

# Jetzt endgültig: Harmonisierung des Vertragsarztrechts mit dem liberalisierten ärztlichen Berufsrecht - Neue Kooperationsmöglichkeiten für Ärzte

**Der 107. Deutschen Ärztetag im Mai 2004 hat umwälzende Liberalisierungen in der Musterberufsordnung für Ärzte (MBO-Ä) beschlossen, wie z. B. die Zulässigkeit von überörtlichen Gemeinschaftspraxen oder MVZ. Die Umsetzung in die Berufsordnungen der einzelnen Bundesländer ist größtenteils bereits erfolgt. Die erhebliche Lockerung des Berufsrechts hat jedoch bisher das Vertragsarztrecht noch nicht erfasst, sodass die „neuen Freiheiten“ der Ärzte bisher nur im privatärztlichen Bereich realisierbar waren.**

**Im Sommer letzten Jahres ist ein 1. Arbeitsentwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziales (BMGS) bekannt geworden, der wegen des Regierungswechsels im Herbst 2005 nicht mehr umgesetzt wurde. Am 01.02.2006 hat Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt ein sog. Eckpunktepapier veröffentlicht, dessen Umsetzung in einen überarbeiteten Gesetzesentwurf zunächst unterblieben ist, weil erst der Ausgang der beiden Landtagswahlen in zwei Bundesländern im März 2006 abgewartet wurde und außerdem die CDU/CSU-Fraktion beanstandet hatte, dass das Eckpunktepapier „über die Hintertür“ Elemente der Bürgerversicherung beinhalte, die sie nicht mittragen wolle. Vor wenigen Wochen ist überraschend der 2. Entwurf des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄG) vom 10.04.2006 veröffentlicht worden, der diese**

**Elemente nicht mehr aufgreift und deswegen gute Chancen hat, bereits zum 01.07. diesen Jahres vom Gesetzgeber verabschiedet zu werden. Zukünftig werden also die nachfolgend dargestellten neuen Kooperationsmöglichkeiten und -formen und sonstigen Neuerungen auch für Vertragsärzte gelten:**

## 1. MVZ: Übergangsfrist bei Wegfall der Gründer-eigenschaft, Wegfall der Fachübergreiflichkeit, kooperative ärztliche Leitung verschiedener Berufe und Erweiterung der persönlichen Haftung gegenüber KV

Bisher führte der Verlust der Gründereigenschaft, d. h. der Eigenschaft als sog. Leistungserbringer des SGB V, im Rahmen des MVZ zur Entziehung der Zulassung des MVZ, wenn der Gründer nicht unverzüglich aus der MVZ-Gesellschaft ausgeschieden ist. Erreichte beispielsweise bei einem aus mehreren Ärzten als Gründern bestehendes MVZ ein Vertragsarzt die Altersgrenze von 68 Jahren und schied nicht spätestens zum Ende des auf diesen Zeitpunkt folgenden Quartals aus dem MVZ aus, war die Zulassung des MVZ auch dann zu widerrufen, wenn das Merkmal der Fachübergreiflichkeit der im MVZ tätigen Ärzte fortbestand, also mindestens je ein Arzt verschiedener Fachgruppen oder Versorgungsbereiche weiterhin im MVZ tätig war. Nach der Neuregelung erfolgt die Entziehung der Zulassung nun erst nach sechs Monaten (§ 95 Abs. 6 Satz 2 SGB V n. F.), so dass das

MVZ innerhalb dieser Übergangsfrist Gelegenheit hat, die Gründungsvoraussetzungen wieder herzustellen, d. h. den Fortbestand des MVZ zu sichern.

Die zentrale bisherige Voraussetzung zur Gründung eines MVZ, dass es sich um mindestens zwei fachübergreifende Arztgruppen- oder Versorgungsbereiche handeln musste, wird künftig entfallen (§ 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V n. F.), da dies in der Vergangenheit zum Teil medizinisch unsinnige Kombinationen provoziert hat. Dies wird die Gründung von MVZ in Zukunft erheblich erleichtern. Nach dieser Gesetzesänderung wird es künftig möglich sein, dass sich beispielsweise mehrere Hausärzte, z. B. Allgemeinärzte und hausärztliche Internisten, zu einem MVZ zusammenschließen („Hausärzte-MVZ“), ebenso auch fachärztliche Internisten mit denselben oder verschiedenen Schwerpunktbezeichnungen, z. B. mehrere Kardiologen oder Kardiologen mit Gastroenterologen und Endokrinologen („Internisten-Spezialisten-MVZ“). Interessanterweise wird zukünftig auch ein MVZ zwischen Ärzten und Zahnärzten zulässig sein („Kopfzentrum“, § 33 Abs. 1 Satz 3 Ärzte(Zahnärzte)-ZV n. F.). Die gesetzliche Neuregelung stellt auch die (bisher umstrittene) Frage klar, dass ein MVZ auch mit einem Zahnarzt und/oder Kieferorthopäden und/oder Oralchirurgen betrieben werden kann („Zahnärzte-MVZ“). Auch die Umwandlung von bisherigen fachgleichen Gemeinschaftspraxen in MVZ wird also künftig keinerlei Probleme mehr aufwerfen. Die Hinzunahme eines wei-

teren, fachübergreifenden Arztes ist nicht mehr erforderlich.

Was die Ärztliche Leitung des MVZ angeht, war bisher mindestens ein Ärztlicher Leiter erforderlich; es konnten allerdings auch mehrere Ärzte verschiedener Fachgruppen als Ärztliche Leiter bestellt werden. Da nunmehr aufgrund des Wegfalls der Fachübergreiflichkeit als Gründungsvoraussetzung auch verschiedene Berufe im MVZ tätig sein können, also z. B. Arzt und Zahnarzt, Arzt und Psychotherapeut oder Zahnarzt und Psychotherapeut, wird künftig auch die „kooperative Leitung verschiedener Berufe“ zulässig sein (§ 95 Abs. 1 Satz 3 SGB V n. F.), d. h. die Ärztlichen Leiter des MVZ können nicht nur fachübergreifend, sondern auch berufsübergreifend bestimmt werden.

Und: Bei solchen MVZ, die in der Rechtsform der juristischen Person, also in Form einer GmbH (oder auch einer AG) geführt werden, wird künftig eine persönliche Haftung der Gesellschafter des MVZ für solche Verbindlichkeiten gegenüber den KVen und den Krankenkassen eingeführt, die bei Auflösung des MVZ aus dem Liquidationsvermögen nicht getilgt worden sind (§ 106 b SGB V n. F.). Diese Regelung soll verhindern, dass die KVen bei der Liquidation eines MVZ auf offenen Honorarrück- und Regressforderungen „sitzen bleiben“ – für die betroffenen Ärzte eine eher unangenehme Regelung. Für MVZ in der Rechtsform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) oder Partnerschaftsgesellschaft (PartG) war diese Rege- ▶

lung nicht erforderlich, da die Ärzte-Gesellschafter dieser Gesellschaftsformen ohnehin neben der Gesellschaft persönlich haften.

## 2. Anstellung von Ärzten durch Vertragsärzte

Für Vertragsärzte und Gemeinschaftspraxen sehr interessant ist die Möglichkeit, nunmehr auch andere Ärzte anstellen zu dürfen: Zukünftig können Ärzte in einer Vertragsarztpraxis oder Gemeinschaftspraxis in unbeschränkter Zahl und ohne Leistungsbegrenzung angestellt werden, allerdings nur im nicht gesperrten Planungsbereich (§ 95 Abs. 9 SGB V n. F. i. V. m. § 32 b Ärzte(Zahnärzte)-ZV n. F.). Im gesperrten Planungsbereich verbleibt es – auf den ersten Blick – zunächst bei der Anstellung als Job-Sharing-Angestellter mit der bekannten „Honorardeckelung“ mit einem Zuwachs von maximal 3% gegenüber dem bisherigen Umsatzvolumen. Neu ist allerdings, dass die bisherige Begrenzung von höchstens einem Job-Sharing-Angestellten ganztags oder zwei Job-Sharing-Angestellten halbtags nunmehr weggefallen ist (§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V n. F.), also Job-Sharer in beliebiger Anzahl angestellt werden können.

Neu ist ferner, dass die Leistungsbegrenzung auf 103% in gesperrten Planungsbereichen bei lokaler Unterversorgung aufgrund von durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu erlassenden Richtlinien in gesperrten Planungsbereichen bei lokaler Unterversorgung erhöht werden kann, und zwar flexibel auf das erforderliche Maß zur Beseitigung dieser Unterversorgung, d. h. auf bis zu 200%. Dies würde dann dem Abrechnungsvolumen einer weiteren vollen Vertragsarztzulassung entsprechen.

Planungsbereiche mit dieser ungewöhnlichen Konstellation gibt es derzeit durchaus nicht wenige. Schließlich ist neu, dass bei einer späteren Aufhebung der Sperre in dem betreffenden Planungsbereich die Zulassung des Job-Sharing-Angestellten zu einer Vollzulassung erstarkt (§ 101 Abs. 3 a SGB V n. F.).

Eine wesentliche, auf den zweiten Blick sehr brisante Neuerung liegt darin, dass Vertragsärzte nunmehr auf ihre Zulassung verzichten können, um – wie im MVZ – bei einem Vertragsarzt oder einer Gemeinschaftspraxis als angestellter Arzt tätig zu werden; der Zulassungsausschuss hat eine solche Anstellung zwingend zu genehmigen (§ 103 Abs. 4 b Satz 1 SGB V n. F.). Auch die Nachbesetzung eines solchen „Angestelltensitzes“ im Fall des späteren Ausscheidens des angestellten Arztes durch den Vertragsarzt und Arbeitgeber mit einem ärztlichen Nachfolger ist möglich (§ 103 Abs. 4 b Satz 2 SGB V n. F.), und zwar ohne Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens mit der KV bzw. dem Zulassungsausschuss.

Mit dieser Regelung werden der niedergelassene Vertragsarzt und die Gemeinschaftspraxis hinsichtlich der Anstellung von Ärzten dem MVZ praktisch gleichgestellt. Denkbar ist beispielsweise, dass ein wirtschaftlicher potenter Vertragsarzt oder eine entsprechende Gemeinschaftspraxis künftig ebenfalls Vertragsarztsitze bzw. Praxen von älteren, abgabewilligen Kollegen „aufkaufen“, diese noch für einen gewissen Zeitraum im MVZ beschäftigen und nach deren Ausscheiden jüngere Ärzte nachrücken lassen. Eine „Arztfirma“ mit einem oder zwei Arbeitgeber-Vertragsärzten und zahlreichen Arbeitnehmer-Vertragsärzten, also Angestellten ohne

wirtschaftliches Risiko, ist dann keine Zukunftsmusik mehr. Interessant ist bei dieser Lösung vor allem, dass auf diese Weise angestellte Ärzte nicht der Job-Sharing-Leistungsbegrenzung unterliegen, sondern es sich hierbei aufgrund des eingebrachten Vertragsarztsitzes um Vollabrechner mit eigenem Budget bzw. Regelleistungsvolumen (RLV) handelt.

Nach dem Gesetzesentwurf sollen Ärzte künftig sogar Ärzte mit anderen Facharztbezeichnungen anstellen können, z. B. also ein Allgemeinarzt einen Kinderarzt. Allerdings dürfte dies in den Bundesländern nach wie vor nicht realisierbar sein, deren Berufsordnungen die fachübergreifende Anstellung von Ärzten nicht vorsehen, wie z. B. in Bayern (§ 19 Bay-

BO). Überraschenderweise wird es darüber hinaus den Hausärzten, also Allgemeinmedizinern, hausärztlichen Internisten oder Praktischen Ärzten künftig möglich sein, Hochschullehrer für Allgemeinmedizin in ihrer Praxis anzustellen (§ 95 Abs. 9 a SGB V n. F.). Dies bedarf zwar der vorherigen Eintragung der betreffenden Hochschullehrer ins Arztregister sowie der Genehmigung des Zulassungsausschusses. Sehr interessant ist in diesem Zusammenhang aber, dass dies nach dem Gesetzesentwurf unabhängig von der Bedarfsplanung und damit auch von Zulassungsbeschränkungen erfolgen kann, hier also eine Durchbrechung der Bedarfsplanung stattfindet, so dass der Praxisumfang durch diese Anstellung erheblich ausgeweitet werden ►

Anzeige

## Hier schlagen Internistenherzen höher!



### Internistisches Spezialpaket:\*

- > Linearsonde 7,5-12 MHz
- > Konvexsonde 2,5-5 MHz
- > Phased Arraysonde 2,5-3,5 MHz
- > Stiftsonde 5 MHz
- > digitale Filmaufzeichnung
- > Compass M-Mode

### Internistisches Spezialpaket zum Vorzugspreis von

**33.333 €** zzgl.\* MwSt.

\* nur gültig bis 30. Juni 2006

- > T.E.I.
- > s/w-Printer
- > schwenkbares Keyboard
- > USB-Anschluss
- > CD-Brenner
- > Netzwerkanschluss

Mehr Info unter 01805/372683  
oder [www.MyLab50.de](http://www.MyLab50.de)

powered by  
**@saote**

kann. Diese Ausnahmeregelung soll den Praxisbezug der betreffenden Hochschul-lehrer verbessern, was allerdings die Frage aufwirft, aus welchem Grund dies nur für Allgemeinmediziner gelten soll und nicht für andere Hochschullehrer. Arbeits- bzw. beamtenrechtlich dürften die (künftig sehr begehrten?) Hochschullehrer für Allgemeinmedizin hierfür allerdings eine Nebentätigkeitserlaubnis ihrer Dienstherren benötigen.

### 3. Doppeltätigkeit von Krankenhausärzten und Vertragsärzten, Versorgungsauftrag und Nebentätigkeit und sog. Teilzulassung

Für angestellte Ärzte am Krankenhaus, aber auch Vertragsärzte bzw. im MVZ tätige Vertragsärzte und angestellte Ärzte – auch im MVZ – interessant ist die Neuregelung, dass die Tätigkeit in oder die Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus (oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung) künftig mit der Tätigkeit des Vertragsarztes vereinbar ist (§ 20 Abs. 2 Ärzte(Zahnärzte)-ZV n. F.). Diese Änderung ermöglicht zunächst, dass ein Vertragsarzt über die bereits von der Rechtsprechung anerkannten Fälle der nicht patientenbezogenen Tätigkeit hinaus (z. B. Laborarzt oder Pathologe) in einem Krankenhaus angestellt sein oder mit einer solchen Einrichtung kooperieren kann, ohne dass damit seine Eignung als Vertragsarzt in Frage gestellt ist. Dies gilt sowohl für die Fälle, in denen der Arzt als angestellter Arzt in das Krankenhaus eingegliedert ist, wie auch für die Fälle, in denen der Arzt in anderer Form mit dem Krankenhaus kooperiert (z. B. als Konsiliararzt).

Die Änderung stellt wei-

ter klar, dass ein Arzt als Angestellter gleichzeitig in einem Krankenhaus (oder einer Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung) und in einem MVZ tätig sein kann. Eine solche Doppeltätigkeit haben die meisten KVen bisher anders gesehen und in der Regel nicht genehmigt.



Auch eine gleichzeitige Anstellung in einer Vertragsarzt- oder Gemeinschaftspraxis und in einem Krankenhaus wird zukünftig möglich sein. Die Änderung soll insgesamt eine bessere Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgung bewirken. Insbesondere soll den Krankenhäusern, die selbst als Träger ein MVZ betreiben, die Möglichkeit gegeben werden, ihre personellen Ressourcen optimal zu nutzen und das ärztliche Personal sowohl im Krankenhaus als auch im MVZ einzusetzen. Umgekehrt können Vertragsärzte oder angestellte Ärzte jetzt auch Teilzeittätigkeiten im Krankenhaus wahrnehmen.

Neueingefügt wird eine

Regelung, die den Grundsatz der Vollzeittätigkeit von Vertragsärzten nochmals betont (§ 19 a Abs. 1 Ärzte(Zahnärzte)-ZV n. F.). Die bisherige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG), wonach ausgehend von einer 39-Stunden-Woche des Vertragsarztes eine

von vorneherein auf einen hälftigen Versorgungsauftrag beschränken, so dass die andere Hälfte für einen anderweitigen Arzt zur Verfügung steht. Er kann aber auch seinen bereits wahrgenommenen vollen Versorgungsauftrag später „halbieren“, und zwar durch eine schriftliche Erklärung und einen entsprechenden Beschluss des Zulassungsausschusses. Ob eine solche Halbierung auch im Nachbesetzungsverfahren möglich ist (Stichwort: „hälftige“ Praxisabgabe), lässt der Entwurf offen. Auch die spätere Wiederaufstockung einer vorher halbierten Zulassung ist möglich. Dies gilt allerdings nur dann, wenn es sich nicht um einen (zwischenzeitlich) gesperrten Planungsbereich handelt; in diesem Fall stehen die Zulassungsbeschränkungen nämlich entgegen!

### 4. Ausgelagerte Praxisräume und Zweigpraxis

In den meisten Bundesländern ist die Unterscheidung zwischen ausgelagerten Praxisräumen einerseits und Zweigpraxen andererseits berufsrechtlich ohnehin bereits aufgegeben worden; bis zu zwei „Zweigstellen“ sind also ohne weiteres möglich, wenn sie der Landesärztekammer (LÄK) angezeigt werden. Dies gilt allerdings z. B. nicht für Bayern (§ 17 Abs. 1 BayBO): Ausgelagerte Praxisräume sind dort weiterhin, allerdings nur beim Vorliegen der erforderlichen Voraussetzungen (spezielle Untersuchungs- und Behandlungszwecke und räumliche Nähe zur Hauptpraxis), berufsrechtlich zulässig und müssen der Ärztekammer angezeigt werden. Hervorzuheben ist allerdings, dass das frühere Erfordernis des sog. (persönlichen oder zumindest telefonischen) Erstkontakts des Patienten mit der ▶

Hauptpraxis vor dem Aufsuchen der ausgelagerten Praxisräume berufsrechtlich auch in Bayern weggefallen ist. Vertragsarztrechtlich gelten nach dem VÄG künftig die gleichen Voraussetzungen wie im Berufsrecht; das bisherige Erfordernis des Erstkontakts mit den Patienten in der Hauptpraxis ist ebenfalls weggefallen (§ 24 Abs. 4 Ärzte(Zahnärzte)-ZV n. F.). Dies stellt eine nicht zu unterschätzende Erleichterung des Betriebs von ausgelagerten Praxisräumen dar, da dort faktisch jetzt auch Sprechstunden abgehalten werden können.

Nach dem Gesetzesentwurf wird – und dies ist eine sehr weitgehende Neuerung – das bisherige grundsätzliche Zweigpraxisverbot bzw. der Genehmigungsvorbehalt für Zweigpraxen durch die KVen praktisch aufgehoben: Vertragsärztliche Tätigkeiten an (berufsrechtliche Einschränkung: bis zu zwei) weiteren Orten werden bereits dann zulässig sein, 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 (§ 24 Abs. 3 Ärzte(Zahnärzte)-ZV n. F.). Bisher wurde eine Zweigpraxis nur dann genehmigt, wenn sie zur Sicherung einer ausreichenden vertragsärztlichen Versorgung erforderlich war. Außerdem ist jetzt erstaunlicherweise keine Genehmigung durch die KVen mehr erforderlich, sondern es besteht nur noch eine bloße Anzeigepflicht! Da praktisch jede Zweigpraxis einer Verbesserung der Versorgung gleichkommt und die Genehmigungspflicht weggefallen ist, wird man zukünftig mit zahlreichen neuen Zweigpraxen rechnen können.

Zweigpraxen können künftig sogar auch KV-bezirksüber-

greifend errichtet werden. Hierfür bedarf der Vertragsarzt oder das MVZ zusätzlich einer Ermächtigung des Zulassungsausschusses der KV des Planungsbereichs, in dessen Gebiet die Tätigkeit aufgenommen werden soll. Die Ermächtigung kann nur im Einvernehmen mit der KV erteilt werden, in der der Vertragsarzt Mitglied ist. Die Ermächtigung berechtigt den betreffenden Vertragsarzt oder das MVZ darüber hinaus zusätzlich, für die Tätigkeit an seinem Vertragsarztsitz angestellte Ärzte auch in der Zweigpraxis tätig werden zu lassen und ggf. weitere Ärzte dort anzustellen, wenn die Voraussetzungen für eine Anstellung vorliegen. Diese Regelung stellt klar, dass beispielsweise ein Vertragsarzt oder ein MVZ im Westen oder im Nordwesten Bayerns auch in Baden-Württemberg oder Hessen eine Zweigpraxis errichten kann, wenn die hierfür erforderlichen Voraussetzungen vorliegen und die Ermächtigung des Zulassungsausschusses der „Fremd-KV“ erteilt wird.

### 5. Überörtliche Gemeinschaftspraxen und überörtliche MVZ

Die wohl bedeutendste Neuerung des VÄG ist die künftige Möglichkeit der Gründung und des Betriebs einer „Berufsausübungsgemeinschaft mehrerer Vertragsärzte unter Beibehaltung mehrerer Vertragsarztsitze im Bezirk derselben Kassenärztlichen Vereinigung (überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft), wenn an den Vertragsarztsitzen der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft jeweils mindestens ein Mitglied persönlich in erforderlichem Umfang zur Verfügung steht“ (§ 33 Abs. 2 Satz 2 Ärzte(Zahnärzte)-ZV n. F.). Erforderlich ist lediglich, dass am jeweiligen Ort die Leistungen durch mindestens einen Ver-

tragsarzt oder angestellten Arzt mit der erforderlichen Qualifikation erbracht werden. Die Berufsausübungsgemeinschaft bedarf der vorherigen Genehmigung des Zulassungsausschusses (§ 33 Abs. 2 Satz 4 Ärzte(Zahnärzte)-ZV n. F.).

Bereits im Laufe des Jahres 2005 sind einige KVen (z. B. Schleswig-Holstein, Niedersachsen und Hessen) trotz der vertragsarztrechtlich unveränderten Bestimmungen dazu übergegangen, standortübergreifende Gemeinschaftspraxen und MVZ zu genehmigen mit der Chance für die Ärzte, sich ggf. stärker innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung zu spezialisieren und bestimmte Patientengruppen im jeweiligen Bereich zu konzentrieren. Zukünftig wird es also bundesweit, d. h. z. B. auch in Bayern möglich sein, dass sich Vertragsärzte, Gemeinschaftspraxen oder MVZ mit jeweiligen Vertragsarztsitzen beispielsweise in Traunstein, Traunreuth und Trostberg, also grundsätzlich im gleichen Planungsbereich, zu einer überörtlichen Gemeinschaftspraxis oder einem überörtlichen MVZ zusammenschließen, unter einem gemeinsamen Briefbogen und mit gemeinsamen Praxisschildern aller Partner nach außen auftreten, Patienten behandeln und unter einer einheitlichen Abrechnungsnummer gegenüber der KV abrechnen.

Darüber hinaus: Nicht nur der planungsbereichsübergreifende Zusammenschluss wird nach dem Gesetzesentwurf künftig möglich sein, sondern sensationellerweise sogar über die Bezirksgrenzen der KVen hinweg. Überörtliche Gemeinschaftspraxen und MVZ werden zukünftig also in den einzelnen Planungsbereichen entstehen, können aber auch flächendeckend im Bereich eines ganzen Bundeslandes

bzw. des jeweiligen KV-Bezirks aufgebaut werden. Sogar eine bundesweite „Praxis- bzw. MVZ-Kette“ wird vertragsarztrechtlich künftig möglich sein! Für einen planungsbereichsübergreifenden Zusammenschluss ist dabei erforderlich, dass die zuständige KV mit den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den Verbänden der Ersatzkassen eine Vereinbarung über den zuständigen Zulassungsausschuss trifft (§ 33 Abs. 2 Satz 5 Ärzte(Zahnärzte)-ZV n. F.). Für einen KV-bezirksübergreifenden Zusammenschluss ist es notwendig, dass die betroffenen Ärzte einen „Hauptvertragsarztsitz“ wählen, der dann für den zuständigen Zulassungsausschuss und die KV maßgeblich ist, ferner für die Abrechnung, die Vergütung und ggf. die Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfung. Diese Festlegung gilt für mindestens ein Jahr (§ 33 Abs. 2 Satz 6 und 7 Ärzte(Zahnärzte)-ZV n. F.)!

Noch ein ergänzender Hinweis: Der Zusammenschluss einzelner Vertragsärzte oder Gemeinschaftspraxen zu einem überörtlichen MVZ ist nach wie vor nicht möglich, da es nach dem Gesetzestext erforderlich ist, dass die überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft je einen Vertragsarztsitz am jeweiligen Standort beibehält. Da ein MVZ mit mehreren fachübergreifenden Ärzten formell lediglich über einen Vertragsarztsitz verfügt, ist es erforderlich, dass bereits mindestens zwei MVZ an verschiedenen Standorten als solche existieren, die sich dann allerdings zu einem überörtlichen MVZ zusammenschließen können. Der Zusammenschluss einzelner Vertragsärzte bzw. Gemeinschaftspraxen zu einer überörtlichen Gemeinschaftspraxis ist jedoch uneingeschränkt möglich, da hier jeder Vertragsarzt bzw. jede Gemeinschaftspraxis ►

bereits über einen bestehenden Vertragsarztsitz am jeweiligen Standort verfügt; ebenso der überörtliche Zusammenschluss eines MVZ mit einem oder mehreren Vertragsärzten oder Gemeinschaftspraxen.

Schließlich wird künftig auch die gemeinsame Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit bezogen auf einzelne Leistungen möglich sein, sog. Teilberufsausübungsgemeinschaft (§ 33 Abs. 2 Satz 3 Ärzte(Zahnärzte)-ZV n. F.). Die (berufsrechtlich zulässige) Zugehörigkeit eines Vertragsarztes zu mehreren Berufsausübungsgemeinschaften, d. h. die sog. Mehrfachzugehörigkeit, taucht allerdings in dem Gesetzesentwurf jetzt nicht mehr auf. Die Möglichkeit der „Teil-Gemeinschaftspraxis“

bzw. des „Teil-MVZ“ eröffnet jedoch weitere Chancen der Kooperation in besonderer Form, nämlich die gemeinsame Erbringung bestimmter ärztlicher Leistungen oder Leistungsspektren.

Künftig wird es also nicht nur für Privatärzte, sondern auch für Vertragsärzte möglich sein, dass sich beispielsweise ein Kinderarzt und ein Neurologe in München in Form einer Teilgemeinschaftspraxis zur Erbringung pädiatrisch-neurologischer Leistungen gegenüber Kinderpatienten zusammenschließen und wechselseitig gemeinsame Sprechstunden in ihren Praxisräumen abhalten. Ausdrücklich für unzulässig erklärt der Gesetzesentwurf aber „Teil-Gemeinschaftspraxen“ oder „Teil-MVZ“ zwischen einem

sog. Therapiefach und einem sog. Methodenfach, da hierdurch das berufsrechtliche Verbot der Zuweisung von Patienten gegen Entgelt unterlaufen werden könnte (z. B. § 31 BayBO). Dies bedeutet, dass beispielsweise eine Teil-Gemeinschaftspraxis oder ein Teil-MVZ zwischen einem Gynäkologen und einem Laborarzt nicht möglich ist.

## 6. Abmilderung regionaler Versorgungsprobleme

Nach dem Gesetzesentwurf sind zu diesem Zweck folgende einzelne Regelungen vorgesehen:

Die derzeit bestehende Altersgrenze von 55 Jahren für die Erstzulassung von Vertragsärzten wird in den Planungsbereichen aufgehoben, für die der Landesausschuss eine bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung festgestellt hat (§ 25 Satz 1 Ziffer 1 und 2 i. V. m. § 16 Abs. 2 Ärzte(Zahnärzte)-ZV n. F.). Die Altersgrenze von 68 Jahren für das Ende der vertragsärztlichen Tätigkeit sowie der Tätigkeit von angestellten Ärzten in Vertragsarztpraxen und MVZ wird bei Unterversorgung hinausgeschoben, bis der Landesausschuss die Feststellung der Unterversorgung wieder aufgehoben hat (§ 95 Abs. 7 Sätze 8 bis 10 SGB V n. F.). In diesem Fall endet die Zulassung spätestens sechs Monate nach Aufhebung dieser Feststellung. Diese „Auslaufrist“ soll sicherstellen, dass die betroffenen Ärzte über noch ausreichend Zeit verfügen, ihre Praxis erfolgreich zu veräußern. Ob der vom Gesetzgeber vorgesehene Zeitraum von einem halben Jahr hierfür immer und überall ausreichen wird, muss allerdings bezweifelt werden.

In unterversorgten Planungsbereichen wird der zuständi-

gen Aufsichtsbehörde nach dem Gesetzesentwurf bei der zuständigen Aufsichtsbehörde, d. h. dem jeweiligen Landesgesundheits- bzw. Landessozialministerium, die Möglichkeit eingeräumt, den Sicherstellungsauftrag zur Beseitigung der Unterversorgung nach erfolgloser Aufforderung und Fristsetzung gegenüber der zuständigen KV auf die Krankenkassen bzw. deren Verbände zu übertragen (§ 105 a SGB V n. F.). Diese haben durch Abschluss von Einzelverträgen mit niederlassungswilligen Ärzten die Versorgungslücken zu schließen; auch der Abschluss von solchen Verträgen mit Ärzten im Ausland (insbesondere in grenznahen Gebieten) oder die Schließung der Versorgungslücken durch Eigeneinrichtungen der Krankenkassen sind möglich. In diesem Fall ist die Gesamtvergütung entsprechend zu bereinigen, was im Klartext bedeutet, dass die zuständige KV die hierdurch entstehenden Kosten zu tragen hat. Diese Durchbrechung des Sicherstellungsauftrags zu Lasten der KVen entspricht also im Prinzip den Regeln der integrierten Versorgung, und zwar auf Kosten der KVen und damit letztlich der ihr angehörenden Ärzte. Ob damit die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in unterversorgten Regionen wirklich verbessert werden kann, bleibt abzuwarten.

## 7. Anpassung der GMG-Regelungen zur Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems

Nach dem Gesetzesentwurf werden die im GMG enthaltenen Fristen zur Vergütungsreform, insbesondere zur Einführung der sog. Regelleistungsvolumina (RLV) statt der bisherigen Honorarbudgets und die Einführung des sog. Morbiditäts-Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) nach hin- ▶

Anzeige



# SONORING®

Partner starker Marken

„Nur Beste Qualität: Beim Sonoring bin ich mir ganz sicher“





GE Healthcare





Ab sofort Verbandsrabatt für alle BDI-Mitglieder!  
 Beachten Sie bitte auch unsere aktuelle Beilage

Infoline direkt zu  
 Ihrer Sonotheke (€0,12/Min)  
 01805/117 117

[www.sonoring.de](http://www.sonoring.de)

ten verschoben: Der Bewertungsausschuss hat bis spätestens 30.06.2007 die erforderlichen neuen Beschlüsse zur Umsetzung der RLV zu fassen. Der Beginn der Erprobungsphase der RLV wird auf den 01.01.2008 festgelegt; das endgültige Inkrafttreten und damit die „Scharfstellung“ der RLV soll am 01.01.2009 erfolgen (§ 85 a Abs. 1 SGB V n. F.). Der Morbi-RSA soll zeitgleich ebenfalls am 01.01.2009 eingeführt werden (§ 268 Abs. 1 Satz 1 SGB V n. F.), damit eine entsprechende Verzahnung erfolgt.

Die Gesetzesbegründung wirft der Selbstverwaltung der KVen und der Krankenkassen letztlich vor, die gesetzgeberischen Vorgaben des GMG nicht rechtzeitig mit Leben erfüllt zu haben.

## 8. Sonstiges

Abschließend sieht das VÄG noch Neuregelungen zur Einziehung der Praxisgebühr vor (§ 182 a Abs. 3 i. V. m. § 192 Abs. 1 Satz 3 ff. SGG n. F.): Nach wie vor bleibt es zwar dabei, dass bei Nichtbezahlung der Praxisgebühr durch den Patienten die erste Mahnung durch den Vertragsarzt zu erfolgen hat, die zweite Mahnung dann durch die KV und desgleichen auch der weitere Zahlungseinzug. Allerdings wird jetzt die Anwendung des zivilrechtlichen Mahnverfahrens vor dem Amtsgericht zum Einzug der (sozialrechtlichen) Praxisgebühr für zulässig erklärt; außerdem hat der betreffende Patient im Fall einer Verurteilung vor dem Sozialgericht die Kosten des Mahn- und Gerichtsverfahrens in Form einer „Missbrauchsgebühr“ in Höhe von ca. EUR 150,- zu tragen.

Dies soll das bisherige Problem der KV beseitigen, bei zahlungsunwilligen Patienten zwar die Praxisgebühr mit Erfolg einzuklagen, je-

doch auf den weit höheren Kosten „sitzenzubleiben“.

Ferner wird die bisherige gleichzeitige Begründungsfrist von einem Monat bei Einlegung eines Widerspruchs beim Berufungsausschuss in Zulassungssachen gestrichen (§ 44 Satz 1 Ärzte(Zahnärzte)-ZV n. F.). Künftig kann also der Widerspruch rechtzeitig eingelegt und die Begründung anschließend in Ruhe gefertigt werden.

Last but not least: Die sog. Anschubfinanzierung in Höhe von 1% der ärztlichen Gesamtvergütung bzw. der Rechnungssumme der Krankenhäuser im Rahmen der Integrierten Versorgung wird um ein Jahr, d. h. bis zum 31.12.2007, verlängert (§ 140 d Abs. 1 Satz 1 SGB V n. F.).

## 9. Fazit:

Zusammenfassend ist festzustellen, dass der Gesetzesentwurf in vielen Teilen den Vorstellungen der Ärzteschaft, der KBV und der Bundesärztekammer (BÄK) entspricht und eine weitgehende Harmonisierung des Vertragsarztrechts mit dem bereits liberalisierten ärztlichen Berufsrechts herstellen wird. Die Regelungen sind - allerdings abgesehen von der Haftungsverschärfung bei den MVZ, der Verschiebung der Vergütungsreform und der Einschränkung des Sicherstellungsauftrags der KVen - überwiegend positiv zu werten, bieten also deutlich mehr Chancen als Risiken.

Es sei an dieser Stelle die Prognose gewagt, dass sich die Versorgungslandschaft künftig deutlich verändern wird: Ärztekooperationen mit mehreren, auch planungsbereichs-, ja sogar KV-bezirksübergreifenden Zweigpraxen, regionale überörtliche Kooperationen und auch landes- bzw. bundesweite überörtliche Ge-

meinschaftspraxis- bzw. MVZ-Ketten werden keine Seltenheit mehr sein; die ambulante ärztliche Tätigkeit wird sich darüber hinaus auch zunehmend an oder in Kooperation mit Krankenhäusern abspielen.

Sobald das VÄG in Kraft getreten sein wird, wird den Ärzten, insbesondere den kooperationswilligen und -fähigen dann endlich die Planungssicherheit gegeben sein, ihre weitere Tätigkeit auf eine tragfähigere Grundlage zu stellen. Dies ist insbesondere unter Berücksichtigung der Honorarumverteilungen und auch -umwälzungen dringend erforderlich, die durch den EBM 2005 bereits entstanden sind.

## 10. Aktualisierung aufgrund neuester Nachrichten:

Soeben (24.05.2006) wird bekannt, dass das Bundeskabinett derzeit über den Entwurf des VÄG berät. Hierbei zeichnen sich gegenüber der vorstehenden Darstellung folgende Änderungen bzw. Ergänzungen des 2. Entwurfs vom 10.04.2006 ab:

Dem Vernehmen nach soll es nun doch bei der Voraussetzung der Fachübergreiflichkeit bei der Tätigkeit von Ärzten und Zahnärzten in einem MVZ verbleiben. Die obigen Ausführungen unter Ziffer 1., zweiter Absatz sind daher möglicherweise hinfällig. Sollte sich dies in dem zu erwartenden entsprechend überarbeiteten 3. Entwurf des VÄG tatsächlich bewahrheiten, würden die oben geschilderten neuen MVZ-Erscheinungsformen leider auch zukünftig nicht verwirklicht werden können.

Ferner ist aus den Kabinettsberatungen zu vernehmen, dass die oben unter Ziffer 6. im dritten Absatz geschilderten Regelungen zur Möglichkeit der Übertragung

des Sicherstellungsauftrags von der zuständigen KV auf die Krankenkassen in unterversorgten Gebieten nun doch nicht kommen soll. Offenbar hat sich die KBV mit ihrem Widerstand gegen diese (sie teilweise entmachtende) Neuregelung durchgesetzt. Stattdessen sollen die KVen sowie die Kassen jetzt mehr Möglichkeiten bekommen, solche Versorgungslücken mit Zuschlägen auf Arzthonorare zu schließen.

Darüber hinaus sollen die Regelungen betreffend die Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems offenbar aus dem Gesetzesentwurf gestrichen werden. Die obigen Ausführungen unter Ziffer 7. sind daher dem Vernehmen nach ebenfalls obsolet. Die Neuregelungen zur Vergütungsreform und die diesbezügliche Zeitschiene werden nun also doch erst zusammen mit der sog. großen Gesundheitsreform erfolgen.

Schließlich ist aus der Kabinettsitzung zu hören, dass das ursprünglich beabsichtigte Inkrafttreten des VÄG zum 01.07.2006 wohl nicht mehr zu halten sein wird. Der parlamentarische Fahrplan sieht derzeit so aus, dass der Gesetzesentwurf zwar bald nach Abschluss der Beratungen in den Bundestag eingebracht und auch dem Bundesrat zugeleitet werden wird. Die abschließenden Entscheidungen sollen aber erst nach der Sommerpause dieser Gremien getroffen werden, so dass nach den derzeitigen Informationen von einem Inkrafttreten frühestens zum 01.10.2006, möglicherweise auch erst zum 01.01.2007 zu rechnen ist.

Dr. jur. Ralph Steinbrück  
Rechtsanwalt  
Fachanwalt für Medizinrecht  
Rechtsanwälte Ulsenheimer und Friederich  
Maximiliansplatz 12, 80333 München  
Telefon: 0 89 / 24 20 81 - 0  
Telefax: 0 89 / 24 20 81 - 19  
E-Mail: Steinbrueck@Uls-Frie.de  
Internet: www.uls-frie.de  
München, den 03.05.2006

## Da steht nicht nur Qualität drauf, da ist auch Qualität drin!

Der Gesetzgeber hat uns die Verpflichtung zum internen Qualitätsmanagement ins Gesetzbuch geschrieben (§ 135 a SGB V). Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist seiner gesetzlichen Verpflichtung nachgekommen und hat in einer Richtlinie die Mindestanfor-



Dr. Berndt Birkner

derbarkeit und Qualität (§ 70 SGB V). Dabei spielen Menschlichkeit, Empathie und die Verantwortung für die Qualität der ärztlichen Leistungen die Hauptrolle. Die Diskussion über die Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Leistungen und des Versorgungssystems wird immer wieder durch externe Faktoren bestimmt. Lassen wir uns nicht auch noch in der Menschlichkeit und Qualität von außen bestimmen. Zu Recht streiken Ärzte für die Autonomie ärztlicher Tätigkeit und Befreiung von unsinnigem Dokumentationszwang in Klinik und Praxis. Auch in Sachen Qualitätsmanagement sollten wir unsere Autonomie behalten und die Dokumentationspflichten auf das notwendige Maß reduzieren. Wenn wir die Verantwortung für das medizinische Qualitätsmanage-

Foto: Archiv

ment tragen wollen, dann müssen wir auch darüber bestimmen können. Die wichtigste Forderung lautet also: **medizinisches Qualitätsmanagement von Ärzten für Ärzte und für Internisten: ein internistisches Qualitätsmanagement von Internisten für Internisten.**

ment tragen wollen, dann müssen wir auch darüber bestimmen können. Die wichtigste Forderung lautet also: **medizinisches Qualitätsmanagement von Ärzten für Ärzte und für Internisten: ein internistisches Qualitätsmanagement von Internisten für Internisten.**

### KBV ist initiativ geworden

Die gesetzgeberische Initiative zur Normierung medizinischen Qualitätsmanagements hat eine positive Entwicklung hervorgebracht. Nach langen Jahren des Stillstandes und der Verweigerung in den ärztlichen Selbstverwaltungsorganen zur Ent-

wicklung eines Qualitätsmanagements von Ärzten für Ärzte ist die Kassenärztliche Bundesvereinigung initiativ geworden. Es liegt jetzt ein in einer Pilotphase erprobtes Qualitätsmanagementsystem vor, das sich an internationalen und nationalen Vorbildern orientiert und das ärztliche Handeln und Qualität abbilden kann. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die Grundlage eines funktionierenden Qualitätsmanagements die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems ist. Der Umkehrschluss gilt jedoch nicht!

### QM an die spezifischen Bedürfnisse des Gebiets anpassen

Es wird sicher noch mehr Konkurrenz in diesem Markt auftauchen. Wichtig ist jedoch, dass die Nutzer vor ihrer Entscheidung beurteilen können, welches System ihren Bedingungen – vor allem Alltagsbedingungen – am besten entspricht. Um die Kollegen mit den Anforderungen vertraut zu machen und ihnen einen angemessenen Zugang zur Erfüllung der gesetzlichen Verpflichtung zu ermöglichen, hat bereits eine Reihe von Berufsverbänden die Systematik des KBV-Systems QEP® übernommen und auf die spezifischen ärztlichen Bedürfnisse des jeweiligen Gebietes übertragen. Natürlich werden alle etablierten und erprobten Systeme weitergeführt und weiterentwickelt werden. Es ist aus der Sicht der Ärzte sicher sinnvoll, wenn sich inhaltliche und formale Konkurrenz entwickelt, um dem Nutzer den größtmöglichen Gewinn zu bieten.

Der BDI hat als einer der

ersten Berufsverbände eine Kooperation mit der KBV geschlossen, um seinen Mitgliedern Unterstützung bei der Umsetzung der geforderten Mindestausprägung eines Qualitätsmanagements zu bieten. Es ist eine wichtige Funktion eines Berufsverbandes, in gesundheitspolitischen Themen die Mitglieder nicht unbetreut zu lassen. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, noch einmal darauf hinzuweisen, dass das in der Richtlinie beschriebene Qualitätsmanagement die Einrichtung eines Systems voraussetzt. Die Richtlinie legt dabei nicht fest, welches System zur Erfüllung der Mindestanforderungen eingesetzt werden soll.

### Konkurrenz der QM-Systeme

Derzeit befindet sich eine Reihe von Systemen auf dem Markt, die auch weiterhin bestehen werden. Es ist jedoch für Unerfahrene schwer zu entscheiden, welche Vor- und Nachteile die jeweiligen Systeme für den einzelnen Nutzer haben. Zudem besteht von Seiten des Gesetzgebers keine Verpflichtung zu einer Zertifizierung des eingeführten QM-Systems. Auch hier ist zu betonen, dass derzeit nur Systeme einer Zertifizierung unterzogen werden können, da nur für Systeme entsprechende Auditverfahren bestehen.

Im ambulanten Versorgungsbereich ist derzeit noch das Qualitätsmanagementsystem nach der DIN ISO EN 9001:2000 das am häufigsten angewandte System. Die Erfahrungen zeigen, dass mit diesem zertifizierfähigen System ein Qualitätsmanagement in ver- ▶

tragsärztlichen Praxen eingeführt und weiterentwickelt werden kann.<sup>2,3</sup> Das System der DIN ISO EN Norm kann als eine international akzeptierte Grundlage eines Qualitätsmanagements verstanden werden. Es ist für keinen Einsatzbereich spezifisch, sondern muss immer an die entsprechenden Einsatzgebiete angepasst werden. Es ist international für den Gesundheitsbereich als geeignet beurteilt worden. Kritik wurde vor allem dadurch laut, dass die Normensprache der DIN ISO schwer verständlich ist und deshalb auf die medizinische Terminologie adaptiert werden muss. Als weiteres wurden die hohen Kosten, die z.T. allerdings durch hohe Beratungskosten verursacht werden, als nachteilig betrachtet.

### Entschluss zur Kooperation mit der KBV

Der BDI wollte deshalb andere Wege gehen, die seinen Mitgliedern eine bessere Akzeptanz anbieten können. Nach langer Prüfung und Anhörung von Erfahrungsberichten über die zur Verfügung stehenden Systeme haben sich das Präsidium und der Vorstand des BDI für die Kooperation mit der KBV entschlossen. Zudem wurde mit dem Springer-Verlag ein Vertrag zur Herstellung des zugehörigen Handbuches geschlossen.

### Die Wahl des QEP-Systems wurde aus folgenden Gründen getroffen:

- ein System von Ärzten für Ärzten
- Qualitätsziel-orientiert
- auf die medizinische Versorgung ausgerichtet
- Erfüllung der gesetzlichen Mindestanforderungen
- kostengünstig
- Seminare zur Information und zum Training verfügbar
- grundsätzlich zertifizier-

fähig

- bundesweit verfügbar
- in einer Pilotphase getestet
- auf die gesamte Innere Medizin anwendbar
- Bereitschaft der KBV, die medizinischen Inhalte der Inneren Medizin einzufügen

Unter diesen Voraussetzungen wurde auf der Grundlage von QEP das QM Innere entwickelt. Im QM Innere werden alle Versorgungsbereiche, an denen die Innere Medizin beteiligt ist, abgedeckt, so dass sich der hausärztlich tätige, der fachärztliche tätige und der Schwerpunkt-Internist wieder finden können.

QEP wird als generisches System vorangestellt, um den allgemeinen Teil so knapp wie möglich zu halten und dem Organisatorischen einen angemessenen Teil einzuräumen. Den größten Teil umfassen die klinischen Versorgungsanteile der haus- und fachärztlichen internistischen Versorgung. Aus den spezifischen internistischen Versorgungsbereichen lassen sich an die Routinetätigkeit der Kollegen

angepasste Qualitätsziele und deren Nachweise generieren, die das Herzstück des QM Innere sind. Das bedeutet, dass gleichermaßen aus der Routinetätigkeit die Erfassung der Qualitätsziele und der Maßnahmen zum Qualitätsmanagement als Abfallprodukt geleistet werden können. Auf diese Weise soll der Dokumentationsaufwand auf das notwendige Maß beschränkt bleiben.

Das Handbuch QM Innere wird mit Beispielen ausgestattet, die dieses Konzept erläutern und umsetzbar darstellen. Die Autoren sind sowohl Vertragsärzte als auch Vertreter der beteiligten internistischen Schwerpunktgesellschaften.

### Start der ersten Seminare ab Herbst 2006

Ab Herbst 2006 werden Seminare z.T. in Kooperation mit den Landes-KVen angeboten, um im persönlichen Kontakt das QM Innere erläutern zu können. Es wird dabei auf dem System der KVen aufgebaut, die ein mehrstufiges Seminarmo-

dell zur Einführung von Qualitätsmanagement in Arztpraxen vorsehen. Für die Mitglieder des BDI wird ein Sonderpreis sowohl für das Handbuch QM Innere als auch für die Seminare zum QM Innere angeboten werden. Lassen Sie uns gemeinsam die Herausforderung annehmen. Es geht um unsere eigene Zukunft, die wir selbst gestalten wollen!

Dr. Berndt Birkner F.E.B.G.  
Internist – Gastroenterologie  
Medizinische Informatik-Ärztliches  
Qualitätsmanagement  
Vorsitzender Sektion Gastroenterologie  
und AG medizinisches Qualitätsmanagement im  
Berufsverband Deutscher Internisten  
Einsteinstr. 1, D-81675 München  
www.die-gastroenterologie.de ;  
birkner@die-gastroenterologie.de

1. G-BA. Richtlinie über die Mindestanforderungen an ein einrichtungsinernes Qualitätsmanagement für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und MVZ. (Qualitätsmanagement-Richtlinien vertragsärztliche Versorgung). BAnz. Nr. 248 (S. 17 329) vom 31.12.2005

2. Birkner B. Zertifizierung einer gastroenterologischen Gemeinschaftspraxis nach DIN ISO EN 9001 vernetzt mit den Leitlinien einer medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaft. ZaeFQ 2000;94:639-643

3. Birkner B. QM-System und Zertifizierung in der ambulanten Versorgung. Der Kassenarzt 2000,47:38-44



QM optimiert ärztliches Handeln

Foto: AOK-Mediendienst

# Postoperative Chemotherapie wird nicht ausreichend eingesetzt

Dem kolorektalen Karzinom gilt aufgrund seiner Häufigkeit und der ihm eigenen, vor allem sekundären Präventionsmöglichkeiten ganz besondere Aufmerksamkeit,

in dieser Wochenschrift (Deutsche Medizinische Wochenschrift) publizierten Arbeit [1] haben sich der verdienstvollen Mühe unterzogen, 444 Patienten in

durch Unterbrechung von Signaltransduktionswegen wirken, sowie neue Kombinationen aus bekannten Medikamenten lassen erwarten, dass auch in den nächsten Jahren eine weitere Lebensverlängerung bei guter Lebensqualität zu erreichen sein wird. Man darf aber die Augen davor nicht verschließen, dass mit der Entdeckung neuer Substanzen ein gewaltiger Kostenschub erzeugt wird.

Bereits im Januar hat in dieser Zeitschrift die Regensburger Gruppe in einem lesenswerten Artikel auf den Paradigmenwandel in der Medizin hingewiesen und festgestellt, dass in „unserem Gesundheitssystem der Versicherte erst dann einen Arzt aufsucht, wenn er bereits krank ist“ [2]. Das zeigt das Dilemma auf: Um erfolgreiche, bessere und teure Therapien den Berechtigten zukommen zu lassen, muss die Prävention dramatisch verbessert werden.

So ist es immer wieder notwendig, an die betreuenden Hausärzte zu appellieren: Bieten Sie Ihren berechtigten Patienten das Vorsorgeangebot an! Bedienen Sie sich der von vielen Stiftungen und Verbänden entwickelten Informationsblätter, die man von jeder Internetseite herunterladen kann. Und machen Sie auch in der Öffentlichkeit den Vorsorgeberechtigten selber Mut zur Vorsorge!

Auch der Darmkrebsmonat März 2006 hat (wieder einmal) gezeigt, dass mit umfangreichen Informationskampagnen breite Aufmerksamkeit auf allen Ebenen

erreicht werden kann. Es ist zwar erfreulich, dass die Zahl der Anspruchsberechtigten, die der Vorsorgekoloskopie unterzogen wurden, gestiegen ist; dennoch bleibt hier viel zu tun. Dieser akzentuierte Monat muss sich in weiteren kontinuierlichen Aktivitäten über das ganze Jahr fortsetzen. Dazu tragen alle Partner des Netzwerkes gegen Darmkrebs bei.

## Immer wieder: Vorsorge nutzen!

Wer sich viel Leid ersparen will, wer sogar zu einer Risikogruppe für den Darmkrebs gehört, sollte sehr frühzeitig die Möglichkeit nutzen, sein persönliches Risiko durch einen Stuhlbluttest oder durch eine Koloskopie zumindest eingrenzen zu lassen. Wir sind weit davon entfernt, die Masse der Vorsorgeberechtigten zu erreichen; in Anbetracht der zunehmenden Inzidenz des kolorektalen Karzinoms bei unserer alternden Gesellschaft ist es jedoch ärztliche wie auch ökonomische Pflicht, die Zusammenhänge zwischen Prävention auf der einen Seite und Kostenexplosion auf der anderen Seite deutlich zu machen und ins Bewusstsein der Öffentlichkeit zu bringen.

Prof. Dr. J.-F. Riemann  
Medizinische Klinik C,  
Klinikum der Stadt Ludwigshafen am  
Rhein gGmbH  
Bremerstraße 79  
67063 Ludwigshafen

### Literatur

1 Lamberti C et al. Adjuvante und palliative Chemotherapie in Deutschland außerhalb kontrollierter Studien. Dtsch Med Wochenschr 2006; 131: 485-490  
2 Baessler A et al. Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen – Paradigmenwechsel in der Medizin. Prospektion, Prävention und Personalisierung. Dtsch Med Wochenschr 2006; 131: 278-281



zumal im gerade abgelaufenen Darmkrebsmonat 2006. Mittlerweile zeigen die neuesten Zahlen, dass die Inzidenz weiter steigt, die Mortalität jedoch leicht sinkt. Dies ist sicher auf die bessere Früherkennung und auf die bessere Behandlung der Tumoren zurückzuführen. Auch die 5-Jahres-Überlebenszeit hat sich deutlich verbessert. Dazu beigetragen hat sicher auch die Entdeckung neuer wirksamer Medikamente einschließlich der zielgerichteten Antikörpertherapie.

## Behandlung im fortgeschrittenen Stadium muss verbessert werden.

Es ist leider eine allgemeine Erfahrung, dass trotz Leitlinien viele der Patienten im fortgeschrittenen Stadium ihres Karzinoms nicht entsprechend behandelt werden. Dies gilt sowohl für die adjuvante als auch für die palliative Situation. Die Autoren einer kürzlich

ihrem Einzugsbereich zu dokumentieren und nachzuvollziehen. Das überraschende Ergebnis war, dass in den Stadien II und III, also in der adjuvanten Situation, durchaus in hohem Prozentsatz leitliniengerecht behandelt wurde, dass aber im metastasierten Stadium immer noch überwiegend mit 5-FU-Monotherapie behandelt wird. Nur ca. ein Drittel der Patienten erhält derzeit die sequenzielle Kombinationstherapie. Wir wissen heute, dass seit Einführung der supportiven Therapie mit einer durchschnittlichen mittleren Überlebenszeit von 7 Monaten durch die Kombination mehrerer Chemotherapie-schemata eine Überlebenswahrscheinlichkeit auch im fortgeschrittenen Stadium von > 2 Jahren erreicht werden kann. Darüber hinaus setzen sich Therapiezyklen durch, die durch längere Pausen die Verträglichkeit nebenwirkungsträchtiger Medikamente verbessern. Neue Entwicklungen, die

## Leistungsanspruch bei „nicht ganz fern liegender Heilungsaussicht“

Das Bundesverfassungsgericht hat Ende letzten Jahres ein Urteil des 1. Senats des Bundessozialgerichts (BSG) vom 16. September 1997 („Duchenne'sche Muskeldystrophie“) kassiert und dem BSG-Senat vorgeworfen, im Grundsatz verfassungsgemäße Vorschriften des SGB V verfassungswidrig ausgelegt zu haben (1 BvR 347/98). Eine Leistungsverweigerung unter Berufung darauf, eine bestimmte neue Behandlungsmethode im Rahmen der GKV sei ausgeschlossen, weil der Bundesausschuss diese noch nicht anerkannt habe, verstößt nach der Rechtsprechung des BVerfG gegen das Grundgesetz, wenn folgende drei Voraussetzungen kumulativ erfüllt sind:

- (1) Es liegt eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung vor.
- (2) Bei dieser Krankheit steht eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung.
- (3) Bei der beim Versicherten ärztlich angewandten (neuen, nicht allgemein anerkannten) Behandlungsmethode besteht eine „auf Indizien gestützte“ nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf.

### Schwierige Suche nach Maßstäben

Der 1. Senat des BSG sah sich damit nach eigenem Bekunden vor die schwierige Aufgabe gestellt, klären zu müssen, welcher Wahrscheinlichkeitsmaßstab zu verlangen ist, um davon ausgehen zu dürfen, dass die behaupteten Behandlungs-

erfolge mit hinreichender Sicherheit dem Einsatz gerade der streitigen Behandlung zugerechnet werden können. Dabei wird auch zu klären sein, ob es Abstufungen im erforderlichen Wahrscheinlichkeitsgrad je nach Schwere und Stadium der Erkrankung geben kann und muss.

Der Senat neigt dazu, solche Abstufungen nach dem Grundsatz vorzunehmen: „je schwerwiegender die Erkrankung und ‚hoffnungsloser‘ die Situation, desto geringer sind die Anforderungen an die ‚ernsthaften Hinweise‘ auf einen nicht ganz entfernt liegenden Behandlungserfolg“ (abgestufte Evidenzgrade).

### Verfahrensordnung des G-BA gibt Orientierung

Anhaltspunkte zur Entwicklung solcher Abstufungen könnten die in § 9 Abs. 3 Punkt IV der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Bewertung medizinischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bzw. die in der Verfahrensordnung des G-BA vom 20. September 2005 niedergelegten Grundsätze sein, wonach bei Fehlen anderer Studien als Beurteilungsgrundlage auch „Assoziationsbeobachtungen, pathophysiologische Überlegungen, deskriptive Darstellungen, Einzelfallberichte, nicht mit Studien belegte Meinungen anderer anerkannter Experten, Berichte von Expertenkomitees und Konsensuskonferenzen“ in Betracht kommen können (vgl. § 18 Abs. 2 IV und Abs. 3 IV, § 20 Abs. 2 der Verfahrensordnung). Wegen der Ausweitung des Kreises möglicher Methoden wird zu prüfen sein, ob weitere, bisher nicht in den

Blick genommene nicht anerkannte Methoden mit geringerem Evidenzgrad in die Prüfung einzubeziehen sind, und ob diese Methoden gegebenenfalls im Vergleich zur tatsächlich angewandten Methode geeigneter oder wirtschaftlicher sind.

### BSG-Rechtsprechung hat sich fortentwickelt

Seit dem Spruch des Bundesverfassungsgerichts hat der 1. Senat des BSG seine Rechtsprechung jedenfalls zum Teil bereits in der von Karlsruhe geforderten Weise fortentwickelt. Unter anderem hat er klargestellt, dass das BSG an Entscheidungen des Bundesausschusses (selbstverständlich) nicht strenger gebunden ist, als wenn die Entscheidung vom Gesetzgeber selbst getroffen worden wäre. Außerdem hat sich der Senat in seinem Visudyne-Urteil vom 19. Oktober 2004, in dem es um extrem seltene Krankheiten ging, bereits von seiner früheren „strengerer Linie“ abgegrenzt. Er hat entschieden, dass Maßnahmen zur Behandlung einer Krankheit, die so selten auftritt, dass ihre systematische Erforschung praktisch ausscheidet, vom Leistungsumfang der GKV nicht allein deshalb ausgeschlossen sind, weil der Bundesausschuss dafür keine Empfehlung abgegeben hat oder weil das dabei verwendete, in Deutschland nicht zugelassene Arzneimittel im Einzelfall aus dem Ausland beschafft werden muss.

Auch in seinem Sandoglobulin-Urteil vom 19. März 2002 hatte der 1. Senat entscheidend darauf abgestellt, dass eine schwerwiegende, lebensbedrohliche oder zumindest die Lebensqualität nachhaltig beeinträchtigende

Krankheit vorliegt, für deren Behandlung es keine Alternative gibt.

### Erste Konsequenzen in aktuellen Fällen

Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse der Sitzung des 1. Senats des Bundessozialgerichts vom 4. April 2006 zeigen erste Konsequenzen des ererkennenden Senats aus der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts auf.

### Nicht zugelassene Therapieform

**Fall 1:** Die Revision des Klägers wurde zurückgewiesen. Die Vorinstanzen haben seinen Anspruch auf Erstattung der Kosten für die im Mai 2002 ambulant durchgeführte interstitielle Brachytherapie mit Permanent-Seeds zutreffend verneint. Diese Therapieform gehörte zum Zeitpunkt der Behandlung nicht zu den vertragsärztlich erbringbaren Leistungen. Die Gewährung neuer ambulant-ärztlicher Behandlungsmethoden erfordert nach der ständigen Rechtsprechung des Senats, dass der Gemeinsame Bundesausschuss dazu zuvor eine positive Empfehlung abgegeben hatte. Hieran fehlte es, sodass die Kasse die Leistung zu Recht abgelehnt hat.

Das BVerfG hat besondere Leistungsansprüche der Versicherten in diesem Beschluss nur bei lebensbedrohlichen, regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankungen für möglich erachtet, für die eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht. Eine solcher Fall liegt hier jedoch nicht vor. Der Kläger litt seinerzeit zwar ▶

an einem Prostatakarzinom, jedoch befand sich dieses im Anfangsstadium ohne Hinweis auf metastatische Ansiedlungen. Auch gab es für die Behandlung mit der Prostatektomie eine medizinische Standardtherapie (AZ: B 1 KR 12/05 R).

### Kein Zucker von der GKV

**Fall 2:** Der Senat hat die Revision zurückgewiesen. Die Klägerin kann von der beklagten Krankenkasse die begehrte Freistellung von den Kosten für D-Ribose nicht verlangen. Versicherte können nicht alles von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beanspruchen, was ihrer Ansicht nach oder objektiv der Behandlung einer Krankheit dient. Hierfür ist vielmehr erforderlich, dass der Leistungskatalog der GKV die begehrte Leistung vorsieht. Dies ist bei D-Ribose unter keinem rechtlichen Gesichtspunkt der Fall. Hier handelt es sich um eine Art reinen Zuckers. D-Ribose ist weder ein Heil- noch ein Hilfsmittel, sondern entweder ein Fertigarzneimittel, das arzneimittelrechtlich nicht zugelassen ist, oder aber ein Lebensmittel. Auf keinen Fall kann die Klägerin einen Leistungsanspruch aus dem Beschluss des BVerfG vom 6.12.2005 herleiten. Dieser



sondern ambulant behandeln ließ, kann die Klägerin Erstattung der hierauf beruhenden Kosten verlangen (AZ: B 1 KR 5/05 R).

betrifft nicht solche Fälle, in denen die Erkrankung den Versicherten zwar erheblich beeinträchtigt, sie aber weder lebensbedrohlich ist noch regelmäßig tödlich verläuft (AZ: B 1 KR 12/04 R).

### UAE muss bezahlt werden

**Fall 3:** Die Revision hatte Erfolg. Die Klägerin kann von der beklagten Ersatzkasse Erstattung von 1221,78 € für die selbst beschaffte Uterus-Arterien-Embolisation (UAE) verlangen. Die Voraussetzungen des für die Kostenerstattung als Anspruchsgrundlage allein in Betracht kommenden § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V waren erfüllt. Der Klägerin ging es ersichtlich von Anfang an darum, zur Erhaltung ihrer Gebärmutter mit der UAE behandelt zu werden, sei es ambulant oder stationär. Ihr Antrag war entsprechend auszulegen. Anders als eine ambulante UAE,

für die es an der erforderlichen Empfehlung des Bundesausschusses fehlte, hätte die Klägerin jedoch eine stationäre UAE beanspruchen können. Da die Beklagte ihr dies nicht verdeutlichte, sondern im Gegenteil auch eine solche Leistung ablehnte, und die Klägerin sich deshalb nicht stationär,

sondern ambulant behandeln ließ, kann die Klägerin Erstattung der hierauf beruhenden Kosten verlangen (AZ: B 1 KR 5/05 R).

### Keine Therapie-Option vorhanden

**Fall 4:** Die Revision der Klägerin hatte Erfolg. Sie hat gegen die beklagte Kasse Anspruch auf Erstattung

der Kosten für das ihr auf Privatrezept verordnete, in Deutschland nicht zugelassene, über ihre Apotheke aus Kanada importierte Fertigarzneimittel Tomudexâ, denn diese Leistung war unaufschiebbar notwendig. Der Senat verbleibt im Grundsatz bei seiner Rechtsprechung aus dem Jahr 2004 im Immucothel-Urteil und im Visudyne-Urteil. Danach werden auf Kosten der Krankenkassen im Regelfall keine Fertigarzneimittel gewährt, wenn diese nicht in Deutschland oder EU-weit zugelassen sind. Die Grundsätze des Sandoglobulin-Urteils von 2002 zur zulassungsüberschreitenden Anwendung eines Arzneimittels (sog. Off-Label-Use) erfordern ebenfalls, dass dieses über eine Arzneimittelzulassung verfügt. Ein Fall einer nur extrem selten auftretenden, praktisch nicht erforschbaren Erkrankung wie im Visudyne-Fall liegt bei der Klägerin nicht vor. Dennoch hat sie unter Berücksichtigung des Beschlusses des BVerfG vom 6.12.2005 Anspruch auf die Versorgung mit Tomudexâ. Die dort vom BVerfG entwickelten Grundsätze zum Anspruch von Versicherten auf ärztliche Behandlung mit nicht allgemein anerkannten Methoden sind sinngemäß auch auf den Bereich der Arzneimittelversorgung zu übertragen, soweit hier Versorgungslücken bestehen. Das bei der Klägerin im Darmbereich entfernte metastasierende Karzinom war eine lebensbedrohliche Erkrankung. Für diese war konkret in Deutschland keine allgemein anerkannte Behandlung verfügbar, denn das dafür im Rahmen anerkannter Behandlungsmethoden standardmäßig zu Anwendung kommende, zur Chemotherapie zugelassene Präparat 5-FU löste bei der Klägerin andere schwere Gesundheitsschäden aus und musste daher

abgesetzt werden. Eine andere Therapieoption als diejenige mit Tomudexâ bestand nicht. Die Behandlung mit Tomudexâ bot nach begründeter Einschätzung mehrerer Ärzte eine auf Indizien gestützte, nicht ganz fern liegende Aussicht auf eine zumindest positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf. Tomudexâ ist in einigen Staaten – auch in der EU –, in denen keine stark vom deutschen Rechtssystem abweichenden Arzneimittel-Standards gelten, ausdrücklich für den Fall zugelassen worden, dass eine 5-FU-Therapie nicht in Frage kommt.

Um die Notwendigkeit der Krankenbehandlung mit einem nicht in Deutschland zugelassenen, auf Grund § 73 Abs. 3 Arzneimittelgesetz aus dem Ausland importierten Arzneimittel über die bisherige BSG-Rechtsprechung hinaus bejahen zu können, müssen jedoch weitere, vom 1. Senat aufgestellte Voraussetzungen erfüllt sein:

- Vor der Behandlung muss eine Nutzen-/Risiko-Analyse stattfinden, und zwar allgemein und speziell bezogen auf den konkreten Versicherten.
- Die in erster Linie fachärztliche Behandlung muss den Regeln der ärztlichen Kunst entsprechend durchgeführt und ausreichend dokumentiert werden.
- Angesichts zu befürchtender Gefahren und Nebenwirkungen ist eine ausdrückliche Zustimmung des Versicherten zur beabsichtigten Behandlung/Arzneimittelverabreichung nach entsprechender vorheriger ärztlicher Aufklärung erforderlich.

Diese Voraussetzungen haben ebenfalls ihren Grund in der Abwehr von Gefahren für das Leben und die Gesundheit des Versicherten, stellte der 1. Senat fest (AZ: B 1 KR 7/05 R).

KS

Kommentar

## Karlsruhe stellt das Leistungsrecht auf den Kopf

Bis zu dem hier beschriebenen Urteil des Bundesverfassungsgerichtes war im deutschen Gesundheitswesen die Welt noch in Ordnung. Die Ausgaben hatten sich nach den Einnahmen zu richten; damit sollte es gelingen, sowohl den medizinischen Fortschritt als auch die Altersentwicklung der Bevölkerung finanziell abzufedern. Über den Erweiterten Bewertungsmaßstab (EBM) definiert sich der Versicherungsinhalt der ambulanten Versorgung. Das was dort nicht niedergeschrieben ist, wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen beim Vertragsarzt nicht bezahlt und von den Krankenkassen auch nicht im Einzelverfahren erstattet. Der Gemeinsame Bundesausschuss sollte diesen Leistungskatalog definieren, was unter den Finanzvorgaben alles andere als einfach war. Die zahlreichen Klagen der Politik über Beitragserhöhungen taten ihr Übriges. Der Bundesausschuss ist bei seinen Leistungszusagen eher restriktiv vorgegangen. Hilfestellung gab hier die evidenz-basierte Medizin, bei der es sich zwar nicht um eine eigene Wissenschaft handelt, mit der man aber den wissenschaftlichen Erkenntnisstand beschreiben kann.

Hier gab es von Anfang an bei allen Beteiligten Verständnisprobleme. Dies hat auch offensichtlich vor dem Bundesverfassungsgericht nicht Halt gemacht.

Bei genauer Betrachtung war die Anwendung der evidenz-basierten Medizin die einzige juristisch sichere Methode, um in diesem verminten Umfeld einen Leistungskatalog sicher zu erstellen. Für die Krankenkassen war die Sache einfach: War etwas im Bundesausschuss nicht entschieden, musste es auch nicht erstattet werden.

Die jetzt bekannt gewordenen Urteile des Bundesverfassungsgerichtes sowie des Bundessozialgerichtes und einzelner Landessozialgerichte rücken von der medizinischen Begründung über die evidenz-basierte Medizin ab und liefern neue semantische Formulierungen für Entscheidungen, ob eine Leistung erstattet wird oder nicht. So geht zum Beispiel das Bundesverfassungsgericht davon aus, dass ein Leistungsanspruch dann besteht, wenn „eine nicht ganz fern liegende Heilungsaussicht“ besteht. Auf dieser Basis kann alles oder nichts positiv oder negativ entschieden werden. Der Beliebigkeit des Einzelfalls wird Tür und Tor geöffnet. Es ist zu befürchten, dass Einzelfälle mit Einzelgutachten bewertet werden und dass das Ziel des Gemeinsamen Bundesausschuss, zu einer rechtsverbindlichen allgemeinen Bewertung von medizinischen Leistungen zu kommen, durch die Gerichte unterlaufen wird.

Wer soll das bezahlen?

HFS

## Service-Angebote exklusiv für BDI-Mitglieder

Als Mitglied im Berufsverband Deutscher Internisten e.V. erhalten Sie exklusiv bei namhaften Herstellern und Dienstleistern attraktive Vergünstigungen.

Um den Bedürfnissen der Mitglieder auch in Zukunft

gerecht zu werden und eine Mitgliedschaft im Berufsverband Deutscher Internisten e.V. noch interessanter zu gestalten, entwickeln wir das bestehende Serviceangebot kontinuierlich weiter.

### Automobile

Hersteller	Legitimation
Audi	über Abrufschein
BMW	über Abrufschein
Jaguar	über Abrufschein
Land Rover	über Abrufschein
Peugeot	über Abrufschein
Renault	über Abrufschein
Saab	über Abrufschein
Skoda	über Abrufschein
Smart	über Abrufschein
Volkswagen	über Abrufschein
Volvo	über Abrufschein

### Fluggesellschaften

Anbieter	Legitimation
HLX Hapaq-Lloyd	
Express	über www.bdi.de

  

Mietwagen	
Anbieter	Legitimation
Hertz	Firmencode BDI
Sixt	Firmencode BDI

  

Versicherungen	
Anbieter	Kontakt
Roland Rechtsschutz	R. Caspers 02 11-65 81 904
DKV	02 21 - 5 78 39 18

### Medizinische Gerätschaften

Anbieter	Kontakt
Sonoring	
Deutschland	0 18 05 - 11 71 17

  

**Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung**  
 BDI-Management- und Service-GmbH, Schöne Aussicht 5  
 65193 Wiesbaden  
 Tel: 06 11-1 81 33 0  
 Fax: 06 11-1 81 33 50  
 servicegmbh@bdi.de