

Radiologen Wirtschafts Forum

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

10 | Oktober 2015

Qualitätssicherung

QS-Vereinbarung zur MR-Angiographie zum 1. Oktober 2015 geändert

Zum 1. Oktober 2015 treten Änderungen der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Magnetresonanz-Angiographie in Kraft. Diese betreffen im Wesentlichen die fachlichen Anforderungen und die organisatorischen Voraussetzungen. Bereits erteilte Genehmigungen bleiben davon unberührt.

Änderungen bei den fachlichen Anforderungen

Wie bisher müssen Vertragsärzte die selbstständige Durchführung von 150 MR-Angiographien unter Anleitung in den letzten fünf Jahren vor der Antragsstellung nachweisen. Neu ist, dass jetzt 75 der nachzuweisenden MR-Angiographien auf den Bereich der Hirn- und Halsgefäße entfallen müssen. Zudem können jetzt auch Angiographien, die nicht unter Anleitung durchgeführt wurden, anerkannt werden, wenn sie im Rahmen einer Facharztstätigkeit im Krankenhaus oder bei bereits erteilter Genehmigung erbracht wurden.

Eine weitere Änderung betrifft die **Aufnahmetechniken**: Bisher mussten jeweils mindestens 20 Prozent der 150 Untersuchungen – also mindestens 30 – mit einer der drei möglichen Aufnahmetechniken erstellt werden. Diese Vorgabe gilt künftig nur noch für die kontrastmittelver-

stärkte CE-Technik. Die Prozentvorgabe für TOF (Time-of-Flight) und PC (Phase-Contrast) entfällt.

Änderung bei Nachbeobachtungszeit nach MR-Angiographie

Bisher mussten Patienten nach einer MR-Angiographie mit kontrastmittelverstärkter Technik mindestens 20 Minuten nach Kontrastmittelgabe nachbeobachtet werden. Die neue Vereinbarung verweist in diesem Punkt nur noch auf die Nachbeobachtungszeit, die nach den Vorgaben der Arzneimittelinformation des applizierten Kontrastmittels zu beachten ist.

Weitere Änderungen

Die weiteren Änderungen betreffen die Überprüfung der ärztlichen Dokumentation und die Auswertung der Ergebnisse der Stichprobenprüfungen. Zudem ist in einer Protokollnotiz die Absicht der Vertragspartner festgehalten, einen Hinweis zur Durchführung von angiologischen Sonographien vor dem Anfordern

Inhalt

Kassenabrechnung

Honorarverhandlungen
– die Ergebnisse 2

Download des Monats

44-seitige Sonderausgabe zum
GKV-VSG 2

Fortbildungspflicht

BSG: „Bereitschaftsdienstkompetenz“ muss durch
Fortbildung wieder erlangt
werden! 3

Kooperationen

Sachkostenstreit: Neues
Urteil mit Drohpotenzial für
bestehende Kooperationen 4

Vergütungsrecht

Nuklearmediziner konnte
Liquidationsrecht nicht ausüben
– Schadenersatzanspruch? 5

Seitenwechsel

Von der Klinik in die Niederlassung
(Teil 2): Was tun, um
sich die Zulassung zu sichern? ... 6

Tarifrecht

Bezeichnung als „Oberarzt“
genügt nicht für entsprechende
tarifliche Eingruppierung 8

einer MR-Angiographie zu veröffentlichen. Hintergrund ist, dass in vielen Leitlinien eine Ultraschalluntersuchung vor der MR-Angiographie empfohlen wird. Die Entscheidung

zur Durchführung einer Ultraschalluntersuchung trifft jedoch in der Regel der überweisende Arzt und nicht der Radiologe, der Adressat dieser QS-Vereinbarung ist.

Kassenabrechnung

Honorarverhandlungen 2016 – die Ergebnisse

Da sich KBV und Krankenkassen im August 2015 im Bewertungsausschuss bei den Honorarverhandlungen für 2016 nicht einigen konnten, musste erneut der um unparteiische Mitglieder ergänzte Erweiterte Bewertungsausschuss entscheiden. Dieser hat gegen die Stimmen der KBV-Vertreter eine Anpassung des Orientierungswerts um 1,60 Prozent beschlossen.

Orientierungswert steigt 2016 auf 10,4361 Cent

§ 87 Abs. 2g SGB V sieht eine jährliche Anpassung des Orientierungswerts vor unter Berücksichtigung

- der Entwicklung von Investitions- und Betriebskosten in den Arztpraxen,
- der Möglichkeit zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven,
- der allgemeinen Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen.

Mit der jetzt beschlossenen Erhöhung des derzeitigen Orientierungswerts von 10,2718 Cent um 1,60 Prozent steigt dieser zum 1. Januar 2016 auf 10,4361 Cent. Dies entspricht einer Erhöhung um ca. 550 Mio. Euro. Der Schlichterspruch orientiert sich rechnerisch am Mittelwert der Forderungen beider Seiten: Die KBV hatte eine Erhöhung um ca. 2,6 Prozent gefordert, die Krankenkassen hatten eine von ca. 0,4 Prozent angeboten.

Erhöhung der MGV

Eine weitere Erhöhung der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

(MGV) resultiert – regional unterschiedlich – aus der Entwicklung der Morbidität (Behandlungsdiagnosen) und der Demografie (Alter und Geschlecht). Der Bewertungsausschuss hat hierzu bereits am 12. August 2015 Empfehlungen an die regionalen KVen und Krankenkassen gegeben, die bei den Verhandlungen für 2016 zu berücksichtigen sind. Der Mittelwert beider Veränderungsrate schwankt zwischen 1,83 (Thüringen) und 0,83 Prozent (Hessen).

Bundesweit geht die KBV von einem zusätzlichen Honorarvolumen von 250 Millionen Euro aufgrund der gestiegenen Morbidität aus.

Weitere Entscheidungen

Im Gegensatz zu den Vorjahren wurden keine zusätzlichen Zahlungen der Krankenkassen für strukturelle Maßnahmen im haus- und fachärztlichen Bereich beschlossen. Lediglich für den Bereich der Psychotherapie wurde in Umsetzung diverser Entscheidungen des Bundessozialgerichts zur Angemessenheit der Vergütung für psychotherapeutische Leistungen eine höhere Vergütung vereinbart.

Download des Monats

44-seitige Sonderausgabe zum GKV-VSG

Am 23. Juli 2015 ist das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz 2015 (GKV-VSG) weitgehend geräuschlos in Kraft getreten. Im Gegensatz zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz 2007 kann von revolutionären Ansätzen wohl eher nicht die Rede sein. Die bisherige Gesetzeslage wird in weiten Teilen feinjustiert (zum Beispiel Anstellung von Ärzten), verschärft (Praxisnachfolge), erleichtert (MVZ, Zweitmeinungsverfahren), regionalisiert (Honorarprüfungen) und bürokratisiert (Terminservicestellen).

Über die für Radiologen wichtigsten Neuerungen hat Sie das RWF in einem kurzen Überblick bereits in Ausgabe 7/2015 informiert. Der 44-seitige Sonderdruck „GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – die neuen Regeln“ des Fach-Informationsdienstes „Praxis Freiberufler-Beratung“, der wie das RadiologenWirtschaftsForum vom IWW Institut erstellt wird, berichtet vertiefend über die neuen Regeln.

Gegenüber dem Sonderdruck „Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – jetzt die Weichen stellen“ aus dem April diesen Jahres haben sich insbesondere bei den Regeln zum Praxisaufkauf wesentliche Änderungen ergeben.

Downloadhinweis

Sie finden die Sonderausgabe unter www.rwf-online.de bei „Downloads“ (Zusatzdokumente).

Aktuelle Rechtsprechung**BSG: „Bereitschaftsdienstkompetenz“ muss durch Fortbildung wieder erlangt werden!**

Das Bundessozialgericht (BSG) hat mit Urteil vom 19. August 2015 die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) in ihrer „harten Linie“ bestärkt, alle Vertragsärzte – also auch stark spezialisierte wie Labormediziner, Pathologen, ärztliche Psychotherapeuten und Radiologen – zum Bereitschaftsdienst einzuteilen (Az. B 6 KA 41/14 R). Ärzte, die nicht die notwendige Kompetenz für den Bereitschaftsdienst haben, können von ihrer KV verpflichtet werden, diese über Fortbildungen wiederzuerlangen.

Der Fall

Im Urteilsfall hatte ein ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsarzt gegen die Heranziehung zum Bereitschaftsdienst geklagt. Seit seiner Zulassung im Jahr 1993 war er stets von der Teilnahme befreit worden. Infolge der Novellierung der Bereitschaftsdienstordnung im Jahr 2007 gab es diesen Befreiungstatbestand für hochspezialisierte Fachärzte nicht mehr. Danach wurde der Arzt mit einer Übergangsfrist von einem guten Jahr, in dem ihm die Möglichkeit eingeräumt wurde, sich für die Teilnahme zum Bereitschaftsdienst entsprechend fortzubilden, zum Bereitschaftsdienst eingeteilt.

Das Urteil

Das BSG räumt in seiner Entscheidung zunächst ein, dass ein Vertragsarzt zum Schutz der Patienten solange nicht am Bereitschaftsdienst teilnehmen darf bzw. muss, bis er die fachlichen Voraussetzungen erfüllt, die durch entsprechende Fortbildungen (wieder) zu erlangen sind. Auch hochspezialisierte Fachärzte treffen dieselbe Verpflichtung zur Mitwirkung am Bereitschaftsdienst wie jeden anderen Vertragsarzt auch.

Die KV sei berechtigt, jeden Vertragsarzt zur Teilnahme an diesen notwendigen Fortbildungsveranstaltungen zu verpflichten und dies auch gegebenenfalls mit disziplinarischen Mitteln – bis hin zum Ruhen der Zulassung – durchzusetzen. Für die Wiedererlangung der „Bereitschaftsdienstkompetenz“ gewährte das BSG dem klagenden Arzt einen Zeitraum von einem Jahr. Dieser Zeitraum sei absolut ausreichend, um „in Vergessenheit geratene“ medizinische Kenntnisse wieder aufzufrischen.

Weiter erkennt das BSG die bisher von vielen Ärzten genutzte Möglichkeit an, sich im Bereitschaftsdienst von einem – gegebenenfalls selbst zu finanzierenden – Vertreter ständig vertreten zu lassen.

Handlungsbedarf bei Radiologen?

Allerdings ändert die Möglichkeit, sich im Bereitschaftsdienst vertreten zu lassen, wohl nichts an der Verpflichtung, sich für die auch nur theoretische Teilnahme am Bereitschaftsdienst entsprechend fortzubilden. Dies dürfte in der Praxis dazu führen, dass so mancher Radiologe, der sich bisher auf „Nichteignung“ berufen hat, zeitnah dahingehend



von Rechtsanwältin Isabell Wildfeuer,
München, [www.etf-global.com/
muenchen-lw](http://www.etf-global.com/muenchen-lw)

überprüft wird, ob er seiner Fortbildungspflicht nachgekommen ist. Im Fokus stehen dabei sicherlich diejenigen, die aufgrund eines Befreiungsantrags schon im „Visier“ der jeweils zuständigen KV sind.

Unterschiedliche Regelungen in den KVen

In den KVen ist der Bereitschaftsdienst unterschiedlich geregelt. Entsprechend unterschiedlich fallen die ersten Stellungnahmen zu den Konsequenzen aus dem BSG-Urteil aus. Einige KVen gehen davon aus, dass sich in ihrem Bereich nichts ändern wird (zum Beispiel die KVen Hamburg, Saarland und Rheinland-Pfalz). Andere möchten noch die konkreten Urteilsgründe abwarten, da bislang nur der Terminbericht zu dem Urteil vorliegt (zum Beispiel die KVen Niedersachsen und Hessen).

Praxishinweis

Radiologen, die bislang nicht am Bereitschaftsdienst der KV teilgenommen haben und wegen der Auswirkungen des BSG-Urteils unsicher sind, sollten sich bei ihrer KV erkundigen, ob sich am bisherigen Procedere etwas ändert.

Kooperationen zwischen Kliniken und Niedergelassenen Sachkostenstreit: Neues Urteil mit Drohpotenzial für bestehende Kooperationen

Wahlleistungsvereinbarungen erstrecken sich auch auf Leistungen von Ärzten außerhalb der Klinik, wenn diese von liquidationsberechtigten Klinikärzten veranlasst wurden. Bisher war man der Ansicht, dass solche extern beauftragten Ärzte auch anfallende Sachkosten direkt mit dem Patienten abrechnen können. Die Entscheidung des Landgerichts (LG) Stade vom 20. Mai 2015 stellt dies infrage (Az. 4 S 45/14) und hätte, wenn sich diese Rechtsprechung durchsetzt, gravierende Auswirkungen auf Kooperationsverträge zwischen Krankenhausärzten und Radiologen. Wie können Radiologen auf das neue Urteil reagieren?

Fall: PKV verweigert Erstattung der Sachkosten

Eine Patientin hatte mit einem Krankenhaus, das über keine radiologische Abteilung verfügt, wahlärztliche radiologische Leistungen vereinbart. Diese wurden durch Ärzte einer radiologischen Gemeinschaftspraxis erbracht, die mit dem Krankenhaus einen Kooperationsvertrag geschlossen hatte. Auf diesen wird in der Wahlleistungsvereinbarung des Krankenhauses Bezug genommen. Vorliegend hatten die externen Radiologen gegenüber der Patientin etwa 5.300 Euro abgerechnet – davon rund 3.500 Euro für Sachkosten. Die PKV zahlte die wahlärztlichen Leistungen, die Sachkosten aber nicht.

Die Radiologen klagten daraufhin auf Zahlung auch der Sachkosten. Sie verwiesen auf die Entscheidung des Bundesgerichtshofs (BGH) vom 4. November 2010 (Az. III ZR 323/09). Danach können Ärzte Sachkosten abrechnen, wenn sie bei wahlärztlichen Behandlungen anfallen, die von angestellten oder beamteten Klinikärzten veranlasst wurden.

LG Stade: Kooperation verfehlt gesetzlichen Zweck

Anders als die Vorinstanz ging das LG Stade davon aus, dass die Radiologen auf Veranlassung eines liquidationsberechtigten Arztes des Krankenhauses tätig geworden sind. Gleichwohl urteilte das LG, dass keine „Veranlassung“ der Radiologen im Sinne von § 17 Abs. 3 Satz 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) vorliegt, in dem es heißt: „Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle (...) angestellten oder beamteten Ärzte des Krankenhauses, (...) einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses (...)“

Durch den Kooperationsvertrag würde die Gemeinschaftspraxis alle radiologischen Leistungen erbringen. Ärztliche Wahlleistungen könnten aber nur im Einzelfall von besonders qualifizierten Ärzten erbracht werden (Chefarztstandard) und nicht von Honorärärzten, als die man die Radiologen ansehen müsse.



von RA Dr. Tilman Clausen, FA für
Arbeitsrecht und Medizinrecht,
Hannover, www.amedis.de

Konsequenzen der Entscheidung für Radiologen in Praxis und Klinik

Inzwischen argumentieren viele private Krankenversicherungen gegenüber Radiologen bei Erstattungsstreitigkeiten um die Sachleistungen mit dem Urteil des LG Stade. Niedergelassene Radiologen, die in Krankenhäusern radiologische Leistungen erbringen und bei denen Sachleistungen anfallen, werden sich daher mit dieser Entscheidung auseinandersetzen und gegebenenfalls Konsequenzen ziehen müssen.

Der Radiologe als Honorararzt

Radiologen sind Honorärärzte, wenn sie aufgrund eines Kooperationsvertrags mit einem Krankenhaus ärztliche Wahlleistungen erbringen, wie das LG Stade richtig bemerkt. Allerdings dürfen solche Ärzte weiterhin Wahlleistungen erbringen. Die Entscheidung des BGH vom 16. Oktober 2014 (Az. III ZR 85/14, vgl. RWF 04/2014, Seite 7) schließt dies nur für solche Honorärärzte aus, die innerhalb des Krankenhauses tätig werden – also wenn sie in Räumen des Krankenhauses und mit medizinischen Geräten des Krankenhauses die

Leistung erbringen. Werden die Radiologen aber innerhalb des Krankenhauses in angemieteten Räumlichkeiten mit eigenen Geräten tätig, erfolgt die Leistungserbringung im juristischen Sinne „außerhalb des Krankenhauses“; in diesen Fällen können wahlärztliche Leistungen abgerechnet werden.

Kooperationsverträge überprüfen und gegebenenfalls umgestalten

In einem Kooperationsvertrag kann vereinbart werden, dass niedergelassene Radiologen allgemeine Krankenhausleistungen bei Patienten erbringen, die keine ärztlichen Wahlleistungen gewählt haben. Das Krankenhaus kann diese als „vom Krankenhaus veranlasste Leistungen Dritter“ abrechnen.

Bei wahlärztlichen Leistungen werden die niedergelassenen Radiologen dagegen auf Veranlassung der liquidationsberechtigten Klinikärzte als Teil der externen Wahlarztkette tätig. Eine Abrechnung von wahlärztlichen Leistungen kann nicht auf der Grundlage des Kooperationsvertrags erfolgen (§ 17 Abs. 3 Satz 1 KEntgG). Im Kooperationsvertrag kann aber die Möglichkeit geregelt werden, diese Leistungen auf Veranlassung der liquidationsberechtigten Krankenhausärzte zu erbringen, wenn das Recht des Patienten auf freie Arztwahl beachtet wird. Die liquidationsberechtigten Klinikärzte können dann „autonom“ entscheiden, bei welchem Niedergelassenen sie die Leistung veranlassen. Die „Veranlassung“ ist dann nicht mehr bloß formal, was das LG Stade bemängelt hatte.

Wird ein Kooperationsvertrag entsprechend umgestaltet, hilft dies enorm bei der Argumentation gegen

zahlungsunwillige PKVen. Unabhängig davon wird man – anders als das LG Stade meinte – bei Leistungen der internen und der externen Wahlarztkette differenzieren müssen: Ärztliche Wahlleistungen der internen Wahlarztkette sind Hauptleistungen während eines stationären Krankenhausaufenthalts. Kann diese wahlärztlichen Leistungen nur ein einziger Arzt erbringen, würde sie der Patient auch ohne Wahlleistungsvereinbarung erhalten. Wahlärztliche Leistungen könnten dann nicht wirksam vereinbart werden (so auch das LG Hanau mit Urteil vom 16. August 1988, Az. 2 S 91/88).

Bei den Leistungen der externen Wahlarztkette, die von Ärzten außerhalb der Klinik erbracht werden, gilt dies so nicht. Hier kommt es nicht primär auf die Person des behandelnden Arztes an. Dies wird bereits dadurch deutlich, dass Ärzte der externen Wahlarztkette nicht in die Wahlleistungsvereinbarung zwischen Krankenhausträger und Patient mit aufgenommen werden müssen, weil ihre Leistungen nicht durch den Krankenhausträger, sondern durch die liquidationsberechtigten Krankenhausärzte veranlasst werden. Hier handelt sich um Annex-Leistungen, die nur von Fall zu Fall anfallen, sodass nach Auffassung des Verfassers und entgegen der Meinung des LG Stade andere Regeln gelten.

Fazit

Mit einem Kooperationsvertrag in der Form, wie er vorstehend vorgeschlagen wurde, dürfte man Kostenträgern, die sich auf die Entscheidung des LG Stade berufen, mit Aussicht auf Erfolg entgegen treten können.

Vergütungsrecht

Nuklearmediziner konnte Liquidationsrecht nicht ausüben – Schadenersatz?

Krankenhausärzte, die über ein Liquidationsrecht oder eine Beteiligungsvergütung verfügen, benötigen zur Erbringung der gesondert berechenbaren Leistungen Geräte und Personal des Krankenhauses. Mit der Frage, welche Ansprüche dem liquidationsberechtigten Arzt – hier ein Nuklearmediziner – zustehen können, wenn der Krankenhausträger diese Grundbedingungen nicht bereitstellt, hat sich das Landesarbeitsgericht (LAG) Düsseldorf im Urteil vom 20. April 2015 auseinandergesetzt (Az. 9 Sa 151/15).

von RA Dr. Kyrill Makoski,
FA für MedR, Möller und Partner,
Düsseldorf, www.m-u-p.de

Der Fall

Ein als Oberarzt angestellter Nuklearmediziner erhielt neben einem überdurchschnittlichen Grundgehalt nebenvertraglich geregelt 45 Prozent der Privatambulanzlöse sowie bei Wahlleistungspatienten das Honorar abzüglich der Kosten. Zur Erbringung der Leistungen benötigte er eine Mitarbeiterin.

Der Abteilung waren zwei Mitarbeiterinnen zugeordnet. Eine Mitarbeiterin war jedoch seit Anfang 2014 erkrankt, die andere nahm im Juli 2014 Urlaub. Ersatzpersonal konnte der Krankenhausträger nicht stellen. Dadurch entgingen dem Arzt Einkünfte von 3.500 Euro.

Die Entscheidung

Das Arbeitsgericht sprach dem Arzt Schadenersatz zu, das LAG wies die Klage ab. Das Liquidationsrecht könne zwar in einem Gegenseitigkeitsverhältnis zur Arbeitstätigkeit stehen und so zu einem Verzugslohnanspruch aus § 615 BGB führen. Hier spreche aber dagegen, dass das Liquidationsrecht nur in einer Nebenvereinbarung geregelt sei und schon das Grundgehalt eine angemessene Honorierung der Arbeitstätigkeit darstelle.

Zwar war der Träger verpflichtet, ausreichend Personal zur Ausübung des Liquidationsrechts zur Verfügung zu stellen. Die Zuordnung zweier Mitarbeiter sei aber auch nach Vortrag des Arztes ausreichend gewesen. Während Urlaubszeiten müsse der Arbeitgeber keine Ersatzkraft stellen. Die Erfüllung von Urlaubsansprüchen einzelner Mitarbeiter könne nicht zu Schadenersatzansprüchen anderer Mitarbeiter führen, soweit die Personalplanung nicht per se Ausfälle bedinge.

Fazit

Die Hürden für liquidationsberechtigte Ärzte, bei Engpässen an Mitarbeitern oder Einrichtungen Schadenersatz zu erhalten, sind hoch. In solchen Fällen ist zunächst zu prüfen, in welchem Verhältnis das Liquidationsrecht zur Grundvergütung steht. Je höher der Anteil der Liquidationseinnahmen ist, desto stärker ist die Verpflichtung des Krankenhauses, die notwendigen Mittel bereitzustellen. Ferner ist der Grund für den Ausfall aufzuarbeiten.

Seitenwechsel

Von der Klinik in die Niederlassung (Teil 2): Was tun, um sich die Zulassung zu sichern?

Sobald ein Krankenhausradiologe, der eine Niederlassung anstrebt, einen abgabewilligen niedergelassenen Kollegen gefunden hat, muss die Übernahme der ärztlichen Zulassung („Arztsitz“) organisiert werden. Die bloße vertragliche Einigung mit dem Praxisabgeber reicht nicht. Denn am Ende entscheidet der Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung (KV), ob der Radiologe den Arztsitz tatsächlich erhält. Wie kann dieser sicherstellen, den Zuschlag zu erhalten?

Ablauf des Verfahrens vor dem Zulassungsausschuss

Im Gegensatz zu anderen freien Berufen kann der niedergelassene Arzt, der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, nicht frei entscheiden, an wen er seine Praxis abgibt. Dies gilt zumindest dann, wenn – was die Regel ist – Zulassungsbeschränkungen durch die Bedarfsplanung vorgegeben sind.

Wenn der abgabewillige niedergelassene Radiologe und der übernahmewillige Arzt sich intern geeinigt haben, verfolgen beide ein gemeinsames Ziel: Sie wollen das verwaltungsrechtliche Verfahren so gestalten, dass am Ende die Zulassung – der „Arztsitz“ – auf den Arzt übertragen wird.

Das Verfahren vor dem Zulassungsausschuss läuft wie folgt ab:

1. Zunächst hat der Zulassungsausschuss auf Antrag des Praxisabgebers zu entscheiden, ob überhaupt ein Nachbesetzungsverfahren durchgeführt werden soll. Falls dies positiv beschieden wird, schreibt die KV den Arztsitz öffentlich aus.

von RA Rainer Hellweg,
FA für MedR, Hannover,
www.amedis.de

2. Daraufhin können sich alle Ärzte, die eine Approbation und den etwaig geforderten Facharzttitel besitzen, beim Zulassungsausschuss bewerben. Dieser hat dann eine Auswahlentscheidung zu treffen.

Neue Unsicherheiten beim Nachbesetzungsverfahren

Ob überhaupt ein Nachbesetzungsverfahren durchgeführt wird, ist heute nicht mehr so sicher, wie es lange Zeit war. Seit Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) Ende Juli 2015 gilt nämlich, dass der Zulassungsausschuss den Antrag ablehnen **soll**, wenn „eine Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist“. Demnach soll bei deutlicher Überversorgung von 140 Prozent und mehr der freiwerdende Arztsitz nicht neu vergeben, sondern eingezogen werden. Letzteres läuft auf einen Kauf des Praxissitzes durch die KV hinaus. Diese müsste dann an den abgebenden Vertragsarzt – oder dessen Erben im Falle des Todes – eine Entschädigung in der Höhe des

Verkehrswerts der Praxis bezahlen. In solchen Fällen ginge der übernahmewillige Arzt „leer aus“ (siehe auch RWF Nr. 09/2015, Seite 04).

Praxishinweis

Der Krankenhausradiologe sollte rechtzeitig mit dem zuständigen Zulassungsausschuss Kontakt aufnehmen, um die Ablehnung des Nachbesetzungsantrags zu verhindern. Hierbei sollten bereits stichhaltige Gründe für einen Zuschlag genannt und diese erörtert werden. Aber Vorsicht: Vorabauskünfte des Zulassungsausschusses sind letztlich nicht rechtsverbindlich!

Wann muss der Arztsitz ausgeschrieben werden?

Nach aktueller Rechtsauffassung gemäß GKV-VSG darf der Sitz nicht durch die KV aufgekauft werden, wenn entweder ein Ehegatte oder Kind des bisherigen Vertragsarztes die Praxis übernehmen will oder der übernahmewillige Bewerber ein bisher in der Praxis angestellter Arzt oder ein Mitgesellschafter einer Berufsausübungsgemeinschaft ist.

Eine bisher mögliche Nachbesetzungsgestaltung ist jedoch erschwert worden: Die gemeinsame Tätigkeit – zum Beispiel in Form einer Jobsharing-Anstellung – muss nach neuer Gesetzeslage mindestens drei Jahre gedauert haben. Dies bedeutet: Um absolute Rechtssicherheit zu haben, muss der übernahmewillige Arzt somit mindestens drei Jahre vor Übertragung in der Praxis des bisherigen Inhabers tätig geworden sein – etwa als Angestellter. Diese Voraussetzung soll wegen des Vertrauensschutzes aber nicht

gelten, wenn die Angestelltentätigkeit bereits vor der ersten Lesung des GKV-VSG im Bundestag (3.3.2015) begonnen hat.

Auswahlentscheidung des Zulassungsausschusses

Wenn sich neben dem Krankenhausradiologen weitere Ärzte als Nachfolger eines zum Verkauf ausgeschrieben Arztsitzes bewerben, hat der Zulassungsausschuss den Nachfolger „nach pflichtgemäßem Ermessen“ auszuwählen. Für diese Ermessensausübung gibt das Gesetz einige Kriterien vor:

- berufliche Eignung,
- Approbationsalter sowie
- Dauer der ärztlichen Tätigkeit.

Ferner werden bei der Auswahlentscheidung Ärzte bevorzugt, die

- mindestens fünf Jahre in einem unterversorgten Gebiet vertragsärztlich tätig geworden sind,
- Ehegatte oder Kinder des bisherigen Vertragsarztes sind,
- als angestellter Arzt beim bisherigen Vertragsarzt gearbeitet oder mit ihm die Praxis gemeinschaftlich betrieben haben oder
- die bereit sind, besondere Versorgungsbedürfnisse zu erfüllen.

Nach diesem Kriterienkatalog sollte der Krankenhausradiologe möglichst „gut aufgestellt“ sein, damit der Zulassungsausschuss nicht einen anderen Bewerber, sondern ihn auswählt. Um dies abzusichern, sollten Praxisverkäufer und der übernahmewillige Radiologe an einem Strang ziehen. Die Erfahrung aus der Praxis zeigt, dass meist der Bewerber ausgewählt wird, mit dem sich der Praxisabgeber zuvor geeinigt hat. Eine Garantie gibt es aber nicht!

Wichtig für den übernahmewilligen Arzt: Er sollte möglichst sicherstellen, dass der Praxisabgeber nicht auch mit anderen Bewerbern Übergabeverträge geschlossen hat. Falls doch, sollte er spätestens zu diesem Zeitpunkt professionelle anwaltliche Beratung in Anspruch nehmen.

Wie funktioniert die Praxiswertfindung?

Auch wenn teilweise immer noch früher verwendete Grobrechnungen „über den Daumen“ oder Berechnungen nach der sogenannten Ärztekammermethode kursieren, wird der Praxiswert zurzeit meist mit der „modifizierten Ertragswertmethode“ ermittelt. Zur Vorbereitung der Verhandlungen mit dem Praxisverkäufer kann ein spezialisierter Praxiswert-Gutachter eingeschaltet werden. Die Kosten hierfür dürften sich in Anbetracht der großen Summen, die bei einer Praxisveräußerung anfallen, meist rentieren. (Näheres zur Praxiswertbestimmung demnächst in einem weiteren Beitrag.)

Praxisübergabevertrag: Wann soll er geschlossen werden?

Der Praxisübergabevertrag sollte unbedingt vor dem Votum des Zulassungsausschusses geschlossen werden! Zwar gibt es dann die Unsicherheit, ob der Sitz tatsächlich dem Bewerber zufällt. Daher sollte der Übergabevertrag unter der aufschiebenden Bedingung geschlossen werden, dass der Zulassungsausschuss dem Radiologen tatsächlich den Zuschlag erteilt.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- In nächsten Teil dieser Serie lesen Sie, was im Praxiskaufvertrag konkret zu regeln ist und warum die kursierenden Musterverträge nur eine Orientierungshilfe darstellen sollten.

Tarifrecht

Bezeichnung als „Oberarzt“ genügt nicht für entsprechende tarifliche Eingruppierung

Wer von seinem Klinikum intern oder extern – etwa auf der Homepage – als „Oberarzt“ bezeichnet wird, hat noch lange keinen entsprechenden Vergütungsanspruch, wie ein Urteil des Bundesarbeitsgerichts (BAG) zeigt. Entscheidend ist vielmehr, dass der Oberarzt eine ungeteilte medizinische Verantwortung für einen selbstständigen Bereich besitzt und zudem gegenüber mindestens einem Facharzt das Aufsichts- und Weisungsrecht hat (Urteil vom 19.11.2014, Az. 4 AZR 76/13).

von RA Ulrich Rehborn,
 FA für Arbeitsrecht, Dortmund,
www.rehborn.com

Oberarzt verlangt Entlohnung nach Ä3 („Oberarzt“)

Ein Facharzt für Anästhesiologie wurde seit über 25 Jahren von einem Klinikum als „Oberarzt“ bezeichnet. Er war in verschiedenen OP-Räumen tätig und hatte dort Aufsichts- und Weisungsrechte gegenüber Assistenzärzten. Außerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit bestand zudem ein „Funktionsoberarzt-Dienst“. Während dieser Dienste entschied der Oberarzt über die Aufnahme von Notfallpatienten und überwachte die in den OP-Sälen tätigen Assistenzärzte. Daneben kontrollierte er die Anträge des ärztlichen Personals auf Überstundenvergütung und war als Strahlenschutzbeauftragter eingesetzt. Mit seiner Klage verlangte er die nachträgliche Entlohnung als Oberarzt, also die Eingruppierung in die Entgeltgruppe Ä3 im TV-Ärzte/TdL.

BAG: Voraussetzungen für höhere Eingruppierung waren nicht erfüllt

Das BAG stellte zunächst klar: Weder die Verleihung eines „Titels“

oder des Status „Oberarzt“ noch die Verwendung in Zeugnissen oder in der Außendarstellung (zum Beispiel Internetauftritt) rechtfertigt eine Eingruppierung in die Entgeltgruppe Ä3. Ausschlaggebend sei allein, ob dem Arzt die medizinische Verantwortung für selbstständige Teil- oder Funktionsbereiche innerhalb des Krankenhauses übertragen worden seien.

Hierzu gehöre, dass der „Oberarzt“ tatsächlich gegenüber Assistenzärzten ein Aufsichts- und Weisungsrecht ausübe – und zwar während zumindest 50 Prozent seiner regelmäßigen Arbeitszeit. Die Aufsichts- und Weisungsbefugnis während der Bereitschaftsdienste reiche nicht aus. Zudem müssten dem „Oberarzt“ mindestens ein Facharzt (Ä2) und nicht ausschließlich Assistenzärzte (Ä1) zugeordnet sein.

Seien diese Voraussetzungen – wie hier – nicht erfüllt, könne nicht von einer ungeteilten medizinischen Verantwortung des Arztes für den selbstständigen Teil- oder Funktionsbereich des Klinikums ausgegangen werden. Die zusätzlichen Tätigkeiten des Arztes als Strahlenschutzbeauf-

tragter und Empfänger der Überstundenanträge erfüllten dieses Kriterium ebenfalls nicht.

Fazit

Mit seinem Urteil hat das BAG die von ihm bislang entwickelten Abgrenzungskriterien für die Eingruppierung von Oberärzten bestätigt. Eine Eingruppierung als Oberarzt erfolgt demnach nur, wenn dem Arzt die ungeteilte medizinische Verantwortung für einen selbstständigen Bereich oder eine Abteilung übertragen wurde. Nicht entscheidend ist hingegen, ob der Arzt intern oder sogar in der Außendarstellung des Krankenträgers als „Oberarzt“ bezeichnet wird. Die Kriterien sind auch auf die Eingruppierung gemäß § 16 TV-Ärzte/VKA übertragbar.

Impressum



Herausgeber

Guerbet GmbH, Otto-Volger-Straße 11,
 65843 Sulzbach/Taunus, Tel. 06196 762-0,
www.guerbet.de, E-Mail info@guerbet.de

Verlag

IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH
 Niederlassung: Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen
 Tel. 02596 922-0, Fax 02596 922-99, www.iww.de
 Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg

Redaktion

Dipl.-Kfm. Joachim Keil (verantwortlich);
 RAin, FAin StR Franziska David (Chefredakteurin)

Lieferung

Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose Serviceleistung der **Guerbet GmbH**.

Hinweis

Alle Rechte am Inhalt liegen beim Verlag. Nachdruck und jede Form der Wiedergabe auch in anderen Medien sind selbst auszugsweise nur nach schriftlicher Zustimmung des Verlags erlaubt. Der Inhalt dieses Informationsdienstes ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel der behandelten Themen machen es notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Der Nutzer ist nicht von seiner Verpflichtung entbunden, seine Therapieentscheidungen und Verordnungen in eigener Verantwortung zu treffen. Dieser Informationsdienst gibt nicht in jedem Fall die Meinung der Guerbet GmbH wieder.

Guerbet |

Contrast for Life