

**Kooperationen zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern beim Ambulanten Operieren und  
in der vor- und nachstationären Versorgung  
(Ergänzungen der §§ 115a und 115b im SGB V ab dem 01.01.2012)  
Ambulantes Operieren**

Durch die Rechtsprechung des BSG vom März 2011 (Az: B 6 KA 6/10) wurden teilweise schon über lange Zeit gelebten Kooperationen zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern an der Schnittstelle ambulant/stationär und beim Ambulanten Operieren in Frage gestellt (s. a. BDA-Jusletter 12/2011). Häufig wurden in 2011 unter dem Druck vermeintlich drohender Regresse seitens der Krankenkassen Kooperationsformen aufgegeben, gekündigt oder teils in Angestelltenverhältnisse umgewandelt. Die Tendenz des o. g. BSG-Urteils hat Erstaunen hervorgerufen und entsprach nicht dem ursprünglich auch mit dem § 115b politisch gesetzten Ziel einer besseren Verzahnung zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor beim ambulanten Operieren. Der Gesetzgeber hielt in diesem Zusammenhang auch eine Regelung der Kooperation bei der vor- und nachstationären Behandlung durch Krankenhäuser für erforderlich und hat dies im Versorgungsstrukturgesetz auch umgesetzt.

**Ergänzung zum § 115b SGB V:  
(Ambulantes Operieren im Krankenhaus)**

***In der Vereinbarung ist vorzusehen, dass die Leistungen nach Satz 1 auch auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten ambulant im Krankenhaus erbracht werden können.***

Ansonsten bleibt der § 115b unverändert und damit auch alle anderen Regelungen fürs Krankenhausambulante Operieren. In der Begründung des Antrages der Koalition zu dieser Ergänzung des § 115b wird der Wille des Gesetzgebers über die o.g. Formulierung hinaus ausdrücklich klargestellt, nämlich die im oben zitierten BSG-Urteil als unzulässig angesehenen Kooperationsformen jetzt auf eine im SGB V verankerte gesetzliche Basis zu stellen. Mit „Vereinbarung“ ist der AOP-Vertrag gemeint und die „Leistungen nach Satz 1“ meinen den AOP-Katalog

Allerdings überlässt der Gesetzgeber die Regelung der Details zur Umsetzung dieser Neuregelung wie auch die sonstigen Rahmenbedingungen des AOP-Vertrages wieder den „Dreiseitigen Partnern“. Es ist davon auszugehen, dass in absehbarer Zeit eine entsprechende Überarbeitung des AOP-Vertrages erfolgt, um dem Auftrag des Gesetzgebers nach zu kommen. Vereinbarungen, die vor Novellierung des AOP-Vertrages getroffen werden, sollten unter den Vorbehalt einer späteren Anpassung an den neuen AOP-Vertrag gestellt werden.

Die Rechtslage ist seit dem 01. Januar 2012 jedoch eindeutig und damit dürften sich alle Spekulationen über evtl. denkbare Regressforderungen in welcher Form auch immer wegen bestimmter Kooperationsformen spätestens ab diesem Zeitpunkt erledigt haben.

Für die schon in der Vergangenheit geregelt und durch das des BSG-Urteil ausdrücklich als zulässig bestätigten Konstruktionen besteht kein Handlungsbedarf:

**1. Leistungserbringung ausschließlich durch angestellte Ärzte des Krankenhauses**

Die Operation, die Anästhesieleistungen und alle im Rahmen des Behandlungsfalles erbrachten Nebenleistungen des Krankenhauses werden gem. den Regelungen des AOP-Vertrages (incl. Sachkosten) zwischen Krankenhaus und zuständiger Krankenkasse abgerechnet.

**2. Leistungserbringung Operateur ermächtigter (angestellter) Arzt des Krankenhauses und Anästhesieleistung nach § 115b SGB V als Institutsleistung des Krankenhauses**

Die Operation und die in diesem Rahmen anfallenden Nebenleistungen werden (incl. damit zusammenhängender Sachkosten = Sprechstundenbedarf) über die Ermächtigung mit der KV abgerechnet und die Anästhesieleistungen (incl. damit zusammenhängender Sachkosten) separat gem. den Regelungen des AOP-Vertrages nach § 115b direkt zwischen dem Krankenhaus und der zuständigen Krankenkasse.

### **3. Leistungserbringung Operateur (offizieller) Belegarzt am Krankenhaus und Anästhesieleistung nach § 115b SGB V als Institutsleistung des Krankenhauses**

Die Operation und die in diesem Rahmen anfallenden Nebenleistungen (incl. damit zusammenhängender Sachkosten = Sprechstundenbedarf) werden über die „normale“ KV-Abrechnung des (belegärztlichen) Operateurs als ambulanter Behandlungsfall abgerechnet und die Anästhesieleistungen separat gem. den Regelungen des AOP-Vertrages nach § 115b SGB V direkt zwischen dem Krankenhaus und der zuständigen Krankenkasse.

---

**Zusätzlich sind in Zukunft die folgenden „Mischformen“ zu diskutieren. Hierzu wird der AOP-Vertrag Regelungen und ggf. Ausschlüsse treffen müssen (sämtliche unter „Vertragsarzt“ subsummierten Kooperationsformen gelten hierbei auch für Belegärzte, deren zulassungsrechtlicher Status als Belegarzt in diesem Fall (ambulant) keine Rolle spielt und ebenso für in Medizinischen Versorgungszentren zugelassene Ärzte):**

### **4. Leistungserbringung Operateur „reiner“ Vertragsarzt (=kein Belegarzt) und Anästhesieleistung nach § 115b SGB V als Institutsleistung des Krankenhauses**

Die Operation und die in diesem Rahmen anfallenden Nebenleistungen (incl. damit zusammenhängender Sachkosten = Sprechstundenbedarf) werden über die „normale“ KV-Abrechnung des Operateurs als ambulanter Behandlungsfall abgerechnet und die Anästhesieleistungen (incl. damit zusammenhängender Sachkosten) separat gem. den Regelungen des AOP-Vertrages nach § 115b SGB V direkt zwischen dem Krankenhaus und der zuständigen Krankenkasse.

Genau diese Konstruktion wurde im einschlägigen Urteil des BSG als unzulässig angesehen. In der Begründung zum Antrag (Fraktionen CDU/CSU und FDP) auf Änderung des § 115b im SGB V wird ausdrücklich darauf verwiesen, dass diese vom BSG abgelehnte Konstellation vom Gesetzgeber gewollt ist.

### **5. Leistungserbringung Anästhesist Vertragsarzt, wird als Honorararzt tätig, Leistungserbringung der operativen Leistung durch angestellten Arzt des Krankenhauses nach § 115b SGB V als Institutsleistung des Krankenhauses**

Die Operation, die Anästhesieleistungen und alle im Rahmen des Behandlungsfalles erbrachten Nebenleistungen des Krankenhauses werden gem. den Regelungen des AOP-Vertrages (incl. Sachkosten) zwischen Krankenhaus und zuständiger Krankenkasse abgerechnet. Der Anästhesist wird im Innenverhältnis vom Krankenhaus für seine ärztlichen Leistungen vergütet.

### **6. Leistungserbringung Operateur Vertragsarzt, wird als Honorararzt tätig, Leistungserbringung Anästhesist Vertragsarzt, wird ebenfalls als Honorararzt tätig,**

Die Operation, die Anästhesieleistungen und alle im Rahmen des Behandlungsfalles erbrachten Nebenleistungen des Krankenhauses werden gem. den Regelungen des AOP-Vertrages (incl. Sachkosten) zwischen Krankenhaus und zuständiger Krankenkasse abgerechnet. Der Operateur und der Anästhesist werden im Innenverhältnis vom Krankenhaus für ihre ärztlichen Leistungen vergütet.

### **7. Leistungserbringung Anästhesist ermächtigter (angestellter) Arzt des Krankenhauses und operative Leistung nach § 115b SGB V als Institutsleistung des Krankenhauses**

Die Anästhesieleistungen und die in diesem Rahmen anfallenden Nebenleistungen werden (incl. damit zusammenhängender Sachkosten = Sprechstundenbedarf) über die Ermächtigung mit der KV abgerechnet und die operativen Leistungen (incl. damit zusammenhängender Sachkosten) separat gem. den Regelungen des AOP-Vertrages nach § 115b direkt zwischen dem Krankenhaus und der zuständigen Krankenkasse.

### **8. Leistungserbringung Operateur angestellter Arzt des Krankenhauses und Anästhesieleistung als „echter“ Vertragsarzt**

Die Operation und die in diesem Rahmen anfallenden Nebenleistungen werden (incl. damit zusammenhängender Sachkosten) gem. den Regelungen des AOP-Vertrages nach § 115b direkt zwischen dem Krankenhaus und der zuständigen Krankenkasse abgerechnet und die Anästhesieleistungen (incl. damit zusammenhängender Sachkosten = Sprechstundenbedarf) über die „normale“ KV-Abrechnung des Anästhesisten als ambulanter Behandlungsfall.

**9. Leistungserbringung Operateur und Anästhesist als „echte“ Vertragsärzte. Beide nutzen ganz oder teilweise die Infrastruktur des Krankenhauses (OP-Räume/Aufwachraum)**

Die Operation, die Anästhesieleistungen und die in diesem Rahmen anfallenden Nebenleistungen (incl. damit zusammenhängender Sachkosten = Sprechstundenbedarf) werden über die „normalen“ KV-Abrechnungen des Operateurs und des Anästhesisten als ambulante Behandlungsfälle abgerechnet.

	Struktur	Leistungserbringung		Abrechnung
		Anästhesie	Operation	
1.	§ 115b nur Institutsleistung	Angestellter KH-Arzt	Angestellter KH-Arzt	KH mit KK
2.	§ 115b mit ermächtigtem Operateur	Angestellter KH- Arzt	Ermächtigter z. B. Chirurg	Anästhesie: KH mit KK OP: Arzt mit KV
3.	§ 115b mit Belegarzt	Angestellter KH- Arzt	Belegarzt, aber Ambulant	Anästhesie: KH mit KK OP: Arzt mit KV
4.	<b>§ 115b Mit Vertragsarzt</b>	<b>Angestellter KH- Arzt</b>	<b>Vertragsarzt</b>	<b>Anästhesie: KH mit KK OP: Arzt mit KV</b>
5.	<b>§ 115b Mit Vertragsarzt</b>	<b>Vertragsarzt als Honorararzt</b>	<b>Angestellter KH- Arzt</b>	<b>KH mit KK</b>
6.	<b>§ 115b Mit Vertragsärzten</b>	<b>Vertragsarzt als Honorararzt</b>	<b>Vertragsarzt als Honorararzt</b>	<b>KH mit KK</b>
7.	<b>§ 115b mit Ermächtigtem</b>	<b>Ermächtigter KH- Arzt</b>	<b>Angestellter KH- Arzt</b>	<b>Anästhesie: mit KV OP: KH mit KK</b>
8.	<b>§ 115b Mit Vertragsarzt</b>	<b>Vertragsarzt</b>	<b>Angestellter KH- Arzt</b>	<b>Anästhesie: mit KV OP: KH mit KK</b>
9.	<b>Vertragsärzte nur OP- Nutzung</b>	<b>Vertragsarzt</b>	<b>Vertragsarzt</b>	<b>Anästhesie: Arzt mit KV OP: Arzt mit KV</b>

**Abgrenzung des Sicherstellungsauftrages**

Für die im Rahmen des AOP-Kataloges zu erbringenden Leistungen sieht das SGB V einen doppelten Sicherstellungsauftrag vor, der nicht gegeneinander abgegrenzt ist. Die freie Arztwahl steht gem. § 76 SGB V für die im AOP-Katalog erfassten ambulanten Leistungen auch dem Krankenhaus zu. Hingegen stellt das BSG weiterhin klar die Priorität der ambulanten Behandlung durch Vertragsärzte fest. Hier fehlt eine klare gesetzgeberische Festlegung. Klargestellt ist inzwischen jedoch, dass Kooperationen von („reinen“) Vertragsärzten mit Krankenhäusern keinen Verstoß gegen vertragsärztliche Pflichten darstellen.

**Wettbewerb**

Das BSG hat in begrüßenswerter Deutlichkeit klargestellt, dass im Rahmen der hier zu diskutierenden Kooperationen wettbewerbsrechtliche Regeln einzuhalten sind. Dies bedeutet, dass das Zur-Verfügung-Stellen einer operativen Infrastruktur (z. B. Krankenhaus als „Vermieter“), sofern diese dem Operateur oder Anästhesisten im Rahmen seiner vertragsärztliche Tätigkeit (ggf. auch nur teilweise) vergütet wird, nicht zu Bedingungen erfolgen darf, die einer vernünftigen betriebswirtschaftlichen Kalkulation widersprechen. Auch hierzu wird der neue AOP-Vertrag ggf. Festlegungen zu treffen haben.

### **Ort der Leistungserbringung**

Auch wenn die Formulierung des § 115b SGB V „Ambulantes Operieren im Krankenhaus“ nahelegen könnte, dass hier die Festlegung auf eine Immobilie gemeint sei, ist es einem zugelassenen Krankenhaus nicht verwehrt, externe Betriebsstätten zu betreiben (s. a. zum § 115a). Daher kann es seine ambulanten Leistungen durchaus auch z. B. in einer bereits bestehenden oder neu zu schaffenden operativen Einrichtung außerhalb einer Einrichtung, in der stationäre Krankenhausleistungen erbracht werden, erbringen.

---

### **Vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115a SGB V**

Der schon länger bestehende § 115a des SGB V ermöglicht dem Krankenhaus in unmittelbarer Verbindung zu einer vollstationären Behandlung ambulante Leistungen zu erbringen. Anmeldungen, Ermächtigungen, Genehmigungen o. ä. sind hierzu nicht erforderlich. Über die Vergütung werden auf Länderebene Verträge zwischen der jeweiligen Landeskrankenhausgesellschaft und den Landesverbänden der Krankenkassen geschlossen.

Diese ambulante Behandlungsmöglichkeit des Krankenhauses ist zeitlich beschränkt auf einen Zeitraum von 5 Tagen vor stationärer Aufnahme und 14 Tage nach Entlassung aus der stationären Behandlung. Vorstationär darf an maximal 3 Tagen und nachstationär an maximal 7 Tagen behandelt werden. Nachstationär kann die Frist ggf. verlängert werden.

Auch für diesen Leistungsbereich weitet der Gesetzgeber die Kooperationsmöglichkeiten aus:

**Dem § 115a Absatz 1 werden die folgenden Sätze angefügt:**

**„Das Krankenhaus kann die Behandlung nach Satz 1 auch durch hierzu ausdrücklich beauftragte niedergelassene Vertragsärzte in den Räumen des Krankenhauses oder der Arztpraxis erbringen. Absatz 2 Satz 5 findet insoweit keine Anwendung.“**

Auch wenn der § 115a überschrieben ist mit „Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus“ wird hier zunächst klargestellt, dass diese Krankenhausbehandlung nicht in der Immobilie Krankenhaus stattfinden muss. Die Behandlung kann auch durch nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte erfolgen. Hierzu können sowohl Räume des Krankenhauses als auch die Praxisräume des Vertragsarztes genutzt werden. Im zweiten Fall sind die Praxisräume des Vertragsarztes als ausgelagerte Betriebsstätte des Krankenhauses anzusehen und der Vertragsarzt erbringt Krankenhausleistungen, die das Krankenhaus abrechnen kann. Hierfür erfolgt eine Vergütung im Innenverhältnis.

### **Abgrenzung zum Sicherstellungsauftrag**

Nach wie vor gibt es im § 115a eine Abgrenzung zum Sicherstellungsauftrag der KVen in Abs. 2 Satz 5:

***Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung wird im Rahmen des Sicherstellungsauftrags durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gewährleistet.***

Die mit der stationären Behandlung in Zusammenhang stehenden notwendigen Leistungen sollen nicht zu Lasten des KV-Systems gehen. Daher die Klarstellung:

***Absatz 2 Satz 5 findet insoweit keine Anwendung***

Nicht mit der stationären Behandlung in Zusammenhang stehenden notwendigen Leistungen im Zeitfenster des § 115a SGB V bleiben weiterhin vertragsärztliche Leistungen.

Somit besteht jetzt die Möglichkeit, dass ein Krankenhaus mit Vertragsärzten Vereinbarungen zu bestimmten ambulanten Voruntersuchungen, Risikoeinschätzungen evtl. auch Aufklärungsgesprächen

trifft, um den Patienten ohne weitere Verzögerung dann stationär behandeln zu können. Dies wird in Zukunft sicherlich auch im Rahmen des MRSA-Screenings eine Rolle spielen. Ebenso sind Vereinbarungen zur poststationären Nachsorge durch einen Vertragsarzt in seiner Praxis als „Auftragsleistungen“ des Krankenhauses möglich.

#### **Steuerliche Fragestellungen/Gemeinnützigkeit/Scheinselbstständigkeit/Haftung**

Neue Kooperationsformen sind nicht zwangsläufig kompatibel mit anderweitigen Regelungen: So ist u. a. zu klären, wie ein evtl. erforderlicher finanzieller Ausgleich zwischen Krankenhäusern und Freiberuflern unter den ansonsten zu berücksichtigen Rahmenbedingungen einzustufen ist.




Nach Änderung des Vertragsarztrechts haben sich hierzu neue Probleme aufgetan, die bisher von der Rechtsprechung noch nicht abschließend beantwortet sind. Daher muss jede ins Auge gefasste Kooperation auch unter diesem Gesichtspunkt beleuchtet werden.

Je nach Konstellation muss geklärt werden, mit wem der Patient einen Behandlungsvertrag eingeht, bzw. ob eine gemeinschaftliche oder einzelne Haftung vorliegt. Ggf. ist dies auch mit dem jeweiligen Versicherer abzustimmen.

---

Die hier gemachten Ausführungen stellen eine vorläufige Einschätzung der angesprochenen Änderungen des SGB V und die persönliche Auffassung des Verfassers dar. Eine verbindliche rechtliche Bewertung ist in mehreren Punkten zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht möglich.

Elmar Mertens  
Arzt für Anästhesiologie  
VIZEPRÄSIDENT BDA  
Trierer Str. 766  
52078 Aachen

 0241 - 4018533  
 0241 - 4018534  
 bda-Mertens@t-online.de