



## **Prüfkriterien zur Rechtmäßigkeit von Kooperationen (KGNW-Leitplanken)**

Die nachfolgenden Kriterien sollen den Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen ein Prüfraster für die Rechtmäßigkeit von Kooperationen mit Vertragsärzten bieten. Mit den konkretisierenden Prüfkriterien bezieht die KGNW darüber hinaus im Hinblick auf die aktuelle Diskussion um die sog. „Fangprämien“ (Zuweisung gegen Entgelt) eine klare Position. Neben der Positionierung zur freien Arzt-/Krankenhauswahl (Wahrung der Patientenautonomie) soll ein möglicher Preiswettbewerb um rechtswidrige Patientenzuweisungen unterbunden werden. Entscheidende Maßgabe für den Abschluss von Kooperationen ist: *„Monetäre Gesichtspunkte dürfen bei der medizinischen Behandlung und damit auch der Überweisung von Patienten und Patientinnen keine Rolle spielen.“*

Die Prüfkriterien können jedoch im Hinblick auf die Komplexität des Versorgungssystems sowie der jeweiligen Abrechnungssysteme nur als Leitplanken dienen und werden sukzessive – insbesondere unter Berücksichtigung der Erfahrungen in den Clearingstellen und etwaiger neuer Rechtsprechung – weiterentwickelt.

Soweit sich aufgrund der Prüfkriterien – nach Anrufung der ggf. auf Landesebene errichteten Clearingstellen – Bedenken ergeben, sollte bei der zuständigen Aufsichtsbehörde, dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (als obere Aufsichtsbehörde nach § 31 a Abs. 2 KHGG NRW-E) oder den Bezirksregierungen (im Rahmen der allgemeinen Zuständigkeit nach § 1 Abs. 1 KHZVV) eine Stellungnahme eingeholt werden.

### **I. Entscheidende Kriterien zur Überprüfung sind:**

- das Leistungsspektrum/der jeweilige Versorgungsauftrag (keine Verschiebung),
- das Leistungsaustauschverhältnis (angemessene Vergütung),
- die Einhaltung der vertragsärztlichen Vorgaben (u. a. Arbeitszeit),
- die Individualität der Kooperation (Einzel- und keine Gruppenverträge)
- die Freiwilligkeit (keine Zwangslage)
- die Gewährleistung der freien Arztwahl (Autonomie des Patienten) und
- die Transparenz der Kooperation (Schriftform/Prüfung der Aufsichtsbehörde).

## II. Die Kriterien im Einzelnen:

### 1. Leistungsort

- Vertragsärzte können Kooperationsleistungen grundsätzlich nur im Krankenhaus (= Leistungsort der Krankenhäuser im Rahmen des Versorgungsauftrages) erbringen.
- Ausnahmen (= am Sitz des Vertragsarztes) nur bei sachlicher Begründung, z. B.:
  - bei „patientenfernen“ Leistungen (Labor, Pathologie etc.) oder wenn entsprechende Sachmittel, Apparaturen (z. B. Radiologie) etc. nur dort vorgehalten werden
  - bei reinen Konsilen (Zweitmeinungen oder Beratungen)

### 2. Leistungsbereich (zulässige Kooperationsleistungen)

- Nur Leistungen
  - innerhalb des Versorgungsauftrags; auch Hauptleistungen (OP möglich!)
  - die für die vom Krankenhaus geschuldete Leistung erforderlich sind
- Wenn Behandlungsleistungen in beiden Leistungsbereichen möglich sind
  - primäre Zuständigkeit feststellen (z. B. §§ 115 a, 115 b, 116 b SGB V)
  - keine willkürlichen Leistungsverchiebungen in den Sektoren (bei vor- und nachstationären Leistungen ist die Gemeinsame Empfehlung zwischen DKG und KBV zu beachten! – Anlage; siehe auch KGNW-RS Nr. 305/2009 vom 09.09.2009)
  - keine Doppelabrechnung (über KV durch Vertragsarzt und GKV durch Krankenhaus)

### 3. Vergütungsaspekte (keine pekuniären Anreize schaffen)

Das Entgelt darf nur für tatsächlich erbrachte Leistungen und nicht ohne konkreten Bezug zur tatsächlichen Leistungserbringung gezahlt werden, also keine abstrakten Beteiligungsmodelle!

- bei Vergütung im Anstellungsverhältnis (Stundensatz im Teilzeitvertrag)
  - Orientierung an den Tarifwerken und Richtlinien für Arbeitsverträge
    - Qualifikation orientiert sich an der des entsprechenden Krankenhausarztes
    - Erheblich höhere Stundensätze müssen sachlich begründet sein!
- bei Vergütung im Rahmen eines Honorarverhältnisses
  - grundsätzlich nach Stundensätzen (zur Orientierung vgl. oben)
  - oder Orientierung an taxmäßiger Vergütung (EBM/GOÄ) möglich
    - Bei Orientierung an der GOÄ ist grundsätzlich der einfache Satz heranzuziehen
    - Höhere Hebesätze müssen sachlich begründet sein!
- Pauschalvergütung für Leistungskomplexe (z. B. bei Belegleistungen nach § 121 Abs. 5 SGB V i. V. m. § 18 Abs. 3 KHEntgG – Honorarmodell) ist möglich, müssen aber für das Krankenhaus insgesamt wirtschaftlich sein. Bei der Vergütung der Vertragsärzte ist hierbei das Verbot des Verkaufs unter Einstandspreis (Kosten-Preis-Schere) gemäß § 20 Abs. 4 GWB zu berücksichtigen.

#### 4. Arbeitszeit des Vertragsarztes

- Grundsätzlich maximal 13 Stunden/Woche
  - Leitlinie der BSG-Rechtsprechung! Sicherstellung des vertragsärztlichen Versorgungsauftrages.
- Ausnahmen über 13 Stunden/Woche
  - halber Vertragsarztsitz (bis zu 33 Std./Woche; orientiert an BSG-Vorgaben zur Wochenarbeitszeit)
  - ansonsten sachliche Begründung und Genehmigung der KV erforderlich

#### 5. Wahrung der Patientenautonomie (freie Krankenhauswahl)

- Patientenwille ist entscheidend
  - Damit ist auch die Behandlung von zuvor in der Vertragsarztpraxis selbst behandelten Patienten möglich, wenn dies dem eindeutigen Wunsch der Patienten entspricht (freie Arztwahl) und der Patient vom Vertragsarzt über die freie Krankenhauswahl aufgeklärt wurde.
  - Sicherung der freien Arzt-/Krankenhauswahl nach § 76 SGB V jedenfalls gegeben, wenn der Kooperationspartner auch „fremde“ Patienten behandelt.

#### 6. Transparenz der Kooperation / Überprüfung

- Zur Transparenz:
  - klare Leistungsbeschreibungen; schriftliche Vereinbarung zweckdienlich
  - bestenfalls in Kombination mit Prüfung (Vorlage bei Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen und (oder) KGW; ggf. Clearingstelle)
  - Aufklärung durch den einweisenden Vertragsarzt über Wahlfreiheit des Patienten
- Nach Überprüfung:
  - Bei Bedenken durch die „Prüfgremien“
    - „transparente“ Diskussion mit den Beteiligten, ggf. Einbeziehung der auf Landesebene errichteten Clearingstellen; ggf. Änderung der Vereinbarung
    - ultima ratio: Vorlage bei zuständiger Behörde (MAGS/Bezirksregierungen)

#### 7. Keine Umgehung durch neue Versorgungsformen

- § 31 MBO-Ärzte kann nicht durch gesetzlich rechtmäßige Versorgungsformen umgangen werden
  - d. h., Zuweiserentgelte (Vergütung ohne konkrete Gegenleistung) sind auch im Rahmen der Integrierten Versorgung verboten

#### **8. Keine Zwangslage der Kooperationspartner**

- Indizien für eine Zwangslage:
  - Gruppenvereinbarungen mit Ärztenetzen (z. B. mehrere/alle Vertragsärzte einer Region einer Fachrichtung)
  - Intransparente Offerten, die nur den nach und nach angesprochen Krankenhäusern einer Region offenstehen
  - Exklusive Kooperationsangebote (faktischer Ausschluss medizinisch und zulassungsrechtlich gleichartiger Krankenhäuser) zu Gunsten eines oder bestimmter Krankenhäuser in der Region

#### **9. Kooperationsformen**

- Anstellungsverhältnis (Teilzeitvertrag) sowie
- Honorarverhältnis (z. B. nach DKG/BÄK/KBV-Mustervertrag)