



Doppeltätigkeit in Praxis und Krankenhaus — Chancen für Radiologen nach dem VÄndG

Inhalt

- 1. Einführung**
- 2. Geltende Rechtslage**
- 3. Vermischung von ambulanter und stationärer Tätigkeit**
- 4. Änderung der Rechtslage durch das VÄndG**
- 5. Fortgeltung der Rechtsprechung zur Interessenkollision**
- 6. Zeitlicher Umfang der Tätigkeit**
- 7. Teilzulassung**
- 8. Änderung der Altersgrenzen**

1. Einführung

Der 107. Deutsche Ärztetag 2004 hat entscheidende Änderungen in der Muster-Berufsordnung beschlossen und damit die Weichen für eine erhebliche Flexibilisierung der ärztlichen Tätigkeit im Rahmen privatärztlicher Behandlungen gestellt. Hieran knüpft das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) an, welches das Vertragsarztrecht mit dem ärztlichen Berufsrecht weitgehend harmonisiert, sodass sich die privatärztlich eröffneten Gestaltungsfreiheiten nunmehr auch auf den vertragsärztlichen Bereich erstrecken werden. Der Deutsche Bundestag hat das Gesetz zur Veränderung des Vertragsarztrechtes am 27. Oktober 2006 in Zweiter und Dritter Lesung verabschiedet. Das Gesetz soll am 1. Januar 2007 in Kraft treten. Eine Zustimmung des Bundesrates ist nicht mehr erforderlich.

Das vom Gesetzgeber erklärte Ziel, die verschiedenen Leistungssektoren der ambulanten und stationären Versorgung enger miteinander zu

verzahnen, soll insbesondere durch die Änderung des § 20 Ärzte-Zulassungsverordnung (Ärzte-ZV) erreicht werden. § 20 Abs. 2 Satz 2 Ärzte-ZV erweitert nunmehr ausdrücklich für Krankenhausärzte die rechtlichen Möglichkeiten an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen. Denn hiernach wird die Tätigkeit in oder die Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus oder einer Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung nach § 111 SGB V mit der Tätigkeit als Vertragsarzt bzw. mit der Tätigkeit als angestellter Arzt in einem MVZ oder als angestellter Arzt bei einem Vertragsarzt für vereinbar erklärt. Die Doppeltätigkeit des Radiologen in Praxis und Krankenhaus wird also in Zukunft möglich sein.

2. Geltende Rechtslage

Radiologen und andere ärztliche Fachgruppen werden nach geltendem Recht nur dann zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen, wenn keine Hinderungsgründe vorliegen, die sie wegen der



Unvereinbarkeit mit den Grundsätzen vertragsärztlicher Tätigkeit als nicht geeignet erscheinen lassen, § 98 Abs. 2 Nr. 10 SGB V i.V.m. § 20 Ärzte-ZV. § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV bestimmt daher in der noch geltenden Fassung:

„Für die Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit ist nicht geeignet ein Arzt, der eine ärztliche Tätigkeit ausübt, die ihrem Wesen nach mit der Tätigkeit als Vertragsarzt am Vertragsarztsitz nicht zu vereinbaren ist.“

§ 1 Abs. 3 der Ärzte-ZV regelt, dass die Ärzte-ZV u.a. entsprechend auch für medizinische Versorgungszentren und die dort angestellten Ärzte gilt. Soweit also nach § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV eine ärztliche Tätigkeit nicht mit der Tätigkeit als Vertragsarzt zu vereinbaren ist, so gilt dies über § 1 Abs. 3 Ärzte-ZV auch für die Tätigkeit als angestellter Arzt in einem MVZ.

Unter „ärztliche Tätigkeit“ im Sinne von § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV wird u.a. auch die Tätigkeit als Krankenhausarzt verstanden. Eine Tätigkeit als Krankenhausarzt im Bereich der Radiologie oder auch der Nuklearmedizin oder der Strahlentherapie nach aktuellem Recht ist ihrem Wesen nach mit der gleichzeitigen Tätigkeit als Vertragsarzt in eigener Praxis oder im MVZ oder als angestellter Arzt in einem MVZ bisher nicht zu vereinbaren.

Da das Gesetz selbst in § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV nicht bestimmt, welche konkreten anderen ärztlichen Tätigkeiten mit der Tätigkeit als Vertragsarzt nicht zu vereinbaren sind, erfolgte eine entsprechende Konkretisierung durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts in diversen hierzu ergangenen Entscheidungen (BSG, Urteil vom 05.11.1997, Az.: 6 RKa 52/97, MedR 1998, S. 279, Pathologie; BSG, Urteil vom 19.03.1997, Az.: 6 RKa 39/96, BSGE 80, 133f, Werksarzt; BSG, Urteil vom 15.03.1997, Az.: 6 RKa 24/94, MedR 1996, S. 86ff, Radiologie; BSG, Urteil vom 05.02.2003, Az.: B 6 KA 22/02 R, GesR 2003, 173ff, Anästhesie; BSG, Urteil vom 30.01.2002, Az.: B 6 KA 20/01 R, BSGE 89, 134ff, Psychotherapie).

3. Vermischung von ambulanter und stationärer Tätigkeit

Das Bundessozialgericht geht von einer Nichteignung dann aus, wenn sich die anderweitige ärztliche Tätigkeit und die vertragsärztliche Tätigkeit vermischen und sich dies zum einen zum Nachteil der Versicherten wegen einer faktischen Be-

schränkung des Rechts auf freie Arztwahl und zum anderen zum Nachteil der Kostenträger auswirken kann, weil insoweit je nach persönlichem Interesse des Arztes Leistungen aus nicht sachgerechten Gründen von einem zum anderen Bereich verlagert werden können.

Nach der Auffassung des Bundessozialgerichts ist diese Voraussetzung dann erfüllt, wenn der Krankenhausarzt unmittelbar in die stationäre Patientenversorgung eingebunden ist und die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung im Einzugsbereich des Krankenhauses begehrt. Denn Versicherte könnten sich nach Beendigung der stationären Behandlung verpflichtet fühlen, eine sich anschließende ambulante Behandlung bei dem gleichzeitig zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Krankenhausarzt fortzusetzen. Insofern sei das Recht auf freie Arztwahl nicht gewährleistet. Ferner sei die Möglichkeit, dass ein am Krankenhaus und gleichzeitig in der vertragsärztlichen Praxis tätiger Arzt aus nicht sachgerechten Gründen Behandlungsschritte bei Versicherten vom ambulanten in den stationären Bereich und umgekehrt verlagern kann, nicht ausgeschlossen.

Aufgrund dieser Rechtsprechung ist es dem im Krankenhaus angestellten Radiologen also nach geltendem Recht nicht möglich, gleichzeitig als Vertragsarzt in eigener Praxis bzw. im MVZ tätig zu sein. Diese Rechtsprechung wird von vielen Zulassungsausschüssen auch auf die gleichzeitige Tätigkeit als Krankenhausarzt und als angestellter Arzt im MVZ angewandt, sodass eine Doppeltätigkeit als angestellter Arzt im Krankenhaus und als angestellter Arzt im MVZ aktuell aufgrund der hier bestehenden Rechtspraxis nicht möglich ist.

Die aktuelle Rechtspraxis, die eine Nichtvereinbarkeit der gleichzeitigen Tätigkeit als Krankenhausarzt und als angestellter Arzt im MVZ annimmt, behindert nach Ansicht des Gesetzgebers die Gründung krankenhauseigener MVZ. Denn dem Krankenhausträger ist es nicht möglich, seine Personalressourcen aus dem Krankenhaus zu nutzen und diese im MVZ einzubinden. Die einzelnen Ärzte müssten vielmehr getrennt entweder ausschließlich im stationären Bereich oder ausschließlich im ambulanten Bereich eingesetzt werden. Dies nimmt daher dem Krankenhausträger die Möglichkeit flexibel auf den in den jeweiligen Leistungssektoren bestehenden Behandlungsbedarf zu reagieren. Auch aus Sicht der Patienten ist die engere Verzahnung der beiden Leistungssektoren von Vorteil, da Schnittstellenprobleme

zwischen den behandelnden Ärzten vermieden werden und damit die Qualität und Effizienz der ärztlichen Versorgung steigt und Kosteneinsparungen erreicht werden können.

Der Krankenhausarzt kann also nach geltendem Recht gleichzeitig in die vertragsärztliche Versorgung nur über die Ermächtigung eingebunden werden. Die Ermächtigung hat den Nachteil, dass sie subsidiär gegenüber der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ist, weil die Erfüllung des Sicherstellungsauftrages in erster Linie den Vertragsärzten in eigener Vertragsarztpraxis und den MVZ vorbehalten ist. Sie dient also nur dazu, Versorgungslücken zu schließen. Ferner wird die Ermächtigung in der Regel nur für 2 Jahre erteilt, sodass also eine dauerhafte Abrechnungsbefugnis des Krankenhausarztes in diesem Bereich nicht besteht.

Möglich ist bisher auch schon die Kooperation zwischen Krankenhaus und Vertragsarzt. So hatte sich das Bundessozialgericht bereits 1996 (BSG MedR 1996, S. 86) mit der rechtlichen Zulässigkeit der Privatisierung einer radiologischen und nuklearmedizinischen Krankenhausabteilung zu befassen (Outsourcing). Der Zweck der Privatisierung besteht in der besseren Ausnutzung teurer Medizintechnik (insbesondere in Funktionsabteilungen), indem die Krankenhausabteilung aufgelöst wird und die stationären Patienten durch den im Krankenhausarzt niedergelassenen Vertragsarzt erfolgt. Ferner hat der Vertragsarzt durch die Anbindung an das Krankenhaus in der Regel einen Imagegewinn und damit einen Wettbewerbsvorteil. Das Bundessozialgericht verneinte auch hier einen Verstoß gegen § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV und sah die Kooperation als zulässig an.

Allerdings fordert das Bundessozialgericht, dass keine Pflichtenkollision durch einen Einfluss des Krankenhauses auf die vertragsärztliche Tätigkeit entstehen darf. Es muss gewährleistet sein, dass der Arzt aufgrund seiner anderweitigen ärztlichen Tätigkeit Inhalt und Umfang seiner vertragsärztlichen Tätigkeit und den Einsatz der Praxis zugeordneten sachlichen und persönlichen Mittel selbst bestimmen kann (vgl. § 32 Abs. 1 Satz 1 Ärzte-ZV, § 15 BMV-Ä). Eine solche Einflussnahme liegt insbesondere dann vor, wenn die vertragsärztliche Tätigkeit des Radiologen nicht strikt räumlich vom Krankenhaus getrennt wird.

4. Änderung der Rechtslage durch das VÄndG

Mit der Änderung des § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV werden die Möglichkeiten des im Krankenhaus angestellten Arztes an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen, deutlich erweitert. § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV soll um einen Satz 2 ergänzt werden: *„Die Tätigkeit in oder die Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 111 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist mit der Tätigkeit des Vertragsarztes vereinbar.“*

Folgendes wird also mit dem VÄndG zukünftig möglich sein:

- der im Krankenhaus angestellte Radiologe kann gleichzeitig als Vertragsarzt in eigener Vertragsarztpraxis oder als Vertragsarzt im MVZ arbeiten,
- der im Krankenhaus angestellte Radiologe kann auch gleichzeitig angestellter Arzt in einem MVZ oder angestellter Arzt in einer Vertragsarztpraxis sein,
- der Vertragsarzt in einer Vertragsarztpraxis oder im MVZ sowie der im MVZ bzw. in einer Praxis angestellte Arzt kann auch in anderer Form mit dem Krankenhaus kooperieren, z.B. konsiliarärztliche Leistungen erbringen (Untersuchung und Mitbehandlung von stationären Patienten auf Veranlassung des Krankenhauses, § 2 Abs. 2 Nr. 2 KHEntgG).

Krankenhausradiologen sind also nunmehr nicht mehr darauf angewiesen, über die (nur) befristet erteilte Ermächtigung (in der Regel 2 Jahre) im ambulanten Bereich abzurechnen, sondern haben über die Niederlassung als Vertragsarzt und als angestellter Arzt im MVZ dauerhaft die Möglichkeit, die ambulanten Leistungen über die Kassenärztliche Vereinigung abzurechnen.

Der Unterschied zur geltenden Rechtslage besteht also darin, dass das Bestehen einer Interessen- und Pflichtenkollision aufgrund der gleichzeitigen Tätigkeit im Krankenhaus nicht mehr regelhaft unterstellt wird. Denn das Bundessozialgericht hat bisher eine solche Kollision angenommen, sobald der Krankenhausarzt die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung im Einzugsbereich des Krankenhauses begehrte, d.h. die bloße Möglichkeit einer Interessen- und Pflichtenkollision war bereits ausreichend. Ob eine solche im Einzelfall also tatsächlich vorlag,

war gar nicht entscheidend. Dies ist nun nicht mehr möglich, weil der Gesetzgeber durch die Änderung klargestellt hat, dass die gleichzeitige Tätigkeit im Krankenhaus und als Vertragsarzt in einer Vertragsarztpraxis oder im MVZ bzw. als angestellter Arzt in einer Vertragsarztpraxis oder im MVZ möglich ist. Der Gesetzgeber ermöglicht also mit der Gesetzesänderung dem Krankenhausarzt über die Fälle der nicht patientenbezogenen Tätigkeit (Laborarzt, Pathologe) hinaus an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen. Da im Bereich der Nuklearmedizin und der Strahlentherapie (bundesweit weniger als 1000 Ärzte niedergelassen) keine Zulassungsbeschränkungen bestehen, ist die Umsetzung der Doppeltätigkeit hier sofort realisierbar.

5. Fortgeltung der Rechtsprechung zur Interessenkollision

Auch nach der Änderung des § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV ist es jedoch weiterhin möglich, dass eine Interessen- und Pflichtenkollision tatsächlich gegeben ist, sofern eine unzulässige Vermischung der ambulanten vertragsärztlichen und stationären Tätigkeit im Krankenhaus vorliegt. Unverändert würde dies dazu führen, dass die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit aufgrund gegebener Nichteignung nicht erlaubt wäre.

Im Rahmen der gleichzeitigen Tätigkeit von niedergelassenen Vertragsärzten im Krankenhaus sind daher nach wie vor insbesondere folgende Punkte zu beachten:

- eine tatsächliche Leistungsverlagerung aus nicht sachgerechten Gründen (z.B. aus Budgetgründen) vom stationären Bereich in den ambulanten Bereich und umgekehrt darf nicht erfolgen,
- die Liquidation der ambulanten ärztlichen Leistungen darf nur durch den Vertragsarzt erfolgen und nicht durch das Krankenhaus, insbesondere darf das Krankenhaus nicht am Erfolg der vertragsärztlichen Tätigkeit beteiligt werden (z.B. auch nicht über umsatzbezogene Entgeltzahlungen an den Krankenhausträger für Raummiete und Nutzungsüberlassungen von Geräten),
- ein Eingriff in die ärztliche Therapiefreiheit und den Praxisbetrieb darf durch den Krankenhausträger nicht erfolgen. Inhalt und Umfang der vertragsärztlichen Tätigkeit und Einsatz der der Praxis zugeordneten sachlichen und persönlichen Mittel müssen selbst

bestimmt werden,

- der Vertragsarzt muss bzgl. des Praxispersonals ausschließlich weisungsbefugt sein,
- freie Einteilung der eigenen Arbeits- und Praxiszeiten,
- keine Entgegennahme von Weisungen durch Nichtärzte im Rahmen ärztlicher Entscheidungen,
- das Recht auf freie Arztwahl der Versicherten muss gewährleistet bleiben,
- kein Verstoß gegen die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung, d.h. der Vertragsarzt muss zwar nicht jede ärztliche Leistung tatsächlich in eigener Person erbringen, aber der Vertragsarzt muss bei der Inanspruchnahme Dritter leitend mitwirken,
- keine Zuweisung von Patienten oder Untersuchungsmaterial gegen Entgelt.

Etwas anderes gilt dann, wenn ein Krankenhausarzt zugleich als angestellter Arzt in einem MVZ tätig wird. Eine medizinisch nicht gerechtfertigte Leistungsverlagerung ist selbstverständlich auch in diesem Fall untersagt. Etwas anderes gilt allerdings hinsichtlich der Liquidation der Leistungen und der Entgegennahme von Weisungen. Wie im Krankenhaus auch, sind angestellte Ärzte eines MVZ grundsätzlich nicht zur selbständigen Liquidation der von ihnen erbrachten Leistungen berechtigt. Geschäftsführung und ärztliche Leitung sind gegenüber den angestellten Ärzten weisungsberechtigt. Befindet sich das MVZ mehrheitlich im Eigentum des Krankenhauses ist daher der Krankenhausträger auch zur Ausübung des Direktionsrechts über die MVZ-Geschäftsführung berechtigt. Schließlich ist es denkbar, dass ein Krankenhaus selbst das MVZ im Rahmen der bestehenden Krankenhausorganisation gründet und eingliedert, ohne eine eigenständige Gesellschaft zu gründen. In diesen Fällen unterstehen die Ärzte des MVZ unmittelbar dem Krankenhaus.

6. Zeitlicher Umfang der Tätigkeit

Neben den Anforderungen im Hinblick auf die zu vermeidende Interessen- und Pflichtenkollision nach § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV ist noch auf § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV hinzuweisen, wonach der Vertragsarzt in der Vertragsarztpraxis bzw. im MVZ und der angestellte Arzt in der Vertragsarztpraxis bzw. im MVZ in zeitlicher Hinsicht in erforderlichem Umfang für die Versorgung der Versicherten zur Verfügung stehen muss. Zu beachten ist also,

dass die anderweitige Tätigkeit auch hinsichtlich des Zeitumfanges unbedenklich sein muss. Nicht erforderlich ist, dass die „volle“ Arbeitskraft für die Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung eingesetzt wird; die Arbeitszeit in einem Beschäftigungsverhältnis soll jedoch nicht mehr als 13 Stunden wöchentlich betragen (BSG, Urteil vom 30.01.2002, Az.: B 6 KA 20/01 R). Die zeitliche Einschränkung kann allerdings dadurch vermieden werden, dass der angestellte Arzt im MVZ seine Zulassung mit weiteren Ärzten teilt. Nach den Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte ist eine Aufteilung auf bis zu 4 Ärzten möglich, die jeweils mit dem Anrechnungs-Faktor 0,25 im Rahmen der Bedarfsplanung bewertet werden. Ein angestellter Arzt im MVZ mit dem Faktor 0,25 wird danach lediglich bis 10 Stunden vertragsärztlich tätig. Die verbleibende Zeit kann er dann dem Krankenhaus für die stationäre Tätigkeit ohne entsprechende Beschränkungen zur Verfügung stehen. Die Regelungen eröffnen Krankenhausärzten daher weitreichende Gestaltungsmöglichkeiten zur Aufteilung ihrer Arbeitszeit auf beide Versorgungsbereiche.

7. Teilzulassung

Allerdings ist es mit dem VÄndG auch möglich, von vornherein eine sog. Teilzulassung zu beantragen. Der Vertragsarzt kann in diesem Fall seine Praxis halbtags betreiben oder in einem MVZ halbtags arbeiten und die übrige Arbeitszeit in der Klinik ableisten, ohne an die genannte Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Beschränkung der anderweitigen Tätigkeit auf 13 Stunden) gebunden zu sein, denn diese Rechtsprechung bezieht sich nur auf die Vollzulassung. Bezüglich der Teilzulassung gilt, dass diese von vornherein beantragt werden kann. Der Arzt kann aber auch den sich aus der Zulassung ergebenden Versorgungsauftrag nachträglich auf die Hälfte reduzieren. Im letzteren Fall ist allerdings zu berücksichtigen, dass bei einem späteren Antrag auf Erweiterung der Zulassung der Antrag bei bestehenden Zulassungsbeschränkungen abgelehnt werden kann. Die Altersgrenze von 55 Jahren bzgl. des Eintritts in die vertragsärztliche Versorgung gilt allerdings nicht, sodass der Vertragsarzt auch noch nach seinem 55. Lebensjahr wieder die Zulassung auf eine Vollzulassung erweitern kann.

8. Änderung der Altersgrenzen

Das VÄndG sieht außerdem (bisher) vor, dass die Regelung, wonach die erstmalige Zulassung mit Vollendung des 55-Lebensjahres ausgeschlossen ist, nicht für die Anstellung von Ärzten in MVZ und für die Anstellung von Ärzten bei Vertragsärzten in der Vertragsarztpraxis gilt. Der im Krankenhaus angestellte Radiologe hat also die Möglichkeit, auch noch nach Vollendung des 55. Lebensjahres über die Beschäftigung im MVZ bzw. in einer Vertragsarztpraxis im ambulanten Bereich tätig zu sein. Ein solches Beschäftigungsverhältnis wäre also auch noch nach der Pensionierung des Chefarztes möglich. Da das Gesetzgebungsverfahren noch nicht abgeschlossen ist, kommt es möglicherweise sogar zu einer vollständigen Abschaffung der 55-Jahresgrenze.

Nach geltendem Recht endet ferner die Zulassung zu vertragsärztlichen Versorgung mit Vollendung des 68. Lebensjahres - auch dann, wenn eine Unterversorgung besteht. Die Altersgrenze gilt ebenfalls für angestellte Ärzte in einer Vertragsarztpraxis und in einem MVZ sowie auch für ermächtigte Ärzte, und zwar auch dann, wenn die Ermächtigung über das 68. Lebensjahr hinaus befristet war und der der Ermächtigung zugrunde liegende Bedarf weiter fortbesteht. Mit dem VÄndG wird die Altersgrenze an die Versorgungssituation angepasst, sodass diese Altersgrenze dann nicht gilt, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen festgestellt hat, dass in einem bestimmten Gebiet eines Zulassungsbezirkes eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder unmittelbar droht. Sie endet dann spätestens ein Jahr nachdem der Landesausschuss den Beschluss aufgehoben hat. Die Regelung ist von besonderer praktischer Relevanz, da Anfang 2005 mehr als ein Fünftel der Vertragsärzte 60 Jahre und älter waren. ■

Impressum

Dr. Peter Wigge,
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Medizinrecht

Anke Harney,
Rechtsanwältin
Fachanwältin für Medizinrecht

Rechtsanwälte Wigge
Scharnhorststr. 40
48 151 Münster
Tel.: (0251) 53 595-0
Fax: (0251) 53 595-99
Internet: www.ra-wigge.de
E-Mail: kanzlei@ra-wigge.de