

Prof. Dr. Dr. Thomas Ufer
Rechtsanwalt und Arzt
Fachanwalt für Medizinrecht



CAUSACONCILIO

RECHTSANWÄLTE . NOTARE





Der Straftatbestand des § 299a StGB

Neuer Beratungsbedarf insbesondere für ärztliche Kooperationsverträge?

Prof. Dr. Dr. Thomas Ufer

Rechtsanwalt und Arzt

Fachanwalt für Medizinrecht

Ordentlicher Professor an der IB-Hochschule Berlin

**Veranstaltung der Bundesärztekammer
„Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen“
12. November 2016 – Berlin**



Agenda

1. Einleitung
2. Arten von Kooperationen im Gesundheitswesen
(nicht abschließend)
3. (Straf-) Rechtlicher Problembereich mit Beratungsbedarf,
insbesondere

Compliance-rechtliche Überlegungen

4. Resümee

Einleitung

Kooperationen kennzeichnen in vielfältiger Weise die Leistungserbringer-Landschaft, auch und gerade im System der gesetzlichen Krankenversicherung.

Dabei sind viele Bereiche zwischenzeitlich gesetzlich normiert, so dass die entsprechenden Modelle einer Zusammenarbeit grundsätzlich außer Streit stehen.

Damit ist aber keine Aussage getroffen über die Zulässigkeit eines konkreten Kooperationsmodelles respektive einer konkreten Form der jeweiligen Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern.

Diese ist vielmehr einer Abwägung im Einzelfall vorbehalten.

→ **Hierdurch entstehende Unsicherheiten in der Antizipation einer Bewertung bei ex-post-Bewertung, etwa seitens der Selbstverwaltungskörperschaften und/oder Strafverfolgungsbehörden, schafft Beratungsbedarf in der konzeptionellen Planung und Umsetzung von Kooperationen.**



Agenda

1. Einleitung
2. **Arten von Kooperationen im Gesundheitswesen (nicht abschließend)**
3. (Straf-) Rechtlicher Problembereich mit Beratungsbedarf, insbesondere

Compliance-rechtliche Überlegungen

4. Resümee



Arten von Kooperationen im Gesundheitswesen

Vielfältige Kooperationsmodelle im System der GKV (innerhalb oder neben der kollektivvertraglichen Versorgung) wie auch – teilweise – für Versorgung von Privatpatienten sind zwischenzeitlich spezialgesetzlich zugelassen, z.B.

- Vor- und nachstationäre Versorgung im Krankenhaus, auch unter Einbindung von krankenhausexternen Ärzten (§ 115a SGB V)
- Ambulantes Operieren, auch unter Einbindung von krankenhausexternen Ärzten (§ 115b SGB V)
- Selektivvertragliche Modelle, etwa im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung – HZV (§ 73b SGB V) oder der Besonderen Versorgung (§ § 140a ff. SGB V)
- Honorarärztliche Tätigkeit niedergelassener Ärzte, jedenfalls für allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Abs.1 KHEntgG)
- ...

Arten von Kooperationen im Gesundheitswesen



- Diesen Modelle ist gemein, dass die Entscheidung ob deren Zulässigkeit vom Gesetzgeber getroffen worden ist, so dass das „OB“ einer entsprechenden Kooperation nicht (mehr) zur Diskussion steht.
- Die Frage nach dem **„WIE“** ist damit aber nicht geklärt!
- **Woraus resultiert der besondere Beratungsbedarf?**



Agenda

1. Einleitung
2. Arten von Kooperationen im Gesundheitswesen
(nicht abschließend)
3. **(Straf-) Rechtlicher Problembereich mit Beratungsbedarf, insbesondere**

Compliance-rechtliche Überlegungen

4. Resümee

Compliance-rechtliche Überlegungen



→ Woraus resultiert der besondere Beratungsbedarf?

„**Korruption im Gesundheitswesen**“ ist vielfältig rechtlich sanktioniert
→ **Rechtsgrundlagen** etwa

- Berufsrecht, § § 30 ff. MBO-Ä
- Vertragsarztrecht, § 73 Abs. 7 sowie § 128 Abs. 2 S. 3 SGB V
- Strafrecht?

Compliance-rechtliche Überlegungen

§ 299 a StGB



§ 299 b entsprechend
(„Bestechung ...“)

Bestechlichkeit im Gesundheitswesen

„Wer als Angehöriger eines **Heilberufs**, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert, **im Zusammenhang mit der Ausübung seines Berufs** einen **Vorteil** für sich oder einen Dritten als **Gegenleistung** dafür fordert, sich versprechen lässt oder annimmt, dass er

1. **bei der Verordnung** von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten,
2. **bei dem Bezug** von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln oder Medizinprodukten, die jeweils zur unmittelbaren Anwendung durch den Heilberufsangehörigen oder einen seiner Berufshelfer bestimmt sind, oder
3. **bei der Zuführung von Patienten** oder Untersuchungsmaterial

ihn oder einen anderen **im inländischen oder ausländischen Wettbewerb in unlauterer Weise bevorzuge**, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.“



Compliance-rechtliche Überlegungen

Vorteilsbegriff:

„Unter den Tatbestand fallen **sämtliche Vorteile**, unabhängig davon, ob es sich um materielle oder immaterielle Zuwendungen handelt ...“ (BT-Drs. 18/6446, S. 16)

„Der Vorteilsbegriff deckt **jede Zuwendung** ab, **auf die der Täter keinen Rechtsanspruch hat und die seine wirtschaftliche, rechtliche oder persönliche Lage objektiv verbessert.**“ (BGH, Urteil vom 11.04.2001 – 3 StR 503/00)



Compliance-rechtliche Überlegungen

Vorteil – Beispiele des Gesetzgebers:

- Kick-Back-Zahlungen
- Ehrungen und Ehrenämter
- Einladungen zu Kongressen, Fortbildungsveranstaltungen
- Einräumung von Gewinn-/Umsatzbeteiligungen
- Abschluss eines Vertrags
- Auch: **Zuwendungen aus grundsätzlich zulässiger Kooperation**

- Verschaffen einer Verdienstmöglichkeit durch Zuweisung von Patienten als verabredete Gegenleistung für vorausgegangene Zuweisung des Vorteilsnehmers? (vgl. **OLG Düsseldorf, Urteil vom 01.09.2009 – I-20 U 121/08**)





Compliance-rechtliche Überlegungen

„...“

3. Die Empfehlung eines Arztes für ein bestimmtes Krankenhaus, die **auch** darauf beruht, dass ihm **ein Vorteil zufließt**, ist mit dem Grundsatz einer **allein nach ärztlichen Gesichtspunkten zu treffenden Entscheidung** nicht zu vereinbaren. Für die Vorteilsgewährung reicht aus, **dass für den Arzt die Möglichkeit einer für ihn lukrativen Beauftragung** (hier: Abrechnung von prä-/poststationären Leistungen nach GOÄ) **besteht**.

4. Unwirksam ist auch ein Geschäft, das einen verbotenen Erfolg durch Verwendung von rechtlichen Gestaltungsmöglichkeiten zu erreichen sucht, die scheinbar nicht von der Verbotsnorm erfasst werden.“

„Nach § 31 BO ist es Ärzten **nicht gestattet**, sich für die Zuweisung von Patienten ein Entgelt oder einen anderen Vorteil versprechen oder gewähren zu lassen. Die Vorschrift ist Ausdruck der Verpflichtung des Arztes, die Entscheidung darüber, an wen er den Patienten verweist, **allein nach ärztlichen Gesichtspunkten zu treffen**. Die Entscheidung darf **nicht aufgrund eigener Interessen des Arztes getroffen werden, insbesondere nicht danach, ob ihm für die Überweisung eine Gegenleistung zufließt oder nicht ...“**

Leitsätze, MedR 2009, 664; Urteil des OLG Düsseldorf, MedR 2009, 664, 669



Compliance-rechtliche Überlegungen

Unrechtsvereinbarung:

- Bloßes Annehmen eines Vorteils reicht nicht aus für Strafbarkeit nach § 299a StGB
 - **inhaltliche Verknüpfung von Vorteil und Gegenleistung** erforderlich.
 - Täter muss Vorteil gerade als Gegenleistung für eine zumindest intendierte unlautere Bevorzugung im Wettbewerb oder für zumindest intendierten Verstoß gegen berufsrechtliche Pflichten fordern, sich versprechen lassen oder annehmen.
 - § 299a StGB (-), wenn Bevorzugung in der Vergangenheit liegt und danach wirtschaftlicher Vorteil gewährt wird.
Ausnahme: Unrechtsvereinbarung ist vorausgegangen



Compliance-rechtliche Überlegungen

(II-)Legale Kooperationsformen?

➤ Kooperationen mit Kliniken

➤ Anwendungsbeobachtungen (§ 67 AMG)

kann straffrei sein, es sei denn, die vorgesehene Vergütung entschädigt nicht für zusätzlichen Aufwand, sondern für die bevorzugte Verordnung bestimmter Präparate und damit unlautere Bevorzugung des Vorteilsgebers → dann Unrechtsvereinbarung (+)

Anhaltspunkte hierfür:

- keine erkennbare ärztliche Gegenleistung
- Entschädigung übersteigt den geleisteten Aufwand deutlich

→ Wichtig! **Äquivalenz Entschädigung zu ärztlicher Leistung**

➤ Beteiligung an Unternehmen im Gesundheitswesen?

→ unzulässig, wenn Arzt durch seine Patientenzuführung spürbaren Einfluss auf den Ertrag aus Beteiligung nimmt (nehmen kann?).

Compliance-rechtliche Überlegungen



Grundsätze zur Vermeidung einer Unrechtsvereinbarung

➤ **Transparenzprinzip:**

Offenlegung rechtlicher und tatsächlicher Leistungsbeziehungen gegenüber Arbeitgeber/Dienstherrn/Körperschaften (Clearingstelle) – unabhängig von arbeitsvertraglichen oder dienstrechtlichen Offenlegungspflichten –

➤ **Äquivalenzprinzip:**

Angemessener Verhältnis von Leistung und Gegenleistung

➤ **Trennungsprinzip:**

Unabhängigkeit entgeltlicher oder unentgeltlicher Zuwendungen von Beschaffungsentscheidungen bzw. Umsatzgeschäften

➤ **Dokumentationsprinzip:**

Schriftliche Fixierung von Leistung und Gegenleistung



Compliance-rechtliche Überlegungen

I. Historie

Ärztemangel vs. Selbstzuweisung

- Früher strikte organisatorische und personelle Trennung zwischen ambulant vertragsärztlicher Versorgung und stationärer Versorgung. Niedergelassene Ärzte waren **für** das Krankenhaus ausschließlich als Konsiliarärzte tätig sowie **im** Krankenhaus als Belegärzte.
- Vertragsarztrechtliche Öffnung: Wegen Ärztemangels ist Tätigkeit in oder die Zusammenarbeit mit Krankenhaus seit **01.01.2007** gem. § 20 Abs. 2 Satz 2 Ärzte-ZV mit vertragsärztlicher Tätigkeit vereinbar.
- Krankenhausrechtliche Klarstellung in § 2 Abs. 1 KHEntgG zum **01.01.2013**
 - ➔ **Vertragsarzt verordnet Krankenhausbehandlung (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V) und nimmt an ihr teil!**

Compliance-rechtliche Überlegungen



II. Gesetzgeberischer Wille

„Soweit Verdienstmöglichkeiten im Rahmen der beruflichen Zusammenarbeit eingeräumt werden, ist zu berücksichtigen, dass die berufliche Zusammenarbeit **gesundheitspolitisch** grundsätzlich **gewollt** ist und auch im Interesse des Patienten liegt (vgl. Halbe, *Moderne Versorgungsstrukturen: Kooperation oder Korruption?*, MedR 2015, 168), **so etwa** Kooperationsvereinbarungen über die Durchführung von vor- und nachstationären Behandlungen (§ 115a SGB V), über die Durchführung ambulanter Behandlungen (§ 115b SGB V) und über die Durchführung ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung (§ 116b SGB V) sowie die in den §§ 140a SGB V ff. geregelte sektorenübergreifende Versorgungsform (integrierte Versorgung), bei der Leistungserbringer aus verschiedenen Versorgungsbereichen (beispielsweise Arzt und Krankenhaus) bei der Behandlung von Patienten miteinander kooperieren. Die Gewährung **angemessener Entgelte für die in diesem Rahmen erbrachten heilberuflichen Leistungen** und dementsprechend die Verschaffung entsprechender Verdienstmöglichkeiten sind zulässig; dies gilt beispielsweise bei einem angemessenen Entgelt für eine ambulante Operation in einem Krankenhaus durch einen niedergelassenen Vertragsarzt nach § 115b Absatz 1 Satz 4 SGB V, der den Patienten dem Krankenhaus zuvor zugewiesen hat (zur Vereinbarkeit mit dem sozialrechtlichen Verbot von Zuweisungsprämien, Nebendahl, in Spickhoff, *Medizinrecht*, 2. Auflage 2014, § 73 SGB V, Rn. 20). [...] Etwas anderes gilt, wenn festgestellt wird, dass das Entgelt nicht entsprechend dem Wert der erbrachten heilberuflichen Leistung **in wirtschaftlich angemessener Höhe nachvollziehbar festgelegt** worden ist und es eine verdeckte „Zuweiserprämie“ enthält (vgl. Nebendahl, in Spickhoff, *Medizinrecht*, 2. Auflage 2014, § 73 SGB V, Rn. 20).“

III. Angemessene Entgelte

➤ ANGEMESSENE ENTGELTE ODER KICK-BACK?

- Entgelt muss in angemessenem Verhältnis zur erbrachten Leistung stehen.
- Gesetzesbegründung lässt offen, wann ein Entgelt als angemessen zu bewerten ist.
- GOÄ nach **BGH-Urteil vom 12.11.2009 (III ZR 110/09)** im Verhältnis Honorararzt/Krankenhaus nicht zwingend anwendbar.
- **Welches Entgelt wird für die Leistung üblicherweise gezahlt?**
- EBM, InEK-Kalkulation, GOÄ?



III. Angemessene Entgelte

1. EBM

- **LSG Baden-Württemberg (Beschluss vom 04.11.2014 – L 5 KR 141/14 ER-B)** hat die vereinbarte pauschale Vergütung i.H.v. 60,00 € für Wundkontrolle, Verbandwechsel und Fadenziehen mit der Vergütung nach EBM 02300 i.H.v. 5,61 € verglichen.

III. Angemessene Entgelte

1. EBM

- Gesetzliche Vorgabe in § 72 SGB V:
*„Die vertragsärztliche Versorgung ist (...) so zu regeln, daß eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen **angemessen vergütet** werden.“*
- Subjektives Recht auf höheres Honorar kommt nach BSG erst dann in Betracht, wenn kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr bestünde, vertragsärztlich tätig zu werden, und deshalb die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet ist.
- **BSG:** *„Bei der Beurteilung, ob die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen einer Arztgruppe unangemessen niedrig ist, sind auch die Einnahmen aus privatärztlicher oder sonstiger Tätigkeit zu berücksichtigen.“* (u.a. **Urteil vom 08.12.2010 – B 6 KA 42/09 R**)
- Vergütung nach EBM rechtfertigt sich durch eine Mischkalkulation!

Compliance-rechtliche Überlegungen

2. InEK

III. Angemessene Entgelte

G-DRG-Report-Browser 2015

DRG-Filter: MDC: Hauptdiagnose: Nebendiagnose: Prozedur: Abteilungsart: Hauptabteilung

DRG: F06A: Koronare Bypass-Operation mit mehrzeitigen komplexen OP-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff

Kennzahlen - F06A

05 MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems Anz. DRGs: 145 N: 358.420

Fallzahl		Verweildauer		Geschlecht		PCCL		Alter (%)			
<input type="text"/> 38		Kurzlieger:	<input type="text"/> 16,92%	Anteil (%)		0:	<input type="text"/> 0,00%	< 28 Tage	<input type="text"/> 0,00%	30-39 Jahre	<input type="text"/> 0,00%
von MDC:	<input type="text"/> 0,01%	Normallieger:	<input type="text"/> 58,46%	Männlich:	<input type="text"/> 81,58%	1:	<input type="text"/> 0,00%	28 T-1 Jahr	<input type="text"/> 0,00%	40-49 Jahre	<input type="text"/> 5,26%
von gesamt:	<input type="text"/> 0,00%	Langlieger:	<input type="text"/> 24,62%	Weiblich:	<input type="text"/> 18,42%	2:	<input type="text"/> 0,00%	1-2 Jahre	<input type="text"/> 0,00%	50-54 Jahre	<input type="text"/> 7,89%
Bewertungsrelation		1. Tag mit Abschlag:	<input type="text"/> 8	Unbestimmt:		3:	<input type="text"/> 10,53%	3-5 Jahre	<input type="text"/> 0,00%	55-59 Jahre	<input type="text"/> 7,89%
<input type="text"/> 10,706		1. Tag mit zusätzlichem Entgelt:	<input type="text"/> 46	Falkkosten		4:	<input type="text"/> 89,47%	6-9 Jahre	<input type="text"/> 0,00%	60-64 Jahre	<input type="text"/> 15,79%
		Mittlere arithmetische Verweildauer:	<input type="text"/> 28,2	Arithmetischer Mittelwert:		<input type="text"/> 30,067		10-15 Jahre	<input type="text"/> 0,00%	65-74 Jahre	<input type="text"/> 36,84%
		Standardabweichung Verweildauer:	<input type="text"/> 9,8	Standardabweichung:		<input type="text"/> 8,213		16-17 Jahre	<input type="text"/> 0,00%	75-79 Jahre	<input type="text"/> 15,79%
								18-29 Jahre	<input type="text"/> 0,00%	>= 80 Jahre	<input type="text"/> 10,53%

Hauptdiagnosen	Nebendiagnosen	Prozeduren	Kosten										
			1. Ärztlicher ...	2. Pflegedienst	3. Med.-tech...	4a. Arzneimittel...	4b. Arzneimittel...	5. Implantate...	6a. Übriger ...	6b. Übriger ...	7. med. Infra...	8. nicht med...	Summe
01. Normalstation			916,93	1.975,52	111,95	186,66	588,29		249,44	58,62	682,36	1.746,91	6.516,68
02. Intensivstation			948,84	2.263,18	41,24	340,60	847,12		768,91	8,12	466,14	1.107,30	6.791,45
04. OP-Bereich			1.798,92		1.778,22	286,98	29,76	1.178,26	1.688,20	1.168,54	799,84	1.295,22	10.023,94
05. Anästhesie			1.096,33		676,92	114,54	114,19		286,67	10,78	180,52	294,05	2.774,00
07. Kardiologische Diagnostik / Therapie			74,01		94,31	10,35	0,05	0,90	82,72	116,69	39,58	73,48	492,09
08. Endoskopische Diagnostik / Therapie			16,18		14,38	0,85			5,74	0,47	6,91	13,89	58,42
09. Radiologie			123,77		152,51	1,94	0,04	4,58	26,77	46,05	70,13	91,14	516,93
10. Laboratorien			119,64		446,52	126,06	925,95		401,32	31,72	64,35	208,96	2.324,52
11. Übrige diagnostische und therapeutische Bereiche			137,53	0,43	225,67	3,87			12,96	63,73	32,48	91,94	568,61
Summe			5.232,15	4.239,13	3.541,72	1.071,85	2.505,40	1.183,74	3.522,73	1.504,72	2.342,31	4.922,89	30.066,64

III. Angemessene Entgelte

3. GOÄ

a) Gebührenrahmen nach § 5 GOÄ: 1 bis 3,5fach

- **BGH (Urteil vom 08.11.2007 – III ZR 54/07)** sieht keinen Ermessens Fehlgebrauch darin, wenn persönlich-ärztliche Leistungen, die sich im Bereich durchschnittlicher Schwierigkeit befinden, zum Schwellenwert des 2,3fachen abgerechnet werden.
- 90 % der Leistungen werden zum sog. Schwellenwert abgerechnet.*
- Überschreiten des 2,3fachen des Gebührensatzes nur zulässig, wenn Schwierigkeit und Zeitaufwand dies rechtfertigen. In der Leistungsbeschreibung berücksichtigte Bemessungskriterien können eine über dem Regelhöchstsatz liegende Vergütung nicht rechtfertigen.

b) Gebührenminderung nach § 6a GOÄ (25% - Krankenhausärzte / 15% - Vertragsärzte)?

* hierzu Spickhoff, Abrechnung persönlich-ärztlicher und medizinisch-technischer Leistungen mit dem Höchstsatz der Regelspanne – Ermessensausübung des Arztes, NJW-RR 2008, 436



III. Angemessene Entgelte

4. „Korridortheorie“

- Bildung einer Unter- und Obergrenze angemessener Vergütung nach GOÄ, EBM und InEK
- Innerhalb dieser Grenze liegt Vergütung im Ermessen der Vertragsparteien.

III. Angemessene Entgelte

5. Festlegung der Entgelte nach Kostenkalkulation

Beispiel: **Gemeinsamer Betrieb eines Linksherzkathetermessplatzes**

- Praxis mietet Räumlichkeiten im KH
- Nutzung der Geräte durch die Vertragsärzte im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (Zweigpraxis) und zur Erbringung von Krankenhausleistungen für das Krankenhaus
- Nachgeordnetes Personal der Praxis ist in die Leistungserbringung eingebunden

ABER: Motivatorischer Anreiz zur Auslastung im jeweils „anderen“ Sektor?



III. Angemessene Entgelte

6. Anstellungsverhältnis

→ Lösung ggf. struktureller Schwierigkeiten (z.B. Wahlleistungen) durch Eingehung eines förmlichen Anstellungsverhältnisses

→ etwaige Probleme der leistungsadäquaten Versorgung bleiben davon unberührt; derzeit diskutiert unter dem Stichwort variabler Vergütung in Chefarzt-Verträgen

Compliance-rechtliche Überlegungen

Strategien zur Risikominimierung

1. Leistungsanteile klar definieren!
2. Entgelte im Rahmen eines freien Dienstverhältnisses sollten vereinbart werden auf der Basis
 - von GOÄ, InEK-Kalkulation oder EBM oder
 - einer betriebswirtschaftlich nachvollziehbaren und transparenten Kalkulation, welche zum Gegenstand des Vertrages gemacht werden sollte.

Kontroll-Überlegung:

Wäre ein zu prüfender Vertrag mit entsprechenden Konditionen auch mit einem „Dritten“ abgeschlossen worden.

vgl. Rehborn, in: Prütting, Fachanwaltskommentar Medizinrecht, 3. Auflage 2014, § 31 Rn. 12a, 13.



Compliance-rechtliche Überlegungen

„WÜRZBURGER ERKLÄRUNG“*

„Nach Überzeugung der Verfasser ist jedenfalls eine **Vergütung innerhalb dieses Vergütungskorridors** in jedem Fall noch angemessen und kann nicht als „unlauterer Vorteil“ im Sinne der §§ 299 a und b StGB kriminalisiert werden. Unzulässig wäre es nach Ansicht der Verfasser auch, einfach einen Durchschnittswert der möglichen Kalkulationsansätze zu bilden und nur diesen Durchschnittswert als „angemessen“ zu bezeichnen. Auch diese Vorgehensweise widerspräche der Berufsfreiheit und den jeweiligen gesetzgeberischen Zielen der GOÄ, des EBM, des KHG und des KHEntgG einerseits sowie dem politischen Wunsch nach sinnvollen medizinischen Kooperationen im Interesse der Patienten andererseits. ...

... Im Zweifel darf zunächst davon ausgegangen werden, dass solche Kooperationen dem Interesse einer guten Patientenversorgung dienen. Wirtschaftliche Interessen oder gar Gewinnerzielungsabsichten der beteiligten Player schließen diese Zielrichtung nicht aus, sondern sind zur Aufrechterhaltung eines guten Gesundheitswesens zulässig und unabdingbar. ...“

* Würzburger Erklärung zur Angemessenheit der ärztlichen Vergütung innerhalb von medizinischen Kooperationen

Verfasser: Beate Bahner, Fachanwaltskanzlei BAHNER, Heidelberg; Dr. Oliver Bechtler, HFBP Rechtsanwälte, Frankfurt am Main; Karl Hartmannsgruber, Sozietät HGA Hartmannsgruber Gemke Argyrakis & Partner Rechtsanwälte, München; Dr. Mareike Piltz, HFBP Rechtsanwälte, Hannover; Rita Schulz-Hillenbrand, Anwaltskanzlei Schulz-Hillenbrand, Würzburg – Stand: 3.8.2016



Agenda

1. Einleitung
2. Arten von Kooperationen im Gesundheitswesen
(nicht abschließend)
3. (Straf-) Rechtlicher Problembereich mit Beratungsbedarf,
insbesondere

Compliance-rechtliche Überlegungen

4. **Resümee**

Resümee

1. Durch die Etablierung von Kooperationen im Gesundheitswesen ist die **Frage nach Vergütungsvoraussetzungen** und **deren Höhe** vielfach aufgeworfen. Hierdurch entsteht **neuer Beratungsbedarf**, sowohl im anwaltlichen Bereich als aber gerade auch für Selbstverwaltungskörperschaften.
2. Während die **grundsätzliche Zulässigkeit** von Kooperationsmodellen durch deren gesetzliche Zulassung oftmals außer Streit stehen wird, ist die konkrete Überprüfung, insbesondere zur Höhe der Vergütung schwierig.
3. Eine rechtssichere Beratung fällt derzeit – schon mangels der Kenntnis von der Praxis der Strafverfolgungsbehörden – schwer. Dabei ist gerade die **Einordnung monetärer Mitverursachung** bei Vornahme ärztlicher Entscheidungen offen.
4. Eine Orientierung kann die „**Üblichkeit**“ von **Geschäftsmodellen** aus der Vergangenheit am Markt nicht bieten, wäre diese doch oftmals nur historisch bedingt und ließe per se keinen Rückschluss auf deren Lauterkeit zu.
5. Für die Zukunft kann eine rechtssichere Ausgestaltung in jedem Falle nur bei **Ausgestaltung einer leistungsadäquaten Vergütung** erreicht werden, etwa anhand deren transparenter und nachvollziehbarer Bemessung.

Prof. Dr. Dr. Thomas Ufer
Rechtsanwalt und Arzt
Fachanwalt für Medizinrecht

ufer@cc-recht.de

Tel. 040 / 355372 - 235

Fax 040 / 355372 - 55 235

HERZLICHEN DANK
FÜR IHRE AUFMERKSAMKEIT!


CAUSA CONCILIO
RECHTSANWÄLTE . NOTARE

