

Karl-Heinz Möller

Vertragsärztliche Leistungserbringungsgemeinschaften

I. Einleitung

Im Rahmen der privat- und vertragsärztlichen Tätigkeit werden die meisten Leistungen in der Praxis des abrechnenden Arztes erbracht. Aus ökonomischen Motiven wird dieser Grundsatz insbesondere bei der Nutzung kostspieliger bildgebender Verfahren häufig durchbrochen, indem die entsprechenden Geräte von mehreren Ärzten – eventuell im Verbund mit einem Krankenhaus – gemeinschaftlich in ausgelagerten Räumen betrieben werden¹. Im Zusammenhang mit der Erbringung von Laboruntersuchungen kam Laborgemeinschaften in der Vergangenheit eine bedeutende Rolle zu².

Werden ärztliche Leistungen nicht durch den Arzt selbst erbracht, stellt sich stets die Frage der Abrechnungsfähigkeit. Das Problem verschärft sich, wenn die Untersuchungen nicht unmittelbar in der Praxis, sondern in einem ausgelagerten Praxisteil durchgeführt werden. Hier ist fraglich, in welchem Umfang der die Leistung abrechnende Arzt in den Untersuchungsgang eingebunden sein muß³.

Im Jahr 1978 entschied das Berufungsgericht für die Heilberufe beim Oberlandesgericht München, daß es nicht zu beanstanden sei, wenn ein Arzt – ohne eigene Anwesenheit – durch eine medizinisch-technische Assistentin Mammographien an einem in einer anderen Praxis installierten Mammographiegerät durchführt und abrechnet⁴. Die Entscheidungsgründe sind wenig überzeugend und allenfalls durch die besonderen Verhältnisse des Einzelfalles erklärbar. Zu größerer Rechtsklarheit führt das Urteil des LSG Nordrhein-Westfalen vom 25. 9. 1996, in welchem die Grundsätze der persönlichen Leistungserbringung im Zusammenhang mit Röntgenleistungen herausgearbeitet werden⁵. Die Praxis der klagenden Vertragsärzte (Internisten) lag etwa 200 Meter vom Krankenhaus entfernt. Sie ließen die Röntgenleistungen durch das nichtärztliche Krankenhauspersonal durchführen und zahlten hierfür ein Entgelt an das Krankenhaus. Die Befundung nahmen sie selbst vor und rechneten die Leistungen mit ihrer Kassenärztlichen Vereinigung ab. Das LSG sah hierin einen Verstoß gegen den Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung. Die erforderliche Überwachung des nichtärztlichen Personals könne nur bei *Anwesenheit* des Vertragsarztes im Einflußbereich der Hilfskräfte gewährleistet werden. Bloße kurzfristige Erreichbarkeit des Arztes auf Anforderung der Hilfskräfte reiche nicht aus, so daß ein Vergütungsanspruch nicht bestehe.

Mit der Neufassung des Arzt-/Ersatzkassen-Vertrages (EKV-Ä) zum 1. 7. 1994 wurde durch § 14 Abs. 2 der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung bei gerätebezogenen Untersuchungen modifiziert⁶. Zum 1. 1. 1995 wurde eine identische Vorschrift in § 15 Abs. 3 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) mit folgendem Wortlaut aufgenommen:

„Vertragsärzte können sich bei gerätebezogenen Untersuchungsleistungen zur gemeinschaftlichen Leistungserbringung mit der Maßgabe zusammenschließen, daß die ärzt-

lichen Untersuchungsleistungen nach fachlicher Weisung durch einen der beteiligten Ärzte persönlich in seiner Praxis oder in einer gemeinsamen Einrichtung durch einen gemeinschaftlich beschäftigten angestellten Arzt nach § 32b Ärzte-ZV erbracht werden. Die Leistungen sind persönliche Leistungen des jeweils anweisenden Arztes, der an der Leistungsgemeinschaft beteiligt ist. Sind Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 11 dieses Vertrages [gemeint: BMV-Ä bzw. § 39 EKV-Ä] vorgeschrieben, so müssen alle Gemeinschaftspartner und ein angestellter Arzt nach § 32b Ärzte-ZV, sofern er mit der Ausführung der Untersuchungsmaßnahmen beauftragt ist, diese Voraussetzungen erfüllen.“

Im Hinblick auf Leistungen des Speziallabors heißt es in § 28 Abs. 2 Nr. 3 BMV-Ä sowie § 28 Abs. 2 Nr. 3 EKV-Ä:

„Bei Leistungen des Abschnitts O III und entsprechender Leistungen des Kapitels B der Ersatzkassen-Gebührenordnung kann der Teil 3 der Befunderhebung nicht bezogen werden, sondern muß entweder nach den Regeln der persönlichen Leistungserbringung selbst erbracht oder an einen anderen zur Erbringung dieser Leistung qualifizierten und zur Abrechnung berechtigten Vertragsarzt überwiesen werden.“

II. Voraussetzungen der §§ 15 Abs. 3 BMV-Ä/14 Abs. 2 EKV-Ä

1. Vertragsarztstatus

Die Verträge gehen davon aus, daß sich *Vertragsärzte* unter gewissen Voraussetzungen zu einer Leistungserbringungsgemeinschaft zusammenschließen können. Da entsprechende Regelungen in der amtlichen Gebührenordnung (GOÄ) fehlen, sind Leistungserbringungsgemeinschaften im pri-

Rechtsanwalt Dr. iur. Karl-Heinz Möller,
Pfeifferstraße 6, 40625 Düsseldorf

- 1) Fragen zum Ort der Tätigkeit des (Vertrags-) Arztes behandelt Schiller, NZS 1997, 103 ff. Hinweise auch zur Vertragsgestaltung finden sich bei: Deutsche Krankenhausgesellschaft, Beratungs- und Formulierungshilfe Kooperationsverträge, 2. Aufl. 1992.
- 2) Rieger, Lexikon des Arztrechts, 1984, Rdnr. 1131; zu privatärztlichen Laborgemeinschaften Möller, MedR 1994, 10 ff.
- 3) Gitter/Köhler, Der Grundsatz der persönlichen ärztlichen Leistungspflicht, 1989, S. 100 ff.; Köhler=Fleischmann, Der Grundsatz der persönlichen ärztlichen Leistungspflicht, 1991, S. 173 ff.; Schiller, NZS 1997, 103, 109.
- 4) BerufsG f. d. Heilberufe beim OLG München, abgedruckt in: Luyken/Pottschmidt/Thoelke/Wandke/Zitzmann/Wall, Sammlung von Entscheidungen der Berufsgerichte für die Heilberufe, Stand: 1996, A 1.4 Nr. 6.
- 5) LSG Nordrh.-Westf., MedR 1997, 94 ff. (Vorinstanz: SG Dortmund, MedR 1996, 338 ff.).
- 6) Vgl. hierzu Schmidt=Bodenstein, Die Ersatzkasse 1994, 381 ff.

vatärztlichen Bereich unzulässig. Fraglich ist, ob ermächtigte Krankenhausärzte an einer Leistungserbringungsgemeinschaft teilhaben können.

Der ermächtigte Krankenhausarzt ist zwar nicht Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung⁷, gleichwohl ist er gemäß § 95 Abs. 4 SGB V der Verbandsgewalt der Kassenärztlichen Vereinigung unterworfen und insofern einem zugelassenen Vertragsarzt gleichgestellt. Auch der ermächtigte Krankenhausarzt muß die ihm vorgegebenen Pflichten erfüllen, insbesondere den Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung ebenso beachten wie vertragsarztrechtlich vorgesehene Qualitätsvoraussetzungen⁸. Gibt es mithin keine grundsätzlichen Unterschiede im Rahmen der Ausübung der Tätigkeit, bestehen keine Bedenken dagegen, daß ein ermächtigter Krankenhausarzt sich an einer Leistungserbringungsgemeinschaft beteiligt. Zu verlangen ist jedoch, daß sich die Ermächtigung des Krankenhausarztes gerade auf die Leistungen erstreckt, die Gegenstand der Leistungserbringungsgemeinschaft sind. Ist beispielsweise der radiologische Chefarzt lediglich für einen engen Leistungskatalog ermächtigt, z. B. für die Erbringung von Mammographien, wäre es nicht nachvollziehbar, wenn er auf diesem Wege in die Erstellung sämtlicher radiologischer Leistungen eingebunden werden könnte.

2. Gerätebezogene Untersuchungen

§§ 14 Abs. 2 EKV-Ä / 15 Abs. 3 BMV-Ä betreffen ausschließlich „gerätebezogene Untersuchungsleistungen“. Untersuchungsleistungen sind abzugrenzen von Behandlungsmaßnahmen. Gedacht ist somit an alle Verfahren, mit denen durch den Einsatz des Gerätes ein Befund erhoben wird. Grundsätzlich kommen sämtliche Diagnosegeräte wie Sonographen, Computertomographen, MRT-Geräte sowie Röntgengeräte in Betracht. Bei Nutzung eines Links-Herzkatheter-Meßplatzes kann die Herzkatheteruntersuchung, nicht jedoch die PTCA (Nr. 645 EBM) zum Spektrum einer Leistungserbringungsgemeinschaft zählen.

Im Einzelfall kann die Abgrenzung trotz des Einsatzes eines medizinisch-technischen Gerätes schwierig sein. Werden beispielsweise sonographische Untersuchungen im Rahmen pränataler Diagnostik durchgeführt, kommt es neben den Anforderungen an höchste Gerätequalität maßgeblich auf die individuellen Fähigkeiten des Untersuchers an. Entsprechendes kann bei angiologischen Untersuchungen oder radiologischen Kontrastmittelverfahren gelten.

3. Rechtsform der Leistungserbringungsgemeinschaft

a) Teilgemeinschaftspraxis

Zur rechtlichen Einordnung der Leistungserbringungsgemeinschaft existiert bisher keinerlei Rechtsprechung. Teilweise wird dieses Institut als „Teilgemeinschaftspraxis“ qualifiziert. Dies hätte zur Konsequenz, daß die Leistungserbringungsgemeinschaft in analoger Anwendung des § 33 Abs. 2 Ärzte-ZV einer Genehmigung durch den Zulassungsausschuß bedürfte.

Für diese Auffassung spricht, daß die Untersuchung einen einheitlichen Vorgang darstellt und mehrere Ärzte beteiligt sind. Hierin eine Teilgemeinschaftspraxis zu sehen, sprengt jedoch vom Ansatz her die Rahmenbedingungen des ärztlichen Berufs- und Vertragsarztrechts. *Steinhilper*⁹ weist zu Recht darauf hin, daß für eine Teilgemeinschaftspraxis keine Rechtsgrundlage existiert. Zutreffend wirft er die Frage auf, ob die „normalen“ ärztlichen Leistungen über die jeweilige, bereits vorhandene Abrechnungsnummer gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet werden und hinsichtlich der gemeinschaftlich erbrachten Untersuchungen eine separate zusätzliche Abrechnungsnummer der Teilgemeinschaftspraxis vorhanden sein müsse.

Auch wenn in die Untersuchung des Patienten möglicherweise mehrere Vertragsärzte eingebunden sind, führt dies keinesfalls dazu, daß es deren Intention entspricht, ihren Beruf – auch nur teilweise – gemeinschaftlich auszuüben. Insofern fehlt es an der erforderlichen Vergemeinschaftung des Zwecks¹⁰. Gegen die dogmatisch wenig überzeugende Lösung der Teilgemeinschaftspraxis spricht ferner, daß auch weitere Elemente eines Gemeinschaftspraxisvertrages fehlen¹¹. Zu berücksichtigen ist ferner, daß kein gemeinschaftlicher Arztvertrag geschlossen wird und auch keine gemeinschaftliche Erfüllung der Dokumentations- und Archivierungspflicht besteht.

Das Modell der „Teilgemeinschaftspraxis“ ist im übrigen nicht berufsrechtskonform. Nach Kapitel D Nr. 8 (Muster-) Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte – MBO/Ä – 1997¹² dürfen die Ärzte *nur einer* Berufsausübungsgemeinschaft angehören.

Da gerätebezogene Untersuchungen in erheblichem Maße von Radiologen erbracht werden, ist es durchaus denkbar, daß ein Radiologe einer Leistungserbringungsgemeinschaft für CT-Untersuchungen und einer anderen für MRT-Leistungen angehört. Zulässig wäre auch eine Konstellation, wonach die gleichen Untersuchungen in mehreren Leistungserbringungsgemeinschaften erbracht werden. So könnte ein Radiologe beispielsweise Kernspintomographien im Verbund mit einem ermächtigten Krankenhausarzt mittels eines im Krankenhaus installierten MRT-Geräts durchführen sowie gemeinsam mit anderen niedergelassenen Kollegen ein weiteres Gerät in seiner Praxis, der Praxis eines Kollegen oder an einem ausgelagerten Praxisteil betreiben. Angesichts des Wegfalls der Großgeräteverordnung durch das am 1. 7. 1997 in Kraft getretene 2. GKV-NOG ist mit der Zunahme derartiger Fallkonstellationen zu rechnen.

b) Apparategemeinschaft

Richtigerweise ist die Leistungserbringungsgemeinschaft als Apparategemeinschaft zu qualifizieren¹³. Die Apparategemeinschaft als Unterfall der Praxisgemeinschaft richtet sich nach den Vorschriften der §§ 705 ff. BGB. Entscheidend ist, daß die Gesellschafter der Apparategemeinschaft lediglich einen Teil ihrer Berufsausübung ausgelagert haben, um kostspielige Geräte und gegebenenfalls Räumlichkeiten und Personal gemeinschaftlich nutzen zu können. Die Leistungserbringungsgemeinschaft erinnert an Laborgemeinschaften alter Provenienz. Die Ärzte brachten die Investitions- und Unterhaltungskosten für das Labor durch Einlagen gemeinschaftlich auf. Die für die Untersuchung und Behandlung ihrer Patienten benötigten Analysen wurden in den Räumen der Laborgemeinschaft als ausgelagertem Praxisteil erbracht. Um den an die ärztliche Aufsichtspflicht gestellten Erfordernissen Genüge zu tun, wechselten sich die Mitglieder hinsichtlich der Anwesenheitspflicht in den Räumlichkeiten des Gemeinschaftslabors regelmäßig ab. Bei dieser Konstellation ist niemand auf die Idee einer Teilgemeinschaftspraxis gekommen.

Die §§ 15 Abs. 3 BMV-Ä/14 Abs. 2 EKV-Ä setzen voraus, daß der Arzt an der Leistungsgemeinschaft beteiligt ist.

7) *Schneider*, Handbuch des Kassenarztrechts, 1994, Rdnr. 892.

8) *Hess* (1996), in: *KassKomm*, § 95 SGB V, Rdnr. 69.

9) *Steinhilper*, NZS 1995, 565.

10) Vgl. *Ulmer*, in: *MüKo/BGB*, Bd. 5, 3. Aufl. 1997, § 705, Rdnr. 115.

11) Ausführlich zur Gemeinschaftspraxis *Ehmann*, MedR 1994, 141, 145 ff.; *Rieger* (Fn. 2), Rdnrn. 693 ff.; *ders.*, Verträge zwischen Ärzten in freier Praxis, 5. Aufl. 1993, S. 32 ff.

12) NJW 1997, 3076, 3080.

13) Vgl. hierzu *Uhlenbruck*, in: *Laufs/Uhlenbruck* (Hrsg.), Handbuch des Arztrechts, 1992, § 18, Rdnr. 11; *Rieger* (Fn. 2), Rdnrn. 82 f.; *Ehmann*, MedR 1994, 141, 144 f.

Von der Leistungserbringungsgemeinschaft, die häufig durch wechselseitige Vertretungsabsprachen geprägt sein wird, zu unterscheiden ist die eigentumsrechtliche Situation. Aus vertragsärztlicher Sicht muß die Leistungserbringungsgemeinschaft nicht Eigentümerin der genutzten Geräte sein. Die eigentumsrechtliche Zuordnung ist insofern ebenso unerheblich, wie dies bei der Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit generell der Fall ist¹⁴. Insofern ist es durchaus denkbar, daß die Geräte von einer in der Rechtsform der GmbH betriebenen Betriebsgesellschaft zur Verfügung gestellt werden¹⁵. Neben Regelungen, die üblicherweise in einen Apparategemeinschaftsvertrag aufzunehmen sind, sollten klare Absprachen hinsichtlich der unmittelbaren Patientenbetreuung getroffen werden. So ist festzulegen, daß die Aufklärung der Patienten durch den die Leistung anfordernden Arzt erfolgt. Die Aufklärung sollte dokumentiert und dem die Untersuchung durchführenden Arzt ausgehändigt werden. Die Aufklärung hat sich nicht nur auf das eventuelle Risiko der Untersuchung zu erstrecken, sondern auch darauf, wo und durch wen die Untersuchung durchgeführt wird. Der Patient hat sein Einverständnis zu erklären, daß die für die Untersuchung benötigten Befunddaten den in die Leistungserbringung eingebundenen Ärzten zur Verfügung gestellt werden. Weiterhin ist zu regeln, wie im Falle eventueller Komplikationen zu verfahren ist. Da der anweisende Arzt der primär Verantwortliche für die Untersuchungskette ist, sind ihm eventuelle Komplikationen oder Befunde, die ein sofortiges oder zeitnahes Handeln erforderlich machen, unverzüglich mitzuteilen.

4. Person des Leistungserbringers

a) Beteiligter Arzt

(1) Die ärztlichen Untersuchungsleistungen können nach fachlicher Weisung durch einen der beteiligten Ärzte persönlich in seiner Praxis erbracht werden. So ist es denkbar, daß ein gemeinschaftlich von mehreren Radiologen angeschaffter Kernspintomograph in der Praxis eines Mitglieds der Gemeinschaft betrieben wird. Hier muß zukünftig keiner der an der Gemeinschaft beteiligten Ärzte die Praxis aufsuchen, um während der Untersuchungszeit anwesend zu sein. Es genügt vielmehr, daß die Leistungsdurchführung etwa durch den Praxisinhaber erfolgt.

Wer das fachliche Weisungsrecht auszuüben hat, läßt sich den Bestimmungen nicht entnehmen. Da die Untersuchung dem anweisenden Arzt zugerechnet wird, spricht vieles dafür, diesem das fachliche Weisungsrecht zuzugestehen. Diese Auslegung macht auch Sinn, da der auftraggebende Arzt häufig bestimmte Fragestellungen abgeklärt wissen möchte. Insofern kann er dem Arzt vor Ort etwa die Weisung erteilen, nach welcher Methode die Untersuchung durchzuführen ist.

(2) Die §§ 15 Abs. 3 BMV-Ä/14 Abs. 2 EKV-Ä sprechen davon, daß die Leistungen „persönlich durch einen Arzt in seiner Praxis“ – quasi stellvertretend für die übrigen Mitglieder – durchgeführt werden. Auch wenn dies dem Wortlaut nicht unmittelbar zu entnehmen ist, wird hierunter auch der Tatbestand zu fallen haben, daß das Gerät außerhalb der Praxis („ausgelagerter Praxisteil“) installiert ist, sofern nur ein Arzt als Mitglied der Leistungserbringungsgemeinschaft bei der Untersuchung anwesend ist. Denkbar ist auch die Konstellation, daß ein Mitgliedsarzt die Untersuchungsdurchführung in der Praxis eines anderen Mitglieds der Leistungserbringungsgemeinschaft überwacht.

(3) Von praktischer Bedeutung ist die Frage, inwiefern sich der die Leistung unmittelbar vor Ort überwachende Arzt durch Ärzte im Praktikum (AiP) oder Weiterbildungsassistenten vertreten lassen darf. Hierbei verbietet sich jede

generalisierende Antwort, da es maßgeblich auf den Ausbildungs-/Weiterbildungsstand sowie das individuelle Können des einzusetzenden Arztes ankommt. Verfügt dieser über ausreichende Erfahrung in einer bestimmten Untersuchungsmethode, bestehen keine Bedenken, wenn er bei regelmäßiger Überwachung anstelle des weiterbildungsermächtigten Arztes im ausgelagerten Praxisteil tätig wird. Dieses Resultat wird erst recht dann Bestand haben, wenn die Untersuchungsdaten mittels eines Teleradiologiesystems in die Praxis des anweisenden Arztes überspielt werden, so daß dort eine permanente Kontrolle der aktuellen Situation möglich ist¹⁶.

b) Gemeinsam beschäftigter Arzt

(1) Die gerätebezogenen Untersuchungsleistungen sind auch dann persönliche Leistungen des jeweils anweisenden Arztes, wenn diese in der gemeinsamen Einrichtung durch einen gemeinschaftlich beschäftigten angestellten Arzt nach § 32b Ärzte-ZV (sogenannter „Dauerassistent“) erbracht werden¹⁷. Diese Alternative der Leistungserbringung erscheint wenig ausgereift¹⁸. Legt man den Wortlaut zugrunde, wäre Anstellungsträger die Apparategemeinschaft. Dies erscheint in vielfacher Hinsicht problematisch. Der angestellte Arzt gemäß § 32b Ärzte-ZV muß demselben Fachgebiet angehören wie der ihn beschäftigende Vertragsarzt¹⁹. Besteht die Apparategemeinschaft aus Angehörigen mehrerer Fachgebiete, etwa Radiologen und Teilgebetsradiologen (Orthopäden, Chirurgen, Internisten, Urologen), ist unklar, welchem Fachgebiet der angestellte Arzt angehören muß. Im übrigen begegnet die Beschäftigung eines angestellten Arztes durch die Apparategemeinschaft grundsätzlichen Bedenken, da § 32b Abs. 1 Ärzte-ZV die Anstellung durch einen Vertragsarzt und nicht durch eine Gruppe vertraglich mehr oder weniger fest miteinander verbundener Ärzte vorsieht. Praktisch dürfte es bei einer überregionalen Leistungserbringungsgemeinschaft schwierig werden zu entscheiden, welcher Zulassungsausschuß zuständig ist. Ungeklärt ist auch die Frage, wie bei einem Ausscheiden eines oder mehrerer Gesellschafter aus der Leistungserbringungsgemeinschaft zu verfahren ist. Müßte hier die Genehmigung zur Beschäftigung jeweils neu beantragt werden?

(2) Unabhängig von den skizzierten Problemen sollte vor Abschluß eines Arbeitsvertrages zwecks Vermeidung einer möglichen Steuerberaterpflichtigkeit der Rat eines versierten Steuerberaters eingeholt werden. In der Literatur finden sich Hinweise darauf, daß die Anstellung eines Arztes zur Gewerbesteuerpflicht der Praxis führen kann²⁰.

5. Qualifikationsvoraussetzungen

Der Einsatz von Leistungserbringungsgemeinschaften darf – selbstverständlich – nicht zu Mängeln im ärztlichen Standard führen. Demgemäß verweisen § 15 Abs. 2 BMV-Ä auf § 11 BMV-Ä und § 14 Abs. 2 EKV-Ä auf § 39 EKV-Ä. Die Bezugsnormen geben den Rahmen ab zur Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung. Sämtliche

14) BSGE 35, 247; BSG, Urt. v. 15. 3. 1995, MedR 1996, 86, 89.

15) Hess (Fn. 8), § 95 SGB V, Rdnr. 43.

16) Zu verschiedenen Teleradiologieszenarien und deren Nutzwert und Wirtschaftlichkeitsanalyse vgl. Heckermann/Wetkan/Hundt/Reiser, Der Radiologe 1997, 285 ff.

17) Zum Institut des angestellten Arztes ausführlich Steinhilper, MedR 1993, 292 ff.

18) So auch Steinhilper, NZS 1995, 565.

19) BSG, MedR 1997, 132; Plagemann, Kassenarztrecht, 2. Aufl. 1997, Rdnr. 220.

20) Steinhilper, MedR 1993, 292, 295; Schallen, Zulassungsverordnung für Vertragsärzte, 1994, Rdnr. 321; vgl. hierzu Seeger, in: Schmidt (Hrsg.), Einkommensteuergesetz, 16. Aufl. 1997, § 18, Rdnr. 26.

Angehörige der Leistungserbringungsgemeinschaft müssen über die gesetzlich oder vertraglich geforderten Qualifikationsvoraussetzungen in persönlicher und apparativer Hinsicht verfügen. Sind die Voraussetzungen bei einer Gemeinschaftspraxis lediglich bei einem Arzt erfüllt, ist nur er zur Beteiligung an der Leistungserbringungsgemeinschaft berechtigt, was indes der Abrechnung der entsprechenden Leistungen durch die Gemeinschaftspraxis nicht entgegensteht.

Wird ein Arzt gemäß § 32b Ärzte-ZV mit der Ausführung der Untersuchungsmaßnahmen beauftragt, hat er die Qualifikationsvoraussetzungen ebenfalls zu erfüllen, da ansonsten die Leistungen überhaupt nicht durchgeführt werden dürfen.

Läßt sich ein Mitglied der Leistungserbringungsgemeinschaft – etwa wegen Urlaubsabwesenheit – durch einen nicht entsprechend qualifizierten Arzt – eventuell einen Klinik-Oberarzt – vertreten, sollte die Vergütungsfähigkeit der Leistungen vorab mit der Kassenärztlichen Vereinigung abgeklärt werden.

6. Befundung

Weder in § 15 Abs. 3 BMV-Ä noch in § 14 Abs. 2 EKV-Ä ist bestimmt, ob die Befundung der Untersuchungsergebnisse vor Ort durch den die Untersuchung durchführenden Arzt oder durch den anweisenden Arzt zu erfolgen hat. Die Ausführungen zu I des Kapitels Q (Strahlendiagnostik) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sehen vor, daß in den abrechnungsfähigen Leistungen neben den Kosten auch die Beurteilung und die obligatorische Befunddokumentation sowie gegebenenfalls Eintragungen in dem Röntgennachweisheft enthalten sind. Aus dem Gesamt- ablauf ist zu folgern, daß die Befundung Aufgabe des anweisenden Arztes ist. Dieser ist nicht nur Vertragspartner des Patienten²¹, sondern hat als primär Verantwortlicher des gesamten Geschehens konkrete fachliche Weisungen zu erteilen. Die Untersuchung wird ihm denn auch als persönliche Leistung zugerechnet.

Unabhängig von der Verpflichtung zur Erstellung des Endbefundes ist die Verantwortung eines jeden in die Leistungserbringung eingebundenen Arztes, im Rahmen der Untersuchung auftretende Komplikationen festzustellen, Hilfsmaßnahmen zu treffen und entsprechende Dokumentationen zu fertigen.

7. Abrechnung

Die Untersuchungen sind persönliche Leistungen des anweisenden Arztes. Dieser steht gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung für die Ordnungsgemäßheit der Leistungserbringung ein. Gegenüber dem abrechnenden Arzt sind gegebenenfalls sachlich-rechnerische Berichtigungen durchzuführen. Werden an die Abrechnung besondere Anwesenheitspflichten geknüpft – vgl. Nr. 609 EBM bei der computergestützten Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG's –, sind diese vom abrechnenden Arzt zu erfüllen.

8. Haftung

Der anweisende Arzt haftet dem Patienten für eine Schlechterfüllung des Behandlungsvertrages. Für schuldhaft Fehlleistungen der in die Untersuchungskette eingebundenen Ärzte sowie des nichtärztlichen Hilfspersonals haftet er in vollem Umfang (§ 278 BGB). Neben die vertragliche Haftung treten die gesetzlichen Haftungstatbestände der §§ 823 ff. BGB²². Die in die Leistungserbringung eingebundenen anderen Ärzte, seien sie Mitglieder der Leistungserbringungsgemeinschaft oder bei dieser angestellt, stehen in keiner vertraglichen Beziehung zu den Patienten. Eine Haftung kann sich gleichwohl aus den §§ 823 ff. BGB ergeben.

9. Anzeige- und Genehmigungspflichten

Gemäß § 33 Abs. 1 Satz 2 Ärzte-ZV sind die Kassenärztlichen Vereinigungen von der gemeinsamen Nutzung von Praxisräumen oder Praxiseinrichtungen sowie der gemeinsamen Beschäftigung von Hilfspersonal zu unterrichten. Es handelt sich um eine reine Informationspflicht, ohne daß die entsprechenden Verträge vorzulegen wären.

Nach Abschnitt B Nr. 24 MBO-Ä 1997 soll der Arzt alle Verträge über seine ärztliche Tätigkeit vor ihrem Abschluß der Ärztekammer vorlegen, damit diese prüfen kann, ob die beruflichen Belange gewahrt sind. Hierbei handelt es sich eindeutig um eine Soll-Vorschrift, die keine Vorlagepflicht begründet²³.

III. Leistungserbringungsgemeinschaft und Speziallabor

Könnte man die herausgearbeiteten Grundsätze auf die Leistungen des Speziallabors (Kapitel O III EBM) übertragen, so wäre es entsprechend qualifizierten Vertragsärzten möglich, die im Rahmen der Diagnostik benötigten Laboranalysen in der Leistungserbringungsgemeinschaft (Laborgemeinschaft) durchführen zu lassen. Bei ständiger Anwesenheit eines entsprechend qualifizierten Mitglieds der Gemeinschaft könnte die Mitwirkung des die Leistung abrechnenden Arztes auf ein Minimum beschränkt werden. Hiermit wäre eine Aufweichung des Status Quo verbunden, da die Ärzte ansonsten verpflichtet wären, die Validierung der Analyseergebnisse nach Beendigung der Gerätelauzeit im Labor vorzunehmen²⁴. Soweit ersichtlich, wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung einhellig die Auffassung vertreten, daß die §§ 25 Abs. 2 Nr. 3 BMV-Ä/28 Abs. 2 Nr. 3 EKV-Ä als Spezialregelungen gegenüber den §§ 15 BMV-Ä bzw. 14 EKV-Ä anzusehen sind. Leistungen des Speziallabors müssen entweder nach den Regeln der persönlichen Leistungserbringung selbst erbracht oder an einen anderen zur Erbringung dieser Leistung qualifizierten und zur Abrechnung berechtigten Vertragsarzt überwiesen werden. Aus dem Hinweis „selbst erbracht“ wird gefolgert, daß die Analysenbestimmung in einer Leistungserbringungsgemeinschaft ausgeschlossen wurde. Etwas anderes wird nur dann zu gelten haben, wenn der Arzt die Validation bei mechanisierten Untersuchungsleistungen persönlich im Labor vornimmt.

Angesichts der lediglich rudimentären Regelung darf man sich wünschen, daß die Vertragspartner das Gewollte eindeutiger im Vertragstext zum Ausdruck gebracht hätten. Einzuräumen ist jedoch, daß in beiden Vertragswerken spezielle Regelungen für Laboratoriumsuntersuchungen enthalten sind, so daß die Laborleistungen nicht als gerätebezogene Untersuchungen im Sinne der §§ 15 Abs. 3 BMV-

21) Die Behandlungsbeziehung zwischen Vertragsarzt und Patient ist zivilrechtlicher Natur (§ 76 Abs. 4 SGB V); *Steffen*, Neue Entwicklungslinien der BGH-Rechtsprechung zum Arzthaftungsrecht, 6. Aufl. 1995, S. 19.

22) Zu teilweise vergleichbaren Haftungsproblemen bei der Auslagerung eines Krankenhauslabors vgl. *Dessauer*, MedR 1993, 379 ff.

23) BerufsG f. Heilberufe bei dem VG Köln, Beschl. v. 31. 1. 1980 – 1 T 74 (I)/79 –, abgedruckt bei *Luyken* u. a. (Fn. 4), A 1.11 Nr. 12; BerufsG f. d. Heilberufe beim OLG Nürnberg, Beschl. v. 8. 2. 1983 – BG-Ä-2600/82 –, abgedruckt bei *Luyken* u. a. (Fn. 4), A 1.11 Nr. 21.

24) Abschnitt C Nr. 2.1 der KBV-Laborrichtlinien i.d.F. v. 7. 12. 1991 (DÄBl. 1992, C-433) bestimmt: „Im Falle einer Erstellung von Laboranalysen mittels mechanisierter Verfahren muß die Anwesenheit des Arztes bei der Beurteilung des Analyseergebnisses im Anschluß an die Erstellung der Analysen (A 2.2 und A 2.3) gewährleistet sein.“

Ä, 14 Abs. 2 EKV-Ä zu qualifizieren sind. Auch aus der Gesamtsituation erschließt sich nicht, daß bei der Erstellung von Laboranalysen mittels mechanisierter Verfahren eine Aufweichung der Anwesenheitsverpflichtung gewollt war.

Lediglich zwecks Beleuchtung der Rahmenbedingungen sei in diesem Zusammenhang auf die Änderung des § 4 Abs. 2 GOÄ zum 1. 1. 1996 verwiesen, wodurch *im privatärztlichen Bereich* die Leistungserbringung von Spezialuntersuchungen in Laborgemeinschaften eingeschränkt wurde. In Verlautbarungen aus dem Bundesministerium für Gesundheit wurden die vertragsarztrechtlichen Regelungen, wonach die Abrechnung von Spezialanalysen die Anwesenheit im Labor zum Zwecke der Validierung voraussetzt, durchaus in Bezug genommen. Zweck der GOÄ-Reform war es, steuernd auf das Leistungserbringungsverhalten der Ärzte einzuwirken und die Selbstzuweisung der Ärzte zu unterbinden²⁵. Während die Bundesärztekammer die persönliche Erreichbarkeit des Arztes und die persönliche Überprüfung der Plausibilität der aus einem Untersuchungsmaterial erhobenen Parameter im Labor nach Abschluß des Untersuchungsganges als ausreichend ansieht, verlangen die Landgerichte Hamburg²⁶ und Duisburg²⁷ die Anwesenheit des Arztes *während der gesamten Untersuchung*.

IV. Zusammenfassung

Die vertragsärztliche Leistungserbringungsgemeinschaft erscheint als sinnvolles Instrument beim sparsamen Umgang mit personellen und apparativen Ressourcen. Auch wenn die vertraglichen Regelungen viele Fragen offenlassen, darf die Prognose gewagt werden, daß entsprechenden Kooperationsformen auch unter Berücksichtigung zunehmender Verzahnung des ambulanten und stationären Bereichs die Zukunft gehört. Im privatärztlichen Bereich sollte die amtliche Gebührenordnung (GOÄ) um das Institut der Leistungserbringungsgemeinschaft erweitert werden.

25) Lang/Schäfer/Stiel/Vogt, Der GOÄ-Kommentar, 1996, § 4, Rdnr. 19: „Voraussetzung für die Abrechnung als eigene Leistung nach Absatz 2 Satz 1 ist in jedem Fall, daß der abrechnende Arzt die Anforderungen an die persönliche Leistungserbringung im Sinne dieser Vorschrift selbst erfüllt. Er kann sich hierin nicht von einem anderen Arzt (z. B. einem in einer Laborgemeinschaft oder in einem Krankenhaus angestellten Arzt) vertreten lassen.“

26) LG Hamburg, Urt. v. 20. 2. 1996 – 312 O 57/96 –.

27) LG Duisburg, Urt. v. 18. 6. 1996 – 1 O 139/96 –.

BUCHBESPRECHUNGEN

Krankenhaus-Management Aufgabe Nr. 1 – Budgetverhandlungen –. Herausgegeben von Günther Thiele, Peter Tischmann und Ingo Lillig. Krankenhausdrucke – Verlag, Wanne-Eickel 1997, 171 S., brosch., DM 48,-

Die Umsetzung des neuen Entgeltrechts der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) 1995 stellt an das betriebliche Management der Kliniken hohe Anforderungen. Besonders das mit den Krankenkassen zu vereinbarende Budget, das je nach der fachlichen Ausrichtung bis zu 90 % der Betriebsausgaben zu decken hat, ist für die wirtschaftliche Entwicklung und Leistungsfähigkeit des „Unternehmens Krankenhaus“ von existentieller Bedeutung. Die Budgetverhandlungen mit den Krankenkassen haben damit für jede Klinik einen hohen Stellenwert. Nicht nur Kenntnis der rechtlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen, sondern auch Sensibilität für strategisches Handeln und Entscheiden ist gefragt, um ein positives Ergebnis zu erreichen. Die Aspekte der Budgetverhandlungen sind bisher in der Fachliteratur weitgehend theoretisch im Rahmen der Leistungssteuerung behandelt worden. Das vorgelegte Buch „Budgetverhandlungen“ setzt neue Akzente, indem aus verschiedener Sicht durch sieben Autoren mit breitem Praxisbezug die Thematik beleuchtet wird.

J. Stapper-Muer beschreibt die Bedeutung der Budgetverhandlungen aus der Sicht des Krankenhauses und der Krankenhausverbandsebene. U. Neumann behandelt die Budgetverhandlungen aus dem Blickwinkel der Kostenträger. Die aus der Entwicklung abgeleitete Notwendigkeit der Vereinbarung leistungsgerechter Budgets im Sinne von Preisverhandlungen stellt er in den Mittelpunkt seiner Erörterungen. Die klarstellende Feststellung der Höhe der jeweiligen jährlichen Kürzungsquote für Fehlbelegung (§ 17a Abs. 2 KHG) durch die 5. Änderungsverordnung zur BPflV v. 9. 12. 1997 (BGBl. I S. 2874) (§ 28 Abs. 3 n. F. BPflV) konnte selbstverständlich nicht mehr berücksichtigt werden. P. Tischmann geht auf die Verfahrensfrage ein, ob Kran-

kenhäuser die Budgetverhandlungen alleine oder zusammen mit Krankenhausverbänden führen sollen. Zutreffend wird dabei auch das Zurückdrängen des materiell-rechtlichen Individualprinzips angesprochen und auf die Kompliziertheit der Rechtsmaterie hingewiesen, die neben taktischen Erwägungen für ein Verhandlungsmandat der Verbandsebene sprechen. H. Kehr unterstreicht die hohe Bedeutung des Krankenhaus-Betriebsvergleiches und favorisiert ein an der Leistungsseite, also output-orientiertes Verfahren. T. Pfaffenberger befaßt sich mit der Leistungsmengenplanung für Fallpauschalen und Sonderentgelte und ihrer Bedeutung für die Budgetverhandlungen. Er bringt dabei die Erfahrungen aus der Umstellung in einer Klinik mit ein. G. Thiele und A. Greulich stellen die interne Budgetierung und Prozeßkostenrechnung in den Mittelpunkt ihrer Darlegungen. Sie behandeln damit besonders gewichtige Instrumentarien der Betriebssteuerung.

Die Verfasser sind hervorragende Kenner der Materie; als Klinikverwaltungsdirektoren, Geschäftsführer von Klinikzweckverbänden und Klinikgesellschaften, Geschäftsführer von Krankenkassen und Hochschullehrer an Fachhochschulen bringen sie neben den theoretischen Grundlagen große praktische Erfahrungen ein. Damit hat das Buch ein beachtliches betriebswirtschaftliches Niveau, kann aber auch für das einzelne Krankenhaus zu Problemlösungen herangezogen werden. Die Darstellung der Thematik aus verschiedener Sicht und mit zahlreichen Lösungsansätzen macht das Buch wertvoll für alle Mitarbeiter des Krankenhausmanagements, die mit Pflegesatzfragen befaßt sind. Da zukünftig die Einbindung der leitenden Klinikärzte und der leitenden Pflegekräfte in die Budgetverhandlungen geboten erscheint, kann auch für diesen Personenkreis die Lektüre dringend empfohlen werden. Die verständliche Sprache und die gute Koordination der Beiträge dienen der Geschlossenheit des Werks.

Prof. Dr. iur. Herbert Genzel, München