

# Die Verzahnung von stationärer und ambulanter Behandlung

Die nachfolgend abgedruckten Beiträge beleuchten das Thema der Verzahnung von stationärer und ambulanter Behandlung aus ärztlicher und juristischer Sicht. *Prof. Dr. med. Klaus Junghanns* stellt die Vorteile für den Chefarzt, das Krankenhaus, den niedergelassenen Arzt und den Patienten dar. *Rechtsanwalt Dr. jur. Bernhard Dehong* untersucht den Teilspekt von Ermächtigung – Teilzulassung – MVZ.

---

## Die Verzahnung von stationärer und ambulanter Behandlung – aus ärztlicher Sicht

*Prof. Dr. med. Klaus Junghanns, Ludwigsburg*

Am 1.1.2007 ist ein Gesetz in Kraft getreten, das die Tätigkeit von Ärzten in Praxis und Krankenhaus erheblich verändern wird. Das sogenannte „Vertragsarztrechtsänderungsgesetz“ vom 22.12.2006 erlaubt es jetzt auch Krankenhausärzten, vermehrt ambulant tätig zu sein, und niedergelassenen Ärzten, im Krankenhaus zu arbeiten. Bisher gab es nur die Möglichkeit, als ermächtigter Krankenhausarzt im Rahmen eines sehr restriktiven Katalogs Patienten ambulant im Krankenhaus zu versorgen. Die Politik strebt schon lange zur Kosteneinsparung eine engere Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung an. Auch § 115 b SGB V erlaubt dem Krankenhaus die Übernahme ambulanter Operationen in Konkurrenz zu niedergelassenen Fachärzten. Chefarzte verloren dadurch häufig die Ermächtigung zum ambulanten Operieren.

### Kassenarztzulassung für Krankenhausärzte

Als Folge des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes wurde auch die Zulassungsverordnung erheblich geändert. Krankenhausärzte (Chefarzte oder andere Fachärzte) können eine Zulassung als niedergelassener Arzt am Krankenhaus oder auch in eigenen Praxisräumen erhalten. Bisher war dies nur für nicht direkt am Patienten tätige Ärzte wie Pathologen, Laborärzte und Mikrobiologen möglich (Reutlinger Modell). Ein nach neuem Recht zugelassener unmittelbar am Patienten tätiger Arzt hat entsprechend einem Urteil des Bundessozialgerichts die normale Präsenzpflcht in der Praxis, und es bleiben ihm nur 13 Stunden für die Tätigkeit im Krankenhaus. Das wird ein Krankenhausträger nicht mitmachen.

Nach § 19 a Abs. 2 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte ist auch

eine Teilzulassung möglich, beschränkt auf einen hälftigen Versorgungsauftrag. Das bedeutet 10 Wochenstunden in der Zulassungstätigkeit und bis zu 33 im Krankenhaus. Wenn ein Krankenhausträger daran Interesse hat, wird er dieses einem Chefarzt genehmigen. Es können dann im Gegensatz zur Ermächtigung, bei der es einen beschränkten Leistungskatalog gibt, Leistungen im gesamten Fachgebiet erbracht werden. Es erfolgt auch nicht alle 2 Jahre eine lästige Bedarfsprüfung nach erneutem Antrag. Präsenzpflcht und Budgetierung bleiben.

Wie kann man jetzt eine solche (Teil-)Zulassung erhalten? Im gesperrten Zulassungsbereich kann man eine Zulassung durch Praxisübernahme im Nachbesetzungsverfahren oder als Job-Sharing-Partner erwerben. Eventuell gibt es im gesperrten Gebiet die Möglichkeit für eine Sonderbedarfszulassung.

Im nicht gesperrten Gebiet ist alles sehr einfach. Man füllt ein Antragsformular für einen hälftigen Versorgungsauftrag aus, legt eine Genehmigung des Krankenhausträgers und einen Mietvertrag bei und reicht dies beim Zulassungsausschuss ein. Bei einer halben Zulassung muss man 10 Praxisstunden pro Woche anbieten. Man kann bis zum 68. Lebensjahr, evtl. bald auch länger, arbeiten. Man darf andere Ärzte anstellen und Nebenbetriebsstätten mit angestellten Ärzten auch in verschiedenen KV-Bezirken eröffnen. Man trägt dann neben den Anschaffungskosten und den Investitionen das wirtschaftliche Risiko mit. Bei der Ermächtigung trug man kein wirtschaftliches Risiko.

Die Möglichkeiten der Berufsausübung für Chefarzte haben sich also erheblich verändert und sind nicht mehr nur auf das Krankenhaus beschränkt. Wie weit es sich lohnt, dafür eine Ermächtigung aufzugeben, ist im Einzelfall zu prüfen. Hierbei hatte man zwar kein unternehmerisches Risiko, war aber in der Berufsausübung deutlich eingeschränkt.

### Zulassung des Krankenhauses zur ambulanten Behandlung

Es gibt noch nach § 116 b Abs. 2 SGB V eine spezielle Form der Zulassung. Sie kann auf Antrag ohne Bedarfsprüfung ausgesprochen werden für die Behandlung hoch spezialisierter Leistungen, seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf. Die Bestimmung (Zulassung) erfolgt über die Landeskrankenhausbehörde. Dies wird aber nur selten anwendbar sein.

### MVZ und Krankenhaustätigkeit

Eine weitere Möglichkeit der Verzahnung von stationärer und ambulan-

ter Behandlung bieten die medizinischen Versorgungszentren. Noch werden sie überwiegend von niedergelassenen Ärzten betrieben. Zur Zeit sind es schon fast 1000 mit stark steigender Zahl. Hierzu sind 2 Zulassungen unterschiedlicher Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen notwendig. Auch Krankenhäuser kaufen sich Zulassungen und gründen ein MVZ im oder am Krankenhaus und versuchen dann, es mit angestellten Krankenhausärzten oder auch niedergelassenen Ärzten gemeinsam zu betreiben. Diese Ärzte verlegen dann häufig ihre Praxis in das Krankenhaus. Die Arbeit als Krankenhausarzt, angestellt in einem MVZ, ist etwas leichter zu arrangieren und flexibler. Auch das wirtschaftliche Eigenrisiko ist gering, da keine Investitionen des Krankenhausarztes erforderlich sind. Auch im MVZ gilt noch die Altersgrenze von 68 Jahren. Hier ist eine bessere Arbeitszeitverteilung als bei der Zulassung möglich, z.B.: eine halbe Stelle (20 Stunden) im MVZ und bis zu 33 Stunden im Krankenhaus oder eine viertel Stelle (10 Stunden) und bis zu 43 Stunden Krankenhausarbeit. Das ist für einen Chefarzt eine sehr attraktive Möglichkeit, eine Ambulanz zu betreiben, eine gute finanzielle Lösung vorausgesetzt.

Alles dies bedarf natürlich genauer Absprachen mit dem Krankenhaus als Betreiber des MVZ. Denkbar ist aber auch die Anstellung eines Chefarztes (Krankenhausarztes) in einem von niedergelassenen Ärzten betriebenen MVZ oder in einer niedergelassenen Praxis. Das alles verzahnt den ambulanten und stationären Bereich erheblich.

### Konsiliararzt

Ein niedergelassener Facharzt kann jetzt auch im Krankenhaus als Konsiliararzt behandeln. Er greift dadurch zwar in den Tätigkeitsbereich eines

Chefarztes ein. Es kann aber auch für einen Chefarzt interessant sein, einen weiteren Facharzt aus dem niedergelassenen Bereich als Konsiliararzt im eigenen Arbeitsbereich zu beschäftigen, wenn dieser ein besonderes Verfahren oder eine spezielle Operation einbringt. Dadurch kann das Spektrum der Abteilung erweitert werden, es können Betten gefüllt und neue DRGs abgerechnet werden. Auch vom Krankenhausträger kann der Wunsch kommen, zusätzlich niedergelassene Kollegen des gleichen Faches mit gleichen Schwerpunkten einzustellen, um Betten zu füllen. Dies ist häufig nicht im Sinne der Krankenhausärzte. Es hängt dann vom Chefarztvertrag ab, ob so etwas möglich ist und gegebenenfalls unter welchen Bedingungen. Es muss geklärt werden, wer die Patienten auf der Station versorgt, wer im GOÄ-Bereich abrechnet und wie sich das auf den Stellenplan der Abteilung auswirkt. In solchen Fällen kann nur eine ganz exakte vertragliche Regelung empfohlen werden.

### Vorteile für Chefarzt und Krankenhaus

Die engere Verzahnung stationärer und ambulanten Tätigkeit bietet für den Chefarzt die Möglichkeit, die Patienten vor- und nachstationär selber zu betreuen. Der stationäre Aufenthalt kann deutlich kürzer werden. Man ist in der Arbeitsgestaltung flexibler. Die Bedarfsprüfung für Ermächtigungen alle 2 Jahre entfällt und man ist nicht auf einen Katalog bestimmter Leistungen beschränkt, sondern kann Erkrankungen seines gesamten Fachgebietes behandeln. Man kann sich auch aussuchen, ob man die Ambulanz privatwirtschaftlich oder im Angestelltenverhältnis betreibt.

Das Krankenhaus kann vom kürzeren stationären Aufenthalt und einer höheren Beteiligung an der ambulan-

ten Versorgung profitieren. Durch Konsiliarärzte kann das Behandlungsspektrum eines Krankenhauses erweitert und eine bessere Auslastung erreicht werden.

### Vorteile für den niedergelassenen Arzt

Der niedergelassene Arzt kann seine Patienten durchgängig – wie früher nur ein Belegarzt – behandeln. Er kann Einrichtungen des Krankenhauses ohne eigene Investitionen nutzen. Er ist auch eher eingebunden in die Fortbildungsprogramme des Krankenhauses und auch mehr eingebunden in ein kollegiales Umfeld, statt einsam in seiner Praxis zu arbeiten. Durch den schnelleren und leichteren interkollegialen Austausch profitiert man gegenseitig. Der niedergelassene Arzt kann da-

durch sein Spektrum erweitern, da er den Rückhalt einer Krankenhausabteilung hat.

### Vorteile für den Patienten

Die stärkere Verzahnung darf auf keinen Fall zu einer Risikoerhöhung für den Patienten führen. Wenn aber die gleichen Ärzte durchgängig behandeln, minimiert sich das Risiko im Schnittstellenbereich. Auch unnötige Doppeluntersuchungen werden vermieden, was die Kosten im gesamten Gesundheitswesen senken könnte.

Die Behandlung aus einer Hand ist sicher attraktiver für den Patienten und macht auch dem behandelnden Arzt mehr Freude. Die Zusammenarbeit zwischen den im Krankenhaus arbeitenden niedergelassenen Ärzten und den angestellten Krankenhausärzten muss gut und klar gere-

gelt sein, sonst entstehen wieder risikobehaftete Schnittstellen.

### Zusammenfassung

Die neue Gesetzeslage bietet durch die engere Verzahnung von stationärer und ambulanter Behandlung eine Vielzahl von Vorteilen für alle Beteiligten im Gesundheitswesen. Die Patientenbehandlung kann verbessert, der Kostenfaktor gesenkt und möglicherweise auch die Effizienz gesteigert werden. Es kann auch zu einer erhöhten Arbeitszufriedenheit der Leistungsträger im Gesundheitswesen kommen. Das Konkurrenzdenken dürfte dadurch reduziert werden. Engere Zusammenarbeit führt zu vermehrtem gegenseitigen Verständnis.

ArztR

## Die Verzahnung von stationärer und ambulanter Behandlung – aus juristischer Sicht, insbesondere Ermächtigung – Teilzulassung – MVZ

Rechtsanwalt Dr. jur. Bernhard Debong, Karlsruhe

### 1. Rechtslage ab dem 1.1.2007 und Möglichkeit der Teil-Zulassung

Das am 1.1.2007 in Kraft getretene Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze vom 22.12.2006 BGBl. I Nr. 66 S. 3439 ff.) hat auch für Chefärzte verbesserte Möglichkeiten der Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung eröffnet.

Schon vor dem 1.1.2007 konnten **nicht** unmittelbar patientenbezogen arbeitende Chefärzte wie z.B. Pathologen, Laborärzte usw. eine volle Zulassung als Vertragsarzt erhalten und zugleich eine – wenn auch zeitlich

reduzierte – Chefarztstätigkeit an einem Krankenhaus ausüben. Hinsichtlich des zulässigen zeitlichen Umfangs einer solchen Chefarztstätigkeit neben einer vollen Zulassung zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung hat das Bundessozialgericht mit Urteil vom 5.11.1997 (ArztR 1998, 217 ff.) entschieden, dass die zeitliche Obergrenze für die Chefarztstätigkeit neben einer vollen Zulassung als Vertragsarzt bei 19,5 Wochenstunden anzusetzen sei.

Aufgrund der am 1.1.2007 in Kraft getretenen Änderung des § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV können nunmehr auch **unmittelbar patientenbezogen arbeitende Chefärzte** sowohl als zugelas-

sene Vertragsärzte als auch als angestellte Krankenhausärzte arbeiten. Die Neufassung des § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV lautet:

„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.“

Für unmittelbar patientenbezogen arbeitende Ärzte hat das Bundessozialgericht jedoch die zeitliche Höchstgrenze einer Angestellten-tätigkeit neben der (vollen) Zulassung als Vertragsarzt im Urteil vom

30.1.2002 (ArztR 2003, 154 ff.) auf maximal 13 Wochenstunden festgesetzt.

Seit dem 1.1.2007 gibt es nunmehr aber auch die Möglichkeit der sog. **Teilzulassung nach § 19 a Abs. 2 Ärzte-ZV**. Die sog. Teilzulassung ist eine vollwertige Zulassung zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung, bei welcher kraft entsprechender schriftlicher Erklärung des Arztes gegenüber dem Zulassungsausschuss der Versorgungsauftrag auf die Hälfte des (vollzeitigen) Versorgungsauftrags nach § 19 a Abs. 1 Ärzte-ZV beschränkt ist (Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag).

Da die sog. Teilzulassung angesichts des nur hälftigen Versorgungsauftrags mit zeitlich geringeren Präsenzpflichten als die Zulassung mit vollzeitigem Versorgungsauftrag verbunden ist, kann ein Chefarzt mit Teilzulassung in zeitlich größerem Umfang zugleich seine Krankenhaus-tätigkeit als Chefarzt ausüben. Unter diesem Aspekt ist die Teilzulassung insbesondere auch für unmittelbar patientenbezogen arbeitende Chefarzte eine ernsthaft in Betracht zu ziehende Alternative zur bisherigen Ermächtigung.

## 2. Voraussetzungen für den Erhalt einer Teil-Zulassung

Für den Erhalt einer Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag ist zu differenzieren:

### a) Keine Zulassungsbeschränkungen im Planungsbereich

Bestehen für das Fachgebiet des Chefarztes keine Zulassungsbeschränkungen in dem für den Chefarzt maßgeblichen Planungsbereich, ist die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung beim Zulassungsausschuss zu beantragen und zugleich schriftlich gegenüber dem Zulassungsausschuss zu erklären, dass der Chefarzt seinen Versorgungsauftrag

nach § 19 a Abs. 1 Ärzte-ZV auf einen hälftigen Versorgungsauftrag nach § 19 a Abs. 1 Ärzte-ZV beschränkt.

Liegen die sonstigen Zulassungsvoraussetzungen (Eintragung ins Arztregister, keine Zulassungshindernisse nach §§ 20, 21 Ärzte-ZV usw.) in der Person des Chefarztes vor, muss der Zulassungsausschuss dem Antrag auf Teilzulassung zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung stattgeben.

Der Chefarzt muss davon ausgehen, dass der Zulassungsausschuss vor der Entscheidung über die beantragte Teil-Zulassung zudem nachgewiesen haben möchte:

- eine schriftliche arbeitsvertragliche Vereinbarung mit dem Krankenhausträger, wonach der Chefarzt dem Krankenhausträger mit Beginn der Teilzulassung für die Erfüllung der arbeitsvertraglich übernommenen Pflichten nicht mehr als 26 Wochenstunden, ggf. auch nicht mehr als 33 Wochenstunden zur Verfügung zu stehen braucht (zur Berechnungsweise vgl. Andreas, Auswirkungen des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes auf Fachärzte im Krankenhaus, ArztR 2007, 182 f. sowie Tabelle unten unter 6.)
- Mietvertrag über die Praxisräume

### b) Zulassungsbeschränkungen (gesperrter Planungsbereich)

Ist der Planungsbereich für die Zulassung von Vertragsärzten im Fachgebiet des Chefarztes gesperrt, bleibt in der Regel nur die Möglichkeit, einen freiwerdenden Vertragsarztsitz im sog. Nachbesetzungsverfahren nach § 103 Abs. 4 SGB V zu erwerben und den Versorgungsauftrag auf die Hälfte zu beschränken.

Bislang nicht abschließend geklärt ist die Frage, ob Teilzulassungen auf andere Ärzte übertragen werden können. Das Sozialgericht München hat dies jetzt im Rahmen eines Verfahrens über den Antrag auf Erlass

einer einstweiligen Anordnung bejaht (Sozialgericht München - S 38 KA 17/08 ER - nicht rechtskräftig). Nur wenn sich die **Verkehrsfähigkeit der Teilzulassung** letztlich durchsetzen wird, kommt in der Regel auch in gesperrten Planungsbereichen die Übernahme von Praxen mit Vertragsarztsitzen aus wirtschaftlichen Gründen in Betracht, die dann auch in zwei hälftige Zulassungen aufgespalten und gesondert übertragen bzw. gemäß § 103 Abs. 4 SGB V nachbesetzt werden können.

Unter Umständen kann ein Chefarzt im gesperrten Planungsbereich aber auch eine sog. Teil-Zulassung auf dem Weg einer Sonderbedarfszulassung gemäß § 24 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) erhalten. Voraussetzung hierfür ist, dass einer der Tatbestände erfüllt ist, die nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses ausnahmsweise eine Zulassung im gesperrten Planungsbereich ermöglichen.

Schließlich kommt auch eine Teil-Zulassung im Job-Sharing mit einem bereits zugelassenen Vertragsarzt gemäß § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V in Betracht. Hier muss jedoch angesichts der mit dem Job-Sharing zwingend verbundenen Leistungsbeschränkung vorab sorgfältig geprüft werden, ob ein solches Modell wirtschaftlich sinnvoll praktiziert werden kann.

## 3. Situation bei Teil-Zulassung

Ein Chefarzt, der über eine Teilzulassung verfügt, nimmt im Gegensatz zum ermächtigten Chefarzt zeitlich unbefristet und ohne Bindung an seinen Chefarztstatus an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung

teil. Die Teil-Zulassung erstreckt sich auch auf das gesamte Fachgebiet des Chefarztes. Der hälftige Versorgungsauftrag wirkt sich nicht im Leistungsspektrum, sondern in der Kontingentierung des dem Chefarzt als teilzugelassenem Vertragsarzt zur Verfügung stehenden Honorarbudgets aus.

Nach der bereits erwähnten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, wonach im Hinblick auf die sich aus § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV ergebenden Anforderungen an die zeitliche Verfügbarkeit des Vertragsarztes für die ambulante vertragsärztliche Versorgung neben einer Zulassung eine anderweitige Tätigkeit in einem Anstellungsverhältnis nur in zeitlich begrenztem Umfang zulässig ist, muss dem Zulassungsausschuss bei der Beantragung der Teil-Zulassung eine entsprechende vertragliche Vereinbarung mit dem Krankenhausträger vorgelegt werden, aus der sich ergibt, dass der Chefarzt ohne Kollision mit den aufgezeigten kassenarztrechtlichen Anforderungen für die Erfüllung seiner Dienstpflichten als Chefarzt nur im Umfang von bis zu 26 bzw. 33 Wochenstunden zur Verfügung zu stehen braucht. (**Muster Anlage 1**)

Nach § 17 Abs. 1 a Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) ist der sich aus der Teil-Zulassung des Vertragsarztes ergebende hälftige Versorgungsauftrag dadurch zu erfüllen, dass der Vertragsarzt an seinem Vertragsarztsitz persönlich **mindestens 10 Stunden wöchentlich** in Form von **Sprechstunden** zur Verfügung steht. Lediglich Anästhesisten und Belegärzte sind nach § 17 Abs. 1 b BMV-Ä von diesen zeitlichen Mindestanforderungen ausgenommen.

#### 4. Teilzulassung statt Ermächtigung?

Während die Teil-Zulassung zeitlich unbefristet erteilt wird, werden Ermächtigungen nur befristet, in der

Regel für die Dauer von zwei Jahren, erteilt. Die erneute Ermächtigung hängt vom Ergebnis der von den Zulassungsgremien jeweils neu vorzunehmenden Bedarfsprüfung ab.

Während die Ermächtigung an den Bestand des Arbeitsverhältnisses des Chefarztes am Krankenhaus gebunden ist, besteht die Teilzulassung unabhängig vom Arbeitsverhältnis des Chefarztes insbesondere auch über die Vollendung des 65. Lebensjahres hinaus fort. Ein Chefarzt kann also von einer Teilzulassung bis zum Erreichen der für Vertragsärzte geltenden Altersgrenze von 68 Jahren Gebrauch machen.

Eine Reduzierung der Arbeitszeit als Chefarzt ist nur für den Erhalt einer (Teil-)Zulassung erforderlich, während die Ermächtigung dem Chefarzt ohne Ansehung des zeitlichen Umfangs seiner Arbeitspflichten gegenüber dem Krankenhausträger erteilt wird.

Mindestzeiten für Sprechstunden sind für (teil-)zugelassene Ärzte, nicht aber für ermächtigte Krankenhausärzte vorgeschrieben. Im Gegensatz zum ermächtigten Chefarzt kann der mit einer Teilzulassung ausgestattete Chefarzt im Rahmen dieser Teilzulassung einen vollzeitbeschäftigten oder zwei teilzeitbeschäftigte Ärzte mit Genehmigung des Zulassungsausschusses als angestellte Ärzte beschäftigen (§ 14 a Abs. 1 Ärzte-ZV).

Auch kann der teilzugelassene Chefarzt unter den Voraussetzungen des § 15 a Abs. 2 BMV-Ä an weiteren Orten vertragsärztlich tätig sein, also Nebenbetriebsstätten eröffnen. Dies ist dem ermächtigten Chefarzt versagt. Schließlich kann der teilzugelassene Chefarzt die Genehmigung zur Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten in seiner vertragsärztlichen Praxis mit hälftigem Versorgungsauftrag erhalten, während der ermächtigte Chefarzt in der Regel keine Genehmigung zur Beschäftigung von Weiterbildungsassistenten in seiner Ermächtigungsam-

bulanz erhält und diese daher dort auch nicht beschäftigen darf.

#### 5. Zulassung für hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen gemäß § 116 b SGB V

Ursprünglich hatte der Gesetzgeber beabsichtigt, die Krankenhäuser für hochspezialisierte Leistungen als eine „erweiterte integrierte Versorgung“ zu öffnen. Es hätte dann des Abschlusses entsprechender Integrationsverträge zwischen Krankenkasse und Krankenhaus über die Erbringung hochspezialisierter Leistungen nach § 116 b SGB V bedurft. Hieraus ist nunmehr eine besondere Form der Zulassung von Krankenhäusern geworden. § 116 b Abs. 2 SGB V lautet:

*„Ein zugelassenes Krankenhaus ist zur ambulanten Behandlung der in dem Katalog nach Abs. 3 und Abs. 4 genannten hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen berechtigt, wenn und soweit es im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes auf Antrag des Krankenhausträgers unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation dazu bestimmt worden ist. Eine Bestimmung darf nicht erfolgen, wenn und soweit das Krankenhaus nicht geeignet ist. Eine einvernehmliche Bestimmung mit den an der Krankenhausplanung unmittelbar Beteiligten ist anzustreben.“*

Der Katalog der Leistungen, für die ein Krankenhaus die Zulassung nach § 116 b Abs. 2 SGB V erhalten kann, ist in § 116 b Abs. 3 SGB V aufgeführt, wobei jedoch der Gemeinsame Bundesausschuss diesen Katalog nach Maßgabe des § 116 b Abs. 4 SGB V zu ergänzen hat.

Die nach § 116 Abs. 2 SGB V von den Krankenhäusern erbrachten Leistungen werden dem Kranken-

haus unmittelbar von den Krankenkassen vergütet (§ 116 Abs. 5 Satz 1 SGB V).

Die Umsetzung dieser Neuregelung bereitet in der Praxis erhebliche Schwierigkeiten. Die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg hat sogar Klage gegen die dortige Gesundheitsbehörde eingereicht und macht u.a. geltend, § 116 b SGB V sei verfassungswidrig (Ärztezeitung vom 17.9.2007).

Rechtlich ungeklärt und damit streitträchtig ist bereits die Frage, welches Rechtsinstitut sich hinter dem Begriff „Bestimmung“ verbergen soll. Der Gesetzgeber hat diese Terminologie offensichtlich bewusst gewählt, weil eine bisher nicht vorgesehene Entscheidung im Rahmen der Krankenhausplanung die Zulassung nach § 116 b Abs. 2 SGB V im Rahmen der ambulanten Versorgung der gesetzlich Versicherten bewirkt. Die Bestimmung der Krankenhausplanungsbehörde wirkt sich also als Zulassung im Rahmen der ambulanten (vertragsärztlichen) Versorgung aus. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde führt damit für die Krankenhäuser in diesem Bereich dieselben Rechtswirkungen herbei wie die Zulassungsgremien für die Ärzte im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung.

Völlig ungeklärt und mithin ebenfalls streitträchtig ist die Frage, wie im Rahmen der Bestimmung nach § 116 b Abs. 2 SGB V die vertragsärztliche Versorgungssituation berücksichtigt werden soll, ohne dass in diesem Bereich eine – vom Gesetzgeber nicht gewollte – Bedarfsplanung im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung stattfindet.

Wesentliche Änderungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116 b SGB V, insbesondere die Mindestmengenregelung durch Beschluss vom 21.2.2008, sind noch

nicht in Kraft getreten. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat den Gemeinsamen Bundesausschuss zur Stellungnahme aufgefordert.

Kassenärztlich ist die „Zulassungsbestimmung“ der Krankenhäuser nach § 116 b SGB V gegenüber der Ermächtigung eines Krankenhausarztes vorrangig. Sobald eine Zulassung nach § 116 b SGB V besteht, wird in der Regel für eine persönliche Ermächtigung des Chefarztes für eben diese speziellen Leistungen kein Bedürfnis mehr bestehen.

Vertragsärztliche Anstellung im MVZ	Anstellung im Krankenhaus	insgesamt
1/1 Stelle = 40 h	13 h	= 53 h
3/4 Stelle = 30 h	23 h	= 53 h
1/2 Stelle = 20 h	33 h	= 53 h
1/4 Stelle = 10 h	43 h	= 53 h

Arbeitsrechtlich stellt sich für den Chefarzt die Frage nach der Mitwirkungspflicht an der ambulanten Erbringung hochspezialisierter Leistungen im Rahmen der „Zulassungsbestimmung“ des Krankenhauses, die Frage nach einer etwaigen zulässigen Konkurrenzaktivität gegenüber einer Nebentätigkeitsgenehmigung des Chefarztes sowie nach etwaigen Ausgleichsansprüchen. Hierzu kann auf Andreas, Medizinische Versorgungszentren, ArztR 2005, 144, 148 bis 151 (vergleichbare Situation wie bei der Zulassung des Krankenhauses zum ambulanten Operieren sowie den Betrieb eines MVZ durch das Krankenhaus) verwiesen werden.

**6. Chefarzt und MVZ**

Zu den Chancen und Risiken Medizinischer Versorgungszentren für Krankenhaus und Chefarzt hat sich

bereits Andreas in ArztR 2005, 144 ff. ausführlich geäußert.

Der Chefarzt kann mit Zustimmung des Krankenhausträgers sowohl als angestellter Arzt als auch als (teil-)zugelassener Arzt im MVZ tätig werden. Rein rechnerisch kommt folgende zeitliche Verteilung der Arbeitszeit zwischen Chefarztstätigkeit und Anstellung im MVZ in Betracht (siehe untenstehende Abbildung).

Die gleichzeitige Tätigkeit von Krankenhausärzten in einem dem Krankenhaus eingegliederten MVZ kann

auf Dauer zu einer Verlagerung bisher stationär erbrachter Leistungen in das MVZ führen. Dies gilt nicht nur für mögliche stationärsersetzende Eingriffe, sondern insbesondere auch für Fachgebiete wie Pathologie, Laboratoriumsmedizin, Radiologie oder Strahlentherapie. Soll die Mitarbeit des Chefarztes im MVZ – wie bei Neuverträgen nicht selten – von Anfang an zur Dienstaufgabe des Chefarztes erklärt werden, empfiehlt sich zumindest die Aufnahme einer Klausel in den Chefarztdienstvertrag, die ungeachtet der Verlagerung etwaiger Tätigkeiten vom stationären Krankenhausbetrieb in das MVZ die Chefarztstätigkeit als solche und den Erhalt der vom Chefarzt bezogenen Gesamtvergütung sicherstellt (Anlage 2).

Stellt sich für den Chefarzt die Alternative zwischen einer Teilzulassung oder der Mitarbeit in einem MVZ, muss er eine Abwägungsentcheidung treffen.

