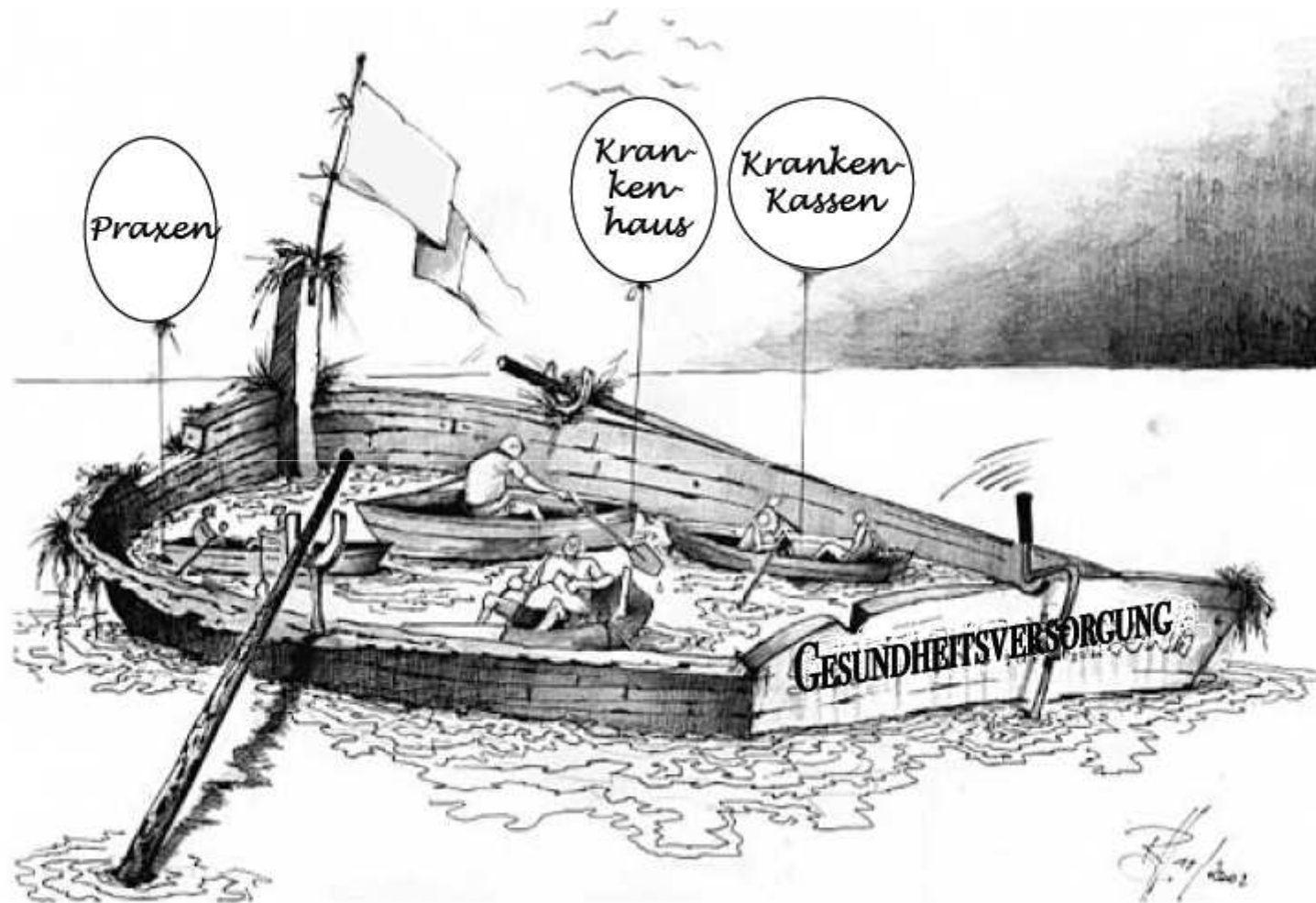


Formen der ärztlichen und sektorenübergreifenden Kooperation Vom Belegarzt bis zum Honorararzt

Friedhelm Schmitz



Praxisklinik Orthopädie
Franziskushospital Aachen



© Rechtsanwalt Prof. Dr. Thomas Schlegel
Thomas.Schlegel@MedizinRecht.de
Tel: 069-43059-600

Kooperationsformen vor 2007

- Belegarzt
- Konsiliararzt (Unterstützung der Krankenhausärzte durch sein Fachwissen)
- Apparategemeinschaften (gemeinsame Nutzung der Infrastruktur)

Kooperationsformen vor 2007

- Ausweitung der Konsilararztstätigkeit zum „unechten Konsilararzt“ oder Kooperationsarzt:
 - Nutzt Krankenhausbetten (kein Belegarzt)
 - Erbringt eigenständige operative Leistungen
 - Ergänzt oder erweitert das Krankenhausangebot
-
- **Rechtlich in einer Grauzone**

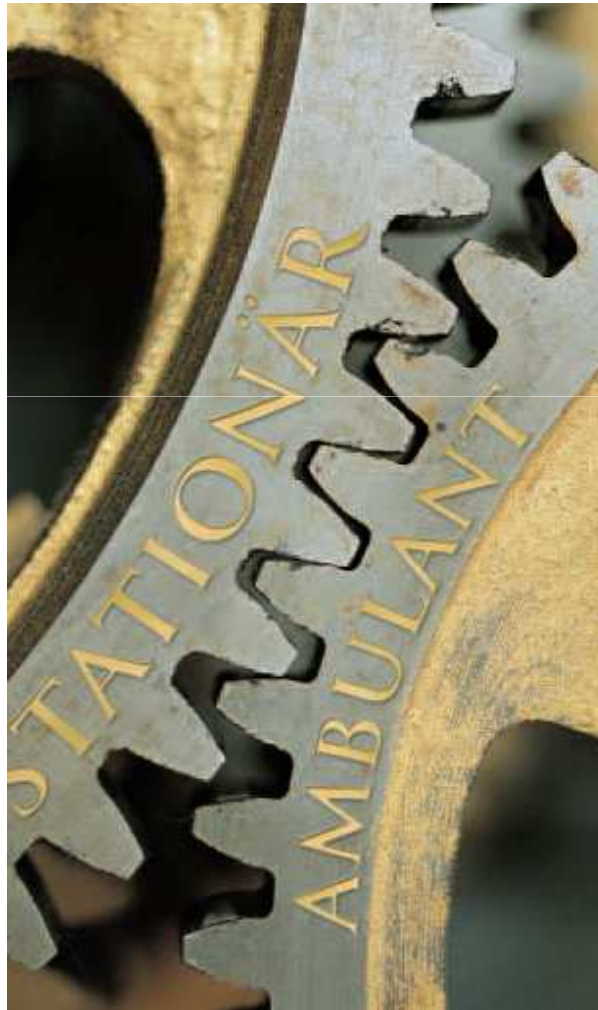
Ulla Schmidt (2004)

bei der Eröffnung der
Praxisklinik Orthopädie Franziskushospital



Verzahnung ambulant Stationär

Stationär



Ambulant

Vertragsarztrechtsänderungsgesetz VÄndG

Das **Vertragsarztrechtsänderungsgesetz** ist ein deutsches Gesetz, das die rechtlichen Rahmenbedingungen modifiziert, unter denen Vertragsärzte in Deutschland tätig werden dürfen. Das VÄndG wurde am 27. Oktober 2006 vom Deutschen Bundestag beschlossen und ist seit dem **1. Januar 2007** in Kraft.

Hintergrund

Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz soll nach dem Willen des Gesetzgebers die vertragsärztliche Berufsausübung **effizienter und wettbewerbsfähiger** machen. Die Hauptmotivation des Gesetzes ist die **Vermeidung von Versorgungsengpässen** in der ambulanten medizinischen Versorgung, insbesondere in den **neuen** Bundesländern.

Hintergrund

Auch gewollt:

**Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante
Versorgung**

Modell Polikliniken der „DDR“

Regelungen VÄndG

- Anstellung von Ärzten in Vertragsarztpraxen (= MVZ)
- Erteilen von Teilzulassungen
- Gleichzeitige Tätigkeit als Krankenhausarzt und Vertragsarzt
- Zweigpraxen
- Ausgelagerte Praxisräume
- Berufsausübungsgemeinschaft
- Aufhebung der Altersbeschränkung
- Medizinische Versorgungszentren

Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG

- 6. Dem § 20 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:
- „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**.“

Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG

- „§ 19a

(1) Die Zulassung verpflichtet den Arzt, die vertragsärztliche Tätigkeit vollzeitig auszuüben.

-

(2) Der Arzt ist berechtigt, durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss seinen **Versorgungsauftrag auf die Hälfte des Versorgungsauftrages nach Absatz 1 zu beschränken**. Die Beschränkung des Versorgungsauftrages wird entweder im Rahmen eines Beschlusses nach § 19 Abs. 1 oder durch gesonderten Beschluss festgestellt.

Wer profitiert vom VÄndG



Ärzte- und
Zahnärzteleberung

Vertragsarztrechtsänderungsgesetz: Neue Chancen für Krankenhausärzte im Bereich der ambulanten Versorgung

IWW Institut für Wirtschaftspublizistik

Nachdem der Bundesrat im November 2006 der Einführung des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes

abhängig von der
zte Brief" Nr. 8/2006, Seite 6,



Der Vertragsarzt als Subunternehmer des Krankenhauses?

Rechtsgebiete: **Medizinrecht, Medizinrecht & Arzthaftungsrecht**

Rechtstipp vom **04.12.2008**

Ärztliche Kooperationen

AGA / BVASK Wien 2010



Neue Regierung:

Krankenhaus-MVZ

Koalitionsvertrag:



Regierung will offenbar keine Krankenhaus-MVZ:

Zulassung von MVZ nur, wenn mehrheitlich von Ärzten als
Gesellschafter gehalten und von Ärzten geführt werden -
Krankenhaus-MVZ nur

- im Falle einer Unterversorgung und
- wenn sonst keine ärztlichen Interessenten zur Verfügung stehen

Unternehmen : ambulantes Operationszentrum

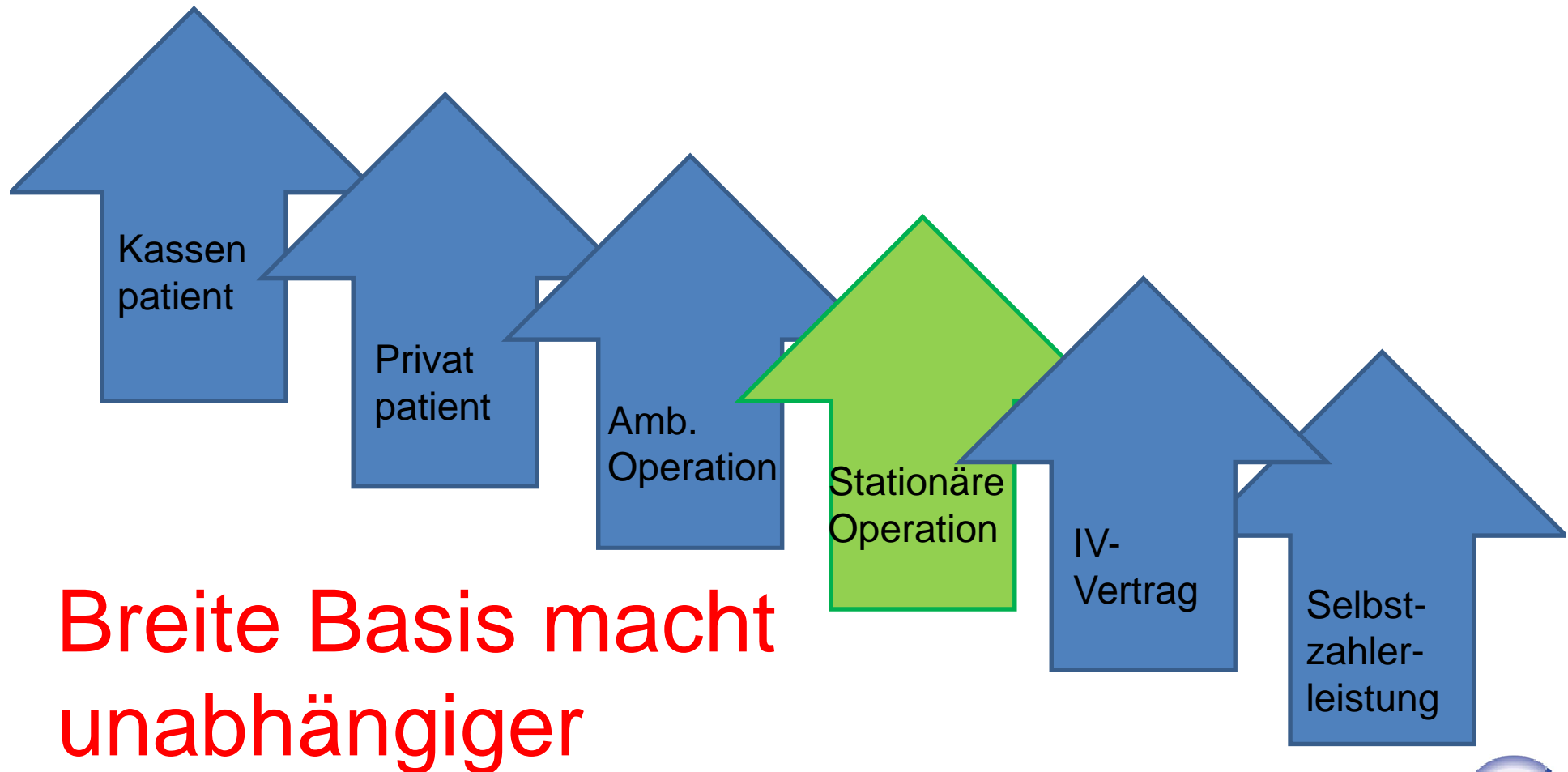
- Hohes Investitionsniveau
- Hohe Qualitätsanforderung
- Wirtschaftlichkeit nur bei optimaler Ausnutzung der Ressourcen

**Große Abhängigkeit von
politischen oder KV Entscheidungen !!**

Warum Kooperation mit Krankenhaus

- Erweitertes Indikationsspektrum bei der Versorgung der Patienten
- Sektorübergreifende Patientenversorgung
- Fachärztemangel
- Einbringung neuer Kompetenzen ins Krh.
- Verbreiterung der wirtschaftlichen Basis des selbstständigen Arztes
- Verringerung des Investitionsrisiko
- Verbesserte Nutzung der Ressourcen

Warum Kooperation mit Krankenhaus



**Breite Basis macht
unabhängiger**

Wie Kooperation mit Krankenhaus

Konsilar/Kooperationsarzt

- Unabhängiger ?
- Unsichere Akzeptanz der Kostenträger
- Widerstand des etablierten hierarchischen CA Systems

Angestellter Arzt

- Höherer Kündigungsschutz
- Kein Problem mit Kostenträger
- Anstellungsvertrag als ltd. Arzt
- Verluste durch z.B. AL Versicherung

Versorgungsauftrag der Krh. muß beachtet werden

LSG Sachsen (L 1 KR 103/07) vom 30.04.08

Verfahren vor BSG beendet => keine Rechtskraft

Das LSG Sachsen hatte über einen Fall zu entscheiden, bei dem ein Krankenhaus ambulante Operationen durchgeführt hat, sich jedoch der Leistungserbringung durch niedergelassene Vertragsärzte bediente und nicht Krankenhausärzte einsetzte. Das Landessozialgericht hat, wie auch die Vorinstanz SG Chemnitz, bestätigt, dass das Krankenhaus keinen Vergütungsanspruch gegenüber den Krankenkassen hat, wenn ambulante Operationen auf Grundlage § 115 b SGB V in Verbindung mit einem Vertrag über ambulantes Operieren erbracht werden und sich bei der Leistungserbringung nicht eigener angestellter Ärzte des Krankenhauses, sondern freiberuflich niedergelassener Ärzte bedient.

Wie Kooperation mit Krankenhaus

Zur Zeit ist die sichere Variante :

Angestellter Arzt

Zu beachten:

Steuerrecht

Haftpflicht

Vertragsarztrecht

Wie Kooperation mit Krankenhaus

Nebentätigkeit z.B. im Krankenhaus bis zu
13 Wochenstunden gestattet

Neue Möglichkeit durch das VÄndG:

Halber Versorgungsauftrag:

Dann **26 Std.** Nebentätigkeit möglich

Teilzulassung

- **Nach der Rechtsprechung des BSG ist eine Nebentätigkeit neben Vollzulassung im Umfang von 13 Std./Woche möglich. Wie hoch ist der Umfang bei Teilzulassungen (26 Std./Woche?)?**
- Bei „Teilzulassungen“ erhöht sich der Umfang möglicher Nebentätigkeiten. Folgt man der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, so dürften bei hälftigen Versorgungsaufträgen Tätigkeiten im Umfang von 26 Wochenstunden daneben – unbeschadet der Prüfung im Einzelnen, ob sie mit der Vertragsarztstätigkeit vereinbar sind – möglich sein. <http://www.kbv.de/themen/10306.html>

Teilzulassung

- **Gibt es eine Regelung, welchen Umfang ein halber Versorgungsauftrag haben muss (Sprechstd./Tag oder Woche)? Wie wird sich die Präsenzpflcht errechnen (Angabe der offiziellen Sprechstunde lt. Praxisschild oder formlose Erklärung des Vertragsarztes ...**
- **... zu seiner Präsenz in der Praxis)?**
- Der Bundesmantelvertrag-Ärzte wird regeln, in welchem Umfang im Falle eines hälftigen Versorgungsauftrags die Präsenz des Vertragsarztes in der Praxis erforderlich ist (mindestens 10 Stunden wöchentlich). Präsenzpflcht muss grundsätzlich in Form von Ankündigung von Sprechstunden kenntlich gemacht werden

<http://www.kbv.de/themen/10306.html>

Teilzulassung

- **Kann man auf eine „halbe Zulassung“ verzichten und diese dann zur Nachbesetzung ausschreiben lassen? Ist die nachträgliche Beschränkung auf den hälftigen Versorgungsauftrag mit einem hälftigen Verzicht im Sinne von § 103 Abs. 4 SGB V vergleichbar ...**
- **... und die "freiwerdende Hälfte" nach dieser Regelung ausschreibungsfähig und nachbesetzbar?**
- Die Rechtslage hierzu ist umstritten. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung vertritt die Auffassung, dass eine entsprechende Nachbesetzung nicht möglich ist.

Wir haben im Bezirk KVNO aus 2 KV Sitzen 4 halbe gemacht

Angestellter Arzt /Jobsharing

Jobsharing

- Jobsharing budget **begrenzt das Gesamthonorar** (incl. ambulanter Operationen)

Angestellter Arzt

- Angestellter Arzt erhält anteiliges Regelleistungsvolumen
- Wenn Praxis mit dem RLV unter dem Fachgruppenschnitt liegt, erhält der neu zugelassene Arzt ein RLV, daß dem Fachgruppenschnitt entspricht
- Ambulante Operationen (außerhalb RLV) nicht budgetiert

Modell operative Praxisklinik mit Wachstumspotential

Beispiel A : 2 Kassenarztzulassungen:

- Aufteilung in **4 selbständige Zulassungen** mit halbem Versorgungsauftrag
- Ambulantes Operieren **ohne** Mengenbegrenzung
- Stationäres Operieren im Krankenhaus möglich bis zu 20 Std. /Woche je Arzt

Modell operative Praxisklinik mit Wachstumspotential

Beispiel B : 2 Kassenarztzulassungen:

- Aufteilung in **2 selbständige Zulassungen** mit halbem Versorgungsauftrag
und 2 angestellte „Sitze“ (z.B. CA/OA des Krh.) mit halbem Versorgungsauftrag
- Ambulantes Operieren **ohne** Mengenbegrenzung
- Stationäres Operieren im Krankenhaus möglich bis zu 20 Std. /Woche je Arzt

Was will der zu operierende Patient?

- Hochqualifizierten Spezialisten
- individuelle Betreuung
- Keine wechselnden Behandler
- Vertrauensvolle, persönliche Umgebung
- Gute Organisation , optimierte Untersuchungs-und Behandlungsabläufe (Röntgen, MRT, Labor, Anästhesie)
- kurze Wartezeiten

Wer erfüllt die Wünsche den Patienten?

Operative Praxisklinik :

- Selbstständig geführt und organisiert
- Mit hochspezialisierten , qualifizierten Fachärzten
- Engagiertem , freundlichem Mitarbeiterteam
- Eingebunden in die Krankenhausabteilung
- Kooperierend mit MRT. Labor, Anästhesie und
- Physiotherapie

Was funktioniert auf Dauer nicht?

- Kooperationsarzt führt nur Op durch und kassiert sein Honorar
- Nachbetreuung durch nachgeordnetes Krh. Personal
- Komplikationsmanagement durchs Krh.

Honorardiskussion

- **Beispiel Orthopädische Klinik: (2008)**
- 1 Chefarzt - 3 Oberärzte - 8 Assistenzärzte
- Personalkosten: 1.300.000 €
- Umsatz der Abteilung stationär: 8.357.000 €
- Ambulant: 275.000 €

- Ärztliche Personalkosten: **15,5%** vom Umsatz

Vergleich Erlöse

	EBM (ärztliche L.)	15% DRG (2900)	20% DRG (2900)	GOÄ (3,5) (ärztliche L.)
Meniskusresektion E2	290	245	327	665
Meniskusnaht E4	515	350	470	745
Kreuzbandersatz E6	870	470	630	1120
Knieendoprothese D6	1450	1070	1425	1450

Ausblick

Krankenhaus und
niedergelassene Ärztinnen/Ärzte

Konkurrenz
oder
Kooperation?

Ausblick

Der Kooperation gehört die Zukunft:

- Fachärztemangel / begrenzte Geldmittel
- Private und kleinere Einheiten reagieren schneller
- Können wirtschaftlicher arbeiten
- Ressourcen am Krh. optimaler nutzen

Ausblick

- Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz bietet viele neue Gestaltungsmöglichkeiten
- Die Verzahnung stationär/ambulant ist politisch gewünscht
- Die Gemeinschaftspraxis hat nahezu gleiche Rechte wie MVZ
- Die zusätzliche stationäre Einnahmemöglichkeit führt zu mehr finanzieller Sicherheit und Unabhängigkeit vom GKV System

Ausblick

- **Die rechtlichen Hintergründe sind komplex**
- **Daher intensive fachjuristische Beratung immer notwendig**
- **Steuerliche Auswirkungen zu berücksichtigen**

Ausblick

Für den **operativ** tätigen
Arzt für Orthopädie und Unfallchirurgie

liegt die Zukunft in der **Kooperation** mit
stationären Einrichtungen

Es gibt viele Möglichkeiten – packen wir es an

BVASK

**Die Berufspolitische
Vertretung für die Arthroskopie**

Vielen Dank für ihre Aufmerksamkeit

PDF: www.praxisklinikorthopaedie.de