



10. Oktober 2006

Stellungnahme

der
Deutschen Krankenhausgesellschaft
zum
Regierungsentwurf
eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
(Vertragsarztrechtsänderungsgesetz-VÄndG
BT-Drucksache 16/2474 vom 30. August 2006)

A) Allgemeiner Teil

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft begrüßt den vorgelegten Entwurf für ein Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts. Der Entwurf schafft Klarheit hinsichtlich der Zulässigkeit einer parallelen Beschäftigung von Ärzten in Krankenhäusern und Medizinischen Versorgungszentren und entspricht insofern einer Forderung der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Sie hatte frühzeitig darauf hingewiesen, dass die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Vereinbarkeit von Krankenhaus- und Vertragsarztstätigkeit auf Medizinische Versorgungszentren keine Anwendung finden kann, da der Gesetzgeber durch die Schaffung der Rechtsfigur des Medizinischen Versorgungszentrums zum Ausdruck gebracht hat, dass er eine die Sektorengrenzen überschreitende Behandlung von Patienten für sachgerecht hält. Der vorgelegte Entwurf beinhaltet insofern zumindest eine konsequente Weiterverfolgung des wesentlichen Ziels der Reform des Gesundheitswesens durch das GMG, die sektoralen Grenzen in der medizinischen Versorgung zu überwinden. Nachdem der Gesetzgeber durch die Implementierung des Medizinischen Versorgungszentrums bereits eine institutionelle Öffnung vorgenommen hat, wird durch den vorgelegten Gesetzentwurf nunmehr auch in der Person des einzelnen Leistungserbringers eine medizinische Versorgung über die Sektorengrenzen hinaus ermöglicht. Darüber hinaus stärkt der Gesetzentwurf die Kooperationsmöglichkeiten zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern.

Der Gesetzentwurf bleibt aus Sicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft allerdings hinter dem Ziel einer umfassenden Reform des Vertragsarztrechts zurück, soweit an den bestehenden Sektorengrenzen festgehalten wird. Ein wesentliches Ziel der Reformansätze des GMG, die sektorale Trennung in der medizinischen Versorgung zunehmend aufzulösen, wird auch durch diesen Reformvorschlag nur ansatzweise erreicht. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft bewertet den Gesetzentwurf aber insgesamt als begrüßenswerten „Schritt in die richtige Richtung“.

B) Besonderer Teil

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hält die im Folgenden dargestellten Änderungen und Ergänzungen des vorliegenden Gesetzentwurfes für erforderlich:

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 3 (§ 77 Abs. 3 SGB V)

Der Gesetzentwurf lässt aus Sicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft an dieser Stelle die in den vorab vorgelegten Eckpunkten für ein Vertragsarztrechtsänderungsgesetz vorgesehene Regelung vermissen, dass ein Medizinisches Versorgungszentrum, sofern es als juristische Person betrieben wird, ab dem 01. Januar 2007 Mitglied seiner Kassenärztlichen Vereinigung wird. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft befürwortet die Aufnahme dieser Regelung in den Gesetzentwurf, da hierdurch konsequenter Weise diejenigen Einfluss auf Entscheidungen im ambulanten Bereich hätten, die auch die wirtschaftliche Verantwortung für die Einrichtung tragen.

Zu Nummer 5 (§ 95 SGB V)

Zu Buchstabe a

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hätte eine Streichung des Merkmals „fachübergreifend“ als Einrichtungsvoraussetzung für ein Medizinisches Versorgungszentrum in § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V begrüßt. Die Streichung hätte zu erheblichen Erleichterungen bei der Gründung von Medizinischen Versorgungszentren geführt, da das Tatbestandsmerkmal „fachübergreifend“ bislang zahlreiche rechtliche Auslegungsfragen beinhaltet hat. Im Übrigen hat das Erfordernis der fachübergreifenden Leistungserbringung in der Praxis zu nicht immer sinnvollen Kombinationen von Fachgebieten geführt. Es ist aber anzuerkennen, dass durch die nunmehr vorgesehene Konkretisierung des Merkmals „fachübergreifend“ zumindest einige der bislang in der Praxis bestehenden Probleme gelöst werden dürften.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft begrüßt, dass die Möglichkeit der kooperativen Leitung eines Medizinischen Versorgungszentrums eingeräumt wird, wenn dort Angehörige verschiedener Berufe tätig sind, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Die kooperative Leitung eines Medizinischen Versorgungszentrums sollte aber wie bisher immer möglich sein und nicht nur in Fällen, in denen dort unterschiedliche an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Berufszweige vertreten sind. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft schlägt daher zur Klarstellung folgende Formulierung des neu einzufügenden § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V vor:

„Eine kooperative Leitung ist auch dann möglich, wenn in einem Medizinischen Versorgungszentrum Angehörige verschiedener an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Berufe tätig sind.“

Zu Buchstabe b

Die haftungsrechtliche Gleichstellung von Medizinischen Versorgungszentren mit Vertragsärzten, die als Einzelpersonen oder als Gesamthand in einer Berufsausübungsgemeinschaft auch nach Beendigung ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit gegenüber Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen mit ihrem Privatvermögen haften, ist aus Sicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft grundsätzlich nachvollziehbar. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft begrüßt allerdings die Streichung des im Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit vorgesehenen § 106 b SGB V, da durch diesen Regelungsvorschlag im Gesellschaftsrecht bestehende Haftungsbeschränkungen auf das Gesellschaftsvermögen ausgehebelt worden wären.

Im Regierungsentwurf ist jedoch nunmehr statt dessen als Voraussetzung für die Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums in der Rechtsform einer juristischen Person des Privatrechts vorgesehen, dass die Gesellschafter eine selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung für Forderungen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen abgeben, die auch für Forderungen gilt, die erst nach der Auflösung des Medizinischen Versorgungszentrums fällig werden.

Aus Sicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft ist bei diesem Regelungsvorschlag zu bedenken, dass in den Fällen, in denen als gemeinnützig anerkannte Krankenhäuser Träger von Medizinischen Versorgungszentren sind, die Abgabe einer selbstschuldnerischen Bürgschaftserklärung mit großen Risiken für den Status des Krankenhauses als gemeinnützige Einrichtung verbunden sein kann. Spätestens die Inanspruchnahme der Bürgschaft könnte zu einer satzungswidrigen Mittelverwendung führen, die für den Krankenhausträger die Aberkennung der Gemeinnützigkeit durch die Finanzbehörden zur Folge hätte. Diese Gefahr dürfte jedenfalls dann bestehen, wenn dem Medizinischen Versorgungszentrum selbst nicht der Status der Gemeinnützigkeit zuerkannt werden kann. Zu dieser Frage werden derzeit zwar unterschiedliche Auffassungen vertreten. Die oberen Finanzbehörden erkennen Medizinische Versorgungszentren allerdings zunehmend nicht als gemeinnützig an. So wird beispielsweise die Gemeinnützigkeit für Medizinische Versorgungszentren abgelehnt, weil etwaige aus diesem Status resultierende Steuerbegünstigungen zu ungerechtfertigten Wettbewerbsvorteilen gegenüber anderen Medizinischen Versorgungszentren führen könnten. Da die überwiegende Mehrzahl der Krankenhäuser den Status der Gemeinnützigkeit besitzt, dürfte die Abgabe einer selbstschuldnerischen Bürgschaftserklärung als Gründungsvoraussetzung für ein Medizinisches Versorgungszentrum in diesem Bereich zu erheblichen Problemen führen.

Zu Buchstabe d

Dass Medizinischen Versorgungszentren im Falle des Wegfalls einer Gründungsvoraussetzung vor Entziehung der Zulassung eine Frist von sechs Monaten eingeräumt wird, wird von der Deutschen Krankenhausgesellschaft befürwortet. Dadurch wird insbesondere für kleinere Medizinische Versorgungszentren die Möglichkeit geschaffen, innerhalb einer angemessenen Frist die Gründungsvoraussetzungen wieder herzustellen.

Im Übrigen lässt der Gesetzentwurf aber die im ursprünglichen ersten Arbeitsentwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts vorgesehene Klarstellung vermissen, dass der Wegfall der Gründereigenschaft bei einem Vertragsarzt, der seine Zulassung auf ein Medizinisches Versorgungszentrum überträgt und als Angestellter in dieses eintritt, nicht den Entzug der Zulassung für das Medizinische Versorgungszentrum nach sich ziehen muss. Im ersten Arbeitsentwurf war folgende Ergänzung am Ende des § 95 Abs. 6 Satz 2 SGB V vorgesehen:

„dies gilt nicht in den Fällen des § 95 Abs. 7 Satz 3 und des § 103 Abs. 4 a Satz 1, solange der Arzt seinen Geschäftsanteil nicht an einen nicht gründerberechtigten Dritten überträgt.“

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft befürwortet die Aufnahme dieser Klarstellung in den Gesetzentwurf, da ansonsten eine von den Vertragspartnern oftmals erwünschte Kooperation auch auf Gesellschafterebene für den ins Medizinische Versorgungszentrum eintretenden und damit ehemaligen Vertragsarzt unmöglich wäre.

Zu Nummer 14 (§ 140 d SGB V)

Die Finanzierung der Leistungen im Rahmen der Integrationsversorgung muss langfristig auf eine neue Grundlage gestellt werden. Die Aufbringung der Mittel über die von Krankenhäusern und Vertragsärzten zu tragende Umlage führt zur Unterfinanzierung der im Regelsystem zu erbringenden Leistungen und ist kein zukunftsfähiger Weg. Vielmehr muss eine eigene Finanzierungsquelle geschaffen werden, die nicht aus bereits erwirtschafteten Vergütungen gespeist wird.

Unter dieser Prämisse ist die vorgesehene eng befristete Verlängerung der Anschubfinanzierung um ein Jahr als Übergangslösung vertretbar. Gleichzeitig müssen jedoch auch die aufgetretenen Hindernisse in der Umsetzung der integrierten Versorgung wie folgt beseitigt werden:

- Die Regelung des § 140 a Abs. 4 Satz 3 SGB V muss dahingehend geändert werden, dass die Berechtigung der Krankenhäuser zur ambulanten Leistungserbringung unabhängig vom jeweiligen Ermächtigungsstatus unmittelbar durch Vertragsabschluss ermöglicht wird.
- Es muss sichergestellt werden, dass die Finanzmittel der Anschubfinanzierung nur zur Vergütung von Leistungen dienen, die dem medizinischen Ziel einer integrierten Versorgung entsprechen.
- Die Registrierungsstelle nebst ihrer Prüf- und Auskunftspflichten ist verbindlich im Gesetz zu verankern.
- Im Sinne einer Verbesserung der Transparenz müssen die vertragsschließenden Krankenkassen zu einem jährlichen Verwendungsnachweis der Anschubfinanzierung gegenüber der Registrierungsstelle im Rahmen des Melde- und Auskunftsverfahrens verpflichtet werden.
- In die Anschubfinanzierung müssen weitere Leistungserbringer, die berechnete Vertragspartner von integrierten Versorgungsverträgen nach § 140 b SGB V sein können und de facto schon sind, einbezogen werden.

- Steuerliche Belastungen und Benachteiligungen von Kooperationen und integrierter Zusammenarbeit müssen beseitigt werden.
- Bezüglich der einbehaltenen und verwendeten Mittel müssen zum einen für den zurückliegenden Zeitraum Anfang 2004 bis Ende 2006, zum anderen für den vorgesehenen Zeitraum der Verlängerung der Anschubfinanzierung klare Abrechnungsregelungen für Krankenkassen gegenüber Krankenhäusern und Kassenärztlichen Vereinigungen geschaffen werden.

Zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Eine Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes im Zusammenhang mit dem Auslaufen der Anschubfinanzierung ist nicht erforderlich. Die entsprechende Regelung sollte daher ersatzlos aus dem Gesetzentwurf gestrichen werden.

Nach § 4 Abs. 4 Satz 2 KHEntgG sind wegfallende Leistungen bereits budgetmindernd zu berücksichtigen. Darunter würden ab dem Jahr 2008 infolge der im vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehenen Änderung des § 140 d Abs. 4 SGB V auch Leistungen der integrierten Versorgung fallen, die nicht mehr über das Krankenhausbudget finanziert werden. Es bedarf daher keiner Sonderregelung zur Ausgliederung von Leistungen der integrierten Versorgung, wie sie derzeit vorgesehen ist.

Darüber hinaus weist die bestehende Regelung nach § 4 Abs. 4 Satz 2 KHEntgG weniger Konfliktpotenzial auf, da bei deren Anwendung nicht noch gesondert über die bisher im Ausgangswert enthaltenen Kosten für Leistungen der Integrationsversorgung verhandelt werden muss.

Zu Artikel 5 (Änderung der Zulassungsverordnung für Ärzte)

Zu Nummer 6 (§ 20 Abs. 2 Ärzte-ZV)

Durch die Ergänzung in § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV wird klargestellt, dass ein Vertragsarzt über die bereits von der Rechtsprechung anerkannten Fälle hinaus in einem Krankenhaus tätig sein oder mit einem Krankenhaus kooperieren kann. Gleichzeitig wird durch die Änderung laut Begründung klargestellt, dass ein Arzt als Angestellter gleichzeitig in einem Krankenhaus und in einem Medizinischen Versorgungszentrum tätig sein kann. Diese Ergänzung wird von der Deutschen Krankenhausgesellschaft ausdrücklich begrüßt, da Blockadehaltungen gegenüber Kooperationen zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern eine eindeutige Gesetzesregelung gegenüberstehen würde.

Um Auslegungsschwierigkeiten vorzubeugen, die sich bereits jetzt auf Landesebene im Hinblick auf den zulässigen Umfang der neben der vertragsärztlichen Tätigkeit ausgeübten anderweitigen Tätigkeit abzeichnen, muss allerdings das Verhältnis von § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV zum neu eingefügten § 19 a Abs. 1 Ärzte-ZV sowie zu § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV eindeutig klargestellt werden.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft schlägt hierzu jeweils folgende Ergänzung in den §§ 19 a Abs. 1, 20 Abs. 1 Ärzte-ZV vor:

„§ 20 Abs. 2 bleibt unberührt.“

Ohne eine solche Klarstellung würde die Festlegung des zulässigen Umfangs der Nebentätigkeit eines Vertragsarztes auf die aus der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu § 20 Ärzte-ZV resultierenden 13 Stunden zementiert. Es würde zwar die grundsätzliche Vereinbarkeit von Nebentätigkeiten mit der vertragsärztlichen Tätigkeit klar geregelt, die zeitliche Beschränkung von Nebentätigkeiten eines Vertragsarztes aber nach wie vor aufrecht erhalten werden. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft befürwortet in diesem Zusammenhang weitergehende Beschäftigungsmöglichkeiten für Vertragsärzte, um sektorenübergreifende Kooperationen zu ermöglichen. Im Übrigen stünde die vorgeschlagene Ergänzung auch nicht in Widerspruch zur Begründung der Änderung des § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV im vorgelegten Gesetzentwurf, die offensichtlich die gleiche Intention hat.

Zu Nummer 7 (§ 24 Ärzte-ZV)

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft begrüßt die vorgesehene Möglichkeit, über den Vertragsarztsitz hinaus tätig zu werden, weil dadurch dem insbesondere in den neuen Bundesländern bestehenden Versorgungsbedarf auch von Medizinischen Versorgungszentren besser Rechnung getragen werden kann.

Zu Nummer 11 (§ 33 Ärzte-ZV)

Zu Buchstabe b

Die in § 33 Abs. 2 Ärzte-ZV vorgesehene Möglichkeit für Medizinische Versorgungszentren, örtliche und überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften mit anderen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern bilden zu können, wird von der Deutschen Krankenhausgesellschaft ausdrücklich begrüßt. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft sieht darüber hinaus als positiv an, dass für Medizinische Versorgungszentren in diesem Zusammenhang auch die Möglichkeit eröffnet wird, Zweigniederlassungen zu gründen. Allerdings darf die nunmehr vorgesehene Einschränkung, dass die Versorgungspräsenz am Vertragsarztsitz im erforderlichen Umfang gewährleistet sein muss, nicht dazu führen, dass die Bildung überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaften blockiert wird.

Zu Artikel 6 (Änderungen der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte)

Die vorstehenden Ausführungen zu Artikel 5 des Gesetzentwurfes gelten gleichsam auch für Artikel 6 des Gesetzentwurfes.

C) Weiterer Änderungsbedarf

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft sieht im Übrigen folgenden über den vorgelegten Gesetzentwurf hinausgehenden Änderungsbedarf, der überwiegend im unmittelbaren Regelungszusammenhang zum Regierungsentwurf steht:

1. Aus § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V („als Angestellte oder Vertragsärzte tätig“) könnte abgeleitet werden, dass für einen im Krankenhaus angestellten Arzt, der zugleich in einem Medizinischen Versorgungszentrum tätig werden soll, ein weiteres Anstellungsverhältnis mit dem Medizinischen Versorgungszentrum begründet werden muss, wenn das Medizinische Versorgungszentrum einen eigenen, vom Krankenhaus verschiedenen Rechtsträger hat. Der damit verbundene bürokratische Aufwand (u.a. Änderung bestehender und Abschluss zusätzlicher Arbeitsverträge, zweite Steuerkarte) könnte durch eine Arbeitnehmerüberlassung vermieden werden. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft schlägt daher folgende Ergänzung in § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V vor:

„Die Begründung eines weiteren Arbeitsverhältnisses mit dem Medizinischen Versorgungszentrum ist verzichtbar, sofern der Zulassungsausschuss anstelle des Arbeitsverhältnisses die Arbeitnehmerüberlassung vom Krankenhaus an das Medizinische Versorgungszentrum arztbezogen genehmigt.“

2. Darüber hinaus fordert die Deutsche Krankenhausgesellschaft, in den §§ 116 SGB V sowie 31 und 31 a Ärzte-ZV neben der persönlichen Ermächtigung der Krankenhausärzte zumindest **gleichrangig** die institutionelle Ermächtigung von Krankenhäusern vorzusehen.

Die Gesundheitspolitik der letzten Jahrzehnte hat Krankenhäusern und ärztlich geleiteten Einrichtungen zunehmend die Möglichkeit eingeräumt, gleichrangig mit dem vertragsärztlichen Bereich an der ambulanten Versorgung von Versicherten teilzunehmen. Beispielhaft zu nennen sind hier das ambulante Operieren gemäß § 115 b SGB V sowie die Möglichkeiten gemäß §§ 116 a (Unterversorgung) und 116 b SGB V (hochspezialisierte Leistungen). In allen Vorschriften stehen die institutionellen Zulassungen bzw. Ermächtigungen im Vordergrund. Die §§ 116 SGB V sowie 31 und 31 a Ärzte-ZV sehen hingegen entweder gar keine Möglichkeit der institutionellen Ermächtigung oder aber eine nachrangige und daher kaum zum Tragen kommende Ermächtigung vor. Die historisch bedingt arztbezogenen Ermächtigungen passen nicht mehr zu einem modernen Verständnis vom Unternehmen Krankenhaus, in dem Ärzte – auch Chefärzte – Angestellte des Krankenhauses sind. Soweit es um das Spezialwissen dieser Ärzte bzw. um besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden geht, kann auch der Krankenhaussträger sicherstellen, dass nur solche Ärzte in den Ambulanzen zum Einsatz kommen, die über entsprechende Qualifikationen verfügen.

Im Übrigen würden hierdurch steuerrechtliche Implikationen vermieden werden, die die Gestellung der Infrastruktur an den Arzt und das dadurch bedingte Nutzungsentgelt als steuerpflichtigen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb einordnen. Hierauf hat das Finanzministerium NRW – bundesweit abgestimmt – mit Schreiben vom 09. März 2005 hingewiesen. Nicht nur, dass durch diese Konstruktion

unnötiger Weise Ertragsteuern anfallen, die bei einer Leistungserbringung über eine Institutsambulanz vermieden würden. Hinzu kommt noch der erhebliche administrative Aufwand der Krankenhausverwaltung die jeweilige Kostensituation der einzelnen Chefarztambulanz detailliert gegenüber der Finanzverwaltung nachzuweisen, um den ertragsteuerpflichtigen Erlös darzustellen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft schlägt daher folgende Änderungen der §§ 116 SGB V sowie 31 und 31 a Ärzte-ZV vor:

„§ 116 SGB V

Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte *oder* ärztlich geleitete Einrichtungen

*Krankenhausärzte mit abgeschlossener Weiterbildung **oder** ärztlich geleitete Einrichtungen können vom Zulassungsausschuss (§ 96) zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigt werden. Krankenhausärzte bedürfen der Zustimmung des Krankenhausträgers. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Krankenhausärzten nicht sichergestellt wird.*

§ 31 Abs. 1 Ärzte-ZV

Die Zulassungsausschüsse können über den Kreis der zugelassenen Ärzte hinaus weitere Ärzte, insbesondere in Krankenhäusern und Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation, oder ärztlich geleitete Einrichtungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen, sofern dies notwendig ist, um

- a) eine bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung abzuwenden oder*
- b) einen begrenzten Personenkreis zu versorgen, beispielsweise Rehabilitanden in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation oder Beschäftigte eines abgelegenen oder vorübergehenden Betriebes.*

Die institutionelle Ermächtigung von Einrichtungen ist der persönlichen Ermächtigung von Ärzten gleichgestellt.

§ 31 a Ärzte-ZV

*Die Zulassungsausschüsse können Krankenhausärzte mit abgeschlossener Weiterbildung **oder** ärztlich geleitete Einrichtungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigen. Krankenhausärzte bedürfen der Zustimmung des Krankenhausträgers. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Krankenhausärzten nicht sichergestellt wird.*

3. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft weist ergänzend darauf hin, dass in § 19 Abs. 2 Satz 1 und Satz 2 KHEntgG eine redaktionelle Klarstellung vorgenommen werden muss, dass die Vorgaben für die Kostenerstattung der Ärzte für wahlärztliche Leistungen als Folge der mit dem 2. Fallpauschalenänderungsgesetz erfolgten Verlängerung der Konvergenzphase für die Einführung der DRG-Fallpauschalen bis zum Ende der Konvergenzphase verlängert werden. Nachdem eine entsprechende Klarstellung anhand einer Streichung der bisher in § 19 Abs. 2 KHEntgG genannten Fristen nunmehr im 4. Arbeitsentwurf eines GKV-WSG gestrichen wurde, geht die Deutsche Krankenhausgesellschaft davon aus und hält es für dringend erforderlich, dass eine Klarstellung im VÄndG mit Wirkung ab dem 1. Januar 2007 erfolgt.