

LEGAL NEWS

GESUNDHEITSWIRTSCHAFT



ÜBER BDO LEGAL

Als deutscher Rechtsberatungspartner von BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft begleiten wir unsere Mandanten mit zurzeit über 60 Anwälten an 9 Standorten in Deutschland bei der Findung und Umsetzung unternehmerischer Entscheidungen in allen wesentlichen wirtschaftsrechtlichen Disziplinen.

Gemeinsam mit Kollegen von BDO bieten wir unseren Mandanten einen integrativen Beratungsansatz. Eingebunden in das internationale Netzwerk von BDO agieren wir in 162 Ländern weltweit mit über 80.000 Mitarbeitern in 1.600 Büros.

HERAUSGEBER

BDO Legal
Rechtsanwalts-gesellschaft mbH
Im Zollhafen 22
50678 Köln

www.bdolegal.de

© 2019 BDO LEGAL Rechtsanwalts-gesellschaft mbH

INHALT

TERMINSERVICE- UND VERSORGUNGSGESETZ - BREMSKLOTZ FÜR MVZ-GRÜNDUNGEN DURCH KRANKENHÄUSER UND INVESTOREN?

Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) hat neben der Zielsetzung einer schnelleren Terminvergabe für gesetzlich versicherte Patienten und der Verbesserung der Versorgung in ländlich geprägten Regionen zahlreiche weitere Inhalte. Für Krankenhäuser sind vor allem Neuregelungen für Medizinische Versorgungszentren (MVZ) von Bedeutung. Das Gesetz soll am 01.05.2019 in Kraft treten.

PATIENTENAUFKLÄRUNG: VERKÜRZTE ENTSCHEIDUNGSFREIHEIT DES PATIENTEN VERPFLICHTET KRANKENHAUSTRÄGER ZU ORGANISATORISCHEN MAßNAHMEN

Die im Krankenhausalltag nicht selten anzutreffende Übung, den Patienten unmittelbar nach der Aufklärung zur Unterschrift unter die Einwilligungserklärung zu bewegen, begegnet laut einer aktuellen Entscheidung des OLG Köln rechtlichen Bedenken und verpflichtet das Krankenhaus zu weiteren organisatorischen Maßnahmen (Urteil vom 16.01.2019, Az. 5 U 29/17).

PFLEGEPERSONALKOSTENABGRENZUNGSVEREINBARUNG NACH § 17b ABS. 4 SATZ 2 KHG

Am 04.03.2019 hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) veröffentlicht, dass sich die Vertragsparteien auf Bundesebene auf die Vereinbarung nach § 17b Abs. 4 Satz 2 KHG zur Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten und zur Zuordnung von Kosten von Pflegepersonal (Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung) geeinigt haben. Das Unterschriftenverfahren wurde eingeleitet.

TERMINSERVICE- UND VERSORGUNGSGESETZ - BREMSKLOTZ FÜR MVZ-GRÜNDUNGEN DURCH KRANKENHÄUSER UND INVESTOREN?



Dr. Marc Anschlag, LL.M.
Rechtsanwalt
Tel.: 0221/97357-306
marc.anschlag@bdolegal.de

Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) hat neben der Zielsetzung einer schnelleren Terminvergabe für gesetzlich versicherte Patienten und der Verbesserung der Versorgung in ländlich geprägten Regionen zahlreiche weitere Inhalte. Für Krankenhäuser sind vor allem Neuregelungen für Medizinische Versorgungszentren (MVZ) von Bedeutung. Das Gesetz soll am 01.05.2019 in Kraft treten.

Die Diskussionen anlässlich der Gesetzesberatungen haben zwischenzeitlich auch bei Interessenverbänden erhebliche Wellen geschlagen. Kritisiert wurden insbesondere die noch im Entwurf vorgesehenen Einschränkungen für die Zulassung von MVZ, wenn angestellte Ärzte ausscheiden und eine Nachbesetzung vorgesehen ist. Eine Neubesetzung hätte dann erheblich verzögert oder sogar verhindert werden können. Scharf kritisiert wurden diskutierte Restriktionen für die Gründung von MVZ in Krankenhausträgerschaft. Krankenhäuser sollten zur Gründung von MVZ nur noch dann berechtigt sein, wenn das Krankenhaus innerhalb des entsprechenden Bedarfsplanungsbereiches liegt, in dem das MVZ seinen Sitz hat. Auch sollten Krankenhäuser zudem nur in den Fachgebieten MVZ errichten dürfen, in denen sie auch stationär tätig sind. Auch sah der Gesetzentwurf Beschränkungen für Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 SGB V bei der Gründung fachbezogener MVZ vor.

Nach zahlreichen Änderungsanträgen in letzter Minute hat sich die Regierungskoalition auf folgende Nachbesserungen für die MVZ geeinigt:

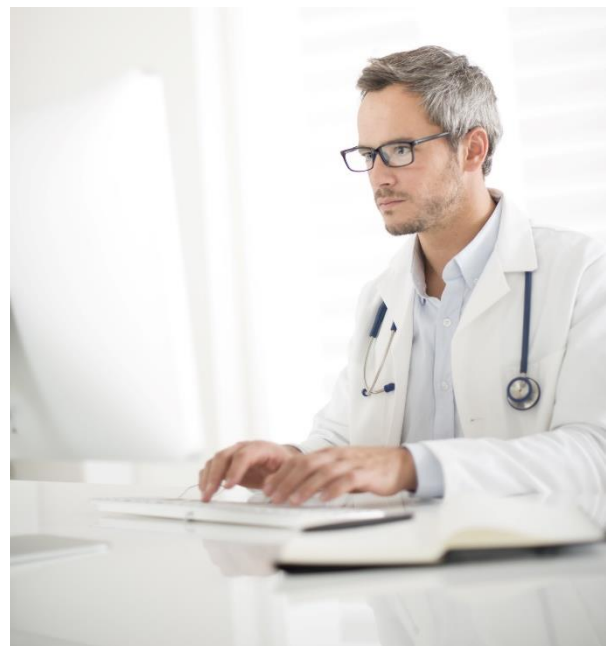
- Die Regelung, dass der Zulassungsausschuss bei Nachbesetzung einer Angestellten-Arztstelle prüfen soll, ob Bedarf für Nachbesetzung besteht, wurde gestrichen.
- Eine fachliche und räumliche Beschränkung der Krankenhausträger zur Gründung von MVZ wurde nur für zahnärztliche MVZ aufgenommen. Um den Einfluss von reinen Kapitalinvestoren auf die ambulante zahnärztliche Versorgung zu begrenzen, wird die Gründungsbefugnis für zahnärztliche MVZ eingeschränkt. Sie dürfen von Krankenhäusern nur in Abhängigkeit vom regionalen Versorgungsgrad gegründet werden. Grundsätzlich dürfen

nur 10 % der zahnärztlichen Versorgung in einer Region in Händen eines MVZ liegen, bei Überversorgung 5 %, bei Unter-versorgung 20 %.

- Eine Gründungsbefugnis von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen bleibt erhalten. Dabei können die Leistungen, die dort erbracht werden, über rein nephrologische hinausgehen. Zulässig sind auch hausärztliche, internistische, urologische, kardiologische und radiologische Leistungen.
- Für den Betrieb von MVZ wurden Erleichterungen vorgesehen. Künftig dürfen auch anerkannte Praxisnetze MVZ gründen. Außerdem können im MVZ angestellte Ärzte jederzeit Gesellschafteranteile erwerben, wenn einer der Gründer ausscheidet.

Fazit

Die Nachbesserungen am TSVG beim Thema MVZ sind aus Sicht der Krankenhäuser zu begrüßen. Gerade im ländlichen Raum sind MVZ in Trägerschaft von Krankenhäusern Eckpfeiler einer guten medizinischen Versorgung. Die zunächst vorgesehenen Restriktionen räumlicher und fachlicher Natur sind beseitigt worden. Bei Gründung zahnärztlicher MVZ sind die aufgenommenen Beschränkungen hingegen zukünftig bei der Planung zu berücksichtigen. Eine solche bedarf angesichts der vielfältigen Fallstricke gründlicher Prüfung und fundierter rechtlicher Beratung.



PATIENTENAUFKLÄRUNG: VERKÜRZTE ENTSCHEIDUNGSFREIHEIT DES PATIENTEN VERPFLICHTET KRANKENHAUSTRÄGER ZU ORGANISATORISCHEN MAßNAHMEN



Christiane Beume
Rechtsanwältin
Tel.: 0221/97357-151
christiane.beume@bdolegal.de

§ 630e Abs. 2 Satz 1 Ziffer 2 BGB bestimmt: Die Aufklärung muss so rechtzeitig erfolgen, dass der Patient seine Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann. In der höchstrichterlichen Rechtsprechung hat sich dazu bereits vor vielen Jahren der Grundsatz herausgebildet, dass bei einem stationär untergebrachten Patienten die Aufklärung mindestens 1 Tag vor dem Eingriff erfolgen muss. Ist der Eingriff medizinisch dringlich, hat diese starre Vorgabe selbstverständlich keinen Bestand. Muss der Eingriff gleichwohl nicht sofort erfolgen - liegt also kein Eil- oder Notfall vor -, muss dem Patienten auch in diesen Fällen eine den Umständen angepasste Bedenkzeit verbleiben. Die in diesem Zusammenhang im Krankenhausalltag nicht selten anzutreffende Übung, den Patienten unmittelbar nach der Aufklärung zur Unterschrift unter die Einwilligungserklärung zu bewegen, begegnet laut einer aktuellen Entscheidung des OLG Köln rechtlichen Bedenken und verpflichtet das Krankenhaus zu weiteren organisatorischen Maßnahmen (Urteil vom 16.01.2019, Az. 5 U 29/17).

Der Fall

Die Klägerin wurde nach einem Sturz nachts im Krankenhaus der Beklagten stationär aufgenommen. Nach Anfertigung von Röntgenbildern stellte der ebenfalls beklagte Arzt des Krankenhauses die Indikation zur Durchführung einer OP. Der Arzt führte anhand des entsprechenden Aufklärungsbogens das Aufklärungsgespräch mit der Klägerin, die ihrerseits diverse Bedenken bzgl. des Eingriffs äußerte, die Einwilligungserklärung jedoch gleichwohl unmittelbar anschließend unterschrieb. Die OP selbst war zunächst für den Mittag des darauffolgenden Tages geplant, wurde jedoch dann auf die Morgenstunden vorgezogen. Die Klägerin, die nach dem Eingriff unter fortwährenden Schmerzen und weiteren körperlichen Beschwerden litt, nahm die Beklagten sowie die beiden Operateure des Krankenhauses auf Schadensersatz und Schmerzensgeld in Anspruch. Sie trug vor, dass sowohl die Aufklärung als auch die nachfolgende Behandlung fehlerhaft gewesen seien. Vor dem LG Köln unterlag die Klägerin, weshalb sie ihr Begehren zweitinstanzlich vor dem OLG Köln weiterverfolgte - mit Erfolg.

Die Entscheidung

Das OLG Köln kam zu dem Ergebnis, dass bereits die von der Patientin für den Eingriff gegebene

Einwilligung nicht wirksam und die Operation damit nicht rechtmäßig war. Wenn ein Krankenhaus aus organisatorischen Gründen auch außerhalb von Eil- oder Notfällen die - bereits im Grundsatz nicht unbedenkliche - Übung habe, den Patienten unmittelbar im Anschluss an die Aufklärung dazu zu bewegen, die Einwilligungserklärung zu unterzeichnen, so sei von einer wohlüberlegten Entscheidung, wie sie § 630e Abs. 2 Satz 1 Ziffer 2 BGB verlangt, nicht auszugehen. Denn die Erklärung werde dann unter dem Eindruck einer großen Fülle von für den Patienten regelmäßig unbekanntem und schwer verständlichen Informationen und in einer persönlich schwierigen Situation abgegeben. Eine so gegebene Einwilligung stehe unter dem Vorbehalt, dass der Patient die verbleibende Zeit nutze, um die Informationen zu verarbeiten, das Für und Wider abzuwägen und sich gegebenenfalls gegen den Eingriff zu entscheiden. Dann jedoch sei es Aufgabe der operierenden Ärzte, sich davon zu überzeugen, dass die gegebene Einwilligung immer noch dem freien Willen des Patienten entspricht. Dieses procedere müsse durch organisatorische Maßnahmen des Krankenhausträgers sichergestellt werden. Dass der Patient in Fällen einer verkürzten Entscheidungsfreiheit und damit unwirksamen Einwilligung von sich aus auf eine geänderte Entscheidung hinweist, kann von ihm - anders als in den Fällen einer rechtzeitigen Aufklärung und ausreichender Bedenkzeit - nicht verlangt werden. Im vorliegenden Fall wäre es daher Aufgabe der Behandler, insbesondere aber der beiden operierenden Ärzte, gewesen, sich zu vergewissern, ob es bei der Entscheidung aus der Nacht bleibe. Da dies unstreitig nicht geschehen war, lag keine wirksame Einwilligung vor. Der Eingriff war damit rechtswidrig. Krankenhausträger und Ärzte wurden als Gesamtschuldner zur Zahlung von Schmerzensgeld und Ersatz sämtlicher immaterieller und materieller Schäden verurteilt.

Fazit

Das Urteil verdeutlicht einmal mehr die rechtlichen Konsequenzen einer zu kurzen Bedenkzeit im Rahmen der Patientenaufklärung. Die Ablauforganisation sollte den Risiken daher in größtmöglichem Maß entgegenwirken. Dazu gehört es z.B. auch, auf dem Aufklärungsbogen Uhrzeit und Dauer des Aufklärungsgesprächs zu vermerken. Im Zweifel sollte sich der Arzt vor dem Eingriff vergewissern, ob es bei der Einwilligung bleibt.

VIELE FRAGEN UND HERAUSFORDERUNGEN - PFLEGEPERSONALKOSTENABGRENZUNGSVEREINBARUNG NACH § 17b ABS. 4 SATZ 2 KHG



Annika Brunkhardt
Prokuristin, Senior Managerin,
Fachbereich Gesundheitswirt-
schaft, BDO
Tel.: 0221 97357-158
annika.brunkhardt@bdo.de

Viele Fragen und viele Herausforderungen

Am 04.03.2019 hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) veröffentlicht, dass sich die Vertragsparteien auf Bundesebene auf die Vereinbarung nach § 17b Abs. 4 Satz 2 KHG zur Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten und zur Zuordnung von Kosten von Pflegepersonal (Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung) geeinigt haben und verweist darauf, dass das Unterschriftenverfahren eingeleitet wurde. Die Vereinbarung definiert die im Rahmen der DRG-Kalkulation auszugliedernden Pflegepersonalkosten und enthält Vorgaben für die Zuordnung von Pflegepersonalkosten zur unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen.

Nach der Veröffentlichung der Vereinbarung nach § 17b Abs. 4 Satz 2 KHG gibt es nicht viel mehr Klarheit über mögliche krankenhausespezifische Konsequenzen als vorher. Laut DKG erarbeiten die Vertragsparteien derzeit noch konkretisierende Umsetzungs- und Zuordnungshinweise zur Vereinbarung, die zeitnah veröffentlicht werden sollen.

Genauso wenig wird klargestellt, welche Auswirkungen die Festlegungen auf die Weiterentwicklung in Bezug auf den Pflegelast-Katalog 0.99 des InEK (Datengrundlage Jahr 2016) vom 29.3.2018 haben. Es bleibt die Frage bestehen, ob der Pflegelast-Katalog 0.99 die Basis für den zum 30.9.2019 zu erstellenden Katalog mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen, der die Grundlage für das Pflegebudget nach § 6a KHEntgG ist, entsprechend angepasst wird. Die Frage, ob also eine stufenweise oder eine parallele Weiterentwicklung der Kataloge erfolgt, wird auf Bundesebene durch die Vertragsparteien diskutiert.

Sicher ist, dass sich im Vergleich zum Pflegelast-Katalog 0.99 des InEK eine abweichende Pflegekostenausgliederung, die sich auf bettenführende Stationen beschränkt, ergibt. Nach dem Wortlaut der Vereinbarung erfolgt „eine Orientierung an den Vorgaben der Krankenhausbuchführungsverordnung (KHBV) unter Berücksichtigung der Vorgaben des Handbuchs zur Kalkulation von Behandlungskosten der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene“. Sicher ist auch, dass aktuelle Prognosen zur Ableitung eines Pflegebudgets mit großen Unsicherheiten verbunden sind, da eine aktuellere Datengrundlage und eine veränderte Kostenmatrix aufgrund der neuen Definition der

auszugliedernden Pflegepersonalkosten Auswirkungen auf die Bewertungsrelationen der Pflegekosten haben.

Konkretisierung der Pflegekostenausgliederung

Durch die Konkretisierung in Anlage 1 der Vereinbarung nach § 17b Abs. 4 Satz 2 KHG beschränken sich die auszugliedernden Pflegekosten auf die bettenführenden Stationen. Kosten von Personal der Dienstarten MTD und FD, gehören nicht mehr dazu. Ebenso erfolgt nur noch die Personalkostenausgliederung der bettenführenden Aufnahmestation aus der InEK-Kostenmatrix.

Die Anlage 2 der Vereinbarung nach § 17b Abs. 4 Satz 2 KHG konkretisiert weitere Personalkostenabgrenzung, die bisher nicht geregelt waren. So wird bspw. geklärt, dass folgende Personalkosten zum Pflegebudget zuzurechnen sind:

- pflegerisches Fremdpersonal,
- Pflegekräfte, die sowohl patientennah als auch -fern eingesetzt werden, sind gemäß ihrem patientennahen Tätigkeitsanteil nach zu berücksichtigen,
- Stationssekretärinnen.

Im DRG-Budget dagegen verbleiben:

- Pflegedienstleitung,
- innerbetrieblicher Patiententransportdienst.

Der erstmalig ohne Pflegepersonalkosten zu kalkulierende DRG-Katalog für das Jahr 2020 beruht systembedingt auf Daten des vorvergangenen Jahres. Das InEK wird daher die bis dato noch nicht vollständig bekannten Bereinigungsregeln auf die Ist-Kosten der Kalkulationshäuser aus dem Jahr 2018 anwenden müssen. Für die Krankenhäuser bleiben die hausindividuellen ökonomischen Konsequenzen noch weiter unabsehbar. Welche Auswirkungen der grundlegende Umbau des DRG-Systems insgesamt zeigen wird, ist offen.

Fazit

Für die Krankenhäuser ergeben sich primär viele Fragen, die es zu klären gilt:

- Ausgliederung in der Pflege, die ihre tatsächlichen Pflegepersonalkosten übersteigen und deren Auswirkungen auf die Kostenstruktur der Rest-DRG
- Fehlende Kompensationsmöglichkeiten von Kostenunterdeckungen der Rest-DRG
- Unzureichende Refinanzierung von pflegeentlastenden Maßnahmen
- Sanktionen bei Unterschreitung der Pflegepersonallimiten
- Identifizierung von Verwerfungen bei der Pflegelastermittlung
- Leistungsorientierte Personalbedarfsermittlung für die betroffenen Personalgruppen.



HAMBURG (ZENTRALE)

Fuhrentwiete 12
20355 Hamburg
Telefon: +49 40 30293-0
Telefax: +49 40 337691
hamburg@bdo.de

BERLIN

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin
Telefon: +49 30 885722-0
Telefax: +49 30 8838299
berlin@bdo.de

DÜSSELDORF

Georg-Glock-Straße 8
40474 Düsseldorf
Telefon: +49 211 1371-0
Telefax: +49 211 1371-120
duesseldorf@bdo.de

FRANKFURT/MAIN

Hanauer Landstraße 115
60314 Frankfurt am Main
Telefon: +49 69 95941-0
Telefax: +49 69 95941-111
frankfurt@bdo.de

KASSEL

Theaterstraße 6
34117 Kassel
Telefon: +49 561 70767-0
Telefax: +49 561 70767-11
kassel@bdo.de

KÖLN

Im Zollhafen 22
50678 Köln
Telefon: +49 221 97357-0
Telefax: +49 221 7390395
koeln@bdo.de

MÜNCHEN


Landaubogen 10
81373 München
Telefon: +49 89 76906-0
Telefax: +49 89 76906-144
muenchen@bdo.de

OLDENBURG

Moslestraße 3
26122 Oldenburg
Telefon: +49 441 98050-0
Telefax: +49 441 98050-180
kontakt@bdo-arbicon.de

STUTTGART

Augustenstraße 1
70178 Stuttgart
Telefon: +49 711 50530-0
Telefax: +49 711 50530-199
stuttgart@bdo.de



BDO Legal Rechtsanwaltsgesellschaft mbH
Im Zollhafen 22
50678 Köln
Telefon: +49 221 97357-800
Telefax: +49 221 97357-290

www.bdolegal.de