

Der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung, insbesondere bei kooperativer Zusammenarbeit (Teil 1)

Einleitung

Der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung ist eines der Wesensmerkmale ärztlicher Tätigkeit. Er ist Ausdruck des besonderen Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient. Die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben den Grundsatz wie folgt zusammengefasst:

„Persönliche Leistungserbringung bedeutet nicht, dass der Arzt jede Leistung höchstpersönlich erbringen muss. Sie erfordert vom Arzt aber immer, dass er bei Inanspruchnahme nicht ärztlicher oder ärztlicher Mitarbeiter zur Erbringung eigener beruflicher Leistungen leitend und eigenverantwortlich tätig wird. Der Arzt kann daher, anders als der gewerbliche Unternehmer, den Leistungsumfang seiner Praxis durch Anstellung von Mitarbeitern nicht beliebig vermehren.“¹

Sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Versorgung ist der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung in zahlreichen Vorschriften verbindlich geregelt.² Darüber hinaus erfährt er in der privatärztlichen und vertragsärztlichen Versorgung unterschiedliche Ausprägungen.

Insbesondere im Fachgebiet der Radiologie erfährt der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung im Alltag jedoch vielfache Durchbrechungen, nicht zuletzt aus praxisorganisatorischen Gründen. Beispielsweise fallen Zeit und Ort der technischen Durchführung einer radiologischen Untersuchung einerseits sowie der Befundung andererseits auseinander. Zum Teil werden Leistungen des Vertragsarztes durch ange-

stellte Ärzte, Assistenten oder Vertreter erbracht und oftmals wirken mehrere Ärzte oder gar mehrere Arztpraxen an der Leistungserbringung mit. Dabei ist in diesen Fällen nicht immer klar, ob eine derartige Leistungserbringung mit dem Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung und den Vorgaben des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) vereinbar ist.

Mit diesem Spannungsfeld zwischen der Vollständigkeit der Leistungserbringung und der Mitwirkung anderer Ärzte an dieser befasst sich der nachfolgende Beitrag. Er besteht aus zwei Teilen, die in dieser und der folgenden Ausgabe abgedruckt werden. Die Darstellung beschränkt sich dabei auf die rechtlichen Vorgaben und Grundsätze im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung.

Im ersten Teil des Beitrags wird zunächst der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung dargestellt. Dabei werden die Möglichkeiten der Delegation von ärztlichen sowie nicht-ärztlichen Leistungen umrissen und die Besonderheiten in den Strukturen von (überörtlichen) Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und Filialen in den Blick genommen.³

3 Soweit in diesem Beitrag Bezug genommen wird auf Bezeichnungen wie *Berufsausübungsgemeinschaft*, *Medizinisches Versorgungszentrum*, *Zweigpraxis*, *(Neben-)Betriebsstätte*, *ausgelagerte Praxisstätte* oder *Vertragsarztsitz*, wird verwiesen auf das Glossar in § 1a BMV-Ä. Die Bezeichnung *Filiale* entstammt nicht dem BMV-Ä, sie bezeichnet inhaltlich jedoch das Gleiche wie *Zweigpraxis*. Gemeint ist ein weiterer genehmigter Tätigkeitsort einer BAG. *Nebenbetriebsstätte* ist die Oberbezeichnung für sämtliche Betriebsstätten, die nicht Hauptbetriebsstätte einer BAG sind. Von (Neben-)Betriebsstätten zu unterscheiden sind ausgelagerte Praxisstätten. Diese sind zulässige, nicht genehmigungsbedürftige, aber anzeigepflichtige Tätigkeitsorte eines Vertragsarztes, einer BAG oder eines MVZ in räumlicher Nähe zum Vertragsarztsitz.

1 Vgl. *Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung*, *Persönliche Leistungserbringung, Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen*, DÄBl. 2008, A 2173; so auch BSG, Urteil vom 21.11.1958, Az.: 6 R Ka 21/57 = BSGE 8, 256, 264.

2 Vgl. § 613 BGB, § 19 MBO-Ä, § 4 Abs. 2 GOÄ, § 15 Abs. 1 SGB V, § 15 BMV-Ä, § 17 KHEntgG.



Persönliche Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung

§ 630a Abs. 1 BGB regelt für den Behandlungsvertrag, dass derjenige, der die medizinische Behandlung eines Patienten zugesagt, zur Leistung der versprochenen Behandlung verpflichtet ist. Gemäß § 630b BGB i. V. m. § 613 BGB hat der zur Dienstleistung Verpflichtete die Dienste im Zweifel in Person zu leisten. Der Anspruch auf die Dienste ist grundsätzlich nicht übertragbar. Vertrags- und Privatärzte werden damit gleichermaßen zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet.

Im ärztlichen Berufsrecht findet das Merkmal der persönlichen Leistungserbringung seinen Niederschlag in § 19 Abs. 1 der Musterberufsordnung (*„Die ärztliche Praxis muß persönlich ausgeübt werden.“*).

Im Vertragsarztrecht selbst ist der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung in verschiedenen Vorschriften niedergelegt, u. a. in §§ 15 Abs. 1, 28 Abs. 1 S. 2 und 3 SGB V, § 32 Abs. 1 Ärzte-ZV sowie § 15 Abs. 1 BMV-Ä. § 76 Abs. 4 SGB V verweist zudem hinsichtlich der Durchführung der ärztlichen Behandlung auf die Vorschriften des bürgerlichen Vertragsrechts (§§ 630a BGB ff).

§ 1a Abs. 1 Nr. 24 BMV-Ä definiert die persönliche Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung als die

„durch gesetzliche und vertragliche Bestimmungen näher geregelte Verpflichtung des Vertragsarztes bzw. angestellten Arztes zur unmittelbaren Erbringung der vorgesehenen

medizinischen Leistungen, auch im Rahmen zulässiger Delegationen“.

Aus der Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung resultiert, dass Gebührenordnungspositionen nur berechnungsfähig sind, wenn der Vertragsarzt die Leistung persönlich und vollständig erbracht hat (vgl. Nr. 2.2 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM). Die persönliche Leistungserbringung dient der Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung und ist ein Steuerungsinstrument. Die Sicherung der Qualität kann nur gewährleistet werden, wenn die Leistungen von demjenigen persönlich erbracht werden, der als befähigt angesehen wird, qualitätsgerechte Leistungen zu erbringen.⁴

Von dem Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung darf nur in gesetzlich definierten Ausnahmefällen abgewichen werden. In der vertragsärztlichen Versorgung bestimmen §§ 15 Abs. 1 S. 2, 28 Abs. 1 S. 2 SGB V sowie § 15 Abs. 1 S. 5 BMV-Ä, dass zur ärztlichen Behandlung die Hilfeleistungen anderer Personen gehören, die der Arzt anordnet und verantwortet.⁵

Medizinische Leistungen, die unter Arztvorbehalt stehen, sind nicht an nichtärztliche Mitarbeiter und Personal delegierbar. Welche ärztlichen Leistungen unter Arztvorbehalt stehen, ist gesetzlich nicht im Detail geregelt. Auch in den Regelungen der §§ 630a ff. BGB zum Behandlungsvertrag, die durch das Patientenrechtegesetz vom 20.03.2013⁶ in das BGB eingefügt wurden, hat der Gesetzgeber keine ausdrückliche Entscheidung über den Arztvorbehalt getroffen. Ob eine bestimmte Leistung unter Arztvorbehalt steht, hängt davon ab,

„[o]b das Erbringen einer bestimmten Leistung oder die notwendige Beherrschung gesundheitlicher Gefährdungen ärztliche Fachkenntnisse und damit das Tätigwerden eines Arztes erfordert. Steht danach eine bestimmte Leistung unter Arztvorbehalt, bedeutet dies, abgesehen von Not- oder sonstigen Ausnahmefällen, die Erbringung ärztlicher Leistungen

auf dem Niveau eines zum Facharzt weitergebildeten Arztes“⁷.

Der Kernbereich ärztlicher Tätigkeiten steht unter dem Arztvorbehalt. In diesem Kernbereich ist der Arzt prinzipiell verpflichtet, seine ärztliche Tätigkeit selbst und eigenhändig zu erbringen (höchstpersönliche Leistungen). Die Anforderungen für die Delegation ärztlicher Leistungen an nicht-ärztliche Mitarbeiter in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung sind beispielhaft in der Anlage 24 zum BMV-Ä, der Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V, dargestellt. Höchstpersönliche Leistungen des Arztes sind gemäß § 2 Abs. 2 Anlage 24 des BMV-Ä solche Leistungen oder Teilleistungen,

„die der Arzt wegen ihrer Schwierigkeit, ihrer Gefährlichkeit für den Patienten oder wegen der Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen unter Einsatz seiner spezifischen Fachkenntnis und Erfahrung höchstpersönlich erbringen muss. [...] [Zum Kernbereich ärztlicher Tätigkeit gehören insbesondere] Anamnese, Indikationsstellung, Untersuchung des Patienten einschließlich invasiver diagnostischer Leistungen, Stellung der Diagnose, Aufklärung und Beratung des Patienten, Entscheidungen über die Therapie und Durchführung invasiver Therapien einschließlich der Kernleistungen operativer Eingriffe“⁸.

Die Delegation der unter Arztvorbehalt stehenden Leistungen an ärztliche Mitarbeiter ist unter bestimmten Voraussetzungen zulässig, wenn der Behandlungsablauf dies erlaubt und der andere Arzt über die erforderliche Qualifikation zur Erbringung der Leistung verfügt. Der Arzt kann daher Leistungen, die ihm vorbehalten sind und die er selbst erbringen darf, an einen anderen Arzt delegieren, wenn dieser ebenfalls die erforderlichen berufs- und ggf. vertragsarztrechtlichen Voraussetzungen erfüllt.

Leistungserbringung durch einen anderen Arzt

Persönliche Leistungen sind auch ärztliche Leistungen durch genehmigte Assistenten und angestellte Ärzte gemäß § 32b Ärzte-ZV, soweit sie dem Praxisinhaber als Eigenleistung zugerechnet werden können (vgl. § 15 Abs. 1 S. 2 BMV-Ä).

Angestellte Ärzte

In der vertragsärztlichen Versorgung können Ärzte in wegen Überversorgung gesperrten Planungsbereichen auf verschiedene Weisen angestellt werden.

Im Rahmen einer Job-Sharing-Anstellung (§ 95 Abs. 9 S. 2 SGB V i. V. m. § 101 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 SGB V) wird ein Arzt bei einem Vertragsarzt desselben Fachgebiets oder mit derselben Facharztbezeichnung angestellt. Vertragsarzt und angestellter Arzt erbringen Leistungen auf dem Vertragsarztsitz des anstellenden Arztes, der sich wiederum zur Leistungsbegrenzung verpflichtet, sodass sein bisheriger Praxisumfang nicht wesentlich überschritten wird.

Möglich ist alternativ, dass ein angestellter Arzt auf einer „eigenen“ Arztstelle, die einem Vertragsarzt, einer BAG oder einem MVZ zugeordnet ist, tätig wird (vgl. § 103 Abs. 4a – 4b SGB V).

Die Anstellungsgenehmigung begründet für den angestellten Arzt die Berechtigung zur vertragsärztlichen Versorgung und ein mittelbares Teilhaberecht, das aus der Zulassung des anstellenden Leistungserbringers (Vertragsarzt) folgt.⁹

Vertragsärztliche Leistungen können von einem anderen, angestellten Arzt erbracht und von dem anstellenden Vertragsarzt abgerechnet werden, sofern dem Vertragsarzt für den angestellten Arzt eine Anstellungsgenehmigung gemäß § 32b Abs. 1 Ärzte-ZV, § 95 Abs. 9 SGB V und ggf. eine Abrechnungsgenehmigung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V erteilt wurden. Für eine BAG und ein MVZ gelten die Ausführungen entsprechend, da in diesem Fall die BAG bzw. das MVZ zur Abrechnung der Leistungen

4 BSG, Urteil vom 13.05.2015, Az.: B 6 KA 23/14 R = GesR 2015, 659 – 663.

5 Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, ebd.

6 BGBl. I, S. 277.

7 Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, ebd.

8 Ebd.

9 Kremer/Wittmann, Vertragsärztliches Zulassungsverfahren, 2018, Rn. 1454.

des bei ihr bzw. ihm angestellten Arztes be-rechtigt ist.

Die Leistungen des angestellten Arztes wer-den als persönliche Leistungen dem Ver-tragsarzt, der BAG bzw. dem MVZ zugerech-net. Dies gilt sowohl für den Job-Sharing-Angestellten als auch für den angestellten Arzt, der auf einer Arztstelle tätig wird.

Assistenten

Persönliche Leistungen des Vertragsarztes sind zudem ärztliche Leistungen durch einen genehmigten Assistenten. Die Beschäf-tigung eines Assistenten bedarf der Geneh-migung der Kassenärztlichen Vereinigung (vgl. § 32 Abs. 2 S. 5 Ärzte-ZV). Der Ver-tragsarzt darf einen Assistenten gemäß § 32 Abs. 2 S. 2 Nr. 1 Ärzte-ZV nur beschäfti-gen, wenn dies im Rahmen der Aus- oder Weiterbildung (Weiterbildungsassistent) oder aus Gründen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung (Sicherstel-lungs-/Entlastungsassistent) erfolgt.

„Nicht-Vertragsärzte“

Aus den Vorschriften der Nr. 2.2 der Allge-meinen Bestimmungen des EBM, nach de-nen eine Gebührenordnungsposition des EBM nur berechnungsfähig ist, wenn der an der vertragsärztlichen Versorgung teil-nehmende Arzt die für die Abrechnung relevanten Inhalte gemäß §§ 14a, 15 und 25 BMV-Ä persönlich erbringt, folgt, dass medizinische Leistungen, die dem Arztvor-behalt unterliegen¹⁰, nicht an Ärzte ohne Berechtigung zur Teilnahme an der ver-tragsärztlichen Versorgung delegiert wer-den dürfen.

Soweit ein Arzt nicht zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt ist, darf die Erbringung (von Teilen) ver-tragsärztlicher Leistungen nicht regelhaft auf ihn übertragen werden. Ärztliche Lei-stungen an denen der Arzt mitwirkt, sind nur dann vertragsärztlich abrechenbar,

wenn er sie zulässigerweise als Vertreter i. S. d. § 32 Abs. 1 Ärzte-ZV erbringt.

Besonderheiten im Mammographie-Screening

Die Ausführung und Abrechnung von Lei-stungen zur Erstellung und Befundung von Aufnahmen im Mammographie-Screening darf nur durch den Arzt erfolgen, dem die Genehmigung zur Übernahme des Versor-gungsauftrags als Programmverantwortli-cher Arzt (PVA) erteilt worden ist. Die Vo-raussetzungen für die Genehmigung und Leistungserbringung als PVA sind in § 5 Abs. 1 der Anlage 9.2 BMV-Ä normiert.

Der PVA kann (und darf) die folgenden Teilschritte des Versorgungsauftrags,

- die Befundung von Screening-Mammo-graphieaufnahmen,
- die Durchführung von Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle und
- die Durchführung von histopatholo-gischen Untersuchungen,

an andere am Früherkennungsprogramm teilnehmende Ärzte, denen eine Geneh-migung nach § 16 der Anlage 9.2 BMV-Ä erteilt worden ist, übertragen (vgl. § 3 Abs. 5 der Anlage 9.2 BMV-Ä). Die Leistungserbringung im Mammographie-Screening darf im Übr-igen nicht durch andere Ärzte erfolgen.

Die Screening-Mammographieaufnahmen werden auf Veranlassung des PVA durch zwei Ärzte unabhängig voneinander befundet (vgl. § 16 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie). Die Befundung erfolgt ohne Kenntnis des jeweils anderen Befunds sowie räumlich oder zeitlich getrennt. Die Ärzte als Befunder sind verpflichtet, insbesondere bei abweichenden Befundungen der Scree-ning-Mammographieaufnahmen sowie im Rahmen der Abklärungsdiagnostik, konsi-liarisch zusammenzuwirken.

Die fachlichen Qualifikationen für Ärzte, die Screening-Mammographieaufnahmen auf Veranlassung des PVA befunden, sind ge-mäß § 19 Abs. 3 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie in § 25 der Anlage 9.2 BMV-Ä geregelt. Sofern ein Arzt die Befundung von Screening-Mammographieaufnahmen auf Veranlassung des PVA durchführen soll, bedarf es des Nachweises der im Strahlen-

schutz erforderlichen Fachkunde sowie der vorherigen Genehmigung durch die Kas-senärztliche Vereinigung. Die Genehmi-gung kann befristet und unbefristet erteilt werden, sofern die jeweiligen Vorausset-zungen erfüllt und nachgewiesen sind.

Leistungserbringung durch nichtärztliches Personal

Persönliche Leistungen sind ferner Hilfelei-stungen nichtärztlicher Mitarbeiter, die der Vertragsarzt, ein angestellter Arzt, ein ge-nehmigter Assistent oder ein Vertreter i. S. d. § 32 Abs. 1 Ärzte-ZV anordnet und fachlich überwacht, wenn der nichtärztli-che Mitarbeiter zur Erbringung der jewei-ligen Hilfeleistung qualifiziert ist (vgl. § 15 Abs. 1 S. 5 BMV-Ä).

Technische Durchführung bei der Anwendung von Röntgenstrahlung

In der Radiologie kann die technische Durchführung bei der Anwendung ionisie-render Strahlung und radioaktiver Stoffe am Menschen, die Bilderstellung, auf nicht-ärztliches Personal im Sinne des § 145 Abs. 2 StrlSchV übertragen werden.

Es ist zu beachten, dass gemäß § 83 Abs. 3 StrlSchG i. V. m. § 119 Abs. 1 StrlSchV die Röntgenstrahlung unmittelbar am Men-schen in Ausübung der Heilkunde oder Zahnheilkunde nur angewendet werden darf, wenn ein approbierter Arzt mit der Fachkunde im Strahlenschutz nach §§ 47 ff. StrSchV hierfür die rechtfertigende Indika-tion gestellt hat und die technische Durch-führung an das nichtärztliche, entspre-chend qualifizierte Personal anordnet.

Ferner muss gewährleistet werden, dass der Arzt, der die rechtfertigende Indika-tion stellt und die technische Durchführung an-ordnet (bzw. ein ausreichend qualifizierter Arzt, der über die erforderlichen Abrech-nungsgenehmigungen verfügt), sich zum Zeitpunkt der Bilderstellung in unmittelba-erer Nähe (Rufweite) des nichtärztlichen Per-sonals aufhält.¹¹ Die Anwendung von Rönt-genstrahlen erfolgt unter der Aufsicht und Verantwortung des fachkundigen Arztes.

10 Das sind insbesondere Anamnese, Indika-tionsstellung, Untersuchung des Patienten einschließlich invasiver diagnostischer Lei-stungen, Diagnosestellung, Aufklärung und Beratung des Patienten, Entscheidungen über die Therapie und Durchführung invasiver Therapien und operativer Eingriffe. vgl. § 2 Abs. 2 Anlage 24 BMV-Ä.

11 Vgl. Wigge/Loose, MedR 2016, 318, 322; Stellpflug/Pinnow, MedR 2009, 448, 450.

Er muss dem nichtärztlichen Personal für Rückfragen zu Verfügung stehen und kurzfristig erreichbar sein.¹²

Bei der Verwendung von Kontrastmittel ist wegen der Möglichkeit allergischer Reaktionen auch aus diesem Grund die Anwesenheit des Arztes in unmittelbarer Nähe erforderlich.¹³

Technische Durchführung bei MRT-Leistungen

Bei der technischen Durchführung von MRT-Leistungen ist die Anwesenheit in Rufweite des anordnenden Arztes nur bei Risiko-Patienten zwingend; ausreichend ist auch die unmittelbare Nähe eines anderen Arztes, der das mit der Leistung verbundene Risiko beherrscht.¹⁴

Bei der Verwendung von Kontrastmittel ist bei MRT-Untersuchungen ebenfalls die Anwesenheit des Arztes in unmittelbarer Nähe in jedem Fall erforderlich.¹⁵

Ort der persönlichen Leistungserbringung

Der zulässige Ort der vertragsärztlichen Tätigkeit ist grundsätzlich der Vertragsarztsitz (= Praxisanschrift), für den die Zulassung/Anstellungsgenehmigung erteilt worden ist (§ 95 Abs. 1 S. 5 SGB V). Der Vertragsarzt muss am Vertragsarztsitz seine Sprechstunde abhalten (vgl. § 24 Abs. 2 Ärzte-ZV).

Der Vertragsarzt darf auch außerhalb seines Vertragsarztsitzes in Filialen, ausgelagerten Praxisräumen und an einem anderen Vertragsarztsitz eines anderen Vertragsarztes einer BAG tätig werden, sofern die vertragsarztrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind (vgl. §§ 24 Abs. 3 und 5, 33 Abs. 2 S. 2 Ärzte-ZV; §§ 15a, 17 Abs. 1a BMV-Ä).

Der Vertragsarzt ist verpflichtet, seinen Versorgungsauftrag vorrangig an seinem

Vertragsarztsitz zu erfüllen (vgl. § 95 Abs. 3 S. 1 SGB V). Dazu hat er nach § 24 Abs. 2 Ärzte-ZV seiner Sprechstundenverpflichtung nachzukommen, indem er den Versicherten vor Ort persönlich zur Verfügung steht (Präsenzpflicht).

Tätigkeit an weiteren Betriebsstätten

Für den Vertragsarzt besteht aber die Möglichkeit, auch an anderen Orten als der Hauptpraxis vertragsärztlich tätig zu werden. Dies belegt ein Blick auf die Vorgaben des § 17 Abs. 1 BMV-Ä, wonach der Vertragsarzt seine Tätigkeit nicht nur am Standort seiner Praxis, sondern auch an „weiteren Tätigkeitsorten“ erbringen kann.

Soweit der Vertragsarzt seinen Versorgungsauftrag an dem Vertragsarztsitz erfüllt, kann er darüber hinaus an anderen Vertragsarztsitzen einer BAG in begrenztem Umfang tätig werden (vgl. § 15a Abs. 4 S. 8 BMV-Ä).

Werden die Vertragsärzte einer BAG wechselseitig an den Vertragsarztsitzen tätig, bedarf dies nach § 24 Abs. 2 S. 10 Ärzte-ZV, § 15a Abs. 4 S. 8 BMV-Ä keiner weiteren Genehmigung, wenn die Voraussetzungen der Präsenzverpflichtung nach § 17 BMV-Ä erfüllt sind und eine Tätigkeit am jeweils anderen Vertragsarztsitz nur in begrenztem Umfang ausgeübt wird. Eine unbegrenzte wechselseitige Tätigkeit der Vertragsärzte ist dagegen unzulässig.¹⁶

Die Tätigkeit am Vertragsarztsitz muss darüber hinaus gegenüber allen Tätigkeiten außerhalb des Vertragsarztsitzes zeitlich insgesamt überwiegen (vgl. § 17 Abs. 1a S. 3 BMV-Ä).

Für angestellte Ärzte, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, gelten die vorstehenden Ausführungen entsprechend.

Tätigkeit in einer Filiale

Von den einzelnen Betriebsstätten/Vertragsarztsitzen einer BAG abzugrenzen ist die Tätigkeit des Vertragsarztes/angestellten Arztes in einer Filiale.

Vertragsärztliche Tätigkeiten außerhalb des Vertragsarztsitzes an weiteren Orten (Filialen/Zweigpraxis) sind zulässig, wenn und soweit dies die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten verbessert und die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes nicht beeinträchtigt wird (vgl. § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV, § 15a Abs. 2 BMV-Ä).

Die Tätigkeit in einer Filiale bedarf der vorherigen Genehmigung durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung bzw. der Ermächtigung durch den zuständigen Zulassungsausschuss, sofern die Filiale in einem anderen KV-Bezirk als der Vertragsarztsitz liegt.

Es wird zwischen zwei verschiedenen Filialtypen unterschieden:

Klassische Filiale

Die klassische Filiale eines Vertragsarztes, einer BAG oder eines MVZ ist ein Ort, an dem der Vertragsarzt nicht (bzw. kein Vertragsarzt der BAG oder des MVZ) niedergelassen ist und an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt. Die Gründung der klassischen Filiale dient dazu, die Versorgung an dem Filialort zu verbessern und quantitative oder qualitative Defizite zu beheben.

„Versorgerfiliale“

Davon abzugrenzen ist die sogenannte *Versorgerfiliale*¹⁷. Eine Versorgerfiliale wird genehmigt, wenn ein bestehender Vertragsarztsitz in eine Filiale mit Besetzung durch einen angestellten Arzt umgewandelt wird (nach Verzicht auf die Zulassung zugunsten der Anstellung, vgl. dazu auch § 24 Abs. 3 S. 7). Es besteht die Besonderheit, dass der Bedarf für die Filiale im Rahmen der Zulassung des bisher an dem Standort tätigen Vertragsarztes bereits geprüft und festgestellt worden ist, sodass eine weitere Bedarfsprüfung im Sinne einer

12 Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, ebd.

13 Ebd.; s. auch I. 4a. Anhang zur Anlage 24 des BMV-Ä Beispielkatalog delegierbarer ärztlicher Leistungen.

14 Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, ebd.

15 Ebd.; s. auch I.4a. Anhang zur Anlage 24 des BMV-Ä Beispielkatalog delegierbarer ärztlicher Leistungen.

16 Ladurner, Ärzte-ZV, Zahnärzte-ZV, 2017, § 33, Rn. 44.

17 Die Bezeichnung *Versorgerfiliale* wird nach unserem Kenntnisstand überwiegend in dem Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe verwendet. Sie entstammt nicht dem BMV-Ä. Weil eine einheitliche Terminologie nicht existiert, soll hier im Sinne einer übersichtlichen Darstellung die von der Kassenärztlichen-Vereinigung Westfalen-Lippe eingeführte Bezeichnung verwendet werden.

Verbesserung der Versorgung entbehrlich ist. Die Versorgerfiliale ist eine Betriebsstätte der BAG, an deren Standort kein Vertragsarzt niedergelassen ist. Die Versorgerfiliale nimmt dennoch unmittelbar an der vertragsärztlichen Versorgung durch die Arztstelle, die mit einem angestellten Arzt besetzt ist, teil.

Personengebundenheit der Filialgenehmigung

Die Filialgenehmigungen bzw. die Anstellungsgenehmigungen für einen Filialstandort werden bei Einzelpraxen, BAG und MVZ personengebunden erteilt. In der Filiale dürfen daher immer nur die Vertragsärzte/angestellten Ärzte tätig werden, für die die Genehmigung erteilt wurde. In Abgrenzung zu den Betriebsstätten mit Vertragsarztsitzen der BAG, an denen nach § 15a Abs. 4 S. 8 BMV-Ä in begrenztem Umfang sämtliche Vertragsärzte/angestellten Ärzte tätig werden dürfen, gilt dies für den Filialstandort nicht.

Wurde die Anstellungsgenehmigung für einen angestellten Arzt ausschließlich für einen Filialstandort erteilt, darf der Arzt nur an dem Filialstandort und an keiner anderen Betriebsstätte des Vertragsarztes, der BAG oder des MVZ tätig werden.

Fazit

Der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung ist ein zentrales Prinzip bei der Erbringung vertragsärztlicher Leistungen. Er gilt gleichsam für Vertragsärzte und angestellte Ärzte in BAGen und MVZen, ist aber nicht gleichzusetzen mit einer Verpflichtung zur höchstpersönlichen Leistungserbringung.

Höchstpersönlich durch einen Arzt sind Tätigkeiten zu verrichten, die dem Arztvorbehalt unterliegen. Persönliche Leistungen eines Vertragsarztes, einer BAG oder eines MVZ im Sinne des vertragsärztlichen Grundsatzes der persönlichen Leistungserbringung sind hingegen auch sämtliche Leistungen, die zulässigerweise durch angestellte Ärzte, Assistenten, Vertreter i. S. d. § 32 Abs. 1 Ärzte-ZV und nichtärztliche Mitarbeiter erbracht werden.

Die Verpflichtung zur persönlichen Leistungserbringung ist grundsätzlich an den Vertragsarztsitz gebunden. Soweit mehrere (Neben-)Betriebsstätten bestehen, können vertragsärztliche Leistungen in Abhängigkeit von den jeweils erteilten Genehmigungen auch an anderen Orten als dem Vertragsarztsitz zulässigerweise erbracht werden.

Dieser Beitrag wird im folgenden Heft fortgesetzt. Thematisch wird er sich mit der Durchbrechung des Grundsatzes der persönlichen Leistungserbringung bei kooperativer Zusammenarbeit in BAG, MVZ und Filialen, den Möglichkeiten einer zulässigen Vertretung sowie Fragen der Abrechnung von vertragsärztlichen Leistungen, die unter Mitwirkung mehrerer Ärzte erbracht wurden, befassen.

Prof. Dr. Peter Wigge
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Medizinrecht

Jonas Kaufhold
Rechtsanwalt

Rechtsanwälte Wigge
Scharnhorststraße 40
48151 Münster
Telefon: (0251) 53 595 – 0
Telefax: (0251) 53 595 – 99
E-Mail: kanzlei@ra-wigge.de
www.ra-wigge.de