

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	XIV
A. Einführung	1
I. Unzulässige Kooperationen im Gesundheitswesen – von Friedrich-Wilhelm III. bis zum Diagnose-Upcoding	1
II. Rechtliche Rahmenbedingungen – Gang der Untersuchung	3
B. Grundbegriffe, Erscheinungsformen und Interessenlagen unzulässiger Kooperation	5
I. Vorstellung der einzelnen Akteure	5
1. Der Begriff des Leistungserbringers	5
2. Vertragsärzte	6
3. Nicht-ärztliche Leistungserbringer	7
a) Hilfsmittelerbringer und der Begriff des Hilfsmittels	7
b) Krankenhäuser	8
II. Ursachen unzulässiger Kooperation im deutschen Gesundheitswesen	8
1. Das Gesundheitswesen als bedeutender Wirtschaftszweig	9
2. Strukturelle Besonderheiten im Gesundheitswesen	9
a) Intransparenz und Komplexität	9
b) Verschärfung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung	11
c) Schlüsselstellung der Vertragsärzte im System der gesetzlichen Krankenversicherung	12
III. Auswirkungen und Rechtsgutkollisionen	13
1. Gefährdung des Wirtschaftlichkeitsgebots	14
2. Die Perspektive der Patienten	14
a) Potentielle Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit	14
b) Vertrauensverlust in die Integrität heilberuflicher Entscheidungen	15
3. Gefährdung der ärztlichen Unabhängigkeit	15
4. Gefahr der Verzerrung des Wettbewerbs	16
IV. Erscheinungsformen unzulässiger Kooperation im Gesundheitswesen	17
1. Gängige Formen unzulässiger Kooperationen aus der Praxis	17
2. Eingrenzung auf ausgewählte Kooperationsmodelle	18

C. Sozial- und krankenhausesrechtliche Beurteilung ausgewählter Kooperationsmodelle	19
I. Kooperationsformen zwischen Vertragsärzten und nicht-ärztlichen Leistungserbringern bei der Versorgung mit Hilfsmitteln	19
1. § 128 SGB V als zentrale Norm des Sozialrechts	19
a) Gesetzesentwicklung und Zielsetzung	19
aa) Ursprünglicher Inhalt und Wiedereinführung	19
bb) Intention des Gesetzgebers	20
cc) Erweiterung durch die 15. AMG-Novelle	21
dd) Verschärfung durch das GKV-VStG	21
ee) Jüngste Erweiterung durch das HHVG	22
ff) Zusammenfassung	22
b) Keine Anwendbarkeit auf die privatärztliche Versorgung	23
2. Die Abgabe von Hilfsmitteln über Depots – § 128 Abs. 1 SGB V	23
a) Typische Erscheinungsformen eines Hilfsmitteldepots	23
b) Persönlicher Anwendungsbereich	23
c) Sachlicher Geltungsbereich – Auslegungsprobleme	24
aa) Der Begriff des „Depots“	24
(1) Grammatikalische Auslegung	24
(2) Systematische Auslegung	25
(3) Teleologische Auslegung und Entstehungsgeschichte	26
(4) Ergebnis zur Auslegung	26
(5) Untersuchung praxisrelevanter Erscheinungsformen von Depots	27
(a) Konsignationslager	27
(b) Angemietete Räume in Kliniken oder bei Vertragsärzten	28
(c) Einschränkung des Tatbestands für Depots von Krankenkassen?	28
(d) Fazit	29
bb) Depots „bei“ Vertragsärzten	29
(1) Räumliche Komponente – Vertretene Vorgehensweisen	29
(2) Kritik und eigene Beurteilung	30
cc) Personelle Komponente	31
dd) „Abgabe“ von Hilfsmitteln	32
ee) Beschränkung des Tatbestands auf erstattungsfähige Hilfsmittel	32

(1) Vertretene Vorgehensweisen	33
(2) Kritik und eigener Begründungsansatz	33
ff) Ausnahme der Notfallversorgung	34
d) Zusammenfassung	35
3. Die „verkürzte Versorgung“ von Versicherten mit Hilfsmitteln	36
a) Abgrenzung zwischen klassischem und verkürztem Versorgungsweg anhand der Versorgung mit Hörgeräten	36
aa) Klassischer Versorgungsweg	36
bb) Verkürzter Versorgungsweg	37
b) Abgrenzung zur Abgabe von Hilfsmitteln über Depots	37
c) Konfliktpotential und kontroverse Beurteilung	38
d) Vereinbarkeit mit § 128 Abs. 2 SGB V	38
aa) Sachlicher Geltungsbereich – Auslegungsprobleme	39
(1) Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln	39
(a) Grammatikalische Auslegung	39
(b) Systematische Auslegung	39
(c) Teleologische Auslegung und Entstehungsgeschichte	40
(d) Ergebnis zur Auslegung	41
(2) Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile	41
(a) Beschränkung auf materielle Vorteile	42
(b) Zwischenergebnis	44
(3) Beschränkung auf erstattungsfähige Hilfsmittel	44
bb) Zusammenfassung	44
e) Zulässige Gestaltung durch Verträge mit den Krankenkassen	45
f) Berücksichtigung berufsrechtlicher Wertungen im Rahmen von § 128 SGB V?	45
aa) §§ 3 Abs. 2, 31 Abs. 2 MBO-Ä als Rechtfertigungsgründe?	45
bb) Zwischenergebnis	47
g) Umsetzung in der Praxis	47
h) Zusammenfassung	48
4. Auswirkungen von Verstößen gegen § 128 SGB V	49
a) Sanktionen gegenüber den nicht-ärztlichen Leistungserbringern	49
aa) Bestandsaufnahme in der Praxis	49
bb) Keine unmittelbaren Sanktionen aus § 128 SGB V	49
cc) Art der möglichen Sanktionen	50

dd)	Umsetzung von Sanktionen in der Praxis	51
ee)	Reichweite des Versorgungsausschlusses	51
(1)	Ausschluss von Vertragsabschlüssen mit sämtlichen Krankenkassen?	52
(2)	Fehlen einer Rechtsgrundlage zum „Vollversorgungsausschluss“	52
(3)	Grundsatz der Verhältnismäßigkeit	53
(4)	Zwischenergebnis	54
ff)	Auswirkungen auf den Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse	54
(1)	Entstehung des Vergütungsanspruchs	55
(2)	Rechtsfolge von Verstößen für den Vergütungsanspruch	55
(a)	Vertretene Vorgehensweisen und Kritik	56
(b)	Eigene Beurteilung anhand der Auslegung von § 128 SGB V	56
(aa)	Grammatikalische Auslegung	56
(bb)	Systematische Auslegung	57
(cc)	Teleologische Auslegung – Nichtigkeit nach § 134 BGB?	59
(i)	§ 128 SGB V als Verbotsgesetz	59
(ii)	Nichtigkeitssanktion als Rechtsfolge?	59
(c)	Ergebnis zum Schicksal des Vergütungsanspruches	61
gg)	Privatrechtliche Schadensersatzansprüche von Patienten?	61
(1)	§ 128 SGB V als Schutzgesetz i.S.v. § 823 Abs. 2 BGB?	61
(2)	Zwischenergebnis	62
hh)	Zusammenfassung	62
b)	Sanktionen gegenüber Vertragsärzten	63
aa)	Vertragsärzte als Normadressaten von § 128 SGB V?	63
(1)	Einbeziehung in das Depotverbot – analoge Anwendung von § 128 Abs. 5 a SGB V?	63
(a)	Vorliegen einer planwidrigen Regelungslücke?	64
(b)	Zwischenergebnis	65
(c)	Anregung einer Erweiterung von § 128 Abs. 5 a SGB V	65
(2)	Adressatenstellung von angestellten Ärzten in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen?	66
(a)	Angestellte Ärzte in medizinischen Versorgungszentren	66
(b)	Angestellte Krankenhausärzte	66
(c)	Zwischenergebnis	67

(3) Zusammenfassung	67
bb) Vertragsarztrechtliche Sanktionen	67
(1) Maßnahmenkatalog der Kassenärztlichen Vereinigung	68
(2) Entzug der vertragsärztlichen Zulassung – § 95 Abs. 6 S. 1 SGB V	68
(a) Verhältnis zu den disziplinarrechtlichen Sanktionen	68
(b) Vorliegen einer „gröblichen“ Pflichtverletzung?	69
(c) Antragsrecht der Krankenkassen	70
(d) Ergebnis zum Entzug der vertragsärztlichen Zulassung	70
(3) Widerruf der Approbation?	70
(4) Vertragliche Haftung gegenüber Patienten aus dem Behandlungsvertrag?	71
(5) Zusammenfassung	72
II. Fangprämien als Gegenleistung für die Zuweisung von Patienten	73
1. Definition und Hintergrund der Vereinbarung von Fangprämien	73
2. Mediale Aufmerksamkeit – Studie „Zuweisung gegen Entgelt“	75
3. Die Beurteilung der Zuweisung von Patienten an Krankenhäuser	76
a) Vereinbarkeit mit § 73 Abs. 7 SGB V	76
aa) Anwendbarkeit der Vorschrift	77
(1) Verhältnis zu § 31 a KHGG NRW?	77
(a) Adressatenkreis von § 73 Abs. 7 SGB V	78
(b) Adressatenkreis von § 31 a KHGG NRW	78
(c) Zwischenergebnis	79
(2) Verhältnis zu § 128 SGB V?	79
(3) Ergebnis zur Anwendbarkeit von § 73 Abs. 7 SGB V	80
bb) Tatbestandliche Voraussetzungen	80
(1) Die „Zuweisung“ von Versicherten	80
(a) Einschränkung bei Bitte des Versicherten um Empfehlung?	81
(b) Einschränkung bei Offenlegung von Interessenkonflikten?	82
(c) Notwendigkeit eines „Zuweisungserfolges“?	84
(d) Beschränkung auf Zuweisungen unter den Angehörigen von Heilberufen?	85
(2) Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile	86
(a) Erstreckung des Tatbestands auf Dritt Vorteile?	86
(aa) Grammatikalische Auslegung	86
(bb) Systematische Auslegung	87

(cc) Teleologische Auslegung und Entstehungsgeschichte	88
(b) Ergebnis und Anregung zur Erweiterung von § 73 Abs. 7 SGB V	89
(3) Die Konnexität zwischen Vorteil und Zuweisung	89
(a) Allgemeines	89
(b) Kriterien zur Nachweisbarkeit	90
(c) Ausschluss der Unrechtsvereinbarung durch Sozialadäquanz?	91
(aa) Die prä- und poststationäre Behandlung – § 115 a SGB V	92
(i) Rechtliche Grundlagen	92
(ii) Auswirkungen der Novellierung von § 115 a SGB V	93
(bb) Fazit	96
(4) Begehungsformen	97
(a) Die Begehungsformen im Einzelnen	97
(b) „Fordern“ eines Vorteils tatbestandsmäßig?	97
cc) Sanktionsmechanismen gegenüber Vertragsärzten – Verlust des Vergütungsanspruchs	98
dd) Zusammenfassung	100
b) Vereinbarkeit mit § 31 a KHGG NRW?	100
aa) Entstehungsgeschichte und Gesetzgebungsverlauf	100
bb) Anwendbarkeit der Vorschrift	101
cc) Tatbestandliche Voraussetzungen von § 31 a KHGG NRW	101
(1) Die Zuweisung von Patienten	101
(a) Parallelität zum sozial- und berufsrechtlichen Zuweisungs begriff	102
(b) Zuweisung von Nicht-Ärzten an das Krankenhaus	102
(aa) Grammatikalische und systematische Auslegung	103
(bb) Teleologische Auslegung und Entstehungsgeschichte	104
(cc) Ergebnis zur Auslegung	105
(c) Krankenhäuser als Zuweiser – „umgekehrte Fangprämien“	106
(2) Unrechtsvereinbarung und Vorteile für die Zuweisung	107
dd) Sanktionsmechanismen gegenüber Krankenhäusern/Krankenhausträgern?	107
(1) Rechtliche Qualifizierung der Sanktionen	107
(2) Verhältnis zu den allgemeinen Instrumenten der Rechts- aufsicht	108
(3) Untersagungsverfügung	108

(4) Herausnahme aus dem Krankenhausplan – § 31 a Abs. 3 KHGG NRW	109
(a) Einordnung des Verweises auf § 16 Abs. 2 KHGG NRW	109
(b) Vorliegen eines „besonders schweren Falles“	110
(aa) Bedeutung der Herausnahme aus dem Krankenhausplan	110
(bb) Hohe Anforderungen an den „besonders schweren Fall“	111
(c) Zwischenergebnis	112
(5) Verlust des Vergütungsanspruches gegenüber der Krankenkasse	112
(a) Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruches	112
(b) Vorliegen der Voraussetzungen von § 134 BGB	113
ee) Fazit – Regelungsbedarf auf Landesebene	114
D. Resümee	115
Literaturverzeichnis	119