

Zur angemessenen Vergütung der angestellten Tätigkeit des niedergelassenen Chirurgen im Krankenhaus



Die Nebentätigkeit niedergelassener Chirurgen im Krankenhaus, die gleichzeitig über eine vertragsärztliche Zulassung verfügen, gehört inzwischen zum Alltag. Seit dem Inkrafttreten des sog. Anti-Korruptionsgesetzes im Juli 2016 mit dem §§ 229 a und 299 b StGB, die auch die Bestechlichkeit im Gesundheitswesen unter Strafe stellen, stellt sich für niedergelassene Ärzte im Allgemeinen und Chirurgen im Besonderen die Frage, welche Vergütung sie für ihre Tätigkeit im Krankenhaus verlangen können, ohne ein Strafbarkeitsrisiko einzugehen. Nach § 299 a StGB machen sich Ärzte u. a. dann strafbar, wenn sie im Zusammenhang mit der Ausübung ihres Berufs einen Vorteil für sich oder einen Dritten als Gegenleistung dafür fordern, sich versprechen lassen oder annehmen, dass sie einen anderen im inländischen Wettbewerb bei der Zuführung von Patienten in unlauterer Weise bevorzugen. Vorteile im Sinne des § 299 a StGB können in vielfältiger Form gewährt werden (Zahlung einer überhöhten Vergütung für die ärztliche Leistung des niedergelassenen Chirurgen, „Freundschaftspreis“ für die Anmietung von Praxisräumen auf dem Krankenhausgelände, etc.).

Die Vergütung, die im Rahmen eines Kooperationsvertrages zwischen einem niedergelassenen Chirurgen und einem Krankenhaus gezahlt wird, ist somit nur ein Teilbereich des Gesamtrisikos, dass auf Ärzte und Krankenhäuser aufgrund des Anti-Korruptionsgesetzes zugekommen ist. Die Frage, welche Vergütung im Rahmen solcher Kooperationsverträge gezahlt werden kann, ist derzeit noch völlig offen. Die Meinungen auch unter Juristen gehen hier weit auseinander. So wird von einem Kreis von Anwälten, die alle Fachanwälte für Medizinrecht sind, im Rahmen einer sog. Würzburger Erklärung die Auffassung vertreten, dass im Rahmen eines Kooperationsvertrages auch eine Vergütung nach Maßgabe der Gebührenordnung für Ärzte vereinbart werden und man den Vergütungsrahmen der GOÄ (Einfach-3,5-fach) voll ausschöpfen könne. Einzelne Ärztekammern haben im Rahmen berufsrechtlicher Prüfungen bislang Verträge akzeptiert, wo die Vergütung des niedergelassenen Arztes aus der DRG-Fallpauschale erfolgt, und zwar in Höhe des für die tatsächlich erbrachte ärztliche Leistung kalkulierten Anteils. Zwischenzeitlich gibt es aber auch andere Ärztekammern im norddeutschen Raum, die die Meinung vertreten, dass eine solche Vergütung des Arztes aus der DRG-Fallpauschale gegen § 23 Abs. 2 der Musterberufsordnung (MBO) verstößt, der sich so in den Berufsordnungen aller Landesärztekammern findet. Danach darf der Arzt keine Vergütung vereinbaren, die ihn in der Unabhängigkeit seiner medizinischen Entscheidungen beeinträchtigt. Diese Ärztekammern sehen offensichtlich die Gefahr, dass sich Ärzte nach der Vereinbarung einer Vergütung aus der DRG-Fallpauschale bei der Einweisung von Patienten in das mit ihnen kooperierende Krankenhaus von anderen als medizinischen Erwägungen leiten lassen könnten.

Rechtssicherheit gibt es somit im Augenblick leider nicht, weshalb bei der Gestaltung der Vergütung in Kooperationsverträgen zwischen ambulant und stationär geboten ist. Ärzte und Krankenhäuser, die Rechtssicherheit wollen, sollten mindestens folgendes Bedenken:

- Bei allen Kooperationsverträgen sollte grundsätzlich nicht mehr als Vergütung vereinbart werden, als das, was der Krankenhausträger von dritter Seite (Kostenträger) für die ärztliche Leistung des niedergelassenen Chirurgen bekommt. Das Anti-Korruptionsgesetz kennt keine Bagatellgrenzen. Zahlt der Krankenhausträger dem niedergelassenen Chirurgen mehr, als er von Seiten der Kostenträger für seine ärztliche Leistung bekommt, muss dies erklärt werden können, wenn sich beispielsweise eine Staatsanwaltschaft aus welchen Gründen auch immer, für den Vertrag interessieren sollte.
- Wenn die Vergütung des niedergelassenen Arztes aus den von Seiten des Krankenhausträgers abgerechneten DRG-Fallpauschalen erfolgt, können nur die tatsächlich erbrachten ärztlichen Leistungen vergütet werden.

In jeder abrechenbaren DRG-Fallpauschale entfällt ein Teil des Gesamtbetrages auf den ärztlichen Dienst, wobei meistens zwischen dem OP-Bereich, der Normalstation und der Anästhesiologie differenziert wird, teilweise aber auch andere ärztliche Bereiche ausgewiesen sind. Die Kalkulation, die durch das InEK erfolgt, basiert auf den Angaben der angeschlossenen Kalkulationskrankenhäuser zu ihren Personalkosten. Niedergelassene Chirurgen, die in ihrem Kooperationskrankenhaus als angestellte Ärzte auf Teilzeitbasis operativ tätig sind, können bei der Vereinbarung einer Vergütung auf den jeweils abrechenbaren DRG-Fallpauschalen zunächst den auf den OP-Bereich entfallenden Teilbetrag verlangen. Bei dem Betrag, der auf die Normalstation entfällt, kommt es darauf an, ob und inwieweit die niedergelassenen Chirurgen in die prä- und postoperative Betreuung des Patienten eingebunden sind, sodass dieser Betrag im Regelfall nicht in voller Höhe Teil der Vergütung des Arztes werden kann.

•Erfolgt die Vergütung des niedergelassenen Arztes nicht aus der DRG-Fallpauschale, sondern vereinbaren der Arzt und das Krankenhaus eine Abrechnung nach GOÄ, können ebenfalls nur die nach der GOÄ abrechenbaren und tatsächlich erbrachten ärztlichen Leistungen in Ansatz gebracht werden. Mit der Wahl dieser Vergütungsform und dem damit verbundenen Dokumentationsaufwand stellt sich die Frage, welcher Steigerungssatz berücksichtigt werden kann. Vereinbart man eine Vergütung nach dem GOÄ-Einfachsatz, dürfte der Betrag, den der Arzt bekommt, im Wesentlichen identisch mit der Summe sein, die bei einer Abrechnung nach der DRG-Fallpauschale von Seiten des Krankenhausträgers gezahlt werden müsste. Wird dagegen ein höherer Steigerungssatz (beispielsweise 2,3-fach) vereinbart, dürfte die Vergütung des Arztes deutlich höher sein als der Betrag, den der Krankenhausträger von Seiten der Kostenträger für die ärztliche Leistung bekommt. Hier stellt sich dann wieder die Frage, wie dies Dritten im Konfliktfall erklärt werden soll, weshalb zu dieser Form der Vergütung nicht unbedingt geraten werden kann. Vor Abschluss eines Kooperationsvertrages sollten alle Beteiligten in Erwägung ziehen, die jeweils zuständige Landesärztekammer um Prüfung zu bitten (§ 24 MBO). Eine positive Stellungnahme der zuständigen Landesärztekammer führt zu einer massiven Verringerung des Strafbarkeitsrisikos für alle Beteiligten.