

Autor: Karolina Lange, Sarah Johnen
Dokumenttyp: Aufsatz

Quelle:



Verlag Dr. Otto Schmidt, Köln
GesR 2018, 211-217

Fundstelle:
Zitiervorschlag:

Lange/Johnen, GesR 2018, 211-217

Ambulante Versorgung an und durch Kliniken

Rechtliche Gestaltungsoptionen

*Karolina Lange, LL.M. / Sarah Johnen, LL.M.**

Im deutschen Gesundheitssystem sind die Sektoren der ambulanten und stationären Leistungserbringung nicht zuletzt aufgrund der unterschiedlichen Leistungsvergütung strikt getrennt. Dies wirft Probleme bei der Ausgestaltung sektorenübergreifender Kooperationen auf. Um diese sinnvolle Zusammenarbeit dennoch zu fördern, hat der Gesetzgeber mittlerweile zahlreiche Ideen zur Verzahnung von ambulanter und stationärer Leistungserbringung umgesetzt. Bei diesen bereits geschaffenen Möglichkeiten macht er allerdings noch lange nicht Halt und spricht immer wieder von der Wichtigkeit der Überwindung der intersektoralen Grenzen. Auch die Einrichtung eines Innovationsfonds durch das im Jahr 2015 in Kraft getretene (veröffentlicht im Bundesgesetzblatt vom 22.7.2015, BGBl. I, 1211 ff.) GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) hat die Förderung innovativer sektorenübergreifender Versorgungsformen zum Ziel. Ob es sinnvoll ist, das Ziel weiter zu verfolgen und welche Möglichkeiten der Verzahnung derzeit bestehen, lesen Sie nachstehend.

I. Vorteile der ambulanten Leistungserbringung an und durch Kliniken

Zwar kann sich wegen des sektoralen Trennungssystems die Frage aufdrängen, weshalb eine Verknüpfung sinnvoll sein sollte; die Vorteile, die eine ambulante Leistungserbringung an und durch Kliniken bewirken kann, sind bei näherer Betrachtung allerdings mannigfaltig. Kliniken können sich hierdurch zusätzliche Leistungsbereiche und Einnahmequellen erschließen, die ihnen bei rein stationärer Leistungsausrichtung verwehrt bleiben würden. Die bessere Auslastung von Räumen, Geräten und Personal optimiert die Vorgänge im Krankenhaus und kann die Wirtschaftlichkeit steigern. Auch aus der Perspektive des Patienten ist eine umfassende Leistung aus einer Hand an einem Ort oft sinnvoll. Gegenüber anderen Leistungserbringern kann sich die ambulant tätige Klinik dadurch Wettbewerbsvorteile erarbeiten; das eigene Personal und Nachwuchsmediziner finden attraktivere Beschäftigungsmodelle und Weiterbildungsangebote vor. Hierdurch kann insbesondere dem Facharztmangel entgegengewirkt werden. Sinnvolle und dauerhafte Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten zum beiderseitigen Nutzen schaffen Vertrauen, pflegen außerdem die Nähebeziehung und Zuweiserstruktur.

II. Rechtliche Gestaltungsoptionen und ihre Umsetzung

Die in diesem Beitrag näher beleuchteten rechtlichen Gestaltungsoptionen erstrecken sich von der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) über die Verträge zur Besonderen Versorgung bis hin zur vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus. Ebenso werden die Möglichkeiten zum ambulanten Operieren im Krankenhaus und die Vorgaben zur Ermächtigung, sei es die Ermächtigung von Hochschul- und anderen Ambulanzen, zur Ermächtigung einzelner Krankenhausärzte oder ganzer Krankenhäuser beleuchtet. Darüber hinaus kann sich das Krankenhaus aber auch als Gründerin Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) betätigen oder durch das Modell der Arztpraxis am Krankenhaus ambulante Leistungserbringer in ihrem Umfeld ansiedeln.

1. Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

Mit § 116b SGB V hat der Gesetzgeber die Möglichkeit zur ASV geschaffen.¹ Normzweck ist hier die Etablierung eines **sektorenverbindenden Versorgungsbereichs**² als neuem³ eigenständigem Bereich im GKV-Versorgungssystem. Krankenhausärzte und niedergelassene Fachärzte übernehmen dabei unter gleichen Qualifikationsvoraussetzungen und einheitlichen Bedingungen die Versorgung von Patienten mit komplexen, schwer therapierbaren Krankheiten.

a) Leistungskatalog und Leistungserbringer

Die relevanten Krankheitsbilder konkretisiert der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in einem Katalog⁴ **komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten** innerhalb der Kategorien Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen⁵, seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen⁶ sowie hochspezialisierte Leistungen⁷. Zur Teilnahme an der ASV berechnigte Leistungserbringer (sog. ASV-Berechtigte, § 2 ASV-RL) sind gem. § 116b Abs. 2 S. 1 SGB V zugelassene Krankenhäuser, ermächtigte Ärzte bzw.

- 211 -

Lange/Johnen, GesR 2018, 211-217

- 212 -

Einrichtungen und Vertragsärzte sowie MVZ,⁸ sofern die maßgeblichen Anforderungen und Voraussetzungen der ASV-RL erfüllt sind.⁹ Möglich ist daher auch die ASV-Leistungserbringung durch ein MVZ eines Krankenhauses.

b) Leistungsvergütung

Die Abrechnung der Leistungen der ASV erfolgt nach § 116b Abs. 6 S. 8 und 9 SGB V derzeit noch in erster Linie auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM).¹⁰ Zudem sieht ein zwischen dem GKV-Spitzenverband, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der KBV vereinbartes Abrechnungsverfahren vor, dass Leistungen, die noch nicht Bestandteil des EBM sind, aber im Rahmen der ASV angewendet werden dürfen, mit bundeseinheitlichen Pseudoziffern gekennzeichnet werden. Dieses Verfahren wird so lange angewendet, bis die Leistungen in das neue EBM-Kapitel 50 aufgenommen sind und eine eigene Gebührenordnungsposition erhalten. Auch Krankenhausleistungen können wie im ambulanten Bereich als Einzelleistungen unmittelbar durch die Krankenkasse vergütet werden, § 116b Abs. 6 S. 1 SGB V.¹¹ Hierfür muss eine artzgenaue Abrechnung¹² erfolgen, also ein bestimmtes Teammitglied für jede einzelne Leistungserbringung benannt werden. Langfristiges Ziel ist jedoch ein eigenes Vergütungssystem der ASV im EBM mit diagnosebezogener Vergütungssystematik.¹³

c) Anzeigeverfahren

Das Verfahren sieht vor, dass potentielle Leistungserbringer eine **Anzeige der Teilnahme** an der ASV-Versorgung gegenüber dem zuständigen erweiterten Landesausschuss abgeben, § 2 Abs. 2 ASV-RL und §§ 90 Abs. 1 bzw. 116b Abs. 3 SGB V.¹⁴ Hierin müssen sie den Nachweis der Erfüllung aller Anforderungen und Voraussetzungen der ASV-Richtlinie erbringen. Grundsätzlich ist dies der Nachweis der Erfüllung **personeller, sächlicher** und **organisatorischer** Anforderungen, insbesondere im Wege von Kooperationen.¹⁵ In personeller Hinsicht sind eine spezielle Qualifikation und eine Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team erforderlich, das aus der Teamleitung, dem Kernteam und bei medizinischer Notwendigkeit zeitnah hinzuzuziehenden Fachärzten besteht, § 3 Abs. 1 S. 1 und Abs. 2 S. 1 ASV-RL.

Nach Übersendung der Teilnahmeanzeige läuft gem. 116b Abs. 2 S. 4 SGB V eine **Wartefrist von zwei Monaten**.¹⁶ Teilt der Landesausschuss innerhalb dieser zwei Monate nicht die Nichterfüllung der Anforderungen oder Voraussetzungen mit (sog. **Negativmitteilung**)¹⁷, ist der Leistungserbringer zur ASV-

Versorgung zugelassen.¹⁸ Darüber hinaus muss eine Meldung an die Landesverbände der Kranken- und Ersatzkassen sowie die Landeskrankenhausgesellschaft erfolgen, § 2 Abs. 2 S. 6 ASV-RL.

d) Kooperationen

Da schon der ASV-RL in § 2 Abs. 1 S. 2 zu entnehmen ist, dass die Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team regelmäßig erforderlich ist, müssen auch hier Kooperationen möglich sein. So können bzw. müssen auch die entsprechenden **Teilnahmevoraussetzungen in Kooperation** erfüllt werden. Zwingend ist das Kooperationserfordernis beider Versorgungssektoren etwa für die Versorgung schwererer Verlaufsformen onkologischer Erkrankungen, § 116b Abs. 1 Nr. 1a) SGB V.¹⁹ Im Übrigen ist die Erfüllung in Kooperationen optional, wobei gegebenenfalls eine Förderung durch den G-BA erfolgt.²⁰ Kooperationen sind sowohl in schuldrechtlicher als auch in gesellschaftsrechtlicher Form (etwa in der Form der Gesellschaft bürgerlichen Rechts [GbR]) möglich. Im Falle der Gründung einer GbR ist zunächst fraglich, worin der gemeinsame Zweck der Gesellschafter bestehen könnte. In Betracht kommt zum einen die gemeinsame Ausübung des ärztlichen Berufs. Denkbar ist zum anderen auch der Zweck, die Voraussetzungen einer Teilnahme an der ASV zu erfüllen, wobei im Gegensatz zur ersten Alternative keine Berufsausübungsgemeinschaft vorläge. Im ersten Fall sind hingegen alle berufs- und vertragsärztlichen Vorgaben einer Berufsausübungsgemeinschaft zu beachten. In beiden Alternativen sind allerdings stets gesundheitsrechtliche Vorschriften zu beachten. Zudem sind im Vorhinein Haftungsfragen und der Versicherungsschutz zu klären und im Rahmen der Einbindung in das interne Leistungs- und Personalgeflecht gegebenenfalls Behandlungspfade neu zu definieren und Ermächtigungen, Chefarztverträge und Entwicklungsklauseln zu überprüfen.

e) Rechtliche Hürden

Eine rechtliche Hürde ist derzeit noch dadurch gegeben, dass die ASV durch den G-BA zum Teil noch nicht abschließend geregelt ist. Vielmehr werden die Anlagen erst sukzessive erarbeitet und dem Plenum zur Beschlussfassung vorgelegt. Un-

- 212 -

Lange/Johnen, GesR 2018, 211-217

- 213 -

klarheiten können sich auch im Falle des Vorliegens von Altgenehmigungen mit Blick auf den Bestandschutz ergeben. Zudem ist zu beachten, dass mit der Teilnahme an der ASV für die Berechtigten auch eine Beschränkung etwaig bestehender Ermächtigungen eintritt, der nicht ohne weiteres vertraglich abgeholfen werden kann.²¹ Das Thema Datenschutz und die Verantwortlichkeit für die Behandlung sind im Vorhinein in die Planung einzubeziehen.

2. Besondere Versorgung, § 140a Abs. 1 S. 2 SGB V

a) Inhalt

Der im Krankenhaus angestellte Arzt kann im Rahmen eines von seinem Krankenhaus mit einer Krankenkasse geschlossenen Vertrags ambulante Leistungen erbringen, für die er (oder die Klinik) im Rahmen der Regelversorgung einer Ermächtigung bedürfte.²² Denn die Partner eines Vertrags über die sog. integrierte Versorgung (IV-Vertrag) können sich darauf verständigen, dass vereinbarte Leistungen auch dann erbracht werden können, wenn die Erbringung dieser Leistungen vom Zulassungs-, Ermächtigungs- oder Berechtigungsstatus des jeweiligen Leistungserbringers nicht gedeckt ist, mithin also über diesen hinausgeht. Selektivverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern regeln eine patientenorientierte sektorenübergreifende²³ oder interdisziplinär-fachübergreifende²⁴ medizinische Versorgung durch eine enge Kooperation unterschiedlicher Leistungserbringer. Diese Anforderungen legt das Bundessozialgericht (BSG) und – ihm folgend – das Bundesversicherungsamt außerordentlich restriktiv aus. Das GKV-VSG hat insofern gewisse Erleichterungen geschaffen, die die Praxis der IV-Vertragsgestaltung positiv beeinflussen dürften. IV-Verträge, die nach § 140a SGB V in der am 22.7.2015 geltenden Fassung geschlossen wurden, gelten fort, § 140a Abs. 1 S. 3 SGB V.²⁵

Im Rahmen der IV werden verschiedene Leistungssektoren wie etwa Haus- und Fachärzte, ärztliche und nichtärztliche Leistungserbringer, Krankenhäuser, MVZ, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen so-

wie Arztnetze angesprochen. Die Teilnahme der Leistungserbringer und der Versicherten an der IV ist freiwillig, § 140a Abs. 4 S. 1 SGB V.²⁶ Der Teilnahmewille eines Patienten muss daher ausdrücklich erklärt werden.

b) Ziele

Die IV verzahnt ambulante und stationäre Versorgungseinrichtungen. Ziel ist u.a. eine verbesserte Koordinierung der Behandlung beim Wechsel zwischen Leistungserbringern und damit ein effizienteres Schnittstellenmanagement.²⁷ Die Vermeidung von Doppeluntersuchungen trägt zur Optimierung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung bei.²⁸

c) Umfang der Verträge und Vergütung

Die Vergütung von IV-Verträgen findet unter Bereinigung der Gesamtvergütung statt.²⁹ Bezüglich des Umfangs der Verträge zwischen den Krankenkassen und jeweiligen Leistungserbringern herrscht grundsätzlich **Vertragsfreiheit**. So können die Verträge sowohl ausschließlich einzelne Indikationen, aber genauso auch alle medizinischen Belange der eingeschriebenen Versicherten abdecken. Das BSG sieht die IV u.a. wegen der Übernahme einer verschiedene Vergütungssysteme überschreitenden Budgetverantwortung (z.B. durch die Vereinbarung einer Vergütungspauschale für Gesamtbehandlungsmaßnahmen) als **überwiegenden Ersatz für die Regelversorgung**³⁰ und stuft IV-Verträge somit nicht als reine Add-on-Verträge ein.

3. Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus, § 115a SGB V

Die vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus gehört gem. § 39 SGB V zu den Leistungen der allgemeinen Krankenhausbehandlung. Die Vergütung erfolgt nach Normenverträgen auf Landesebene durch die im Pflugesatzverfahren nach § 18 Abs. 2 KHG beteiligungsfähigen Institutionen.³¹

a) Voraussetzungen

Für die vor- und nachstationäre Behandlung ist das Vorliegen eines medizinisch geeigneten Falls erforderlich, § 115a Abs. 1 SGB V.³² Er ist bei der vorstationären Behandlung gegeben, wenn die Verordnung einer Krankenhausbehandlung gem. § 73 Abs. 2 Nr. 7 und Abs. 4 SGB V vorliegt und die Behandlung zur Abklärung der Erforderlichkeit einer vollstationären Behandlung oder zur Vorbereitung auf eine vollstationäre Behandlung erfolgt. Ebenso kann ein medizinisch geeigneter Fall angenommen werden, wenn die ambulante Versorgung des Patienten zur Erzielung des Heil- oder Linderungserfolgs nicht ausreicht. Leistungen, die der einweisende Arzt selbst erbringen oder durch eine Überweisung hätte veranlassen können, können nicht als vorstationäre Behandlungsleistung im Krankenhaus vergütet werden.³³ Dies macht die Überprüfung des Einweisenden dahingehend erforderlich, ob alle Möglichkeiten der vertragsärztlichen Diagnostik erschöpft sind.

- 213 -

Lange/Johnen, GesR 2018, 211-217

- 214 -

Eine nachstationäre Behandlung muss der **Sicherung** oder **Festigung** des gewonnenen Behandlungserfolgs dienen.³⁴

b) Normzweck

Die vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus soll die vollstationäre Krankenhausbehandlung vollständig vermeiden oder jedenfalls verkürzen. Der Anspruch des Versicherten auf vollstationäre Behandlung gem. § 39 Abs. 1 S. 2 SGB V ist damit **subsidiär** gegenüber der vor- bzw. nachstationären Behandlung. Die Verlagerung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen auf eine ambulan-

te Behandlung schafft Möglichkeiten der Reduzierung der Bettennutzung und kann damit den Bettenbedarf verringern.³⁵

c) Kooperation mit niedergelassenen Vertragsärzten

Die vor- bzw. nachstationäre Behandlung im Krankenhaus erlaubt und fördert die Kooperation mit niedergelassenen Vertragsärzten,³⁶ sofern hier gewisse rechtliche Hürden beachtet werden. Hier sind vornehmlich das Verbot der entgeltlichen Zuweisung von Patienten aus den Vorschriften der Landesärztekammern, die dem § 31 Muster-Berufsordnung der Ärzte (MBO-Ärzte) entsprechen, § 31a Krankenhausgestaltungsgesetz Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW) sowie § 73 Abs. 7 SGB V und nun auch aus den neu eingeführten §§ 299a, 299b StGB zu nennen.³⁷ Dies wird insbesondere dann zum Problem, wenn das Krankenhaus den Vertragsarzt mit den notwendigen prä- und/oder poststationären Leistungen beauftragt, der die Indikation gestellt hat. Obwohl das Krankenhaus für diese Leistungen eine angemessene Vergütung nach GOÄ gezahlt hatte, wertete das Gericht eine solche Konstruktion in einem Fall letztlich als verdeckte Zuweisungspauschale.³⁸ Die Ärzte in diesem Fall profitierten von der Einweisung durch zusätzliche Einnahmen, die sonst nicht erwirtschaftet worden wären, woraufhin nach allgemeiner Lebenserfahrung – so die Auffassung des Gerichts – davon auszugehen sei, dass die Ärzte dieses Krankenhaus empfehlen würden. Eine Empfehlung könne damit nicht mehr ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten getroffen werden. Diese Verknüpfung von Empfehlung und Vergütung wertete das Gericht als nicht zulässig. Ob die Auffassung des Gerichts und seine Beurteilung des Falles nach allgemeiner Lebenserfahrung hier richtig sind, sei dahin gestellt. Entgegengewirkt werden kann dem Anschein einer unzulässigen Zuweisung nunmehr nur dadurch, dass bei einer Kooperation zu niedergelassenen Vertragsärzten keinerlei Verknüpfung von Empfehlung und Vergütung entsteht; so etwa, wenn gerade nicht derjenige Arzt die vor- oder nachstationäre Behandlung durchführt, der die Indikation gestellt hat.

d) Fristen des § 115a Abs. 2 SGB V

§ 115a Abs. 2 SGB V bestimmt, in welchem zeitlichen Zusammenhang die vor- bzw. nachstationäre Versorgung noch als solche angesehen werden kann. Dies stellt sicher, dass der Vorrang der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung außerhalb des genannten Zeitraums durch die zugelassenen und ermächtigten Leistungserbringer beachtet wird. Die vorstationäre Behandlung darf gem. § 115a Abs. 2 S. 1 SGB V längstens **drei Behandlungstage** dauern und muss innerhalb von **fünf Tagen** vor Beginn der stationären Behandlung³⁹ stattfinden. Für die nachstationäre Behandlung ist in § 115a Abs. 2 S. 2 SGB V eine Frist von längstens **sieben Behandlungstagen** vorgesehen. Sie muss innerhalb von **14 Tagen** nach Ende der stationären Behandlung durchgeführt werden.⁴⁰

4. Ambulantes Operieren im Krankenhaus, § 115b SGB V

Die Grundlage von ambulanten Operationen im Krankenhaus nach § 115b SGB V bildet ein **dreiseitiger Normenvertrag**⁴¹ der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene. Hierin erfolgt eine abschließende Eingriffskatalogisierung (Anlage 1 zum Vertrag nach § 115b SGB V)⁴² für ambulante Operationen und sonstige stationsersetzende Eingriffe. Als sonstige stationsersetzende Eingriffe sind solche anzusehen, die – insbesondere auf Grund größeren erforderlichen Aufwands⁴³ – überwiegend im Rahmen einer voll- bzw. teilstationären Behandlung durchgeführt werden, grundsätzlich jedoch auch ambulant durchgeführt werden können und sich für eine Verlagerung aus der stationären in die ambulante Versorgung eignen.⁴⁴ Der dreiseitige Normenvertrag enthält für solche Eingriffe und ambulante Operationen eine einheitliche Vergütungsregelung unmittelbar durch die Krankenkassen⁴⁵ und Maßnahmen zur Sicherung der Qualität.

a) Normzweck und Voraussetzungen

Das ambulante Operieren im Krankenhaus dient vornehmlich dem Patienteninteresse und der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit des Gesundheitssystems.⁴⁶

Für die Durchführung müssen Krankenhäuser nicht erst durch einen behördlichen Akt zugelassen werden, da schon das Gesetz bestimmt, dass Krankenhäuser diese Leistungen erbringen dürfen. Ausrei-

chend ist daher lediglich eine Mitteilung⁴⁷ des Krankenhauses über die Teilnahme, wofür die Deutsche Kran-

- 214 -

Lange/Johnen, GesR 2018, 211-217

- 215 -

kenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband ein einheitliches Meldeformular⁴⁸ entworfen haben.

b) Kooperation mit niedergelassenen Vertragsärzten

§ 115b Abs. 1 S. 4 SGB V gestattet seit Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) das ambulante Operieren auf Grundlage einer Kooperation des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten.⁴⁹ Das BSG begrenzte diese zuvor auf zwei Formen von Kooperationen, in denen ein Krankenhaus ambulante Operationen durchführen bzw. an ihnen mitwirken durfte: Die ambulante Operation musste entweder von einem „**Operateur des Krankenhauses**“ oder von einem am Krankenhaus tätigen **Belegarzt** durchgeführt werden, wobei die Anästhesieleistungen jeweils von einem Arzt des Krankenhauses erbracht zu werden hatten.⁵⁰

5. Ermächtigungen, §§ 116 ff. SGB V

a) Hochschul- und andere Ambulanzen, §§ 117 ff. SGB V

Hochschulen und Hochschulkliniken sind gem. § 117 Abs. 1 SGB V durch die Änderungen des GKV-VStG qua Gesetz und bedarfsunabhängig zur ambulanten ärztlichen Versorgung zugelassen.⁵¹ Ein Zulassungsakt durch die Zulassungsausschüsse ist nicht mehr notwendig. Auch nach der Gesetzesänderung bestehen aber weiterhin Fallobergrenzen, die sich nach dem Umfang richten, der für Forschung und Lehre erforderlich ist.

b) Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte

Eine weitere Form der Ermächtigung stellt die sog. **Individualermächtigung** nach § 116 SGB V dar. Hier wird ein einzelner Krankenhausarzt zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Die Zulassungsvoraussetzungen sind hier im Vergleich zur Hochschulermächtigung ungleich härter. So muss die Ermächtigung auf Grund der Bedarfsplanung notwendig,⁵² also ein bestimmter Versorgungsbedarf zu erfüllen sein. Zudem ist die Individualermächtigung nachrangig gegenüber anderen Teilnahmeformen an der vertragsärztlichen Versorgung,⁵³ insbesondere gegenüber der regulären Zulassung oder auch der Sonderbedarfszulassung. Ist die Ermächtigung dann tatsächlich erlangt, gilt diese immer nur zeitlich begrenzt und unterliegt der Gefahr von Konkurrentenwidersprüchen sowie (defensiven) Konkurrentenklagen.⁵⁴ Des Weiteren ergeht eine Individualermächtigung erwartungsgemäß ausschließlich an den hiermit bedachten Arzt, der keine Möglichkeit hat, diese zu übertragen oder – insbesondere auch wegen des Grundsatzes der persönlichen Leistungserbringung – Aufgaben im Rahmen der Ermächtigung zu delegieren. Aus den vorgenannten Gründen kann die Individualermächtigung also nur punktuell sinnvoll sein.

c) Ermächtigung eines Krankenhauses bzw. Krankenhausträgers § 116a SGB V

Die Ermächtigung eines Krankenhauses bzw. eines Krankenhausträgers i.S.d. § 116a SGB V (die sog. **Institutsermächtigung**) erfolgt unter der Voraussetzung, dass eine Unterversorgung oder ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf festgestellt worden ist, § 116a S. 1 SGB V.⁵⁵ Wie auch die Individualermächtigung ist hier also die Hürde der Bedarfsplanung⁵⁶ bei gleichzeitiger Nachrangigkeit gegenüber anderen Teilnahmeformen an der vertragsärztlichen Versorgung zu überwinden. Ebenso wird eine solche Ermächtigung nur befristet erteilt. Die Frage ihrer Übertragbarkeit im Falle einer Umstrukturierung oder eines Trägerwechsels ist zudem nicht eindeutig geklärt.

6. Gründung eines MVZ am Krankenhaus

Da ein Krankenhaus mögliche Gründerin eines MVZ nach § 95 Abs. 1a SGB V ist, kommt auch diese Form der ambulanten Versorgung am Krankenhaus in Betracht. Der Gründerkreis, also der Kreis der zulässigen Gesellschafter der Trägergesellschaft, beschränkt sich derzeit auf Vertrags(zahn)ärzte, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen, gemeinnützige Träger, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, und seit einiger Zeit auch Kommunen.

a) Voraussetzungen

Voraussetzung ist hier das Vorhandensein einer ärztlich geleiteten Einrichtung, wobei die zuvor gesetzlich festgeschriebene Notwendigkeit der Fachübergreiflichkeit im Juli 2015 durch das Inkrafttreten des GKV-VSG, nach dem nun auch fachgleiche MVZ zulässig sind, entfallen ist. Das MVZ – also die Einrichtung – muss über eine Trägergesellschaft verfügen, die eine Personengesellschaft, eine eingetragene Genossenschaft, eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung sein oder eine öffentlich-rechtliche Rechtsform haben kann.

- 215 -

Lange/Johnen, GesR 2018, 211-217

- 216 -

b) Bedarfsplanungsrelevante Vertragsarztsitze bzw. Arztstellen

Die vorstehenden Gründungsvoraussetzungen sind zumeist unproblematisch. Interessanter ist die Frage, wie man den weiteren Herausforderungen, seien sie praktischer, wirtschaftlicher oder rechtlicher Natur, begegnen kann. In praktischer Hinsicht ist insbesondere beachtlich, dass bestehende Beziehungen zu zuweisenden Ärzten nicht gestört werden, indem das Krankenhaus MVZ mit ihnen in Konkurrenz tritt. In rechtlicher Hinsicht sind das Vertragsarztrecht, und insbesondere das Bedarfsplanungsrecht zu beachten. In überversorgten Gebieten sind die bedarfsplanungsrelevanten Vertragsarztsitze bzw. Arztstellen regelmäßig nur durch das Aufkaufen von Praxen zu bewerkstelligen, es sei denn, es können erfolgreich Sonderbedarfszulassungen bzw. Anstellungsgenehmigungen geltend gemacht werden. Es ist allerdings nicht einfach, die Hürde der notwendigen und plausiblen Bedarfsdarlegung zu nehmen und die Gefahr der Konkurrentenrechtsbehelfe zu überwinden. Befindet sich das MVZ hingegen in einem unterversorgten Gebiet, erlangt man Arztstellen unproblematisch; hier besteht die Schwierigkeit vielmehr darin, Ärzte für die Tätigkeit im MVZ zu gewinnen. Kann man schließlich auf bestehende Arztstellen (beispielsweise nach einem Praxiserwerb) zugreifen, können diese von mehreren Ärzten geteilt oder im Wege des Jobsharings über die Zeit „aufgebaut“ werden. Bei Letzterem sind allerdings Abrechnungsgrenzungen hinzunehmen.

c) Praxiserwerb

Elegant und am schnellsten umsetzbar scheint daher der Weg über den **Erwerb einer Praxis** mit dazugehörigen Vertragsarztsitzen bzw. Arztstellen und deren „Umwandlung“ in ein MVZ zu sein. Gegebenenfalls ist ein Nachbesetzungsverfahren nach § 103 Abs. 4 SGB V anzustrengen. Umgesetzt wird dies schrittweise zunächst über die Aufnahme von Vertragsverhandlungen über die Durchführung einer Due Diligence bis zum endgültigen Vertragsschluss. Die gesamte Transaktion folgt einem Zeitplan, der sich an den regulatorischen Vorgaben des Vertragsarzt- und insbesondere Zulassungsrechts orientiert. So ist etwa der Vollzugszeitpunkt des Praxiskaufvertrages auf den Zeitpunkt der Wirksamkeit der MVZ-Zulassung zu takten. Das erfordert neben der vertragsrechtlichen Umsetzung eine eingehende Vorbefassung mit dem Antragsverfahren beim zuständigen Zulassungsausschuss. Die Umwandlung vollzieht sich im Wesentlichen dadurch, dass die bisher zugelassenen Praxisinhaber auf ihre Zulassung zugunsten einer Anstellung beim MVZ verzichten, vgl. § 103 Abs. 4a SGB V, und dem neu zuzulassenden MVZ-Träger eine entsprechende Anstellungsgenehmigung erteilt wird. Für dieses anschließende Anstellungsverhältnis ist Folgendes zu beachten: Zwar sieht das Gesetz hierfür keine Mindestdauer vor,⁵⁷ das BSG hat jedoch entschieden, dass ein solcher Arzt grundsätzlich mindestens drei Jahre lang im MVZ tätig bleiben müsse, wobei ihm eine Reduzierung der Tätigkeit um ein Viertel jährlich zugestanden wird.⁵⁸ Bei Nichtbeachtung dieser Vorgabe falle die durch seinen Zulassungsverzicht entstandene Arztstelle weg und

könne nicht mehr nachbesetzt werden. Hierdurch soll verhindert werden, dass ein Vertragsarzt bei dem Verkauf seiner Praxis ohne „Fortführungswillen“ nur vorübergehend eine Anstellungstätigkeit im MVZ übernimmt, um kurz darauf unter Umgehung des im Regelfall gem. § 103 Abs. 4 SGB V vorgesehenen Ausschreibungsverfahrens zugunsten eines Nachfolgers auszuscheiden.

d) Übertragung bestehender Anstellungsgenehmigungen

Einen Sonderfall bildet hier die Übertragung von bereits bestehenden Anstellungsgenehmigungen. Ausdrücklich ist dieser Fall gesetzlich nicht geregelt, was nicht heißt, dass das Gesetz ihn nicht zulässt. Zum einen ist denkbar, dass die Anstellungsgenehmigung, die vertragsarztrechtlich einem zugelassenen Arzt bzw. dessen Vertragsarztsitz zugeordnet ist, im Wege des Verzichts nach § 103 Abs. 4a SGB V mit dem in eine Anstellungsgenehmigung umzuwandelnden Vertragsarztsitz übergeht. Will man dieser Theorie von der Verknüpfung zwischen Vertragsarztsitz und Anstellungsgenehmigung nicht folgen, ist der Fall der Rückumwandlung der Anstellungsgenehmigung in eine Zulassung mit anschließendem Verzicht des neu zugelassenen ursprünglich angestellten Arztes innerhalb einer juristischen Sekunde vorzunehmen. Der anstellende veräußernde Vertragsarzt beantragt gem. § 95 Abs. 9b Halbs. 1 SGB V die Rückumwandlung der Anstellungsgenehmigung in eine Zulassung. Der angestellte Arzt wird Zulassungsinhaber und verzichtet in der gleichen juristischen Sekunde auf seine Zulassung zugunsten einer Anstellung im neu zugelassenen MVZ nach § 103 Abs. 4a SGB V. Hiergegen hat das Sozialgericht (SG) Hamburg Bedenken angemeldet und für die Genehmigung der Rückumwandlung einen **Nutzungswillen** bzw. **Zulassungswillen** des Arztes – entsprechend dem Fortführungswillen bei der Nachbesetzung – gefordert.⁵⁹ Nach der Auffassung des Gerichts liege dieser nicht vor, wenn der Arzt bereits zuvor erklärt habe, dass er die Zulassung in eine Anstellung in einem anderen MVZ umwandeln wolle. Zu diesem Rechtsstreit war die Sprungrevision zum BSG anhängig, die wohl zurückgenommen wurde. Die Ansicht des SG Hamburg ist jedoch abzulehnen, da bei der Rückumwandlung ein „Fortführungswille“ gesetzlich nicht gefordert ist und der Sinn und Zweck des Fortführungswillens bei der Nachbesetzung – die Kontinuität der Patientenversorgung – durch die Fortsetzung der Anstellung des Arztes nunmehr im MVZ nicht im Geringsten gefährdet erscheint.

e) Übertragung sonstiger Genehmigungen

Auch etwaige Abrechnungsgenehmigungen, beispielsweise im Bereich Sonografie, Labor, Radiologie oder Dialyse, sind entweder neu zu erteilen oder müssen von der erworbenen Praxis übertragen werden. Hierzu sind Anträge bei der Kassenärztlichen Vereinigung oder – etwa im Falle der Genehmigung zur Durchführung von Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gem. § 121a Abs. 1 S. 1 SGB V – bei der Ärztekammer⁶⁰ zu stellen.

- 216 -

Lange/Johnen, GesR 2018, 211-217

- 217 -

Gegebenenfalls ist der Komplex der Praxisverlegung in tatsächlicher und auch in rechtlicher Hinsicht vorzubereiten. Dabei sind die Koordinierung der parallelen Verfahren und die Abstimmung der gesellschaftsrechtlichen Vertragsgestaltung hierauf stets im Auge zu behalten.

7. Arztpraxis am Krankenhaus

Eine weitere Möglichkeit der ambulanten Leistungserbringung am Krankenhaus ist der Betrieb von Arztpraxen. Hier gilt es zu bedenken, dass das ärztliche Berufsrecht ein sich mittelbar aus den anzuwendenden Vorschriften ergebendes sog. **Fremdbesitzverbot** statuiert und das Vertragsarztrecht den Grundsatz der **freien Arztpraxis** vorschreibt, was bedeutet, dass Inhaber einer Praxis oder Gesellschafter einer Gesellschaft, die eine Arztpraxis betreibt, nur ein Arzt sein darf. Allerdings können sich freiberuflich tätige Ärzte mit ihrer Arztpraxis am Krankenhaus niederlassen und mit dem Krankenhaus in vielfältiger Weise kooperieren. Im Rahmen dieser schuldrechtlichen Kooperationsverträge sind neben den „allgemeinen“ gesundheitsrechtlichen Vorgaben (wie etwa dem Berufs- und Vertragsarztrecht) insbesondere bei der Zurverfügungstellung von Räumlichkeiten, Geräten oder Personal durch das Krankenhaus gegen

Entgelt besondere rechtliche Herausforderungen zu beachten, von denen nachfolgend nur einige wenige skizziert werden sollen.

a) Überlassung von Räumlichkeiten

Die Zurverfügungstellung von **Räumlichkeiten** durch ein Krankenhaus an eine Praxis gegen Entgelt ist grundsätzlich zulässig, was sich etwa dem § 22 Abs. 2 KHGG NRW entnehmen lässt.⁶¹ Allerdings statuiert diese Vorschrift auch eine Genehmigungspflicht eines solchen Vertrages. Der Mietzins sollte im Rahmen der ortsüblichen Miete liegen, um jeden Verdacht auszusräumen, dass es sich hierbei um ein verkapptes Zuweisungsentgelt handelt. Aus praktischer wie juristischer Sicht ist fraglich, ob eine räumliche Abgrenzung zwischen Praxis und Krankenhaus notwendig ist. Eine solche ist jedenfalls gesetzlich nicht vorgeschrieben. Allerdings sollte die Arztpraxis als „Einrichtung“, als sachlich abgrenzbare Einheit, wahrgenommen werden, was insbesondere der Vermeidung einer (Rechtsschein-)Haftung dienen kann. Die Außendarstellung ist entsprechend dahingehend anzupassen, dass auch der Patient seinen Vertragspartner erkennen kann.

b) Überlassung von Geräten

Stellt das Krankenhaus **Geräte** gegen ein angemessenes Entgelt zur Verfügung, liegen die rechtlichen Herausforderungen vornehmlich in der Haftung für Schäden, der Einhaltung der Regelungen nach der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) und der Vornahme von Wartungsleistungen. Zu beachten ist hier zudem, dass ein solches Vorgehen gegen EU-Beihilferecht verstoßen kann bzw. keine Geräte (und auch Räumlichkeiten) zur Verfügung gestellt werden dürfen, die über öffentliche Investitionsprogramme gefördert worden sind, da dies eine indirekte Begünstigung darstellen und den Wettbewerb verfälschen würde. Auch hier sind unter Umständen Genehmigungspflichten zu beachten.

c) Personal

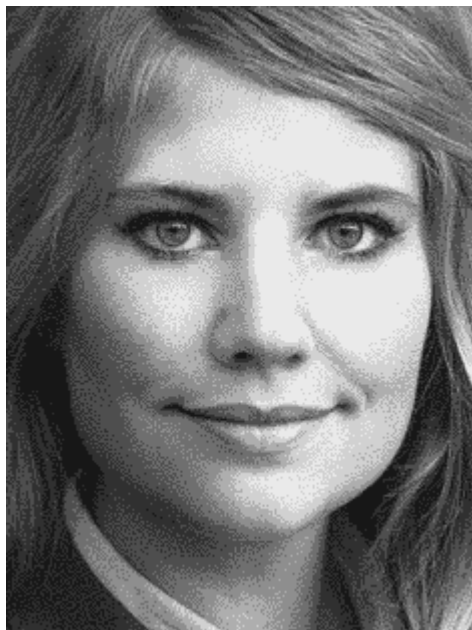
Denkbar sind auch Kooperationen, bei denen das Krankenhaus der Praxis oder die Praxis dem Krankenhaus etwa im Wege der Arbeitnehmerüberlassung, des Personalpoolings oder durch die Gründung von Gemeinschaftsbetrieben **Personal** zur Verfügung stellt. Dies verspricht gerade in Zeiten des Fachkräftemangels zwar einen Zugewinn an Flexibilität, bringt aber auch Herausforderungen – insbesondere arbeitsrechtlicher Art – mit sich. Zu beachten ist hierbei insbesondere auch die kritische Haltung des BSG jedenfalls zur vollständigen Ausgliederung einzelner Behandlungsbereiche.⁶²

III. Fazit

Die ambulante Leistungserbringung an und durch Kliniken ist vielfältig umsetzbar. Dabei sind bei jedem Gestaltungstyp medizinrechtliche Spezifika zu beachten, die die Umsetzung zugegebenermaßen zu erschweren geeignet sind. Wenn bei den Vorhaben neben wirtschaftlichen Interessen insbesondere auch (versorgungs-)strategische und praktische Erwägungen den Ausschlag geben und das Patientenwohl im Vordergrund steht, sind die rechtlichen Hürden überwindbar. Die praktische Erfahrung der Vergangenheit zeigt: Gute Versorgungsideen setzen sich durch. Die ambulante Behandlung an und durch Kliniken dient dann als sinnvolle Ergänzung des bestehenden stationären Leistungsangebots.



Karolina Lange, LL.M. (Medizinrecht), ist Rechtsanwältin im Healthcare Team der Kanzlei Taylor Wessing Partnerschaftsgesellschaft mbB in Düsseldorf.



Sarah Johnen, LL.M. (Medizinrecht), war seinerzeit Referendarin im Healthcare Team der Kanzlei Taylor Wessing Partnerschaftsgesellschaft mbB in Düsseldorf.

Fußnoten

- *) Der Beitrag basiert auf einem Vortrag i.R.d. 12. Krankenhausrechtstags in Düsseldorf. Der Inhalt wurde für diese Aufsatzfassung aktualisiert.
- 1) Durch Art. 1 Nr. 85 GKV-Modernisierungsgesetz, veröffentlicht im Bundesgesetzblatt vom 19.11.2003, BGBl. I 2003, 2190, 2217, zum 1.1.2004.
- 2) *Köhler-Hohmann* in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 116b SGB V, Rz. 26; BT-Drucks. 17/6906, 44; 17/8005, S. 97.
- 3) Vgl. BT-Drucks. 17/8005, 97 und S. 117 Nr. 11.

- 4) *Köhler-Hohmann* in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 116b SGB V, Rz. 17.
- 5) Der Gesetzgeber versteht hierunter solche Erkrankungen, für welche die Notwendigkeit eines durchgängig abgestimmten diagnostischen oder therapeutischen Versorgungskonzepts besteht.
- 6) Die Definition dieses Begriffs ergibt sich aus Art. 2 Abs. 1a) der EG-Verordnung 141/2000 vom 16.12.1999 über Arzneimittel für seltene Leiden.
- 7) Hierzu G-BA in Kap. 3 § 5 Abs. 1 VO zu § 116b SGB V i.d.F. des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes.
- 8) *Becker* in Becker/Kingreen, SGB V, 5. Aufl. 2017, § 116b SGB V, Rz. 15; *Köhler-Hohmann* in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 116b SGB V, Rz. 50; *Debong*, ArztR 2012, 117 (118).
- 9) *Becker* in Becker/Kingreen, SGB V, 5. Aufl. 2017, § 116b SGB V, Rz. 15.
- 10) *Becker* in Becker/Kingreen, SGB V, 5. Aufl. 2017, § 116b SGB V, Rz. 23; *Köhler-Hohmann* in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 116b SGB V, Rz. 109; *Hahne*, GesR 2014, 463 (466).
- 11) *Becker* in Becker/Kingreen, SGB V, 5. Aufl. 2017, § 116b SGB V, Rz. 23; *Köhler-Hohmann* in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 116b SGB V, Rz. 89.
- 12) *Makoski*, GesR 2014, 466 (468).
- 13) BT-Drucks. 17/8005, 118; *Becker* in Becker/Kingreen, SGB V, 5. Aufl. 2017, § 116b SGB V, Rz. 23; *Bogan* in Rolfs/Giesen/Kreikebohm/Udsching, BeckOK SozR, Loseblatt, § 116b SGB V, Rz. 47 f.
- 14) *Becker* in Becker/Kingreen, SGB V, 5. Aufl. 2017, § 116b SGB V, Rz. 17; *Köhler-Hohmann* in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 116b SGB V, Rz. 53.
- 15) Siehe hierzu § 116b Abs. 4 und Abs. 5 SGB V und Konkretisierung in ASV-RL, dort insbesondere §§ 3, 4, zzgl. der Anlagen bezogen auf die Krankheitsbilder.
- 16) *Becker* in Becker/Kingreen, SGB V, 5. Aufl. 2017, § 116b SGB V, Rz. 17; *Köhler-Hohmann* in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 116b SGB V, Rz. 55.
- 17) *Bogan* in Rolfs/Giesen/Kreikebohm/Udsching, BeckOK SozR, Loseblatt, § 116b SGB V, Rz. 12.
- 18) Über die dogmatische Qualifikation des Teilnahmeverfahrens besteht Uneinigkeit. So wird die Rechtsfolge der Anzeige einerseits in einer automatischen Fiktion der Teilnahmeberechtigung nach Ablauf von zwei Monaten nach Eingang der Anzeige gesehen, andererseits wird auch die Fiktion eines Statusverwaltungsakts nach Fristablauf (hierzu insb. *Stollmann*, NZS 2012, 485) angenommen.
- 19) *Köhler-Hohmann* in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 116b SGB V, Rz. 92; *Hess* in KassKomm, Loseblatt, § 116b SGB V, Rz. 37; *Penner*, ZMGR 2012, 16 (21).
- 20) *Köhler-Hohmann* in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 116b SGB V, Rz. 91.
- 21) Siehe hierzu etwa *Makoski*, GesR 2014, 466 (468).
- 22) Siehe BSG, Urt. v. 6.2.2008 – B 6 KA 27/07 R, GesR 2008, 260.
- 23) *Adolf* in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 140a SGB V, Rz. 43.
- 24) *Adolf* in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 140a SGB V, Rz. 59.
- 25) *Huster* in Becker/Kingreen, SGB V, 5. Aufl. 2017, § 140a SGB V, Rz. 14; *Adolf* in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 140a SGB V, Rz. 73.
- 26) *Huster* in Becker/Kingreen, SGB V, 5. Aufl. 2017, § 140a SGB V, Rz. 30; *Adolf* in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 140a SGB V, Rz. 31.

- 27) *Degener-Hencke*, NZS 2003, 629 (632).
- 28) *Adolf* in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 140a SGB V, Rz. 2, 47.
- 29) *Adolf* in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 140a SGB V, Rz. 159.
- 30) BSG Urt. v. 6.2.2008 – B 6 KA 27/07 R , GesR 2008, 260 und BSG, Urt. v. 6.2.2008 – B 6 KA 5/07 R , GesR 2008, 493.
- 31) *Becker* in Becker/Kingreen, SGB V, 5. Aufl. 2017, § 115a SGB V, Rz. 14; *Köhler-Hohmann* in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 115a SGB V, Rz. 77; *Gamperl* in KassKomm, Loseblatt, § 115a SGB V, Rz. 5.
- 32) *Becker* in Becker/Kingreen, SGB V, 5. Aufl. 2017, § 115a SGB V, Rz. 5; *Köhler-Hohmann* in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 115a SGB V, Rz. 16.
- 33) BSG, Urt. v. 14.10.2014 – B 1 KR 28/13 R .
- 34) *Köhler-Hohmann* in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 115a SGB V, Rz. 12.
- 35) BT-Drucks. 12/3608, 102: Zu Art. 1 Nr. 63 (§ 115a SGB V).
- 36) BT-Drucks. 17/8005, 114; *Becker* in Becker/Kingreen, SGB V, 5. Aufl. 2017, § 115a SGB V, Rz. 6; *Gerdts/Gersch*, ZMGR 2015, 3 (3 ff.); *Ratzel/Szabados*, GesR 2012, 210 (211 f.).
- 37) Eingeführt durch das Gesetz zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen vom 30.5.2016, BGBl. I 2016, 1254; *Fischer*, StGB, 64. Aufl. 2017, § 299a Rz. 1.
- 38) OLG Düsseldorf, Urt. v.1.9.2009 – I-20 U 121/08 , GesR 2009, 605.
- 39) *Becker* in Becker/Kingreen, SGB V, 5. Aufl. 2017, § 115a SGB V, Rz. 8; *Köhler-Hohmann* in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 115a SGB V, Rz. 62.
- 40) Siehe hierzu insgesamt *Becker* in Becker/Kingreen, SGB V, 5. Aufl. 2017, § 115a SGB V, Rz. 12; *Köhler-Hohmann* in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 115a SGB V, Rz. 62.
- 41) *Köhler-Hohmann* in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 115b SGB V, Rz. 25; *Gamperl* in KassKomm, Loseblatt, § 115b SGB V, Rz. 3.
- 42) Die aktuelle Fassung für das Jahr 2017 steht zum Download bereit unter <http://www.kbv.de/html/87.php> (abgerufen am 14.11.2017).
- 43) *Becker* in Becker/Kingreen, SGB V, 5. Aufl. 2017, § 115a SGB V, Rz. 3.
- 44) Vgl. hierzu BT-Drucks. 14/1245, 84.
- 45) *Becker* in Becker/Kingreen, SGB V, 5. Aufl. 2017, § 115b SGB V, Rz. 15.
- 46) BT-Drucks. 12/3608, 103.
- 47) *Köhler-Hohmann* in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 115b SGB V, Rz. 45.
- 48) Siehe: www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/ambulante_kh_leistungen/ambulantes_operieren_115_b.jsp (abgerufen am 14.11.2017).
- 49) Dies stellt § 115b Abs. 1 S. 4 SGB V i.d.F. des GKV-VStG seit dem 1.1.2012 klar; vgl. auch Begründung zur Beschlussempfehlung des Gesundheitsausschusses zu Art. 1 Nr. 41a (§ 115b) GKV-VStG-Entwurf, BT-Drucks. 17/8005, 151; *Köhler-Hohmann* in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 115b SGB V, Rz. 37.
- 50) BSG, Urt. v. 23.3.2011 – B 6 KA 11/10 R , Rz. 54 = GesR 2011, 542.

- 51) BT-Drucks. 18/4095, 64; *Becker* in *Becker/Kingreen*, SGB V, 5. Aufl. 2017, § 117 SGB V, Rz. 3; *Köhler-Hohmann* in *Schlegel/Voelzke*, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 117 SGB V, Rz. 5, 12.
- 52) *Köhler-Hohmann* in *Schlegel/Voelzke*, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 116 SGB V, Rz. 28.
- 53) Hierzu insb. BSG, Urt. v. 2.10.1996 – 6 RKa 73/95 , und BSG, Urt. v. 1.7.1998 – B 6 KA 43/97 R .
- 54) Vgl. BSG, Urt. v. 7.2.2007 – B 6 KA 8/06 R , GesR 2007, 369 im Anschluss an BVerfG, Beschl. v. 17.8.2004 – 1 BvR 378/00 , GesR 2004, 470, und mit Bestätigung durch BVerfG, Beschl. v. 23.4.2009 – 1 BvR 3405/08 , GesR 2009, 376; BSG, Urt. v. 17.10.2007 – B 6 KA 42/06 R ; BSG, Urt. v. 17.6.2009 – B 6 KA 25/08 R ; BSG, Urt. v. 28.10.2009 – B 6 KA 42/08 R , GesR 2010, 211; BSG, Urt. v. 17.8.2011 – B 6 KA 26/10 R ; *Klöck*, NZS 2010, 358.
- 55) *Becker* in *Becker/Kingreen*, SGB V, 5. Aufl. 2017, § 116a SGB V, Rz. 5; *Köhler-Hohmann* in *Schlegel/Voelzke*, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 116a SGB V, Rz. 6.
- 56) Zu den Maßstäben der Bedarfsprüfung LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 12.7.1995 – L 5 Ka 1609/94 , MedR 1996, 44 (45).
- 57) Vgl. *Clemes* in *Schallen*, Zulassungsverordnung, 9. Aufl. 2017, § 32b Rz. 20.
- 58) BSG, Urt. v. 4.5.2016 – B 6 KA 21/15 R , GesR 2016, 771.
- 59) SG Hamburg, Urt. v. 27.8.2014 – S 27 KA 76/14 , GesR 2014, 750.
- 60) *Köhler-Hohmann* in *Schlegel/Voelzke*, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 121a SGB V, Rz. 31.
- 61) *Bertram/Klöck* in *Becker/Bertram/Heitzig/Klöck/Lafontaine/Stollmann*, KHGG NRW, § 22 S. 4. In Nordrhein-Westfalen ist hierfür die Erlaubnis des zuständigen Ministeriums erforderlich.
- 62) BSG, Urt. v. 19.9.2013 – B 3 KR 8/12 R , GesR 2014, 176.