



Forschungsstelle Recht der Gesundheitswirtschaft

Lehrstuhl für Bürgerliches Recht, Arbeitsrecht und Sozialrecht

Fakultät für Rechtswissenschaft - Universität Bielefeld

Professor Dr. Oliver Ricken

Wiss. Mit.: Denis Hedermann • Bastian Reuter • Nicole Wiegard • Mandy Zibolka

Entscheidung des Monats 6/2013

BSG, Urt. v. 20.03.2013 – B 6 KA 26/12 R: Vertragsarztrecht – Keine vertragsärztliche Ermächtigung bei nur geringfügiger Klinikttätigkeit

Sachverhalt:

Die Beteiligten streiten um die Ermächtigung des Klägers zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung als Krankenhausarzt mit abgeschlossener Weiterbildung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Ärzte-ZV für den Zeitraum ab dem 01.12.2007.

Der Kläger, Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie, leitete bis zum 30.11.2007 eine Rheumaklinik. Ab dem 01.12.2007 war er auf der Basis eines „Dienstvertrages mit geringfügiger Beschäftigung“, für konsiliarische Untersuchungen von Patienten, Weiter- und Fortbildung von Mitarbeitern, Öffentlichkeitsarbeit im Bereich Rheumatologie sowie Beratung des Klinikträgers bei der Entwicklung medizinischer Konzepte dort angestellt. Die Arbeitszeit betrug vier Stunden je Woche, die Vergütung 400 Euro monatlich. Der Kläger war mehrfach als Krankenhausarzt ermächtigt worden, zuletzt für die Zeit vom 01.10.2006 bis 30.09.2008. Davon umfasst waren die konsiliarische Beratung niedergelassener Fachärzte auf dem Gebiet der Rheumatologie und die Durchführung bestimmter Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.

Die Instanzen¹ hatten übereinstimmend entschieden, dass die vom Kläger seit dem 01.12.2007 ausgeübte Tätigkeit keine Tätigkeit als Krankenhausarzt darstelle und daher die Ermächtigung mit Ablauf des 30.11.2007 geendet habe. Hiergegen wandte sich der Kläger mit der Revision.

Entscheidung:

Das BSG wies die Revision zurück. Wie schon die Vorinstanzen kam es zu dem Schluss, die erteilte Ermächtigung habe sich lediglich auf die vom Kläger bis zum 30.11.2007 ausgeübte Tätigkeit bezogen und habe daher mit deren Aufgabe geendet.

Ebenfalls schloss sich das BSG der in den Instanzen vertretenen Auffassung an, die seit dem 01.12.2007 ausgeübte Tätigkeit sei bereits ihrem Inhalt nach keine Tätigkeit als „Krankenhausarzt“ i.S.v. § 116 SGB V. Eine Anstellung im Umfang von 4 Stunden je Woche als Berater und Mitwirkender an der Mitarbeiterfortbildung sowie an der konsiliarischen Behandlung von Patienten reiche hierfür nicht aus. Auch der zeitliche Umfang der Arbeit des Klägers im Krankenhaus erlaube nicht den Schluss, dass er insoweit besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im stationären Betrieb anwenden kann. Dass er solche Methoden beherrscht, genüge hingegen nicht.

Zudem verlange § 116 SGB V als Voraussetzung für eine Ermächtigung eine hauptberufliche Tätigkeit im Krankenhaus.² Dies ergebe sich zwar nicht unmittelbar aus der Norm, wohl aber nach ihrem Sinn und Zweck sowie aus ihrer Entstehungsgeschichte. So habe bereits § 368a Abs. 8 RVO i.d.F. des GKAR vom 17.08.1953³ vorausgesetzt, dass der Chefarzt seine Arbeitskraft in erster Linie der stationären Behandlung der Krankenhauspatienten zu widmen hat und dadurch seine Arbeitskraft „im Wesentlichen“ in Anspruch genommen wird. Das BVerfG habe daher auch von der ambulanten Tätigkeit als „Nebenfunktion“ der Krankenhaustätigkeit gesprochen.⁴ Daran habe sich auch durch die Ausweitung der Möglichkeit der Ermächtigung für „andere Krankenhausärzte“ und durch die Neuformulierung „Ärzte, die im Krankenhaus tätig sind“⁵ in § 116 SGB V zum 01.01.2012⁶ nichts geändert, da insbesondere für die letzte Änderung allein sprachliche Gründe maßgebend gewesen

seien.⁷ Auch aus systematischen Gründen komme eine Ermächtigung nur für Ärzte in Betracht, die hauptberuflich in der stationären Versorgung tätig seien. Nach Sinn und Zweck gehe es bei der Ermächtigung von Krankenhausärzten stets um die Einbeziehung der an Krankenhäuser gebundenen ärztlichen Kompetenz in die ambulante Versorgung. Bei einer zeitlich nur ganz untergeordnet ausgeübten ärztlichen Tätigkeit an einem Krankenhaus stehe aber nicht die Kompetenz des Krankenhauses, sondern der Zugang des Arztes zur ambulanten Versorgung im Vordergrund. Über § 116 SGB V werde die persönliche und fachliche Qualifikation des Arztes mit den sächlichen Mitteln, die in den Krankenhäusern vorgehalten werden, verbunden. Das Gesetz ziele darauf ab, dass diese personellen und sächlichen Ressourcen für die ambulante Versorgung nutzbar gemacht werden. Das aber setze den Zugriff des Arztes hierauf voraus. Einen weiteren Anhaltspunkt dafür, dass nur ein hauptberuflich tätiger Arzt ermächtigt werden könne, bilde das Zustimmungserfordernis des Krankenhausträgers in § 116 SGB V. Dieses sichere nicht allein die Kontrollmöglichkeit hinsichtlich der Inanspruchnahme sächlicher und personeller Mittel des Krankenhauses für die vertragsärztliche Tätigkeit des Arztes, sondern diene auch der Kontrolle der Vereinbarkeit der krankenhauserztlichen Tätigkeit mit der vertragsärztlichen und damit der Sicherstellung der stationären Versorgung durch das Krankenhaus.⁸ Dies sei nur bei einer hauptberuflichen Tätigkeit erforderlich. Die (untere) Grenze für die „Hauptberuflichkeit“ sah das BSG bei einem Beschäftigungsumfang von mindestens der Hälfte eines Vollzeitbeschäftigten Arztes.

Anmerkung:

Der Entscheidung des BSG ist grundsätzlich zuzustimmen. Bereits die Vorinstanzen hatten tragend unter anderem auf die inhaltliche Ausgestaltung der Tätigkeit abgestellt. Die dortigen Ausführungen zum Tätigkeitsumfang waren allerdings nicht vollständig nachvollziehbar, da unter anderem auf dienstrechtliche Aspekte und auf Probleme der Konkurrenz zu niedergelassenen Vertragsärzten abgestellt worden war.⁹

Das BSG hat dagegen deutlich mit inhaltlichen Argumenten das Erfordernis einer hauptberuflichen Tätigkeit untermauert. Die Einbeziehung eines im Krankenhaus zeitlich nur ganz untergeordnet tätigen Arztes in die ambulante Versorgung im Wege der Ermächtigung ist demnach prinzipiell nicht möglich. Dafür spricht einiges, da eine solche Tätigkeit in der Regel inhaltlich gar nicht die Anforderungen an eine Tätigkeit als „im Krankenhaus tätiger Arzt“ im Sinne von § 116 SGB V erfüllen kann. Dies trifft auch auf Fallgestaltungen wie die vorliegende zu.

Ob dafür allerdings ein Beschäftigungsumfang von mindestens der Hälfte einer Vollzeitbeschäftigung erforderlich ist, bleibt fraglich. Auch der weniger als halbtags beschäftigte Arzt dürfte im Grundsatz als „Krankenhausarzt“ zu qualifizieren sein, wenn er nach der inhaltlichen Ausgestaltung der Tätigkeit einen nicht unerheblichen Beitrag zur Erfüllung des Versorgungsauftrages des Krankenhauses leistet.¹⁰ Wenn das BSG eine „Unterordnung“ der Tätigkeit im Rahmen der Ermächtigung unter diejenige im Krankenhaus verlangt, so sind durchaus Fälle vorstellbar, in denen dies trotz einer weniger als halbtags ausgeübten Klinikttätigkeit in Betracht kommt. Eine nur geringfügige Beschäftigung wird dafür aber jedenfalls nicht ausreichen.

Autor: Wiss. Mit. D. Hedermann (Tel. 0521-106-3177)

¹ SG Aachen 03.03.2010 – S 7 KA 1/09; LSG NRW 9.11.2011 – L 11 KA 35/10.

² Vgl. u.a. Hencke in Peters, Handbuch der Krankenversicherung, Band II, 19. Aufl., § 116, Rn. 2.

³ BGBl. I, S. 513.

⁴ Vgl. BVerfG 23.07.1963 - 1 BvL 1/61, 1 BvL 4/61, NJW 1963, 1667.

⁵ Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz v. 27.06.1977, BGBl. I, S. 1069.

⁶ Durch das GKV-VStG vom 22.12.2011, BGBl. I, 2983.

⁷ Vgl. BT-Drs. 17/6906, S. 80.

⁸ Vgl. Becker/Kingreen/Becker, SGB V, 3. Aufl., § 116, Rn. 15; KassKomm/Hess, 76. Erg., § 116 SGB V, Rn. 4; Hauck/Noftz/Hohnholz, SGB V, Stand 10/12, § 116, Rn. 29.

⁹ Vgl. dazu Hedermann, Entscheidung des Monats 6/2012, abrufbar unter <http://www.jura.uni-bielefeld.de/lehrtuehle/ricken/rechtdergesundheitswirtschaft/6-2012.pdf>

¹⁰ So auch juris-PK/Köhler-Hohmann, SGB V, 1. Aufl., Rn. 19.