

Dr. Jens-M. Kuhlmann

# Neue Versorgungsmöglichkeiten für Krankenhäuser durch das GMG

**Am 19. November 2003 wurde das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) im Bundesgesetzblatt veröffentlicht.<sup>1)</sup> Es tritt größtenteils zum 1. Januar 2004 in Kraft. Mit dem GMG eröffnen sich für die Krankenhäuser neue Möglichkeiten zur Teilnahme an der Versorgung der Versicherten. Die entsprechenden Neuregelungen im SGB V werden – von einzelnen Bedenken abgesehen – von der DKG und den Krankenkassen begrüßt. Zu den neuen Versorgungsformen und der Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen gehören die medizinischen Versorgungszentren (§ 95 SGB V), die ambulante Versorgung bei Unterversorgung (§ 116 a SGB V), die ambulante Behandlung im Rahmen von Disease-Management-Programmen (DMP), bei hoch spezialisierten Leistungen und seltenen Erkrankungen sowie Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen (§ 116 b SGB V), ebenso die von alten Hemmnissen befreite Integrationsversorgung (§§ 140 a ff. SGB V). Die Teilnahme der Krankenhäuser an diesen Versorgungsformen ist entweder zulassungsabhängig oder im Übrigen vertragsbasiert. Nachfolgend werden die durch das GMG neu geregelten Versorgungsformen vorgestellt und für die teilnehmenden Krankenhäuser notwendige oder mögliche Verträge angesprochen.**

## Medizinische Versorgungszentren

### ■ Definition und Leistungsspektrum

Nach § 95 SGB V nehmen an der vertragsärztlichen Versorgung jetzt nicht mehr nur zugelassene oder ermächtigte Ärzte sowie ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen, sondern auch die neuen medizinischen Versorgungszentren (MVZ) teil. Die MVZ werden definiert als fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Anders als die Integrationsversorgung, die nach § 140 a Absatz 1 SGB V neue Fassung entweder leistungssektoren- oder fachübergreifend erfolgen kann, ist Zulassungsvoraussetzung eines MVZ ausschließlich ein fachübergreifendes Leistungsspektrum. Eine Kombination ambulanter und stationärer Versorgung innerhalb nur eines Fachgebietes ist nicht ausreichend. Dies schließt ein Leistungsspektrum über die Sektoren ambulant, stationär und Rehabilitation jedoch nicht aus. Eine solche Bereichsüberschreitung wird bei Krankenhausbeteiligung wahrscheinlich sogar die Regel sein. MVZ nehmen an der vertragsärztlichen Versorgung teil, sind in ihrem Leistungsspektrum aber nicht darauf beschränkt. Sie können vielmehr – wie Krankenhäuser – außerhalb der Versorgung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung auch andere Leistungen, bei-

spielsweise privatärztliche Leistungen, anbieten. Hingewiesen sei in diesem Zusammenhang aber darauf, dass die Musterbedingungen der privaten Krankenversicherungen eine Abrechnung privatärztlicher Leistungen nur von niedergelassenen Ärzten und – nach der Rechtsprechung – auch von Krankenhausärzten und Krankenhäusern akzeptieren. Eine Pflicht zur Erstattung von Behandlungskosten wegen von MVZ erbrachten privatärztlichen Leistungen besteht nach dem Wortlaut des § 4 MB/KK nicht, auch wenn mit der Zulassung der MVZ zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ein erheblicher Änderungsdruck erzeugt wird. Ob die Rechtsprechung dem privat Versicherten eher zu einem Erstattungsanspruch verhilft, bleibt abzuwarten.

## Vertragsärztliche Leistungserbringung durch MVZ und Vertragsärzte

Beteiligt sich ein Krankenhaus an einem MVZ, so nimmt es dadurch nicht als solches an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Die Leistungserbringung nach § 95 SGB V erfolgt durch das MVZ als Einrichtung mittels seiner angestellten Ärzte oder – was näherer Erläuterung bedarf<sup>2)</sup> – durch die in ihm tätigen Vertragsärzte. Die MVZ treten damit im vertragsärztlichen Bereich in erster Linie in Konkurrenz zu niedergelassenen Vertragsärzten. Nur ausnahmsweise treten sie auch in Konkurrenz zu Krankenhäusern, nämlich wo diese in Einzelbereichen, zum Beispiel im Rahmen einer Institutsermächtigung, vertragsärztliche Leistungen erbringen.

## Zulassung und Genehmigung durch den Zulassungsausschuss

Die Zulassung eines MVZ erfolgt durch die Zulassungsausschüsse, und zwar grundsätzlich unter denselben Voraussetzungen wie bei der Zulassung eines einzelnen Vertragsarztes, insbesondere also nur bei einem entsprechenden Versorgungsbedarf. Liegen die Zulassungsvoraussetzungen vor, so hat das MVZ – auch wenn das Gesetz nur von einer Bewerbungsmöglichkeit spricht – einen Rechtsanspruch auf die Zulassung. Dieser ergibt sich aus § 95 SGB V in Verbindung mit Artikel 12 GG. Zugelassen wird das MVZ, nicht die in ihm tätigen angestellten Ärzte. Die Anstellung von Ärzten durch das MVZ ist allerdings ihrerseits vom Zulassungsausschuss zu genehmigen und wiederum bedarfsabhängig. Die Zulassung des MVZ erfolgt für den Ort der Niederlassung als MVZ

einfach, sicher und stabil – [www.gsd.de](http://www.gsd.de)

(Vertragsarztsitz). Der Filialbetrieb des MVZ an mehreren Orten gleichzeitig, insbesondere über mehrere Planungsbereiche hinweg, ist damit nicht möglich. Allerdings hat das MVZ – wie Vertragsärzte – die Möglichkeit zur Einrichtung einer genehmigungspflichtigen Zweigpraxis und genehmigungsfreier ausgelagerter Praxisräume, zum Beispiel zur Durchführung spezieller Untersuchungen oder Behandlungen.

### ■ MVZ und Vertragsarztsitz(e)

Nach § 95 SGB V sind Vertragsärzte und MVZ bei der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung gleichberechtigt. Faktisch werden die jetzt schon niedergelassenen Vertragsärzte der Zulassung von MVZ aber vielfach entgegenstehen. Anders wird dies dann sein, wenn sich schon zugelassene Vertragsärzte dazu entschließen, zukünftig für ein oder zumindest in einem MVZ tätig zu sein. Dazu kann der Vertragsarzt seine Zulassung gemäß § 103 Absatz 4 a SGB V in das MVZ einbringen. Das MVZ übernimmt dann den damit verbundenen Vertragsarztsitz und stellt den ehemaligen Vertragsarzt als Arbeitnehmer ein. Will ein Vertragsarzt seine vertragsärztliche Tätigkeit ganz aufgeben, so kann er seine Praxis und seinen Vertragsarztsitz mit der Folge der Zulassung des MVZ auf ein MVZ als „Praxisnachfolger“ übertragen, § 103 Absatz 4 a SGB V. Hierdurch wird ein bislang unerwünschter Konzessionshandel begünstigt. Darüber hinaus kommt die Zulassung eines MVZ dann in Betracht, wenn ein Vertragsarzt – im Rahmen der vertragsärztlichen Möglichkeiten – bereit ist, seinen Vertragsarztsitz in das MVZ zu verlegen. In diesem Fall wäre er in dem MVZ als Vertragsarzt tätig, so dass die Begriffsdefinition erfüllt wäre.

Zieht man in diesem Zusammenhang die Gesetzesbegründung zu § 103 SGB V neue Fassung heran, wonach ein Vertragsarzt seine Zulassung nicht aufgeben muss, sondern seine Zulassung auch in das medizinische Versorgungszentrum mitnehmen kann, ohne dass deshalb eine Praxisübergabe möglich oder erforderlich ist,<sup>3)</sup> so begründet auch dies die Zulassung eines MVZ, obwohl im entsprechenden Planungsbereich Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. Das MVZ erhält damit eine deckungsgleiche Zulassung mit den in ihm tätigen Vertragsärzten. Der „Einzug“ des Vertragsarztes in das MVZ ist mindestens durch einen Mietvertrag über Praxisräume im MVZ, idealerweise durch einen Kooperationsvertrag zwischen MVZ und Vertragsarzt zu regeln.

### ■ Gründung eines MVZ

Als Gründer eines MVZ kommen alle Leistungserbringer in Frage, die aufgrund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmen. Gründer oder Mitbegründer eines MVZ kann auch ein Krankenhausträger allein sein. Es müssen sich nicht etwa mehrere Leistungserbringer gesellschaftsrechtlich zusammenfinden, um ein MVZ zu gründen. Macht ein Krankenhausträger von dieser Option Gebrauch, so muss er wegen des Erfordernisses der fachgebietsübergreifenden Versorgung allerdings mindestens 2 Fachgebiete abdeckende angestellte Ärzte oder Vertragsärzte zur Erbringung der vertragsärztlichen Leistungen gewinnen. Ein Arzt hat die ärztliche Leitung des MVZ zu übernehmen. Dies ist durch den Abschluss

von Arbeits- und/oder Kooperationsverträgen sicherzustellen. Beteiligen sich nicht zugelassene Leistungserbringer am MVZ, so hat dies den Entzug der Zulassung zur Folge. Wollen Krankenhausträger nicht selbst ein MVZ gründen, sich an einem solchen aber beteiligen, so kann dies in Gestalt einer Gesellschafterposition bei der MVZ-Trägergesellschaft oder in Gestalt eines Kooperationsvertrags geschehen. Damit haben die Gesellschafter von Krankenhausgesellschaften, auch wenn es sich bei Ihnen nicht um zugelassene Leistungserbringer handelt, zumindest mittelbar über die Hintertür die Möglichkeit, sich an der ambulanten Versorgung zu beteiligen.

### ■ Organisationsformen

Nach § 95 Absatz 1 SGB V können sich MVZ aller zulässigen Organisationsformen bedienen. Das heißt zunächst, dass ein MVZ an sich in beliebiger Rechtsform gegründet werden kann. In Betracht kommt eine privatrechtliche, aber auch eine öffentlich rechtliche Organisation. Damit sind ausnahmslos sämtliche schon bestehenden Krankenhausträger in der Lage, unter Beibehaltung ihrer Rechtsform ein MVZ zu gründen. Sollen dagegen Ärzte Mitbegründer des MVZ sein, so stellt sich für sie die Frage, wie sich die bundesrechtliche Regelung des § 95 SGB V mit den demgegenüber stark eingeschränkten landes- und berufsrechtlichen Vorschriften (allein die BGB-Gesellschaft und die Partnerschaftsgesellschaft als zulässige Berufsausübungs- und medizinische Kooperationsgemeinschaften) „verträgt“. Sofern sich das beispielsweise einer Heilkunde-GmbH entgegenstehende Landes- oder Berufsrecht nicht ändert,<sup>4)</sup> wird sich die Problematik nicht mit einem schlichten Hinweis auf die konkurrierende Bundesgesetzgebungskompetenz im Bereich der Sozialversicherung<sup>5)</sup> und darauf, dass Bundesrecht Landesrecht bricht, lösen lassen. Es ist vielmehr darüber nachzudenken, ob nicht die Beschränkung auf „zulässige“ Organisationsformen als Vorbehalt harmonisierenden Landes- und Berufsrechts zu verstehen ist. Weitere Probleme ergeben sich etwa aus dem Beteiligungsverbot in §§ 8, 12 ApothekenG und den Sonderregelungen für die an sich teilnahmeberechtigten Zahnärzte.

### ■ Ausstattung des MVZ

Als neue Leistungserbringer müssen sich die MVZ die zur Leistungserbringung erforderlichen personellen und sachlichen Mittel beschaffen. Dies kann durch eigene Anschaffung bzw. Anstellung erfolgen. Weniger kapitalintensiv ist die Anbindung und Nutzung schon bestehender Einrichtungen, beispielsweise Gemeinschaftspraxen und Krankenhäuser. Abzuschließen sind in diesem Zusammenhang unter anderem Miet-, Personalüberlassungs- und andere Kooperationsverträge. Zu berücksichtigen ist hier die Anknüpfung der Zulassung als MVZ an einen regionalen Bedarf einerseits und die Bindung der Zulassung an den Ort der Betriebsstätte andererseits. Dadurch wird sich der Kreis derjenigen Krankenhäuser, die als Vertragspartner für die genannten Verträge in Betracht kommen, faktisch stark einschränken, sofern sich nicht niedergelassene Vertragsärzte dem MVZ anschließen und bereit sind, ihren Vertragsarztsitz in das MVZ einzubringen oder in das MVZ zu verlagern.

## ■ Arbeitsvertrag und vertragsärztliche Zulassung

In den vom Träger des MVZ mit den Ärzten zu schließenden Arbeitsverträgen sind die neue Fortbildungsverpflichtung nach § 95 d SGB V und die auf die Vollendung des 68. Lebensjahres gesetzlich befristete Anstellung (§ 95 Absatz 7 lit. cc SGB V) durch entsprechende Verpflichtungs- und Befristungsregelungen aufzunehmen. Als Gehaltsfaktor kann berücksichtigt werden, dass sich die MVZ mit der entsprechenden Anzahl von Vertragsarztsitzen einmal zugelassen als „Zulassungsmaschine“ erweisen können. So ist es einem angestellten Arzt nach nur fünfjähriger Tätigkeit im MVZ möglich, aus der auf seine Person entfallenden Genehmigung eine eigene Zulassung herzuleiten und sich damit in eigener Praxis als Vertragsarzt niederzulassen. Das MVZ kann die dadurch bei ihm eintretende Vakanz durch Neueinstellung ausgleichen, ohne dass deshalb eine erneute Bedarfsprüfung erforderlich wäre. Mit dieser Option ist die abhängige Beschäftigung für einen Arzt in einem MVZ noch deutlich interessanter als die Aufnahme einer Belegarztztätigkeit im Rahmen des § 103 Absatz 7 SGB V, in dessen Folge eine von der Belegarztztätigkeit unabhängige Zulassung erst nach 10 Jahren entsteht. Allerdings funktioniert das Unterlaufen der Bedarfsplanung je neu genehmigte Arztstelle nur einmal. Aus nachbesetzten Arztstellen lässt sich kein Zulassungsanspruch mehr herleiten, § 103 Absatz 4 a Satz 5 SGB V.

## ■ Anstellung oder Kooperation

Bei der Frage, ob ein MVZ einen Arzt anstellt oder mit einem Vertragsarzt, der sich in seinen Räumlichkeiten niederlässt, kooperiert, hat der Träger des MVZ auch die Folgen des zum 1. Januar 2004 verschärften Arbeitszeitgesetzes (ArbZG)<sup>6)</sup> zu beachten. Während der Einsatz des angestellten Arztes nur im Rahmen des ArbZG möglich ist, kann der Vertragsarzt als „freier“ Unternehmer Versorgungsleistungen ohne Rücksicht auf Arbeitszeitbeschränkungen erbringen. Umgekehrt spricht für die Anstellung eines Arztes anstelle der Kooperation mit einem Vertragsarzt die mit der Leistungserbringung durch das MVZ verbundene Aufhebung des Grundsatzes der persönlichen Leistungserbringung. Ist Leistungserbringer im sozialversicherungsrechtlichen Sinn nicht ein einzelner Arzt, sondern das MVZ als ärztlich geleitete Einrichtung, so spielt es – von Fachgebietsgrenzen und persönlichen Qualifikationen abgesehen – keine Rolle, welcher der beim MVZ angestellten Ärzte die Versorgung tatsächlich durchführt. Insoweit ist das MVZ dem Krankenhaus bei der Erbringung vertragsärztlicher Leistungen gleichgestellt.

## ■ Anwendung der Bestimmungen der vertragsärztlichen Versorgung

Von den Binnenstrukturen der MVZ abgesehen gibt es keinen besonderen vertraglichen Regelungsbedarf. Mit der Zulassung ist das MVZ zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet. Nach § 95 Absatz 3 SGB V sind die vertraglichen Bestimmungen der vertragsärztlichen Versorgung, zum Beispiel die Gesamtverträge nach § 85 SGB V und die BMV-Ärzte, auch für die MVZ verbindlich. Die vom MVZ angestellten Ärzte werden Zwangsmitglieder der für den Vertragsarztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung.

## Ambulante Versorgung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung

### ■ Unterversorgung als Ermächtigungsvoraussetzung und -anspruch

Ebenso wie über die Zulassung von MVZ entscheidet der Zulassungsausschuss über die Zulassung von Krankenhäusern zur ambulanten Versorgung nach § 116 a SGB V. Besteht eine Unterversorgung, so ist der Zulassungsausschuss verpflichtet, zugelassene Krankenhäuser des betroffenen Planungsbereichs auf deren Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung zu ermächtigen. Eine Unterversorgung liegt vor, wenn der im Bedarfsplan ausgewiesene bedarfsgerechte Versorgungsgrad in der allgemeinärztlichen Versorgung um 25 Prozent bzw. in der fachärztlichen Versorgung in einem Fachgebiet um 50 Prozent unterschritten wird.<sup>7)</sup> Die Unterversorgung als Ermächtigungsvoraussetzung des neuen § 116 a SGB V wird eher selten vorliegen. Dort, wo sie aber gegeben ist, ist die Anwendung der Neuregelung von praktisch hoher Bedeutung für die Versorgung der Versicherten. Das kann vor allem in den neuen Bundesländern der Fall sein.

Mit der Neuregelung des § 116 a SGB V wird der obligatorische Vorrang der persönlichen Ermächtigung von Krankenhausärzten, wie er in der auf die Vorschriften der Zulassungsverordnung für Ärzte gestützten, ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vertreten wurde, aufgehoben. Liegen die Tatbestandsvoraussetzungen für die Institutsermächtigung vor, so reduziert sich das Ermessen des Zulassungsausschusses auf Null. Die Folge ist ein Rechtsanspruch der Krankenhausträger auf Erteilung der Ermächtigung aus § 116 a SGB V in Verbindung mit Artikel 12 GG (Berufsfreiheit). Dies wird in der Gesetzesbegründung zwar in Abrede gestellt.<sup>8)</sup> Ohne einen solchen Rechtsanspruch wäre die Neuregelung aber sinnlos. Der Bedarf würde nicht gedeckt, die Versicherten blieben unversorgt. Diese unbefriedigende Situation ergab sich schon nach bisherigem Recht,<sup>9)</sup> das von den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit zur Begründung eines absoluten Vorrangs der zu ermächtigenden Krankenhausärzte vor den ärztlich geleiteten Einrichtungen herangezogen wurde. Die Institutsermächtigung ist – wie die bedarfsabhängigen Ermächtigungen nach bisher schon geltendem Recht – entsprechend dem Umfang und der voraussichtlichen Dauer der Unterversorgung zu beschränken.

### ■ Gleichstellung von Krankenhausärzten und Krankenhäusern als ambulante Auffangversorger

Mit der an eine Unterversorgung gekoppelten Gleichstellung von zu ermächtigenden Ärzten und zu ermächtigenden Krankenhäusern löst der Gesetzgeber die sich immer wieder stellende Problematik auf, unter welchen Umständen eine denkbare persönliche Ermächtigung eines Arztes einer Institutsermächtigung entgegensteht. Damit wird eine

Patientenversorgung insbesondere in denjenigen Fällen sichergestellt, in denen Krankenhausärzte, die theoretisch für eine vertragsärztliche Versorgung in Betracht kämen, aus welchen Gründen auch immer keinen Ermächtigungsantrag stellen. In diesen Fällen werden jetzt ohne Wenn und Aber Krankenhausträger, die einen entsprechenden Antrag stellen, positiv zu bescheiden sein.

### ■ Bestimmungen zur vertragsärztlichen Versorgung

Anders als bei den sonstigen neuen Versorgungsmöglichkeiten für Krankenhäuser sind im Zusammenhang mit der Ermächtigung eines Krankenhauses zur vertragsärztlichen Versorgung nach § 116 a SGB V keine Verträge zu schließen. Für den Krankenhausträger gelten die für Vertragsärzte geltenden Bestimmungen zur vertragsärztlichen Versorgung. Die Vergütung der ambulanten Krankenhausleistungen erfolgt entsprechend § 120 Absatz 1 SGB V aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung.

## Ambulante Behandlung im Krankenhaus

### ■ Vertragsbasierte Versorgung

Nach § 116 b SGB V können die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen oder die Verbände der Ersatzkassen mit zugelassenen Krankenhäusern (Plankrankenhäusern, Krankenhäusern mit Versorgungsauftrag und Universitätskliniken) Verträge schließen über ambulante ärztliche Versorgung im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme (DMP, § 116 b Absatz 1 SGB V) oder über in § 116 b Absatz 3 SGB V oder durch den gemeinsamen Bundesausschuss katalogisierte hoch spezialisierte Leistungen oder über die Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen (§ 116 b Absatz 2 SGB V). Dabei können Krankenhäuser als Einzelne oder im Verbund mit anderen Krankenhäusern als Vertragspartner der Kostenträger auftreten. In den Verträgen sind insbesondere der Leistungsumfang innerhalb des Umfangs von Gesetz und Katalogen sowie die Leistungsvergütung zu regeln. Darüber hinaus werden besondere Qualitätsanforderungen regelmäßiger Gegenstand der Vereinbarungen sein, vergleiche § 116 b Absatz 2 SGB V.

### ■ Strategische Bedeutung für die zukünftige Marktposition

Hier sollten die Krankenhäuser nicht darauf warten, dass die Kostenträger bei ihnen anfragen. Es ist den Krankenhausträgern vielmehr anzuraten, frühzeitig Kontakte aufzunehmen oder Vertragsangebote zu unterbreiten, ehe die neuen Betätigungsfelder durch Konkurrenten besetzt sind. Auf den Abschluss von Verträgen über ambulante Behandlungen im Krankenhaus besteht nämlich kein Rechtsanspruch („Die Krankenkassen ... können“). Wer hier frühzeitig die Positionen einnimmt, verdrängt damit für die Dauer der Verträge Konkurrenten. Dadurch können sich Monopolstellungen bilden, die eine bessere Amortisation von Investitionen zulassen. Nach § 116 b Absatz 5 SGB V hat die Vergütung von Leistungen nach § 116 b Absatz 2 SGB V der Vergütung vergleichbarer vertragsärztlicher Leistungen zu entsprechen. Spekuliert werden kann über die vertraglich zu vereinbarende Dauer der Versorgungsverträge nach § 116 b SGB V. Sind mit der Leistungserbringung erhebliche

Investitionen auf der Leistungserbringerseite verbunden, so werden diese auf möglichst lange Laufzeiten drängen. Umgekehrt werden die Kostenträger zur Steigerung des Wettbewerbs kurz- bis mittelfristige Laufzeiten favorisieren und sich möglicherweise sogar Probezeitregelungen vorbehalten wollen. Kommt ein Vertrag zwischen den Kostenträgern und Krankenhäusern nach § 116 b SGB V zustande, so folgt daraus unmittelbar und ohne dass es einer Entscheidung eines Zulassungsgremiums bedarf die Zulassung des Krankenhauses zur Erbringung dieser Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung.

### ■ Wettbewerb und Vergaberecht

Der Gesetzgeber baut mit § 116 b SGB V auf den Wettbewerb als Kostensenkungs- und Qualitätssteigerungsfaktor. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, welche rechtlichen Möglichkeiten nicht berücksichtigte Bewerber gegen den Vertragsschluss mit einem Konkurrenten haben. Hier wird in der Zukunft mit hoher Wahrscheinlichkeit das Vergaberecht nach §§ 97 ff. des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) eine große Rolle spielen. Dort wird für öffentliche Dienstleistungsaufträge ab einem Schwellenwert von 200 000 € eine Ausschreibung vorgeschrieben. Danach kann die Unwirksamkeit nicht ordnungsgemäßer Auftragsvergaben, zumindest aber Schadensersatz geltend gemacht werden.

## Integrierte Versorgung

### ■ Neue Chance unter neuen Bedingungen

Seit der erstmaligen Einführung zum 1. Januar 2000 durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz führte die Integrationsversorgung ein Mauerblümchendasein.<sup>10)</sup> Trotz anfangs großer Beachtung wurden so gut wie keine Integrationsversorgungsverträge geschlossen. Als Grund dafür werden die Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen und die Anbindung an Kollektivverträge gesehen. Diese Hemmnisse hat der Gesetzgeber zugunsten von durch die Leistungserbringer autonom zu schließenden Verträge radikal beseitigt. Die KBV regt in diesem Zusammenhang die Gründung von Beratungsgesellschaften – so genannte KV-Consults – an.<sup>11)</sup> Dies darf als verzweifelter Versuch verstanden werden, über die Beratung von Vertragsärzten doch noch beim Abschluss von Integrationsverträgen mitzuwirken. Sinn der „neuen“ integrierten Versorgung ist es vor allem, die bisherige Abschottung der einzelnen Leistungsbeiriche zu überwinden, Substitutionsmöglichkeiten über verschiedene Leistungssektoren hinweg zu nutzen und Schnittstellenprobleme so besser in den Griff zu bekommen.<sup>12)</sup> Anreiz zur Teilnahme für Krankenhäuser wird dabei schon die Option sein, sich auf diesem Wege möglichst rasch den Anteil an der Anschubfinanzierung nach § 140 d SGB V bis zu 1 Prozent der Pflegesätze als Vergütung für Integrationsversorgungsleistungen „zurückzuholen“.

Als Anlass zum Abschluss von Integrationsversorgungsverträgen bieten sich beispielsweise an: die Einführung von medizinischen Behandlungskonzepten im Bereich von Volkskrankheiten, die Bildung von Versorgungsketten zur Versorgung „aus einer Hand“, die Versorgung auf der Basis besonderer zu vereinbarenden Qualitätsanforderungen,

die Einführung elektronischer Kommunikation der Leistungserbringer und Krankenkassen (Stichwort: digitale Behandlungsakte) etc.

### ■ Teilnahmeberechtigung und Organisationsformen

Teilnahmeberechtigt sind die in einem verwirrend aufgebauten § 140 b SGB V genannten Leistungserbringer, Leistungserbringergemeinschaften und Gemeinschaften von Leistungserbringergemeinschaften. Mit letzteren sind so genannte Managementgesellschaften gemeint, die nicht selbst Versorger sind, sondern eine Versorgung durch die dazu berechtigten Leistungserbringer anbieten. Durch die Anknüpfung an die Gemeinschaften von Leistungserbringern, die allein Mitglied der Managementgesellschaften sein können, können sich nach dem SGB V nicht zur Leistungserbringung zugelassene natürliche oder juristische Personen nicht – jedenfalls nicht direkt – an der Integrationsversorgung beteiligen. Denkbar ist aber zum Beispiel die Beteiligung eines Pharmaunternehmens an einem Krankenhaus, das zur Leistungserbringung zugelassen ist. Die Vertragspartner der Krankenkassen können sich theoretisch aller denkbaren Rechts- und Gesellschaftsformen bedienen. Damit stehen insbesondere Personengesellschaften und juristische Personen des Privatrechts ebenso wie Kapitalgesellschaften, Stiftungen und Vereine zur Verfügung.<sup>13)</sup> Auch hier ist aber der numerus clausus der zulässigen Gesellschaftsformen für Ärzte und Apotheker<sup>14)</sup> zu beachten. Hieraus ergeben sich erhebliche Einschränkungen bei der Organisationsform von Leistungserbringergemeinschaften. Das gilt indes nicht für Managementgesellschaften, sofern die angesprochenen Berufsangehörigen an diesen nicht unmittelbar, sondern nur über die von ihnen gebildeten Leistungserbringergemeinschaften beteiligt sind. Begründet werden kann dies damit, dass nach der Vorstellung des Gesetzgebers Managementgesellschaften nicht selbst Versorger und damit Berufsausübungsgemeinschaften sind, sondern eine Versorgung durch die in ihnen zusammengefassten Leistungserbringer oder Leistungserbringergemeinschaften anbieten (siehe oben). In den Gesetzeswortlaut hat dies so allerdings keinen Eingang gefunden. Danach können die Gemeinschaften von Leistungserbringergemeinschaften selbst Partner von Integrationsversorgungsverträgen sein, also auch in eigenem Namen Leistungen anbieten, wobei sie sich der Leistungserbringergemeinschaften und ggf. der einzelnen Leistungserbringer als Erfüllungsgehilfen bedienen.

### ■ Bedeutung des Zulassungsstatus der Teilnehmer

Nach § 140 b Absatz 4 SGB V können sich die Vertragspartner der Integrierten Versorgung auf der Grundlage ihres jeweiligen Zulassungsstatus für die Durchführung der Integrierten Versorgung darauf verständigen, dass Leistungen auch dann erbracht werden können, wenn die Erbringung dieser Leistungen vom Zulassungs- oder Ermächtigungsstatus des jeweiligen Leistungserbringers nicht gedeckt ist. Daraus ergibt sich Folgendes: Die Leistungserbringereigenschaft oder die Verbindung mit einem Leistungserbringer durch eine der genannten Gemeinschaften stellt nur die „Eintrittskarte“ in die Integrationsversorgung dar. Ist diese gelöst, so können die beteiligten Leistungserbringer die vertraglich vereinbarten Leistungen ohne Bin-

## Zukunft integriert.

- OP-Tische
- OP-Tisch-Zubehör
- Patientenpositionierung und Transport
- Deckenstative
- mobiles Funktionsmobiliar
- Dienstleistungen

**TRUMPF KREUZER**  
**Medizin Systeme GmbH + Co. KG**  
 Benzstraße 26 • 82178 Puchheim  
 Telefon: + 49 (0) 89 / 8 09 07-0  
 Telefax: + 49 (0) 89 / 8 09 07 20  
 e-mail: info@muc.trumpf-med.com  
 www.trumpf-med.com

**TRUMPF**

**TRUMPF**  
**Medizin Systeme GmbH**  
 Postfach 1263 • 07303 Saalfeld  
 Telefon: + 49 (0) 36 71 / 5 86-0  
 Telefax: + 49 (0) 36 71 / 5 86-1 65  
 e-mail: info@de.trumpf-med.com  
 www.trumpf-med.com

dung an ihren Zulassungsstatus erbringen. So können beispielsweise Krankenhäuser im Rahmen der Integrationsversorgung ohne Bindung an das Spektrum der Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V die vereinbarten Leistungen erbringen. Inwieweit dies in der Praxis zu wesentlichen Abweichungen vom durch die Zulassung bestimmten Leistungsspektrum der Leistungserbringer führen wird, bleibt abzuwarten. Soweit die Berufsausübung der Leistungserbringer gesetzlich geregelt ist, beispielsweise die Ausübung des Arzt- oder des Apothekerberufs, wird ein Wildern in fremden Revieren jedenfalls ausbleiben. Allerdings ergibt sich aus § 140 b Absatz 4 Satz 3 SGB V insoweit eine vom Zulassungsstatus der Vertragspartner abhängige Beschränkung, als nicht Leistungen erbracht werden können, die von keinem der beteiligten Vertragspartner durch ihren Zulassungsstatus abgedeckt sind. Sind beispielsweise nur Vertragsärzte und Krankenhäuser ohne Krankenhausapotheker Vertragspartner, so können diese keine Apothekenleistungen anbieten.

### ■ Integrationsversorgung

Leistungsgegenstand der Integrationsversorgungsverträge müssen nicht kumulativ, sondern alternativ entweder sektoren- oder fachgebietsübergreifende Leistungen sein. Die Grenzüberschreitung muss nicht durch einen einzelnen oder sogar jeden Leistungserbringer erfolgen. Die Grenzüberschreitung durch die Gesamtheit der den Krankenkassen gegenüberstehenden Leistungserbringer ist ausreichend. Ebenso ausreichend ist aber auch die Grenzüberschreitung durch einen Leistungserbringer, zum Beispiel die Sektorenüberschreitung durch einen ambulant und stationär tätigen Belegarzt oder ein auf verschiedenen Fachgebieten tätiges Krankenhaus. In diesem Zusammenhang sei erwähnt, dass zu den zugelassenen Leistungserbringern auch die MVZs nach § 95 Absatz 1 SGB V zählen. MVZ und Integrationsversorgung sind damit nicht zwingend deckungsgleich, wohl aber können sich die beiden Versorgungsmöglichkeiten durch die Teilnahme eines MVZ an der Integrationsversorgung überschneiden.

### ■ Integrationsversorgungsverträge

Wie auch bei den Verträgen nach § 116 a und § 116 b SGB V werden Hauptbestandteile der Integrationsversorgungsverträge Inhalt und Umfang der zu erbringenden Versorgungsleistung sowie deren Vergütung sein. So haben sich nach § 140 a Absatz 1 SGB V das Versorgungsangebot und die Voraussetzungen seiner Inanspruchnahme aus dem Vertrag zu ergeben. Nach § 140 c SGB V ist in den Integrationsversorgungsverträgen die Vergütung festzulegen, mit welcher sämtliche Leistungen, die von teilnehmenden Versicherten im Rahmen des vertraglichen Versorgungsauftrags in Anspruch genommen werden, abgegolten sind. Anders als im Rahmen der Versorgung durch MVZs hat sich die Vergütung der Versorgungsleistungen nicht zwingend an den vertragsärztlichen oder anderweitig gesetzlich vergüteten Versorgungsleistungen zu orientieren. Mit der Aufhebung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität durch § 140 b Absatz 4 Satz 2 SGB V für sämtliche Verträge, die bis zum 31. Dezember 2006 abgeschlossen werden, setzt der Gesetzgeber auf die Vertragsfreiheit der Vertragspartner. Diese können sich danach entweder an schon beste-

henden Vergütungssystemen orientieren oder neue Vergütungsformen „erfinden“. Denkbar ist in diesem Zusammenhang auch eine Finanzierung von Investitionen zur Erfüllung vereinbarter Qualitätsstandards durch die Krankenkassen.

### ■ Wettbewerb

Vor dem Beitritt Dritter zu schon bestehenden Verträgen der Integrationsversorgung sind die Leistungserbringer geschützt. Ein solcher Beitritt wird nach § 140 b Absatz 5 SGB V von ihrer Zustimmung abhängig gemacht. Dies schließt freilich nicht aus, dass die Krankenkassen mit mehreren Leistungserbringern oder Leistungserbringergruppen Verträge über gleiche oder gleichartige Leistungen schließen. Sind bestimmte Leistungsbereiche aber schon durch mit anderen Leistungserbringern geschlossene Integrationsverträge abgedeckt, so besteht kein gesetzlich vorgesehener Rechtsanspruch noch nicht beteiligter Bewerber, mit ihnen ebenfalls entsprechende Vereinbarungen zu schließen. Allerdings wird – wie bei den Verträgen nach § 116 b SGB V – die Vergabe von Integrationsversorgungsverträgen der Ausschreibungspflicht unterliegen, wie sie §§ 97 ff. des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) für öffentliche Dienstleistungsaufträge ab einem Schwellenwert von 200 000 € vorschreibt. Danach können nicht nach ordnungsgemäßer Ausschreibung geschlossene Integrationsversorgungsverträge mit den Mitteln des Wettbewerbsrechts angegriffen werden. Damit kann nur ausnahmsweise die Nichtigkeit eines solchen Vertrags geltend gemacht werden. Keinesfalls kann ein Vertragseintritt erreicht werden. Der Regelfall wettbewerbsrechtlicher Konsequenzen ist die Schadensersatzzahlungspflicht des öffentlichen Auftraggebers (hier: der Krankenkassen).

### Literatur

- 1) BGBl. I Nr. 55 Seite 2190 bis 2258
- 2) siehe Seite 14
- 3) BT-Drucksache 15/1525, Seite 112
- 4) Dazu soll es aber Bestrebungen geben.
- 5) Artikel 74 Absatz 1 Nr. 12 GG
- 6) Kuhlmann, EuGH war gestern, morgen gilt das ArbZG, f & w 2003, Seite 552 ff.
- 7) § 100 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit Nr. 29 Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte
- 8) BT-Drucksache 15/1525, Seite 119
- 9) Insbesondere § 31 Ärzte-ZV
- 10) Dazu: Kuhlmann, Ein Gesetz mit Lücken – Sozialversicherungsrechtliche Rahmenbedingungen der Integrationsversorgung, ku-Sonderheft 12/2000, Seite 12 ff.
- 11) KBV-Mitteilung vom 4. Dezember 2003
- 12) BT-Drucksache 15/1525, Seite 130
- 13) Zu den rechtlichen Organisationsformen in der Integrationsversorgung: Kuhlmann, How to do it, ku-Sonderheft 12/2000, Seite 15 ff.
- 14) Vergleiche dazu § 129 Absatz 5 b SGB V neu

Anschrift des Verfassers:

Dr. Jens-M. Kuhlmann,  
Rechtsanwalt und Fachanwalt für Arbeitsrecht,  
Anwaltskanzlei Zuck & Quaas,  
Möhringer Landstraße 5, 70563 Stuttgart ■