen, intransparenter Vertragsgestaltung und historischer Entwicklung – Optimierungspotenziale zu vermuten.

In einem ersten Schritt werden die medizinische Dokumentation sowie Kodierverhalten und -qualität des Hauses analysiert. So lässt sich ein in der Regel erhebliches Potenzial von (im Beispielfall weit über 250) Case-Mix-Punkten p.a. aufdecken. Auf der Grundlage der Analyse des Bestell- und Verbrauchsverhaltens und lediglich durch Umsetzung der Maßnahmen eines klassischen operativen Einkaufs (z.B. Standardisierung), kann dann ein Einsparpotenzial (im Beispielfall i.H.v. rund 10% p.a.) des Materialaufwandes prognostiziert werden. Das Einsparvolumen lässt sich durch weitere Standardisierung und die Einführung eines strategischen Einkaufs zusätzlich optimieren. Auch in der Analyse des Labors werden in der Regel z.T. erhebliche finanzielle Potenziale erkennbar, die ebenfalls in die neue Businessplanung eingestellt werden können.

Die neue Businessplanung

Mittels dieser Analysen können die Geschäftsplanung mit dem optimierten Leistungsangebot und den aufgedeckten Einsparpotenzialen verifiziert und neue Planungsprämissen entwickelt werden. Im Zuge der Planung sollten die Prämissen und Werttreiber in der neuen Businessplanung dynamisch gestaltet sein, um z.B. den unmittelbaren Effekt einer Leistungsausweitung auf die Kostenentwicklung abzubilden.

Auf dieser Basis wird ein Wirtschaftsplan für das Jahr 2013 sowie eine 5-Jahres-Planung für die Jahre 2013 bis 2017 auf Jahresebene inkl. einer Liquiditätsplanung erstellt.

Im Detail wird die integrierte 5-Jahres-Planung mittels eines sogenannten Sukzessiv-Verfahrens erstellt. Für die Erstellung der unterjährigen Wirtschaftsplanung wird die sogenannte Verhältnismethode zugrunde gelegt.

Abbildung von Real-Case- und Worst-Case-Szenarien

Zwecks Untersuchung der Sensitivität der Planung auf bestimmte Ereignisse wird das entstandene Zahlenwerk einem Stresstest unterzogen; dabei sollen ein Real-Case- und ein Worst-Case-Szenario abgebildet werden. Hierbei werden Parameter wie der Case-Mix, Fallzahlen, Wahlleistungserlöse sowie weitere Aspekte für das jeweilige Szenario verändert und die Stabilität der erstellten Wirtschaftsplanung analysiert.

Neben den diversen Hebeln zur Veränderung sowie Simulation der Parameter können hierbei Vorlagen für die Maßnahmenplanung etabliert werden. So sind die Auswirkungen geplanter Maßnahmen unmittelbar im Planungsmodell zu erkennen. Zudem hat der Entscheider die Möglichkeit, die geplanten Investitions- sowie Instandhaltungsmaßnahmen über den Planungszeitraum zu verplanen und über unterschiedliche Prämissen zu simulieren. Alle relevanten Bestandteile des Planungsmodells sind über dynamische Bezüge miteinander verbunden und münden in einer – insbesondere für die Banken wesentlichen – Liquiditätsplanung.

Je nach Aufgabenstellung und Adressat kann eine Darstellung in unterschiedlichen Komplexitäts- bzw. Detaillierungsvarianten erfolgen. So können einerseits die strategischen Belange der Geschäftsführung berücksichtigt werden, andererseits lässt sich damit eine unterjährige Steuerungsmöglichkeit auf Basis der monatsweisen Summen-Salden-Liste für das Monitoring der geplanten Ziele etablieren. Im Falle einer unterjährigen Planung können die Kalendermonate einzeln geplant und mit den Planzahlen abgeglichen werden. Dies kann auch automatisiert umgesetzt werden. Den Entscheidern ermöglicht dies eine eigenständige Planung, die sich nicht an Eventualitäten und theoretischen Zukunftsmodellen, sondern an den realen Zahlen und Szenarien des eigenen Hauses oder Verbundes orientiert. Hierdurch wird es möglich, jederzeit intern eine bankenkompatible Liquiditätsplanung zu erstellen. ■

Dr. Armin P. Wurth
PRO-KLINIK Krankenhausberatung GmbH & Co. KG
Richard-Zanders-Straße 45
51469 Bergisch Gladbach

Besondere Voraussetzungen für fachübergreifende Bereitschaftsdienste

von Camilla Kruse-Rasmussen

Knappe Ressourcen und kostensparender Personaleinsatz werden oft als Begründung genannt. Ein Haftungsrisiko besteht aber nach wie vor.

Zumindest bei gleichzeitiger fachärztlicher Rufbereitschaft ist eine solche Organisation nicht verboten, jedoch müssen Risiken zivil- und strafrechtlicher Haftung für verantwortliche Personen beachtet werden. Der Patient hat bei Behandlungsübernahme durch das Krankenhaus einen vertraglichen Anspruch auf eine dem Facharztstandard entsprechende ärztliche Behandlung. Durch Delegation ärztlicher Tätigkeit darf für den Patienten kein erhöhtes Risiko entstehen.

Ein Haftungsrisiko besteht gleichermaßen für den organisationsverantwortlichen Chefarzt/Krankenhausträger wie für die ausführenden Ärzte. Zudem wird eine Garantenstellung gegenüber dem Patienten insoweit begründet, als dass geeignete organisatorische Vorkehrungen für eine gefahrenadäquate Versorgung auch im Bereitschaftsdienst gegeben sein müssen, um Fehler möglichst im Vorhinein zu beheben.

Zwar ist insbesondere bei ärztlicher Behandlung anerkannt, dass bei arbeitsteiligen gefahrträchtigen Handlungen der Vertrauensgrundsatz die Sorgfaltspflichten begrenzt. Der Chefarzt muss also für Sorgfaltsmängel anderer Ärzte bei delegierten Aufgaben nicht einstehen, soweit diese für die jeweiligen Aufgaben hinreichend qualifiziert sind und Fehler durch besondere Anleitung ausgeglichen werden können.

Schwierig wird es aber für den fachfremden Assistenzarzt: Er wird zur fachgerechten Behandlung zwar auf den in Rufbereitschaft stehenden Facharzt zurückgreifen können, die Gefahr liegt aber darin, dass er in dem für ihn fremden Fachgebiet wegen mangelnder eigener Fachkenntnis und -erfahrung die Dringlichkeit der Situation nicht (zeitgerecht) erkennt.

Wie bei der Anfängeroperation (s. Literaturhinweis unten m.w.N.) wird dann davon ausgegangen, dass der Fehler auf die fehlende Qualifikation des Arztes zurückzuführen ist und eben nicht die erforderlichen Maßnahmen getroffen wurden, um Schaden vom Patienten abzuhalten. Insoweit handelte es sich um ein klassisches Organisationsverschulden, welches zu einer Beweiserleichterung zu Gunsten des Patienten führt.

Die nachstehenden Anforderungen (s. Kasten) sind *kumulativ* zu berücksichtigen, damit haftungs- und strafrechtliche Risiken wirksam minimiert und der fachübergreifende Bereitschaftsdienst als eine zulässige Organisationsform etabliert werden können. ■

Weiterführende Literatur

Martis/Winkhart, Arzthaftungsrecht, Fallgruppenkommentar, 3. Aufl. 2010, Rn. A 100 ff. (zu Anfängereingriffen m.w.N)

Camilla Kruse-Rasmussen
Ecclesia mildenberger HOSPITAL GmbH
Klingenbergstraße 4, 32758 Detmold

Schlussfolgerungen für die Praxis

- Keine fachübergreifenden Bereitschaftsdienste in Anästhesiologie und geburtshilflich-gynäkologischer Abteilung aufgrund der Komplikationsschwere.
- Bei Unikliniken und Akutkrankenhäusern/Spezialkliniken ist eine 24-stündige Facharztbetreuung obligatorisch.
- Keine Berufsanfänger einsetzen – Fehlerquellen sind nicht kalkulierbar.
- Risikopatienten nur an Tagen operieren, an denen in der folgenden Nacht kein fachübergreifender Bereitschaftsdienst agiert.
- Fachübergreifender Bereitschaftsdienst nur bei artverwandten Fächern (z.B. Orthopädie – Chirurgie).
- Hintergrunddienst muss innerhalb eines akzeptablen Zeitablaufs vor Ort sein und dort qualifiziertes Fachpersonal vorfinden.
- Genaue Anweisungen für den Bereitschaftsdienst: Besonderheiten, Gesundheitszustand, Eingriffsart etc.
- Schriftliche Dienstanweisung vom Krankenhausträger/Chefarzt: Bei welchen Indikationen/Krankheitsbildern ist der Hintergrunddienst zu informieren.
- Fortbildung diensthabender Ärzte im fachfremden Gebiet.

Aus Schaden wird man klug: Operation beginnt, Material fehlt

von Johannes Jaklin und Marsha Fleischer

Medizinische Behandlungen sind stets auf Heilung des Patienten ausgerichtet. Dennoch läuft bekanntlich nicht jede Behandlung so ab, wie Leistungserbringer und Patient es vorsehen und erwarten. Die Gründe sind unterschiedlicher Natur; umso wichtiger ist es, aus solchen Situationen Erkenntnisse zur Verbesserung der Behandlungsabläufe zu gewinnen. Der nachfolgende Beispielfall soll veranschaulichen, wie Risiken identifiziert und klinische Präventionsmaßnahmen abgeleitet werden können.

Beispiel

Der Patient begibt sich zum Wechsel seiner Hüftendoprothese in stationäre Behandlung. Die Operation wird entgegen sonstiger Praxis in einem anderen dezentralen Operationssaal vorgenommen. Zum Einbringen des neuen Schaftes wird ein Zentrierstück benötigt. Nach Entfernen der Hüftendoprothese wird neuer Knochenzement eingebracht. Problem: Das Zentrierstück fehlt; es liegt in dem ursprünglich geplanten Operationssaal. Bis das Zentrierstück zur Verfügung steht, vergeht einige Zeit mit der Folge, dass der Zement ausgehärtet ist und der Vorgang wiederholt werden muss.

Die Verlängerung der Operation sowie die Neuzementierung bergen Risiken: Die Belastung der betroffenen Strukturen erhöht sich wegen der Aushärtung des Zements, das Narkoserisiko steigt. Auch wenn kein Gesundheitsschaden des Patienten verbleibt, besteht Anlass, solche Vorkommnisse zu analysieren, um in Zukunft derartige Risikoerhöhungen auszuschließen. Die Ursache lag im Beispielfall im Wechsel des Operationssaals; es wurde von der üblichen Routine abgewichen, ohne alle mit dieser Routine verbundenen Schnittstellen in der Operationslogistik entsprechend neu zu justieren.

Aus diesem Beispiel lassen sich klinische Präventionsmaßnahmen ableiten:

- Bei der OP-Planung muss die Vollständigkeit aller für den Eingriff notwendigen Instrumente und Materialien sichergestellt werden. Dabei muss bedacht werden, dass der ursprüngliche OP-Plan sich aus noch nicht bekannten Gründen ändern kann. Eine patientenorientierte und vollständige OP-Vorbereitung ist auch dann zu gewährleisten. Hierfür ist das Verfahren in der Praxis sorgfältig mit allen Beteiligten abzustimmen und in einer schriftlichen Handlungsempfehlung zu fixieren. Die geeignete Prothese/das geeignete Implantat wird nach einem standardisierten Verfahren prä- oder intraoperativ bestimmt, das operative Vorgehen detailliert präoperativ geplant und mit dem Patienten abgestimmt.

- Änderungen im OP-Plan sind nach einem definierten Verfahren vorzunehmen.

- Die Prothesen/Implantate und alle erforderlichen Instrumente/Materialien sind vor Beginn jeder Operation noch einmal auf Vollständigkeit zu überprüfen. Die Verantwortlichkeiten sind eindeutig zu definieren.

- Mit der Operation wird erst begonnen, wenn alle Materialien vollständig vorliegen und die Vollständigkeit von der hierfür planmäßig verantwortlichen Person bestätigt ist. Der Operateur prüft die Prothese/das Implantat vor der Anwendung im Hinblick auf Indikationsgerechtigkeit, Passform und Applikation.

- Innerhalb des Operationsteams sind klare, sichere Kommunikationsregeln zu etablieren, um Missverständnisse vor/während/nach der Operation zu vermeiden. Elemente guter Kommunikation sind zum Beispiel:
  - Briefing/Team-Timeout,
  - aktives Nachfragen bei undeutlichen, missverständlichen Anweisungen,
  - „Call-Recall-Methode“ (lautes Wiederholen von Anweisungen und Bestätigung ihrer Durchführung).

- Im Nachgang sind Defizite bei der Durchführung der Operation im OP-Team zu untersuchen, insbesondere auch dann, wenn es Vorkommnisse gab, die nicht schadenträchtig geworden sind.

Fazit: Das Auftreten unerwünschter Ereignisse kann auch bei größter Sorgfalt nicht immer vermieden werden. Um negativen Vorkommnissen Positives abgewinnen zu können, sollten sie dahingehend analysiert werden, welche Umstände zu dieser Situation geführt haben. Dies birgt die Chance, aus Zwischenfällen und Schadenereignissen zu lernen, sich stets zu verbessern, zumindest die Wiederholung zu vermeiden und damit Risiken – auch Haftungsrisiken – zu minimieren. ■

Rechtsanwalt Johannes Jaklin
Fachanwalt für Medizinrecht
Leiter der Abt. Schaden Krankenhaus
Ecclesia Versicherungsdienst GmbH
Klingenbergstr. 4, 32758 Detmold

Diplom-Kauffrau Marsha Fleischer
Risiko-Beraterin, Qualitäts-Managerin
Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH
Klingenbergstr. 4, 32758 Detmold

Vorboten erkennen – Sicherheitskultur schaffen

von Carsten Wächter und Jörg Blaesius

Für den Fluglotsen verspricht die Nacht ruhig zu werden. Im Luftraum befinden sich kaum Flugzeuge, das Wetter ist gut, Probleme sind nicht zu erwarten. Sein Kollege nutzt die Ruhe und gönnt sich eine Ruhepause. Zwar muss der Fluglotse nun gleichzeitig zwei Kontrollschirme überwachen, die etwa 4m voneinander entfernt sind, aber das ist „gelebte Praxis“: Es ist zwar nicht erlaubt, aber üblich; es ist ja auch noch nie etwas passiert. Die verkehrsarme Nachtschicht ist ideal für Wartungsarbeiten. Für die Prüfungen muss das Annäherungswarnsystem des Lotsen deaktiviert werden. Außerdem soll eins von zwei Telefonsystemen überprüft und ausgeschaltet werden. Leider wird die jetzt alleine aktive Zweitleitung nicht geprüft; sie ist defekt. Kurze Zeit später hat der Lotse ein Flugzeug an einen anderen Tower zu übergeben. Die defekte Telefonleitung wählt aber nicht die richtigen Nummern. Abgelenkt durch diesen Umstand, erkennt der Lotse spät, dass sich zwei andere Flugzeuge auf Kollisionskurs befinden. Der Lotse weist die Piloten des einen Flugzeuges zum Sinkflug an. Die Piloten kommen dem nach. Für den Lotsen ist das Problem damit gelöst. Er widmet sich anderen Aufgaben an dem 4m entfernten Bildschirm. Zwischenzeitlich haben aber die Annäherungswarnsysteme der beiden Flugzeuge angesprochen. Sie geben den Piloten der beiden Maschinen unabhängig vom Lotsen Ausweichempfehlungen. Die beiden Flugzeuge befinden sich somit wieder auf Kollisionskurs. Da das Warnsystem des Fluglotsen von der Wartungsmannschaft ausgeschaltet worden ist, wird der Lotse auf die weiterhin bestehende Gefahr nicht aufmerksam. Auch den Funkspruch der Piloten kann er nicht hören, da er sich am 4m entfernten Arbeitsplatz befindet. Bei einer Annäherungsgeschwindigkeit von über 1.000km/h haben die Piloten keine Möglichkeit, ohne Unterstützung des Lotsen die Kollision zu vermeiden. Die Flugzeuge stoßen zusammen und stürzen ab, von den Insassen überlebt niemand.

Für Industrien wie die Verkehrsluftfahrt, die chemische oder nukleare Industrie, aber auch das Gesundheitswesen, die tagtäglich mit hohen Risiken für Leib und Leben arbeiten, stellt sich die Frage, wie die Vorboten solcher Ereignisse rechtzeitig zu erkennen sind und welche organisatorischen Rahmenbedingungen geschaffen werden müssen, um aus Fehlern zu lernen. Das Verständnis für eine Sicherheitskultur ist zu schärfen.

Ein wesentlicher Bestandteil der Sicherheitskultur ist der offene Umgang mit Fehlern. In den meisten Fällen können Fehler korrigiert werden, ohne dass es zu Schäden kommt. Häufig werden solche Fehler dann nicht kommuniziert („es ist ja nichts passiert“). Der Organisation gehen wertvolle Informationen verloren, um eine Wiederholung der Fehler verhindern zu können. Rechtzeitige Korrekturen können nicht eingeleitet werden.

Die Medizin hat bereits wichtige Schritte zur Verbesserung der Sicherheitskultur unternommen. Ein effektives Qualitätsmanagement (QM) ist weitestgehend etabliert,

viele Häuser haben zusätzlich mit großem Aufwand ein Critical Incident Reporting System, CIRS, aufgebaut. Aber ist man so ausreichend gewappnet?

Häuser, die ein CIRS eingeführt haben, melden häufig, dass die gemeldeten Vorfälle in einem auffälligen Missverhältnis zu den tatsächlich auftretenden Fehlern stehen. Das Bewusstsein, dass alle Beteiligten im Gesundheitswesen – von dem in Ausbildung befindlichen Pfleger bis hin zum anerkannten und allseits geschätzten Chefarzt – fehlbar sind, ist auch in diesen Häusern also offenbar nicht ohne Weiteres gegeben, genauso wenig das Bewusstsein, dass der Mensch nicht nur Fehlerquelle, sondern auch die effektivste Ressource zur Fehlerabwehr darstellt.

Trotz Etablierung von CIRS und einem funktionierenden QM bleibt die Situation also kritisch, denn die Öffentlichkeit ist immer weniger bereit, hohe Fehlerquoten im Gesundheitswesen zu akzeptieren.

Was muss getan werden?

Für eine erfolgreiche Sicherheitskultur in einem Unternehmen ist zunächst erforderlich, allen Mitarbeitern die Notwendigkeit eines aktiven Fehlermanagements aufzuzeigen. Dies lässt sich in einem Workshop über Fallstudien darstellen.

Darauf aufbauend sind Techniken zu vermitteln, wie eine Sicherheitskultur im täglichen Betrieb immer wieder neu gestärkt wird. Hierzu gehören Kommunikationswerkzeuge, um z.B. Kritik sachlich und angemessen postulieren zu können. Parallel müssen Werkzeuge zur Entscheidungsfindung und Führung geschult werden, um bestmöglich von den Ressourcen und Erfahrungen des Teams und der Kollegen profitieren zu können.

Dieser Prozess ist aufwendig und bindet Ressourcen. Der Return of Invest ist dabei nur schwer belegbar. Doch auch hier gilt die alte Fliegerweisheit: *„If you believe safety is expensive, try an accident!“*

Medizinische Qualitätsindikatoren als Frühwarnsystem

Viele Kliniker werden jetzt denken, dass sie keine Strukturen für die Nutzung medizinischer Qualitätsindikatoren als Frühwarnsystem haben, auf denen sie aufsetzen können. Dies ist nicht zutreffend. Ein solches System zur aktiven Auseinandersetzung mit dem Thema medizinische Qualität kann auf der Grundlage der gesetzlichen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V sowie auf der Basis der Abrechnungsdaten nach § 21 KHEntgG aufgebaut werden. Auch verursacht dies im Klinikbetrieb keine nennenswerten zusätzlichen Kosten, da die Vorgabe an den G-BA, die Qualitätssicherung zu verschlanken, ohnehin dazu führt, dass ab 2014 die Routinedaten auf Basis des § 21 KHEntgG verbindlichen Einzug in die medizinische Qualitätssicherung halten werden.

Neben der Analyse der IST-Situation, der Auswahl geeigneter Indikatoren, dem Aufbau eines Berichtswesens und der regelmäßigen Datenauswertung und -aufbereitung nimmt insbesondere die Kommunikation dieser Daten innerhalb des Krankenhauses einen wichtigen Stellenwert ein. Nur wenn insbesondere Geschäftsführung, Chefärzte und Pflegedienstleitung kontinuierlich über wichtige Ergebnisse informiert sind und eine interne Rückkopplung von Daten, Handlungsmaßnahmen und Erfolgen eingerichtet ist, kann ein solches Frühwarnsystem erfolgreich sein.

Der Einsatz medizinischer Qualitätsindikatoren leistet daher einen wichtigen Beitrag im Rahmen der Etablierung einer offenen Fehlerkultur, die das Krankenhaus als lernende Organisation begreift.

Darüber hinaus werden Strafzahlungen an den G-BA wegen Nichteinhaltung von verschärften Dokumentationspflichten vermieden, der Einfluss negativer Qualitätsindikatoren auf Mehrerlösausgleiche in den Budgetverhandlungen verhindert und einer negative Reputation des Krankenhauses im Rahmen der Veröffentlichung auffälliger Indikatoren vorgebeugt.

Ausblick

Die Umsetzung einer vorbeugenden Sicherheitskultur und einer planvollen medizinischen Qualitätssicherung bindet zwar Ressourcen im Krankenhaus. Beide Instrumente tragen jedoch entscheidend dazu bei, Fehler zu vermeiden und Menschenleben zu schützen, darüber hinaus die Reputation des Krankenhauses in der Öffentlichkeit zu stärken und somit auch die Zukunftsfähigkeit im hart umkämpften Gesundheitsmarkt zu sichern. ■

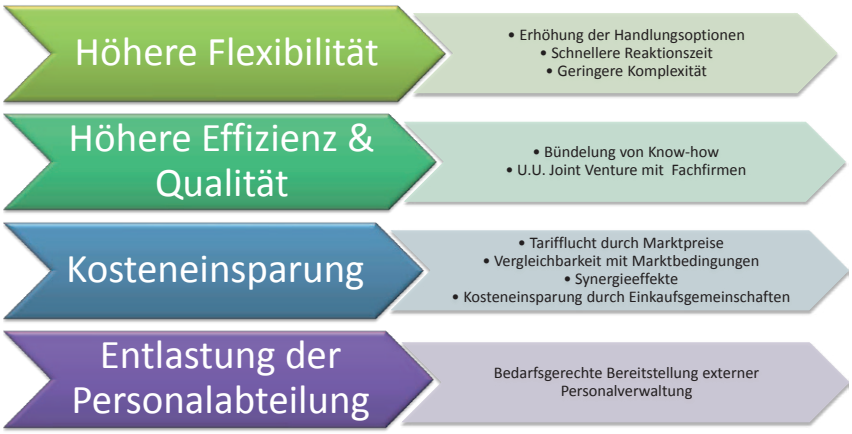
Carsten Wächter
Geschäftsführung InterPersonis, Idstein

Jörg Blaesius
Leiter Betriebsorganisation/Prozesse
ANDREE CONSULT, Siegburg

Outsourcings – Fluch oder Segen?

von Sebastian Witt

Der zunehmende Kostendruck im Gesundheitswesen hatte in den vergangenen Jahren eine Welle von Outsourcings zur Folge. Betroffen waren vor allem die Bereiche Reinigung, Wäscherei, Küche oder das Labor. Die „klassischen“ Ausgliederungspotenziale sind inzwischen nahezu vollständig gehoben.



Gleichwohl bleibt das Thema Outsourcing aktuell. So sind einige Krankenhausträger bestrebt, nun auch andere Bereiche hinsichtlich der Kosten zu optimieren und Leistungen outzusourcen, bspw. Teile der Personalarbeit oder des Justiziariats. Andere Krankenhausträger überlegen, ihre vor einiger Zeit ausgliederten Bereiche wieder inzusourcen. Im konfessionellen Bereich werden die Ausgliederungen der vergangenen Jahre ebenfalls kritisch betrachtet. Auch die Urteile des BAG vom 20. November 2012 zu Tarifverträgen in kirchlichen Häusern hatten ihren Ursprung in dieser Thematik. Die Diakonie stellt mitunter die Mitgliedschaft von Häusern wegen ihrer Outsourcings in Frage, und bei katholischen Trägern gibt die ab dem 1. Januar 2014 geltende Grundordnung Veranlassung, über Strukturen nachzudenken.

Dies alles ist Grund genug, die Erfahrungen der letzten Jahre Revue passieren zu lassen und die Frage zu beleuchten, ob Outsourcings den an sie gestellten Anforderungen gerecht geworden sind, sie also den Aufwand „lohnen“.

Hauptgesichtspunkte des Outsourcings

Hierzu sind zunächst die Ziele von Outsourcings zu betrachten. Im Allgemeinen lassen sich vier Hauptgesichtspunkte ausmachen (s. Abbildung links).

Nachteile des Outsourcings

Nicht jede Ausgliederung verfolgte die oben genannten Ziele. Stets war jedoch festzustellen, dass jedes Ziel mit Nachteilen einherging, die es bei der Entscheidung für oder gegen ein Outsourcing zu bedenken gab (s. Abbildung unten).

Betriebsübergang nach § 613a BGB

Es zeigte sich, dass Outsourcings auch jenseits der Kostenfragen Komplikationen auslösen. Vor allem wurde deutlich, dass das Ziel der Einsparung von Personalkosten durch Outsourcings in aller Regel nicht zu erreichen war. Ursache hierfür ist vor allem § 613a BGB. Die Vorschrift regelt den sogenannten Betriebsübergang, der von der so-

genannten Funktionsnachfolge bzw. dem „echten“ Outsourcing abzugrenzen ist. Eine Auswertung der Urteile bzgl. der Frage, wann ein Betriebsübergang bzw. wann ein „echtes“ Outsourcing stattgefunden hat, ist aus Sicht der übertragenden Arbeitgeber häufig niederschmetternd. Denn nur in wenigen Ausnahmefällen soll die Übertragung eines Teilbereiches auf einen Dritten keinen Betriebsübergang nach § 613a BGB darstellen, wie z.B. in den folgenden Fällen:

- Kein Betriebsübergang liegt vor, wenn die Küchenleistungen extern vergeben und durch eine neu errichtete Zentralküche an anderer Stelle zubereitet wurden und der neue Träger gleichzeitig nur einen geringen Prozentsatz des bislang beschäftigten Personals übernimmt.

- Kein Betriebsübergang wurde für einen Fall angenommen, in dem der neue Küchenbetreiber zwar dieselben Räumlichkeiten nutzte, jedoch keine frischen Speisen mehr zubereitete, sondern von Dritten zubereitete Speisen in Konvektomaten lediglich aufwärmte.

- Kein Betriebsübergang wurde angenommen, wenn in betriebsmittelarmen Bereichen (insbesondere der Reinigung) weniger als 80 % (besser: 70 %) des bislang in dem Bereich tätigen Personals weiterbeschäftigt wurde.

Diese Feststellung ist vor allem mit Blick auf die Rechtsfolgen von § 613a BGB brisant. Zum einen kommt es nach dieser Vorschrift zu einem automatischen Arbeitgeberwechsel, zum anderen schützt sie den wirtschaftlichen Besitzstand der übernommenen Beschäftigten. Das Arbeitsverhältnis wird so behandelt, als habe es von vornherein zwischen dem übertragenden und übernehmenden Arbeitgeber bestanden. Die bislang geleistete Betriebszugehörigkeit wird voll angerechnet; der Kündigungsschutz bleibt uneingeschränkt aufrecht erhalten. Das Gehalt bleibt nach einem Betriebsübergang in aller Regel unverändert. Nur in seltenen Ausnahmefällen ist ein automatischer Tarifwechsel möglich.

Obwohl man nach alldem feststellen kann, dass Outsourcings für die betroffenen Arbeitnehmer fast nie zu einem wirtschaftlichen Nachteil oder gar dem Verlust des Arbeitsplatzes führen, waren mitunter große Widerstände auf Seiten der Arbeitnehmer oder Arbeitnehmervertretungen festzustellen. Sie führten mitunter zu erstaunlichen Reaktionen.

Beispiel

Bei der Ausgliederung eines Reinigungsbereiches im Jahr 2006 sah sich der Träger bspw. mit der Situation konfrontiert, dass 43 von 44 betroffenen Mitarbeitern von ihrem Widerspruchsrecht nach § 613a Abs. 6 BGB Gebrauch machten. Sie waren überwiegend tariflich unkündbar und spekulierten darauf, dass der Arbeitgeber vor einer durch den Widerspruch eigentlich notwendigen betriebsbedingten Kündigung zurückschrecken und deshalb seinen Plan aufgeben werde.

Es bedurfte viel Zeit und eines konsequenten Auftretens des Arbeitgebers, das Projekt gleichwohl durchzuführen. Dabei wurden Rückkehrgarantien für die übergehenden Arbeitnehmer ausgesprochen, sollten sich die Mehrheitsverhältnisse an der klinikeigenen Tochtergesellschaft erheblich ändern oder sie an einen Dritten veräußert werden. Nach diesen Zusagen gab bereits ein Großteil der widersprechenden Mitarbeiter das Signal, dem Betriebsübergang zu folgen. In anderen Fällen musste der Arbeitgeber tatsächlich betriebsbedingte Kündigungen erklären, um nicht dem – letztlich gewerkschaftlich organisierten – Widerstand nachzugeben und seine Handlungsfähigkeit zu erhalten. Das Vorgehen des Arbeitgebers wurde letztlich belohnt: Er hielt sein Angebot auf Übergang in die Tochtergesellschaft aufrecht; bis zum Gütetermin wurden daraufhin alle Widersprüche zurückgezogen, da letztlich doch kein Arbeitnehmer seinen Arbeitsplatz riskieren wollte.

Fazit

Kurzum: Ist ein Outsourcing nunmehr eher ein Fluch oder ein Segen? Die Frage kann nur jeder Träger für sich beantworten. Verfolgt er das Ziel, kurzfristig Personalkosten einzusparen, erweist sich ein Outsourcing in aller Regel als Fluch. Weitere Nachteile eines Outsourcings sind die hohen Transaktionskosten und die in der Regel hohe Komplexität der damit verbundenen Neudefinition der Bereiche. Segensreich wirken sich Outsourcings hingegen in aller Regel hinsichtlich der eingesparten Kosten auf der Sachebene aus. Zudem kommt es zur Bündelung von Know-how und einer Erhöhung der Flexibilität durch leichtere Personalanpassungen. Entscheidend sind in jedem Fall eine gute Vorbereitung und genügend Zeit für die Planung, Verhandlung und Umsetzung des Projekts. ■

Rechtsanwalt Sebastian Witt
Fachanwalt für Arbeitsrecht
MEYER-KÖRING
Rechtsanwälte/Steuerberater
Partnerschaftsgesellschaft
Oxfordstraße 21, 53111 Bonn

Merkblatt Arbeitsrecht – 10 Fragen zum Befristungsrecht

I. Wo ist das Befristungsrecht geregelt?

Das Befristungsrecht ist gesetzlich erst seit dem 1. Januar 2001 umfassend im Teilzeit- und Befristungsgesetz (TzBfG) geregelt. Neben dem TzBfG finden sich weitere wichtige Vorschriften zum Befristungsrecht auch in Tarifverträgen oder z.B. im Gesetz über befristete Arbeitsverträge mit Ärzten in der Weiterbildung.

II. Welche Befristungsarten gibt es?

Ein Arbeitnehmer ist befristet beschäftigt, wenn mit ihm ein auf bestimmte Zeit geschlossener Arbeitsvertrag vereinbart wurde. Dies ist dann der Fall, wenn die Dauer des Arbeitsvertrages kalendermäßig bestimmt ist (kalendermäßig befristeter Arbeitsvertrag) oder sich aus Art, Zweck oder Beschaffenheit der Arbeitsleistung ergibt (zweckbefristeter Arbeitsvertrag). Das Befristungsrecht unterscheidet zwischen Befristungen mit Sachgrund und Befristungen ohne Sachgrund. Die Unterscheidung ist von wesentlicher Bedeutung. Es gelten unterschiedliche Wirksamkeitsvoraussetzungen. Vor Abschluss des Arbeitsvertrages muss daher die Zuordnung sorgfältig geprüft werden.

III. Was ist bei einer Befristung mit Sachgrund zu beachten?

Die strengen Regeln eines befristeten Arbeitsvertrages mit Sachgrund gelten auch in Kleinbetrieben und für Arbeitsverträge in den ersten 6 Monaten. In welchen Fällen ein sachlicher Grund vorliegt, wird beispielhaft in § 14 Abs. 1 Nr. 1 bis 8 TzBfG aufgelistet. **Beispiele:** Vorübergehender betrieblicher Bedarf an der Arbeitsleistung; Befristung im Anschluss an eine Ausbildung; Vertretung eines anderen Arbeitnehmers; Befristung zur Erprobung oder in der Person des Arbeitnehmers liegende Gründe. Diese gesetzliche Aufzählung ist aber nicht abschließend. Es sind daher auch andere Fälle denkbar. Der Sachgrund muss dabei zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses vorliegen.

Kommt es zu einer kalendermäßigen Befristung, also beispielsweise Befristung vom 1. Januar 2013 bis zum 31. Dezember 2013, muss der Sachgrund an sich nicht im Arbeitsvertrag bezeichnet werden. Es reicht der objektiv vorliegende sachliche Grund aus. Anders allerdings bei Zweckbefristungen (**Beispiel**: befristete Beschäftigung für die Dauer des krankheitsbedingten Ausfalls eines Mitarbeiters ohne festes Enddatum); hier muss zur Wirksamkeitsvoraussetzung der sachliche Grund der Vertretung auch im Arbeitsvertrag angegeben werden.

IV. Was gilt bei einer Ersteinstellung ohne Sachgrund

Häufig gebräuchlich sind in der Praxis auch Befristungen ohne Sachgrund. Diese können bei der Erstanstellung bis zu maximal 24 Monaten vereinbart werden. Innerhalb dieses Zeitraumes besteht eine 3-malige Verlängerungsmöglichkeit, also beispielsweise 4 x 6 Monate. Die Befristung ohne Sachgrund ist jedoch nicht zulässig, wenn mit demselben Arbeitgeber in den letzten drei Jahren bereits zuvor ein befristetes oder unbefristetes Arbeitsverhältnis bestanden hat.

V. Kann ich die Arbeitsbedingungen während der Befristung einfach ändern?

Anlässlich der Verlängerung eines befristeten Arbeitsverhältnisses ohne Sachgrund darf der Arbeitsvertrag inhaltlich nicht verändert werden. Dies gilt beispielsweise für die Vergütung oder den Stundenumfang. Kommt es zu einer solchen Veränderung, entsteht ein unbefristetes Arbeitsverhältnis. Während der Laufzeit ist die Veränderung der Arbeitsbedingungen aber jederzeit möglich. Dies gilt aber nur für Befristungen ohne Sachgrund, also bei Ersteinstellungen!

VI. Erleichterte Voraussetzungen für ältere Arbeitnehmer?

Für ältere Arbeitnehmer gelten seit 1. Mai 2007 erleichterte Befristungsmöglichkeiten. Ist bei Beginn des befristeten Arbeitsverhältnisses das 52. Lebensjahr vollendet, kann bis zur Maximaldauer von 5 Jahren ein sachgrundloses Arbeitsverhältnis mit dem älteren Arbeitnehmer vereinbart werden. Voraussetzung ist lediglich die Beschäftigungslosigkeit des Arbeitnehmers vor Beginn der Befristung für mindestens 4 Monate. Aber: Die Wirksamkeit dieser erleichterten Befristung wird unter europarechtlichen Gesichtspunkten angezweifelt.

VII. Wann endet die Befristung und was ist zu beachten?

Ein befristetes Arbeitsverhältnis endet mit Zeitablauf bzw. mit Zweckerreichung. Jede noch so kurze Überschreitung des Befristungsendes führt zu einem unbefristeten Arbeitsverhältnis! Hat ein befristet beschäftigter Arbeitnehmer sein Projekt nicht zum vorgesehenen Befristungsende abgeschlossen und arbeitet er hierzu noch 2 Tage weiter, entsteht ein dauerhaft unbefristetes Arbeitsverhältnis. Die Unwirksamkeit einer Befristungsabrede muss durch den Arbeitnehmer innerhalb von 3 Wochen nach dem vereinbarten Ende gerichtlich geltend gemacht werden. Erkennt der Arbeitgeber die Unwirksamkeit nicht an und versäumt der Arbeitnehmer die Klagefrist, wird die Befristung nachträglich wirksam.

VIII. Was kostet ein Befristungsprozess?

Die Kosten eines Befristungsprozesses richten sich nach dem bezogenen Gehalt des Arbeitnehmers. **Kostenbeispiel:** Bei einem durchschnittlichen Bruttomonatsgehalt von 3.000,00 € betragen die Gerichtskosten 362,00 € und die Rechtsanwaltskosten belaufen sich auf ca. 1.359,58 € brutto. Kommt es in dem Prozess zu einer Einigung (beispielsweise Ausscheiden gegen Zahlung einer Abfindung oder aber auch Weiterbeschäftigung), entfällt die Gerichtsgebühr in voller Höhe. Wegen der Einigung steigen aber die Rechtsanwaltskosten um eine weitere Gebühr auf dann insgesamt 1.893,98 € brutto.

IX. Achtung Schriftform!

Ein befristeter Arbeitsvertrag muss nach § 14 Abs. 4 TzBfG zwingend vor (!) Arbeitsaufnahme in Schriftform vereinbart werden. Andernfalls ist die Befristungsabrede unwirksam. Eine mündliche Befristung ist damit nicht möglich.

X. Kann man während der Befristung jederzeit kündigen?

Ein befristetes Arbeitsverhältnis kann nur dann während der Laufzeit der Befristung ordentlich gekündigt werden, wenn dies einzelvertraglich oder im anwendbaren Tarifvertrag vereinbart ist. Der Kündigungsvorbehalt muss daher ausdrücklich in den Vertrag aufgenommen werden! ■

Dr. Nicolai Besgen
Fachanwalt für Arbeitsrecht
MEYER-KÖRING
Rechtsanwälte/Steuerberater
Partnerschaftsgesellschaft
Oxfordstraße 21, 53111 Bonn

Chefarzt im Unternehmen Krankenhaus

Zielvereinbarungen in Chefarzt-Verträgen

von Dr. Heike Thomae

In letzter Zeit ist das Thema „Zielvereinbarungen in Chefarzt-Verträgen“ zunehmend in den Fokus der Öffentlichkeit gelangt. Zuletzt hatte der Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK) auf seiner 100-Jahr-Feier das Thema fokussiert. Der Verband kritisiert, Mediziner dürften nicht als Key-Account-Manager an einer Gewinnmaximierung der Krankenhäuser beteiligt werden.

Die Vereinbarung von Zielen ist in der arbeitsvertraglichen Praxis seit Langem bekannt und Usus. Auch die DKG sieht in ihrem Vertragsmuster für die Gestaltung der Chefarzt-Verträge neben der Zahlung einer festen und einer variablen Vergütung die Regelung vor, dass der Arzt im Rahmen einer jährlich zu treffenden Zielvereinbarung die Möglichkeit erhält, einen zusätzlichen variablen Bonus zu erwerben. Neben der mittlerweile häufig praktizierten Beteiligungsvergütung verfolgt ein Krankenhausträger damit das Ziel, den Chefarzt stärker in die unternehmerischen Zielsetzungen und Risiken des Krankenhausträgers einzubinden. Dies soll u.a. durch die Vorgabe von Budgetzielen und abteilungsbezogenen Zielvereinbarungen erreicht werden.

Gesetzliche Regelungen über die Zulässigkeit und Ausgestaltung von Zielvereinbarungen existieren nicht. Rechtsgrundlage ist im Regelfall allein der Chefarztvertrag selbst bzw. eine ihn ergänzende Zusatzvereinbarung. Da Zielvereinbarungen die Arbeitsbedingungen des Chefarztes näher konkretisieren bzw. die Vergütung novellieren, unterliegen sie als Teil des Arbeitsvertrages den allgemeinen rechtlichen Grenzen. So muss der Arbeitgeber den Inhalt der Zielvereinbarung schriftlich nachweisen, da es sich im Regelfall um Arbeitsbedingungen im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 2 Nachweisgesetz handelt. Hierzu gehört beispielsweise, dass ein Zielkatalog, der in der Rahmenvereinbarung festgelegt ist, wegen § 2 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 Nachweisgesetz schriftlich nachzuweisen ist.

Verstoß gegen ärztliches Berufsrecht?

Es sollte versucht werden, eine möglichst genaue Beschreibung der Zielgrößen zu erreichen, um so später die Erreichung der Ziele positiv oder negativ feststellen zu können. Dies ist z.B. bei Budgetvorgaben (Sachkosten, Personalkosten etc.) relativ einfach möglich. Schwierigkeiten können aber bei schwer messbaren Vorgaben, wie z.B. der Einführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen oder der Verbesserung der medizinischen Dokumentation sowie bei Faktoren wie Senkung von Komplikationen, Patientenzufriedenheit etc. entstehen. Der Indikator, der zur Messung der Zielerreichung herangezogen werden soll, ist genau zu bezeichnen (z.B. Testat des Abschlussprüfers des Krankenhauses, ob das Budget eingehalten wurde). Ferner muss geklärt werden, ob auch eine Teilzielerreichung zur Zahlung eines Bonus führt, z.B. dann, wenn die vorgegebene Quote nur geringfügig unter- oder überschritten wird.

Bonuszahlungen begegnen auch im Rahmen von Chefarzt-Verträgen grundsätzlich keinen berufsrechtlichen Bedenken, solange sich der Chefarzt nicht im Einzelfall veranlasst sehen könnte, zum Erreichen des Bonus nicht die für den Patienten günstigste Behandlungsform zu wählen. Hierzu heißt es in § 23 Abs. 2 Musterberufsordnung, dass in Bezug auf Vergütungsvereinbarungen in Arbeits- oder Dienstverhältnissen die Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidung des Arztes sichergestellt sein muss. Zielvorgaben, die den Arzt dazu veranlassen, medizinisch nicht notwendige Behandlungen durchzuführen oder notwendige Behandlungen zu vermeiden oder zu behandeln, ohne dass dabei der aus ärztlicher Sicht erforderliche Einsatz von Personal- oder Sachmitteln in vollem Umfang gewährleistet ist,

würden eine berufsrechtswidrige Veranlassung darstellen.

Bonusregelungen sollten daher regelmäßig so ausgestaltet sein, dass der Gesamtbetrag der erreichbaren Boni im Verhältnis zum Festgehalt nicht derart hoch ist, dass mit Blick auf die Notwendigkeit, ein angemessenes Einkommen zu erreichen, ein zu großer Anreiz besteht, die vereinbarten Ziele notfalls unter Missachtung medizinischer Erfordernisse zu erreichen. Gleiches gilt, wenn durch Boni erreicht werden soll, dass bestimmte Leistungsmengen nicht überschritten werden oder z.B. Implantate oder sonstige Produkte eines bestimmten Herstellers oder Rahmenvertragspartners verwendet werden sollen. In jedem Fall sollte der Arzt mit Blick auf den von einem Bonus ausgehenden Anreiz die Freiheit haben, die Zielvorgaben im Einzelfall aufgrund medizinischer Notwendigkeit außer Acht zu lassen. Zudem sollten konkrete und nachprüfbare Vereinbarungen darüber getroffen werden, wie die Zielvorgaben zulässigerweise erreicht werden können, ohne dass die notwendigen Behandlungen abgelehnt oder notwendige Leistungen versagt werden.

Soweit in der Öffentlichkeit der Einwand erhoben wird, Zielvereinbarungen im Rahmen von Chefarztverträgen würden den Chefarzt grundsätzlich zu unwirtschaftlichen oder nicht notwendigen Behandlungen drängen, ist ein solcher Vorwurf in dieser Allgemeinheit unzutreffend, da Chefarztverträge regelmäßig eine Verpflichtung des Chefarztes zur Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots beinhalten. Danach ist der Chefarzt bei der Behandlung der Patienten im Rahmen des ärztlich Notwendigen zu zweckmäßigem, wirtschaftlichem und sparsamem Umgang mit den zur Verfügung stehenden Mitteln des Krankenhauses verpflichtet. Er ist dabei in gleichem Maße für einen entsprechenden Mitteleinsatz durch die Ärzte und die anderen Mitarbeiter seiner Abteilung verantwortlich. Über die Einführung neuer diagnostischer und therapeutischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bzw. Maßnahmen, die Mehrkosten verursachen, hat der Arzt in aller Regel Einvernehmen mit dem Krankenhausträger herbeizuführen, soweit nicht die medizinische Notwendigkeit in Einzelfällen solche Maßnahmen oder Methoden unabdingbar macht.

Solange Sinn und Zweck einer Zielvereinbarung ist, im Interesse aller Versicherten und Patienten durch wirtschaftlichen Einsatz der personellen und finanziellen Ressourcen ein leistungsfähiges Gesundheitswesen auf hohem Niveau zu erhalten, bestehen keine Bedenken, dass arbeitsvertragliche Zielvereinbarungen mit dem ärztlichen Berufsrecht kollidieren.

Zielvereinbarung bei niedergelassenen Ärzten mit Anstellung im Krankenhaus

Nach § 20 Abs. 2 Satz 1 Ärzte-Zulassungsverordnung in der seit dem 01.01.2007 geltenden Fassung ist die Tätigkeit in oder die Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus mit der Tätigkeit des Vertragsarztes vereinbar. Der Vertragsarzt muss neben seiner Tätigkeit im Krankenhaus für die Ausübung seiner vertragsärztlichen Tätigkeit jedoch im erforderlichen Maße zur Verfügung stehen. Nach Rechtsprechung des BSG darf das Beschäftigungsverhältnis im Krankenhaus bei einer Vollzulassung nicht mehr als 13 Wochenstunden wöchentlich betragen, bei einer hälftigen Zulassung beläuft sich die zeitliche Grenze bei 26 Stunden (BSG, Urteil vom 30.01.2002 – B 6 KA 20/01 R, BSGE 89, 11.09.2002 – B 6 KA 23/01 R, GesR 2003; 05.02.2003 – B 6 KA 22/02 R, GesR 2003, 173).

Die durch das Versorgungsstrukturgesetz vorgenommene Ergänzung, wonach nunmehr die Sprechstundenzeiten, die bei vollem Versorgungsauftrag lediglich 20 Sprechstunden in der Woche betragen, mit in die Prüfung einzubeziehen sind, stellt das Erfordernis von nicht mehr als 13 Stunden anderweitiger Beschäftigungszeit im Krankenhaus nicht mehr eine starre Grenze für die Zulässigkeit einer vollen Zulassung dar.

Im Rahmen der Anstellung von niedergelassenen Ärzten sind Zielvereinbarungen, die arbeitsrechtlich aus den o.g. Gründen grundsätzlich zulässig sind, jedoch unter dem besonderen Blickwinkel der berufsrechtlich verbotenen Zuweisung gegen Entgelt sowie der Regelung des § 31a des nordrhein-westfälischen Landeskrankenhausgesetzes KHGG NRW zu betrachten. § 31 MBO verbietet es Ärzten, sich für die Zuweisung von Patienten ein Entgelt oder andere Vorteile versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren. Am 31.03.2010 ist in Nordrhein-Westfalen eine Neuregelung im Landeskrankenhausgesetz in Kraft getreten. Diese Neuregelung enthält in Anlehnung an § 31 MBO einen krankenhausspezifischen Verbotstatbestand. Nach § 31a Abs. 1 KHGG NRW ist es Krankenhäusern und ihren Trägern nicht gestattet, für die Zuweisung von Patienten ein Entgelt oder andere Vorteile zu gewähren, zu versprechen, sich gewähren oder versprechen zu lassen. In der Gesetzesbegründung wird darauf verwiesen, dass jede Art der Patientenzuweisung gegen Entgelt oder sonstige Vorteile, die ihren Grund nicht in der Behandlungsqualität selbst hat, als gesetzwidrig und verbotswürdig anzusehen ist (LT-Drucks. 14/10405, S. 7 ff.). Von der Regelung des neu-

en § 31a KHGG NRW sollen daher möglichst viele Tatbestände erfasst werden, insbesondere Konstellationen, bei denen beispielsweise für eine zwischen Krankenhaus und Ärzten vertraglich geregelte Leistungserbringung ein Entgelt über Gebühr erbracht wird.

Eine Zielvereinbarung, die eine Bonuszahlung an die Zahl der vom im Krankenhaus angestellten Arzt behandelten Patienten knüpft, die er in seiner Eigenschaft als niedergelassener Arzt zuvor selbst in das Krankenhaus eingewiesen hat, wäre daher mit § 31 MBO und § 31a KHGG NRW nicht vereinbar, insbesondere dann nicht, wenn die Bonuszahlung einen verhältnismäßig großen Anteil der Gesamtvergütung ausmacht. Der finanzielle Anreiz für den Arzt, vermehrt in das Krankenhaus einzuweisen, in dem er angestellt ist, liegt dann auf der Hand. Da der Verbotstatbestand des § 31a Abs. 1 KHGG NRW in Abs. 2 durch eine Anordnungsbefugnis für die zuständige Aufsichtsbehörde (dies sind nach § 11 Abs. 4 KHGG NRW die Bezirksregierungen) ergänzt wird, kann die Durchführung einer § 31a Abs. 1 widersprechenden Vereinbarung untersagt werden. § 31a Abs. 3 KHGG NRW enthält schließlich eine Sonderregelung für besonders schwere Fälle. Danach findet § 16 Abs. 2 KHGG NRW entsprechende Anwendung. Im Rahmen einer gestuften Vorgehensweise kann bei besonders schweren Verstößen daher auch eine planerische Konsequenz erforderlich werden. Die Aufsichtsbehörden haben dann die Möglichkeit zu prüfen, ob der Verstoß so gravierend ist, dass planerische und damit ggf. auch förderrechtliche Konsequenzen zu begründen sind (LT-Drucks. 14/10405, S. 9).

Gerade im Rahmen von Anstellungsverträgen mit niedergelassenen Ärzten sollten Zielvereinbarungen daher nicht so gestaltet sein, dass der am Krankenhaus angestellte niedergelassene Arzt nur durch ein entsprechendes lenkendes Einweisungsverhalten eine bestimmte Zielvorgabe und damit einen entsprechenden finanziellen Bonus erlangt. ■

Rechtsanwältin Dr. Heike Thomae
Fachanwältin für Medizinrecht
Anwaltskanzlei Quaas & Partner
Märkische Str. 115, 44141 Dortmund

Aktuelle Rechtsprechung

Keine außerordentliche Kündigung wegen Handytelefonaten im OP

Das BAG (BAG v. 25.10.2012 – 2 AZR 495/11) bestätigt ein Urteil des LAG Rheinland-Pfalz (LAG Rheinland-Pfalz v. 22.02.2011 – 3 Sa 474/09), dem folgender Sachverhalt zugrunde lag: Dem Chefarzt eines Krankenhauses war fristlos gekündigt worden. Dieser war seit 2005 beschäftigt; arbeitsvertraglich wurde die ordentliche Kündbarkeit ausgeschlossen. Der Chefarzt, geb. 1960, war verheiratet und hatte zwei minderjährige Kinder. Das LAG Rheinland-Pfalz sah es als erwiesen an, dass der Chefarzt sein nicht steriles Privathandy regelmäßig mit in den OP nahm und dort während der OPs private Telefonate führte, u.a. mit der Ehefrau und privat beauftragten Handwerkern. Die Telefonate dauerten von wenigen Sekunden bis mehrere Minuten. Die Anästhesistin sowie der Anästhesiepfleger wurden regelmäßig angewiesen, an das Telefon zu gehen, wenn es klingelte. OPs wurden deshalb unterbrochen oder verlängerten sich. Die Telefonate wurden auch bei offenem OP-Feld geführt.

Das LAG hatte eine fristlose Kündigung ohne vorherige Abmahnung als unwirksam erachtet, da im Rahmen der Interessenabwägung der sozialen Schutzbedürftigkeit des Chefarztes – aufgrund seines Alters, seiner bestehenden Unterhaltspflichten und dem zu erwartenden beruflichen Ansehensverlust durch die fristlose Kündigung – dem Beendigungsinteresse des Krankenhausträgers Vorrang einzuräumen sei. Insbesondere wurde dabei berücksichtigt, dass durch das Verhalten des Chefarztes keine konkreten Schäden verursacht wurden. Das BAG bestätigte diese Entscheidung. Die Entscheidungsgründe liegen noch nicht vor.

Die Entscheidung ist insofern erstaunlich, als dass die Interessen des Arbeitgebers – wie beispielsweise der Ruf des Krankenhauses, die Vermeidung von Haftungsrisiken, die Verantwortung für den Schutz der Patienten sowie das Einfordern einer Vorbildfunktion des Chefarztes – die soziale Schutzbedürftigkeit des Arbeitnehmers nicht überwiegen konnten. Das Urteil zeigt dabei insbesondere, wie riskant es für den Krankenhausträger ist, die ordentliche Kündbarkeit arbeitsvertraglich auszuschließen.

Dr. Christopher Liebscher, LL.M. (UPenn),
Fachanwalt für Arbeits- und Medizinrecht

Folge 2

Serie: Ambulante Leistungen am Krankenhaus

… in ausschließlich eigener Verantwortung des Krankenhauses als Institution (1)

von Matthias Wallhäuser und Dr. Vanessa Christin Multmeier

In Folge 1 (KH-J 1/2012, S. 22 f.) wurden strategische Überlegungen dargestellt, mit denen sich der Krankenhausträger der ambulanten Leistungserbringung nähern kann. Dort wurde in Ausblick auf diese Folge unterschieden zwischen Bereichen, in denen das Krankenhaus ambulante Leistungen erbringen kann, ohne zwingend auf die Einbeziehung von Ärzten als Kooperationspartnern angewiesen zu sein (hierauf gehen wir in diesem Teil der Serie sowie in Folge 3, Mai 2013, ein), und ambulanten Leistungen, die ausschließlich unter obligatorischer Einschaltung von Ärzten in Kooperation erbracht werden können.

Es gibt zahlreiche Leistungsbereiche, in denen die Organisationshoheit alleine beim Krankenhausträger liegt, eine Kooperation mit Dritten also nicht zwingend ist.

Übersicht Leistungsbereiche

- Vor- und nachstationäre Leistungen, § 115a SGB V
- AOP, § 115b SGB V
- Unterversorgung, § 116a SGB V
- ASV, § 116b SGB V
- Hochspez. Leistungen, § 116b Abs. 8 SGB V
- Hochschulambulanzen, § 117 SGB V
- PIA, § 118 SGB V
- SPZ, § 119 SGB V
- Spezialambulanz Kinderklinik, § 120 SGB V

Vor- und nachstationäre Leistungen, § 115a SGB V

§ 115a SGB V erlaubt es dem Krankenhaus einerseits, bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte ohne Unterkunft und Verpflegung zu behandeln, um die Erforderlichkeit einer vollstationären Aufnahme zu klären oder diese vorzubereiten, und andererseits, um im Anschluss an die stationäre Behandlung den Behandlungserfolg zu sichern.

Die Anforderungen an die Erbringung und Abrechnung vor- und nachstationärer Leistungen sind gering. Einer Zulassung in Form einer Ermächtigung oder Bestimmung bedarf es nicht. Allein die wirksame Einweisung des Patienten durch einen Vertragsarzt ist für die vorstationäre Behandlung notwendig, aber auch ausreichend. Die nachstationäre Behandlung hat die vorhergehende stationäre Aufnahme des Patienten zur Voraussetzung.

Früher konnte ein Krankenhaus vor- und nachstationäre Behandlungen in den zeitlichen Grenzen des § 115a Abs. 2 SGB V nur durch eigene Ärzte und in eigenen Räumen leisten. Seit Inkrafttreten des GKV-VStG (01.01.2012) darf die Behandlung grundsätzlich auch durch niedergelassene Vertragsärzte in den Räumen des Krankenhauses oder in der Arztpraxis erfolgen, wenn und soweit das Krankenhaus den Arzt hiermit ausdrücklich beauftragt hat. Der Gesetzgeber hat damit an der Schnittstelle ambulant/stationär eine Kooperationsmöglichkeit gesetzlich verankert.

AOP, § 115b SGB V

Ambulante Operationen (AOP) stellen die wohl häufigste Form ambulanter Leistungen des Krankenhauses dar. Sinn der schon 1993 eingeführten Norm ist es, unnötige stationäre Aufnahmen zu vermeiden.

Auch hier sind die gesetzlichen Berechtigungshürden gering: Nach § 115b Abs. 2 S. 1 SGB V ist ein Krankenhaus kraft Gesetzes zur Vornahme von Eingriffen berechtigt, sobald es den genannten zuständigen Gremien mitgeteilt hat, dass und in welchen durch den im AOP-

Vertrag konkretisierten Bereichen es künftig AOP durchführen möchte.

Allerdings hatte das Bundessozialgericht im Urteil vom 23.03.2011 (Az. B 6 KA 11/10 R) einer von Krankenhäusern häufig praktizierten Handlungsform bei der Durchführung von AOP die Grundlage entzogen, indem es die Zusammenarbeit von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten nur noch dann für zulässig angesehen hat, wenn entweder die Operation durch eigene Krankenhausärzte oder durch am Krankenhaus tätige Belegärzte in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt wurde.

Dieser restriktiven Rechtsprechung ist der Gesetzgeber mit Einführung des § 115b Abs. 1 S. 4 SGB V begegnet, wonach AOP „auch auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten […] erbracht werden können." Mitte des letzten Jahres sind die Regelungen des AOP-Vertrages in entsprechender Weise angepasst worden.

Im Einzelfall müssen aber auch weiterhin bestehende rechtliche Grenzen beachtet werden. Beispielhaft sei hingewiesen auf die Regelungen in § 73 Abs. 7 i.V.m. § 128 Abs. 2 S. 3 SGB V, §§ 31 ff. MBO-Ä, § 31a KHGG NRW zum Zuweiserentgeltverbot, auf die vertragsarztrechtlichen zeitlichen Einschränkungen des Einsatzes von Vertragsärzten in § 20 Ärzte-ZV sowie auf weitere offene Fragen des Sozialversicherungs- und des Arbeitsrechts.

Unterversorgung, § 116a SGB V

Mit dem VStG wurde auch diese Regelung reformiert. In unterversorgten Planungsbereichen kann der Zulassungsausschuss zugelassene Krankenhäuser für das betroffene Fachgebiet auf Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen, wenn und solange dies zur Beseitigung der Unterversorgung oder zur Deckung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist.

Aufgrund dieser Beschränkung erscheint die Regelung strategisch für Krankenhäuser von untergeordneter Bedeutung. Dies mag im Einzelfall anders aussehen; hier bedarf es einer genauen Prüfung der regionalen Versorgungssituation nach Fachbereichen.

Die Vergütung der Leistungen erfolgt nach EBM gegenüber der örtlich zuständigen KV zu Lasten der vertragsärztlichen Gesamtvergütung.

ASV, § 116b SGB V

Mit dem VStG hat diese Regelung eine grundlegende Reform erhalten. Seitdem ist neben Krankenhäusern auch an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern die bedarfsunabhängige Erbringung von Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) eröffnet. Dies umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten. Hierzu gehören erstens schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, zweitens seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen und drittens hochspezialisierte Leistungen. Der Leistungsbereich ist durch das VStG also eingeschränkt worden.

Aufgegeben wurde das Zulassungserfordernis (sog. Bestimmung). Ein Krankenhaus ist nunmehr berechtigt, ASV-Leistungen zu erbringen, sobald es die Anforderungen und Voraussetzungen der Absätze 4 und 5 und der noch zu erlassenden Richtlinie des G-BA erfüllt und dies unter Beifügung von Belegen dem erweiterten Landesausschuss anzeigt. Nach Ablauf von zwei Monaten ab Anzeige ist das Krankenhaus zur Teilnahme an der ASV berechtigt, wenn der Landesausschuss nicht mitteilt, dass die Voraussetzungen nicht erfüllt sind (Genehmigungsfiktion).

Es ergeben sich neue Fragen: Welche Rechtsschutzmöglichkeiten gibt es gegen die Mitteilung des Landesausschusses? Was ist zu unternehmen, wenn der Landesausschuss innerhalb der Zwei-Monats-Frist fälschlich mitteilt, die Anforderungen des § 116b SGB V seien nicht erfüllt? Welche Risiken bestehen, wenn die Genehmigungsfiktion eintritt, sich im Nachhinein aber herausstellt, dass die Voraussetzungen für eine Teilnahme nicht vorlagen?

Derzeit ist die Regelung noch nicht „scharf geschaltet", weil der GBA mit der Erstellung der geforderten Richtlinien in Verzug ist. ■

Ausblick auf Folge 3, Mai 2013:
Ambulante Leistungen in eigener Verantwortung des Krankenhauses als Institution (§§ 116b Abs. 8, 117 bis 120 SGB V)

Weiterführende Literatur

Becker/Kingreen, Kommentar zum SGB V, 3. Auflage 2012

Spickhoff, Medizinrecht, 1. Auflage 2011

Rechtsanwalt Matthias Wallhäuser,
Fachanwalt für Medizinrecht
Rechtsanwältin Dr. Vanessa Christin Multmeier
MEYER-KÖRING
Rechtsanwälte/Steuerberater
Partnerschaftsgesellschaft
Oxfordstraße 23, 53111 Bonn

EBM-Abrechnung von § 116b-Leistungen

von Ursula Klinger-Schindler

Nach der erneuten Überarbeitung des § 116b SGB V im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) ist nach Abschluss der Konkretisierung der Richtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) auch eine Anpassung des Euro-EBM vorgesehen. Der Bewertungsausschuss soll die Anpassung des EBM innerhalb der folgenden 6 Monate nach Abschluss der Konkretisierung durch den GBA umsetzen.

Schon jetzt entfacht jedoch eine Diskussion darüber, ob der Euro-EBM überhaupt für den § 116b die „richtige" Gebührenordnung sein kann oder ob nicht vielmehr ein „ganz neues" Vergütungssystem die bessere Lösung wäre. Außer Acht gelassen wird dabei allerdings, dass bereits über 1.300 Bestimmungen nach § 116b SGB V a.F. erteilt sind. An den betreffenden Kliniken werden seit 2008 gemäß den Anforderungen der derzeit (noch) gültigen GBA-Richtlinie Leistungen erbracht. Die Vergütung erfolgt unmittelbar durch die Krankenkassen.

Das Abrechnungsverhalten der Krankenhäuser offenbart sich dabei als heterogen und oftmals auch fehlerbehaftet. Nicht selten beginnt der Fehler im Umsetzungsprozess der § 116b-Abrechnung mit dem EBM damit, zu glauben, man könne dieses komplexe Abrechnungsverfahren „irgendeinem Mitarbeiter" der Verwaltung übertragen. In anderen Kliniken wird die § 116b-Abrechnung dem Mitarbeiter übertragen, der schon langjährig, jedoch häufig ohne regelmäßige qualifizierte Schulungsmaßnahme, die Notfallambulanz im Krankenhaus abrechnet. Auch finden sich Umsetzungen, in denen schlicht entweder an die Pflegekraft oder an eine externe Verrechnungsstelle delegiert wird. Soll der Beauftragte für das Haus „möglichst viel rausholen", werden oftmals Leistungsinhalte „kreativ" als erbrachte Leistungen interpretiert oder gar einfach eine höher bewertete Leistung abgerechnet. In anderen Fällen wiederum wird die tatsächlich erbrachte Leistung nicht abgerechnet, weil sie nicht als abrechnungsfähige Leistung des EBM erkannt oder im EBM nicht gefunden wird. Diese Defizite im Abrechnungsmanagement haben nicht nur wirtschaftliche, sondern ggf. auch sensible rechtliche Folgen. Die – in aller Regel vor Gericht ausgetragenen – Auseinandersetzungen mit den Krankenkassen sind unnötig und vor allem oftmals vorprogrammiert.

Sicher liegt der Ursprung (auch) in der Komplexität des Euro-EBM. Rückblickend hat der Euro-EBM überhaupt erst nach 2008 signifikanten Einfluss auf § 116b genommen. So wurden erst zu diesem Zeitpunkt die schwerpunktorientierten internistischen Kapitel 13.1.2 bis 13.1.8 in den EBM neu formuliert und in der jetzigen Form integriert. In der Folge hat man notwendigerweise (den Krankenkassen häufig unbekannt) die allgemeinen Bestimmungen auf die interdisziplinäre (internistische) Behandlung zusätzlich angepasst und ergänzt. Ab dem Jahr 2009 wurden neben den acht neuen onkologischen Behandlungspauschalen weitere hochspezialisierte Leistungskomplexe in unterschiedlichen Facharztkapiteln neu aufgenommen. Aber auch im Labor wurden entsprechende Anmerkungen im speziellen Kapitel 32.3 an diversen Abschnitten ergänzt.

Die Ursachen in einem nicht zufriedenstellenden Prozess erbrachter spezialfachärztlicher Leistungen oder nicht optimal abgerechneter EBM-Leistungen sind stets dieselben:

- fehlende oder falsche Informationen zum Umgang mit dem EBM und der GBA-Richtlinie und/oder
- fehlende Kommunikation mit den Leistungserbringern.

Neben den Pflegekräften stehen hier natürlich die leitenden und behandelnden Ärzte der einzelnen Abteilungen in der Pflicht. Der Kreis der Verantwortlichen erweitert sich auf dem Weg zu einer erfolgreichen Umsetzung des § 116b-Abrechnungsprozesses um das kaufmännische Controlling (Erlössituation) und den „besten Mann" aus der Abteilung EDV. Nicht erlaubte Zugriffsberechtigungen auf Patientenakten, um die medizinische Dokumentation mit den abzurechnenden Leis-

tungen zu prüfen, müssen hier genauso berücksichtigt werden wie die fachliche Anforderung an den Mitarbeiter der Patientenabrechnung selbst. Auch sollte es vermieden werden, Mitarbeiter der Patientenabrechnung im Abrechnungsprozess zu blockieren. So ist immer wieder zu hören, dass selbst heute noch (auch in großen Kliniken) der Mitarbeiter der Patientenabrechnung mit der langwierigen Umsetzung von GOÄ-Positionen in die entsprechende EBM beschäftigt ist, weil das jeweilige Krankenhausinformationssystem keine andere Möglichkeit zulässt.

In Auseinandersetzungen und Reklamationen mit Krankenkassen wird häufig unterschätzt, dass der Sachbearbeiter der Krankenkasse genauso wie das Krankenhaus am Beginn der Umsetzung des Abrechnungsprozesses von spezialfachärztlichen Leistungen nach § 116b SGB V steht. Zahlreiche Reklamationen der Krankenkassen lassen nicht selten – vice versa – auf nicht ausreichende Schulungsmaßnahmen schließen. Das liegt auch daran, dass die Rechnungsprüfung seitens der Krankenkasse an fremde Institutionen vergeben wird. Manch eine Reklamation lässt deutlich erkennen, dass Krankenkassen im Datenträgeraustausch eigene Regelwerke installieren, die alleine durch die Bestimmungen des EBM jederzeit widerlegt werden können.

Nach der derzeitigen Entwicklung wird der Euro-EBM noch einige Zeit die Abrechnungsgrundlage für die Abrechnung spezialfachärztlicher Leistungen nach § 116b SGB V sein. Wie also ist dabei vorzugehen?

- Sensibilisierung: Keinesfalls sollte die Abrechnung von § 116b-Leistungen in die Ecke der übrigen („unbedeutenden“) ambulanten Abrechnungsbereiche (Notfallambulanz, ambulante Operationen nach § 115b SGB V) geschoben werden. Auch wenn der ambulante Abrechnungsbereich derzeit im Vergleich zum stationären Sektor einen verhältnismäßig geringen Anteil hat, bedeutet dies nicht, dass er deshalb vernachlässigt werden könnte.

- Kommunikation & Transparenz: Wenn es einer Klinik gelingt, alle Beteiligten an einen Tisch zu holen, ist schon ein entscheidender Schritt gegangen. Abrechnungs- und Dokumentationsstandards können wie die Zusammenarbeit der behandelnden Ärzte aufeinander abgestimmt werden. Dabei muss bei interdisziplinären Prozessen, die bei Maximalversorgern fast ausschließlich im gleichen Haus stattfinden können, eine Lösung in einer transparenten Verknüpfung der Behandlungsdaten gesucht werden. Nur so ist garantiert, dass bei der Rechnungserstellung auch alle erbrachten Leistungen angesetzt werden können.

- Arznei- und Hilfsmittel: Im Bereich der Verordnung von Arznei- und Hilfsmitteln muss eine garantierte Zuordnung des einzelnen Rezeptes auf die zugelassene Ambulanz gewährleistet werden. Dies bedarf nicht nur eines vollständig ausgefüllten Rezeptformulars (am besten mittels EDV-Ausdruck), sondern auch der Erfassung der Verordnung innerhalb der EDV-Dokumentation. Nur so kann im Falle zu erwartender Wirtschaftlichkeitsprüfung schnell und bürokratielos auf den Umfang (Kostenumfang, Menge) medizinisch notwendiger und innovativer Verordnungen zurückgegriffen werden.

- Rechtsrahmen kennen: Darüber hinaus werden Juristen benötigt, um Kooperationsvereinbarungen zu prüfen, die insbesondere dann erforderlich werden, wenn die Klinik Leistungen von extern „einkaufen“ muss. In diesem Zusammenhang spielt das Thema nicht erlaubter Überweisungen in vielen Kliniken eine große Rolle. Erste KVen weisen niedergelassene Ärzte derzeit darauf hin, in keinem Falle Überweisungen zu bedienen, die in § 116b-Ambulanzen ausgestellt werden. Ergänzende Untersuchungsleistungen, die in den Bereich der § 116b-Leistungen fallen, dürfen nicht zu Lasten der morbititätsorientierten Gesamtvergütung erbracht werden.

Die Aufzählung könnte freilich erheblich erweitert werden. Frühzeitiger Handlungsbedarf ist bei vielen angezeigt, denn es geht um etwas mehr, als nur auf die „neuen“ Konkretisierungen zu warten. ■

Weiterführende Literatur

Klinger-Schindler/Bartha, Die § 116b-Abrechnung, Med. Wiss. Verlagsgesellschaft (ab März 2013)

Klinger-Schindler, Der Krankenhaus-EBM, Kommentar für ambulante Abrechnug nach § 115b und 116b SGB V, Notfallambulanz und Krankenhaus-MVZ, 2011

Ursula Klinger-Schindler, Fachdozentin ärztliches Abrechnungswesen, Berlin, www.abrechnungsseminare.de

Nachforderungen nach korrigierter Schlussrechnung: jüngste BSG-Urteile

von Andrea Bielitz und Dr. Dirk Webel

Die Frage, unter welchen Voraussetzungen Krankenkassen die vollständige Vergütung – vollständig erbrachter Leistungen – nach Korrektur einer Schlussrechnung unter Hinweis auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes (BSG, Urteil des 1. Senats vom 08.09.2009 – B 1 KR 11/09 R, Urteil des 3. Senats vom 17.12.2009 – B 3 KR 12/08 R) verweigern können, ist weiterhin in Rechtsprechung und Literatur höchst umstritten. Gegenstand der Diskussion ist u.a. die Frage, in welchem Verhältnis die beiden Entscheidungen zueinander stehen.

Das LSG Schleswig-Holstein hatte in zwei Urteilen vom 10.11.2011 (L 5 KR 89/10 und L 5 KR 75/11) eine Abweichung von der Entscheidung des 1. Senats des BSG vollzogen und folgerichtig im Hinblick auf die scheinbar divergierenden Entscheidungen des 1. und des 3. Senats des BSG vom 08.09.2009 und vom 17.12.2009 die Revision(en) nach § 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG zugelassen. Zur Entscheidung aufgefordert waren pikanter Weise in der Sache L 5 KR 75/11 der 3. Senat und in der Sache L 5 KR 89/10 der 1. Senat.

Der **1. Senat** (Az.: B 1 KR 6/12 R) hat am 13.11.2012 der Revision stattgegeben und das Urteil des SG Lübeck (Az.: S 33 KR 1338/09) wiederhergestellt. Das SG habe zutreffend die Zahlungsklage abgewiesen, weil die Nachforderung der Krankenhausvergütung mehr als vier Jahre nach erteilter Schlussrechnung gegen Treu und Glauben verstoße. Diese Rechtsprechung ergänze sich mit der Rechtsprechung des 3. Senats – wobei sich aus dem Terminbericht (Nr. 59/12) weitere Anhaltspunkte für das Verhältnis zur Rechtsprechung des 3. Senats tatsächlich nicht ergeben.

Der **3. Senat** (Az.: B 3 KR 1/12 R) hat am 22.11.2012 die Revision zurückgewiesen. Die Nachberechnung verstoße weder gegen den zugrundeliegenden Landesvertrag noch gegen das krankenversicherungsrechtliche Beschleunigungsgebot; der Abrechnungskorrektur stehe vorliegend auch nicht der Grundsatz von Treu und Glauben entgegen – dies sei z.B. der Fall bei einer regelmäßigen, systematischen Rechnungsoptimierung (mehr als 10% des Erlösbudgets) oder wenn dem Anspruch des Krankenhauses das Rechtsinstitut der Verwirkung entgegenstünde. In der Zusammenschau der beiden BSG-Entscheidungen vom 08.09.2009 (B 1 KR 11/09 R) und 17.12.2009 (B 3 KR 12/08 R) sei die **Korrektur einer Schlussrechnung immer möglich**

- bei offensichtlichen Schreib- und Rechenfehlern,
- bei zulässiger Zahlung „unter Vorbehalt“,
- solange das MDK-Prüfverfahren noch läuft („Prinzip der Waffengleichheit“),
- innerhalb von sechs Wochen seit Rechnungseingang bei der Krankenkasse,
- **nach Ablauf von sechs Wochen bei Überschreitung der Bagatellgrenzen (Nachforderung über 300 Euro und mindestens 5% des Ausgangsrechnungswertes).**

Die ersten Reaktionen nach den Terminberichten sind – wie bereits 2009 – divergent. Folgt man konsequent der jüngeren Entscheidung des 3. Senats, der ausdrücklich im Lichte der Entscheidung(en) des 1. Senats entschieden hat, darf auf eine Etablierung des praxistauglichen Maßstabes „Bagatellgrenzen“ gehofft werden. „Die Nachberechnung ist damit prinzipiell bis zum Ablauf der vierjährigen Verjährungsfrist denkbar; auf das Kriterium ‚Rechnungsjahr‘ kommt es nicht entscheidend an“, so der 3. Senat, der dazu ausweislich des Terminberichtes (Nr. 61/12) ausdrücklich auf die Entscheidung des 1. Senats vom 13.11.2012 Bezug nimmt. Die Entscheidungsgründe bleiben jedoch abzuwarten. Sobald sie vorliegen, werden wird selbstverständlich hierüber berichten. ■

Andrea Bielitz
Fachanwältin für Medizinrecht
WRG Audit GmbH
Kahlertstr. 4, 33330 Gütersloh

Dr. Dirk Webel, LL.M.
Fachanwalt für Medizinrecht
MEYER-KÖRING
Rechtsanwälte/Steuerberater
Partnerschaftsgesellschaft
Oxfordstraße 21, 53111 Bonn

Folge 2

Serie: Gemeinnützigkeits- und Umsatzsteuerrecht für Krankenhäuser

Gemeinnützigkeit und Anforderungen an die Geschäftsführung

von Dr. Andreas Menkel

Im Anschluss an die Darstellung der gemeinnützigkeitsrechtlichen „Trias" – Selbstlosigkeit, Ausschließlichkeit und Unmittelbarkeit – werden in dieser Folge die steuerlich unschädlichen Handlungen gem. § 58 Abgabenordnung (AO), die Anforderung an die Geschäftsführung sowie der wirtschaftliche Geschäftsbetrieb erläutert.

In § 58 AO sind die Ausnahmefälle aufgelistet, in denen ein Verstoß gegen die Trias-Grundsätze die Gemeinnützigkeit nicht gefährdet (z.B. Überlassung von Wirtschaftsgütern innerhalb eines gemeinnützigen Konzerns; Bildung und Einsatz von Rücklagen).

Die Steuervergünstigung wird nicht ausgeschlossen, wenn der Gemeinnützer Mittel (§ 58 Nr. 2 AO), Arbeitskräfte (§ 58 Nr. 3 AO) oder Räume (§ 58 Nr. 4 AO) einer anderen steuerbefreiten Körperschaft für deren steuerbegünstigte Zwecke überlässt. Diese Fälle haben für gemeinnützige Konzerne erhebliche Bedeutung. Üblich ist, dass sich steuerbegünstigte Gesellschaften für steuerbegünstigte Zwecke Wirtschaftsgüter oder Personal überlassen. Streitig ist häufig die Reichweite der Befreiung. Die Finanzverwaltung meint, die Vorschriften befreiten nur vom Gebot der Unmittelbarkeit. Dieses ist nicht nur dann erfüllt, wenn die überlassende Körperschaft unmittelbar ihre steuerbegünstigten Zwecke verwirklicht (Krankenhausbehandlungen vornimmt, Rehabilitationsmaßnahmen anbietet etc.), sondern auch, wenn sie innerhalb eines Konzerns Wirtschaftsgüter oder Personal einer anderen steuerbegünstigten Körperschaft für deren steuerbegünstigte Zwecke überlässt.

Die nutzende Körperschaft leistet zudem i.d.R. ein Entgelt unter den Selbstkosten der überlassenden Körperschaft, allenfalls in deren Höhe. Regie- bzw. Gemeinkosten werden i.d.R. nicht erstattet, sodass die überlassende Körperschaft eher einen „Verlust" – indes keinen Gewinn – mit der Überlassung erzielt. Gegenüber der Finanzverwaltung ist daher ggf. darauf hinzuweisen, dass nach dem Wortlaut des § 58 AO ohne jede Einschränkung von „Steuervergünstigungen" befreit wird, weshalb die Begrenzung der Befreiung auf den Unmittelbarkeitsgrundsatz unverständlich ist.

Das Gesetz ermöglicht Rücklagenbildung auf drei Arten: Eine Körperschaft kann Mittel ganz oder teilweise einer Rücklage zuführen, soweit dies für die steuerbegünstigten Zwecke erforderlich ist (§ 58 Nr. 6 AO), ein Drittel des Überschusses der Einnahmen über die Unkosten aus Vermögensverwaltung und darüber hinaus 10 Prozent ihrer sonstigen Mittel einer freien Rücklage zuführen (§ 58 Nr. 7a) AO), Mittel zum Erwerb von Gesellschaftsrechten zur Erhaltung (also nicht zum Ersterwerb) einer prozentualen Beteiligung ansammeln oder im Jahr des Mittelzuflusses verwenden (§ 58 Nr. 7b) AO). Die Rücklage nach Nr. 7b) wird auf diejenige nach Nr. 7a) angerechnet. Für Krankenhäuser von hoher Bedeutung ist die freie Rücklage nach Nr. 7a), etwa bei einem internen Outsourcing.

Hilfsdienste (Wäscherei, Hol- und Bringdienst, Küche etc.) sollen auf eine eigenständige nicht gemeinnützige GmbH (eine 100%-Tochter) ausgegliedert werden. Die GmbH soll Leistungen auch Dritten anbieten. Der in der GmbH erwirtschaftete Gewinn soll der Mutter zugeführt werden. Die Mutter möchte Eigentümerin des Gebäudes, der Einrichtungsgegenstände – z.B. Großküche, Großwäscherei – und der sonstigen wesentlichen Wirtschaftsgüter bleiben. Die Mutter gründet daher die GmbH mit der Mindestkapitalausstattung von 25.000,00 € und überlässt ihr entgeltlich die wesentlichen Betriebsgrundlagen.

Gemeinnützigkeitsrechtlich fragt sich bei diesem Vorgang, mit welchen Mitteln der Geschäftsanteil der GmbH finanziert wird und ob die Umqualifikation der gemeinnützigen Wirtschaftsgüter gemeinnützigkeitsschädlich ist. Für die Erbringung der Einlage kann die freie Rücklage verwendet werden. Es sollte daher stets darauf geachtet werden, verfügbare Mittel einer freien Rücklage zuzuführen.

Wirtschaftlicher Geschäftsbetrieb

Komplizierter ist es bei „ehemals" gemeinnützig verwendeten Gegenständen. Die Finanzverwaltung qualifiziert die Überlassung von wesentlichen Betriebsgrundlagen an eine hundertprozentige Tochtergesellschaft im Regelfall als Betriebsaufspaltung. Bei der gemeinnützigen Mutter entsteht so ein wirtschaftlicher Geschäftsbetrieb. Eine Ausnahme wird gemacht, wenn die Betriebsgesellschaft ihre Leistungen *ausschließlich* für die Mutter erbringt. Dies schränkt die betriebswirtschaftliche Organisation der Tochter recht erheblich ein.

Bei Betriebsaufspaltung und damit entstehendem wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb werden an sich gemeinnützigkeitsrechtlich gebundene Vermögensgegenstände in eine wirtschaftliche Betätigung umqualifiziert. Betriebsprüfer werten dies mitunter als Mittelfehlverwendung. Angesichts dessen empfiehlt sich, die Buchwerte zum Zeitpunkt dieses internen Outsourcings zu bestimmen. Wenn in dieser Höhe freie Rücklagen vorliegen, sollten diese in selber Höhe aufgelöst werden. Gegenüber dem Betriebsprüfer kann dann argumentiert werden, dass Mittel in Höhe der Buchwerte der (umqualifizierten) Wirtschaftsgüter der gemeinnützigen Mutter wieder zugeführt werden.

Anforderungen gemäß § 63 Abgabenordnung

Der Geschäftsführer muss die Anforderungen in § 63 AO beachten. Die tatsächliche Führung der Geschäfte muss auf die ausschließliche, unmittelbare Erfüllung der steuerbegünstigten, satzungsmäßigen Zwecke gerichtet sein. Er muss dafür sorgen, dass durch ordnungsgemäße Aufzeichnung der Einnahmen/Ausgaben der Nachweis der „tatsächlichen" Geschäftsführung geführt werden kann.

In der Praxis dürfte es eher selten sein, dass Krankenhaus-Geschäftsführer nicht den gemeinnützigen Zweck – den Betrieb eines Krankenhauses – verfolgen. Es widerspricht diesem Zweck nicht, wenn Zweckbetriebe oder wirtschaftliche Geschäftsbetriebe zur Erzielung von Mitteln unterhalten werden. Sie gefährden die Gemeinnützigkeit nicht, wenn sie dem Gemeinnützer nicht das Gepräge verleihen, wobei diese „Geprägerechtsprechung" inzwischen überholt sein dürfte (siehe hierzu Folge 1 in Heft 1/2012).

Für Krankenhaus-Geschäftsführer ist ferner relevant, dass sie ein Überwachungs- und Kontrollsystem einzurichten haben, mit dem die Verpflichtung sämtlicher Führungsebenen im Konzern auf den gemeinnützigen Zweck sichergestellt ist. Es ist bewährte Rechtsprechung des BFH, dass gemeinnützig schädliche Handlungen anderer Führungskräfte – unterhalb der Organebene – die Gemeinnützigkeit gefährden können, wenn sich diese nicht am gemeinnützigen Satzungszweck orientieren und die (Organ-)Geschäftsführung dies wusste oder bei Installation eines ordnungsgemäßen Controllingsystems hätte wissen müssen.

Ordnungsgemäße Aufzeichnungen der Einnahmen/Ausgaben sind in Krankenhausunternehmen unabhängig von § 63 AO eine Selbstverständlichkeit. Sie sind schon nach der Krankenhaus- sowie Pflegebuchführungsverordnung sowie nach handelsrechtlichen und anderen steuerrechtlichen Normen verpflichtet, ihre Einnahmen und Ausgaben in bestimmter Weise zu erfassen. Für gemeinnützigkeitsrechtliche Zwecke gelten diese Vorgaben entsprechend.

Abgrenzung gemeinnütziger Tätigkeit

Der wirtschaftliche Geschäftsbetrieb ist „Einfalltor" für Betriebsprüfer, Steueraufkommen zu generieren. Die Abgrenzung zwischen gemeinnütziger Tätigkeit/Zweckbetrieb/wirtschaftlicher Geschäftsbetrieb ist abstrakt kaum noch möglich. Von Interesse für Krankenhäuser sind wirtschaftliche Geschäftsbetriebe etwa im Zusammenhang mit Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten, insbesondere bei der Überlassung von (Groß-)Geräten. In Anbetracht der erheblichen Kosten moderner Apparatemedizin bieten sich derartige Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten oder MVZ nachgerade an. Fraglich ist dabei, ob und ggf. in welchem Umfang ein wirtschaftlicher Geschäftsbetrieb vorliegt. Die Überlassung medizinisch-technischer Großgeräte einschließlich Personal und (anteilig) Räumen ist an sich Vermögensverwaltung. Der BFH hat allerdings mit Urteil vom 06.04.2005 (I R 85/04) festgehalten, dass eine solche entgeltliche Ressourcenüberlassung nicht (mehr) Vermögensverwaltung, sondern Einnahmeerzielung in einem wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb ist. Der Schwerpunkt liege zwar auf der Überlassung eines Gegenstandes, die übrigen „Begleitleistungen" – Personalge-

stellung sowie Materialien – widersprächen aber reiner Vermögensverwaltung. Für Krankenhäuser führt dies i.d.R. zu mehr Verwaltungsaufwand, selten zu höheren Steuerlasten, denn den Einnahmen im wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb sind die Ausgaben gegenüberzustellen; Gewinn entsteht selten oder in eher geringer Höhe.

Ein „typischer" wirtschaftlicher Geschäftsbetrieb in Krankenhäusern sind entgeltliche Dienstleistungen am Patienten. Hier ist die Finanzverwaltung restriktiv: Telefonanschluss oder Fernseher gegen Entgelt werden als Einnahmen eines wirtschaftlichen Geschäftsbetriebes gewertet. Der naheliegende Einwand, die Versorgung der Patienten mit Telekommunikationsmitteln gehöre zum Heilungsprozess und sei daher originäre Krankenhausleistung, dringt nicht durch. ■

Ausblick auf Folge 3, Mai 2013:
Umsatzsteuer für Krankenhäuser

Rechtsanwalt Dr. Andreas Menkel,
Fachanwalt für Steuerrecht
MEYER-KÖRING
Rechtsanwälte/Steuerberater
Partnerschaftsgesellschaft
Oxfordstraße 21, 53111 Bonn

Verband der Krankenhaus-Personalleiter

Bericht der ersten VdKP-Jahrestagung

Am 13. November 2012 fand die erste Jahrestagung des Verbandes statt. Die Teilnehmer konnten sich über aktuelle Themen der Personalarbeit informieren, miteinander diskutieren und dem Vorstand ihre Wünsche für die weitere Verbandsarbeit mit auf den Weg geben.

Auf besonderes Interesse traf der Vortrag von Bernd Weber, dem früheren Vorstandsvorsitzenden der AGAPLESION gAG. Er berichtete über Entwicklungen, Ziele und personalwirtschaftliche Strategien von Großkonzernen. Mit seinem Credo *„Wer nicht handelt wie ein Privater, wird privatisiert"* plädierte er stark dafür, optimierte und strukturierte Prozesse im Krankenhauswesen zu entwickeln, an denen die Personalabteilung beteiligt werden müsse. Gleichzeitig betonte er die Wichtigkeit authentischer Werte. Sie müssten die gesamten Prozesse durchdringen und jederzeit gelebt werden. Es gehe nicht darum, unrealistische Versprechen zu formulieren, sondern Unternehmerhandeln transparent und nachvollziehbar zu gestalten. Diese Transparenz solle nicht nur bottom-up erfolgen; ebenso wichtig sei es für die Unternehmensleitung, auch aus anderen Hierarchieebenen ein Feedback abzufragen und ihr Handeln zu hinterfragen. Denn nur dadurch könne in einem Sektor, in dem Arbeitnehmer aufgrund des Kostendrucks kaum durch finanzielle Anreize zu gewinnen oder zu halten sind, eine hohe Bindungswirkung erzeugt werden.

Die Resonanz der Teilnehmer auf die Veranstaltung war überaus positiv. Wir freuen uns daher auf die nächsten Seminare, die in Erfurt, Berlin, Hamburg und Köln sowie anderen Städten geplant sind. Eine Übersicht finden Sie unter **www.vdkp.de**.

Impressum

Der Krankenhaus-JUSTITIAR

Der Krankenhaus-JUSTITIAR
ISSN: 2195-2884

Erscheinungsweise: vierteljährlich (Februar, Mai, August, November)

Herausgeber: Rechtsanwalt Matthias Wallhäuser
Oxfordstraße 21, 53111 Bonn
Telefon: (0228) 72636-38, Telefax: (0228) 72636-938
E-Mail: matthias@wallhaeuser.de

Franz-Michael Petry
Klingenbergstraße 4, 32758 Detmold
Telefon: (05231) 603-346, Telefax: (05231) 603-197
E-Mail: FPetry@ecclesia.de

Organ des Verbandes der Krankenhaus-Personalleiter (VdKP)

Verlag: Deutsche Krankenhausverlagsgesellschaft mbH
Dorothée Neubert (Geschäftsführerin)
Hansallee 201, 40549 Düsseldorf
Telefon: (0211) 179235-11, Telefax: (0211) 179235-20
E-Mail: Krankenhaus-JUSTITIAR@DKVG.de
Internet: www.DKVG.de

Redaktionsleitung: Rechtsanwalt Dr. Dirk Webel, webel@meyer-koering.de, Telefon: (0228) 72636-38

Redaktion: Anne Borgböhmer, borgboehmer@DKVG.de, Telefon: (0211) 179235-16

Redaktionsbeirat: Thomas Gäde, Stiftung der Cellitinnen, Pastor Norbert Groß, Deutscher Evangelischer Krankenhausverband (DEKV), Dr. Christoph Heller, Rhön-Klinikum AG, Rene Kessel, Uniklinik Köln (UKK), Roland J. Kottke, Sana Kliniken AG, Dr. Michael Masanneck, Marienhaus GmbH, Jörg Robbers, Verband Rheumatologischer Akutkliniken (VRA), Prof. Dr. Norbert Roeder, Universitätsklinikum Münster (UKM), Walter Schiller, Ev. Krankenhaus Bethesda Mönchengladbach, Andreas Wagener, Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Layout/Grafik: TiPP 4 GmbH – Werbeagentur und Verlag Marie-Curie-Straße 15, 53359 Rheinbach

Herstellung/Druck: Druckerei Hachenburg GmbH Saynstraße 18, 57627 Hachenburg

Bilder (auf den Seiten 6, 16, 17, 27): fotolia.com

Vertrieb: Sylke Klingen-Wolters, klingen@DKVG.de, Telefon: (0211) 179235-13

Anzeigen: Sigrid Auberg-Watzlawik, watzlawik@DKVG.de, Telefon: (0211) 179235-0

Mediadaten: Zu erfragen beim Verlag sowie unter www.DKVG.de

Bezugsmöglichkeiten: Einzelheft: € 15,90 inkl. MwSt. zzgl. Versandkosten, Abonnement (4 Ausgaben): € 54,00 inkl. MwSt. zzgl. Versandkosten

Das Abonnement verlängert sich nur dann um ein Jahr, wenn es nicht zwei Wochen nach Zusendung der dritten Ausgabe gekündigt wird.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge, Abbildungen und Grafiken sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen. Mit Verfassernamen gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Für zugesandte Manuskripte, Bildmaterial und Zuschriften wird keinerlei Gewähr übernommen.

Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH

Rechtsfragen im Krankenhaus

Alle relevanten Gesetze (Stand: 01.01.2013) – speziell für Krankenhäuser zusammengestellt

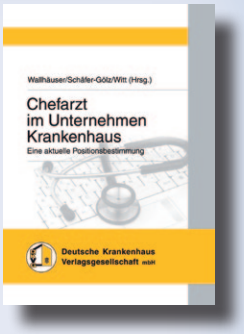
Krankenhausrecht 2013 – Rechtsvorschriften des Bundes
(Bearb.) Hauser
13. Auflage, 2013, ca. 1.000 Seiten, kart.
ISBN: 978-3-942734-40-4, Preis: € 42,00
Regelungen zur Finanzierung (insbesondere KHG, BPflV, KHEntgG, FPV, PEPPV, VBE), des Sozialrechts (u.a. SGB V und XI) sowie weitere wichtige Gesetze und Verordnungen wie KrPflG, HebG, Psych-PV, RöV, KHBV, KHStatV, SigG, TPG etc.

Krankenhausrecht *kompakt* 2013 – KHG, BPflV, KHEntgG, FPV, PEPPV, VBE, SGB V
(Bearb.) Hauser
22. Auflage, 2013, ca. 660 Seiten, kart., ISBN: 978-3-942734-41-7, Preis: € 24,90
Die Ausgabe enthält die Entgeltkataloge sowohl zur FPV als auch zur PEPPV.

Rechtsfragen von besonderer Bedeutung für das Krankenhausmanagement

Krankenhaushaftung – Organisation, Schadensverhütung und Versicherung
(Hrsg.) Bergmann/Kienzle
3. Auflage, 2010, 464 Seiten, kart.
ISBN: 978-3-940001-69-6, Preis: € 64,90

Im Mittelpunkt steht die Frage, wie die Haftung des Krankenhausträgers sowie des ärztlichen und nichtärztlichen Dienstes durch geeignete Organisations- und Schadensverhütungsmaßnahmen begrenzt werden kann.



Chefarzt im Unternehmen Krankenhaus – Eine aktuelle Positionsbestimmung
(Hrsg.) Wallhäuser/Schäfer-Gölz/Witt
1. Auflage, 2011, 232 Seiten, kart.
ISBN: 978-3-942734-11-0, Preis: € 49,90

Betriebswirtschaftliche, strategische und juristische Fragen beschäftigen heute nicht nur die Geschäftsleitung eines Krankenhauses, sondern auch seinen Medizinbetrieb und damit in erster Linie deren Leiter, die Chefärzte.

Datenschutz im Krankenhaus
Autoren: Hauser, Haag
4. Auflage, 2012, 386 Seiten, kart.
ISBN: 978-3-942734-25-7, Preis: € 45,00

Die Neuauflage berücksichtigt insbesondere die umfassenden datenschutzrechtlichen Änderungen im Bereich der digitalen Dokumentation und Archivierung sowie der Datenübermittlung im Krankenhaus.

Die Krankenhausbehandlung • Band 4: Arbeitsverträge im Krankenhaus und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens
(Hrsg.) Robbers/Wagener, Autorin: Boemke
1. Auflage, 2012, 244 Seiten, kart., ISBN: 978-3-942734-38-7, Preis: € 45,80

Neben einer theoretischen Einführung enthält dieses Werk zahlreiche praxisnahe Hilfestellungen und Formulierungsvorschläge für die Gestaltung von Arbeitsverträgen zwischen Krankenhäusern und Mitarbeitern des ärztlichen und pflegerischen Bereichs.

DKVG GmbH • Postfach 11 07 41 • 40507 Düsseldorf
Tel.: 0211/17 92 35-0 • Fax: 0211/17 92 35-20 • info@DKVG.de

www.DKVG.de