

An den  
Vorsitzenden des Sozialausschusses  
des Schleswig-Holsteinischen Landtages  
Herrn Christopher Vogt  
Düsternbrooker Weg 70

24105 Kiel

Kiel, 18.10.2010

## **Anhörung am 28.10.2010**

*- Schriftliche Stellungnahme*

Sehr geehrter Herr Vogt,

vielen Dank für die Möglichkeit, im Rahmen der mündlichen Anhörung zur "Verbesserung der Kooperation zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor" sowie zur "Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung" schriftlich Stellung zu nehmen. Ich nehme die Gelegenheit gerne wahr, Ihnen einzelne Gedanken und Anregungen der Kliniken in privater Trägerschaft zu übermitteln, zumal auch aus unserer Sicht angesichts der demographischen Entwicklung und des sich abzeichnenden Fachkräftemangels der Sicherstellung der medizinischen Versorgung in den nächsten Jahren eine zunehmende Bedeutung zukommen wird. Dabei wird es auch darauf ankommen, den gleichen Zugang der Patienten zur Gesundheitsversorgung aufrecht zu erhalten. - Herausforderungen, die insbesondere für ein Flächenland wie Schleswig-Holstein ein Überdenken bestehender Versorgungsstrukturen sowie die Realisierung neuer Formen der Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringern erfordern.

Grundsätzlich ist aus Sicht des VPKSH die Bedarfsplanung im ambulanten und stationären Bereich kein geeignetes Instrument, um wirksam dem drohenden Ärztemangel entgegenzuwirken. Alle auch nur denkbaren Planungsinstrumente werden nicht dazu führen, daß sich in den ländlichen Regionen mehr Ärzte niederlassen. Auch eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung wird diesem Ziel einer flächendeckenden Sicherstellung mit ärztlichen Leistungen nicht gerecht. Dies gilt auch und im besonderen für den von der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein geforderten Status einer unmittelbar Beteiligten an der Krankenhausplanung.

Das größte Potential sehen wir in der Überwindung der Sektorengrenzen. Die Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ist die Nahtstelle, an der es möglich ist, weiterhin Effizienz- und Wirtschaftlichkeitsreserven zu heben. Nur so kann eine Rationierung auf Kosten der Patienten verhindert und weiterhin hochwertige Medizin für jedermann bezahlbar angeboten werden.

Aus Sicht des VPKSH ist es eher erforderlich, die Versorgungssektoren besser zu verzahnen und durchgängiger auszugestalten. Hierzu hat der Gesetzgeber insbesondere mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) und den spezialärztlichen ambulanten Krankenhausleistungen nach §116b SGB V wichtige Voraussetzungen geschaffen. Statt Fortschritt in den Bemühungen um sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen ist aber derzeit auch ein Rückfall in alte Denkmuster und Vorbehalte zu verzeichnen. Die Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken in privater Trägerschaft sind jedenfalls bemüht und willens, ihre Versorgungskapazitäten im Falle von Unterversorgung in der ambulanten Versorgung zur Verfügung zu stellen. Im Bereich der ambulanten Notfallversorgung tun sie es bereits; für die Verbundweiterbildung von jungen Medizinern und Medizinerinnen haben überwiegend Kliniken in privater Trägerschaft Kooperationsverträge mit der Kassenärztlichen Vereinigung geschlossen. Dies sind nur einige wenige Beispiele. - Aus unserer Sicht bestehende Probleme, aber auch Vorschläge und Anregungen zeigen wir punktuell nachstehend auf.

### **Rehabilitationseinrichtungen**

Die Rehabilitationseinrichtungen bzw. die in ihnen tätigen Ärzte sollten in den Gebieten, in denen die vertragsärztliche Versorgung nicht sichergestellt ist, zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zugelassen werden. - Konkrete Vorschläge zu Gesetzesänderungen liegen vor (Anlage).

### **Belegärzte**

Die belegärztliche Versorgung ist historisch bedingt eine funktionsfähige, bewährte und effiziente Form der integrierten Versorgung.

Mit dem Inkrafttreten des Vertragsarztrechts-Änderungsgesetzes haben alle Krankenhäuser die Möglichkeit, stationäre Leistungen in der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Vertragsärzten auf honorarärztlicher Basis zu erbringen. Die Krankenhausleistung wird mit den Preisen für Hauptabteilungen vergütet. Krankenhäuser, die hingegen mit Belegärzten zusammenarbeiten, erhalten für die Leistung unter den gleichen Abrechnungsbedingungen (das Krankenhaus vergütet den Arzt; keine Abrechnung mit der KV) jedoch nur 80 % der Fallpauschale (DRG) für Hauptabteilungen.

Diese wettbewerbliche Ungleichbehandlung führt dazu, daß sich kein Krankenhaus zur Anwendung des § 121 Abs. 5 SGB V entschlossen hat und dies auch nicht beabsichtigt. Damit geht diese gesetzliche Regelung ins Leere. Vielmehr entscheiden sich einzelne Krankenhäuser und Belegärzte dazu, aus wirtschaftlichen Gründen Belegabteilungen in hauptamtliche Abteilungen unter Aufgabe des freiberuflichen Belegarztstatus umzuwandeln.

Ein Beispiel für die derzeitige wirtschaftliche Not sind auch die drastisch gestiegenen Haftpflichtversicherungsprämien für Gynäkologen. Die Belegärzte sind nicht in der Lage, die Prämien aus ihren Arzthonoraren zu finanzieren und drohen die Einstellung ihrer Tätigkeit im Krankenhaus an.

Die derzeitige Situation führt kurz- bis mittelfristig zum Ende des Belegarztsystems. Wir halten es deshalb für dringend geboten, die 80 % - Regelung in § 18 Abs. 3 Satz 1 Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) zu streichen, da sie offensichtlich nicht zu dem gewünschten Erfolg führt.

### **Medizinische Versorgungszentren**

Im Koalitionsvertrag verkündet die Bundesregierung ihre Absicht, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) zukünftig nur unter bestimmten Voraussetzungen zulassen zu wollen. Vorgesehen ist, daß Geschäftsanteile an MVZ nur im Besitz von zugelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie von Krankenhäusern sein dürfen und die Mehrheit der Geschäftsanteile und Stimmrechte zugelassenen Ärztinnen und Ärzten zustehen soll. Nur in Ausnahmefällen und unterversorgten Gebieten soll hiervon abgewichen werden können.

Solche Überlegungen sind ein Rückschritt und stehen dem Recht der Patientinnen und Patienten auf eine von Fremdeinflüssen weitgehend unabhängige Auswahl des Leistungserbringers entgegen.

Nach dem bisherigen Willen des Gesetzgebers stellen MVZ einen wichtigen Bestandteil der integrierten Versorgung dar, sie dienen dem Patienten und bieten eine Versorgung aus einer Hand. Die Einführung und Erprobung dieser neuen Versorgungsform wurde im Jahr 2004 durch das GKV-Modernisierungsgesetz geebnet. Um eine echte Verzahnung der Versorgungssektoren zu fördern, wurden als Betreiber bewußt Ärzte und Krankenhäuser sowie weitere Leistungserbringer, die an der Versorgung gesetzlich Krankenversicherter teilnehmen, zugelassen. Weil sich MVZ als Versorgungsform bewährt hatten, wurden mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz die Gründung von MVZ erleichtert und weitere gesetzliche Hürden aus dem Weg geräumt. Eine Abkehr von dieser Entwicklung würde den Ausbau dieser sinnvollen Versorgungsform erheblich bremsen.

Auch nach Auffassung der Bundesregierung (BT-Drucksache 17/3131) stellt das MVZ sowohl für Krankenhäuser als auch für Ärztinnen und Ärzte und sonstige Träger eine attraktive Form der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung dar. Sie bieten insbesondere für jüngere Ärztinnen und Ärzte, die z. B. Familienaufgaben wahrnehmen oder das wirtschaftliche Risiko einer Praxisübernahme scheuen, eine attraktive Berufsperspektive.

Darüber hinaus haben sich MVZ - unabhängig von ihrer Trägerschaft - als sinnvolle Ergänzung zu den Leistungsangeboten der in Einzel- und Gemeinschaftspraxen freiberuflich tätigen Ärztinnen und Ärzte etabliert und helfen Schnittstellenprobleme beim Übergang zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu bewältigen, so die Bundesregierung.

Die Befürchtung, daß weitere Zulassungen von MVZ die Existenz von niedergelassenen Arztpraxen negativ beeinflussen könnten, kann kein Argument für die geplante Beschränkung sein. Zum einen, weil grundsätzlich nicht die Frage der Besitzstandswahrung, sondern die der

bestmöglichen und wirtschaftlichsten Versorgungsform im Vordergrund stehen sollte. Zum anderen, weil ärztliche Belange auch heute schon ausreichend berücksichtigt werden. Denn sowohl die Zulassung von MVZ als auch die Anstellung von Ärzten in MVZ bedürfen der Zustimmung durch den Zulassungsausschuß der KVSH und erfordern darüber hinaus die Berücksichtigung der Bedarfsplanung nach § 103 SGB V.

Konkrete Gefahren, daß bei angestellten Ärztinnen und Ärzten in MVZ die Therapiefreiheit eingeschränkt wird oder Kapitalgeber auf die Geschäftsführung und Patientenversorgung im MVZ Einfluß nehmen, verneint die Bundesregierung. Eine Einschränkung der Zulassung von MVZ nur auf Vertragsärzte wäre also nicht sachgerecht und würde die gewollte wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung auf hohem Niveau in Frage stellen.

Unabhängig von der weiteren politischen Entwicklung der im Koalitionsvertrag vorgesehenen Zulassungsbeschränkungen für MVZ sind auch rechtliche Aspekte zu bedenken. Für den VPKSH gibt es eindeutige Hinweise darauf, daß die beschränkte Zulassung von Leistungserbringern zum Betrieb von MVZ sowohl mit dem nationalen Verfassungsrecht als auch mit dem europäischen Normen nicht zu vereinbaren ist. Sollten diese Hinweise zutreffen, wäre das von der Bundesregierung geplante Gesetz verfassungs- und europarechtswidrig.

### **Kooperationen**

Die Sozialgerichte und zunehmend auch die Krankenkassen stellen die rechtliche Zulässigkeit der Kooperation von niedergelassenen Vertragsärzten mit Krankenhäusern bei der Erbringung stationärer Krankenhausbehandlung in Frage. Die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Vertragsärzten und Krankenhäusern ist aber nicht zuletzt aufgrund des Ärztemangels dringend notwendig. Wir halten es daher für erforderlich, die in § 2 Abs. 2 Nr. 2 KHEntgG enthaltene Formulierung rechtssicher auszugestalten, damit sinnvolle Kooperationen praktiziert werden können.

Mit freundlichen Grüßen  
Dr. med. Philipp Lubinus



Vorsitzender

Anlage

## Vertragsärztliche Versorgung in unterversorgten Gebieten sicherstellen; Rehabilitationseinrichtungen zur vertragsärztlichen Versorgung zulassen

### Regelungserfordernis:

Die Rehabilitationseinrichtungen bzw. die in ihnen tätigen Ärzte müssen in den Gebieten, in denen die vertragsärztliche Versorgung nicht sichergestellt ist, zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zugelassen werden.

### Gesetzesvorschläge

1. § 116 SGB V wird wie folgt geändert:

#### **„Ambulante Behandlung durch Ärzte in stationären Einrichtungen**

**In Krankenhäusern oder Rehabilitationseinrichtungen beschäftigte Ärzte** mit abgeschlossener Weiterbildung können mit Zustimmung des **Einrichtungsträgers** vom Zulassungsausschuss (§ 96) zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten, **in Krankenhäusern oder Rehabilitationseinrichtungen beschäftigten, Ärzten** nicht sichergestellt wird.“

2. § 116a SGB V wird wie folgt geändert:

#### **„Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen bei Unterversorgung**

Der Zulassungsausschuss kann zugelassene Krankenhäuser **und Rehabilitationseinrichtungen mit Versorgungsvertrag** für das entsprechende Fachgebiet in den Planungsbezirken, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Unterversorgung festgestellt hat, auf deren Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen, soweit und solange dies zur Deckung der Unterversorgung erforderlich ist.“

### Begründung:

Der Ärztemangel führt insbesondere in ländlichen Gebieten zu Versorgungsengpässen bei der vertragsärztlichen Versorgung. Dies führt teilweise zu untragbaren Entfernungen bzw. Wartezeiten für die Patienten. Mit der Einbeziehung der Krankenhäuser in die ambulante vertragsärztliche Versorgung in unterversorgten Gebieten wurde eine weitere Möglichkeit zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung geschaffen. Es bietet sich an, Rehabilitationseinrichtungen ebenfalls in die vertragsärztliche Versorgung einzubeziehen. Rehabilitationseinrichtungen sind häufig nicht in Ballungs- sondern in den vom Fachärztemangel besonders betroffenen, strukturschwachen Gebieten angesiedelt. Gleichzeitig halten Rehabilitationseinrichtungen ein umfassendes Spektrum an qualifizierten ärztlichen Fachkräften vor.

### Gesetzesvorschlag

3. § 98 Absatz 2 Nr. 11 SGB V wird wie folgt geändert:

„die Voraussetzungen, unter denen Ärzte, insbesondere in Krankenhäusern und Einrichtungen der **medizinischen oder beruflichen Rehabilitation**, oder in besonderen Fällen Einrichtungen durch die Zulassungsausschüsse zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden können, die Rechte und Pflichten der ermächtigten Ärzte und ermächtigten Einrichtungen sowie die Zulässigkeit einer Vertretung von ermächtigten Krankenhausärzten durch Ärzte mit derselben Gebietsbezeichnung,“

### Begründung:

Die Ermächtigungsnorm für die Zulassungsverordnung für Ärzte ist an die Änderung in § 116 SGB V anzupassen.

