BERUFSVERBAND DEUTSCHER ANÄSTHESISTINNEN UND ANÄSTHESISTEN

24 September 2024

Stellungnahme des Berufsverbandes Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e. V. (BDA)

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz - KHVVG) vom 17.06.2024 (Bundestagsdrucksache 20/11854)

1. Grundsätzliche Bewertung des Entwurfs

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf sollen die Behandlungsqualität gesichert bzw. gesteigert werden, die flächendeckende Versorgung sichergestellt und Entbürokratisierungsmaßnahmen umgesetzt werden. Der Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e. V. (BDA) begrüßt grundsätzlich die vom Gesetzgeber intendierten Ziele. Diese Ziele wurden ebenfalls von der Regierungskommission in ihrer 3. Empfehlung[1] und von der Bund-Länder-Gruppe im Eckpunktepapier vom 10.07.2024[2] vorgegeben.

Als Kernelement des vorliegenden Entwurfes soll das planerische Instrument der sogenannten Leistungsgruppen des NRW-Modells die Basis für die Ermittlung von Vorhaltebewertungsrelationen bilden und erstmals Krankenhausplanung und - zumindest teilweise - die Vergütung stationärer Leistungen miteinander verknüpfen. Zu den initialen Empfehlungen der Regierungskommission und dem o. g. Eckpunktepapier zur Vorhaltefinanzierung stellt der BDA jedoch auf Ebene der Detailregelungen teilweise widersprechende Maßnahmen fest. Die Einführung von Mindestfallzahlen auf der Ebene der Leistungsgruppen und die Orientierung von Vorhaltebewertungsrelationen an Vorhalte-Casemixindexe schwächt die initialen Ansätze einer Abkehr von der Mengenorientierung des DRG-Systems deutlich ab bzw. kann sie ins Gegenteil verkehren[3]. Darüber hinaus wird das bisher den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesauschusses (G-BA) vorbehaltene Qualitätsinstrument der Mindestzahlen nach §136b SGB V auf alle stationären Leistungen ausgedehnt.

Die Maßnahmen zum Bürokratieabbau durch Synchronisation der entsprechenden Richtlinien des G-BA mit den Qualitätsvorgaben der Leistungsgruppen sind zu begrüßen, greifen jedoch im Hinblick auf OPS-Strukturmerkmale insbesondere in der Intensivmedizin zu kurz. Die Berücksichtigung von geeigneten Zertifikaten bei der Weiterentwicklung von Qualitätskriterien der Leistungsgruppen wird vom BDA begrüßt. Mit dem Zertifikat Intensivmedizin – AI ZERT[4] und dem Zertifikat Entwöhnung von der

---

[1] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf

[2] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Eckpunktepapier_Krankenhausreform_final.pdf

[3] https://www.aerzteblat.de/archiv/237501/Krankenhausreform-Der-Bezug-von-Vorhaltebudget-zu-Leistungsgruppen

[4] https://www.dgai.de/fort-u-weiterbildung-veranstaltungen/zertifikate/zertifikat-intensivmedizin---ai-zert.html

Geschäftsstelle:
Neuwieder Str. 9 - 90411 Nürnberg
Telefon: 0911 / 933 78 0 - Telefax: 0911 / 393 81 95
Homepage: www.dgai.de / www.bda.de

Prof. Dr. med. Grietje Beck - Präsidentin
Prof. Dr. med. Alexander Schleppers - Hauptgeschäftsführer

Beatmung[5] der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V. (DGAI) liegen beispielsweise für die Intensivmedizin suffiziente Instrumente zur Konkretisierung und Validierung von Qualitätsvorgaben vor.

In diesem Zusammenhang muss kritisch beurteilt werden, dass der für die Weiterentwicklung der Leistungsgruppen neu einzuführende Leistungsgruppenausschuss keine Parität zwischen Vertretern der Krankenversicherungen, der Krankenhäuser und der Ärzteschaft mehr vorsieht, sondern den Krankenversicherungen den gleichen Stimmenanteil wie allen anderen Vertretern einräumt. Dies birgt nach Ansicht des BDA die Gefahr, dass die Aspekte der ärztlichen Leistungserbringung und die ärztliche Expertise nur unzureichend bei der Weiterentwicklung der Systematik Berücksichtigung finden.

Das Fachgebiet Anästhesiologie ist im vorliegenden Entwurf nicht in seinem gesamten Leistungsspektrum (Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerzmedizin und Palliativmedizin) berücksichtigt. Die Vorhaltung anästhesiologischer und intensivmedizinischer Ressourcen ist jedoch für nahezu die gesamte stationäre Versorgung essenziell. Aufgrund der nicht umsetzbaren Abbildung der Anästhesiologie im Leistungsgruppenmodell und der schwierigen Abgrenzung der Leistungsgruppe Intensivmedizin zu nahezu allen anderen Leistungsgruppen kann eine nicht absehbare Fehlallokation von Vorhaltekosten dieser Bereiche resultieren. Um das daraus entstehende Risiko einer Unterfinanzierung von anästhesiologischen Fachabteilungen und der Intensivmedizin zu verhindern, sollten anästhesiologische und intensivmedizinische Kosten als separate Vorhaltekostenanteile zusätzlich zu den sonstigen Vorhaltekostenanteilen ausgegliedert werden.

Die im Entwurf vorgesehenen Förderbeiträge für bestimmte Fachbereiche sind grundsätzlich zu begrüßen, jedoch scheint der Betrag von 30 Millionen Euro für die gesamte Intensivmedizin zu gering, um spürbare Effekte auf die intensivmedizinische Versorgung bzw. Refinanzierung zu erzielen.

Sehr positiv wertet der BDA die Berücksichtigung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben von Krankenhäusern und die explizite Nennung telemedizinischer Systeme in diesem Bereich. Damit bildet der Gesetzgeber im vorliegenden Entwurf die positiven Effekte und Erfahrungen bei Anwendung solcher Systeme insbesondere im intensivmedizinischen Bereich ab.

Neu einzuführende sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen sollen laut des vorliegenden Entwurfes einen wesentlichen Schritt zur Überwindung der Sektorengrenzen darstellen. Der Referentenentwurf sieht für diese Einrichtungen die Kooperationen zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern vor, die aus Sicht des BDA jedoch an sozialversicherungsrechtlichen Hürden scheitern werden. Die gesetzlich intendierten Kooperationen im Gesundheitswesen zur Überwindung von Sektorengrenzen bedürfen daher flankierender Regelungen in den entsprechenden Sozialgesetzgebungen. Hiervon betroffen sind ebenfalls notwendige Rotationen von Weiterbildungsassistenten. Zudem vermisst der BDA vom Gesetzgeber eine Aussage bzw. Regelungen zur Refinanzierung von Kosten der ärztlichen Weiterbildung. Durch die Orientierung an der Mittelwertbetrachtung des DRG-Systems auf der neuen Aggregationsebene der Leistungsgruppen werden Einrichtungen mit hohem Anteil von Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten noch stärker finanziell benachteiligt als

[5] https://www.dgai.de/fort-u-weiterbildung-veranstaltungen/zertifikate/zertifikat-entwoehnung-von-der-beatmung.html

aktuell. Im bisherigen Finanzierungssystem spielen Ressourcen, die zur Weiterbildung junger Kolleginnen und Kollegen notwendig sind, eine nur untergeordnete und wenig differenziert betrachtete Rolle. Einarbeitung, Supervision sowie die notwendige Durchführung von zeitaufwändigen Qualifizierungsmaßnahmen führen neben dem bereits heute vorhandenen Fachkräftemangel in Weiterbildungskliniken selbst bei numerischer Vollbesetzung permanent zu einer de facto Unterbesetzung im ärztlichen Bereich. Der BDA fordert den Gesetzgeber daher dringend dazu auf, die Rahmenbedingungen und Inhalte der ärztlichen Weiterbildung bei der Ausdifferenzierung des Gesetzes zu berücksichtigen und Maßnahmen zur Evaluation und auskömmlichen Refinanzierung der entsprechenden Kosten zu ergreifen.

Die Regelungen zur Einrichtung eines Strukturfonds mit dem Ziel, die geforderten Strukturänderungen der stationären Versorgung zu finanzieren, werden vom BDA ausdrücklich begrüßt.

Aufgrund der beschriebenen Sachverhalte schlägt der BDA die im Folgenden aufgeführten Anpassungen vor.

2. Stellungnahme im Einzelnen

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

2.1. § 115h Abs. 2

Beabsichtigte Regelung:

Die Leistungen der sektorübergreifenden Versorgungseinrichtungen sollen auch von Vertragsärzten erbracht werden können, sofern eine Kooperationsvereinbarung besteht.

Bewertung:

Eine solche Kooperationsvereinbarung kann an sozialversicherungsrechtlichen Hürden scheitern. Die diesbezüglichen gesetzlichen Regelungen müssen angepasst werden.

Änderungsvorschläge:

Siehe Anlage 1

2.2. § 135e Abs. 3

Beabsichtigte Regelung:

Das Bundesministerium richtet einen Ausschuss für die Weiterentwicklung der Leistungsgruppen ein. Der Ausschuss soll in gleicher Anzahl einerseits von Vertretern des GKV-SV und andererseits von der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Bundesärztekammer und der Berufsorganisationen der Pflegeberufe besetzt sein.

Bewertung:

Die initiale paritätische Besetzung sollte beibehalten werden, um insbesondere der ärztlichen Expertise bei der Weiterentwicklung und weiteren Aspekten der ärztlichen

Leistungserbringung (z. B. der ärztlichen Weiterbildung etc.) entsprechend Rechnung tragen zu können.

Änderungsvorschläge:

§ 135e Abs.3 Satz 5:

Der Ausschuss ist in gleicher Zahl besetzt mit Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen ~~einerseits~~ und Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Bundesärztekammer und der Berufsorganisationen der Pflegeberufe ~~andererseits~~.

2.3. § 275a Abs.1

Beabsichtigte Regelung:

Zu den Prüfungen, die der MD in nach §108 zugelassenen Krankenhäusern durchzuführen hat (z. B. Strukturmerkmale nach dem OPS §301 Abs. 2), kommen zukünftig die Prüfung der Qualitätskriterien nach §135e hinzu.

Bewertung:

Insbesondere in der Intensivmedizin gibt es Überschneidungen bzw. Redundanzen zwischen OPS-Strukturmerkmalen und Qualitätskriterien der Leistungsgruppen. Der Gesetzgeber hat im vorliegenden Entwurf schon geregelt, dass der G-BA Richtlinien aufzuheben hat, sofern Qualitätskriterien der Leistungsgruppen vergleichbare Mindestanforderungen enthalten (§136 Abs 4neu).

Änderungsvorschläge:

In Analogie zur geplanten Regelung in §136 Abs. 4neu sollten Qualitätskriterien nach §135e und OPS-Strukturmerkmale nach §275d synchronisiert werden. Alternativ sollte eine Regelung aufgenommen werden, die vorsieht, dass eine Leistungsgruppe wie z. B. Intensivmedizin nicht mehr nach §135e geprüft werden muss, wenn eine Prüfung nach §275d positiv beschieden wurde.

Artikel 3 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetz

2.4. § 17b Abs. 4

Beabsichtigte Regelung:

Die Regelung sieht vor, dass erstmals für das Jahr 2025 jährlich ein Anteil von 60 Prozent aus den DRG-Kosten plus Pflegepersonalkosten als Vorhaltekostenanteil auszugliedern ist.

Bewertung:

Die Anästhesiologie ist im Leistungsgruppenmodell nicht abgebildet, die Leistungsgruppe Intensivmedizin ist nur sehr schwierig zu nahezu allen anderen Leistungsgruppen abgrenzbar, hieraus kann eine nicht absehbare Fehlallokation von Vorhaltekosten dieser Bereiche resultieren. Um eine Unterfinanzierung von anästhesiologischen Fachabteilungen und der Intensivmedizin zu verhindern, sollten anästhesiologische und

intensivmedizinische Kosten als separate Vorhaltekostenanteile **zusätzlich** zu den sonstigen Vorhaltekostenanteilen ausgegliedert und vergütet werden.

Änderungsvorschläge:

§ 17b Abs. 4b:

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat für die Einführung einer Vorhaltevergütung erstmals für das Jahr 2025 jährlich einen Anteil in Höhe von 60 Prozent aus den Kosten, die für die Kalkulation der bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen nach Absatz 1 Satz 4, Absatz 4 Satz 5 und Satz 3 zugrunde gelegt werden, auszugliedern; die Kosten sind hierzu vorab um die variablen Sachkosten zu vermindern (verminderte Kosten). Die Kosten für den Kostenstellenbereich 2 „Intensivstation“ (Vorhaltekosten Intensivmedizin) und für den Kostenstellenbereich 5 „Anästhesie“ (Vorhaltekosten Anästhesie) sind vorab auszugliedern. Die Pflegepersonalkosten nach Absatz 4 gehören zu dem Anteil nach Satz 1 und ihre Vergütung bleibt unberührt. Zur Ermittlung der Bewertungsrelationen für die Vorhaltevergütung nach Satz 1 (Vorhaltebewertungsrelationen) sind die Pflegepersonalkosten nach Absatz 4, wenn ihr Anteil an den verminderten Kosten unterhalb von 60 Prozent liegt, von 60 Prozent dieser Kosten abzuziehen. Wenn in Ausnahmefällen der Anteil der Pflegepersonalkosten nach Absatz 4 an den verminderten Kosten mindestens 60 Prozent entspricht, betragen die Vorhaltebewertungsrelationen null. Für die Bereiche Pädiatrie, Geburts-hilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie ~~und Intensivmedizin~~ hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus die Vorhaltebewertungsrelationen nach Maß-gabe des § 39 Absatz 3 zu erhöhen. Für den Bereich Intensivmedizin hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus die Vorhaltebewertungsrelationen nach Satz 2 (Vorhaltekosten Intensivmedizin) nach Maßgabe des § 39 Absatz 3 zu erhöhen. Die Änderungen durch die Sätze 1 bis ~~5~~7 sind erstmals bei der Fallpauschalenvereinbarung für das Jahr 2025 durch die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 zu berücksichtigen und die Vorhaltebewertungsrelationen in dem Entgeltkatalog für das Jahr 2025 auszuweisen.

Notwendige Folgeänderungen:

Zur Berücksichtigung und Vergütung der vorgeschlagenen Vorhaltekosten Intensivmedizin und der Vorhaltekosten Anästhesie gemäß des o. g. Änderungsvorschlags zu §17b Absatz 4b Satz 2neu sind entsprechende Folgeänderungen umzusetzen:

Artikel 3 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

§ 37 Aufträge an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Zusammenhang mit der Ermittlung der Vorhaltevergütung

§ 38 Aufträge an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Zusammenhang mit Zuschlägen zur Förderung […]

§ 39 Förderbeträge für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin

Artikel 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

§ 6b Vergütung eines Vorhaltebudgets

Anlage 1 zu Punkt 2.1

BERUFSVERBAND DEUTSCHER ANÄSTHESISTINNEN UND ANÄSTHESISTEN

3. November 2023

Stellungnahme
Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e. V. (BDA)

zu gesetzlich geforderten ärztlichen Kooperationen im Gesundheitswesen (§§115b, 115f, 115g_neu SGB V) / Scheinselbstständigkeitsvorwurf

Ausgangslage

Im Zuge der aktuellen Diskussionen um die Sozialversicherungspflicht ärztlicher Tätigkeiten muss dringend auf die Problematik und die Verhinderung von sektorübergreifenden Kooperationen hingewiesen werden.

Intention des Gesetzgebers ist die intersektorale Kooperation und Ambulantisierung. Dabei wünscht der Gesetzgeber ausdrücklich eine Kooperation zwischen Kliniken und niedergelassenen Vertragsärzten beim ambulanten Operieren nach §115b SGB V[1]. Im Vertrag nach §115b Abs.1 SGB V zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung, GKV-Spitzenverband und Deutscher Krankenhausgesellschaft wurde dem gesetzgeberischen Willen entsprechend explizit eine Regelung zur intersektoralen Kooperation aufgenommen[2].
Darüber hinaus wird die Intention zur intersektoralen Kooperation in den anstehenden Reformen erneut aufgegriffen, weitergeführt und spezifiziert, so beispielsweise in den Arbeitsentwürfen zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) im neuen §115g *„Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung“* oder im Rahmen der geplanten „Pauschalabrechnung“ von Hybrid-DRGs unterschiedlicher Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenhäusern nach §115f SGB V[3].

Analog zur jüngsten Entscheidung des Bundessozialgerichts für den Bereich der kassenärztlichen Notdienste, steht die Sozialversicherungspflicht auch jedweden gesetzlich geforderten und gewünschten Kooperationen von Ärztinnen und Ärzten mit anderen Leistungserbringern und Institutionen im Gesundheitswesen entgegen.

Problemstellung

Es besteht die Gefahr, dass eine gesetzlich geforderte Kooperation von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) als abhängiges, sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis eingestuft wird (Scheinselbstständigkeit). Erste laufende Fälle, zum Beispiel im Bereich einer Kooperation nach §115b Abs. 1 Satz 6 SGB V, sind dem BDA bekannt. Um Auseinandersetzungen mit der DRV und auch Nachforderungen der Sozialversicherungsträger zu vermeiden, müssen die Kooperationspartner - aufgrund der derzeitigen Rechtslage - den äußerst umständlichen Weg einer Teil-Anstellung

---

[1]https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_115b.html
[2]https://www.kbv.de/media/sp/AOP-Vertrag.pdf; §9 Abs. 6 S. 3.
[3]https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/H/RefE_Hybrid-DRG-V.pdf

Geschäftsstelle:
Neuwieder Str. 9 - 90411 Nürnberg
Telefon: 0911 / 933 78 0 - Telefax: 0911 / 393 81 95
Homepage: www.dgai.de / www.bda.de
Prof. Dr. med. Grietje Beck - Präsidentin BDA
Prof. Dr. med. Alexander Schleppers - Hauptgeschäftsführer

(Arbeitsvertrag) zur Erbringung der jeweiligen Leistungen nach §115b SGB V wählen. Umständlich deshalb, weil der niedergelassene Vertragsarzt für die Anstellung eine erneute Befreiung von der DRV beantragen muss. Ferner hat der Niedergelassene seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen, so dass er nur in zeitlich eng begrenztem Umfang sich anstellen lassen darf – andernfalls droht ihm der Entzug seiner KV-Zulassung.

Durch diese Beschränkungen und Risiken kommen mögliche Kooperationen nicht im gewünschten Umfang zu Stande. Dies konterkariert die Intention des Gesetzgebers und wird somit die beabsichtigten Auswirkungen für die Versorgung nach den §§115f und 115g-neu SGB V ad absurdum führen. Um diesen Fehlentwicklungen entgegenzuwirken, müssen aus Sicht des BDA die anstehenden Reformen für grundsätzliche Gesetzesänderungen genutzt werden. Auch angesichts des bestehenden Fachkräftemangels, der sich besonders im Mangel an Ärztinnen und Ärzten niederschlägt und sich noch weiter verschärfen wird, ist hier akuter Handlungsbedarf gegeben.

In den anstehenden Reformen fordert der BDA vom Gesetzgeber tätig zu werden. Nur wenn die derzeit bestehenden sozialversicherungsrechtlichen Beschränkungen aufgelöst werden, wird die vom Gesetzgeber gewünschte und für die intendierte Ambulantisierung und für die Patientenversorgung notwendige sektorenübergreifende Kooperation in der Praxis möglich sein.

Lösung

1) Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

a) Dem §7 SGB IV wird folgender Absatz 5 angefügt:

„Die Tätigkeit im Rahmen einer auf Gesetz beruhenden vertraglichen Kooperation ist keine Beschäftigung.“

b) Dem §23c SGB IV wird folgender Absatz 3 angefügt:

„Einnahmen aus Tätigkeiten als Arzt im Rahmen einer auf Gesetz beruhenden vertraglichen Kooperation sind nicht beitragspflichtig. Für Tätigkeiten, bei denen die Einnahmen nach Satz 1 nicht beitragspflichtig sind, bestehen keine Meldepflichten nach den Sozialgesetzbüchern“

2) Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

a) Dem §115b Absatz 2 SGB V wird folgender Satz 4 angefügt:

„Werden die Leistungen nach Abs. 1 Satz 1 auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten ambulant im Krankenhaus erbracht, dann rechnet der Vertragsarzt seine Leistungen nach EBM gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung ab“

3) Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

a) Dem §6 Absatz 5 wird folgender Satz 3 angefügt:

„Die Befreiung gilt als erteilt, wenn Ärzte im Rahmen einer auf Gesetz beruhenden vertraglichen Kooperation tätig werden."

Begründung

Zu 1)

a) Ergänzung in §7 SGB IV um Absatz 5:

Durch die Klarstellung, dass gesetzlich geforderte Kooperationen keine Beschäftigungen im Sinne des SGB IV sind, wird dem gesetzgeberischen Auftrag zu diesen Kooperationen im Gesundheitswesen Rechnung getragen. Dies schließt die Kooperationen zwischen Ärzten zur Teilnahme an Not- und Rettungsdiensten, auch über die Kassenärztlichen Vereinigungen, mit ein.

b) Ergänzung in §23c SGB IV um Absatz 3:

Durch die Klarstellung, dass Einnahmen aus gesetzlich geforderten Kooperationen nicht beitragspflichtig im Sinne des SGB IV sind, wird ebenfalls der gesetzgeberische Auftrag erfüllt und Kooperationen ermöglicht.

Zu 2)

a) Ergänzung in §115b Absatz 2 um Satz 4:

Durch die Ergänzung wird es niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzten ermöglicht ihre Leistung selbständig nach dem EBM abzurechen. Damit entfällt ein wesentlicher Grund für die Einleitung einer Feststellung des Erwerbsstatus. Gleichzeitig zählen die in Kooperation erbrachten Leistung eindeutig zum vertragsärztlichen Versorgungsauftrag und die widersinnige Abgrenzung zur vertragsärztlichen Tätigkeit wird behoben. Wie die vorgenannten Regelungen trägt diese Änderungen zur Erfüllung des gesetzgeberischen Willens zur Kooperation, insbesondere im Bereich des ambulanten Operierens, bei.

Zu 3)

a) Ergänzung in §6 Absatz 5 um Satz 3:

Durch die Ergänzung müssen keine Befreiungsanträge für gesetzlich geforderte ärztliche Kooperationen gestellt werden, die ohnehin positiv beschieden werden müssen, da es sich um ärztliche Tätigkeiten handelt. Hierdurch wird der bürokratische Aufwand für kooperativ tätige Ärztinnen und Ärzte und den Rentenversicherungsträgern reduziert. Damit entfällt eine weitere Hürde für gesetzlich geforderte Kooperationen.