

## Newsticker

**1. Neues Hausärzte-Praxisnetz**  
Hausärzte in Norderstedt wollen über ein Praxisnetz ihre Interessen wahren. Die beteiligten Ärzte wollen den Kontakt untereinander verbessern und mit Kliniken in der Region Verhandlungen führen.

Jeder zweite der 48 Norderstedter Hausärzte war zur Gründungsversammlung gekommen. Sie erwarten, dass das Netz in den kommenden Wochen noch wachsen wird.

Misstrauens gegenüber den Akteuren des Gesundheitswesens vor: "Wir sind misstrauisch, dass vor Ort doch noch richtige Entscheidungen getroffen werden." Durch die herrschende Bürokratie in der GKV sei der "gesunde Menschenverstand gesetzlich ausgeschlossen" worden.

So hätten GKV-Versicherte nur ein Recht auf definierte Behandlungen. Auf womöglich sinnvolle, aber vom Leistungskatalog abweichende Behandlungsmethoden hätten sie indes keinen Anspruch. Als Alternative zum jetzigen System fordert Schily, Ärzten und Kassen auf der lokalen Ebene mehr Spielraum beim Abschluss von Verträgen oder der Preisfindung einzuräumen.

© Ärzte-Zeitung, 26.01.09

### 3. Probleme bei Honorarbereinigung

Die Mitglieder des Erweiterten Bewertungsausschuss konnten sich ... nicht auf einen Modus verständigen, wie die Gesamtvergütung auf Grund der selektivvertraglichen Abzüge zu berichtigen ist.

Die Kassenvertreter forderten eine pauschale Kürzung in Höhe von 15 Prozent des Bereinigungsvolumens aus einem Selektivvertrag - unabhängig davon, ob ein Arzt an einem Selektivvertrag teilnimmt oder nicht.

Diesem Rasenmäherantrag setzte die KBV ihre Forderung entgegen, grundsätzlich die nicht an einem Selektivvertrag teilnehmenden Ärzte von der Bereinigung auszunehmen. Werde dem nicht stattgegeben, werde nicht weiter verhandelt.

Auf den ersten Blick sieht die Auffassung der KBV plausibel aus. Bei näherer Betrachtung erweist sich diese Position als Errichtung eines Schutzraums vor Wettbewerb unter Ärzten.

Dazu ein Beispiel: Arzt A nimmt an einem Hausarztvertrag teil. Er wirbt aktiv um Einschreibung. Die Praxis ist dabei erfolgreich und gewinnt auch Patienten, die zuvor bei Arzt B behandelt worden sind, als neue Klientel, die in den Hausarztvertrag von A eingeschrieben werden.

Hätte sich die KBV durchgesetzt, dann würde nur eine Bereinigung des KV-Honorars bei Arzt A stattfinden. Nach der Lesart des

GKV-Spitzenverbandes würde dies sogar dazu führen, dass Arzt A die Regelleistungsvolumina um die Zahl der neu gewonnenen Patienten gekürzt würde. Der Erfolg wäre damit ein wirtschaftlicher Fluch. Das Ziel von Selektivverträgen, Qualität und Service durch Anreize für Ärzte zu verbessern, wäre konterkariert.

© Ärzte-Zeitung 27.01.09

### 4. Mitgliederzuwachs bei großen Krankenkassen

Der Gesundheitsfonds, aus dem seit Anfang Januar die Krankenkassen finanziert werden, hat bislang fast einhellig Kritik erfahren - als zu gering ausgestattet und als teure bürokratische Umverteilungsstelle. Gleichwohl profitieren einzelne Krankenkassen von dem neuen Finanzierungsinstrument. Zwar nicht durch Zufluss zusätzlicher Mittel, wohl aber durch Zustrom neuer Mitglieder. So Norbert Klusen, Vorstandschef der Hamburger Techniker Krankenkasse (TK), die seit der Fusion mit der IKK Direkt die größte deutsche Krankenkasse ist.

Kassenkonkurrent DAK zählte allein seit dem Jahreswechsel sogar schon 32 000 neue Mitglieder, so Sprecher Gerd Reinartz. Darunter seien auch viele Rückkehrer von früheren Billig-Kassen. Reinartz: "Umfragen haben ergeben, dass die Mitglieder damals wegen der Beiträge gingen und jetzt wegen der Betreuungsqualität wiederkommen."

Für Günter Ploß, Leiter der Landesvertretung Hamburg des Ersatzkassenverbands VDEK, ist das Verhalten der Versicherten nicht verwunderlich. Da die Beiträge der Kassen jetzt gleich sind, suchten sich die Kunden die besten Versorgungsangebote: "Der Trend wird sich fortsetzen". Früher war der Beitragssatz für viele Versicherte entscheidend für die Kassenwahl. Sie wanderten von den großen und teuren Kassen ab zu den kleinen, günstigen BKK. Jetzt ist der Preis für alle gleich, und die Kassen müssen mit Leistungen um die Versicherten kämpfen. "Qualität zählt", sagte Reinartz. Beratung, Service, besondere Tarife und Bonuszahlungen locken.

© welt-online, 21.02.2009

### Gemeinsames Praxisseminar von DGIV und BMVZ MVZ und IV von der Idee zur Umsetzung

In dem eintägigen Praxisseminar werden am Vormittag einige grundlegende Informationen zur Gründung und zum Betrieb eines Medizinischen Versorgungszentrums sowie zur integrierten Versorgung vermittelt. Der Nachmittag bietet parallel zwei Workshops an: zum einen der Gründungsworkshop MVZ und zum anderen der Gründungsworkshop IV. Das Seminar schließt mit einer gemeinsamen Auswertung der Workshops. Als Termine stehen zur Verfügung:

Montag, 20. April 2009 04109 Leipzig Neues Rathaus Martin-Luther-Ring 6	Mittwoch, 15. Juli 2009 50968 Köln Villa Marienburg Parkstraße 55
--	--

Die Hausärzte erwarten, dass sie über das neue regionale Bündnis ihre Interessen vor Ort besser vertreten können als dies landesweiten ärztlichen Organisationen gelingt. Derzeit wird geprüft, ob das neue Netz einem Kooperationsvertrag mit der Paracelsus-Klinik beiträgt.

© Ärzte Zeitung, 23.01.09

### 2. Neue Ideen fehlen

Der CDU-Gesundheitsexperte Jens Spahn rechnet unter einer schwarz-gelben Koalition nicht mit einem kurzfristigen radikalen Kurswechsel im Gesundheitswesen: Dies sei weder für die Versicherten noch die Akteure im Gesundheitswesen zumutbar.

Spahn bemängelte, dass der Union momentan eine "Leitidee" in der Gesundheitspolitik fehle, während SPD und Grüne ihr Konzept einer Bürgerversicherung weiter verfolgten. Allerdings rechnet er nicht damit, dass das Gesundheitswesen im Mittelpunkt des kommenden Bundestagswahlkampfes stehen wird.

Nach Ansicht des FDP-Politikers Dr. Konrad Schily herrscht in Deutschland eine Kultur des

Deutsche Gesellschaft für integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e.V.

Kronenstraße 18  
10117 Berlin

fon: 030 4472 7080  
fax: 030 4472 9746  
mailto: info@dgiv.org

V. i. S. d. P.: Geschäftsführer  
Dipl.-Kaufmann Rolf Rossbach  
Vorstandsvorsitzender:  
Carsten Sterly



Ausgabe 5  
23. März 2009

# DGIV akut

## Die Bundesregierung zur Zukunft der integrierten Versorgung

**Die Bundesregierung hat sich in einer Antwort auf eine kleine Anfrage einiger Abgeordneter (Drucksache 16/10102) zur Zukunft der integrierten Versorgung geäußert (BT Drucksache 16/10172). Daraus einige Auszüge.**

Ausgelöst durch die Weichenstellungen des GKV-Modernisierungsgesetzes sowie des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes sind auf unterschiedlicher rechtlicher Basis immer mehr Netzwerke verschiedener Leistungsanbieter entstanden, die eine koordinierte und kooperative medizinische Behandlung der Patientinnen und Patienten garantieren. Eine der Grundlagen für solche Netzwerke ist die Integrierte Versorgung, die den Vertragspartnern inhaltlich weite Freiräume für kooperative Zusammenschlüsse einräumt.

Die Potenziale dieses Erfolgsmodells sind noch nicht ausgeschöpft. Die überwiegende Zahl der Verträge ist nach wie vor auf enge Indikationen bezogen. Zur besseren Überwindung der Schnittstellen bedarf es einer verstärkten Entwicklung hin zu umfassenderen Verträgen zur Versorgung versorgungsrelevanter Volkskrankheiten, zu einer möglichst breiten Abdeckung des Krankheitsgeschehens in einzelnen Regionen, zu breiter angelegten indikationsbezogenen Verträgen und zu Verträgen, die Steuerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit noch stärker in den Mittelpunkt rücken.

Der Gesetzgeber hat mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz klargestellt, dass neue Verträge zur Integrierten Versorgung eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung ermöglichen sollen. Ziel ist das Heranwachsen der Integrierten Versorgung zu einer Alternative zur kollektivvertraglichen Regelversorgung. Dabei gilt für die Finanzierung von Verträgen zur integrierten Versorgung: Die

Anschubfinanzierung war und ist als zeitlich begrenztes Instrument angelegt, da sich die Projekte auf Dauer selbst tragen sollen.

Die Bundesregierung erwartet (für den Zeitraum ab dem 1. Januar 2009, die Red.), dass Krankenkassen, die sich jetzt auf die verschärften Wettbewerbsbedingungen einstellen, ihre bisherige Vertragspolitik überprüfen. Entscheidungen über die Weiterführung oder Beendigung von Verträgen werden u. a. davon abhängen, ob Verträge die Wirtschaftlichkeit erhöht, die Qualität gesteigert und/oder die Versichertenbindung an die jeweilige Krankenkasse gefestigt haben bzw. zu erwarten ist, dass solche positiven Effekte in einer vertretbaren Laufzeit der Verträge eintreten.

Es ist im Einzelnen Aufgabe der Krankenkassen, zu entscheiden, ob die Effizienz und/oder Quali-

tät der Versorgung durch die jeweiligen Verträge so verbessert worden ist, dass eine Verlängerung des Vertrages auch ohne Mittel der Anschubfinanzierung wirtschaftlich und medizinisch sinnvoll ist. Entsprechende Entscheidungen werden ebenso davon abhängen, inwiefern sich Krankenkassen durch IV-Verträge Vorteile im Wettbewerb um bedarfsgerechte - an den Interessen der Versicherten orientierten - Versorgungsangebote versprechen.

Die Anschubfinanzierung sollte vor allem den Start in die integrierte Versorgung erleichtern. Grundsätzlich müssen sich die Projekte zur integrierten Versorgung selbst tragen. Nach nunmehr fast fünfjähriger Förderung müsste dies bei sinnvollen Verträgen gelingen.

## Bereinigung der Gesamtvergütung

**Das Honorar für Hausarztverträge, Verträge zur speziellen ambulanten Versorgung oder zur Integrationsversorgung ist von der Gesamtvergütung abzuziehen. Wie soll das in der Praxis aussehen?**

Der Gesetzeswortlaut ist so eindeutig wie weitreichend. Danach sind alle Vergütungen, die von den Krankenkassen auf Grund dieser selektivvertraglichen Versorgungsmodelle gezahlt worden sind, zusammen zu addieren und von der Gesamtvergütung abzuziehen. Das Gesetz enthält keinerlei Beschränkungen dieses Abzugs. Danach wird für jeden Arzt, ob er an selektivvertraglichen Modellen teilnimmt oder nicht, die Vergütung an Hand der reduzierten Gesamtvergütung berechnet.

Hintergrund dieser pauschalen Reduzierung der Gesamtvergü-

tung ist der erklärte Wille des Gesetzgebers, niedergelassene Ärzte zur Teilnahme an selektivvertraglichen Versorgungsmodellen zu ermuntern. Wer daran teilnimmt, soll deshalb gegenüber den nicht teilnehmenden Ärzten einen wirtschaftlichen Vorteil erlangen.

Die KBV bemüht sich hingegen in den aktuellen Verhandlungen über die Art und Weise der Bereinigung, lediglich bei den an den Modellen teilnehmenden Ärzten das Budget zu reduzieren. Die Ärzte, die kein Interesse an den gesetzlich geförderten Versorgungsmodellen haben, dürfen nach Ansicht der KBV deshalb keine Nachteile haben.

Wie die Gesamtvergütung tatsächlich zu bereinigen ist, wird wahrscheinlich letztlich auch erst wieder in einigen Jahren durch das BSG entschieden

## In dieser Ausgabe

- Die Zukunft der integrierten Versorgung **1**
- Die Bereinigung der Gesamtvergütung **1**
- Der verkürzte Versorgungsweg - die neue Rechtslage **2**
- Bericht von der außerordentlichen Mitgliederversammlung **2**
- Das neue Sozialvergaberrecht **3**
- Änderung des Umsatzsteuerrechts **3**
- Newsticker **4**

## Der verkürzte Versorgungsweg - die neue Rechtslage

Ein Arzt soll in seiner Entscheidung - Hilfsmittel in seine Patientenbehandlung einzubeziehen - grundsätzlich frei sein. Ein Binden an Hilfsmittellieferanten war bisher nur in engen Grenzen innerhalb des sog. verkürzten Versorgungswegs zulässig.

Der Gesetzgeber hat diesen Vertriebswegen im Rahmen des GSK-OrgWG eingeführten § 128 SGB V nunmehr eine Absage erteilt. Sie müssen bis zum 1. April 2009 beendet sein.

Bisher sollte der Arzt ohne sachlichen Grund bei der Versorgung von Heil- und Hilfsmitteln keinen bestimmten Lieferanten benennen. Allerdings konnte der Arzt Empfehlungen aussprechen, wobei die Entscheidungsfreiheit des Patienten stets gewahrt bleiben musste. In dieser Grauzone zwischen bindender Empfehlung und absolutem Schweigen hatten sich in der Vergangenheit Modelle der Zusammenarbeit zwischen Arzt und Hilfsmittellieferanten entwickelt, die rechtlich nicht beanstandet worden sind.

Die Rechtsprechung hat in der Beurteilung dieser Kooperationen stets geprüft, ob der Arzt die Hilfsmittel nur verordnet oder gar abgibt. Letzteres wäre berufsrechtswidrig. Zudem muss die Kooperation dem Patienten in jedem Fall die Wahlfreiheit lassen. So soll es zulässig sein, wenn ein Augenarzt dem Patienten sagt, dass er die Sehhilfe bei jedem Optiker erhalten kann, aber auch bei ihm Modelle aus-

gesucht werden könnten. Der Umstand, dass der Patient aus Bequemlichkeit einen Gang zum Hilfsmittellieferanten erspare, ist als sachlicher Grund für die Empfehlung ausreichend, so die Rechtsprechung.

§ 128 SGB V enthält ein umfassendes Verbot von Kooperationen zwischen Ärzten und Hilfsmittellieferanten bzw. -herstellern:

*Unzulässige Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Vertragsärzten*

(1) Die Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte oder Depots bei Vertragsärzten ist unzulässig, soweit es sich nicht um Hilfsmittel handelt, die zur Versorgung in Notfällen benötigt werden. Satz 1 gilt entsprechend für die Abgabe von Hilfsmitteln in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen.

(2) Leistungserbringer dürfen Vertragsärzte nicht gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln beteiligen oder solche Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln gewähren. Unzulässig ist ferner die Zahlung einer Vergütung für zusätzliche privatärztliche Leistungen, die im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln von Vertragsärzten erbracht werden, durch Leistungserbringer.

(3) ...

(4) Sofern Vertragsärzte auf der Grundlage vertraglicher Verein-

barungen mit Krankenkassen über die ihnen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung obliegenden Aufgaben hinaus an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln mitwirken, sind die zusätzlichen Leistungen unmittelbar von den Krankenkassen zu vergüten. Über eine Mitwirkung nach Satz 1 informieren die Krankenkassen die für die jeweiligen Vertragsärzte zuständigen Ärztekammer.

(5) Abs. 4 S. 2 gilt entsprechend, wenn Krankenkassen Auffälligkeiten bei der Ausführung von Verordnungen von Vertragsärzten bekannt werden, die auf eine mögliche Zuweisung von Versicherten an bestimmte Leistungserbringer oder eine sonstige Form unzulässiger Zusammenarbeit hindeuten.

Mit dieser Regelung will der Gesetzgeber „Fehlentwicklungen“ in der Zusammenarbeit umfassend entgegen treten. Der Arzt soll sich in seinem Verhalten nicht von eigenen finanziellen Interessen leiten lassen und die Wahlfreiheit des Patienten soll geschützt werden. Lediglich Absatz 4 eröffnet eine Alternative für den Fall, dass der verkürzte Versorgungsweg auch im Interesse der Krankenkasse und damit wohl auch des Patienten liegt: Der Arzt kann mit der Krankenkasse vertraglich die Zulässigkeit des verkürzten Versorgungswegs vereinbaren. Offen ist gegenwärtig, wie diese Verträge aussehen sollen und ob sie für den Arzt überhaupt noch von Interesse sind.

## Mitgliederversammlung am 16. März 2009

Der Vorstand hatte zu einer außerordentlichen Mitgliederversammlung eingeladen, die über die Neufassung der Satzung entscheiden sollte.

Hintergrund für die vorgeschlagene Satzungsänderung war der Wunsch, die Satzung zu aktualisieren und zu verschlanken. Zugleich sollte die Satzung dem Verein auch die Möglichkeit geben, sich weiterer neuer Versorgungsformen anzunehmen. Letztlich ging es um die Erlangung der Gemeinnützigkeit des Vereins.

Der Mitgliederversammlung wurde ein Satzungsentwurf vorgelegt, in den noch einige Anregungen des Vereinsregisters eingepflegt worden waren. Als wesentliche

Änderung ist der Geschäftsführer nicht mehr Mitglied des Vorstands. Der neue Satzungsentwurf wurde mit diesen Änderungen vorgestellt, diskutiert und einstimmig beschlossen.

Da das Finanzamt noch keine Stellungnahme zu dem Satzungsentwurf abgegeben hatte, ermächtigte die Mitgliederversammlung den Vorstand etwailge, vom Finanzamt geforderte formale Änderungen in der Satzung vorzunehmen.

Als weiteren Tagungsordnungspunkt wählte die Mitgliederversammlung anschließend den neuen Vorstand. Der neue Vorstand setzt sich aus den bisherigen Mitgliedern zusam-

men: Gabriele Breloer-Simon, Bernd Hamann, Prof. Dr. Alfred Holzgreve, Dr. Dirk Janssen, Klaus Karsten M. A., Dr. Michael Meyer, Rolf Rossbach, Dr. Stefan Spitzer, Carsten Sterly.

Auf der anschließenden Vorstandssitzung wählten die Mitglieder Herrn Carsten Sterly zum Vorstandsvorsitzenden sowie Dr. Stefan Spitzer und Rolf Rossbach zu seinen Stellvertretern. Zum Geschäftsführer soll der bisherige Justitiar des Vereins, Herr Axel Steinbach bestellt werden.

In den kommenden Ausgaben sollen die Vorstandsmitglieder vorgestellt werden.

## Das neue Sozialvergaberecht

Im Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) hat der Gesetzgeber nunmehr auch das Ausschreibungsverfahren der Krankenkassen geregelt.

Notwendig geworden waren gesetzliche Regelungen nicht zuletzt deshalb, da in der Vergangenheit die ordentlichen Gerichte und die Sozialgerichte zu unterschiedlichen Ergebnissen hinsichtlich der sachlichen Zuständigkeit gekommen waren.

### Anwendbarkeit des GWBs

Der Gesetzgeber hat nunmehr in § 69 (2) SGB V eine Rechtsgrundverweisung auf die Vergabevorschriften des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) eingeführt. Es ist danach in jedem Einzelfall zu prüfen, ob die Voraussetzungen der §§ 97 ff. GWB erfüllt sind.

Eine gesetzliche Voraussetzung für die Anwendbarkeit der Vergaberegeln ist gemäß § 99 GWB das Vorliegen von „öffentlichen Aufträgen“. Ob solche vorliegen hängt davon ab, ob und inwieweit die Krankenkassen auf die Auswahlentscheidung, welcher Vertragsgegenstand im Einzelnen Versorgungsfall abgegeben wird, Einfluss nehmen. Diese Einflussnahme ist z.B. bei Arzneimittelrabattverträgen und auch bei Hilfsmittelverträgen nach § 127 SGB V gegeben, so dass diese Verträge als „öffentliche Aufträge“ anzusehen sind.

### Vertragliche Versorgung

In der Gesetzesbegründung werden in der Regel die folgenden Verträge aus dem Anwendungsbereich der öffentlichen Aufträge ausgenommen:

- ⇒ Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V
- ⇒ Besondere ambulante Leistungen nach § 73c SGB V und
- ⇒ Integrierte Versorgung nach §§ 140a ff. SGB V.

Zur Begründung führt der Gesetzgeber aus, dass die Entscheidung über den Abruf der Leistungen in diesen Fällen nicht von der Krankenkasse, sondern von den Versicherten getroffen wird. Diese treten nach eigener Abwägung den Verträgen bei oder auch nicht. Der Vertrag zwischen der Krankenkasse und den Leistungserbringern ist in

diesen Fällen also noch nicht bindend, sondern lediglich ein Angebot an die Versicherten.

Ungeachtet der Regelung im § 69 SGB V enthalten aber auch die gesetzlichen Bestimmungen der drei o.g. Verträge Angaben zur Verpflichtung einer Ausschreibung. Diese entsprechen jedoch nicht den Anforderungen des GWBs an eine Ausschreibung.

### Angebots-Ausschreibung

In § 73b (4) und § 73c (3) SGB V heißt es hinsichtlich der hausarztzentrierten Versorgung und der besonderen ambulanten Leistungen, dass die Krankenkasse die Aufforderung zur Abgabe eines Angebots unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien auszuschreiben hat. Eine öffentliche Ausschreibung hat nur im Falle der besonderen ambulanten Leistung zu erfolgen.

Nach alledem müssen interessierte Leistungserbringer mit der Krankenkasse zunächst die objektiven Gegebenheiten der zu vereinbarenden Leistung vereinbaren. Die Krankenkasse hat dann die mit dem geplanten Vertrag beabsichtigten Ziele in geeigneter Form auszuschreiben. Sie kann auf ihrer Internetseite oder in anderer Form Leistungserbringer zur Abgabe eines Angebots auffordern. Die Leistungserbringer, die die Verhandlungen angestoßen haben, müssen ungeachtet dessen selbstverständlich ein Angebot für die fragliche Leistung abgeben. Dieses Erfordernis einer Ausschreibung macht die Vertragsverhandlungen nicht leichter, ist aber nach aktueller Rechtslage unver-

zichtbar.

Soweit eine Ausschreibung zur Abgabe eines Angebots erfolgt, müssen die wesentlichen Gedanken eines Ausschreibungsverfahrens berücksichtigt werden, auch ohne unmittelbare Anwendung des GWB. Dazu gehören die

- ✓ Veröffentlichung einer Bekanntmachung über die Ausschreibung
- ✓ Prüfung der Interessenbekundungen
- ✓ Auswahl der Verhandlungspartner
- ✓ Vertragsverhandlungen
- ✓ Vergabe des Auftrags
- ✓ Bekanntmachung der Vergabe

Verträge zur integrierten Versorgung müssen überhaupt nicht ausgeschrieben werden, so dass hier weitgehende Hoheit der Vertragspartner über den Vertragsinhalt besteht.

### Sozialrechtsweg

Ist streitig, ob eine Ausschreibung erforderlich war oder ob die Ausschreibung rechtskonform umgesetzt worden ist, kann zur Klärung die örtlich zuständige Vergabekammer angerufen werden. Schon jetzt entscheiden die Vergabekammern „erstinstanzlich“ über alle Streitigkeiten im Zusammenhang mit Ausschreibungen.

Gegen die Entscheidungen der Vergabekammern sind nunmehr die örtlich zuständigen Landesozialgerichte zuständig (§ 29 SGG). Damit wurde der Streit über das anzurufende Gericht durch den Gesetzgeber geklärt.

## Änderung des USt-Gesetzes

Seit dem 1. Januar 2009 gelten für medizinische Leistungserbringer neue Bestimmungen hinsichtlich der Umsatzsteuerfreiheit ihrer Leistungen.

Bisher regelte § 4 Nr.14 UStG die Umsatzsteuerfreiheit für Ärzte und § 4 Nr.16 UStG die Umsatzsteuerfreiheit für Krankenhäuser, Pflegedienste und andere Leistungserbringer. Nunmehr ist die Umsatzsteuerfreiheit für medizinische Leistungen in § 4 Nr.14 UStG zusammen gefasst.

Nach § 4 Nr.14a UStG sind Heilbehandlungen im Bereich der Humanmedizin umsatzsteuerfrei.

Heilbehandlung ist dabei eine auf Diagnose und Behandlung von Krankheiten gerichtete Tätigkeit.

§ 4 Nr.14b UStG stellt ärztliche Heilbehandlungen und damit eng verbundene Tätigkeiten in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen wie z.B. in einer Praxisklinik von der USt frei. Ebenfalls umsatzsteuerfrei sind Leistungen zur Rehabilitation und von ambulanten Pflegediensten. Letztlich werden ausdrücklich Heilbehandlungen im Rahmen von integrierten Versorgungsverträgen umsatzsteuerfrei gestellt. Die Anzahl behandelter Kassenpatienten ist nicht mehr ausschlaggebend.