JUS-Letter
Juni 2012 | Jahrgang 12 | Ausgabe 2

BD*Aktuell*

In dieser Ausgabe:

Vergütung der postoperativen Überwachung nach ambulanten bzw. belegärztlich durchgeführten Eingriffen – Warum eine Absprache zwischen Operateur und Anästhesist so wichtig ist! 361

DRG-Kodierung unterlassen – Kündigung! 363

Berufsverband Deutscher Anästhesisten
- Justitiare -
Roritzerstraße 27
90419 Nürnberg
Telefon: 0911 93378 17
0911 93378 27
Telefax: 0911 3938195
E-Mail: Justitiare@bda-ev.de
Internet: www.bda.de

Vergütung der postoperativen Überwachung nach ambulanten bzw. belegärztlich durchgeführten Eingriffen

Warum eine Absprache zwischen Operateur und Anästhesist so wichtig ist!

Dr. Philip Schelling/Anna Brix, München*, **Elmar Mertens**, Aachen

Wer für die postoperative Überwachung zuständig und damit haftungsrechtlich verantwortlich ist, ist häufig in individuellen Absprachen zwischen Anästhesist und Operateur geregelt. Fehlt es an speziellen Abmachungen, gelten subsidiär die von den beteiligten Berufsverbänden getroffenen Vereinbarungen über die Zusammenarbeit bei der operativen Patientenversorgung (www.bda.de → Empfehlungen/Publikationen). Danach endet die postoperative Überwachungspflicht des Anästhesisten dann, wenn die Vitalfunktionen des Patienten (Schutzreflexe, Atmung und Kreislaufregulation) vollständig wiederhergestellt und unmittelbar mit der Narkose zusammenhängende Komplikationen nicht mehr zu besorgen sind (vgl. OLG Naumburg, Urteil vom 14.09.2004, Az. 1 U 97/03). Dagegen ist für Komplikationen, die sich aus der Operation selbst ergeben, nach den Grundsätzen der horizontalen Arbeitsteilung der Operateur verantwortlich (vgl. z.B. OLG Düsseldorf, Urteil vom 19.10.2000, Az. 8 U 183/99: Kontrolle von Blutdruck und Herzfrequenz, um etwaige Nachblutung nach Laparoskopie zu erkennen).

EBM-Vorschriften

Während also haftungsrechtlich aufgrund der jeweiligen fachlichen Abgrenzung in der Regel entweder der eine oder der andere für die postoperative Überwachung zuständig ist, ist es nach den einschlägigen Vorschriften des EBM sowohl dem Anästhesisten als auch dem Operateur gestattet, nach bestimmten ambulanten bzw. belegärztlich durchgeführten Eingriffen Leistungen im Zusammenhang mit der postoperativen Überwachung zu erbringen und abzurechnen (EBM Abschnitt IV, Kap. 31: arztgruppenüberschreitende bei spezifischen Voraussetzungen berechnungsfähige Gebührenpositionen, GOP 31501 bis 31507 GOP bzw. GOP 36501 bis 36508).

Freilich wird dem Anästhesisten und Operateur damit nicht die Möglichkeit eröffnet, identische Leistungen „doppelt" abzurechnen. Der EBM stellt vielmehr klar, dass die postoperative Überwachung gemäß Kapitel 31.3 und 36.3 EBM nur einmal je Patient nach einer Operation abgerechnet werden kann.

Sind wie so häufig an der postoperativen Überwachung sowohl Anästhesist als auch Operateur beteiligt – etwa indem die Überwachung von Atmung, Kreislauf und Vigilanz von Seiten der Anästhesie

* Rechtsanwälte/Fachanwälte für Medizinrecht; Kanzlei Ulsenheimer/Friederich, München

© Anästh Intensivmed 2012;53:361-364 Aktiv Druck & Verlag GmbH

erfolgt, während die Abschlussuntersuchung vom Operateur oder von beiden durchgeführt wird – schreibt der EBM zur Vermeidung einer Doppelabrechnung ausdrücklich vor, dass die beteiligten Ärzte eine Vereinbarung darüber treffen müssen, wer die entsprechende „GOP-Ziffer" letztlich abrechnet. Diese Vereinbarung muss nicht für jeden Patienten individuell, sondern kann auch pauschal für mehrere Quartale getroffen werden. Da sie Abrechnungsvoraussetzung ist, sollte sie zum Zwecke des Nachweises schriftlich getroffen werden.

Präambel des EBM 31.3.1 Nr. 1 bzw. 36.3.1 Nr. 1 EBM (Stand 2/2012)

Haben an der Erbringung der Leistungen des Abschnitts 31.2 bzw. 36.2, die nachfolgend eine Überwachung entsprechend Gebührenpositionen des Abschnitts 31.3 bzw. 36.3 erforderlich machen, oder an der Überwachung selbst mehrere Ärzte mitgewirkt, hat der die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts abrechnende Arzt in einer Quartalsabrechnung beizufügenden und von ihm unterzeichneten Erklärung zu bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er alleine in den jeweiligen Fällen diese Gebührenpositionen berechnet.

Ein Ausgleich bzw. eine Aufteilung des vereinnahmten Honorars für die postoperative Überwachung kann zwischen Operateur und Anästhesist im Innenverhältnis durch eine Kooperationsvereinbarung erfolgen, die ebenfalls schriftlich getroffen werden sollte. In derart gelagerten Fällen müssen ggf. steuerrechtliche Aspekte berücksichtigt werden.

Die Praxis zeigt nun, dass Anästhesisten und Operateure bisweilen Patienten gemeinsam postoperativ betreuen, ohne im Vorfeld geklärt, geschweige denn schriftlich vereinbart zu haben, wer abrechnet. Die Gründe hierfür sind unterschiedlich: Ist z.B. die anästhesiologische Seite aufgrund einer vertraglichen Vereinbarung mit dem Betreiber eines ambulanten OP-Zentrums oder einer Klinik zur Abgabe eines bestimmten Anteils des vereinnahmten Honorars aus dem postoperativen Überwachungskomplex (als Gegenleistung für die Inanspruchnahme von Personal und Geräten) verpflichtet, ist die Schlussfolgerung, dann auch ohne weiteres (und auch für den Operateur erkennbar) abrechnungsbefugt zu sein, zunächst nachvollziehbar. Häufig wird man die Frage der Abrechnung aber schlichtweg auch deswegen mit den Kollegen nicht offen thematisieren, um die oft bereits angespannte Stimmung zwischen den beiden „Lagern" nicht mit Überlegungen oder Forderungen zur Honorarverteilung weiter zu belasten. Klärungsbedarf wird man insbesondere dann schwerlich erkennen, wenn die Praxis der „Doppelabrechnung" auch in der Vergangenheit nicht beanstandet worden ist. Daneben wird es Fälle geben, in denen den Ärzten gar nicht bekannt ist, dass auch der jeweils andere Kollege die Leistungen abrechnet; dass – mangels Kenntnis der Abrechnungsvorschriften – entsprechendes „Unrechtsbewusstsein" und damit Sensibilität für das Problem fehlen, ist ebenfalls denkbar.

Gefahr: Doppelabrechnung

Was geschieht, wenn sowohl der Anästhesist als auch der Operateur im gleichen Patientenfall den postoperativen Überwachungskomplex abrechnen?

Das angeforderte Honorar wird zwar zunächst beiden Ärzten (Anästhesist und Operateur) im Honorarbescheid gutgeschrieben. Fällt die „Doppelabrechnung" im Rahmen eines Prüfverfahrens der KV oder des Prüfungsausschusses aber auf, wird nicht etwa die Leistung allein dem Anästhesisten zugeordnet, sondern sowohl das an den Operateur als auch an den Anästhesisten ausbezahlte Honorar im Wege einer sachlich-rechnerischen Richtigstellung (vgl. § 106 a SGB V) per Bescheid vollumfänglich zurückgefordert. Mit dem Einwand, dass die Leistung erbracht worden ist und zumindest einem Arzt gutgeschrieben werden muss, werden die Betroffenen nicht gehört. Auch mit dem Hinweis, dass ein Teil des vereinnahmten Honorars aufgrund einer vertraglichen Vereinbarung bereits anderweitig (z.B. an das OP-Zentrum oder die Klinik, s.o.) ausgekehrt worden und damit „weg" ist, werden sie nicht durchdringen. Ob die Ärzte von der Abrechnung auch des jeweiligen Kollegen oder vom Erfordernis einer entsprechenden Abstimmung untereinander wussten oder nicht, spielt ebenfalls keine Rolle, da eine sachlich-rechnerische Richtigstellung kein Verschulden der betroffenen Ärzte erfordert.

Die Sanktionen bei einer Doppelabrechnung der postoperativen Überwachung (Honorarrückforderung, ggf. Disziplinarverfahren und/oder sogar Strafverfahren wegen Abrechnungsbetruges) sind für den Anästhesisten und den Operateur gleichermaßen bedrohlich. Auch aus diesem Grund empfiehlt es sich, schon im Vorfeld schriftlich zu regeln, wer den postoperativen Behandlungskomplex gegenüber der KV abrechnet.

Interner Kostenausgleich

Es bleibt den Ärzten dabei unbenommen, im Innenverhältnis einen finanziellen Ausgleich zu vereinbaren. Aus haftungsrechtlicher Sicht ist in diesem Zusammenhang interessant, dass eine solche interne Vereinbarung über die Aufteilung des vereinnahmten Honorars gleichzeitig einen speziellen Verantwortungsbereich eröffnen kann. So hat das OLG Düsseldorf (Urteil vom 19.10.2000, Az. 8 U 183/99) eine Zuständigkeit des Gynäkologen für die postoperative Überwachung auch mit der Begründung angenommen, dass alleine schon die intern getroffenen Regelung, wonach das Honorar für die postoperative Betreuung im Verhältnis 60:40 zugunsten des Gynäkologen aufgeteilt wird, zeigt, dass auch der Gynäkologe diesbezüglich von einem eigenen Verantwortungsbeitrag ausgegangen ist.

Damit wird also deutlich, dass Fragen der Haftung einerseits und Abrechnung andererseits nicht immer strikt zu trennen sind, sondern sich sogar bedingen können.

Einschlägige sozialgerichtliche Urteile zu der dargestellten Problematik sind nicht bekannt, was aber wohl nur daran liegt, dass sich Anästhesisten und Operateure

spätestens im Laufe eines Prüfverfahrens hinsichtlich der Abrechnungsbefugnis entweder doch noch einigen oder die Rückforderung akzeptieren, um ein teures und zeitaufwändiges Gerichtsverfahren mit ungewissem Ausgang zu vermeiden.
Zur zivilrechtlichen Frage der Berechtigung eines Kostenausgleichs zwischen Anästhesist und Operateur, auch unter berufsrechtlichen Aspekten, hat der BGH (Urteil vom 20.03.2003, Az. III ZR 135/02) Stellung genommen und seiner Entscheidung folgenden Leitsatz vorangestellt.

Fazit:

Die postoperativen Überwachungskomplexe nach ambulanten bzw. belegärztlichen Eingriffen (GOP 31501 bis 31507 GOP bzw. GOP 36501 bis 36508 EBM) können arbeitsteilig erbracht werden (z.B. Anästhesist: Kontrolle der Vitalparameter; Operateur: Abschlussuntersuchung). Dies stellt eine Ausnahme vom Grundsatz dar, dass der Vertragsarzt nur Leistungen abrechnen darf, die er zuvor persönlich und vollständig erbracht hat.
Haben an der postoperativen Überwachung sowohl der Anästhesist als auch der Operateur mitgewirkt, muss durch eine Vereinbarung sichergestellt sein, dass die Leistung nur durch den Arzt abgerechnet wird. Eine entsprechende Absprache zwischen Operateur und Anästhesist und Erklärung gegenüber der KV ist Abrechnungsvoraussetzung. Ist eine solche Vereinbarung nicht getroffen worden, besteht kein automatischer „Vorrang" des Anästhesisten gegenüber dem Operateur. Die KV kann bei fehlender Absprache sowohl vom Anästhesisten als auch vom Operateur die dort abgerechneten Leistungen vollumfänglich zurückfordern, selbst wenn die Leistung unstreitig ordnungsgemäß und vollständig erbracht worden ist. Ein Plausibilitätsverfahren wegen einer unzulässigen „Doppelabrechnung" kann nicht nur zu einer Honorarrückforderung und damit zu beträchtlichen finanziellen Einbußen führen, sondern auch in ein strafrechtliches Ermittlungsverfahren mit gegebenenfalls approbations-, berufs- und disziplinarrechtlichen Konsequenzen münden.

DRG-Kodierung unterlassen – Kündigung!

Dr. iur. E. Biermann, Nürnberg

Das Sächsische Landesarbeitsgericht (LAG)[1] hatte über die Kündigungschutzklage eines Chefarztes zu entscheiden. Der Kläger, Chirurg und Unfallchirurg, war seit 1994 bei dem klagenden Krankenhaus und dort seit 2003 als Chefarzt tätig. Im Rahmen eines Personalgespräches wurden ihm im März 2009 u.a. Mängel in der fachlichen Führung vorgehalten; er wurde mit Patientenbeschwerden konfrontiert. Im April 2009 spitzte sich die Problematik zu: Dem Chefarzt wurden nun auch Mängel bei der Dokumentation und Kodierung vorgeworfen. In seinem Dienstvertrag befand sich die dem Mustervertrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft entsprechende, übliche Klausel, dass der Chefarzt insbesondere für eine richtige und vollständige Kodierung/Dokumentation der für die Eingruppierung im DRG-System erforderlichen Diagnosen und Prozeduren unter Beachtung der jeweils gültigen Kodierrichtlinien verantwortlich ist.
Am 16.04.2009 wurde er abgemahnt, weil er einen Anfang November 2008 durchgeführten Eingriff bis zum 10.12.2008 nicht dokumentiert hatte. Die Eingabe der Daten sei erst durch das Medizincontrolling erfolgt. Dem Chefarzt wurde Gelegenheit zur Stellungnahme bis zum 27.04.2009 gegeben. Doch schon drei Tage vorher, am 24.04.2009, wurde er erneut abgemahnt, weil er zwei Eingriffe an einem Patienten im Oktober und November 2008 nicht ausreichend dokumentiert hatte, so dass die beiden Fälle vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) zu einem Fall zusammengeführt wurden und dem beklagten Krankenhaus finanzielle Einbußen entstanden. Seine zu diesem Fall abgegebenen Stellungnahmen für den MDK hätten sich als widersprüchlich erwiesen.
Am 27.04.2009 kommt es wieder zu Unstimmigkeiten bei der Dokumentation eines Eingriffs; eine fehlende Kodierung musste durch einen Mitarbeiter des Medizincontrollings Anfang Mai nachgeholt werden. Das Krankenhaus kündigt nach Anhörung des Betriebsrates das Arbeitsverhältnis mit dem Chirurgen; dieser erhob dagegen Kündigungsschutzklage.
Während das Arbeitsgericht Bautzen in erster Instanz der Klage des Chefarztes stattgab, unterlag dieser vor dem Sächsischen Landesarbeitsgericht: Das LAG hält die ausgesprochene verhaltensbedingte Kündigung für wirksam. Das LAG geht davon aus, dass der Chirurg seine arbeitsvertraglichen Pflichten verletzt hat, dass er hierfür wirksam abgemahnt wurde und dass sich „ein der abgemahnten Arbeitspflichtverletzung gleichzusetzender Arbeitsvertragsverstoß wiederholt hat".
Unstreitig fehlte die Kodierung vom 27.04.2009. Der Chefarzt hat sich damit verteidigt, aufgrund der „Mitternachtsumstellung des Computersystems" habe er „im Computer die in der Nacht durchgeführte Operation nicht gefunden, weshalb eine Kodierung versehentlich nicht eingetragen worden sei". Nach dem LAG ist aber unerheblich, „dass und aus welchen Gründen der Kläger (Chefarzt, Anmerk. d. Verf.) die fehlende DRG-Kodierung nicht erkennen konnte. Denn jedenfalls fehlt sie." Auch war nach diesem Zwischenfall keine erneute Abmahnung erforderlich, da zuvor „eindringlich und mit deutlicher Warnung" zweimal abgemahnt worden war. Eine zweite Abmahnung habe er ja zudem drei Tage vor dem Eingriff, dessen mangelhafte Dokumentation zur Kündigung führte, erhalten.

Die im Kündigungsschutzprozess vorzunehmende Abwägung der gegenseitigen Interessen – Bestandsschutz des Chirurgen gegen Lösungsinteresse des beklagten Krankenhauses – geht im konkreten Fall, so das LAG, zu Lasten des klagenden Chirurgen aus.

1 Urt. v. 01.12.2010 Az. 2 Sa 56/10; http://www.bda.de/urteile/db/

Dies begründet das LAG so:

„Der Kläger blendet die wirtschaftlichen Interessen der Beklagten am Betrieb eines Krankenhauses aus, indem er insinuiert, es handele sich um Einzelfälle mit geringem Schadenspotential, wobei der Schadenseintritt durch das vorhandene Medizincontrolling auch noch habe verhindert werden können.

Damit stellt der Kläger eine (seine) zentrale Verpflichtung aus dem die Parteien verbindenden Arbeitsvertrag jedenfalls hinsichtlich des Kündigungssachverhalts sowie der Abmahnungssachverhalte schlicht in Frage. Gemessen daran ist die Beklagte nicht gehalten, es auf Wiederholungen oder gar unentdeckte Vertragsverstöße ankommen zu lassen. Verweisen lassen muss die Beklagte sich insbesondere auch nicht auf die in der Berufungsverhandlung offensichtlich gewordene Idee des Klägers, wonach das Medizincontrolling die Funktion habe, ihn an die Erfüllung seines Arbeitsvertrages zu erinnern. Auch wenn dies die Aufgabe des Medizincontrollings sein sollte oder es sich um eine wünschenswerte Aufgabe dieses Medizincontrollings handelte, vermag keine Kontrolle die gemäß § 613 Satz 1 BGB in Person des Arbeitsnehmers zu leistende Dienstpflicht zu ersetzen. Oder anders: Selbst wenn man die hier in Rede stehende arbeitsrechtliche Verpflichtung des Klägers als bloße, nicht einklagbare Obliegenheit einstufen würde, änderte sich nichts daran, dass die negativen Konsequenzen der Obliegenheitsverletzung der Kläger zu tragen hätte. Insbesondere darf er nicht auf eine Kontrolle verweisen, die – ebenso wie er – vertragswidrig versagen könnte.

Die allein durch das Controlling letztlich verhinderten Schäden sind auch nicht von untergeordneter Bedeutung. In der Größenordnung ergeben der Kündigungssachverhalt sowie die beiden abgemahnten Sachverhalte einen Wert von ca. fünf monatlichen Grundvergütungen des Klägers oder den des Jahreslohns anderer Beschäftigter, welche Beträge nur durch ordentliche Dokumentation und Abrechnung erwirtschaftet werden können ... . Gemessen daran überrascht die klägerische Hartnäckigkeit, die sich etwa in der unterlassenen Reaktion auf Anmahnungen ... zeigt".

Keine Frage: Der Sachverhalt zeigt deutlich, dass sich das Krankenhaus um jeden Preis von dem betroffenen Chefarzt trennen wollte und gezielt nach Angriffspunkten gesucht wurde, die in kürzester Folge und ohne dass dem Chefarzt eine „Bewährung" ermöglicht wurde, abgemahnt wurden.

Angesichts eines mehr als zehn Jahre bestehenden Vertragsverhältnisses und des Alters des Chirurgen – er war zum Zeitpunkt des Urteils 55 Jahre alt – erstaunt aber die Entscheidung des LAG zu Lasten des Chirurgen – nicht zuletzt auch wegen ihrer Diktion. Gleichwohl macht das Urteil die Bedeutung der Kodierung und Dokumentation deutlich. Vor dem Hintergrund der Arbeitsverdichtung und der komplizierten Abläufe innerhalb der Abteilungen sollte das Urteil Anlass sein, über eine Entlastung der Ärzte durch Übertragung der Kodierung auf spezielle Kodierkräfte nachzudenken. Um zu verhindern, dass Chefärzte „ins Messer laufen", ist über die Aufgabe und Mitverantwortung des Medizincontrollings vor Ort nachzudenken. Was spricht gegen die Vereinbarung, dass das Medizincontrolling die Dokumentation des Chefarztes bzw. die Dokumentation dessen, an den die Kodierung innerhalb der Fachabteilung delegiert wird, prüft und den Betroffenen Gelegenheit gibt, fehlende, lückenhafte oder falsche Dokumentation/Kodierung zeitnah nachzuholen, zu ergänzen oder zu korrigieren?

In Zeiten des Ärztemangels und der Leistungsverdichtung müssen sich Ärzte auf ihre Kernkompetenzen beschränken können und von Dokumentationsaufgaben, die ebenenso gut oder sogar besser von Dritten erledigt werden können, entlastet werden. Es wäre geradezu paradox, wenn aus Furcht vor zivil- und arbeitsrechtlichen Konsequenzen (Schadensersatz/Kündigung) für diese an sich „arztfernen" Leistungen noch mehr ärztliche Kapazität mit Verwaltungsaufgaben blockiert würde zu Lasten der Patientenversorgung. Mit Blick auf das Urteil des Landesarbeitsgerichtes Sachsen sollte zumindest bei Vertragsverhandlungen über eine Chefarztposition eine klarstellende Regelung vereinbart werden. Letztlich ist der Krankenhausträger verantwortlich für die vollständige Kodierung und Dokumentation als Abrechnungsvorausssetzung. Delegiert er diese Aufgabe, dann hat er dem Chefarzt das erforderliche Personal, auch soweit es um die Kodierung/Dokumentation geht, zur Verfügung zu stellen. Wenn aber der Chefarzt für die Kodierung/Dokumentation verantwortlich sein soll, dann nur zusammen mit dem Medizincontrolling, das die Vorschläge des Chefarztes prüft und ggf. die Kodierung/Dokumentation den Besonderheiten des jeweiligen Falles entsprechend ergänzt bzw. korrigiert.

Vorankündigung

2. Deutsch-Österreichische Medizinrechtstagung

Nach dem Erfolg der ersten Medizinrechtstagung „Recht am See" im April 2011 am Tegernsee folgt nun die Fortsetzung am österreichischen Mondsee.

Aktuelle Themen, die den Arzt in seiner täglichen Praxis beschäftigen, werden im Dialog zwischen Ärzten und Juristen aus Deutschland und Österreich anhand von Fallbeispielen diskutiert.

2. Deutsch-Österreichische Medizinrechtstagung – Recht am See

Der Medizinrechts-Kongress speziell für Mediziner

Einwilligung und Aufklärung · Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kultur- und Veranstaltungszentrum Sala Schloss Mondsee
12. - 13. Oktober 2012

Veranstalter:
Ärztekammer für Oberösterreich Linz in Zusammenarbeit mit Institut für Medizinrecht Johannes-Keppler-Universität Linz, Universitätsklinik für Anästhesie und Intensivmedizin Graz, Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V. Nürnberg, Institut für das gesamte Arztrecht e.V. München

Nähere Informationen:
MedAk –
Medizinische Fortbildungsakademie
Dinghoferstraße 4
4010 Linz, Österreich
Tel.: 0043 732 778371313
E-Mail: hutterer@medak.at
www.medak.at