

## **Anlage C**

**Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten**

## Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung.....	3
II. Allgemeine Prinzipien .....	3
1. Trennungsprinzip .....	3
2. Transparenz-/Genehmigungsprinzip .....	4
3. Verhältnismäßigkeits-/Äquivalenzprinzip .....	4
4. Dokumentationsprinzip.....	4
III. Einzelne Formen der Kooperation .....	5
1. Einsatz von niedergelassenen Ärzten bei der stationären Behandlung von Patienten....	5
a) Anstellung /Honorararzt.....	5
b) Konsiliararzt .....	6
c) Belegarzt.....	7
2. Anstellung im MVZ.....	7
3. Sonstige Kooperationen in der Behandlung von Patienten.....	8
4. Sonstige Kooperationen außerhalb von Behandlungsverhältnissen.....	8

## **I. Vorbemerkung**

Es steht außer Frage, dass die berufliche Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten gesundheitspolitisch gewollt ist und auch im Interesse der Patienten liegt, so etwa Kooperationsvereinbarungen über die Durchführung von vor- und nachstationären Behandlungen (§ 115a SGB V), über die Durchführung ambulanter Behandlungen (§ 115b SGB V) und über die Durchführung ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung (§ 116b SGB V) sowie die in den §§ 140a SGB V ff geregelte sektorenübergreifende Versorgungsform (integrierte Versorgung).

Die Zusammenarbeit zwischen medizinischen Einrichtungen und niedergelassenen Ärzten findet allerdings in einem stark und zunehmend streng regulierten Bereich statt und ist daher einem exponierten Rechtsrisiko etwaigen Fehlverhaltens ausgesetzt.

Die vorliegende Richtlinie findet ihre Grundlage insbesondere in Gesetzen und Regelungswerken, deren Vorgaben strikt einzuhalten sind, wie das SGB V, dort insbesondere das Leistungs- und Leistungserbringerrecht, das Vertragsarztrecht, das ärztliche Berufsrecht, das StGB, insbesondere die Straftatbestände des Betruges, der Untreue sowie der Korruption, das Wettbewerbsrecht und das Heilmittelwerberecht.

## **II. Allgemeine Prinzipien**

Für alle Formen der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten gilt als oberste Handlungsmaxime: Das Patientenwohl und die Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit müssen gewahrt bleiben. Die Zusammenarbeit darf auch die Unabhängigkeit der Krankenhäuser und ihrer Mitarbeiter nicht beeinträchtigen und muss den rechtlichen Vorgaben entsprechen.

### **1. Trennungsprinzip**

Zuwendungen an niedergelassene Ärzte dürfen nicht in Abhängigkeit von Verordnungs- oder Therapieentscheidungen, namentlich der Zuweisung von Patienten erfolgen. Sie sind unzulässig, wenn dadurch die medizinische oder therapeutische Entscheidung des Arztes beeinflusst werden soll. Schon der Eindruck einer Einflussnahme auf Therapie- und Verordnungsentscheidungen des niedergelassenen Arztes ist zu vermeiden.

## **2. Transparenz-/Genehmigungsprinzip**

Zuwendungen an einen niedergelassenen Arzt sind vollständig schriftlich in einem Vertrag zwischen dem Arzt und dem Krankenhaus zu vereinbaren.

Der Arzt ist vertragsarztrechtlich dazu zu verpflichten, den Vertrag mit allen Inhalten nach den für ihn einschlägigen berufsrechtlichen Regelungen der für ihn zuständigen KV und/oder Ärztekammer vorzulegen. Darüber hinaus ist jeder Vertrag der zuständigen Clearingstelle auf Landesebene vorzulegen, sofern eine solche vorhanden ist.

## **3. Verhältnismäßigkeits-/Äquivalenzprinzip**

Die im Vertrag vereinbarten Leistungen – die Leistungen des niedergelassenen Arztes einerseits und die Gegenleistung der Einrichtung andererseits – müssen in einem angemessenen Verhältnis zueinanderstehen. Es ist (auch) durch die angemessene Höhe des vereinbarten Entgelts sicherzustellen, dass ausschließlich die von dem Arzt tatsächlich erbrachten ärztlichen Leistungen vergütet werden. Demgemäß ist auszuschließen, dass ein überhöhtes Entgelt zusätzlich die Verordnungs- und Therapieentscheidungen des Arztes, namentlich die Zuweisung von Patienten an das Krankenhaus, beeinflussen können.

Gerade bei der Frage nach der Angemessenheit der Vergütung kann es zu Abgrenzungsschwierigkeiten kommen. Als Grundsatz hat zu gelten, dass bezüglich der Angemessenheit der Vergütungshöhe keine Zweifel bestehen dürfen.

## **4. Dokumentationsprinzip**

Kooperationsvereinbarungen müssen schriftlich und vollständig dokumentiert werden, insbesondere – aber nicht ausschließlich – die vereinbarten Leistungen. Die Erbringung von Leistungen in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten ohne schriftliche vertragliche Vereinbarung ist untersagt.

Dasselbe gilt für die Umsetzung der Vereinbarungen, weshalb etwa Geldzuwendungen ausschließlich bargeldlos zu erfolgen haben.

### **III. Einzelne Formen der Kooperation**

Für die folgenden typischen Formen der Kooperation sind die nachstehenden besonderen Anforderungen zu beachten. Wenngleich vordringlich die medizinischen Einrichtungen von diesen Konstellationen erfasst sind, wenden sich die nachstehend formulierten Bedingungen an alle Mitarbeiter der cts, denn auch diese können mittelbar oder auch unmittelbar betroffen sein:

#### **1. Einsatz von niedergelassenen Ärzten bei der stationären Behandlung von Patienten**

Der Einsatz von niedergelassenen Ärzten im Krankenhaus, d.h. ihre Einbeziehung in die stationäre Krankenhausbehandlung von Patienten ist angesichts des Facharztmangels bzw. im Sinne einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung häufig notwendig bzw. sinnvoll. Umso mehr gilt es, diese wichtige Form der Kooperation nicht durch fehlerhafte Gestaltung und/oder Umsetzung zu gefährden.

##### **a) Anstellung /Honorararzt**

Der freiberufliche Einsatz eines niedergelassenen Arztes ist unter engen Grenzen und im Rahmen der in der Trägerschaft geltenden Maßstäbe und Mustervereinbarungen der cts möglich.

Alternativ ist der Abschluss eines Anstellungsvertrages möglich. Diese Gestaltung ist dem freiberuflichen Einsatz vorzuziehen.

Im Rahmen der Kooperation ist zwingend darauf zu achten, dass die vertraglich hinterlegte wöchentliche Arbeitszeit der tatsächlichen Leistungserbringung des Arztes entspricht und die vertragsarztrechtlichen Begrenzungen des zeitlichen Engagements eines niedergelassenen Vertragsarztes außerhalb seiner Praxis nicht überschritten werden.

Ist es – etwa aus den voran beschriebenen Gründen – gewünscht oder gar erforderlich, neue Kooperationen einzugehen, ist der Kooperationspartner grundsätzlich entsprechend einem vergleichbaren Oberarzt des jeweiligen Fachbereiches zu vergüten.

Ein Überschreiten der voranstehend beschriebenen Vergütungshöhe ist ausschließlich dann möglich, wenn dies im Einzelfall sachlich gerechtfertigt ist. Eine höhere Vergütung kann bei-

spielsweise dann sachlich gerechtfertigt sein, wenn der Kooperationspartner besonders qualifiziert ist oder die Kooperation von besonderer wirtschaftlicher und/oder strategischer Bedeutung für die jeweilige Einrichtung ist. Die Gründe, die eine höhere Vergütung gerechtfertigt erscheinen lassen, sind schriftlich niederzulegen und sodann zu archivieren.

Neue Verträge mit Kooperationspartnern sollen mit einer Klausel versehen werden, die im Falle von Änderungen der Rechtslage oder dem Ergehen (ober-)gerichtlicher Entscheidungen eine Anpassung des Vertrages ermöglicht.

Exkurs – Wahlarzt: Der Einsatz eines niedergelassenen Arztes bei wahlärztlichen Leistungen ist – auch auf der Basis eines Anstellungsvertrages – aus rechtlichen Gründen ausgeschlossen.

## **b) Konsiliararzt**

Nach § 2 Abs.2 S.2 Nr.2 KHEntgG zählen zu den allgemeinen Krankenhausleistungen eines Krankenhauses auch die von diesem veranlassten Leistungen Dritter. Dies eröffnet zwar die rechtliche Möglichkeit, einen niedergelassenen Arzt als Konsiliararzt hinzuzuziehen. Auch hier bestehen allerdings rechtliche Grenzen, daher sind die nachfolgenden Regelungen verbindlich zu beachten:

Der Einsatz des Konsiliararztes darf nur im Einzelfall durch die behandelnden Krankenhausärzte und nur zur beratenden Tätigkeit für die die Behandlungsleistungen erbringenden Krankenhausärzte erfolgen. Dies ist z.B. der Fall in Fachgebieten, die im Krankenhaus nicht vertreten sind, aber für die Behandlung im Rahmen des Versorgungsauftrages des Krankenhauses im Einzelfall notwendig sind oder wenn der Konsiliararzt in einem im Krankenhaus vertretenen Fachgebiet als Spezialist mit besonderen Kenntnissen benötigt wird. Ausgeschlossen ist demgemäß der (gar regelhafte) Einsatz eines Konsiliararztes bei der Erbringung der stationären Hauptbehandlungsleistung anstelle der Krankenhausärzte.

Eine Vergütung darf nur für tatsächlich erbrachte ärztliche Leistungen gezahlt werden und muss angemessen sein. Eine Orientierung zur Höhe bietet der 1-fache GOÄ-Satz, der nicht ohne Begründung überschritten werden darf. Bei der Hinzuziehung eines Konsiliararztes anlässlich der Behandlung von selbstzahlenden, in der Regel privat versicherten Patienten, rech-

net der Konsiliararzt als Teilnahme an der sog. externen Wahlarztkette seine ärztlichen Leistungen auf der Grundlage der GOÄ unmittelbar gegenüber dem Patienten ab; in diesem Falle wird keine (zusätzliche) Vergütung durch die Einrichtung gewährt.

### **c) Belegarzt**

Die Belegarztstätigkeit von niedergelassenen Vertragsärzten ist in den §§ 121 SGB V, 18 KHEntgG geregelt. Die Patienten, die der Belegarzt in das Krankenhaus einweist, werden auf der Grundlage eines vom Einrichtungsträger mit dem Belegarzt zu schließenden Belegarztvertrages grundsätzlich ausschließlich von diesem Arzt behandelt. Der Belegarzt ist nicht am Krankenhaus angestellt und erhält vom Krankenhaus auch kein Entgelt oder sonstige Zuwendungen. Er rechnet seine Leistungen gegenüber der KV (bei der Behandlung gesetzlich versicherter Patienten) bzw. unmittelbar gegenüber dem Patienten (bei selbstzahlenden, in der Regel privat versicherten Patienten) ab. Bei dieser „klassischen Variante“ des Belegarztvertrages ist es rechtlich problematisch, wenn das Krankenhaus dem Belegarzt Zuwendungen zukommen lässt.

Im Übrigen können Krankenhäuser mit Belegärzten auch Honorarvereinbarungen für die belegärztlichen Leistungen schließen (§ 121 Abs. 5 SGB V, § 18 Abs. 3 KHEntgG). Das Krankenhaus rechnet dann gegenüber der Krankenkasse 80% der Fallpauschale einer Hauptabteilung ab und hat dem Belegarzt für dessen Tätigkeiten eine angemessene Vergütung zu zahlen. Bei derartigen Honorarverträgen bestehen allerdings – neben der Bemessung einer angemessenen Vergütung – zahlreiche andere rechtliche Fragen. Diese sind mit dem Justitiariat der cts abzustimmen.

## **2. Anstellung im MVZ**

Der Einsatz von Ärzten im MVZ darf generell nur auf Basis eines Anstellungsvertrages und nur dann erfolgen, wenn die Anstellung vom zuständigen Zulassungsausschuss zuvor genehmigt wurde.

Bei dem Abschluss eines Anstellungsvertrages ist zwingend darauf zu achten, dass die vertragsrechtlich Begrenzungen des zeitlichen Engagements eines mit wenigstens hälftigem Versorgungsauftrag zugelassenen Vertragsarztes außerhalb der Praxis nicht überschritten werden. Das betrifft insbesondere auch die Fälle, in denen ein angestellter Krankenhausarzt parallel auch im MVZ angestellt wird.

Häufig geht die Anstellung eines (zuvor) niedergelassenen Arztes mit der Übertragung seiner Zulassung auf das MVZ und dem Kauf seiner Praxis durch das MVZ einher. Der Akquiseprozess ist frühzeitig den zuständigen Gremien auf Trägerebene gemäß den verabschiedeten Geschäftsordnungen vorzulegen.

### **3. Sonstige Kooperationen in der Behandlung von Patienten**

Wie in den Vorbemerkungen erwähnt hat der Gesetzgeber zahlreiche Möglichkeiten für die berufliche Zusammenarbeit von Krankenhäusern mit niedergelassenen Ärzten anlässlich der Behandlung von Patienten geschaffen.

Die Zusammenarbeit bei der Behandlung von Patienten, die nicht unter Ziff. 1 oder Ziff. 2 dieser Richtlinie fällt, ist streng darauf zu achten, dass eine sozialrechtliche Grundlage besteht (etwa: §§ 115a, 115b, 116a, 140a ff. SGB V) und deren Voraussetzungen erfüllt werden. Insbesondere darf eine Vergütung an den niedergelassenen Arzt nur dann -und auch dann nur- in angemessener Höhe gezahlt werden, wenn dieser auf der bestehenden sozialrechtlichen Grundlage nicht selbst berechtigt oder verpflichtet ist, gegenüber der KV oder dem Patienten abzurechnen.

Die Zusammenarbeit bedarf in jedem Falle des Abschlusses eines Kooperationsvertrages zwischen niedergelassenem Arzt und der cts.

### **4. Sonstige Kooperationen außerhalb von Behandlungsverhältnissen**

Die Zusammenarbeit bedarf auch und insbesondere dann, wenn sie nicht bei Gelegenheit oder aus Anlass der Behandlung von Patienten erfolgt, in jedem Falle des Abschlusses eines Kooperationsvertrages zwischen niedergelassenem Arzt und Einrichtungs- bzw. Unternehmens-träger.

Eine solche Zusammenarbeit darf nur dann erfolgen, wenn ein nachvollziehbares sachliches Interesse der Einrichtung an der Kooperation nachvollziehbar besteht, das nicht darin begründet ist, von dem niedergelassenen Arzt Patienten zugeführt zu erhalten. Eine Vergütung darf auch bei Bestehen eines solchen nachvollziehbaren Interesses generell nur dann an den niedergelassenen Arzt gezahlt werden, wenn diese das angemessene Entgelt einer werthaltigen Leistung des Arztes darstellt. Dabei ist auf eine angemessene Vergütung zu achten, um schon





den – insbesondere bei Kooperationen dieser Art naheliegenden – Anschein einer unsachlichen Einflussnahme auf den Arzt zu vermeiden.