



DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

8. September 2004

Vier-Punkte-Katalog der DKG

**zum Änderungsbedarf des
Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG)**

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fordert eine Nachbesserung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) in folgenden Kernbereichen:

- 1. Integrierte Versorgung (§§ 140 a ff. SGB V)**
- 2. Hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderem Behandlungsverlauf (§ 116 b Abs. 2 ff. SGB V)**
- 3. Medizinische Versorgungszentren (§ 95 Abs. 1 SGB V)**
- 4. Arzneimittelversorgung durch Krankenhausapotheken**

Mit dem GMG sind für Krankenhäuser Möglichkeiten geschaffen worden, stärker in der ambulanten Versorgung der Patienten tätig werden zu können. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft muss acht Monate nach Inkrafttreten des GMG allerdings feststellen, dass die Öffnungstatbestände

- in Teilen praktisch nicht umsetzbar sind;
- von den Krankenkassen nicht genutzt werden sowie
- an der Blockadehaltung der Kassenärztlichen Vereinigungen scheitern.

1. Die Regelung des § 140 a Abs. 4 Satz 3 SGB V behindert sinnvolle Integrationsverträge. Danach sollen in der Integrationsversorgung nur solche Leistungen vereinbart werden können, für die einer der Vertragspartner auch einen Zulassungsstatus hat. Die Vertragspartner sollen sich lediglich innerhalb eines Integrationsvertrages darüber verständigen können, wer welche der vereinbarten Leistungen erbringen soll. Soweit ein Krankenhaus nicht über einen ambulanten Leistungsberechtigung verfügt, muss als Voraussetzung für eine ambulante Tätigkeit einer der anderen Vertragspartner einen ambulanten Zulassungsstatus in die integrierte Versorgung einbringen. Es liegt auf der Hand, dass ein zugelassener Vertragsarzt im Rahmen eines Integrationsvertrages nicht zustimmen wird, dass seine Leistungen von einem anderen Vertragspartner, sprich von einem Krankenhaus erbracht werden.

Nach dem Gesetzeswortlaut des § 140 d SGB V darf zur Finanzierung von integrierten Versorgungsverträgen ein prozentualer Abzug bei der vertragsärztlichen Gesamtvergütung und den Krankenhausrechnungen durch die Krankenkassen erst vorgenommen werden, wenn diese auch einen Vertrag zur integrierten Versorgung abgeschlossen haben und ein konkret benötigtes Finanzierungsvolumen bezifferbar ist (Äquivalenzprinzip).

Um das Verfahren der Nachweispflicht zu vereinfachen, haben die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft im Dezember 2003 eine Vereinbarung über die Errichtung einer gemeinsamen Registrierungsstelle getroffen. Krankenkassen sind danach gehalten, den Abschluss von Verträgen zur integrierten Versorgung, inklusive des Finanzierungsvolumens, der betroffenen Region und des Kürzungssatzes an diese Stelle zu melden.

Obgleich mit Stand Mitte Juli 2004 ca. 100 Vertragsmeldungen von Krankenkassen bei der Registrierungsstelle eingegangen sind, sehen einige Krankenkassen den nach § 140 d Abs. 1 SGB V erforderlichen Nachweis abgeschlossener Verträge nicht als verpflichtend an. Angesichts zulässiger finanzieller Kürzungen von bis zu 1 % ist jedoch ein Mindestmaß an Transparenz erforderlich, um das Konfliktpotenzial zu reduzieren.

2. Die Umsetzung des § 116 b Abs. 2 SGB V ist dadurch gekennzeichnet, dass die Krankenkassen sich flächendeckend weigern, Verträge über Tatbestände des § 116 Abs. 2 SGB V – sei es über die Erbringung hochspezialisierter Leistungen, oder die Diagnostik und Behandlung von seltenen Erkrankungen bzw. Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf abzuschließen. Es ist uns derzeit kein Vertrag bekannt, in dem mit einem Krankenhaus derartige Leistungen vereinbart worden sind. Vorrangig wird von den Krankenkassen für ihre Ablehnung vorgebracht, dass sie mit der Gesamtvergütung für den vertragsärztlichen Bereich bereits die finanzielle Abgeltung für die ambulante vertragsärztliche Versorgung geleistet haben. Da die Leistungen im Rahmen des § 116 b Abs. 2 SGB V den Krankenhäusern von den Krankenkassen direkt vergütet werden, sehen die Krankenkassen hierin eine doppelte Finanzierung, da die vertragsärztliche Gesamtvergütung nicht in dem Maße bereinigt wird, wie entsprechende Verträge mit Krankenhäusern Leistungen vorsehen.

3. Die Stellung der Medizinischen Versorgungszentren innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung zeigt derzeit noch einige Schwierigkeiten in der Umsetzung. Insbesondere ist unklar, ob und inwieweit angestellte Krankenhausärzte auch in Medizinischen Versorgungszentren angestellt tätig werden dürfen (bzw. umgekehrt). Die bisherige Rechtsprechung, die im Rahmen des Vertragsarztrechts (Belegärzte und ermächtigte Ärzte) ergangen ist, kann aus Sicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft nicht ohne weiteres auf in Medizinischen Versorgungszentren angestellte tätige Ärzte übertragen werden.

4. Die Regelung des § 14 Abs. 4 Apothekengesetz (ApoG) verhindert sinnvolle Konzepte neuer Versorgungsformen und steht damit einer umfassenden Patientenbehandlung entgegen. Aufgrund der Gesetzesformulierung ist Krankenhausapotheken weder die Arzneimittelversorgung des ambulanten Patienten zu Hause noch die Abgabe von Arzneimitteln an ambulante Patienten zur häuslichen Anwendung erlaubt. Die durch das GMG geschaffenen neuen ambulanten Versorgungsformen der Krankenhäuser dürfen aber nicht nur die medizinische sondern müssen auch die vertragliche Gestaltung der pharmazeutische Versorgung ermöglichen.

Angesichts der aufgezeigten gesetzestechnischen Mängel sowie der Blockadehaltung der Vertragspartner steht zu befürchten, dass zentrale Regelungen des GMG ins Leere zu laufen drohen. Damit würde die Chance einer echten Durchbrechung der sektoralen Trennung der Leistungsbereiche vertan. Den Schaden hat letztlich der Patient.

Deshalb fordert die Deutsche Krankenhausgesellschaft eine Nachbesserung der GMG-Regelungen und schlägt dazu folgende Lösungsmöglichkeiten vor:

- Gesetzliche Klarstellung in § 140 a Abs. 4 Satz 3 SGB V, dass die Integrationsversorgung eine ambulante Zulassung kraft Vertragsabschluss ermöglicht.
- Gesetzliche Klarstellung der Regelung zur Anschubfinanzierung (§ 140 d SGB V), dass die Krankenkassen eine Nachweispflicht trifft und/oder die Meldung abgeschlossener Integrationsverträge bei der von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene eingerichteten Registrierungsstelle verpflichtend ist.
- Gesetzlicher Zulassungsanspruch in der Systematik des § 115 b SGB V für die gesamten Tatbestände des § 116 b Abs. 2 SGB V, das heißt, sowohl die hochspezialisierten Leistungen als auch die seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen.
- Zulässigkeit der Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums unter Einbeziehung von Freiberuflern sowie Zulässigkeit der Ausübung ärztlicher Tätigkeit eines im Krankenhaus angestellten Arztes auch im Medizinischen Versorgungszentrum (und umgekehrt).
- Berechtigung der Krankenhausapotheken zur Arzneimittelversorgung des ambulanten Patienten zu Hause sowie zur Abgabe von Arzneimitteln an ambulante Patienten zur häuslichen Anwendung.

Mit den nachfolgenden Ausführungen wird der Nachbesserungsbedarf im Einzelnen dargestellt.

1. Integrierte Versorgung (§§ 140 a ff. SGB V)

• Vertraglicher Zulassungsanspruch

Das BMGS hat uns mit Schreiben vom 4.02.2004 seine Auffassung mitgeteilt, dass es sich bei der Integrationsversorgung um ein Wettbewerbsinstrument bezogen auf den Abschluss von Einzelverträgen handele. Die Integrationsversorgung sei jedoch – im Gegensatz zu § 116 b SGB V - keine Regelung, die den Krankenhäusern eine weitergehende ambulante Öffnung kraft Vertragsabschluss ermögliche.

Als Argument führt das BMGS an, dass auch für die Integrationsversorgung der Grundsatz der vertragsärztlichen Zulassung und der vertragsärztlichen Bedarfsplanung gelte. Begründend verweist das BMGS auf die Regelung des § 140 a Abs. 4 Satz 3, wonach sich die Vertragspartner **innerhalb eines Integrationsvertrages** verständigen können, wer welche der vereinbarten Leistungen erbringen soll. Diese Auslegung des BMGS führt letztlich dazu, dass in der Integrationsversorgung nur solche Leistungen vereinbart werden können, für die einer der Vertragspartner auch einen Zulassungsstatus hat.

Den ambulanten Zulassungsstatus könnten Krankenhäuser danach lediglich wie folgt in die Integrationsversorgung einbringen:

- Ermächtigung
- Vertragliche Zulassung (§ 116 b SGB V)
- Zulassung kraft Gesetz (§ 115 b SGB V; § 311 SGB V).

Liegt kein entsprechender Zulassungsstatus bei einem Krankenhaus vor, muss aus Sicht des BMGS einer der übrigen Vertragspartner des Integrationsvertrages diesen als Voraussetzung für eine ambulante Leistungserbringung einbringen.

Die Auffassung des BMGS ist unrealistisch in der Umsetzung und behindert sinnvolle Integrationsverträge. Es fragt sich, welcher zugelassene Vertragsarzt zum Abschluss eines Integrationsvertrages in der Kenntnis bereit ist, dass seine Leistungen von einem anderen Vertragspartner, sprich einem Krankenhaus erbracht werden sollen?

Die DKG sowie auch einige GKV-Spitzenverbände vertreten die Auffassung, dass mit Krankenhäusern in der integrierten Versorgung unabhängig von der Einbeziehung eines entsprechenden ambulanten Zulassungsstatus auch ambulante Leistungen vereinbart werden können und das Krankenhaus dann kraft Vertrag zur ambulanten Leistungserbringung in der integrierten Versorgung berechtigt ist (Grenze: Die Erbringung ambulanter Leistungen erfordert, dass das Krankenhaus den entsprechenden Facharzt vorhält).

Die DKG fordert eine gesetzliche Klarstellung in § 140 a Abs. 4 Satz 3 SGB V, dass die Integrationsversorgung eine ambulante Zulassung kraft Vertragsabschluss ermöglicht.

- **Anschubfinanzierung**

Ein Konfliktpunkt bei den GMG Regelungen zur integrierten Versorgung ist die Anschubfinanzierung.

Um die Umsetzung der integrierten Versorgung zu fördern, ist mit § 140 d SGB V eine Anschubfinanzierung gesetzlich eingeführt worden. Danach hat jede Krankenkasse in den Jahren 2004 bis 2006 jeweils Mittel bis zu 1% von den an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu zahlenden Gesamtvergütungen sowie von den Rechnungen der Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Leistungen einzubehalten, soweit die einbehaltenen Mittel zur Finanzierung von geschlossenen Integrationsverträgen erforderlich sind. Dabei fließen ausschließlich Finanzmittel aus dem vertragsärztlichen und aus dem Krankenhausbereich in den „Sondertopf“. Andere Leistungsbereiche zahlen nicht ein, partizipieren allerdings an der Anschubfinanzierung, soweit sie Vertragspartner eines Integrationsvertrages sind.

Mit der Anschubfinanzierung werden für die Integrationsversorgung folglich nicht zusätzliche finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt, vielmehr werden vorhandene Mittel zur Finanzierung umverteilt. Die DKG möchte an dieser Stelle nicht unerwähnt lassen, dass diese zusätzlichen finanziellen Einbußen der Krankenhäuser angesichts der ohnehin schon schwierigen Finanzlage eine große Belastung darstellen. Das gilt um so mehr, als Krankenhäuser nicht zwingend Vertragspartner eines Integrationsvertrages sein müssen. Um so wichtiger ist es, dass die Umsetzung der Anschubfinanzierung hinreichend transparent erfolgt.

Nach dem Gesetzeswortlaut darf ein Abzug durch die Krankenkassen erst vorgenommen werden, wenn diese einen Vertrag zur integrierten Versorgung abgeschlossen haben und ein konkret benötigtes Finanzierungsvolumen bezifferbar ist (Äquivalenzprinzip).

Um das Verfahren der Nachweispflicht zu vereinfachen, haben die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft im Dezember 2003 eine Vereinbarung über die Errichtung einer gemeinsamen Registrierungsstelle getroffen. Krankenkassen sind danach gehalten, den Abschluss von Verträgen zur integrierten Versorgung, inklusive des Finanzierungsvolumens, der betroffenen Region und des Kürzungssatzes an diese Stelle zu melden. Diese sammelt die Daten und hält die Informationen, welche Krankenkasse in welcher Region zu welcher Kürzung von Gesamtvergütungen und Krankenhausrechnungen berechtigt ist, vor.

Das Melde- und Auskunftsverfahren der Registrierungsstelle soll den Krankenkassen gegenüber den von Zahlungskürzungen betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern ein einfaches Nachweisverfahren ermöglichen. Es dient der Plausibilisierung durchgeführter Kürzungen und soll das Konfliktpotential bei Kürzungen minimieren. Leistungserbringern, die von einer Rechnungskürzung nach § 140 d SGB V betroffen sind, wird somit ein Mindestmaß an Transparenz gewährleistet.

Mit der Registrierungsstelle ist die BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS) beauftragt worden. Die Registrierungsstelle nimmt seit Anfang April 2004 Meldungen der Krankenkassen über Vertragsabschlüsse entgegen. Ein

Auskunftsersuchen der von Kürzungen betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäuser ist seit Anfang Mai 2004 möglich. Erläuterungen zum Verfahren, das Meldeformular, das Formular zum Auskunftsersuchen sowie Ausfüllhinweise sind auf der eigens für die Registrierungsstelle von der BQS eingerichteten Homepage unter <http://www.bqs-register140d.de> veröffentlicht.

Obgleich mit Stand Mitte Juli 2004 ca. 100 Vertragsmeldungen von Krankenkassen bei der Registrierungsstelle eingegangen sind, sehen einige Krankenkassen den nach § 140 d Abs. 1 SGB V erforderlichen Nachweis abgeschlossener Verträge nicht als verpflichtend an.

Die DKG erachtet eine gesetzliche Klarstellung der Regelung zur Anschubfinanzierung (§ 140 d SGB V) dergestalt für hilfreich, dass die Krankenkassen eine Nachweispflicht trifft und/oder die Meldung abgeschlossener Integrationsverträge bei der von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene eingerichteten Registrierungsstelle verpflichtend ist.

2. Hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderem Behandlungsverlauf (§ 116 b Abs. 2 ff. SGB V)

Die Umsetzung des § 116 b Abs. 2 SGB V ist dadurch gekennzeichnet, dass die Krankenkassen sich flächendeckend weigern, Verträge über Tatbestände des § 116 Abs. 2 SGB V – sei es über die Erbringung hochspezialisierten Leistungen, oder die Diagnostik und Behandlung von seltenen Erkrankungen bzw. Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf abzuschließen. Es ist uns derzeit kein Vertrag bekannt, in dem mit einem Krankenhaus derartige Leistungen vereinbart worden sind. Vorrangig wird von den Krankenkassen für ihre Ablehnung vorgebracht, dass sie mit der Gesamtvergütung für den vertragsärztlichen Bereich bereits die finanzielle Abgeltung für die ambulante vertragsärztliche Versorgung geleistet haben. Da die Leistungen im Rahmen des § 116 b Abs. 2 SGB V den Krankenhäusern von den Krankenkassen direkt vergütet werden, sehen die Krankenkassen hierin eine doppelte Finanzierung, da die vertragsärztliche Gesamtvergütung nicht in dem Maße bereinigt wird, wie entsprechende Verträge mit Krankenhäusern Leistungen vorsehen.

Um die Zulassung der Krankenhäuser für die ambulante Leistungserbringung in den Segmenten des § 116 b Abs. 2 SGB V zu ermöglichen, hält es die DKG für zielführend, die gesamten Tatbestände des § 116 b Abs. 2 SGB V, das heißt, sowohl die hochspezialisierten Leistungen als auch die seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen in die Systematik des § 115 b SGB V zu überführen.

Im Bereich des § 115 b SGB V gibt es ein bewährtes Regelungssystem, das sowohl die Zulassung als auch die Leistungserbringung der Krankenhäuser für den Bereich der ambulanten Operationen und stationärsersetzenden Leistungen vorgibt. Es gibt klare Regelungen sowie keine Blockademöglichkeit einer der Vertragsparteien, da Konfliktlösungsmechanismen gesetzlich vorgegeben sind (erweitertes Bundesschiedsamt).

Aufgrund der dreiseitigen Regelungsnotwendigkeit – ähnlich der bisherigen Ausgestaltung über die Richtlinien des GBA – bleibt es auch bei der bewährten Balance zwischen den einzelnen Bereichen. Der vertragsärztliche Bereich, der mittelbar von den Regelungen tangiert ist, bekommt ein gleichberechtigtes Mitspracherecht, so wie er auch im GBA an der Ausgestaltung dieser Tatbestände beteiligt ist. Nähere Einzelheiten hätten die drei Vertragspartner in ausfüllenden Verträgen zu regeln, dies gilt insbesondere für die Fragen der Vergütung, des Zugangs der Patienten, der Qualitätssicherung etc.

Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass auch das ambulante Operieren gemäß § 115 b SGB V, das bereits im Jahre 1993 eingeführt worden ist und einen wesentlich größeren Leistungskatalog umfasst als der des § 116 Abs. 2 SGB V, von Beginn an den Krankenhäusern direkt von den Krankenkassen vergütet wird. Verwerfungen zwischen Krankenhausbereich und vertragsärztlichem Bereich haben sich hierdurch nicht ergeben. Vielmehr ist die vom Gesetzgeber gewünschte Wettbewerbssituation eingetreten.

3. Medizinische Versorgungszentren (§ 95 Abs. 1 SGB V)

Die Stellung der Medizinischen Versorgungszentren innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung zeigt derzeit noch einige Schwierigkeiten in der Umsetzung. Insbesondere ist nicht ganz klar, inwieweit die bisherige Rechtsprechung zur Tätigkeit von Krankenhausärzten auch in Medizinischen Versorgungszentren und umgekehrt, die im Rahmen des Vertragsarztrechts ergangen ist, auch auf Medizinische Versorgungszentren übertragen werden kann. Die DKG wiederholt die bereits in ihrer Stellungnahme vom 28. Mai 2004 zum Referentenentwurf eines

2. Fallpauschalenänderungsgesetz aufgezeigten Problembereiche und vorgeschlagenen Lösungsmöglichkeiten:

- **Klarstellung zur Gründung medizinischer Versorgungszentren**

Die DKG schlägt vor, „in § 95 Abs. 1 Satz 3, 2. Halbsatz vor dem Wort „Leistungserbringern“ das Wort „den“ durch das Wort „allen“ zu ersetzen und vor dem Wort „gegründet“ die Worte „einzeln oder gemeinsam“ einzufügen.

Soweit ersichtlich ist in Bezug auf das MVZ bisher nicht streitig, dass ein MVZ sowohl von einem einzelnen, im GKV-System bereits tätigen Leistungserbringer gegründet werden kann als auch durch mehrere Leistungserbringer gemeinsam, die dabei nicht alle demselben Versorgungssektor angehören müssen. Bezweifelt wird aber, dass ein einzelner Vertragsarzt, der diesen Status beibehält und seine Vertragsarztzulassung nicht auf das MVZ überträgt, durch Gesellschaftsvertrag zusammen mit einer juristischen Person ein MVZ gründen bzw. bilden kann. Dies soll beispielsweise nach der Auffassung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nur dann möglich sein, wenn mehrere Freiberufler ihrerseits zunächst eine Gesellschaft gründen bzw. bilden, um dann gemeinsam mit einer juristischen Person ein MVZ zu gründen. Das würde die Gründung eines MVZ unter Einbeziehung von Freiberuflern allerdings unnötig schwerfällig machen. Deshalb sollte durch die vorgeschlagene gesetzliche Ergänzung und eine entsprechende Begründung klargestellt werden, dass auch ein einzelner, zugelassener bleibender Vertragsarzt zusammen mit einer juristischen Person ein MVZ

gründen kann, welches – zur Erfüllung des Merkmals „fachübergreifend“ – sodann einen weiteren Arzt anstellen müsste.

- **Klarstellung zur Ausübung ärztlicher Tätigkeit im Medizinischen Versorgungszentrum und Krankenhaus**

Die DKG schlägt vor, die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-25, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch die 8. Zuständigkeitsanpassungsverordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304, 2343), wie folgt zu ändern:

In § 20 Abs. 3 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Die Ausübung ärztlicher Tätigkeit im Krankenhaus bildet keinen Hinderungsgrund nach den Absätzen 1 oder 2 für die Ausübung ärztlicher Tätigkeit in einem medizinischen Versorgungszentrum gemäß § 95 Abs. 1 S. 2 SGB V.“

Nach der Begründung zum Fraktionsentwurf für das GMG (BT-Drucks. 15/1525, S. 74) war die Überwindung sektoraler Grenzen bei der medizinischen Versorgung ein wesentliches Ziel der Reform des Gesundheitswesens durch das GMG. Eine der Maßnahmen des GMG zum Erreichen dieses Zieles bestand in der Einführung des medizinischen Versorgungszentrums in § 95 SGB V. Die dem Gesetzgeber insoweit nicht nur erwünschte, sondern von ihm zielgerichtet verfolgte Verzahnung insbesondere ambulanter und stationärer Heilbehandlung kann aber nicht nur durch institutionelle Öffnungen und Verknüpfungen erreicht werden. Vielmehr erscheint es zielführender und daher geboten, eine solche sektorenübergreifende Versorgung auch in der Person des einzelnen Leistungserbringers zu ermöglichen. Seit langem anerkannte Beispiele dafür sind der Belegarzt und der ermächtigte Arzt, die mit unterschiedlichen Schwerpunkten beide sowohl ambulant als auch stationär Behandlungsleistungen erbringen.

Mit Blick auf diese Beispiele, die Zielsetzung des Gesetzgebers und die ihr entsprechende Zulassung von Krankenhäusern zur Gründung medizinischer Versorgungszentren erscheint es naheliegend, dass im Krankenhaus angestellte Ärzte auch in medizinischen Versorgungszentren tätig werden können (und umgekehrt). Dem scheinen allerdings die Bestimmungen des § 20 Abs. 1 und 2 Ärzte-ZV und die dazu ergangene Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Zulassung von Krankenhausärzten als Vertragsärzte entgegenzustehen. Nach diesen Bestimmungen ist für die vertragsärztliche Tätigkeit ungeeignet, wer dafür nicht in erforderlichem Maße zur Verfügung steht (Abs. 1) bzw. wer eine ihrem Wesen nach mit der vertragsärztlichen Tätigkeit nicht vereinbare Tätigkeit ausübt (Abs. 2). Das Bundessozialgericht hat diese Anforderungen in verschiedenen Entscheidungen (s. insbes. Urteile vom 30.01.2002, B 6 KA 20/01 R – Diplompsychologin – und vom 05.11.1997, 6 R KA 52/97 – Pathologe –) dahingehend konkretisiert, dass

1. der Vertragsarzt höchstens ca. 13 Wochenstunden anderweitig tätig sein dürfe,
2. er auch während seiner anderweitigen Tätigkeit für seine Patienten erreichbar sein müsse,

3. es ihm möglich sein müsse, Inhalt und Umfang seiner vertragsärztlichen Tätigkeit und den Einsatz der der Praxis zugeordneten sachlichen und persönlichen Mittel selbst zu bestimmen,
4. die Vermischung vertragsärztlicher und anderweitiger ärztlicher Tätigkeit nicht zu einer Beschränkung des Patientenrechts auf freie Arztwahl führen dürfe und dass
5. eine Leistungsverlagerung zum Nachteil der Kostenträger aus nicht sachgerechten Gründen von einem zum anderen Bereich vermieden werden müsse.

Diese Konkretisierungen des § 20 Ärzte-ZV durch die Rechtsprechung lassen sich jedoch nicht auf das zum 1. Januar 2004 neu in die vertragsärztliche Versorgung eingeführte MVZ und die dort tätigen Ärzte übertragen.

ad 1.

Das gilt zunächst für die vom BSG bei ca. 13 Stunden angesetzte Obergrenze für den zeitlichen Umfang einer anderweitigen Tätigkeit außerhalb der Vertragsarztpraxis. Dies zielt auf den zugelassenen Vertragsarzt, der zur Sicherstellung der Versorgung einen Vertragsarztsitz innehält und damit bedarfsplanungsrechtlich meist andere Bewerber von diesem Sitz ausschließt. Demgegenüber kann die Vertragsarztzulassung im MVZ u.a. durch mehrere angestellte Ärzte ausgeübt werden. Nach § 32 b Abs. 1 S. 2 Ärzte-ZV gilt die mindestens halbtägige Beschäftigung eines angestellten Arztes sowie die Begrenzung der Zahl der Anstellungsverhältnisse auf zwei ausdrücklich nicht. Dementsprechend kann der Vertragsarztsitz im MVZ durch eine größere Zahl in geringerem zeitlichem Umfang beschäftigter Ärzte voll ausgeübt werden. Daher kann die Anforderung der Rechtsprechung, zumindest 2/3 der üblichen Wochenstundenzahl in der Vertragsarztpraxis tätig zu sein, nicht für das MVZ gelten.

ad 2.

Auch die Erreichbarkeit des Arztes für den Patienten lässt sich im MVZ anders gewährleisten als für den einzelnen Vertragsarzt. Sofern man – wie offenbar das BSG – von dem bisher häufigeren Fall des einzeln praktizierenden Vertragsarztes ausgeht, besteht zunächst der Unterschied, dass dieser während der Zeit seiner anderweitigen Tätigkeit in der Praxis nicht verfügbar bzw. die Praxis ganz geschlossen ist. Demgegenüber werden im MVZ bei Aufteilung einer Vertragsarztstelle von mehreren in Teilzeit angestellten Ärzten immer ein wenn nicht mehrere andere Ärzte verfügbar sein. Hinzu kommt, dass das Krankenhaus als Gesellschafter des MVZ notfalls sogar gewährleisten kann, dass ein bestimmter, im MVZ tätiger Arzt während der Zeit seiner Tätigkeit im Krankenhaus für MVZ-Patienten erreichbar ist, zumal die Praxis sicherlich eine räumliche Nähe zwischen Krankenhaus und MVZ anstreben wird.

ad 3.

Soweit es dem Leitbild des niedergelassenen Vertragsarztes entspricht, dass er den Inhalt und Umfang seiner vertragsärztlichen Tätigkeit und den Einsatz der der Praxis zugeordneten sachlichen und persönlichen Mittel selbst bestimmen kann, lässt sich auch das nicht auf den im MVZ tätigen angestellten Arzt übertragen. Insoweit ist nämlich zu berücksichtigen, dass das MVZ eine Mehrzahl von Ärzten anstellen, aber nur einen ärztlichen Leiter haben muss bzw. kann. Bereits daraus ergibt sich, dass die im MVZ angestellten, nicht leitenden Ärzte ohnehin nicht in einer dem Vertragsarzt vergleichbaren Weise selbst über ihre Tätigkeit und ihren Mitteleinsatz bestimmen

können. Dies ist aber vom Gesetzgeber gewollt und kann dementsprechend nicht als Argument gegen die gleichzeitige Tätigkeit eines Arztes in Krankenhaus und MVZ herangezogen werden. Im Übrigen unterscheidet sich der hier diskutierte Fall auch dadurch von den von der Rechtsprechung entschiedenen, dass neben dem Arzt hier auch das Krankenhaus auf beiden Seiten in der (Träger-) Verantwortung steht und damit organisatorisch gewährleisten muss, dass der Arzt die ihm obliegenden Pflichten im Krankenhaus und im MVZ erfüllen kann.

ad 4.

In Bezug auf die von der Rechtsprechung geforderte Wahrung des Patientenrechts auf freie Arztwahl (§ 76 Abs. 1 S. 1 SGB V) ist zu konstatieren, dass sich aus der gleichzeitigen Tätigkeit eines Arztes im stationären und im ambulanten Bereich tatsächlich faktische Beschränkungen für die Arztwahlfreiheit des Patienten ergeben können. Es ist nämlich naheliegend, dass der ambulant behandelnde Arzt erwägen bzw. empfehlen wird, einen erforderlich werdenden stationären Eingriff selbst vorzunehmen (und umgekehrt), bzw. dass der Patient einen gewissen Druck verspüren wird, dieser Empfehlung zu folgen, um eventuelle Belastungen des Verhältnisses zum Arzt zu vermeiden. Hier ist allerdings zu berücksichtigen, dass der Gesetzgeber mit dem Belegarzt und dem ermächtigten Arzt nicht nur Positionen geschaffen hat, die die Arztwahlfreiheit des Patienten in gleicher Weise tangieren. Vielmehr ergeben sich bereits aus § 76 Abs. 2 und 3 SGB V (Beschränkung auf den nächsterreichbaren Arzt und der Arztwechselfähigkeit, Hausarztwahlpflicht) sowie aus der jüngst in § 28 SGB V eingeführten Praxisgebühr gesetzliche Beschränkungen der Arztwahlfreiheit des Patienten. Danach handelt es sich bei dem Recht auf freie Arztwahl keineswegs um ein unbeschränkt gewährtes Recht. Vielmehr muss sich dieses Recht offensichtlich immer wieder anderen gesetzgeberischen Zielsetzungen unterordnen. Das ist auch vorliegend der Fall, wenn der Gesetzgeber einen Abbau der Sektorengrenzen anstrebt, um Informationsverluste bei deren Überwindung zu vermeiden und dadurch die Behandlung der Patienten zu optimieren und Kosten für das Gesundheitssystem insgesamt einzusparen.

ad 5.

Schließlich muss bezweifelt werden, dass in nennenswertem Umfang Leistungsverlagerungen zum Nachteil der Kostenträger zu befürchten sind. Sie dürften allenfalls dann auftreten, wenn ambulant erbringbare Leistungen in den zusätzlich mit Unterbringungs- und Verpflegungskosten behafteten stationären Bereich verlagert werden. Dort drohen allerdings Fehlbelegungsprüfungen nach den § 275 Abs. 1 SGB V und entsprechende Stichprobenprüfungen nach § 17c KHG, deren Ergebnisse ggf. im Erlösbudget oder den Fallpauschalen des kommenden Jahres zu berücksichtigen sind. Dies dürfte einer willkürlichen Leistungsverlagerung entgegenstehen, wobei ein verbleibendes Risiko wie beim Belegarzt und beim ermächtigten Arzt hinzunehmen ist. Die Vorschrift des § 17c ist erst durch das Fallpauschalengesetz vom 23.04.2002 in das KHG eingefügt worden und konnte daher in der Rechtsprechung des BSG noch keine Berücksichtigung finden.

4. Arzneimittelversorgung durch Krankenhausapotheken

Die Regelung des § 14 Abs. 4 Apothekengesetz (ApoG) verhindert sinnvolle Konzepte neuer Versorgungsformen und steht damit einer umfassenden Patientenbehandlung entgegen.

Aufgrund der Gesetzesformulierung "zur unmittelbaren Anwendung" ist Krankenhausapotheken weder die Arzneimittelversorgung des ambulanten Patienten zu Hause noch die Abgabe von Arzneimitteln an ambulante Patienten zur häuslichen Anwendung erlaubt.

Die durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz geschaffenen neuen ambulanten Versorgungsformen der Krankenhäuser dürfen aber nicht nur die medizinische sondern müssen auch die vertragliche Gestaltung der pharmazeutische Versorgung ermöglichen. Nur so kommt dem Patienten eine umfassende Versorgung aus einem Guss zugute.

Die DKG fordert eine Streichung der Formulierung "zur unmittelbaren Anwendung" in § 14 Abs. 4 ApoG.

Diese gesetzliche Änderung würde zu allererst und unmittelbar den Patienten zugute kommen: Zusätzliche Wege zur Erlangung der Arzneimittel werden dem Patienten erspart und die optimale Abstimmung von Arzt und Apotheker ist gewährleistet. Bei der Zielgruppe handelt es sich insbesondere um chronisch und schwer Erkrankte (z.B. onkologische Patienten).

Systembedingt sind niedrigere Kosten für die Krankenversicherungen zu erwarten.

Schließlich würde eine entsprechende Gesetzesänderung bestehende Wettbewerbsverzerrungen im Verhältnis zu Offizinapotheken beseitigen. Im Gegensatz zu Krankenhausapotheken ist krankenhauseingetragenen Offizinapotheken eine umfassende ambulante pharmazeutische Versorgung erlaubt.

Zugleich sollte § 11 Abs. 3 ApoG geändert werden.

Die Formulierung "anwendungsfertige Zytostatika" ist zu ersetzen durch "Parenterale Lösungen".

Auf diese Weise würden auch antibiotika- und virustatikahaltige Lösungen, parenterale Ernährungslösungen sowie Schmerz- und sonstige Lösungen subsumiert und für den Patienten ohne zusätzlichen Aufwand erhältlich. Auch hier gilt es, eine individuell zugeschnittene Versorgung aus einer Hand gesetzlich zu ermöglichen.