

# Medizinische Versorgungszentren

- Chancen oder Risiken für Krankenhaus und Chefarzt -

Rechtsanwalt Dr. Manfred Andreas, Karlsruhe

Die ersten medizinischen Versorgungszentren haben ihre Arbeit aufgenommen. Nach einer Veröffentlichung in der Fachpresse planen 28% der Krankenhäuser die Einrichtung eines MVZ innerhalb von zwei Jahren. Für Deutschland würde dies rund 500 krankenhausbetriebene Medizinische Versorgungszentren bedeuten<sup>1</sup>.

Nachfolgend werden zunächst die Vorzüge eines MVZ beschrieben. Anschließend wird dargestellt, welche Voraussetzungen gegeben sein müssen, damit ein MVZ gegründet und betrieben werden kann. Danach geht der Autor auf etwaige Auswirkungen auf das Chefarztdienstverhältnis ein.

## I. Vorzüge eines MVZ

Ein MVZ, das vom Krankenhaus betrieben wird, kann folgende Vorzüge haben:

- ▲ Das Krankenhaus kann alle ambulanten Versorgungsformen anbieten.
- ▲ Das Krankenhaus kann das MVZ im Krankenhausgelände oder an einem anderen strategisch günstigen Ort der Region platzieren.
- ▲ Mit Hilfe des MVZ kann das Krankenhaus dauerhaft einen Kassenarztsitz an sich binden und dadurch Zu- bzw. Einweiser gewinnen.
- ▲ Anders als der niedergelassene Vertragsarzt kann das MVZ im Rahmen der Bedarfsplanung unbegrenzt viele Ärzte anstellen.
- ▲ Da für angestellte Ärzte im MVZ die 55-Jahres-Grenze weggefallen ist, haben auch Krankenhausärz-

te, die nicht mehr im Krankenhaus arbeiten können oder wollen, die Möglichkeit, als angestellte Ärzte im MVZ tätig zu sein.

- ▲ Das Krankenhaus kann die Verlagerung vieler Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich dadurch auffangen, dass es selbst im ambulanten Bereich tätig wird.
- ▲ Gelingt es, das MVZ in die integrierte Versorgung einzubringen, können die starren Vorgaben des Kassenarztrechts beim Betrieb des MVZ, bei der Leistungserbringung und der Leistungsabrechnung durchbrochen werden. Voraussetzung dafür ist allerdings eine vertragliche Einigung mit den Kassen über eine Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung und einer Vergütung über Komplexpauschalen.

## II. Gründung und Betrieb eines MVZ

### 1. Gesetzliche Definition

Gemäß § 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V nehmen unter anderem zugelassene medizinische Versorgungszentren an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Damit ist klargestellt, dass sich die Leistungen des MVZ nicht auf den stationären, sondern nur auf den ambulanten Bereich beziehen. Dies ergibt sich aus dem Begriff der vertragsärztlichen Versorgung, der in § 73 SGB V definiert ist und eine Gliederung in die hausärztliche und fachärztliche Versorgung kennt.

<sup>1</sup> Längen u.a. Für welche Krankenhäuser lohnen sich Medizinische Versorgungszentren? f & w 3/2004, 254 (256)

§ 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V definiert medizinische Versorgungszentren als fachübergreifende ärztliche geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte als Angestellte oder zugelassene Vertragsärzte tätig sind.

Der ärztliche Leiter muss vom Träger des MVZ in ärztlichen Angelegenheiten weisungsfrei sei. Er trägt die Gesamtverantwortung für die von den angestellten Ärzten erbrachten vertragsärztlichen Leistungen<sup>2</sup>. Als ärztlicher Leiter kann ein im MVZ tätiger, aber auch ein externer Arzt bestellt werden<sup>3</sup>.

Das Merkmal der fachübergreifenden ärztlich geleiteten Einrichtung ist auf jeden Fall erfüllt, wenn mindestens zwei Ärzte verschiedener Fachgebiete im MVZ vertreten sind. Gefordert wird jedoch nur eine fachübergreifende und nicht eine fachgebietsübergreifende Einrichtung. Deshalb reichen ein hausärztlich und ein fachärztlich tätiger Internist. Denn erlaubt sind fachgebietsübergreifend ein Allgemeinarzt und ein hausärztlich tätiger Internist. Zwischen einem Allgemeinarzt und einem hausärztlich tätigen Internisten besteht aber ein viel ähnlicheres Leistungsspektrum als zwischen einem hausärztlichen und einem fachärztlich tätigen Internisten. Fraglich ist, ob es ausreicht, wenn zwei Ärzte dieselbe Gebietsbezeichnung (z.B. Innere Medizin) und nur unterschiedliche Schwerpunkte (z.B. Gastroenterologie und Kardiologie) führen.

## 2. Gründungsvoraussetzungen

Gemäß § 95 Abs. 1 Satz 3 SGB V kann ein MVZ von Leistungserbringern

gegründet werden, die aufgrund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmen.

Damit kommen auch ermächtigte Krankenhausärzte als Gründer in Betracht. Allerdings werden Ermächtigungen nur befristet erteilt, sodass die Gefahr besteht, dass die Gründungsvoraussetzung entfällt und dem MVZ die Zulassung gemäß § 95 Abs. 6 SGB V entzogen wird.

Gründer eines MVZ kann ebenso ein einzelnes Krankenhaus sein, wenn es sich dabei um ein nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus handelt. Denn es nimmt aufgrund Vertrages an der medizinischen Versorgung der Versicherten teil<sup>4</sup>.

## 3. Gesellschaftsform

Gemäß § 95 Abs. 1 Satz 3 SGB V können sich medizinische Versorgungszentren aller zulässigen Organisationsformen bedienen. Welche Organisationsformen zulässig sind, sagt das SGB V jedoch nicht.

Juristisch unproblematisch ist es, wenn das MVZ als Einzelfirma auftritt. Ebenso unproblematisch ist die Struktur als Gesellschaft bürgerlichen Rechts. Problematisch kann die Gesellschaftsform der GmbH sein, wenn ein Krankenhausträger ein MVZ zusammen mit einem Arzt betreiben will. Denn in einigen Bundesländern ist z. B. vorgesehen, dass eine ärztliche Praxis nicht in der Rechtsform einer GmbH geführt werden darf. So heißt es in § 16 Abs. 4 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes:

*Es ist nicht statthaft, eine ärztliche, zahnärztliche oder tierärztliche Praxis*

*in der Rechtsform einer juristischen Person des privaten Rechts zu führen.*

Dazu hat das Sächsische Staatsministerium für Soziales aber bereits in einer Verlautbarung vom 2.4.2004 festgestellt, dass die zitierte Vorschrift der Gründung eines MVZ in Form einer GmbH nicht entgegensteht<sup>5</sup>. Denn bei einem MVZ handele es sich nicht um eine ärztliche Praxis, sondern um eine Einrichtung sui generis.

In der Amtlichen Begründung zur gesetzlichen Neuregelung des SGB V<sup>6</sup> heißt es:

*Medizinische Versorgungszentren können als juristische Personen, z.B. als GmbH oder als Gesamthandgemeinschaft (BGB-Gesellschaft) betrieben werden.*

Daraus folgt, dass die Rechtsform der GmbH für den Betrieb eines MVZ kein unüberwindliches Hindernis darstellt.

## 4. Vertragsarztsitz

Wenn die entsprechenden Voraussetzungen vorliegen, erfolgt die Zulassung des MVZ für den Ort der Niederlassung als medizinisches Versorgungszentrum (Vertragsarztsitz), § 95 Abs. 1 Satz 4 SGB V.

Gemäß § 95 Abs. 2 Satz 8 SGB V sind der Antrag auf Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums sowie der Antrag auf Genehmigung der Anstellung eines Arztes im MVZ abzulehnen, wenn bei der Antragstellung Zulassungsbeschränkungen wegen Überversorgung angeordnet sind.

Ist der Bedarf für die Anstellung von Ärzten eines bestimmten Fachgebietes erschöpft, können trotzdem weitere Ärzte dieses Fachgebietes angestellt werden, wenn dies im so genannten Job-Sharing geschieht. Gemäß § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V muss das MVZ sich in diesem Fall verpflichten, den bisherigen Praxisumfang nicht wesentlich zu über-

2 Kirchhoff, Niedersächsisches Ärzteblatt 5/2004, 73

3 a.A. Schallen, Zulassungsverordnung, 4. Aufl. 2004 Rdnr. 405, wonach zusätzlich zu den zwei fachübergreifend beschäftigten Ärzten ein weiterer Arzt als ärztlicher Leiter erforderlich sein soll.

4 DKG, Hinweise zur Gründung Medizinischer Versorgungszentren nach § 95 SGB V, Seite 16; Kirchhoff, Niedersächsisches Ärzteblatt 5/2004, 72

5 DKG a.a.O., Seite 93

6 BT-Drucks. 15/1525, Seite 107

schreiten. Eine wesentliche Überschreitung liegt vor, wenn die Punktzahlanforderung gegenüber dem Vorjahresquartal höher als 3% ist.<sup>7</sup>

Auch die Anstellung eines Arztes im Sonderbedarf ist möglich. Dieser Arzt muss die Leistungen allerdings persönlich erbringen<sup>8</sup>.

Gemäß § 101 Abs. 1 Satz 6 SGB V sind bei der Berechnung des Versorgungsgrades in einer Planungsregion die in einem medizinischen Versorgungszentrum angestellten Ärzte entsprechend ihrer Arbeitszeit anteilig zu berücksichtigen. Eine Teilzeit-tätigkeit der angestellten Ärzte im MVZ ist somit vom Gesetzgeber ausdrücklich ermöglicht worden. § 32 b Abs. 1 Satz 1 Ärzte-ZV erlaubt zwar höchstens die Anstellung von zwei halbtags beschäftigten Ärzten desselben Fachgebietes. Diese Einschränkung gilt jedoch nach der ausdrücklichen Regelung in § 32 b Abs. 2 Ärzte-ZV nicht für medizinische Versorgungszentren. Soweit eine Überversorgung besteht, kann eine volle Arztstelle gemäß Nr. 38 Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte in maximal 4 Teilzeitstellen gesplittet werden.

§ 103 Abs. 4 a Satz 2 SGB V sieht vor, dass ein MVZ einen Vertragsarztsitz erhalten kann, wenn ein niedergelassener Arzt auf seine Zulassung verzichtet hat.

## 5. Betreiber des MVZ

Das Gesetz unterscheidet zwischen Gründern und Betreibern eines MVZ. Für Chefärzte als Betreiber gilt Folgendes:

Chefärzte haben nur in Ausnahmefällen eine Kassenzulassung. Solche Ausnahmen kommen nach dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 5.11.1997<sup>9</sup> für solche Chefärzte in Betracht, die nicht patientenbezogen arbeiten, wie z.B. Pathologen und Laborärzte. Sie dürfen nur weniger als 20 Stunden beim Krankenhausträger

angestellt sein. Diese Ärzte können als zugelassene Vertragsärzte zusammen mit dem Krankenhausträger ein MVZ betreiben.

Die anderen, patientenbezogen arbeitenden Chefärzte können allenfalls als angestellte Ärzte im MVZ tätig sein. Für eine solche Tätigkeit im MVZ gilt die Kassenermächtigung nicht. Denn sie setzt eine Abrechnung der Leistungen für den ermächtigten Arzt und nicht für eine Institution wie das MVZ voraus. Würde der Chefarzt also als in Teilzeit angestellter Arzt des MVZ tätig, so geschähe dies außerhalb seiner Kassenermächtigung.

Möglich ist aber eine Kooperation des im Krankenhaus ermächtigten Chefarztes mit dem MVZ. Dies ist dann vorstellbar, wenn das MVZ räumlich in das Krankenhausgebäude integriert ist und der ermächtigte Chefarzt (z.B. der Radiologe oder der Anästhesist) seine Leistungen auf Überweisung der im MVZ tätigen Ärzte erbringen kann.

## 6. Angestellte Ärzte im MVZ

Einige Krankenhäuser erwägen, ihre Chefärzte im Rahmen der vorgegebenen Bedarfsplanung im MVZ mitarbeiten zu lassen, ohne dass die Chefärzte dabei von einer ihnen etwa erteilten Zulassung oder Ermächtigung Gebrauch machen. In einem solchen Fall ist Folgendes zu bedenken:

Gemäß § 95 Abs. 2 Satz 6 SGB V bedarf die Anstellung eines Arztes in einem MVZ der Genehmigung des Zulassungsausschusses. Diese Genehmigung ist zu erteilen, wenn der angestellte Arzt in das Arztregister eingetragen ist, also die Approbation besitzt und eine Weiterbildung zu einem Fachgebiet absolviert hat. Somit kann jeder Chefarzt, der eine Kassenermächtigung erhalten hat, vom Grundsatz her angestellter Arzt in einem MVZ sein. Sofern für die Erbringung bestimmter Leistungen ein

Fachkundenachweis nach § 135 SGB V vorgeschrieben ist, muss der angestellte Arzt die entsprechende Abrechnungsbefugnis haben, damit die Leistungen für das MVZ erbracht und abgerechnet werden können. Dies ergibt sich aus § 95 Abs. 2 Satz 9 SGB V.

Für angestellte Ärzte ist die früher in § 32 b Abs. 1 Ärzte-ZV enthaltene Altersgrenze von 55 Jahren gestrichen worden. Folglich darf auch das MVZ angestellte Ärzte einstellen, die älter als 55 Jahre sind. Hier ergeben sich neue berufliche Tätigkeitsfelder für Krankenhausärzte, die ihre Anstellung z.B. wegen Schließung der Abteilung verloren haben. Allerdings endet die Anstellung von Ärzten in einem zugelassenen MVZ mit Vollendung des 68. Lebensjahres (§ 95 Abs. 7 Satz 7 SGB V).

Fraglich ist, ob ein vom Krankenhausträger betriebenes MVZ mit Ärzten arbeiten darf, die sowohl im MVZ als auch im Krankenhaus angestellt sind. Der Gesetzgeber hat dies wohl angenommen<sup>10</sup>. Es ergibt sich jedoch folgende kassenarztrechtliche Problematik:

Gemäß § 1 Abs. 3 Ärzte-ZV gilt die Zulassungsverordnung für medizinische Versorgungszentren und die dort angestellten Ärzte entsprechend. Folglich ist auch § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV zu beachten. Danach ist für die Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit ungeeignet, wer eine ärztliche Tätigkeit ausübt, die ihrem We-

7 Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte Nr. 38 i. V.m. Nr. 23 c.

8 Bedarfsplanungs-Richtlinien Ärzte Nr. 38 b

9 - 6 RKa 52/97 - (ArztR 1998, 217)

10 Behnsen, Das Krankenhaus 9/2004, 701

11 - B 6 KA 20/01 R - (ArztR 2003, 154)

12 siehe Wigge, Medizinische Versorgungszentren nach dem GMC, MedR 3/2004, 131; Quaas, Medizinische Versorgungszentren als Bestandteil der integrierten Versorgung, f & w 3/2004, Seite 308; mit dieser Tendenz auch Wenner, GesR 9/2004, 353 (359), der eine Klarstellung des Gesetzgebers für wünschenswert hält

sen nach mit der Tätigkeit des Vertragsarztes am Vertragsarztsitz nicht zu vereinbaren ist. Dazu hat das Bundessozialgericht mit Urteil vom 30.1.2002<sup>11</sup> entschieden, dass bei der Tätigkeit eines Krankenhausarztes aufgrund einer Zulassung im ambulanten Bereich eine Interessen- und Pflichtenkollision vorliegt, wenn es sich um eine ärztliche Tätigkeit mit unmittelbarem Patientenkontakt handelt. Für diese Arztgruppen ist eine Vermischung von stationärer und ambulanter kassenärztlicher Tätigkeit zu befürchten.

Unter Zugrundelegung dieser Rechtsprechung ist es einem Krankenhaussträger zwar erlaubt, das Medizinische Versorgungszentrum mit angestellten Ärzten des Krankenhauses zu betreiben, sofern diese Ärzte keinen unmittelbaren Patientenkontakt haben. Haben die Fachärzte unmittelbaren Patientenkontakt, dürfen sie aber nicht gleichzeitig im Krankenhaus und im MVZ arbeiten<sup>12</sup>. Selbst die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die die Anstellung von Krankenhausärzten in MVZs, die von Krankenhausträgern betrieben werden, befürworten möchte, rät vorläufig dazu, das MVZ personell ohne den Einsatz von Krankenhausärzten zu konzipieren<sup>13</sup>.

Zwingel/Preißler<sup>14</sup> meinen, § 20 Ärzte-ZV sei bei angestellten Ärzten im MVZ nicht anwendbar, weil § 32 b Abs. 2 Ärzte-ZV im Abschnitt „Vertreter, Assistenten, angestellte Ärzte und Gemeinschaftspraxis“ explizit nur auf § 21 Ärzte-ZV verweist. Damit sei auf § 20 Ärzte-ZV gerade nicht verwiesen. Dem steht jedoch entgegen, dass § 1 Abs. 3 Ärzte-ZV

für Medizinische Versorgungszentren und ausdrücklich auch für „die dort angestellten Ärzte“ eine entsprechende Anwendung der gesamten Ärzte-ZV und folglich auch des § 20 Ärzte-ZV vorsieht.

Ein MVZ kann ohne weiteres Leistungen im Rahmen der integrierten Versorgung erbringen. Allerdings bedarf es für die Teilnahme an der integrierten Versorgung des vertraglichen Einverständnisses mit den Krankenkassen. Dann dürfen auch Leistungen erbracht werden, die vom normalen Zulassungs- oder Ermächtigungsstatus nicht gedeckt sind. Im Rahmen der Integrierten Versorgung dürfen also Fachärzte mit unmittelbarem Patientenkontakt sowohl im Krankenhaus als auch im MVZ arbeiten, weil die strengen Vorschriften des Kassenarztrechts für die Integrierte Versorgung nicht gelten, § 140 a Abs. 1 Satz 1 SGB V.

Im Zusammenhang mit der Integrierten Versorgung lässt sich an interessante Kombinationen von MVZ und chefärztlicher Tätigkeit denken. So lassen sich medizinisch interessante Betätigungsfelder auf- oder ausbauen. Dabei kann man z.B. an die Versorgung bestimmter Patientengruppen im Bereich der Onkologie und der Diabetologie denken. Auch die Disease-Management-Programme können in die Integrierte Versorgung einbezogen werden.

Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass für die angestellten Ärzte im MVZ die Vorschriften des Arbeitszeitgesetzes gelten. Ist ein Chefarzt im Rahmen seiner genehmigten Nebentätigkeit im MVZ angestellt, wird er nicht als Chefarzt im Sinne des § 18 Abs. 1 Nr. 1 Arbeitszeitgesetz tätig. Deshalb gilt die Ausnahme vom Arbeitszeitgesetz nicht. Seine Arbeit ist vielmehr an den Vorgaben des Arbeitszeitgesetzes zu messen.

Auch der ärztliche Leiter des MVZ ist kein Chefarzt im Sinne des § 18 Abs. 1 Nr. 1 Arbeitszeitgesetz<sup>15</sup>. Denn mit dem Begriff des Chefarztes ist

die stationäre Versorgung von Patienten verbunden. Das MVZ erbringt jedoch ambulante Leistungen.

## 7. Erbringung und Abrechnung privatärztlicher Leistungen

Bei der Erbringung privatärztlicher Leistungen im MVZ gelten die Beschränkungen des § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV nicht. Folglich dürfen im Krankenhaus angestellte Ärzte gleichzeitig im MVZ tätig sein, ohne dass es darauf ankäme, ob der Arzt unmittelbaren oder nur mittelbaren Patientenkontakt hat.

Ein ärztlich geleitetes MVZ darf - auch in der Rechtsform der GmbH - privatärztliche Leistungen erbringen und abrechnen. Fraglich ist allerdings, ob der private Krankenversicherer dem selbstzahlenden Patienten die Kosten der ärztlichen Leistungen erstatten muss.

§ 4 Abs. 2 MB/KK sieht vor, dass der Patient niedergelassene approbierte Ärzte in Anspruch nimmt. Indessen hat der Bundesgerichtshof bereits mit Urteil vom 30.11.1977<sup>16</sup> ausgesprochen, dass auch die dem Patienten in Rechnung gestellten Kosten eines zugelassenen Krankenhauses für ambulante Behandlung erstattet werden müssen, wenn keine Bedenken dagegen bestehen, dass die gewährte Heilbehandlung in jeder Hinsicht den Regeln der ärztlichen Kunst entspricht<sup>17</sup>.

Gleichwohl versuchen private Krankenversicherer, sich der Erstattungspflicht bei ambulanten ärztlichen Leistungen, die von Institutionen erbracht worden sind, zu entziehen. Auch wenn dies nach der zitierten Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs unzulässig ist, kann das Problem dadurch gelöst werden, dass das MVZ dem angestellten Arzt ein Liquidationsrecht einräumt. Dann ist der Arzt der Honorargläubiger des Patienten. Dadurch entsteht eine Situation wie beim liquidationsberech-

13 DKG, a.a.O., Seite 27

14 Das Medizinische Versorgungszentrum, S. 95; 100 - 102

15 a.A. Möller, GesR 11/2004, 456 (461)

16 - IV ZR 69/76 - NJW 1978, 589 ff

17 vgl. Behnen, Das Krankenhaus 9/2004, 702



werden. Geschieht dies im kassenärztlichen Bereich, muss der Chefarzt befürchten, seine Ermächtigung zu verlieren. Denn einen Anspruch auf die Kassenermächtigung hat er nur, wenn die zugelassenen Leistungserbringer eine Versorgungslücke lassen.

Es stellt sich die Frage, ob der Chefarzt bei einem derartigen Liquidationsausfall einen Schadensersatzanspruch gegenüber dem Krankenhaus geltend machen kann. Dies setzt zunächst voraus, dass der Chefarzt wegen der ihm erteilten Nebentätigkeitserlaubnis im ambulanten Bereich vor Konkurrenz seines Krankenhausträgers rechtlich geschützt ist. Dazu liegen – soweit ersichtlich – bisher keine Gerichtsentscheidungen vor. Allerdings hat das Landesarbeitsgericht Baden-Württemberg bereits im Urteil vom 16.12.1983<sup>19</sup> ausgeführt, dass die Gestattung ambulanter Nebentätigkeit sich nicht aus den Synallagma von Leistung und Gegenleistung herauslösen lässt, weil die Gestattung jedenfalls auf Seiten des anzustellenden Chefarztes wesentliche Anstellungsvoraussetzung, wenn nicht gar *conditio sine qua non* für den Vertragsabschluss ist.

Auch das Landesarbeitsgericht Hamm hat im Urteil vom 17.7.1997<sup>20</sup> unter Hinweis auf die Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts ausgeführt, dass das als Nebentätigkeit eingeräumte Liquidationsrecht für ambulante Leistungen ein Vergütungsbestandteil für die Tätigkeit des leitenden Krankenhausarztes ist.

Das Bundesarbeitsgericht<sup>21</sup> sieht in der Ausübung der ambulanten Nebentätigkeit einen engen Zusammenhang mit der stationären Versorgung in der Abteilung im Sinne eines einheitlichen Lebenssachverhalts.

Wenn nun der Krankenhausträger durch Gründung und Betrieb eines MVZ in die ambulante Nebentätigkeitserlaubnis des Chefarztes eingreift, indem er unerlaubte Konkur-

renz macht, erwächst dem Chefarzt daraus ein Schadensersatzanspruch. Dabei gilt im Ergebnis das Gleiche, wenn die ambulante Tätigkeit vertraglich zur Dienstaufgabe erklärt und dem Chefarzt daran eine Beteiligungsvergütung gewährt wurde.

Die Realisierung eines solchen Schadensersatzanspruches setzt freilich voraus, dass das MVZ maßgeblich vom Krankenhausträger gesteuert ist, weil der Träger sich nur in einem solchen Fall das Verhalten des MVZ schadensersatzrechtlich zu rechnen lassen muss.

### 3. Beschränkung der Nebentätigkeitserlaubnis, Änderungskündigung

Um einem drohenden Schadensersatzanspruch wegen unerlaubter Konkurrenz zuvor zu kommen, könnte der Krankenhausträger daran denken, die **Nebentätigkeitserlaubnis** des Chefarztes zu beschränken und die im MVZ erbrachten Leistungen aus den im Krankenhaus genehmigten Nebentätigkeiten herauszunehmen. Dazu bedarf es je nach Formulierung der Nebentätigkeitserlaubnis triftiger oder wichtiger Gründe.

Die Änderung der Rechtslage, die es dem Träger seit dem 1.1.2004 erlaubt, ein MVZ zu gründen und zu betreiben, trägt eine unternehmerische Entscheidung, die einen wichtigen oder auch triftigen Grund zur Beschränkung der Nebentätigkeitsgenehmigung darstellt. Die Entscheidung ist vergleichbar einem Outsourcing von Leistungen durch den Krankenhausträger, das nach der Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts einen Kündigungsgrund darstellt.

Ein triftiger oder wichtiger Grund zum teilweisen Entzug der Nebentätigkeitserlaubnis liegt allerdings nur im kassenärztlichen Bereich vor. Allein insoweit ist durch das GKV-Modernisierungsgesetz mit

Wirkung vom 1.1.2004 eine Vorrangstellung für medizinische Versorgungszentren geschaffen worden. Für ambulante privatärztliche Leistungen, die das MVZ erbringen möchte, gilt die Neuregelung des GKV-Modernisierungsgesetzes nicht. Es ist allerdings möglich, dass Krankenhausträger und Chefarzt die Nebentätigkeitserlaubnis dahingehend ändern, dass der Chefarzt bestimmte private ambulante Leistungen nicht mehr im Krankenhaus, sondern im MVZ erbringt.

Sofern der Krankenhausträger eine Beschränkung der Nebentätigkeitserlaubnis im kassenärztlichen Bereich herbeiführen darf, ist die Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts zum Widerruf von Liquidationsrechten zu beachten.

Das Bundesarbeitsgericht hat schon in einem Urteil vom 11.1.1978<sup>22</sup> ausgesprochen, dass der Widerruf eines Liquidationsrechtes gemäß § 315 Abs. 1 BGB nur verbindlich ist, wenn er der Billigkeit entspricht. Die Billigkeit erfordert es, dass ein Krankenhausträger, der ein Liquidationsrecht widerruft, diesen Widerruf in der Regel mit einer finanziellen Entschädigung verbinden muss. Denn Einnahmen aus der Liquidation sind eine besondere Form der Vergütung.

Viele Nebentätigkeitserlaubnisse enthalten allerdings die Klausel, dass dem Arzt bei einer Einschränkung der Nebentätigkeitsgenehmigung kein Ausgleichs- oder Schadensersatzanspruch gegenüber dem Krankenhausträger zustehe. Ein solcher pauschaler Ausschluss von Schadensersatzansprüchen oder Ausgleichsansprüchen ist rechtsunwirksam. Er widerspricht der zitierten Auffassung des Bundesarbeitsgerichts, das sich gerade um einen gerechten Interessenausgleich im Rahmen des Widerrufs von Liquidationsrechten bemüht hat. Deshalb liegt in der vom Krankenhausträger als allgemeine Geschäftsbedingung in den Vertragsverhandlungen vorgelegten



Muss der Chefarzt an neuen Aufgaben mitwirken, die bisher nicht Gegenstand seiner Liquidationsberechtigung waren, so sind die für das MVZ neu entstehenden, dem Chefarzt aber entgehenden Liquidationseinnahmen in dieselbe Staffelberechnung einzubeziehen.

Insofern ist die Rechtslage derjenigen vergleichbar, wie sie beim Ausgleichsanspruch des Chefarztes bei ambulanten Operationen entsteht, die nunmehr vom Krankenhausträger angeboten werden<sup>27</sup>.

#### IV. Bewertung von Chancen und Risiken

Gründet und betreibt der Krankenhausträger ein MVZ, so liegt darin – wenn er alle rechtlichen Hürden überwunden hat – die Chance, den Krankenhausbetrieb im Wettbewerb zu stärken. Denn ein funktionierendes MVZ wirkt sich auf den Zuspruch der Patienten zum stationären Krankenhausbetrieb positiv aus. Der Krankenhausträger kann die Verlagerung von Leistungen aus dem sta-

tionären in den ambulanten Bereich auffangen.

Das Risiko eines vom Krankenhausträger betriebenen MVZ liegt für den Chefarzt darin, dass er bisher im kassenärztlichen ambulanten Bereich erzielte Liquidationseinnahmen verliert. Im privatärztlich ambulanten Bereich dürfen sich allerdings keine Einbußen ergeben.

Problematisch ist die Situation bei der Versorgung ambulanter Kassenspatienten. Sofern der Chefarzt sich hier nicht völlig ausklinkt, indem er sich um die diesbezügliche Leistungserbringung des MVZ nicht kümmert und dann natürlich auch keine Vergütung erhält, muss geklärt werden, inwieweit der Chefarzt im MVZ mitarbeiten kann und dafür eine Vergütung erhält.

Gerade weil der kassenärztliche ambulante Bereich rechtlich problematisch ist, empfiehlt sich eine frühzeitige Kontaktaufnahme mit dem Träger, wenn das MVZ unter der Herrschaft des Krankenhauses betrieben werden soll. Die frühzeitige Kontaktaufnahme ist auch geboten, wenn es – unabhängig von finanziel-

len Erwägungen – darum geht, den Versorgungsbereich der Abteilung zu erhalten oder auszuweiten.

Sofern Vertragsänderungen im Hinblick auf die MVZ-Versorgung fixiert werden, empfiehlt es sich, einen Vorbehalt dahingehend zu treffen, dass der alte vertragliche Status wieder eintritt, wenn das MVZ seine Tätigkeit wieder einstellen sollte.

23 Urteil des Bundesarbeitsgerichts vom 1.7.1999 - 2 AZR 826/98 - ArztR 2000, 87

24 - 5 AZR 797/76 - NJW 1978, 1699 ff.

25 - 5 AZR 389/80 - ArztR 1983, 208 ff.

26 - 5 AZR 536/87 - ArztR 1989, 292 f.

27 siehe dazu Andreas, Ausgleichsanspruch des Chefarztes bei ambulanten Operationen sowie vor- und nachstationärer Behandlung, ArztR 1994, 123 ff.