



## Auswirkungen des GMG auf die Tätigkeit von Krankenhausärzten

### Inhalt

- 1. Teilöffnung der Krankenhäuser**
- 2. Maßnahmen zur Lösung der Arbeitszeitproblematik in Krankenhäusern**
- 3. Bewertung**

In dem Gesetzentwurf des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) der Fraktionen von SPD, CDU/CSU und Bündnis 90/Die Grünen steht der politische Wille im Vordergrund, die Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung in der Zukunft zu verbessern, ohne das bisher übliche System total zu zerschlagen. Dennoch macht die im Gesetzentwurf vorgesehene Teilöffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung deutlich, dass künftig die Krankenhäuser als Institution und nicht durch ermächtigte Krankenhausärzte im Sinne von § 116 SGB V in der ambulanten Versorgung vermehrt tätig werden sollen.

### 1. Teilöffnung der Krankenhäuser

§ 166 a SGB V regelt die ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung. Bei Unterversorgung wird für das entsprechende Fachgebiet das Krankenhaus institutionell geöffnet, solange die Kassenärztliche Vereinigung – ggf. auch mit angestellten Ärzten – ihren Sicherstellungsauftrag nicht erfüllen kann. Sobald die Unterversorgung durch die Kassenärztliche Vereinigung behoben ist, soll die institutionelle Krankenhausöffnung enden. Hiermit dürfte möglicherweise die bisherige persönliche Ermächtigung

von Krankenhausärzten nach § 116 SGB V abgelöst werden, wenn der Krankenhausträger seine Zustimmung zur Ermächtigung zurückzieht.

Daneben werden Krankenhäuser gemäß § 116 b Abs. 1 SGB V im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen „nach Maßgabe des DMP-Vertrages“ für die ambulante Behandlung geöffnet. Auch die daneben vorgesehene Teilöffnung der Krankenhäuser für hochspezialisierte Leistungen sowie zur Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen nach § 116 b Abs. 2 SGB V erfolgt im Wege qualifikationsgebundener institutioneller Ermächtigung des Krankenhauses auf vertraglicher Grundlage mit den Krankenkassen und nicht durch ermächtigte Krankenhausärzte. Der umfangreiche Katalog hochspezialisierter Leistungen sowie seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen erweitert den Versorgungsauftrag der Krankenhäuser im Bereich der ambulanten Versorgung in nicht unerheblichem Umfang. Darüber hinaus wird der Bundesausschuss ermächtigt, den Katalog um weitere hochspezialisierte Leistungen sowie seltene Erkrankungen zu ergänzen, soweit der diagnostische und der therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit belegt sind, wobei bei der Bewertung der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit die Be-

sonderheiten der Leistungserbringung im Krankenhaus im Vergleich zur Erbringung in der Vertragsarztpraxis zu berücksichtigen sind.

Die Einbeziehung der Krankenhäuser in die ambulante Behandlung nach § 116 b SGB V, im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme und hochspezialisierter Leistungen erfolgt durch entsprechende Verträge mit den Verbänden der Krankenkassen, während die Einbeziehung der Krankenhäuser in die ambulante Behandlung bei Unterversorgung im Wege des Zulassungsverfahrens durch die Zulassungsausschüsse erfolgt. In den Verträgen nach § 116 b SGB V haben die Vertragspartner eine direkte Vergütung der Krankenhäuser durch die Krankenkassen und damit außerhalb der Gesamtvergütung vorzusehen. Die Vergütung hat darüber hinaus der Vergütung vergleichbarer vertragsärztlicher Leistungen zu entsprechen. Das bedeutet, dass für diese Leistungen die Vorgaben des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) gemäß § 87 SGB V zugrunde zu legen sind.

## 2. Maßnahmen zur Lösung der Arbeitszeitproblematik in Krankenhäusern

Zur Lösung der Arbeitszeitproblematik in Krankenhäusern sowie zur Realisierung der geplanten Abschaffung des Arztes im Praktikum wird ein Maßnahmenbündel beschlossen, das zum einen eine Optimierung der Arbeitszeitregelung im einzelnen Krankenhaus voraussetzt. Zum anderen werden finanzielle Mittel bereit gestellt. So werden in § 6 der Bundespflegeverordnung und in § 4 des Krankenhausentgeltgesetzes zusätzliche Beträge für die Krankenhäuser vorgesehen. Voraussetzung ist, dass das Krankenhaus nachweist, dass aufgrund einer schriftlichen Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung, die eine Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen zum Gegenstand hat, zusätzliche Personalkosten zur Einhaltung der Regelungen des Arbeitszeitrechts zu finanzieren sind. Soweit in der Betriebsvereinbarung festgelegte und mit dem zusätzlichen Betrag finanzierte Maßnahmen nicht umgesetzt werden können, ist der Betrag ganz oder teilweise zurückzuzahlen.

## 3. Bewertung

Viele Krankenhäuser sind heute schon nicht mehr in der Lage, den stationären Versorgungsauftrag

unter angemessenen Arbeitsbedingungen für ihre ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter durchzuführen. Die Rechtsprechung zur Einordnung von Bereitschaftsdiensten als Arbeitszeit wird diese Situation noch massiv verschärfen. Ob das im GMG vorgesehene Maßnahmenbündel den notwendigen finanziellen Spielraum für die Krankenhäuser schaffen wird, um die notwendigen Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen umzusetzen, erscheint zweifelhaft, zumal die Krankenkassen zur Anschubfinanzierung in der integrierten Versorgung gemäß § 140 d Abs. 1 SGB V in den Jahren 2004–2006 auch im Krankenhausbereich jeweils 1 vom Hundert von den Rechnungen der Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Versorgung einzubehalten haben.

Trotzdem soll den Krankenhäusern offensichtlich als Ausgleich für den zu erwartenden Bettenabbau als Folge der Einführung der DRG's eine weitergehende Leistungserbringung in der ambulanten Versorgung eröffnet werden. Da die Teilöffnung für die Krankenhäuser als Institution und nicht im Wege der Ermächtigung nach § 116 SGB V erfolgt, werden diese Leistungen zusätzlich von den Abteilungen erbracht werden müssen. Die bereits durch die ärztliche Bedarfsplanung stark eingeschränkten persönlichen Ermächtigungen von Krankenhausärzten werden durch diese gesetzgeberische Maßnahme weiter abnehmen. Daneben darf zu Recht bezweifelt werden, ob mit der Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung die Bedarfsplanung bei niedergelassenen Ärzten gemäß §§ 101 ff. SGB V weiterhin aufrechterhalten werden kann, da der Gesetzgeber mit der Vermehrung der Leistungsanbieter für ambulante Leistungen zu erkennen gibt, dass er hierin keine Gefahren für die finanzielle Stabilität der GKV sieht. ■

---

**Impressum** Dr. Peter Wigge,  
Rechtsanwalt  
Fachanwalt für Medizinrecht

Rechtsanwälte Wigge  
Scharnhorststr. 40  
48 151 Münster  
Tel.: (0251) 53 595-0  
Fax: (0251) 53 595-99  
Internet: [www.ra-wigge.de](http://www.ra-wigge.de)  
E-Mail: [kanzlei@ra-wigge.de](mailto:kanzlei@ra-wigge.de)