



Ambulantisierung von Krankenhäusern – Kooperationsmöglichkeiten mit niedergelassenen Ärzten?

20.09.2024

Dr. Ulrike Brucklacher
Rechtsanwältin
Fachanwältin für Medizinrecht

Agenda

1. Ausgangspunkt und gesetzgeberische Ziele
2. Status quo bei den Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten
3. Kooperationen im Rahmen der Ambulantisierung

Agenda

1. **Ausgangspunkt und gesetzgeberische Ziele**
2. Status quo bei den Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten
3. Kooperationen im Rahmen der Ambulantisierung

Ambulantisierung – was ist damit gemeint?

Der Befund: zu viele Leistungen werden stationär erbracht, Leistungserbringung ist dadurch zu teuer

Der Begriff „**Ambulantisierung**“ meint

- die Substitution stationärer Behandlungen durch ambulante Behandlungen und
- die Vermeidung stationärer Aufenthalte

Aber: Starre Sektorentrennung zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor, da unterschiedliche Zulassungs- und Finanzierungssystematik

Sektorengrenzen

	Stationär	Ambulant
Bedarfsplanung	Krankenhausplanung auf der Ebene der Bundesländer	Bedarfsplanung durch bundeseinheitliche Vorgaben nach der Bedarfsplanungsrichtlinie
Umsetzung der Bedarfsplanung	Vorbereitung durch Krankenhausplanungsausschuss und Sozialministerium Bescheide durch Landesbehörden (in BW durch Regierungspräsidium)	Umsetzung der Bundesvorgaben durch Landesplanungsausschuss und Erteilung der Zulassungsbescheide durch Zulassungsausschüsse bei den Kassenärztlichen Vereinigungen
Finanzierung	Investitionskosten durch Bundesländer; Betriebskostenvergütung direkt durch die Krankenkassen	Investitionskosten in Vergütung enthalten Krankenkassen zahlen Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung an KV
Honorar- auszahlung	Zahlung der DRG durch Krankenkassen als Abschlag auf das verhandelte Budget	KV verteilt Honorare nach Honorarverteilungsmaßstab an die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer
Leistungen	Verbotsvorbehalt	Erlaubnisvorbehalt

Ambulantisierung – was ist gewollt?

Weiterentwicklung der Versorgung

- Durch medizinischen Fortschritt müssen viele Leistungen nicht mehr zwingend (voll-) stationär erbracht werden

Kosteneinsparung

- Leistungen müssen nicht in den „teuren“ Krankenhausstrukturen erbracht werden

Abbau von Krankenhäusern

- Zumindest Verringerung der Krankenhauskapazitäten
- Ggf. Nutzung bisheriger Krankenhausstandorte für ambulante Leistungen (Stichwort: Level-II-Krankenhäuser bzw. sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nach § 115g SGB V)

Übersicht über ambulante Leistungserbringung im Krankenhaus



1. Notfallambulanzen, § 76 Abs. 1a SGB V
2. Vor- und Nachstationäre Behandlung, § 115a SGB V
3. Ambulantes Operieren im Krankenhaus, § 115b SGB V
4. Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte (persönliche Ermächtigung), § 116 SGB V
5. Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung, § 116a SGB V
6. Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV), 116b SGB V
7. Hochschulambulanzen, § 117 SGB V
8. Psychiatrische Institutsambulanzen, 118 SGB V
9. Geriatrische Institutsambulanzen, 118a SGB V
10. Sozialpädiatrische Zentren, 119 SGB V

Ambulantisierung – was ist damit gemeint?



Bislang konnte keine Reform die Sektorentrennung aufheben, jedoch werden mit jeder Reform neue „Einfallstore“ geöffnet

- bisher häufig in die Richtung, dass Krankenhäusern die Möglichkeit der ambulanten Leistungserbringung eingeräumt wurde
- nun aber durch Hybrid-DRG erstmals auch Verschiebung der Leistungsgrenzen zugunsten der Vertragsärzte, so dass niedergelassene Ärzte vormals vorrangig im Krankenhaus erbrachte Leistungen erbringen und auch mit DRG abrechnen können (spezielle sektorengleiche Vergütung nach § 115f SGB V)

Agenda

1. Ausgangspunkt und gesetzgeberische Ziele
2. **Status quo bei den Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten**
3. Kooperationen im Rahmen der Ambulantisierung

Die „klassischen“ Kooperationsmöglichkeiten zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern

- **Nutzungsverträge** für OP-Räume zur eigenständigen Erbringung von ambulanten Operationen
- **Belegarztvertrag**
 - abnehmende Anzahl durch deutlich schlechtere Vergütung im Vergleich zur Leistungserbringung in der Hauptabteilung (2012: 5.628 Belegärzte – 2023: 3.515 Belegärzte)
 - hohe Versicherungsprämien z.B. in der Geburtshilfe
- **Konsiliararzt**
 - Hinzuziehung eines Arztes einer im Krankenhaus nicht vorhandenen Fachrichtung in Einzelfällen
- **Honorararztverträge**
 - Hinzuziehung von Ärzten in im Krankenhaus vorhandenen Fachrichtungen in der Regelversorgung
 - auf Basis des § 2 Abs. 2 Nr. 2 und Abs. 3 KHEntgG

Sozialversicherungspflicht bei Kooperationen

- Linie der bisherigen Entscheidungen des BSG, z.B.
 - Honorarärzte (Urt. v. 04.06.2019, B 12 R 11/18 R u.a.)
 - Notärzte (Urt. v. 19.10.2021, B 12 KR 29/19 R u.a.)
 - Praxisvertretung (Urt. v. 19.10.2021, B 12 R 1/21 R)
 - Pool-Arzt (Urt. v. 17.10.2023, B 12 R 9/21 R)
- Abhängige Beschäftigung, Weisungsbindung, **Eingliederung des Kooperationspartners in die Organisations- und Weisungsstruktur** durch arbeitsteiliges Zusammenwirken mit vorhandenem Personal und Nutzung der Einrichtungen und Mittel des Krankenhauses/des Betriebs/der Praxis
- kein Unternehmerrisiko

Wie ging es weiter?

- Häufig Ausweichen in die Teilanstellung
 - begrenzt auf 13 Stunden/Woche neben vollem Versorgungsauftrag
 - Höhe der Vergütung/Zuweisung gegen Entgelt
- Kooperationen sind in einigen wenigen Fällen weiterhin als selbständige Tätigkeit möglich:
 - Vertrag wird mit größeren Gesellschaften oder MVZ-Trägergesellschaften geschlossen
 - Krankenhaus hat keinen Einfluss darauf, welcher Arzt operiert
 - eigenes Personal, eigener Kapitaleinsatz, eigene Betriebsmittel
 - nur mit Statusfeststellungsverfahren, im Einzelfall klären
 - i. d. R. nicht bei Ärzten, die zuvor beim Krankenhaus angestellt waren

Zwischenfazit

- Belegärztliche Tätigkeit ist in der Praxis kaum noch zu finden und Auslaufmodell
- BSG-Rechtsprechung verhindert die zuletzt häufigste Kooperation im Rahmen von Honorararztverträgen
- Krankenhäuser brauchen gesetzliche Regelung oder „Status“, um ambulante Leistungen zu erbringen

Agenda

1. Ausgangspunkt und gesetzgeberische Ziele
2. Status quo bei den Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten
- 3. Kooperationen im Rahmen der Ambulantisierung**
 - Ambulantes Operieren im Krankenhaus
 - Spezielle sektorengleiche Vergütung – Hybrid-DRG
 - Sektorenübergreifende Einrichtungen
 - Sonstige

Agenda

1. Ausgangspunkt und gesetzgeberische Ziele
2. Status quo bei den Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten
- 3. Kooperationen im Rahmen der Ambulantisierung**
 - **Ambulantes Operieren im Krankenhaus**
 - Spezielle sektorengleiche Vergütung – Hybrid-DRG
 - Sektorenübergreifende Einrichtungen
 - Sonstige

§ 115b SGB V Ambulantes Operieren im Krankenhaus

Überblick

- seit 1992
- Vertrag über ambulant Operieren, sonstige stationersetzende Eingriffe und stationersetzende Behandlungen im Krankenhaus (AOP-Vertrag)
- Vermeidung teurer vollstationärer Behandlungen, wenn eine ambulante Durchführung möglich ist
- Abschließender Katalog der erbringbaren Leistungen als Anlage 1 zum AOP-Vertrag

Vergütung

- Vergütung erfolgt unmittelbar durch die Krankenkassen, wenn Krankenhaus die AOP als eigene Leistung erbringt
- Erbringen niedergelassene Ärzte ambulante Operationen, rechnen diese gegenüber der KV ab

§ 115b SGB V Ambulantes Operieren im Krankenhaus



Zulassung

- „sind zugelassen“
- Keine Ermächtigung notwendig
- Mitteilung des Krankenhauses an die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuss
- Keine Teilnahme an vertragsärztlicher Versorgung
- Vertragsärzte dürfen dieselben Leistungen erbringen

§ 115b SGB V Ambulantes Operieren im Krankenhaus



Neuerungen zum 01.01.2023 bzw. 01.01.2024

- umfangreiche Erweiterung des AOP-Vertrages (um 208 Leistungen in 2023 und weitere 171 Leistungen in 2024) in Verbindung mit Anpassungen des EBM
- Vereinbarung angepasster einheitlicher Vergütungsregelungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte

§ 115b SGB V Ambulantes Operieren im Krankenhaus



Ausgestaltung

- Eigene Leistungserbringung durch KH-Ärzte (oder durch niedergelassene Ärzte, die bei KH in Teilanstellung sind) = Krankenhausleistung
- Nutzungsvertrag zur Nutzung der Infrastruktur des Krankenhauses = niedergelassene Ärzte rechnen Leistung als eigene Leistung ab
- Kooperationsverträge mit niedergelassenen Vertragsärzten = ggf. getrennte Abrechnung, siehe § 9 Abs. 6 AOP-Vertrag (belegärztlich tätiger Operateur und Anästhesist des Krankenhauses)

Kooperationsvertrag Ambulantes Operieren



§ 9 Abs. 6 AOP-Vertrag

„Krankenhäuser sind bei der Vergütung ambulanter Leistungen wie Vertragsärzte der entsprechenden Fachrichtung einzustufen. Dies gilt insbesondere auch für die **separate Abrechenbarkeit anästhesiologischer Leistungen/Narkosen**, sofern im Krankenhaus bei Leistungen gemäß § 115b SGB V **sowohl ein Operateur als auch ein Anästhesist des Krankenhauses** beteiligt sind oder die Leistung nach § 115b SGB V durch einen **belegärztlich tätigen Vertragsarzt** erfolgt und das Krankenhaus nur die Anästhesieleistung erbringt. Krankenhäuser können die im Katalog nach § 3 aufgeführten Leistungen nach § 115b SGB V und anästhesiologische Leistungen/Narkosen auch auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit Vertragsärzten ambulant im Krankenhaus erbringen.“

Nutzungsvertrag

Übliche Bestandteile eines Nutzungsvertrages

- Wer darf zu welchen Zeiten und zu welchen Konditionen die OP-Räume nutzen?
- Organisation, Ausfallzeiten
- Vertrag mit BAG oder einzelnen Ärzten? Zustimmungspflicht des KH bei Hinzunahme weiterer Ärzte?
- Mitnutzung von Gerätschaften, zum Teil aber auch Einbringung von Geräten durch die Ärzte
- Arzt/BAG rechnet Leistungen gegenüber Kostenträgern als eigene Leistung ab und schließt Verträge mit Patient (und haftet in diesem Verhältnis)
- Bei Nutzung des KH-Personals – Weisungsrechte regeln; haftungsrechtlich ist Personal
Erfüllungsgehilfe des Arztes

Nutzungsvertrag

Übliche Bestandteile eines Nutzungsvertrages

- Nutzung von Verbrauchsmaterial und Sprechstundenbedarf
- Adäquates Nutzungsentgelt je Zeiteinheit - Abrechnungsmodus

Agenda

1. Ausgangspunkt und gesetzgeberische Ziele
2. Status quo bei den Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten
3. **Kooperationen im Rahmen der Ambulantisierung**
 - Ambulantes Operieren im Krankenhaus
 - **Spezielle sektorengleiche Vergütung – Hybrid-DRG**
 - Sektorenübergreifende Einrichtungen
 - Sonstige

§ 115 f SGB V spezielle sektorengleiche Vergütung

- **Problem:** Kein monetärer Anreiz für KH, ambulante Operationen zu erbringen; Abrechnung als vollstationärer Fall mit DRG-Pauschale ist besser vergütet
- KBV, DKG, GKV-SV sollten bis 31.03.2023 eine spezielle sektorengleiche Vergütung die **unabhängig davon erfolgt, ob die vergütete Leistung ambulant oder stationär** erbracht wird, vereinbaren und festlegen, für welche der im AOP-Katalog genannten Leistungen die sektorengleiche Vergütung erfolgt
- Vergütung als Fallpauschale („Hybrid-DRG“)
- Zur Erbringung der Leistungen und Abrechnung der Fallpauschalen sind **sowohl Vertragsärzte als auch KH berechtigt**
- Leistungen werden **unmittelbar von den Krankenkassen** vergütet

§ 115 f SGB V spezielle sektorengleiche Vergütung



- Da sich die Parteien nicht einigen konnten, muss das BMG durch Rechtsverordnung entscheiden; Verkündung am 21.12.2023, Inkrafttreten 01.01.2024
- Starterkatalog enthält sowohl Leistungen, die vorher im AOP-Katalog waren als auch Leistungen, die bislang in dem Fallpauschalen-Katalog enthalten waren
- Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung zw. GKV-SV und DKG vom 06.02.2024
- PKV-Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung vom 06.02.2024
- Umsetzungshinweise der DKG vom 23.04.2024

§ 115 f SGB V spezielle sektorengleiche Vergütung



Kooperationsmöglichkeiten?

- gem. § 1 Hybrid-DRG-Verordnung sind mit der Hybrid-DRG alle im Zusammenhang mit der Behandlung des Versicherten entstandenen Aufwände abgegolten
- Splittung der Leistung ist nicht vorgesehen
- es bestehen daher die üblichen Kooperationsmöglichkeiten (z.B. Nutzungsvertrag, d. h. Vertragsarzt erbringt Leistung und rechnet Hybrid-DRG ab und zahlt Nutzungsentgelt an KH)
- KH kauft sich niedergelassenen Arzt zur eigenen Leistungserbringung ein
 - es bestehen die üblichen Probleme (Sozialversicherungspflicht, Compliance)
 - es bleibt nur die Teilanstellung

Agenda

1. Ausgangspunkt und gesetzgeberische Ziele
2. Status quo bei den Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten
- 3. Kooperationen im Rahmen der Ambulantisierung**
 - Ambulantes Operieren im Krankenhaus
 - Spezielle sektorengleiche Vergütung – Hybrid-DRG
 - **Sektorenübergreifende Einrichtungen**
 - Sonstige

§ 115g SGB V nach dem Gesetzesentwurf des KHVVG vom 15.05.2024

§ 115g Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung

- (1) Krankenhäuser, die nach § 6c des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt worden sind, können insbesondere folgende Leistungen erbringen:
1. ambulante Leistungen aufgrund einer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung,
 2. ambulantes Operieren nach § 115b,
 3. stationäre Leistungen, soweit sie von der Vereinbarung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 erfüllt sind, einschließlich belegärztlicher Leistungen, in dem durch den Versorgungsauftrag des Landes bestimmten Umfang,
 4. Übergangspflege nach § 39e
 5. Kurzpflge nach § 39c.

§ 115g SGB V nach dem Gesetzesentwurf des KHVVG vom 15.05.2024



Im Referentenentwurf vom 13.04.2024 gab es noch einen neuen § 115h SGB V, der lautete:

*„Die ärztlichen Leistungen der medizinisch-pflegerischen Versorgung können auch von **Vertragsärzten, mit denen die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung eine Kooperationsvereinbarung abgeschlossen hat**, erbracht werden. Die medizinisch-pflegerische Versorgung wird durch Vertragsärzte verordnet oder Krankenhäuser veranlasst.“*

Diese Regelung ist im Gesetzesentwurf entfallen, hier sind nur noch Kooperationen zwischen Kliniken und telemedizinische Konzepte erwähnt, z. B. § 115g Abs. 3 SGB V:

DKG, SpiBu-KK und PKV vereinbaren, welche stationären Leistungen eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung über die nach den Nummern 1 und 2 vereinbarten stationären Leistungen hinaus erbringen kann, wenn sie hierbei telemedizinisch von einem kooperierenden Krankenhaus unterstützt wird.

§ 115g SGB V nach dem Gesetzesentwurf des KHVVG vom 15.05.2024



In der Stellungnahme des Bundesrates vom 05.07.2024 (Drs. 235/24) ist der Passus wieder wie im Referentenentwurf enthalten:

*„Die ärztlichen Leistungen der medizinisch-pflegerischen Versorgung können auch von **Vertragsärzten, mit denen die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung eine Kooperationsvereinbarung abgeschlossen hat**, erbracht werden. Die medizinisch-pflegerische Versorgung wird durch Vertragsärzte verordnet oder Krankenhäuser veranlasst.“*

Allerdings klärt die Begründung nicht, wie die Kooperation erfolgen soll:

„Die medizinische-pflegerische Versorgung bündelt die begrenzten ärztlichen Ressourcen und sorgt durch eine Entlastung für Krankenhäuser höherer Versorgungsstufen für eine effizientere Versorgung. Sie stärkt dadurch, dass sie auch die Behandlung durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ermöglicht, **den sektorenübergreifenden Ansatz.**“

Agenda

1. Ausgangspunkt und gesetzgeberische Ziele
2. Status quo bei den Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten
- 3. Kooperationen im Rahmen der Ambulantisierung**
 - Ambulantes Operieren im Krankenhaus
 - Spezielle sektorengleiche Vergütung – Hybrid-DRG
 - Sektorenübergreifende Einrichtungen
 - **Sonstige**

Sonstige Kooperationsmöglichkeiten zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten

§ 115a Abs. 1 S. 2 SGB V - vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus

- Das Krankenhaus kann die Behandlung nach Satz 1 auch durch hierzu ausdrücklich beauftragte niedergelassene Vertragsärzte in den Räumen des Krankenhauses oder der Arztpraxis erbringen.
- Aber: LSG Baden-Württemberg L 5 KR 141/14 ER-B vom 04.11.2014
 - Kooperationsverträge zwischen Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten, bei denen eine Komplexgebühr für Leistungen zugesichert wird, die der Vertragsarzt ohnehin im Rahmen seiner vertragsärztlichen Tätigkeit erbringen müsste (und von der KV vergütet bekäme) sind unzulässig (rechtswidrige Zuweisung gegen Entgelt)

Sonstige Kooperationsmöglichkeiten zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten



§ 116b Abs. 4 S. 9, 10 SGB V – ambulante spezialfachärztliche Versorgung

- zwingend bei onkologischen Erkrankungen
- Voraussetzung für die Teilnahme an der ASV
- es sei denn, es wird kein geeigneter Leistungserbringer gefunden
- typische Inhalte der Kooperationsvereinbarungen:
 - gemeinsame qualitätsorientierte Konferenzen
 - Abstimmung der Arbeitsteilung
 - Abstimmung der Eckpunkte der Versorgung
- Einbindung in den Krankenhausbetrieb hier nicht so stark – BSG-Rechtsprechung zur Sozialversicherungspflicht greift hier im Regelfall nicht
- jeder Partner schließt eigenen Behandlungsvertrag und rechnet eigenständig ab

Fazit



- Der Gesetzgeber setzt an einigen Stellen an den Sektorengrenzen auf die Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern.
- Die Umsetzung ist seit BSG-Rechtsprechung zur Sozialversicherungspflicht schwierig, viel kooperative Ansätze werden damit verhindert.
- Kooperationen könnten „befriedende“ Wirkung im Konkurrenzkampf an den Sektorengrenzen haben.
- Gesetzgeber sollte sich was einfallen lassen.....
 - z.B. Stärkung der Belegarztstätigkeit
 - Einigung der DRV Bund und Spitzenverbände GKV zur Selbständigkeit wie bei Poolärzten?
 - Gesetzliche Regelung wie bei den Notärzten nach § 23c Abs. 2 SGB IV



**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit.**

www.voelker-gruppe.com