

keinerlei Vorteil für den Patienten und die Qualität der Laborleistung verbunden wäre. Angesichts dessen dürfte es regelmäßig am Vorsatz hinsichtlich der „Fremdheit“ der abgerechneten Leistung fehlen⁵⁴.

Angesichts der restriktiven Handhabung durch die höchstrichterliche Rechtsprechung in Fällen schadensgleicher Vermögensgefährdung scheint auch der Gefährdungsvorsatz fraglich: Es bedarf über das Bewusstsein der konkreten Gefahr hinaus des voluntativen Elements der „Billigung einer Realisierung dieser Gefahr durch den Täter“⁵⁵. Diese liegt dann nicht vor, wenn der Täter darauf vertraut, dass die von ihm vorgenommene Manipulation unentdeckt bleibt, er also den Eintritt eines endgültigen Schadens auf keinen Fall will⁵⁶. Dieser hat es als an der Laborgemeinschaft Beteiligter (und ggf. durch die Begleichung der internen Abrechnungen) in der Hand, das Abrechnungsverhalten der Laborgemeinschaft zu steuern. Selbst wenn der Arzt also der Auffassung wäre, es handle sich tatsächlich um fremde Leistungen, so würde er doch in jedem Fall eine Abrechnung unter fremdem Namen, mithin der GbR, gerade zu verhindern suchen, um die Gefahr einer doppelten Inanspruchnahme auszuschließen.

Allein die Erzielung eines Rationalisierungsgewinns durch die Effektivierung von Arbeitsabläufen kann keineswegs den Vorwurf des Schädigungsvorsatzes begründen; ein solcher würde vielmehr erfordern, dass dieser Gewinn bewusst auf Kosten des Patienten erlangt wird, dieser mithin keine äquivalente Gegenleistung für sein Honorar erhält. Darüber hinaus ist sowohl im Hinblick auf die Schädigungsabsicht als auch das Merkmal der Bereicherungsabsicht

zu beachten, dass der Arzt im Falle der formalen Abtretung den betreffenden Betrag selbst gegenüber dem Privatpatienten abrechnen könnte, oder aber beispielsweise nach einer Abrechnung durch die Laborgemeinschaft im Wege der Gewinnausschüttung den betreffenden Betrag vereinbaren könnte. In all diesen Konstellationen wären mithin der Vermögensstand des Privatpatienten und des Arztes im Endeffekt vergleichbar. Mithin wären eine Schädigung des Patienten und eine Bereicherung des Arztes auch dann nicht gegeben, wenn es sich um eine formal der Laborgemeinschaft zuzurechnende Leistung handeln würde. Warum der Arzt zudem bewusst formal fehlerhaft abrechnen sollte, wenn er das gleiche finanzielle Ergebnis auch auf anderem Wege erreichen könnte, erscheint wenig verständlich.

VII. Fazit

Die Abrechnung von Laborleistungen gegenüber Privatpatienten stellt auch dann keinen Betrug i. S. des § 263 StGB dar, wenn der Arzt die Proben an die Laborgemeinschaft, der er angehört, einsendet und dort bei dem automatisierten Analysevorgang räumlich nicht anwesend ist. Es fehlt insoweit bereits an dem Merkmal der Täuschung über Tatsachen, jedenfalls aber an dem erforderlichen Vermögensschaden bzw. an einer schadensgleichen Vermögensgefährdung.

54) So auch *Dahm*, MedR 2003, 268, 272.

55) BGH, wistra 2007, 136.

56) *Fischer* (Fn. 9), § 263, Rdnrn. 181 ff.

DOI: 10.1007/s00350-010-2761-7

Möglichkeiten und Grenzen der Zusammenarbeit zwischen Radiologen und Ärzten anderer Fachgebiete

– Rechtliche Vorgaben für die ambulante und stationäre Versorgung –

Peter Wigge, Rudolf Kaiser, Jürgen Fischer und Reinhard Loose

1. Einführung

Die Radiologie ist als Querschnittfach in besonderem Maße darauf angewiesen, sich ständig wechselnden Rahmenbedingungen anzupassen, die für eine optimale Kooperation mit anderen medizinischen Fachgebieten notwendig sind.

Der Gesetzgeber hat durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WStG)¹ sowie das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG)² die verstärkte Kooperation zwischen Ärzten untereinander, aber auch mit Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern im Interesse einer bes-

seren Verzahnung der Versorgungsbereiche und -sektoren zum Wohle des Patienten ausdrücklich gefördert, so dass eine Zusammenarbeit zwischen Radiologen und anderen Fachgebieten grundsätzlich gewünscht ist³.

Andererseits ist spätestens seit der Entscheidung des BVerfG vom 16.7.2004⁴ zur fehlenden Abrechnungsbefugnis von Orthopäden und anderen nicht-radiologischen Fachgebieten im Bereich der Magnetresonanztomographie (MRT) in der Gesetzlichen Krankenversicherung

1) V. 26.3.2007, BGBl. I S. 378.

2) V. 22.12.2006, BGBl. I S. 3439.

3) Vgl. Begründung zum Entwurf des GKV-WStG, BT-Dr. 16/3100, S. 246: „Stärker als bisher wird sich die medizinische Versorgung künftig am Bedarf und an den Interessen der Versicherten orientieren und darauf ausgerichtet sein, heute noch bestehende Schnittstellenprobleme zu beseitigen. Die ambulante Versorgung stützt sich weiterhin auf freiberuflich tätige Haus- und Fachärzte sowie in besonderen Fällen auf die Behandlung am Krankenhaus. Im Interesse einer kontinuierlichen Behandlung der Patienten werden die Zusammenarbeit der verschiedenen Arztgruppen und die Zusammenarbeit zwischen ambulante und stationärem Sektor verbessert, die Übergänge erleichtert und die Qualität der medizinischen Versorgung verbessert.“

4) BVerfG, Beschl. v. 16.7.2004 – 1 BvR 1127/01 –, NZS 2005, 91; hierzu: *Cramer/Henkel*, MedR 2004, 593; *Wigge*, NZS 2005, 176.

Rechtsanwalt Dr. iur. Peter Wigge,
Fachanwalt für Medizinrecht, Rechtsanwalt Wigge,
Scharnhorststraße 40, 48151 Münster, Deutschland

Dr. med. Rudolf Kaiser,
Chefarzt für Radiologie, Herz-Jesu-Krankenhaus Hilstrup GmbH,
Westfalenstraße 109, 48165 Münster-Hilstrup, Deutschland

Dr. Jürgen Fischer, Facharzt für Radiologie,
Hexenweg 14, 48653 Coesfeld, Deutschland

Prof. Dr. Dr. Reinhard Loose,
Chefarzt für Radiologie, Klinikum Nürnberg Nord,
Prof.-Ernst-Nathan-Straße 1, 90419 Nürnberg, Deutschland

(GKV) auch das Bewusstsein für die primäre Zuordnung radiologischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zum Fachgebiet der Radiologie gestiegen. Allerdings sind in der stationären Versorgung bei Krankenhäusern sowie anderen medizinischen Fächern zunehmend Tendenzen erkennbar, auf Methoden aus dem Kernbereich der Radiologie zuzugreifen. Diese Tendenzen werden durch die Liberalisierung des ärztlichen Berufsrechts gefördert, welches mittlerweile Kooperationen zwischen Radiologen und anderen Facharztgruppen im Bereich der Radiologie zulässt. Im Krankenhaus werden z. B. Spezialdisziplinen wie die interventionelle Angiologie geschaffen, durch die diesen Fachgruppen der Zugriff auf moderne Verfahren der Schnittbilddiagnostik, wie z. B. der Computertomographie, ermöglicht werden soll, ohne dass die Zulässigkeit einer solchen Leistungsverlagerung geprüft wird. Daneben werden zunehmend Leistungsbereiche der Radiologie im Krankenhaus auf radiologische Arztpraxen übertragen, so dass es zu Abgrenzungsproblemen in der Zuständigkeit zwischen den Krankenhausradiologen und der vom Krankenhaus beauftragten Praxis kommt. Jede Kooperation zwischen Radiologen und Ärzten anderer Fachgebiete ist punktuell anders gelagert. Die nachfolgenden Ausführungen sind deshalb als Beschreibung der gesetzlichen, berufsrechtlichen, privat- und vertragsarztrechtlichen Vorgaben zu verstehen. Dennoch wird der Leser durch die Wiedergabe der verschiedenen Sach- und Problembereiche im Allgemeinen einen individuellen Lösungsweg erkennen.

2. Rechtliche Vorgaben im Zusammenhang mit der Beurteilung der dargestellten Sachverhalte

Die Anwendung von Röntgenstrahlung am Menschen in der Heilkunde ist von einer Vielzahl rechtlicher Vorgaben abhängig, die aufgrund unterschiedlicher gesetzgeberischer Motive erlassen worden sind und deren Begrifflichkeiten und Bedeutung häufig nicht ohne weiteres erkannt werden.

a) Röntgenverordnung

Aus gefahrenabwehrrechtlicher Sicht sind insbesondere die Röntgenverordnung (RöV) in der Fassung vom 18. 6. 2002 (BGBl. I S. 1869) sowie die „Richtlinie Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz bei dem Betrieb von Röntgeneinrichtungen in der Medizin oder Zahnmedizin“ vom 22. 12. 2005⁵ zu nennen. Die RöV dient insbesondere dem Schutz der Einzelperson sowie der Allgemeinheit vor Strahlenexpositionen bei der Anwendung von Röntgenstrahlung. Um dieses Ziel zu erreichen, ist es notwendig, dass Personen, die Röntgenstrahlung am Menschen zur Untersuchung oder Behandlung anwenden oder die Anwendung technisch durchführen, über die erforderliche Fachkunde oder Kenntnisse im Strahlenschutz verfügen (§ 3 Abs. 2 Nrn. 3 und 4 und §§ 23 und 24 RöV). § 18a RöV legt die Voraussetzungen für Erwerb und Erhalt der erforderlichen Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz fest. Die Richtlinie gilt hingegen speziell für die Anwendung von Röntgenstrahlen am Menschen in der Heilkunde, in der Zahnheilkunde und der medizinischen Forschung, vgl. Ziff. 3.1. der Richtlinie.

Die Bestimmungen der Röntgenverordnung belegen, dass die rechtfertigende Indikation nach § 23 RöV, die Anwendung von Röntgenstrahlung nach § 25 RöV und die Anfertigung von Aufzeichnungen über die Anwendung nach § 28 RöV grds. einen einheitlichen Vorgang darstellen, der von einem verantwortlichen Arzt beaufsichtigt werden muss, der über die erforderliche Fachkunde im Strahlenschutz verfügt. Der aufzeichnende Arzt hat nach § 28 Abs. 2 S. 2 RöV die Pflicht zur Dokumentation der

Rechtfertigung und des Befundes. Auch die übrigen Aufzeichnungspflichten in § 28 RöV, wie die Auskunftspflichten gegenüber nachbehandelnden Ärzten nach Abs. 8, gehen davon aus, dass diese den „untersuchenden Arzt“ treffen. Sind mehrere Ärzte in die Indikationsstellung, Durchführung und Befundung eingebunden, ist sicherzustellen, dass jeder der beteiligten Ärzte für die gesamte Untersuchung/Behandlung über die erforderliche Fachkunde verfügt. Der leitende Arzt der jeweiligen Organisationseinheit trägt für alle Untersuchungsschritte die Gesamtverantwortung.

§ 23 Abs. 1 S. 5 RöV sieht darüber hinaus vor, dass im Unterschied zur Teleradiologie der Arzt mit der erforderlichen Fachkunde im Strahlenschutz sich grundsätzlich in räumlicher Nähe zum Patienten aufhalten muss und damit die Möglichkeit gegeben sein muss, dass er den Patienten persönlich untersucht.

Der Begriff der „Fachkunde“ nach RöV ist nicht identisch mit der fachlichen Beurteilung nach Facharztstandard in der Form eines qualifizierten endgültigen Befundes. Ferner ist Fachkunde i. S. der RöV nicht deckungsgleich mit den „Fachkunden“, die in den älteren Weiterbildungsordnungen existierten und die der Vermittlung, dem Erwerb und dem Nachweis eingehender Kenntnisse und Erfahrungen und Fertigkeiten, „welche über die im Gebiet aufgeführten Inhalte“ hinausgingen, dienen. Das neue Weiterbildungsrecht kennt den Begriff der Fachkunden dagegen nicht mehr.

Schließlich ist der Fachkundebegriff nach RöV von dem „Fachkundenachweis“ im Rahmen der Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V zu unterscheiden. Diese Fachkundenachweise werden von der KBV und dem Spitzenverband für bestimmte ärztliche Sachleistungen (radiologische Leistungen, nuklearmedizinische Leistungen, sonographische Leistungen, zytologische Untersuchungen, humangenetische Leistungen etc.) als Anlage zum Bundesmantelvertrag vereinbart. Dabei ist die Festlegung personeller und apparativer Anforderungen i. d. R. mit der Vereinbarung von Fachkundenachweisen verbunden. Die Abrechnung ärztlicher Leistungen, die in den Anwendungsbereich der Fachkundenachweise fallen, ist nur zulässig, wenn der Arzt die entsprechende Qualifikation erfüllt⁶ (vgl. hierzu die Ausführungen unten, sub c)).

b) Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern

Daneben sind die Weiterbildungsordnungen (WO) der Ärztekammern auf Landesebene zu benennen, die in Anlehnung an die Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer das Erlernen ärztlicher Fähigkeiten und Fertigkeiten nach abgeschlossener ärztlicher Ausbildung und die Erteilung der Erlaubnis zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit regeln. Der erfolgreiche Abschluss der Weiterbildung führt zur Facharztbezeichnung in einem Gebiet, zur Schwerpunktbezeichnung im Schwerpunkt eines Gebietes oder zur Zusatzbezeichnung. Bei den Weiterbildungsordnungen handelt es sich um Satzungsrecht, welches auf der Grundlage der Heilberufs- und Kammergesetze der Bundesländer durch die als Körperschaften des öffentlichen Rechts organisierten Ärztekammern erlassen wird. Für ihre Kammermitglieder ist dieses Satzungsrecht unmittelbar rechtlich verbindlich. Die Weiterbildung beschreibt demnach die Anforderungen an den Erwerb der ärztlichen Kompetenz zur Durchführung von Untersu-

5) Verfügbar unter www.bfs.de/de/ion/Kompetenzerhalt.html/national.html/FKRLMedizinZahnRoeV.pdf, abgerufen am 5. 2. 2010.

6) Vgl. BSG v. 20. 1. 1999 – B 6 KA 23/98 R –, SozR 3-2500 § 72 Nr. 8; vgl. BSG v. 6. 9. 2000 – B 6 KA 36/99 R –, SozR 3-2500 § 135 Nr. 15.

chungs- und Behandlungsmethoden und zugleich deren Beschränkung.

Das ärztliche Weiterbildungsrecht hat durch die Musterweiterbildungsordnung (MWO) der Bundesärztekammer aus dem Jahr 2003 und deren Umsetzung in den Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern auf Landesebene wesentliche strukturelle Veränderungen erfahren. Wesentliche Merkmale der geltenden WO sind die Gewinnung ärztlicher Kompetenz und fachlicher Kooperationsmöglichkeiten zur qualitativen Verbesserung der Patientenversorgung. Es gilt daher der Grundsatz, dass die Erbringung und Abrechnung von radiologischen Leistungen eine weiterbildungsrechtlich erworbene Kompetenz in einem Fachgebiet, einem Schwerpunkt oder einer Zusatzbezeichnung voraussetzen.

aa) Einführung „Zusatz-Weiterbildung Röntgendiagnostik fachgebunden“

Die aktuell anstehende Umsetzung der in die MWO 2003 vom Deutschen Ärztetag (DÄT) eingeführten „Zusatz-Weiterbildung Röntgendiagnostik fachgebunden“ (ZusWB) kann zu einem echten Prüfstein dafür werden, ob ärztliche Fachgebiete zu einer wirklichen Zusammenarbeit bereit sind. Die Radiologie beansprucht zwar den Primat, aber nicht das Monopol auf radiologische Verfahren. So werden spezifische intraoperative Verfahren ebenso wie spezielle interventionelle Maßnahmen auch künftig von kompetenten Ärzten anderer Fachgebiete durchgeführt werden. Vice versa gilt, dass andere bildgebende Verfahren der Radiologie vorbehalten sind.

Wenn aber Kenntnisse und Fertigkeiten röntgendiagnostischer Verfahren im Wege der Weiterbildung kommender Arztgenerationen im Rahmen der ZusWB vermittelt werden sollen, dann ist das vor allem in Kliniken mit einer eigenständigen Radiologie nur über eine Verbundbefugnis möglich, z. B. zwischen Urologen/Radiologen oder Unfallchirurgen-Orthopäden/Radiologen oder auch Gastroenterologen/Radiologen. Zudem könnten die beteiligten Fachgebiete durch einen Assistentenaustausch hinsichtlich ärztlicher Kompetenzgewinnung profitieren. Auch der für die Fachkunde im Strahlenschutz nach RÖV notwendige Sachkunde-Erwerb wäre damit einfacher zu vermitteln.

bb) Weiterbildungsrechtliche Vorgaben im Bereich Angiographie

Die Verpflichtung zur Einhaltung der Fachbereichsgrenzen ist in den Heilberufs- und Kammergesetzen der Bundesländer niedergelegt. In Bayern beispielsweise ist dieser Grundsatz in Art. 34 Heilberufe-Kammergesetz (HKaG) geregelt⁷. Die Gebietsbezeichnungen sowie den Inhalt und Umfang der Weiterbildung bestimmt wiederum gemäß Art. 35 HKaG die Bayerische Landesärztekammer. In der Weiterbildungsordnung vom 24. 4. 2004 – in der am 1. 8. 2008 in Kraft getretenen Fassung (10.3.1 Facharzt für Innere Medizin und Angiologie) sowie in den Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung (vgl. 10.3.1 Innere Medizin und Angiologie) – finden sich keine Regelungen über die selbständige Durchführung und Befundung von interventionell-radiologischen Verfahren für den Schwerpunkt Angiologie. Insbesondere werden interventionell-radiologische Verfahren im Schwerpunkt der Angiologie nicht unter den sog. „Definierten Untersuchungs- und Behandlungsverfahren“ aufgeführt. Für die Angiologie findet sich unter der Überschrift „Weiterbildungsinhalt“ lediglich folgende Definition:

„– Mitwirkung und Beurteilung therapeutischer Katheterinterventionen, z. B. Intraarterielle Lyse, PTA, Stentimplantationen, Atherektomie, interventionelle Trombembolektomie, Brachytherapie,

- der Beurteilung von Röntgenbefunden bei Angiographien (Arteriographie, Phlebographie, Lymphographie).“

Demgegenüber werden im Fachgebiet der Radiologie (vgl. 25. Gebiet Radiologie) interventionell-radiologische Verfahren explizit genannt. Hieraus folgt, dass der Angiologe bei interventionell-radiologischen Leistungen lediglich zur „Mitwirkung“ und „Beurteilung“ dieser Leistungen berechtigt ist. Eine selbständige Durchführung und Befundung interventionell-radiologischer Leistungen ist demgegenüber weiterbildungsrechtlich ausschließlich Radiologen vorbehalten. Für Angiologen ist die Erbringung dieser Leistungen daher fachgebietsfremd und damit berufsrechtlich unzulässig.

cc) Weiterbildungsrechtliche Vorgaben im Bereich MRT

Nach den Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern ist die Magnetresonanztomographie grundsätzlich als diagnostisches Verfahren ausdrücklich für sämtliche Organbereiche dem Gebiet der Radiologie zugeordnet worden.

Mit der Umsetzung der „Zusatz-Weiterbildung Magnetresonanztomographie fachgebunden“ in den Weiterbildungsordnungen der jeweiligen Landesärztekammern sind jedoch auch andere ärztliche Fachgruppen berechtigt, Leistungen der Magnetresonanztomographie zu erbringen, soweit sie die nach der Zusatz-Weiterbildung geforderte Weiterbildungszeit und die Weiterbildungsinhalte nachgewiesen und in einer Prüfung vor der Ärztekammer erfolgreich belegt haben. Die Zusatz-Weiterbildung berechtigt die betreffenden ärztlichen Fachgruppen jedoch ausschließlich zu einer MRT-Diagnostik innerhalb ihrer eigenen Fachbereichsgrenzen. § 2 Abs. 4 S. 4 MWO regelt insoweit, dass die Gebietsgrenzen fachärztlicher Tätigkeiten durch die Zusatzweiterbildungen nicht erweitert werden. Das bedeutet, dass z. B. Orthopäden nach dem Erwerb der Zusatz-Weiterbildung ausschließlich zur Durchführung von MRT-Untersuchungen des muskuloskelettalen Bereichs und Kardiologen zur Durchführung von MRT-Untersuchungen am Herzen berechtigt sind. Voraussetzung für die Abrechnung der MRT-Untersuchungen ist allerdings in jedem Fall der erfolgreiche Abschluss der Zusatzweiterbildung⁸. Dagegen haben ausschließlich Radiologen weiterhin die universale Berechtigung zur Durchführung von sämtlichen MRT-Untersuchungen.

dd) Weiterbildungsrechtliche Vorgaben im Bereich CT

Die Computertomographie (CT) wird in der Musterweiterbildungsordnung und den Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern dem Gebiet der Radiologie als „Definiertes Untersuchungs- und Behandlungsverfahren“ zugewiesen. Eine derartige Zuweisung findet sich für kein anderes Fachgebiet im Weiterbildungsrecht. Der Facharzt für Strahlentherapie ist zwar zur Durchführung von CT-Untersuchungen berechtigt, jedoch beschränkt sich diese auf die „Therapieplanung“ in seinem Fachgebiet. Eine eigenständige Diagnostik ist ihm daher verwehrt.

c) Leistungserbringungsrecht in der GKV

Für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung existieren darüber hinaus sowohl für die Tätigkeit niedergelassener Radiologen in der sog. vertragsärztlichen Versorgung nach §§ 72 ff. SGB V als auch für ermächtigte Kran-

7) Vgl. Art. 34 HKaG i. d. F. v. 23. 4. 2008 (GVBl. S. 132): „(1) Wer eine Gebietsbezeichnung führt, darf grundsätzlich nur in dem Gebiet, wer eine Teilgebietsbezeichnung führt, muss auch in dem Teilgebiet tätig sein, dessen Bezeichnung er führt.“

8) VG Münster, Urt. v. 12. 12. 2008 – 10 K 747/08 –.

kenhausärzte gem. § 116 SGB V sowie für Krankenhäuser und die dort angestellten Ärzte gem. §§ 107 ff. SGB V zahlreiche gesetzliche und untergesetzliche Regelungen, die die Erbringung und Abrechnung radiologischer Leistungen in der GKV bestimmen. Dies sind insbesondere:

- Qualitätssicherungsvereinbarungen zwischen KBV und Spitzenverband Bund nach § 135 Abs. 2 SGB V,
- Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus gem. §§ 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 5, 137c SGB V,
- Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. §§ 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 5, 135 Abs. 1 SGB V,
- Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser gem. §§ 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 13, 137 SGB V.

Die Vereinbarungen der Vertragspartner und die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) stellen nach der ständigen Rechtsprechung des BSG untergesetzliche Rechtsnormen dar, die von den Vertragsärzten und den Krankenhäusern zwingend zu beachten sind. Bei Verstößen gegen die Vorgaben entfällt regelmäßig der Vergütungsanspruch für die erbrachten Leistungen. Darüber hinaus erfolgt eine Überprüfung der Zuverlässigkeit des Arztes oder der stationären Einrichtung, die bei mehrfachen Verstößen zu einer Entziehung der Teilnahmeberechtigung führen kann.

Die Berechnung von Leistungen, für die es vertragliche Vereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V gibt, setzt die für die Berechnung der Leistungen notwendige Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung voraus. Beschäftigt der Vertragsarzt einen angestellten Arzt, kann der Vertragsarzt die erbrachten Leistungen seines angestellten Arztes auf der Basis des Beschlusses des Zulassungsausschusses berechnen.

aa) Abrechnung der Kernspintomographie (Magnetresonanztomographie)

Für den Bereich der Kernspintomographie (MRT) regelt in der GKV die „Kernspintomographie-Vereinbarung“ (KernspinV) die qualitativen Anforderungen an die Durchführung und Abrechnung dieser Leistung. Nach § 4 Abs. 1 KernspinV gilt die fachliche Befähigung nur dann als nachgewiesen, falls der Arzt die erforderlichen Tätigkeitsnachweise führt (Abs. 1 Nr. 1) und die „Berechtigung zum Führen der Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnung Diagnostische Radiologie, Kinderradiologie, Neuroradiologie oder Nuklearmedizin“ (Abs. 1 Nr. 2) nachweist. Anderen Facharztgruppen, die nicht über die in § 4 Abs. 1 Nr. 2 genannte Berechtigung verfügen, fehlt daher bereits formaljuristisch die fachliche Befähigung zur Ausführung und Abrechnung von kernspintomographischen Untersuchungen.

Diese Beschränkung der Abrechnungsfähigkeit der MRT auf das Fachgebiet der Radiologie beruht u. a. auf der durch das GKV-Modernisierungsgesetz zum 1. 1. 2004 in § 135 Abs. 2 S. 4 SGB V eingefügten Regelung, mit der die Partner der Bundesmantelverträge berechtigt sind, Regelungen zu treffen, nach denen die Erbringung bestimmter medizinisch-technischer Leistungen den Fachärzten vorbehalten ist, für die diese Leistungen zum Kern ihres Fachgebietes gehören⁹. Das BVerfG hat in einem Beschluss vom 16. 7. 2004¹⁰ die verfassungsrechtliche Zulässigkeit dieser Regelung bestätigt. Das BVerfG stellt insoweit fest, dass zur Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung eine Beschränkung auf den engeren Bereich der fachärztlichen Tätigkeit zulässig ist. Das Vertragsarztrecht knüpft zwar grundsätzlich an

das Berufsrecht an, sei aber in seinen Anforderungen nicht notwendig deckungsgleich mit ihm. Insoweit könnten sich aus dem System der GKV Besonderheiten ergeben, die geeignet seien, weiterreichende Einschränkungen zu rechtfertigen, als dies berufsrechtlich vorgesehen sei.

bb) Abrechnung der Angiographie

Gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 1 der „Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie“ setzt die fachliche Berechtigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Katheterangiographien die Fachgebietsbezeichnung „Radiologie“ voraus. Die gleichen Voraussetzungen gelten für Leistungen der diagnostischen Katheterangiographien und therapeutischen Eingriffe¹¹. § 9 Abs. 2 Nr. 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung bestimmt darüber hinaus, dass dem Antrag auf Genehmigung insbesondere die Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Radiologie“ beizufügen ist. Danach kann die Genehmigung zur Durchführung interventioneller radiologischer Maßnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung nur Radiologen erteilt werden.

Die Regelung in § 9 Abs. 5 der Qualitätssicherungsvereinbarung¹² zur interventionellen Radiologie beinhaltet – entgegen der Rechtsauffassung einzelner KVen – keine Ausnahmeregelung für andere Facharztgruppen als Radiologen. Der in § 9 Abs. 5 genannte Begriff der „gleichwertigen Befähigung“ bezieht sich inhaltlich ausschließlich auf die Regelungen in § 3 Abs. 1 Nrn. 2–4 sowie Abs. 2 Nrn. 2–4, jedoch nicht auf die jeweilige Nr. 1 (Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Radiologie“). Abweichende, aber gleichwertige Befähigungen beziehen sich somit auf die nachzuweisende Anzahl der durchgeführten Eingriffe (Nr. 2), die Dauer der Tätigkeit im interventionell-radiologischen Bereich (Nr. 3) sowie Tätigkeiten in diesem Bereich, die während der Weiterbildung absolviert worden sind (Nr. 4). Diese Auslegung folgt bereits zwingend aus der Tatsache, dass, wie oben dargestellt worden ist, weiterbildungsrechtlich ausschließlich Radiologen zur Durchführung dieser Leistungen berechtigt sind.

Das LSG Nordrhein-Westfalen hat dieses Ergebnis in einer Entscheidung vom 11. 5. 2005¹³ bestätigt, wonach ausschließlich Radiologen diese Leistungen in der GKV abrechnen können.

cc) Abrechnung der Computertomographie

Die Anforderungen an die Abrechnung computertomographischer Leistungen in der GKV sind in der „Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie“ geregelt.

Nach § 7 Abs. 1 der Vereinbarung gilt die fachliche Qualifikation durch die Vorlage ausreichender Zeugnisse als nachgewiesen, soweit die WO für eine Weiterbildung in der Computertomographie (CT) den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten im jeweiligen Bereich (Ganzkörper, Kopf) vorschreibt. Diese spezifischen

9) Vgl. Wigge, RÖFo 2004, 131 f.

10) BVerfG, Beschl. v. 16. 7. 2004 – 1 BvR 1127/01 –, NZS 2005, 91 ff.

11) Vgl. § 3 Abs. 2 Nr. 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie.

12) Vgl. Wortlaut: „(5) Bestehen trotz der vorgelegten Zeugnisse und Bescheinigungen begründete Zweifel an der fachlichen Befähigung von Ärzten nach § 3, so kann die Kassenärztliche Vereinigung die Genehmigung von der erfolgreichen Teilnahme an einem Kolloquium abhängig machen. Das Gleiche gilt, wenn der antragstellende Arzt im Vergleich zu dieser Vereinbarung eine abweichende, aber gleichwertige Befähigung nachweist. Die nachzuweisenden Zahlen von diagnostischen Gefäßdarstellungen, diagnostischen Katheterangiographien und therapeutischen Eingriffen können durch ein Kolloquium nicht ersetzt werden.“

13) Vgl. LSG Nordrh.-Westf., Urt. v. 11. 5. 2005 – L 11 KA 130/03 –.

Anforderungen werden gegenwärtig ausschließlich in den Weiterbildungsinhalten des Fachgebietes Radiologie aufgeführt.

Anderen Ärzten ist die Erbringung computertomographischer Leistungen in der GKV unter den Voraussetzungen des §7 Abs. 2 und 3 der Vereinbarung möglich. Soweit keine Weiterbildung nach Abs. 1 stattgefunden hat, kann ein Arzt nach Abs. 2 durch die Vorlage ausreichender Zeugnisse nachweisen, dass er während der dort genannten Zeiträume¹⁴ für die Bereiche Ganzkörper und Kopf unter der Leitung eines zur Weiterbildung ermächtigten (befugten) Arztes tätig gewesen ist. Ärzte, die ihre fachliche Qualifikation nach Abs. 2 erworben haben, müssen diese nach Abs. 3 in einem Kolloquium nachweisen

d) Vergütungsrecht

Die Vergütungsansprüche für die von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern erbrachten Leistungen richten sich nach unterschiedlichen Regelwerken, die aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu den verschiedenen Leistungsbereichen nicht miteinander vergleichbar sind. Die Abrechnungsbestimmungen sowie die Leistungsziffern und die Leistungslegenden dieser „Gebührenordnungen“ sind daher in dem jeweiligen Leistungsbereich zu beachten. Während für die Abrechnung ambulanter privatärztlicher Leistungen durch niedergelassene Ärzte die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) gilt, findet für die Abrechnung ambulanter vertragsärztlicher Leistungen in der GKV der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) nach §87 SGB V Anwendung. Die Abrechnung und Vergütung der vollstationären und teilstationären Leistungen der Krankenhäuser richtet sich wiederum nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und dem DRG-Fallpauschalenkatalog.

Daneben existieren insbesondere für Krankenhäuser spezielle Vergütungsregelungen für vor- und nachstationäre Behandlungen nach §115a SGB V, für das ambulante Operieren im Krankenhaus gem. §115b SGB V und für die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach §116b SGB V. Die jeweiligen Abrechnungsbestimmungen dieser Vergütungswerke machen detaillierte Vorgaben für Inhalt, Form und Qualität der erbrachten Leistungen und die Abrechnungsvoraussetzungen, die von Ärzten und Krankenhäusern beachtet werden müssen, um den Vergütungsanspruch zu realisieren.

Gebührenrechtlich ist sowohl in den Gebührenschemata der GOÄ als auch im EBM vorgesehen, dass die Befundung einer Röntgenuntersuchung, im Gegensatz zur Befundbewertung, Teil der ärztlichen Leistung des Radiologen ist. Soweit eine radiologische Leistung daher in zulässiger Weise von einem bestimmten Arzt erbracht worden ist, ist auch die Befundung von dem durchführenden Arzt vorzunehmen. Diese Notwendigkeit folgt aus dem Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung, der eine beliebige Aufteilung einer ärztlichen Leistung unter verschiedenen Ärzten regelmäßig nicht zulässt, wie in den folgenden Ausführungen näher gezeigt werden soll.

aa) Privatärztliche Abrechnung

Für die privatärztliche Abrechnung fordert insbesondere §4 Abs. 2 GOÄ, dass die Leistung von einem Arzt persönlich erbracht wird. Gebühren nach der GOÄ darf der Arzt daher nur für eigene (selbstständige) Leistungen berechnen. Neben den selbst („höchstpersönlich“) erbrachten Leistungen gelten als eigene Leistungen gemäß §4 Abs. 2 S. 1 GOÄ auch Leistungen, die unter Aufsicht und nach fachlicher Weisung des abrechnenden Arztes erbracht werden. Als Ausnahmevorschrift zu §613 S. 1 BGB muss die Regelung grundsätzlich eng ausgelegt werden. Erbringt der Arzt die Leistung nicht höchstpersönlich, so ist Voraussetzung für die Leistungsberechnung, dass er eigenverantwortlich an

der Leistungserbringung mitwirkt und der Leistung sein persönliches Gepräge gibt. Der Arzt hat in diesem Fall die Verantwortung für die delegierte Leistung. Dazu reicht es nicht aus, dass der Arzt lediglich die „Hilfsperson“, derer er sich für die Leistungserbringung bedient, sorgfältig auswählt. Der Begriff der „Aufsicht“ in §4 Abs. 2 S. 1 GOÄ setzt voraus, dass der Arzt „vor Ort“ präsent ist und die Leistungserbringung persönlich beaufsichtigt. Insbesondere bei der Haupt- oder Kernleistung, also der Leistung, die das Fachgebiet des Arztes prägt, kommt eine Delegation nicht in Betracht. Der Patient erwartet zu Recht, dass ihn der Wahlarzt persönlich untersucht, die täglichen Visiten in der Regel selbst durchführt und die Regie für die Gesamtdiagnostik und die Therapie erkennbar in der Hand hält. Dies gilt insbesondere bei aufwendigeren diagnostischen Einzelmaßnahmen¹⁵.

Insbesondere die Bedeutung des Begriffs der „fachlichen Weisung“ macht deutlich, dass nur ein Arzt für den gesamten Vorgang der radiologischen Untersuchung verantwortlich tätig sein kann, der die Aufsicht über das von ihm eingesetzte ärztliche und nichtärztliche Personal ausübt. Die notwendige „fachliche Weisung“ setzt aber voraus, dass der abrechnende Arzt selbst über die notwendige fachliche Qualifikation zur Erbringung der delegierten bzw. veranlassten Leistungen verfügt¹⁶. Kann der Arzt die Verrichtung mangels entsprechender weiterbildungsrechtlicher Qualifikation nicht fachgerecht selbst erbringen, ist er zur Abrechnung nicht berechtigt. Darüber hinaus verletzt er seine Aufsichts- und Weisungspflicht, wenn er einzelne Untersuchungsschritte ohne eine entsprechende Beaufsichtigung und Kontrolle anderen Ärzten überträgt oder durch diese durchführen lässt.

Auch aufgrund der Eigenart der radiologischen Untersuchungsleistung dürfte erkennbar sein, dass diese nicht „gesplittet“ werden kann, denn in der Regel ist ein Arzt zur Befundung einer radiologischen Aufnahme nicht in der Lage, wenn er an der Indikationsstellung und der technischen Durchführung nicht beteiligt war. Die radiologische Leistung ist danach eine einheitliche ärztliche Leistung, die von der Stellung der rechtfertigenden Indikation nach RÖV über die technische Durchführung bis zur Befundung, mit Ausnahme zulässiger Delegation an nachgeordnete Ärzte, von demselben verantwortlichen Arzt durchgeführt werden muss.

Für den Fall der Hinzuziehung eines weiteren Arztes regeln in der GOÄ die Gebührennummer 60 die konsiliarische Erörterung und die Gebührennummer 61 den Beistand bei der ärztlichen Leistung eines anderen Arztes, nicht jedoch die Aufteilung von Untersuchungs- und Behandlungsschritten unter mehreren unabhängig voneinander tätig werdenden Ärzten. Darüber hinaus besteht für andere Ärzte, die über die Fachkunde nach der RÖV verfügen und bei denen eine bestimmte radiologische Leistung zum Weiterbildungsinhalt gehört, die Möglichkeit einer

14) Vgl. §7 Abs. 2 der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie, wonach für Untersuchungen des Ganzkörpers auch einschl. Kopf und des Spinalkanals eine mindestens 30monatige ganztägige Tätigkeit in der radiologischen einschl. neuroradiologischen Diagnostik und eine mindestens 10monatige ganztägige Tätigkeit in der Computertomographie und für Untersuchungen des Kopfes und des Spinalkanals eine mindestens 18monatige ganztägige Tätigkeit in der radiologischen einschl. neuroradiologischen Diagnostik und eine mindestens 4monatige ganztägige Tätigkeit in der Computertomographie insbesondere des Kopfes und des Spinalkanals gefordert wird.

15) Uleer/Miebach/Patt, Abrechnung von Arzt- und Krankenhausleistungen, 2000, §4 GOÄ, S. 45.

16) Vgl. Brück/Hess/Klakow=Franck/Warlo, Kommentar zur GOÄ, 2003, §4, Rdnr. 10; Uleer/Miebach/Patt (Fn. 15), S. 36, 39; Vorstand der Bundesärztekammer, DÄBl. 1996, B-455f.; Cramer/Henkel, MedR 2004, 593, 596 m. w. N.

„Zweitbefundung“. In diesem Fall handelt es sich jedoch um eine andere Leistung, da bereits ein Originalbefund vorliegt. Eine Aufteilung des Leistungsinhaltes einer bestimmten Gebührennummer ist deshalb in der GOÄ nicht vorgesehen und verstößt daher gegen § 4 Abs. 2 GOÄ.

bb) Abrechnung in der GKV

Für ambulante EBM-Leistungen stellt Nr. 2.1 in den Allgemeinen Bestimmungen fest, dass eine Leistung nur abrechnungsfähig ist, wenn der Leistungsinhalt vollständig erbracht worden ist:

„Eine Gebührenordnungsposition ist nur berechnungsfähig, wenn der Leistungsinhalt vollständig erbracht worden ist. Bei arztpraxisübergreifender Behandlung durch denselben Arzt ist eine Gebührenordnungsposition von derjenigen Arztpraxis zu berechnen, in der die Vollständigkeit des Leistungsinhaltes erreicht worden ist. Wirken an der Behandlung mehrere Ärzte zusammen, erfolgt die Berechnung durch denjenigen Vertragsarzt (Arzt Nummer), von dem die Vollständigkeit des Leistungsinhaltes erreicht worden ist. Haben an der Leistungserbringung in dem selben Arztfall mehrere Arztpraxen mitgewirkt, so hat die die Gebührenordnungsposition berechnende Arztpraxis in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden und zu unterzeichnenden Erklärung zu bestätigen, dass die Arztpraxis mit den anderen Arztpraxen eine Vereinbarung getroffen hat, wonach nur sie in den jeweiligen Fällen diese Gebührenordnungsposition berechnet.“

Die Vollständigkeit der Leistungserbringung ist gegeben, wenn die obligaten Leistungsinhalte erbracht worden sind und die in den Präambeln, Leistungslegenden und Anmerkungen aufgeführten Dokumentationspflichten – auch die der Patienten- bzw. Prozedurenklassifikation (z. B. OPS, ICD 10 GM) – erfüllt, sowie die erbrachten Leistungen dokumentiert sind.“

Zwar ist danach eine Zusammenarbeit mit anderen Ärzten zur Erbringung der Leistung abrechnungstechnisch zulässig. Der hier angesprochene Fall der Mitwirkung anderer Arztpraxen an „demselben Behandlungsfall“ ist jedoch nicht auf die Durchführung einer Röntgenuntersuchung dergestalt anwendbar, dass eine Aufteilung der Untersuchungsschritte unter mehreren Ärzten oder Arztpraxen zulässig wäre. Gemeint ist vorliegend die Mitwirkung an einem „Behandlungsfall“, der nach BMV-Ä die gesamte von derselben Arztpraxis innerhalb desselben Kalenderquartals an demselben Versicherten ambulant zu Lasten derselben Krankenkasse vorgenommene Behandlung bzw. erbrachten Leistungen betrifft. Die Regelung bezieht sich daher auf ein „Splitting“ unterschiedlicher Leistungen – nicht derselben Leistung – nach dem EBM, die im Rahmen eines Quartals gegenüber dem Patienten erbracht worden sind.

Berechnungsfähig ist die Leistung allerdings ohnehin nur durch den Arzt, durch den die Vollständigkeit der Leistung erreicht worden ist. Zur vollständigen Leistungserbringung im Bereich der Röntgendiagnostik ist der Arzt berechtigt, an den der Patient überwiesen wurde und der grundsätzlich zur vollständigen Erbringung der Röntgenleistungen aufgrund der personellen und apparativen Ausstattung berechtigt ist. Dies ist die Praxis oder der Arzt, der über eine Röntgeneinrichtung, ein MRT oder ein CT verfügt.

Insofern erscheint es grundsätzlich nicht möglich, dass ein Arzt zur Abrechnung von Röntgenleistungen berechtigt ist, wenn er ausschließlich die Befundung der in einer anderen Praxis oder durch einen anderen Arzt erbrachten

Röntgenleistungen vornimmt. Die gleiche Einschätzung gilt für den umgekehrten Fall, da die wesentlichen Untersuchungsschritte im Bereich der diagnostischen Radiologie nicht zwischen mehreren Ärzten aufgeteilt werden können. Damit die Leistung abrechnungsfähig erscheint, wird nach der Rechtsprechung die Anwesenheit des die Leistung abrechnenden Arztes bei der Durchführung der Untersuchung oder mindestens die kurzfristige Erreichbarkeit und damit die dauerhafte Beaufsichtigung des beauftragten Arztes vorausgesetzt.

Eine Ausnahme von diesen Grundsätzen gilt ausschließlich für sog. Leistungserbringungsgemeinschaften i. S. von § 15 Abs. 3 BMV-Ä/§ 14 Abs. 2 EKV, deren Geltungsbereich sich ausschließlich auf die ambulante, vertragsärztliche Versorgung erstreckt¹⁷. Danach sind als Ausnahme von der Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung Zusammenschlüsse von Vertragsärzten zur Erbringung „gerätebezogener Untersuchungsleistungen“ mit der Maßgabe zulässig, dass die ärztlichen 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 Leistungserbringungsgemeinschaft beteiligt ist. Abweichend von dem Grundsatz, dass auch bei gerätebezogenen Untersuchungsleistungen jeder Arzt die Leistung persönlich zu erbringen hat¹⁸, kann daher durch die Bildung der Leistungserbringungsgemeinschaft eine nicht selbstständig erbrachte Leistung abgerechnet werden, obwohl diese nicht von dem Arzt selbst, sondern durch einen anderen Vertragsarzt und sogar von den eigenen Praxisräumlichkeiten entfernt erbracht worden ist. Entscheidende Voraussetzung ist allerdings, dass die für die Erbringung gerätebezogener Untersuchungsleistungen auf der Grundlage von § 135 Abs. 1 oder Abs. 2 SGB V ergangenen Anforderungen an die Fachkunde des Arztes (§ 11 BMV-Ä/§ 39 EKV) von allen Mitgliedern der Leistungserbringungsgemeinschaft bzw. dem angestellten Arzt nach § 32b Ärzte-ZV persönlich erfüllt werden.

e) Teleradiologie

Die Telemedizin erhält aufgrund des technischen Fortschritts zunehmend Relevanz in der medizinischen Patientenversorgung. Unter Telemedizin wird die Anwendung von Kommunikations- und Informationstechnologien (Telematik) im Gesundheitswesen zwischen Teilnehmern an verschiedenen Orten verstanden.

Der schrankenlose Einsatz der Telemedizin im Bereich der ärztlichen Behandlung wird durch die berufsrechtlichen Vorgaben in § 7 Abs. 3 Musterberufsordnung (MBO-Ä), die inhaltsgleich ist mit den entsprechenden Regelungen der Berufsordnungen der Ärztekammern, geprägt. Gemäß § 7 Abs. 3 MBO-Ä darf die ärztliche Betreuung eines Patienten nicht ausschließlich virtuell bzw. durch eine Fernbehandlung erfolgen. Das Fernbehandlungsverbot untersagt damit berufsrechtlich jede Art der Behandlung, welche durchgeführt wird, ohne dass der behandelnde Arzt den Patienten in Zusammenhang mit der konkreten Behandlung wenigstens einmal persönlich gesehen hat.

Für ärztliche Tätigkeiten, die der Röntgenverordnung unterliegen, sieht § 2 Nr. 24 RöV eine Spezialdefinition für telemedizinische Untersuchungen/Behandlungen in der Radiologie vor:

17) Für den privatärztlichen Bereich gilt die insoweit abweichende Regelung in § 4 Abs. 2 GOÄ.

18) Vgl. LSG Nordrhein.-Westf., NZS 1997, 195 ff.

„24. Teleradiologie:

Untersuchung eines Menschen mit Röntgenstrahlung unter der Verantwortung eines Arztes nach §24 Abs. 1 Nr. 1, der sich nicht am Ort der technischen Durchführung befindet und der mit Hilfe elektronischer Datenübertragung und Telekommunikation insbesondere zur rechtfertigenden Indikation und Befundung unmittelbar mit den Personen am Ort der technischen Durchführung in Verbindung steht.“

Voraussetzung für die Anwendbarkeit dieser Definition ist jedoch, dass es sich um eine Untersuchung/Behandlung mittels einer Röntgeneinrichtung i. S. von §1 RÖV handelt. Für Leistungen der Kernspintomographie, die keine „Röntgeneinrichtungen“ i. S. der RÖV sind, ist daher keine Genehmigung teleradiologischer Untersuchungen möglich. Für MRT-Leistungen gilt deshalb ausschließlich das Fernbehandlungsverbot nach §7 Abs. 3 MBO-Ä, so dass die Durchführung mit der zuständigen Ärztekammer abgestimmt werden muss.

Für den Bereich der Teleradiologie nach der RÖV gelten gem. §3 Abs. 4 RÖV nachstehende Bedingungen, die der Gesetzgeber im Zuge der Novellierung der RÖV im Jahre 2002 festgelegt hat¹⁹.

Nach §3 Abs. 4 Nr. 3 RÖV ist jeder Einsatz teleradiologischer Systeme genehmigungspflichtig. Um zu verhindern, dass die Anwendung der Teleradiologie dazu führt, dass an einem Krankenhaus generell keine Person nach §24 Abs. 1 Nrn. 1 oder 2 RÖV mehr vorhanden ist, soll nach §3 Abs. 4 S. 3 RÖV die Teleradiologie grundsätzlich nur für den Fall des Nacht- und Wochenenddienstes genehmigt werden, da eine durchgehende Versorgung mit entsprechend fachkundigem Personal in dieser Zeit nicht immer gewährleistet werden kann. Ausnahmsweise kann die zuständige Behörde nach §3 Abs. 4 S. 4 RÖV den Einsatz der Teleradiologie auch für Zeiträume außerhalb des Nacht- und Wochenenddienstes genehmigen, wenn ein entsprechendes Bedürfnis nachgewiesen wird.

Um der Behörde die Möglichkeit zu geben, das zu einem bestimmten Zeitpunkt einmal festgestellte Bedürfnis einer erneuten Überprüfung zu unterziehen, bestimmt §3 Abs. 4 S. 5 RÖV, dass die Genehmigung nur auf längstens drei Jahre befristet werden darf. Wie auch in allen anderen Anwendungsfällen von Röntgenstrahlung am Menschen bedarf die Teleradiologie ferner einer rechtfertigenden Indikation nach §23 Abs. 1 RÖV. Hiernach darf die rechtfertigende Indikation ausschließlich von einem Arzt mit Gesamt-Fachkunde im Strahlenschutz nach §23 Abs. 1 Nr. 1 RÖV gestellt werden, der auch die Befundung vorzunehmen hat und damit die Gesamtverantwortung für die Anwendung der Röntgenstrahlung am Menschen übernimmt. Jedoch muss sich der für das Stellen der rechtfertigenden Indikation befugte Arzt nicht – wie in sonstigen Anwendungsfällen – am Ort der Untersuchung oder in dessen unmittelbarer Nähe aufhalten²⁰. Für die technische Seite der Anwendung muss eine Person nach §24 Abs. 2 Nrn. 1 oder 2 RÖV zur Verfügung stehen. Erforderlich ist darüber hinaus in jedem Fall die Anwesenheit eines Arztes mit Kenntnissen im Strahlenschutz.

Falls also am Untersuchungsort ein(e) medizinisch-technische(r) Röntgenassistent(in) (MTRA) die Röntgenuntersuchung technisch durchführt und kein Arzt mit Fachkunde im Strahlenschutz vor Ort ist, muss dort sichergestellt sein, dass ein anderer Arzt für medizinisch notwendiges Handeln unmittelbar zur Verfügung steht. Dieser muss zumindest über die Kenntnisse im Strahlenschutz verfügen, die es ihm ermöglichen, die Vorgaben des verantwortlichen Arztes nachzuvollziehen und gemeinsam mit der oder dem MTRA die Untersuchung durchzuführen. Nähere Festlegungen zu diesen Kenntnissen werden nach

bestehenden „Mustergenehmigungen“ getroffen, da eine gültige Richtlinie (noch) nicht vorliegt. Eine unmittelbare Zusammenarbeit zwischen dem Arzt nach §3 Abs. 4 S. 2 Nr. 1 RÖV einerseits und der MTRA sowie dem Arzt am Untersuchungsort des Patienten andererseits muss organisatorisch und technisch sichergestellt sein.

Der fachkundige Arzt muss somit unter Mitwirkung der Personen am Untersuchungsort alle für die rechtfertigende Indikation erforderlichen Informationen erlangen und darüber hinaus auch während der Untersuchung des Patienten mittels direkten Telefonkontakts erforderlichenfalls Einfluss nehmen können. Dies setzt technische Mindeststandards der Telekommunikation voraus. Weiterhin wird die Qualitätssicherung der technischen Komponenten des teleradiologischen Systems einschließlich der Übertragungswege vorausgesetzt, die durch Abnahmeprüfungen von einem Sachverständigen und durch Nachweis der Funktionsfähigkeit des Datenübertragungssystems zu erbringen ist.

Grundsätzlich soll der nach §3 Abs. 4 S. 2 Nr. 1 RÖV verantwortliche Arzt auch derjenige sein, der erforderlichenfalls innerhalb einer angemessenen Frist am Untersuchungsort eintreffen kann. Macht der Antragsteller im Genehmigungsverfahren Gründe dafür geltend, dass der Arzt nach §3 Abs. 4 S. 2 Nr. 1 RÖV nicht selbst innerhalb eines entsprechenden Zeitraumes vor Ort sein kann, kann die Behörde die Genehmigung zur Teleradiologie auch erteilen, wenn im Einzelfall gewährleistet ist, dass eine andere Person nach §24 Abs. 1 Nr. 1 RÖV rechtzeitig am Ort der Untersuchung eintrifft. Der Zeitraum bis zum Eintreffen des Arztes mit der erforderlichen Fachkunde im Strahlenschutz sollte grundsätzlich nicht mehr als 45 Minuten betragen. Diese Regelung des §3 Abs. 4 S. 2 Nr. 6 RÖV soll vor allem das Risiko des Patienten bei komplexen Untersuchungen reduzieren. Sie wirkt aber auch einer überregionalen Ausweitung teleradiologischer Kommunikationssysteme entgegen, die persönliche Kontakte zwischen dem Arzt mit der erforderlichen Fachkunde im Strahlenschutz und dem Arzt am Ort der Untersuchung zum Nachteil des Patienten ausschließen könnte.

3. Dienstvertragliche Regelungen

Die ärztliche Organisation und fachlich-strukturelle Gliederung des ärztlichen Dienstes im Krankenhaus muss sicherstellen, dass jeder Patient seiner Krankheit gemäß individuell ärztlich versorgt wird. Dies verlangt die Schaffung überschaubarer ärztlicher Verantwortungsbereiche und die enge Zusammenarbeit aller an der Untersuchung und Behandlung beteiligten Ärzte. Die fachliche Gliederung des ärztlichen Dienstes muss auch gewährleisten, dass die in der medizinischen Wissenschaft und Praxis neu gewonnenen gesicherten Erkenntnisse in Diagnostik und Therapie dem Krankenhauspatienten zugute kommen. Um einer umfassenden und optimalen medizinischen Versorgung der Patienten nachzukommen, wird der ärztliche Dienst in verschiedene Fachbereiche/-abteilungen bzw. Institute aufgliedert²¹. Diese sind organisatorisch mit einer gewissen

19) Vgl. Giesen/Zerlett, Röntgenverordnung, 2003, S. 68 ff.

20) Vgl. §2 Nr. 24, §23 Abs. 1 S. 5 RÖV.

21) Vgl. §1 Abs. 2 S. 1 und 2 KHGG NRW: „Der Träger des Krankenhauses hat für jede Abteilung mindestens eine Abteilungsärztin oder einen Abteilungsarzt zu bestellen, die oder der nicht weisungsgebunden ist. Sie oder er sind für die Untersuchung und Behandlung der Patientinnen und Patienten in der Abteilung verantwortlich ...“. Die Regelungen über die Bildung und Zusammensetzung der Betriebsleitung eines Krankenhauses gelten jedoch nicht für freigemeinnützige Krankenhäuser. Sie haben in eigener Zuständigkeit Regelungen zu schaffen, die den Zielen der gesetzlichen Vorgaben entsprechen (vgl. §31 KHGG NRW).

Selbstständigkeit ausgestattete Einheiten mit abgegrenzter Kompetenz und Verantwortung²².

Der Leitende Arzt einer Abteilung, eines Instituts oder eines Funktionsbereichs vertritt in seiner Fachabteilung bzw. seinem Funktionsbereich sein Fachgebiet medizinisch selbstständig und ist dem Ärztlichen Direktor des Krankenhauses organisatorisch nachgeordnet²³. Er ist für Diagnostik und Therapie bei allen Patienten seiner Abteilung oder seines Funktionsbereiches verantwortlich und trägt die Gesamtverantwortung für die ärztliche Versorgung der Patienten²⁴. In diagnostischer und therapeutischer Hinsicht ist er fachlich weisungsberechtigter Vorgesetzter mit Direktionsrecht gegenüber dem ärztlichen und dem medizinisch-technischen Personal sowie dem Pflegepersonal seiner Abteilung. Gleichzeitig ist er in medizinisch-fachlicher Hinsicht auch gegenüber dem Dienstherrn und dem Ärztlichen Direktor weisungsfrei.

Die Einzelheiten der Stellung des Leitenden Arztes vereinbaren die Vertragsparteien in dem sog. Chefarztvertrag. Auf diesen ist seitens eines Leitenden Arztes in erster Linie zurückzugreifen, wenn seine Position durch Entscheidungen des Krankenhausträgers berührt wird. Der spezifische Inhalt der einzelnen Rechte und Pflichten des Chefarztes ergibt sich aus diesem Arbeitsvertrag und aus den kollektivvertraglichen Regelungen, soweit diese auf das Arbeitsverhältnis Anwendung finden. Als unmittelbar wirkende kollektivvertragliche Regelungen kommen dabei lediglich Betriebsvereinbarungen in Betracht, da es derzeit keine Tarifverträge gibt, die auf Chefarztverträge Anwendung finden.

Entscheidend für den Aufgabenbereich des Chefarztes ist daher dessen inhaltliche Beschreibung im Chefarztvertrag sowie dessen rechtliche und wirtschaftliche Absicherung. Bei dem Abschluss von Chefarztverträgen sollten die Ärzte darauf achten, dass die ihnen in der Abteilung zugesicherten Leistungsbereiche und Kompetenzen sowie deren personelle und finanzielle Ausstattung möglichst im Detail zugesichert werden, was in der Realität allerdings schwierig durchzusetzen ist. Soweit eine klare Aufgabenzuordnung in der Radiologie erfolgt, sollte diese das alleinige Zugriffsrecht auf sämtliche radiologischen Kernmethoden umfassen und diese detailliert benennen. Für zukünftige Innovationen sollte eine Zuordnung nach fachlichen Gesichtspunkten erfolgen.

Soweit der Aufgabenbereich in einem Chefarztvertrag im Bereich der Radiologie im Detail beschrieben worden ist, stellt sich die Frage, ob der Krankenhausträger im Rahmen der sog. Entwicklungsklausel, die sich in den meisten Chefarztverträgen findet, berechtigt ist, diese Zuordnung durch einseitige Leistungsbestimmung zu ändern. Die Zulässigkeit der Anwendung der Entwicklungsklausel hängt zunächst von ihrem Inhalt ab. Je detaillierter die Entwicklungsklausel ausgestaltet ist, desto eher besteht eine Berechtigung des Krankenhausträgers, diese anzuwenden.

Bei Tätigkeitsänderungen ist darauf abzustellen, ob die Tätigkeit in ihrem Kern verändert wird und der Chefarzt nach der Änderung Aufgaben wahrnehmen müsste, die er nach seinem Vertrag bisher nicht erbringen musste. Es muss sich daher um eine gewichtige Veränderung des Aufgabengebietes handeln. Erlaubt die vereinbarte Entwicklungsklausel die Vergrößerung oder die Verkleinerung der Abteilung oder der vereinbarten Aufgabengebiete, so ändert sich damit zwangsläufig der Arbeitsumfang des Chefarztes.

Fraglich ist, ob bei Verkleinerung einer Abteilung durch Auflösung oder Abtrennung einzelner Bereiche, wie dies etwa bei der Übertragung von Aufgaben auf niedergelassene Ärzte im Rahmen von Outsourcing-Maßnahmen der Fall ist, der Grundsatz gilt, dass ein Chefarzt gegen die Änderung des Arbeitsumfanges kein berechtigtes Interesse an der Beibehaltung des bisherigen Arbeitsumfanges ins Feld

führen kann, sofern bei Vertragsabschluss eine bestimmte Abteilungsstruktur nicht vertraglich zugesichert worden ist. Nachteile können liquidationsberechtigten Chefärzten insbesondere dadurch entstehen, dass Teile der Liquidationseinnahmen durch die Maßnahmen des Krankenhausträgers wegfallen. Nach allgemeiner Auffassung stellt die Höhe der Liquidationseinnahmen im wahlärztlichen Bereich grundsätzlich keine vertraglich geschützte Position des Chefarztes dar, weil es sich bei der Einräumung des Liquidationsrechtes um die Gewährung einer Erwerbchance handelt, nicht jedoch um eine Zusage über deren Höhe²⁵. Dies schließt jedoch nicht aus, dass der Umfang der mit den Maßnahmen des Krankenhauses einhergehenden Einschränkungen wegen einer erheblichen Einschränkung der Liquidationseinnahmen im Einzelfall unzumutbar sein kann²⁶. Etwas anderes gilt auch dann, wenn der Krankenhausträger ausdrücklich eine Garantie für die Höhe der Liquidationseinnahmen abgegeben hat²⁷.

4. Stellung der Klinikradiologie unter dem Aspekt der Zusammenarbeit mit anderen Fachgebieten

Die besonderen Anforderungen und Rahmenbedingungen im Krankenhaus sind unter anderem gegeben durch die Notwendigkeit der 24-stündigen Rund-um-die-Uhr-Versorgung. Da es in den meisten Kliniken keinen radiologischen Bereitschaftsdienst gibt, sondern lediglich eine Rufbereitschaft, werden hier notwendigerweise Ärztinnen und Ärzte anderer Abteilungen miteinbezogen. Dennoch bleibt die Gesamtverantwortung in einer Klinik mit zentraler Radiologie für die Durchführung und Befundung beim Radiologen.

Insoweit stellt im Krankenhaus die Radiologie eine der wichtigsten Koordinationsstellen dar, da sie mittels ihrer bildgebenden Verfahren bei etwa 70–80% der Patienten die entscheidenden Schritte zur Diagnose liefert. Über seinen schriftlichen Untersuchungsbefund und die Röntgendemonstration liefert der Radiologe dem primär behandelnden Arzt direkten Zugang zur Diagnostik.

Neben dieser alltäglich praktizierten Kooperation zwischen Radiologie und Klinikabteilung sind insbesondere folgende Bereiche der Zusammenarbeit zu benennen:

- interdisziplinäre Zusammenarbeit bei speziellen diagnostischen Verfahren sowie bei interventionellen minimal-invasiven Maßnahmen sowie die
- anteilige Weiterbildung in der fachgebundenen Röntgendiagnostik, die von der Primärdisziplin allein nicht geleistet werden kann (Verbundbefugnis).

Eine besondere Form ärztlicher Kooperation wird von der Klinikradiologie mitgetragen und gefördert bei der Vermittlung der

- Fachkunde nach RÖV durch die praktische Einweisung in den Strahlenschutz für Berufsanfänger zur Erlangung von
- Kenntnissen im Strahlenschutz sowie den sich anschließenden Sachkunde-Erwerb mit dem Stellen der rechtfertigenden Indikation, der

22) Wern, Die arbeitsrechtliche Stellung des leitenden Krankenhausarztes, 2005, S. 5.

23) Vgl. Laufs, in: Laufs/Kern, Handbuch des Arztrechts, 4. Aufl. 2010, S. 141.

24) § 31 Abs. 1 S. 2 KHGG NRW sieht beispielsweise vor, dass an der verbindlich vorgegebenen Betriebsleitung eines Krankenhauses „eine leitende Ärztin oder ein leitender Arzt“ zu beteiligen sind.

25) Vgl. BAG, Urt. v. 25.7.1990 – 5 AZR 394/89 –, NZA 1991, 16; BAG, Urt. v. 15.1.1992 – 5 AZR 50/91 –, ArztlR 1993, 148; BAG, Urt. v. 4.5.1983 – 5 AZR 389/80 –, NJW 1984, 686.

26) BAG, Urt. v. 15.1.1992 – 5 AZR 50/91 –, ArztlR 1993, 148.

27) BAG, Urt. v. 4.9.1985 – 5 AZR 13/84 –.

technischen Durchführung und anteiligen Befundung, damit – nach Ableisten der vorgeschriebenen Kurse – für verschiedene Anwendungsgebiete eine

– Fachkunde nach RöV

erworben wird, welche erst zum Anordnen einer Röntgenuntersuchung (eigenverantwortliches Stellen der rechtfertigenden Indikation) befähigt.

Der Radiologe trägt somit wirksam, ja entscheidend dazu bei, dass ein Klinikbetrieb i. S. einer „Rund-um-die-Uhr“-Versorgung überhaupt erst ermöglicht wird.

Dies trifft auch für die überwiegende Zahl der Kliniken zu, in denen seitens der Geschäftsführung aus finanziellen Gründen für die Radiologie kein Bereitschaftsdienst, sondern nur eine Rufbereitschaft eingerichtet wird. Daher werden in diesen Fällen die diensttuenden Klinikärzte – was Röntgenuntersuchungen gerade bei Notfällen betrifft – hilfsweise dem Weisungsrecht des Radiologen unterworfen, der im Einzelfall zu entscheiden hat, ob er aus der Rufbereitschaft in den aktiven Dienst vor Ort wechseln muss. Eine solche Regelung ist aber nur mit fachkundigen Ärzten möglich; daher ist die kooperative Mitwirkung des Radiologen beim Sachkunde-Erwerb wichtig und notwendig.

5. Ausgliederung von Krankenhausabteilungen

Die teilweise oder vollständige Ausgliederung einer radiologischen Krankenhausabteilung auf niedergelassene Radiologen wird seit einer Entscheidung des BSG vom 15.3.1995²⁸ aus vertragsarztrechtlicher Sicht als zulässig angesehen.

Gesundheitspolitisches Anliegen des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21.12.1992 (BGBl. I S. 2266) war es nach Ansicht des BSG, durch Rationalisierung im System Rationierung bei den medizinischen Leistungen zu vermeiden. Deshalb sollten bestehende Überkapazitäten und Unwirtschaftlichkeiten in den einzelnen Leistungsbereichen abgebaut und die unzureichende Verzahnung der verschiedenen Versorgungsebenen beseitigt werden²⁹. Aus den getroffenen Neuregelungen, vor allem der Eröffnung der genannten neuen Versorgungsformen – Praxisklinik, vor- und nachstationäre Behandlung, ambulantes Operieren –, muss gefolgert werden, dass eine Ausgliederung ärztlicher Leistungsbereiche aus der stationären in die ambulante Behandlung dem gesetzgeberischen Anliegen nicht widerspricht.

Aus krankenhausrrechtlicher Sicht ist die Beauftragung von niedergelassenen Radiologen zur Versorgung stationärer Patienten eine zulässige Veranlassung von „Leistungen Dritter“, die gemäß § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 KHEntgG zu den „Allgemeinen Krankenhausleistungen“ zählen. Durch die Vorschrift wird klargestellt, dass das Krankenhaus die notwendigen Krankenhausleistungen nicht zwingend selbst erbringen muss, sondern auch eine Leistungsbeschaffung auf eigene Kosten bei Dritten rechtlich möglich ist. Die Dritteleistung kann von krankenhaushausfremden Konsiliarärzten, aber auch von einem Belegarzt erbracht werden³⁰. Die Hinzuziehung von Radiologen wird dabei unter den Begriff der konsiliarärztlichen Tätigkeit subsumiert, wenn diese in Ergänzung zu einer Behandlungsmaßnahme, wie z. B. einem chirurgischen Eingriff, zum Tragen kommt.

Allerdings kommt die vollständige Erbringung von radiologischen Leistungen durch Dritte und damit eine Ausgliederung der radiologischen Abteilung wohl nur für solche Leistungen in Betracht, die lediglich als Nebenleistungen der stationären Aufnahme des Patienten anzusehen sind, wie dies regelmäßig bei diagnostischen Maßnahmen anzunehmen sein wird. Dagegen können Hauptleistungen, wie dies z. B. bei interventionellen Maßnahmen der Fall sein dürfte, in der Regel nur durch das Krankenhaus mit eigenem ärztlichen Personal erbracht werden³¹.

Auch wird seitens der für den Krankenhausbereich zuständigen Aufsichtsbehörden die Auffassung vertreten, dass

für den Fall einer vertraglichen Übertragung von Krankenhausaufgaben auf einen niedergelassenen Arzt seitens des Krankenhauses eine regelmäßige Leistung sicherzustellen ist. Der Krankenhausträger müsse dabei die vertragliche Gestaltung so wählen, dass eine „Rund-um-die-Uhr“-Versorgung gewährleistet wird. Dazu müsse eine organisatorische Weisungskompetenz gegenüber dem beauftragten niedergelassenen Arzt vereinbart werden.

6. Teilberufsausübungsgemeinschaften

Um diese Problematik zu umgehen, wird in der ambulanten Versorgung häufig der Weg der Teilberufsausübungsgemeinschaft gewählt. Zu beachten ist allerdings, dass im Vertragsarztrecht die Bildung einer Teilberufsausübungsgemeinschaft gemäß § 33 Abs. 2 Ärzte-ZV generell nicht zulässig ist, wenn diese zur Erbringung überweisungsgebundener medizinisch-technischer Leistungen mit überweisungsberechtigten Leistungserbringern gebildet wird. Aus dieser Regelung folgt, dass die Bildung einer Teilberufsausübungsgemeinschaft zwischen Radiologen und überweisenden Fachgebieten nach § 15a BMV-Ä vertragsarztrechtlich nicht genehmigungsfähig ist.

Die Bildung einer Teilberufsausübungsgemeinschaft zwischen Radiologen und anderen Fachgebieten im privatärztlichen Bereich ist zwar grundsätzlich zulässig. In berufsrechtlicher Hinsicht ist hier jedoch die Regelung in § 18 Abs. 1 der BO zu berücksichtigen. Danach kann ein Zusammenschluss zu einer Teilberufsausübungsgemeinschaft erfolgen, wenn dies nicht zu einer Umgehung des § 31 BO oder anderer Vorschriften führt.

Privatärztlich wäre danach die Gründung einer Teilberufsausübungsgemeinschaft grundsätzlich zulässig, wobei dann eine gemeinsame Erbringung der einzelnen diagnostischen Schritte möglich ist und eine Beteiligung an der Durchführung der Leistung seitens der betreffenden Ärzte Merkmal dieser Berufsausübungsform ist. Auch hier wird allerdings vorausgesetzt, dass die in der Gesellschaft tätigen Ärzte während der Durchführung der Untersuchung und der anschließenden Befundung am Ort der radiologischen Leistung anwesend sind. Bei der Gewinnverteilung stellen die berufsrechtlichen Bestimmungen auf den jeweiligen Anteil der persönlich erbrachten Leistungen ab, so dass eine tatsächliche Berufsausübung erforderlich ist und nicht lediglich virtuelle Praxisbünde ausreichend sind. Zu beachten ist weiterhin, dass in diesem Fall die radiologischen Leistungen durch die Teilberufsausübungsgemeinschaft abgerechnet werden müssen und nicht durch einen der beteiligten Ärzte.

7. Anstellung von Ärzten in der Praxis

Durch das zum 1.1.2007 in Kraft getretene Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) sind die Anstellungsmöglichkeiten von Vertragsärzten in den Praxen erheblich liberalisiert worden. So hat sich beispielsweise der Umfang der

28) BSG, Urt. v. 15.3.1995 – 6 RKA 23/94 –, MedR 1996, 86.

29) Vgl. Begründung des RegEntw, BT-Dr. 12/3209, Begründung A, S. 38 ff.

30) *Tuschen/Trefz*, Krankenhausentgeltgesetz, 2004, S. 181; zulässig ist auch die Ausgliederung der Röntgenabteilung, d. h. die rechtliche Verselbständigung und Übertragung auf eine andere natürliche oder juristische Person, da es sich bei der Radiologie nicht um einen wesentlichen Bestandteil des Krankenhauses handelt, der den Charakter des Krankenhauses ausmacht, vgl. *Prütting*, Krankenhausgestaltungsgesetz Nordrhein-Westfalen, 2009, § 22, Rdnr. 2.

31) LSG Sachsen, Urt. v. 30.4.2008 – L 1 KR 103/07 –, MedR 2009, 114; BSG, Urt. v. 28.2.2007 – B 3 KR 17/06 R –, NZS 2007, 657; *Prütting* (Fn. 30), § 31, Rdnr. 27.

möglichen Anstellungen erhöht, zudem ist auch die Option einer fachgebietsfremden Anstellung eröffnet worden.

a) Sicherstellung der persönlichen Leistungserbringung trotz angestellter Ärzte

§ 14a Abs. 1 BMV-Ä setzt voraus, dass in den Fällen, in denen der Vertragsarzt einen angestellten Arzt oder angestellte Ärzte beschäftigen darf, sichergestellt ist, dass der anstellende Arzt die Arztpraxis dennoch persönlich leitet. Zwar gilt hierbei hinsichtlich des Grundsatzes der persönlichen Leistungserbringung gemäß § 15 Abs. 1 BMV-Ä, dass die selbständigen ärztlichen Leistungen der angestellten Ärzte dem Praxisinhaber als persönliche Leistungen zugerechnet werden (selbst wenn ihre Erbringung in seiner Abwesenheit erfolgt). Dennoch wird das Vorliegen einer persönlichen Leitung lediglich dann angenommen, wenn pro Vertragsarzt nicht mehr als drei vollzeitbeschäftigte oder teilzeitbeschäftigte Ärzte in einer Anzahl, welche im zeitlichen Umfang ihrer Arbeitszeit drei vollzeitbeschäftigten Ärzten entspricht, angestellt werden. Weiterbildungsassistenten werden hierbei nicht mit einbezogen.

Diese „Vermutungs-Regelung“ fällt für den Bereich der Radiologie etwas großzügiger aus. Entscheidend ist hierbei § 14a Abs. 1 S. 3 BMV-Ä:

„Bei Vertragsärzten, welche überwiegend medizinisch-technische Leistungen erbringen, wird die persönliche Leitung auch bei der Beschäftigung von bis zu vier vollzeitbeschäftigten Ärzten vermutet; Satz 2 2. Halbsatz gilt entsprechend.“

b) Fachgebietsfremde Anstellung

Bis zum Inkrafttreten des VÄndG war niedergelassenen Ärzten die Anstellung fachgebietsfremder Ärzte nicht gestattet. Diese Möglichkeit wird Ärzten im Bereich des Vertragsarztrechts nunmehr grds. unter Berücksichtigung der Bedarfsplanung und der entsprechend geänderten bzw. ergänzten Bundesmantelverträge (BMV-Ä und EKV) gestattet, auch wenn das ärztliche Berufsrecht einzelner Ärztekammern die fachgebietsfremde Anstellung nicht für zulässig erklärt hat. Eine Ausnahme bilden in diesem Zusammenhang jedoch die überweisungsgebundenen Fachärzte, mithin insbesondere auch Radiologen.

Maßgeblich ist insoweit § 14a Abs. 2 BMV-Ä, welcher explizit normiert, dass die Beschäftigung eines angestellten Arztes eines anderen Fachgebiets oder einer anderen Facharztkompetenz als derjenigen des zugelassenen Vertragsarztes nicht zulässig ist, bei der die entsprechenden Ärzte gemäß § 13 Abs. 4 BMV-Ä nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden dürfen oder wenn durch diesen Facharzt Leistungen erbracht werden sollen, welche gemäß § 13 Abs. 5 BMV-Ä nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden können.

Aus den vorbezeichneten Absätzen des § 13 BMV-Ä ergibt sich somit, dass die Möglichkeit einer fachgebietsfremden Anstellung dann entfällt, wenn es sich bei dem anzustellenden Arzt um einen Facharzt für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Nuklearmedizin, Pathologie, Radiologische Diagnostik bzw. Radiologie, Strahlentherapie oder Transfusionsmedizin handelt oder es sich um Leistungen handelt, die nach dem EBM wegen besonderer apparativer und fachlicher Voraussetzungen oder zur Sicherung der Qualität der Versorgung nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden können.

Zudem gilt die Unzulässigkeit der Anstellung entsprechend, wenn der anstellende Vertragsarzt selbst ein Facharzt für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Nuklearmedizin, Pathologie, Radiologische Diagnostik bzw. Radiologie, Strahlentherapie oder Trans-

fusionsmedizin ist und einen Mitarbeiter mit anderweitiger fachärztlicher Qualifikation anstellen möchte (§ 14a Abs. 2 S. 2 BMV-Ä).

Bei der Anstellung von Ärzten ist schließlich die Frage der steuerrechtlichen Auswirkung sorgfältig zu prüfen, da einzelne Finanzgerichte in diesem Fall davon ausgehen, dass mit der Anstellung die Arztpraxis gewerbesteuerpflichtig wird³².

8. Haftungsrechtliche Risiken bei interdisziplinärer Zusammenarbeit

Eine zivilrechtliche Haftung gegenüber dem Patienten kann sich aufgrund der dargestellten Sachverhalte insbesondere unter den zwei nachstehenden Gesichtspunkten ergeben:

a) Nicht-fachgebietskonforme Tätigkeit

Die fehlende Zugehörigkeit einer ärztlichen Maßnahme zum Fachgebiet eines Arztes kann zugleich einen ärztlichen Behandlungsfehler implizieren, falls dem Patienten aufgrund der Tätigkeit ein Gesundheitsschaden erwächst. Der BGH hat zwar unter Berufung auf die Kurierfreiheit des Arztes entschieden, dass ein Arzt haftungsrechtlich nicht auf sein Fachgebiet festgelegt sei. Er muss aber, wenn er sich auf ein anderes Fachgebiet begibt, dessen Standard garantieren³³.

Die Durchführung fachgebietsfremder Leistungen beinhaltet daher einen Behandlungsfehler, wenn es zu einem Schaden beim Patienten kommt und der Arzt nicht nachweisen kann, dass er den Facharztstandard gewährleisten kann. Die Berufsgerichte für Heilberufe haben die Kausalität zwischen der Überschreitung des Fachgebietes und dem Eintritt des Behandlungsfehlers vermutet, da eine fachgebietsfremde Leistung grundsätzlich nicht dem ärztlichen Standard entspricht³⁴. Gehörte die Leistung daher nicht zum Fachgebiet des betreffenden Arztes, unterliegt er erhöhten Beweislastanforderungen, um den Nachweis der Einhaltung des Behandlungsstandards zu erbringen. Anders als bei einer fachgebietskonformen Leistung muss der Arzt daher bei fachgebietsfremden Leistungen in seinem persönlichen Fall darlegen und beweisen, dass er die erforderliche Qualifikation besitzt.

Die dargestellten haftungsrechtlichen Konsequenzen gelten auch für Ärzte im Krankenhaus, da auch hier grundsätzlich Facharztstandard geschuldet wird und die fachgebietsfremde Tätigkeit daher auch für Krankenhausträger ein ernst zu nehmendes Risiko darstellt.

b) Horizontale Arbeitsteilung

Eine Aufteilung der Leistungserbringung im Bereich der Röntgenuntersuchungen zwischen Radiologen und anderen Fachärzten für Patienten, die den Arzt persönlich gewählt haben oder die ihm überwiesen wurden, ist auch aus haftungsrechtlichen Gesichtspunkten problematisch. Da die Durchführung der Röntgenuntersuchung und die Befundung eine einheitliche Leistung beinhalten, würden beide beteiligten Ärzte nach den Grundsätzen der horizontalen Arbeitsteilung (= Tätigkeit von Ärzten auf der

32) FG Sachsen-Anhalt v. 24. 8. 2006 – 1 K 982/03 –, BeckRS 2006 26021992.

33) BGH, Urt. v. 27. 10. 1981 – VI ZR 69/80 –, VersR 1982, 146.

34) Vgl. Gerichtshof für die Heilberufe beim OVG Bremen, Urt. v. 21. 2. 1990 – OVG HB-BA 1/88 –, Berufsgericht für Heilberufe in Schleswig, Urt. v. 20. 7. 1983 – BG II 2/83 –, Berufsgericht für Heilberufe beim OLG München, Urt. v. 12. 7. 1978 – BG-Ä-2/78 –.

Ebene partnerschaftlicher Gleichordnung und Weisungsfreiheit) auch für Fehler des jeweils anderen Arztes haftungsrechtlich einzustehen haben. Denkbar wäre auch, dass durch einen mangelnden Informationsaustausch zwischen den beteiligten Ärzten der Haftungstatbestand erst zustande kommt. Für Koordinationsmängel haften danach alle Beteiligten³⁵. In diesem Fall wäre eine Exkulpationsmöglichkeit für keinen der beteiligten Ärzte gegeben. Diese würden nach den Grundsätzen des arbeitsteiligen Handelns beide für den Diagnosefehler einzustehen haben³⁶. Insbesondere kann sich keiner der beiden Ärzte damit entlasten, auf die ordnungsgemäße ärztliche Tätigkeit durch den anderen vertraut zu haben³⁷ (kein „Hase-und-Igel-Spiel“ im Arzthaftungsprozess)³⁸.

Insofern sollte unter haftungsrechtlichen Gesichtspunkten darauf geachtet werden, dass Röntgenuntersuchungen, die von einem Arzt durchgeführt werden, auch von diesem oder einem der nachgeordneten (d. h. weisungsunterworfenen) Ärzte persönlich befundet werden. Das bedeutet, dass die Erbringung radiologischer Leistungen grundsätzlich nur im Rahmen einer sog. vertikalen Arbeitsteilung zulässig ist, die auf einem Hierarchieverhältnis im ärztlichen Bereich, aber auch im Bereich des nachgeordneten Hilfspersonals beruht. Die Verantwortung für die ordnungsgemäße Erbringung der gesamten radiologischen Leistung liegt hier bei dem weisungsberechtigten Arzt (in der Regel der Chefarzt im Krankenhaus), der eine Überprüfung der Leistungen der nachgeordneten Ärzte und des Hilfspersonals vorzunehmen hat.

9. Ergebnis

Im Ergebnis ist festzuhalten, dass die Zusammenarbeit zwischen Radiologen und Ärzten anderer Fachgebiete insbesondere in den Fällen als unzulässig anzusehen ist, in denen eine Leistungsverlagerung auf Fachärzte stattfindet, die nicht über die erforderliche Fachkunde nach der RÖV und nicht über die notwendige Fachkompetenz nach der Weiterbildungsordnung für die betreffende radiologische Untersuchungsmethode verfügen.

Für den Bereich der GKV ist weiter zu beachten, dass zusätzlich zu diesen Anforderungen ein sog. Fachkundenachweis zu führen ist, dessen Anforderungen für spezielle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, wie z. B. CT, MRT Angiographien, in Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V niedergelegt worden sind. Der Fachkundenachweis ist Abrechnungsvoraussetzung für diese Leistungen und ist von Vertragsärzten, angestellten Ärzten in Medizinischen Versorgungszentren, ermächtigten Krankenhausärzten und

ermächtigten Krankenhausinstituten gleichermaßen zu beachten. Darüber hinaus hat der Gesetzgeber es den Vertragspartnern in § 135 Abs. 2 S. 4 SGB V, in Abweichung von den Vorgaben des Weiterbildungsrechts, gestattet, die Erbringung bestimmter medizinisch-technischer Leistungen ausschließlich solchen Fachärzten vorzubehalten, für die diese Leistungen zum Kern ihres Fachgebietes gehören. Diese Kompetenz haben die Vertragspartner in der sog. Gemeinsamen Selbstverwaltung für die Bereiche MRT und Angiographien ausgeschöpft.

Die im Krankenhausbereich bekannt gewordenen Fälle einer Aufteilung der einheitlichen radiologischen Leistung auf unterschiedliche Fachärzte in Krankenhausabteilungen, wobei die technische Durchführung und die Befundung getrennt durchgeführt werden, ist mit den Vorgaben der RÖV und den Erfordernissen des ärztlichen Gebührenrechts nicht vereinbar. Dies gilt insbesondere, wenn dem für die Untersuchung verantwortlichen Facharzt für Radiologie ein Aufsichts- und Weisungsrecht gegenüber den hinzugezogenen Ärzten nicht eingeräumt wird.

Die Verkleinerung des Aufgabengebietes eines radiologischen Chefarztes durch die Verlagerung von bestimmten radiologischen Verfahren auf niedergelassene Ärzte ist vertraglich unzulässig, wenn hiermit eine wesentliche Veränderung des vereinbarten Aufgabengebietes und einschneidende Einschränkungen des Liquidationsrechts verbunden sind.

Die Erbringung radiologischer Leistungen im Rahmen der Teleradiologie ist nur unter den in der RÖV genannten Rahmenbedingungen und aufgrund einer entsprechenden Genehmigung zulässig. Die Teleradiologie darf nicht dazu missbraucht werden, den die CT-Fachkunde nach RÖV besitzenden Facharzt für Radiologie, der vor Ort anwesend ist, bei elektiven Untersuchungen im Rahmen der Regelversorgung zu ersetzen. Die gesetzlich vorgesehenen Einschränkungen der Teleradiologie belegen im Übrigen eindeutig, dass der Gesetzgeber ein Auseinanderfallen der einheitlichen radiologischen Leistung grds. nicht zulässt, da „der Arzt den Patienten nicht persönlich untersuchen und die technische Durchführung der Untersuchung nicht unmittelbar beaufsichtigen kann“.

35) BGH, Urt. v. 26. 1. 1999 – VI ZR 376/97 –, *Steffen/Dressler*, Arzthaftungsrecht, 8. Aufl. 1999, S. 105.

36) Vgl. OLG Koblenz, Urt. v. 20. 7. 2006 – 5 U 47/06 –, MedR 2007, 363.

37) OLG Koblenz, Urt. v. 20. 7. 2006 – 5 U 47/06 –, MedR 2007, 363.

38) *Bergmann*, Das Krankenhaus 2008, 1233, 1235.