



Recht

Ist die Anstellung von Ärzten anderer Fachrichtung möglich und sinnvoll?

von RA, FA Medizinrecht, Dr. Tilman Clausen, Hannover, www.armedis.de

Zum 1. Oktober 2013 wurden die Bundesmantelverträge geändert. Seither können Rheumatologen Ärzte anderer Fachrichtungen anstellen oder sich bei Ärzten anderer Fachrichtungen anstellen lassen. Die von dem jeweils angestellten Arzt im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit erbrachten Leistungen sind durch den anstellenden Arzt abrechenbar. Diese Neuregelung in den Bundesmantelverträgen soll zu einer Gleichstellung der niedergelassenen Ärzte mit den Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) führen.

In § 14 a Abs. 2 Satz 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte wurde eine Regelung mit aufgenommen, wonach die Beschäftigung eines angestellten Arztes

- eines anderen Fachgebiets oder
- einer anderen Facharztkompetenz als desjenigen Fachgebiets oder
- derjenigen Facharztkompetenz, für die der Vertragsarzt zugelassen ist, zulässig ist. Im Bundesmantelvertrag Ärzte-Ersatzkassen findet sich die gleiche Regelung an anderer Stelle.

Die Kombination anstellender bzw. angestellter Arzt sollte allerdings von der Zielsetzung der Praxis her sinnvoll sein.

Welche praktische Bedeutung die Neuregelung haben wird, ist derzeit noch völlig unklar, da eine Vielzahl rechtlicher Probleme, die mit der Anstellung von Ärzten einer anderen Fachrichtung verbunden sind, durch die Änderung der Bundesmantelverträge nicht gelöst wurden.

Die Anstellung eines Arztes anderer Fachrichtung

Die Anstellung eines Rheumatologen bei einem Arzt anderer Fachrichtung oder die Anstellung eines Arztes anderer Fachrichtung bei einem Rheumato-

logen, die dort jeweils im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung tätig werden sollen, muss auf einem Vertragsarztsitz erfolgen:

- Wohl unproblematisch erscheint eine Variante, bei der der Arzt anderer Fachrichtung, der sich anstellen lassen will, auf seinen Vertragsarztsitz zugunsten dieser Anstellung verzichtet (§ 103 Abs. 4 b SGB V). Hier finden keine Ausschreibung und kein Nachbesetzungsverfahren statt. Es reicht die Stellung der entsprechenden Anträge beim jeweils zuständigen Zulassungsausschuss.
- Sehr viel schwerer dürfte es allerdings der Arzt haben, der sich mit einem angestellten Arzt einer anderen Fachrichtung auf einen Vertragsarztsitz für dessen Fachrichtung bewirbt, wenn der Sitz im Nachbesetzungsverfahren nach § 103 Abs. 4 SGB V durch den Zulassungsausschuss besetzt werden soll. Hier dürfte wohl im Zweifel den Mitbewerbern der Vorzug gegeben werden, die der Fachrichtung angehören, für die der Sitz ausgeschrieben ist und die freiberuflich tätig werden wollen.

Sehr geehrte Frau Doktor,
sehr geehrter Herr Doktor!

Nur mithilfe Ihrer Rückmeldungen können wir Sie mit dem „RheumaGuide“ noch besser im Praxisalltag unterstützen und einen Beitrag zu Ihrem Praxiserfolg leisten!

Wir freuen uns daher über Ihr Feedback, Ihre Anregungen und auch Ihre Kritik. Auch wenn Sie Fragen zur Berichterstattung haben, beantworten unsere Autoren diese gern. Schicken Sie uns einfach eine E-Mail an info@rheumaguide.de.

Eine weiterhin interessante und nutzbringende Lektüre wünscht Ihnen

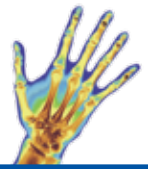
Ihr Dr. Stephan Voß

Gewerbesteuerproblematik

Der Arzt, der einen Arzt einer anderen Fachrichtung anstellen will, muss mit gewerbesteuerlichen Risiken rechnen.

Zwar können sich Ärzte grundsätzlich der Mithilfe angestellter Kollegen bedienen, sie sollten dabei aber die fachliche und organisatorische Aufsicht haben, da es ansonsten an dem steuerlich für die Freiberuflichkeit geforderten Merkmalen „leitend“ und „eigenverantwortlich“ fehlen könnte.

Wenn aber die ärztlichen Leistungen des angestellten Arztes für den Rheumatologen fachfremd sind bzw. umgekehrt die Leistungen des Rheumatologen für den anstellenden Arzt fachfremd, so ist eine fachliche und organisatorische Beaufsichtigung nicht möglich. Hier drohen somit gewerbesteuer-



liche Risiken, die vor der Anstellung eines Arztes einer anderen Fachrichtung bedacht werden sollten.

Jeder Vertragsarzt, der in Erwägung zieht, von der Änderung der Bundesmantelverträge Gebrauch zu machen, sollte sich deshalb zunächst mit seinem Steuerberater beraten.

Änderungen bei der Privatabrechnung

Durch die Änderung der Bundesmantelverträge hat sich im Hinblick auf die Abrechnung der durch einen angestellten Arzt einer anderen Fachrichtung in der Praxis erbrachten privatärztlichen Leistungen nach Maßgabe der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) nichts geändert: Vertragspartner des Privatpatienten sind grundsätzlich der oder die Praxisinhaber und nicht der angestellte Arzt.

Der Abrechnung privatärztlicher Leistungen, die durch den angestellten Arzt einer anderen Fachrichtung erbracht wurden, dürfte § 4 Abs. 2 Satz 1 GOÄ grundsätzlich entgegenstehen. Danach kann der Arzt nur solche Leistungen gegenüber den Privatpatienten abrechnen, die er entweder selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden. Selbst ist der anstellende Arzt jedoch nicht tätig geworden. Und eine Leistungserbringung unter Aufsicht nach fachlicher Weisung setzt voraus, dass der die Aufsicht führende Arzt fachliche Weisungen erteilen kann. Dies kann er nicht, wenn die Leistungen des beaufsichtigten Arztes für ihn fachfremd sind, wobei es hier grundsätzlich auf die Weiterbildungsordnung der jeweils zuständigen Landesärztekammer in der aktuellen Fassung ankommt.

Dieses Problem lässt sich zumindest theoretisch dadurch umgehen, dass dem angestellten Arzt – wie dem Chefarzt im stationären Bereich – ein Liquidationsrecht bei Privatpatienten ge-

währt wird, der anstellende Arzt damit die von ihm erbrachten ärztlichen Leistungen direkt gegenüber dem Patienten abrechnen kann.

Hier sind jedoch Probleme mit den Kostenträgern zu erwarten. Denn nach § 4 Abs. 2 Satz 1 der Musterbedingungen für die private Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK) steht der versicherten Person die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Die wird mit der im Patienteninteresse liegenden Sicherung der Behandlungsqualität begründet. Angestellte Ärzte gehören jedoch nicht zu den niedergelassenen Ärzten im Sinne dieser Vorschrift. Denn die Rechtsprechung definiert die „Niederlassung“ als die öffentlich erkennbare Bereitschaft zur Ausübung des ärztlichen Berufs in selbstständiger Praxis an einem bestimmten Ort.

Für Krankenhäuser, die im Bereich der ambulanten Versorgung durch angestellte Ärzte tätig sind, und für medizinische Versorgungszentren ist zwischenzeitlich grundsätzlich anerkannt, dass diese den Anforderungen an die Behandlungsqualität genügen, sodass hier die Leistungen angestellter Ärzte von den Kostenträgern erstattet werden. Für die Praxis des niedergelassenen Arztes gilt dies derzeit nicht, sodass hier auch bei einer Regelung, bei der der angestellte Arzt selbst gegenüber dem Privatpatienten abrechnet, Schwierigkeiten befürchtet werden müssen.

Fazit

Ärzte, die von der Neuregelung der Bundesmantelverträge Gebrauch machen wollen, sollten sich in jedem Fall vorab rechtlich und steuerlich beraten lassen und prüfen, ob aus der Neuregelung vordergründig resultierende Vorteile nicht eventuell durch damit verbundene Nachteile wieder aufgewogen werden.

Kassenabrechnung

Vergütungsquote für Laboruntersuchungen im 1. Halbjahr 2014

Die Vergütungsquote für Laboruntersuchungen wurde von der KBV für das 1. Halbjahr 2014 mit 91,58 Prozent festgesetzt. Die Quote entspricht damit der Vergütungsquote des Quartals 4/2013.

Mit Ausnahme der für Rheumatologen wenig relevanten allgemeinen Laboruntersuchungen nach den EBM-Nrn. 32025 bis 32027, 32035 bis 32039, 32097 und 32150 werden also in den Quartalen 1/2014 und 2/2014 die von Rheumatologen abgerechneten allgemeinen und speziellen Laboruntersuchungen nur mit 91,58 Prozent der Kostensätze des EBM vergütet.

Die Vergütungsquote von 91,58 Prozent ist auch auf den Referenzfallwert von 40,00 Euro für spezielle Laboruntersuchungen anzuwenden. Der Referenzfallwert beträgt daher im 1. Halbjahr 2014 36,63 Euro.

Therapie

Arthroplastien bei Rheumapatienten führen zur Verringerung des kardiovaskulären Risikos

Die Implantation eines künstlichen Hüft- oder Kniegelenks ist bei schwerer Arthrose nicht nur ein gut geeignetes Mittel zur Symptomlinderung, sondern führt offenbar auch zu einem deutlich verringerten Risiko für kardiovaskuläre Komplikationen. Darauf deuten Daten einer kanadischen Fall-Kontroll-Studie hin, bei der Langzeitergebnisse bei jeweils 153 gematchten Paaren mit Hüft- oder Kniegelenksarthrose, die eine Totalendoprothese erhalten hatten oder konservativ behandelt worden waren, untersucht wurden. Im Verlauf von im Median sieben Jahren nach Studien-



abschluss war das Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse in der Arthroplastie-Gruppe um rund 40 % verringert. Tendenziell profitierten Patienten mit Knie-Totalendoprothese (TEP) noch stärker als Patienten mit Hüftgelenks-TEP. Absolut gesehen betrug die Risikoreduktion in der Op-Gruppe 12,4 % und es mussten nur 8 Patienten operiert werden (Number-Needed-to-Treat), um ein kardiovaskuläres Ereignis zu verhindern. Als mögliche Gründe für die Verringerung des kardiovaskulären Risikos in der TEP-Gruppe nennen die Autoren eine Verringerung des NSAR-Bedarfs und von psychischem Stress infolge Schmerzen.

QUELLE

- Ravi B et al.: The relation between total joint arthroplasty and risk for serious cardiovascular events in patients with moderate-severe osteoarthritis: propensity score matched landmark analysis. *BMJ* 2013; 347: f6187

Therapie

Kopfschmerzen bei SLE-Patienten korrelieren nicht mit Krankheitsaktivität

Patienten mit systemischem Lupus erythematoses (SLE) haben nach dem Ergebnis einer Beobachtungsstudie bei insgesamt 1.730 Patienten häufig Kopfschmerzen; ein Rückschluss auf die Krankheitsaktivität ist aber anhand dieses Symptoms nicht möglich. Die Studienteilnehmer, fast 90 % weiblich, waren bei Studieneinschluss im Mittel 35 Jahre alt und wurden bis zu zehn Jahre untersucht. Bei Studienbeginn gab fast jeder fünfte Patient Kopfschmerzen als Symptom an – rund 60 % Migräne und 40 % Spannungskopfschmerzen; im Studienverlauf stieg die Zahl der Patienten mit häufigen Kopfschmerzen auf 58 %. Allerdings war der Anteil der Patienten mit sogenanntem Lupus-Kopfschmerz – laut Definition ein schwerer persistierender Kopfschmerz, der migräneähn-

lich sein kann und schlecht auf Analgetika anspricht – mit unter 2 % gering. Kopfschmerzen hatten einen ungünstigen Einfluss auf die Lebensqualität; es gab aber keinen Zusammenhang mit der SLE-Therapie, Parametern der Lebensqualität oder spezifischen Lupus-Autoantikörpern.

QUELLE

- Hanly J et al.: Headache in Systemic Lupus Erythematosus: Results From a Prospective, International Inception Cohort Study. *Arthritis & Rheumatism* 2013; 65(11): 2887-2897

Therapie

EULAR-Empfehlungen zum nicht-pharmakologischen Management bei Hüft- und Kniegelenksarthrose

Bei Patienten mit Hüft- und Kniegelenksarthrose können nicht-medikamentöse Maßnahmen wie Gewichtsreduktion und vermehrte körperliche Aktivität erheblich zur Symptomlinderung beitragen. Eine interdisziplinäre Task-Force der EULAR (European League Against Rheumatism) hat sich nach Bewertung der Literaturdaten auf elf Kernempfehlungen zum Management dieser Patienten geeinigt. Im Vordergrund stehen angemessene Information und Beratung der Patienten zum Selbstmanagement sowie Anleitungen zu körperlicher Aktivität und Gewichtsreduktion.

Ganz entscheidend ist es, das Programm individuell unter Berücksichtigung von Faktoren wie Alter, Übergewicht und Komorbiditäten an die Patienten anzupassen und dabei ihre Wünsche und Vorlieben zu berücksichtigen, betonen die Experten. Durch Gewichtsreduktion und vermehrte körperliche Aktivität können sowohl die Schmerzen der Patienten verringert als auch die Funktionalität von Hüft- und Kniegelenken verbessert werden; die Evidenzen aus der Literatur sind gut bei Knie-, allerdings weniger überzeugend bei Hüftgelenksarthrose, heißt es im Task-

Force-Report. Generell wird ein moderates Ausdauertraining von mindestens 30 bis 60 Minuten täglich empfohlen. Je länger das Training dauert, desto größer ist in der Regel der Nutzen. Patienten mit starken körperlichen Beeinträchtigungen sollten so viel trainieren, wie es ihnen möglich ist. Auch ein gezieltes Krafttraining zur Stärkung der Hauptmuskelgruppen wird empfohlen (mindestens zweimal pro Woche bei moderater bis starker Intensität).

Sinnvoll ist es auch, gemeinsam mit den Patienten ein explizites Ziel bei der Gewichtsreduktion festzulegen. In der Regel erreichen die Patienten auf diese Weise eine stärkere Gewichtsabnahme als durch den generellen Rat abzunehmen. Für die Gewichtsreduktion entscheidend ist neben der regelmäßigen Aktivität auch eine gesunde Ernährung: Empfohlen werden täglich mindestens fünf Portionen an Obst und Gemüse sowie eine Limitierung der Fett- und Salzzufuhr. Nicht vergessen werden sollten auch das richtige Schuhwerk und bei Bedarf Einlegesohlen und Gehhilfen.

QUELLE

- Fernandes L et al.: EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis. *Ann Rheum Dis* 2013;72 (7):1125-1135

Impressum

Herausgeber und Verlag

IWW Institut für Wirtschaftspublizistik
Verlag Steuern Recht Wirtschaft GmbH & Co. KG
Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen
Telefon: 02596 922-0, Telefax: 02596 922-99
E-Mail: info@rheumaguide.de

Redaktion

Dr. Stephan Voß (Stellv. Chefredakteur, verantwortlich),
RA, FA StR Franziska David (Chefredakteurin)

Lieferung

Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose
Serviceleistung der

Hexal AG

Industriestraße 25, 83607 Holzkirchen
Telefon: 08024 908-0, Telefax: 08024 908 1290
E-Mail: service@hexal.com

Hinweis

Der Inhalt des Informationsdienstes ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel in der in ihm behandelten Rechtsmaterie machen es jedoch notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Der RheumaGuide gibt nicht in jedem Fall die Meinung der Hexal AG wieder.