

Organisationsrechtliche Fragen ambulanter Leistungserbringung und Kooperationsmöglichkeiten mit niedergelassenen Ärzten im Krankenhaus

Ein gesundheitspolitisches Daueranliegen des Gesetzgebers ist es seit dem Gesundheitsstrukturgesetz¹, die nur geringe Verzahnung der unterschiedlichen Versorgungsebenen zu beseitigen und damit die Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung aufzuweichen. Allerdings geschieht dies zumeist nur einseitig zu Gunsten der ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser.

Dieses Ziel sollte zunächst allein über den § 115 Abs. 1 SGB V erreicht werden. Dieser verpflichtet die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen einerseits sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen andererseits mit der Landeskrankenhausesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land, Verträge mit dem Ziel zu schließen, durch enge Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und zugelassenen Krankenhäusern eine nahtlose ambulante und stationäre Behandlung der in der Gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten zu gewährleisten. Die Manifestierung dieses Ziels spiegelt sich in den mit dem Gesundheitsstrukturgesetz neuhinzugekommenen §§ 115a f. SGB V sowie §§ 116a f. SGB V wieder, denen gemeinsam ist, die ambulante Leistungserbringung durch Krankenhäuser zu kodifizieren. Zugleich wurde vom Gesetzgeber ein Vorrang der ambulanten vor der stationären Behandlung eingeräumt². Eine weitergehende Änderung erfuhr der § 116b SGB V zusammen mit § 20 Ärzte-ZV durch das GKV-WSG³ sowie das VÄndG⁴, mit denen der Gesetzgeber die bisherige institutionelle als auch personelle Grenzziehung zwischen den Versorgungsbereichen veränderte. In diesem Zusammenhang ist ein Systembruch zu verzeichnen, weil in das von Bedarfsplanung geprägte System weitere Leistungserbringer – die Krankenhäuser – aufgenommen werden, ohne dass zugleich andere Leistungserbringer aus der Bedarfsplanung herausgenommen werden (könnten). Dies birgt die Gefahr, dass frei niedergelassene Ärzte nicht mehr zur Erfüllung des Bedarfs benötigt werden und ihnen auf diese Weise die Existenzgrundlage entzogen wird.

Die Grenze der Leistungsverlagerung von stationärer zu ambulanter Leistungserbringung besteht in einer Leistungsverlagerung aus nicht sachgerechten Gründen. Erfolgt die Verlagerung jedoch aus Kostengründen, wird sie als zulässig erachtet⁵. Erfolgt also eine vermeintliche Vermengung stationärer und ambulanten Tätigkeiten durch einen Arzt, die zu einer Verschiebung kostenintensiver Leistungen aus dem Krankenhausbereich heraus in den wirtschaftlichen Verantwortungsbereich von zugelassenen oder ermächtigten Ärzten führt, ist dies keine unzulässige Verlagerung. Denn es war ein gesundheitspolitisches Anliegen des GSG, durch Rationalisierung im System Rationierung bei den medizinischen Leistungen zu vermeiden. Deshalb sollten bestehende Überkapazitäten und Unwirtschaftlichkeiten in den einzelnen Leistungsbereichen abgebaut und die unzureichende Verzahnung der verschiedenen Versorgungsebenen durch Schaffung des beispielsweise § 115 Abs. 1 SGB V beseitigt werden⁶. Ebenso fordert

¹ Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz - GSG) v. 21.12.1992, BGBl. I, S.2266.

² hierzu § 39 Abs. 1 S.2 SGB V.

³ Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) v. 26.03.2007, BGBl. I, S.378.

⁴ Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz - VÄndG) v. 22.12.2006, BGBl. I, S.3439.

⁵ BSG, Urt. v. 15.03.1995 – 6 RKa 23/94 – NZS 1996,90.

⁶ RegEntw, des Gesundheits-Strukturgesetz 1993, BT-Drucks 12/3209, S.38 ff.

der Gesetzgeber im Großgerätebereich eine Kooperation der verschiedenen Leistungserbringer, um eine wirtschaftliche Nutzung medizinischer Großgeräte zu erreichen (§ 122 Abs. 1 SGB V). Aus den getroffenen Neuregelungen, vor allem der Eröffnung der genannten neuen Versorgungsformen wie beispielsweise der Praxisklinik, vor- und nachstationärer Behandlung und ambulantes Operieren durch Krankenhäuser, kann gefolgert werden, dass eine Ausgliederung ärztlicher Leistungsbereiche aus der stationären in die ambulante Behandlung dem gesetzgeberischen Anliegen nicht widerspricht.

Allen Bemühungen des Gesetzgebers zum Trotz gelang ihm jedoch bislang eine Abschaffung der Sektorengrenzen nicht. Zwar werden die vom Gesetzgeber angestrebten Veränderungen von den Krankenhäusern und deren Trägern naturgemäß als Chance der Erweiterung des eigenen Tätigkeitsfeldes und damit auch verbesserter Einnahmen betrachtet. Allerdings fühlen sich die meisten traditionellen ambulanten Versorger, die Vertragsärzte, in ihrer Existenz bedroht. Die sozialpolitischen Bemühungen des Gesetzgebers führen also dazu, dass sich der aufgrund der ambulanten Tätigkeit erweiterte Handlungsspielraum der Krankenhäuser zu Lasten der Vertragsärzte auswirken könnte. Bei alledem sollte aber nicht vergessen werden, dass die Änderungen des Gesetzgebers zugleich eine kooperative Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Krankenhäusern ermöglichen, die zu einem Vorteil in der Patientenversorgung führen könnten. So lässt beispielsweise § 95 SGB V die Schaffung von Medizinischen Versorgungszentren (kurz „MVZ“) zu und ist damit ein Paradebeispiel für die Überwindung der Sektorengrenzen. Für den in einem MVZ tätigen Vertragsarzt stellt § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV eine Hürde auf, denn der Vertragsarzt darf in einem MVZ nur eine „Nebentätigkeit“ von 13 Wochenstunden vornehmen.

Außerdem bestehen für die vom Gesetzgeber gewünschte Verzahnung der Sektoren weitere Grenzen. So stellt zum Einen die Leistungserbringung durch nicht angestellte Ärzte für das Krankenhaus ein Problemfeld hinsichtlich der personellen Anforderungen dar. Denn bei faktischer Wahrnehmung der Tätigkeit eines Krankenhausarztes durch einen zugelassenen Arzt, wobei Wahrnehmung nicht in den dafür zulassungsrechtlich vorgesehenen Formen wie der belegärztlichen Tätigkeit erfolgt, liegt eine mit der Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit unvereinbare Interessen- und Pflichtenkollision im Sinne des. § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV vor⁷. Dies jedenfalls dann, wenn die Tätigkeit des Arztes, die dieser im Krankenhaus ausüben soll, weit über die Tätigkeit eines Konsiliararztes hinausgeht. Denn sieht die Tätigkeit des Arztes im Krankenhaus vor, dass er auch Patienten behandelt, die er selbst aus seiner ärztlichen Praxis ins Krankenhaus überwiesen hat, sodass der Arzt innerhalb des Versorgungsauftrags der Abteilung tätig wird, ist dies keine konsiliarärztliche Tätigkeit im ursprünglichen Sinn. Die Behandlung von eigenen Patienten unter stationären Bedingungen ist vielmehr die Tätigkeit eines Belegarztes. Dies bedeutet, dass es sich dem Grunde nach bei einer Behandlung von auch eigenen Patienten unter stationären Bedingungen innerhalb des Versorgungsauftrags der entsprechenden Abteilung um eine belegärztliche Tätigkeit handelt. In dieser Konstellation handelt es sich um einen sogenannten unechten Belegarzt, weil er einerseits zur vertragsärztlichen Tätigkeit zugelassen ist und andererseits wie ein Belegarzt tätig wird, ohne dies tatsächlich zu sein, sodass daraus eine unvereinbare Interessen- und Pflichtenkollision folgt⁸.

Zum anderen besteht für den als Vertragsarzt niedergelassenen Arzt kein vertragsärztlicher Anspruch auf Abrechnung von im Krankenhaus durchgeführten Untersuchungen, wenn er

⁷ *SG Gelsenkirchen*, Urt. v. 29.09.2005 – S 16 KA 15/04 – MedR 2007, 569.

⁸ *BSG*, Urt. v. 15.03.1995 – 6 RKa 23/94 – NZS 1996, 90.

weder als Belegarzt noch als vom Belegarzt hinzugezogener Arzt tätig geworden ist⁹. Denn grundsätzlich ist die Krankenhausbehandlung von der vertragsärztlichen Versorgung zu trennen und als eigenständige Leistung der Krankenhausbehandlung neben der ärztlichen Behandlung anzusehen (§§ 27 Abs. 1 S.2 Nr. 5, 39 SGB V). Dabei gilt der Grundsatz, dass soweit ärztliche Behandlung als Teil der Krankenhausbehandlung durchgeführt wird, diese nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung sein kann. Eine Ausnahme ist für den Fall vorgesehen, dass die ärztliche Behandlung zwar im Krankenhaus aber außerhalb der Krankenhausbehandlung durch belegärztlich tätige Vertragsärzte erbracht wird, sodass dies in die vertragsärztliche Versorgung fällt (§ 121 Abs. 3 S.1 SGB V). Allerdings darf ein Belegarzt für eine Auftragsleistung, eine Konsiliaruntersuchung oder eine Mitbehandlung einen Vertragsarzt nur hinzuziehen, wenn das betreffende Fach an dem Krankenhaus nicht vertreten ist und die Hinzuziehung auch formell erfolgt¹⁰. Das Fach ist aber als vertreten anzusehen, sobald ein einzelner Arzt des Fachs in der Klinik vorhanden ist, sodass dadurch die Voraussetzungen für eine belegärztliche Hinzuziehung eines anderen Vertragsarztes nicht mehr vorliegen¹¹.

Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass als Leistungen des Krankenhauses nur diejenigen Leistungen anzusehen sind, die durch eigenes Personal des Krankenhauses erbracht werden. Von selbständigen Dritten – also einem niedergelassenen Arzt – erbrachte Leistungen – wie beispielsweise Operationen – sind damit gerade keine Leistungen des Krankenhauses¹². In Folge dessen kann das Krankenhaus Leistungen, die von einem selbständigen Dritten erbracht werden, auch nicht gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen. Eine Ausnahme von diesem allgemeinen Grundsatz sieht lediglich § 2 Abs. 2 S.2 Nr.2 KHEntgG vor. Nach dieser Bestimmung, die gemäß § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V für Vergütungsansprüche gegen die Krankenkassen maßgeblich ist, gehören zu den Leistungen des Krankenhauses auch die von ihm veranlassten Leistungen Dritter, soweit es sich um Leistungen handelt, die im Verhältnis zu der vom Krankenhaus zu erbringenden Hauptbehandlungsleistung lediglich ergänzende oder unterstützende Funktion haben. Dagegen gilt dies nicht, wenn die Verantwortung für die Gesamtbehandlung vollständig beim Dritten liegt¹³. Dementsprechend ist § 2 Abs. 2 S.2 Nr.2 KHEntgG auf die Vergütung ambulanter Operationen nicht anwendbar (§ 1 Abs. 1, 3 KHEntgG), sodass die Versuche, die konsiliarärztliche Tätigkeit auf die Erbringung sämtlicher diagnostischer und therapeutischer Leistungen auszudehnen, bei der stationären Krankenhausbehandlung in § 2 Abs. 2 S.2 Nr.2 KHEntgG an ihre Grenzen stößt. Dies¹⁴ könnte daher zur Folge haben, dass Leistungen nur noch durch angestellte Ärzte des Krankenhauses erbracht werden und damit niedergelassene Ärzte nunmehr nur noch eine unterstützende Funktion hätten.

Gleichwohl zeichnet sich an den vorgenannten Beispielen der Wandel des Bildes eines Krankenhausarztes ab. So erbrachten in Krankenhäusern früher nur angestellte Ärzte die Leistung des Krankenhauses und heute immer mehr auch krankenhausexterne Ärzte, was nicht zuletzt durch § 31 KHGG NRW¹⁵ vom 11.12.2007 gefördert wird. Als Ort der Leistungserbringung bleibt aber weiterhin grundsätzlich das Krankenhaus anzusehen, wobei sich hier Ausnahmen,

⁹ *LSG Nds.-Bremen*, Urt. v. 14.06.2006 – L 3 KA 154/03 – GesR 2006, 510.

¹⁰ § 41 Abs. 6 BMV-Ä Primärkassen beziehungsweise § 33 Abs. 6 BMV-Ä Ersatzkassen.

¹¹ für § 41 Abs. 6 BMV-Ä-PK beziehungsweise § 33 Abs. 6 BMV-Ä-EK: *LSG Nds.-Bremen*, Urt. v. 23.10.1996 – L 5 KA 41/95 –.

¹² *LSG Sachsen*, Urt. v. 30.04.08 – L 1 KR 103/07 – GesR 2008, 548; Revision beim BSG unter B 1 KR 13/08.

¹³ *BSG*, Urt. v. 28.02.2007 – B 3 KR 17/06 R – NZS 2007, 657.

¹⁴ *BSG*, Urt. v. 28.02.2007 – B 3 KR 17/06 R – a.a.O.

¹⁵ Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen v. 11.12.2007, GV. NRW. S.702.

beispielsweise bei der Strahlentherapie, abzeichnen. Denn sofern die Klinik keine Fachabteilung Strahlentherapie hat, ist zum Beispiel eine vertragliche Kooperation mit einer vertragsärztlichen strahlentherapeutischen Praxis möglich, um von dieser die Leistung erbringen zu lassen¹⁶.

Auch wenn also die Gesetzesänderungen in erster Linie zu Gunsten der ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser erfolgen, ergibt sich auch für den niedergelassenen Arzt durch die vom Gesetzgeber gewollte stärkere Verzahnung der stationären mit der ambulanten Leistungserbringung ein weiteres Tätigkeitsfeld. Je nach Konstellation und Vertragsgestaltung kann er in bestimmten Rahmen seine Leistungen auch im Krankenhaus für dieses erbringen, ohne seine vertragsärztliche Zulassung aufs Spiel zu setzen. Zugleich steht im dabei zumeist die kostenintensivere Gerätschaft des Krankenhauses zur Verfügung, die sich in Vertragsarzt unter Umständen alleine nicht vorhalten könnte. Außerdem könnte eine stärkere Kooperation von Vertragsärzten mit Krankenhäusern aus Sicht der Vertragsärzte zu einer Entlastung des eigenen Budgets führen.

Dr. Caspar David Hermanns
Rechtsanwalt

¹⁶ Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach §116b SGB V v. 17.01.2008, BAnz Nr.92 (20.06.2008), S.2161.