



D+B

RECHTSANWÄLTE

Verzahnung von vertragsärztlicher und stationärer Versorgung – Gestern, heute, morgen

2. Symposium „Sektorenübergreifende Versorgung“ des
Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes
Nordrhein-Westfalen

Bochum, den 08.03.2023

Rechtsanwalt Dr. Thomas Bohle

Agenda

01

Gestern – RVO usw.

02

Rechtsprechung im Umbruch

03

Heute – Schlaglichter

04

Morgen – Regierungskommission

05

Vorschläge

01

Gestern – RVO usw.

Regulatorische Vorgaben – bis 1988 (RVO)

› § 179 RVO

- (1) Gegenstand der Versicherung sind die in diesem Buch vorgeschriebenen Leistungen der Krankenkassen ...
 - 2. **Krankenhilfe**

› § 182 RVO

- (1) Als Krankenhilfe wird gewährt:
 1. **Krankenpflege** von Beginn der Krankheit an; sie umfaßt insbesondere
 - a) **ärztliche** und zahnärztliche Behandlung

› § 184 RVO

- (1) **Krankenhauspflege** wird zeitlich unbegrenzt gewährt, **wenn** die Aufnahme in ein Krankenhaus **erforderlich** ist, um die Krankheit zu erkennen oder zu behandeln oder Krankheitsbeschwerden zu lindern; soweit bei psychiatrischer Behandlung eine Unterbringung im Krankenhaus nicht mehr erforderlich ist, wird die weiterhin notwendige Krankenhauspflege **teilstationär** gewährt. ...

Regulatorische Vorgaben – bis 1988 (RVO)

› § 368 RVO

- (1) Ärzte, Zahnärzte und Krankenkassen ... wirken zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Versicherten und ihrer Angehörigen (**kassenärztliche Versorgung**) zusammen
- (2) Die kassenärztliche Versorgung umfaßt die **ärztliche Behandlung** ...

› § 371 RVO

- (1) Die Krankenkassen haben **Krankenhauspflege** durch die Hochschulkliniken sowie die **Krankenhäuser** zu gewähren, die in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommen sind oder die sich gegenüber den Krankenkassen hierzu **bereit erklärt** haben.

› § 368g RVO

- (4) Die **ärztliche Behandlung bei Krankenhauspflege** (stationäre Behandlung in Krankenhäusern) ist nur insoweit Gegenstand der Verträge über die kassenärztliche Versorgung, als sie **durch Kassenärzte** erfolgt und ihre Vergütung durch das Krankenhaus nicht durch das Krankenhaus aus dem Pflegesatz abgegolten wird ...“

› § 368n RVO

- (7) Die **Kassenärztlichen Vereinigungen** sind verpflichtet, ... **Verträge** mit **psychiatrischen Krankenhäusern** ... über die **ambulante** Erbringung ärztlicher Maßnahmen der psychiatrischen einschließlich der psychotherapeutischen Versorgung ...[abzuschließen und diese Leistungen] ... außerhalb des Verteilungsmaßstabes ... zu **vergüten**.“

Regulatorische Vorgaben – bis 1988 (RVO)

› § 372 RVO

- (4) Die ... [Landesverbände der Krankenkassen, Krankenhäuser, Landeskrankenhausgesellschaften] ... können Verträge schließen über zeitlich begrenzte **vorstationäre Diagnostik** und **nachstationäre Behandlung** im **Krankenhaus**, die bei Krankenhauspflege auf Einweisung durch einen Kassenarzt erforderlich sind ...
- (5) Die Landesverbände schließen ... mit den Krankenhäusern ... **Verträge** über die **Zusammenarbeit** zwischen **Ärzten** und **Krankenhäusern**, insbesondere über die Einweisung in geeignete Krankenhäuser und die gegenseitige Unterrichtung und Überlassung von Krankenunterlagen.


› § 368a RVO

- (1) An der kassenärztlichen Versorgung nehmen zugelassene und beteiligte Ärzte sowie ermächtigte Ärzte und ärztlich geleitete Einrichtungen teil.
- (8) Die ... **leitenden Krankenhausärzte** ... **sind** vom Zulassungsausschuß auf ihren Antrag hin ... an der **kassenärztlichen Versorgung** unmittelbar oder auf Überweisung durch Kassenärzte **zu beteiligen, sofern** eine Beteiligung **notwendig** ist, um eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. ...

1988: Vertrauter Blick auf die Zukunft (RVO – SGB V)

- | | | | |
|--------------------|--|--------------------|--------------------------------------|
| › § 368 RVO | (Kassenärztliche Versorgung) | › § 72 SGB V | (Vertragsärztliche Versorgung) |
| › § 371 RVO | (Krankenhauspflege) | › § 39 SGB V | (Krankenhausbehandlung) |
| › § 184 Abs.1 RVO | (teilstationäre psych. KH-Pflege) | › § 39 Abs.1 SGB V | (teilstationäre KH-Behandlung) |
| › § 368g Abs.4 RVO | (ärztl. Behandlung bei KH-Pflege) | › § 121 SGB V | (Belegärztliche Leistungen) |
| › § 368n Abs.7 RVO | (ambulante psych. Behandlung im KH) | › § 118 SGB V | (Psychiatrische Institutsambulanzen) |
| › § 372 Abs.4 RVO | (vor-/nachstationäre Leistungen im KH) | › § 115a SGB V | (vor-/nachstationäre Behandl. im KH) |
| › § 372 Abs.5 RVO | (Beteiligung von KH-Ärzten) | › § 116 SGB V | (ambulante Behandl. durch KH-Ärzte) |

Die 7 Sektoren-Identitätsfragen

- › wer
 - › wo
 - › mit wem
 - › was
 - › für wen
 - › wie
 - › für wieviel
- 
- leisten darf ?

02

Rechtsprechung im Umbruch

Die Verzahnungsbremse - § 20 ZO-Ärzte/Ärzte-ZV

› Fassung v. 28.5.1957, BGBl. I. S. 572 (bis 31.12.1988)

(2) Für die Ausübung kassenärztlicher Tätigkeit ist nicht geeignet ein Arzt, der eine ärztliche Tätigkeit ausübt, die ihrem Wesen nach mit der Tätigkeit des Kassenarztes am Kassenarztsitz nicht zu vereinbaren ist.

› Fassung v. 21.12.1992, BGBl. I. S. 2306 (Gesundheitsstrukturgesetz)

§ 20 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 wird das Wort „kassenärztlicher“ durch das Wort „vertragsärztlicher“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 wird das Wort „kassenärztlicher“ durch das Wort „vertragsärztlicher“, das Wort „Kassenarztes“ durch das Wort „Vertragsarztes“ und das Wort „Kassenarztsitz“ durch das Wort „Vertragsarztsitz“ ersetzt.

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 11. 6. 1997 (Pathologie)

„Überhaupt ist das System des SGB V gekennzeichnet durch eine **grundsätzliche Trennung** zwischen dem Krankenhaus- und dem niedergelassenen Bereich [...]

Verzahnungen sind die **Ausnahme**, sie sind **ausdrücklich** geregelt, so z.B. für die Krankenhausärzte in § 116 SGB V, für Polikliniken usw. in §§ 117-120 SGB V und für Belegärzte in § 121 SGB V.

Wo solche Regelungen fehlen, gilt der **Grundsatz der Trennung**

und könnten allenfalls ganz besonders gelagerte Gesichtspunkte eine Durchbrechung des Trennungsgrundsatzes rechtfertigen.“

[Hervorhebung etc. nur hier]

BSG, Urt. v. 15. 3. 1995 (Radiologie)

„Eine **wesensmäßige Unvereinbarkeit** im aufgezeigten Sinne läßt sich nicht ... aus einer vermeintlichen Vermengung stationärer und ambulanter Tätigkeiten ableiten ...

Gesundheitspolitisches Anliegen des GSG war es, durch **Rationalisierung** im System **Rationierung** bei den medizinischen Leistungen zu vermeiden. Deshalb sollten bestehende Überkapazitäten und Unwirtschaftlichkeiten in den einzelnen Leistungsbereichen abgebaut und die **unzureichende Verzahnung** der verschiedenen Versorgungsebenen beseitigt werden ...

So hat der Gesetzgeber in § 115 Abs. 1 SGB V die Landesverbände der Krankenkassen ... und die Kassenärztlichen Vereinigungen zum Abschluß dreiseitiger **Verträge** mit den Landeskrankengesellschaften ... verpflichtet mit dem Ziel, **durch enge Zusammenarbeit** zwischen Vertragsärzten und zugelassenen Krankenhäusern eine **nahtlose ambulante und stationäre Behandlung der Versicherten** zu gewährleisten. ...

Aus den getroffenen Neuregelungen, vor allem der Eröffnung der genannten **neuen Versorgungsformen** - Praxisklinik, vor- und nachstationäre Behandlung, ambulantes Operieren -, muß gefolgert werden, **daß eine Ausgliederung ärztlicher Leistungsbereiche** aus der stationären in die ambulante Behandlung dem gesetzgeberischen Anliegen nicht widerspricht.“

[Juris Rn. 40, Hervorhebung etc. nur hier]

BSG, Urt. v. 5. November 1997 (Pathologie) – gegen LSG BW

„Anders stellt sich hingegen die Sachlage bei denjenigen Ärzten dar, „die ihrem typischen Fachgebietsinhalt nach regelmäßig **nicht unmittelbar patientenbezogen** ärztlich tätig sind“ ...

In diesen Fällen sind Interessen- und Pflichtenkollisionen der aufgezeigten Art im Regelfall nicht zu befürchten.

Die nicht unmittelbar patientenbezogenen tätigen Ärzte haben **keinen direkten Kontakt** zu einzelnen Patienten. Sie **steuern** die Behandlung **nicht** und veranlassen auch keine Leistungen Dritter. Die von ihnen erbrachten diagnostischen Leistungen werden in gleicher Form im Rahmen der ambulanten wie der stationären Behandlung benötigt.

Demgemäß sind bei dem ..., der mit der Hälfte der tariflichen Arbeitszeit seine Tätigkeit als Chefarzt des Pathologischen Krankenhausinstituts weiter ausüben will, **Interessen- und Pflichtenkollisionen** der aufgezeigten Art zwischen der Krankenhaustätigkeit und der von ihm geplanten und vom Beklagten zugelassenen vertragsärztlichen Tätigkeit in den Räumen seines Privathauses **nicht möglich**.“

[Juris Rn. 24, Hervorhebung etc. nur hier]

BSG, Urt. v. 5. November 1997 (Pathologie) – wegweisend?

„Zwar trifft es zu, daß das SGB V die grundsätzliche Trennung in die Bereiche der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung und der stationären Krankenhausversorgung - aber auch deren **Verzahnung** - regelt, und daß es dem niedergelassenen Vertragsarzt einerseits und dem angestellten Krankenhausarzt andererseits Betätigungsmöglichkeiten im jeweils anderen Versorgungsbereich **aufgrund ausdrücklicher gesetzlicher Regelung** eröffnet.

So kann der Vertragsarzt an der stationären Versorgung der Versicherten als Belegarzt gemäß § 121 SGB V mitwirken, während der angestellte Krankenhausarzt im Wege der Ermächtigung nach § 116 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnehmen kann.

Ohne entsprechende Hinweise im Wortlaut des Gesetzes sind die Regelungen des SGB V über die dargelegte Strukturierung der ärztlichen Versorgung der Versicherten **aber** aus sich heraus **nicht so zu verstehen**, daß sie dem in dem einen oder anderen Bereich tätigen Arzt **ausschließlich diese weiteren** beruflichen Betätigungsfelder **eröffnen** wollen.

Auf dem Hintergrund der Berufsausübungsfreiheit nach Art 12 Abs. 1 Satz 1 GG sind diese Vorschriften des SGB V allein als das berufliche Tätigkeitsfeld des jeweiligen Arztes **erweiternde** Bestimmungen anzusehen.

[Juris Rn. 18, Hervorhebung etc. nur hier]

03

Heute - Schlaglichter

Neue Leistungsfelder für Krankenhäuser – Verzahnung?

› Bis 2003 **keine Verzahnung** durch

- vor- und nachstationäre Versorgung,
- Ambulantes Operieren,
- Hochschul- und Institutionsambulanzen.

› **Nur**

- für Krankenhäuser
- im Wirtschaftlichkeits- und Versorgungsinteresse eröffnete

› **neue Versorgungsfelder**

- jenseits der „eigentlichen“ akutstationären Versorgung.

Gesetzgeber: Vorwärts ! - Der institutionelle Einstieg

› GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) - 2003

- MVZ (Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung)
- Zugelassene Krankenhäuser als taugliche Gründer von MVZ

› Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) - 2006

- Ergänzung von § 20 Abs.2 Ärzte ZV:

„Die Tätigkeit oder die Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhausarzt ... ist mit der Tätigkeit des Vertragsarztes **vereinbar**.“

› GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VStG) - 2011

- Ergänzung von § 115a Abs.1 SGB V (Satz 2):

„Das Krankenhaus kann die Behandlung ... auch durch hierzu ausdrücklich beauftragte niedergelassene Vertragsärzte in den Räumen des Krankenhauses oder der Arztpraxis erbringen.“

- Ergänzung von § 115b Abs.1 SGB V (Satz 6):

„Im AOP-Vertrag „ist vorzusehen, dass die Leistungen auch auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit mit niedergelassenen Vertragsärzten ambulant im Krankenhaus erbracht werden können.“

BSG: Stopp ? – Das Urt. v. 23. 3. 2011 (AOP-Vertrag)

„Der Begriff "**Operateur des Krankenhauses**" würde dagegen überdehnt, wenn man ihm auch einen Arzt zuordnen wollte, der vom Krankenhaus nur als freier Mitarbeiter herangezogen wird.

Ein nur punktuell hinzugezogener Vertragsarzt, der nicht zugleich Beschäftigter des Krankenhauses ist, ... ist kein "Operateur des Krankenhauses".

Dem steht schon entgegen, dass im weiteren Text ... als Alternative zum "Operateur des Krankenhauses" nur der belegärztlich tätige Vertragsarzt genannt ist: Diese Eingrenzung würde unterlaufen, wenn jeder im Krankenhaus tätige Arzt bzw Vertragsarzt dem Begriff "Operateur des Krankenhauses" zugeordnet werden würde.

Hierfür muss es sich vielmehr um einen wenigstens teilweise am Krankenhaus beschäftigten und sozialversicherten oder dort beamteten Arzt handeln ...“.

[Juris Rn. 57, Hervorhebung etc. nur hier]

BSG: Wieder zurück - oder Ansporn zur Regulierung ?

„Durch dieses Gesetz ist zwar dem § 20 Abs 2 ... (Ärzte-ZV) der Satz angefügt worden, dass "die Tätigkeit in oder die Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus ... mit der Tätigkeit des Vertragsarztes vereinbar" ist. Dies indessen **beseitigt lediglich das bis dahin bestehende ... weitgehende Verbot gleichzeitiger Tätigkeit im stationären wie im ambulanten Bereich ... Daraus kann aber nicht allgemein die Gestattung aller denkbaren Kooperationsformen zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern abgeleitet werden.** ... Die Ergänzung des § 20 Abs 2 Ärzte-ZV durch Anfügung des Satzes 2 war nach den Materialien des Gesetzgebungsverfahrens darauf ausgerichtet, den Vertragsärzten - über die Möglichkeiten hinaus, im stationären Bereich in nicht patientenbezogenen Bereichen wie der Pathologie oder als Konsiliararzt tätig zu werden - zusätzliche Betätigungen als angestellter Krankenhausarzt und in Medizinischen Versorgungszentren, die mit Krankenhäusern verzahnt sind, zu ermöglichen (s BT-Drucks aaO S 29). **Nicht erkennbar** ist eine gezielte Ausrichtung auf § 115b SGB V in dem Sinne, dass gerade auch die in § 115b SGB V iVm dem AOP-Vertrag geregelten Kooperationsformen hätten erweitert werden sollen auf die Möglichkeit der Kooperation von Anästhesisten des Krankenhauses mit nicht belegärztlich tätigen Vertragsärzten ...“

[Juris Rn. 65, Hervorhebung etc. nur hier]

§ 116b SGB V Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

- › **GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) v. 26.3.2007: § 116b SGB V Ambulante Behandlung im Krankenhaus**
 - Bestimmung
 - auf Antrag des Krankenhauses
 - im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes
 - unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungsregion

- › **GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VStG) v. 22.12.2011: § 116b SGB V Ambulante spezialfachärztl. Versorgung**
 - Berechtigung von zugel. Krankenhäusern und an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern,
 - die die GBA-Anforderungen nach Abs. 4, 5 erfüllen und
 - dies ggü. dem erweiterten Landesausschuss Ärzte und Krankenkassen anzeigen,
 - nach Ablauf von zwei Monaten nach Eingang der Anzeige,
 - falls keine entgegenstehende Mitteilung des Landesausschuss binnen zwei Wochen erfolgt,
 - nebst Selbstanzeigeverpflichtung bei Unterschreitung der Anforderungen.

§ 121 SGB V Belegärztliche Versorgung

- › Tradiertes **regulatorisches Musterbeispiel** der Verzahnung ambulant-stationär
 - Personelle Verbindung der beiden Sektoren
 - Garant der Vermeidung von Informationsverlusten an der Sektorengrenze
 - komplementäre Vergütungsregelungen
 - in der KV-Variante korruptionssicher, §§ 299a, b StGB

- › Rückgang der Zahl der Belegärzte (**2007** = 5.982 / **2016** = 4.906 / **2021** = 3.128)*

	2007	2016	2021
• Bayern:	2.109	1.658	1.246
• Berlin:	366	264	232
• Hessen:	745	583	388
• Nds.:	594	432	274
• NRW:	678	489	162

• Destatis, 2021, Fachserie 12 Reihe 6.1.1; *Walendzik/Noweski/Pomorin/Wasem*, Abschlussbericht „Belegärztliche Versorgung: Historie, Entwicklungsdeterminanten ...“, Seite 53f,

§ 140a SGB V Integrierte Versorgung

- › **Disposition** über wesentliche Vorgaben des Leistungserbringungsrechts durch Vertrag
- Aufgaben und Zuständigkeiten im Rahmen der eingebrachten Versorgungsaufträge (wer, wo, mit wem, wie ...?)
- Vergütung (für wieviel?)
- Nur repressive behördliche Kontrolle, § 71 Abs.6 SGB V

- › **Keine**
- Erweiterung des Spektrums der insgesamt eingebrachten Versorgungsaufträge (§ 140a Abs.3 S.2 SGB V).
- Disposition über in § 140a Abs.2 S.1 und 2 SGB V ungenannte Regelungen (z.B. § 14 Abs.7 ApoG, Versorgung durch die Krankenhaus-Apotheke)
- Disposition über ärztliches Berufsrecht (Einhaltung Fachgebietsgrenzen, Verbot Zuweisung gegen Vorteil/Entgelt etc.)
- keine Erbringung vom G-BA schon ausgeschlossener Leistungen (§ 140a Abs.2 S.3 SGB V).

• Destatis, 2021, Fachserie 12 Reihe 6.1.1; Walendzik/Noweski/Pomorin/Wasem, Abschlussbericht „Belegärztliche Versorgung: Historie, Entwicklungsdeterminanten ...“, Seite 53f,

Hybrid-DRGs

› § 115f Abs.1 Satz 1 SGB V

› Die Vertragsparteien nach § 115b Abs.1 Satz 1 (GKV-SV, DKG, KBV) vereinbaren bis zum 31. März 2023

- 1. eine spezielle sektorengleiche Vergütung, die unabhängig davon erfolgt, ob die vergütete Leistung ambulant oder stationär erbracht wird, und
- 2. für welche der in dem nach § 115b Abs.1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Katalog genannten Leistungen die Vergütung nach Nummer 1 erfolgt.

› **Funktion:** Beseitigt Anreiz für eine stationäre Leistungserbringung

04

Morgen - Regierungskommission

Die Regierungskommission – mediale Begleitung

→ **T** **Wenn Lauterbachs Plan umgesetzt wird Diesen Vivantes-Krankenhäusern in Berlin droht das Aus**

Krankenhausreform in Brandenburg Politik sieht Gefahren für Gesundheitsversorgung

Kleine Kliniken könnten schließen müssen, längere Wege für Patienten drohen. Mediziner warnen vor Lücke bei Ausbildung. Das würde den Ärztemangel verschärfen.

Bund-Länder-Treffen

Lauterbach: "Es wird viele Klinikinsolvenzen geben"

Krankenhausplanung / 23.02.2023

Die Regierungskommission – der Blick in die Zukunft

Vierte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland *Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen*

1. Das übergeordnete Ziel der Reform besteht darin, eine **bedarfs- und zeitgerechte, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Notfallversorgung** der Bevölkerung zu gewährleisten. Dabei müssen zudem regionale Besonderheiten berücksichtigt werden. Dies ist **sektorenübergreifend**, interdisziplinär und mit klaren Verantwortlichkeiten zu organisieren. Die zentralen Kriterien, welche diesem Ziel zugrunde liegen, sind Qualitätsvorgaben wie Struktur, Fallzahlen und Erreichbarkeit. Insbesondere in dünn besiedelten Gebieten sind Doppelstrukturen zu vermeiden, um eine Auslastung der Vorhaltung zu sichern.
2. Ein INZ besteht aus der **Notaufnahme des Krankenhauses, einer KV-Notdienstpraxis im oder direkt am Krankenhaus und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle („Tresen“)**. Der Notaufnahme des Krankenhauses stehen bei Bedarf alle diagnostischen Möglichkeiten des Krankenhauses im Rahmen der Notfallversorgung zur Verfügung.

Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung

Die weiteren Grundversorger des Levels I sind integrierte ambulant/stationäre Krankenhäuser, gekennzeichnet mit „i“ (Abbildung 3). Im Zuge des demografischen Wandels mit steigender Krankheitslast der Bevölkerung, zunehmenden Fachkräftemangels, eines Wandels des Wunschs der Berufsausübung der jungen Generationen und der damit einhergehenden Herausforderungen der Versorgung, insbesondere in strukturschwachen Regionen, kommt dem Level Ii auf dem Weg zu einer **sektorenübergreifenden und integrierenden Gesundheitsversorgung** eine Schlüsselrolle zu. Level-Ii-Krankenhäuser verbinden wohnortnah zumeist allgemeine und spezialisierte ambulante fachärztliche Leistungen mit Akutpflegebetten, in denen Patientinnen und Patienten z. B. zur Beobachtung und Basistherapie oder nach der Verlegung aus einem Haus der Regel-/Schwerpunkt- oder Maximalversorgung stationär überwacht und gepflegt werden können. Die Leitung kann durch qualifizierte Pflegefachpersonen mit Zusatzweiterbildung, z. B. ANP, nach einer entsprechend zu schaffenden gesetzlichen Regelung erfolgen.

05

Vorschläge

Vorschläge

› § 27 Abs.1 Satz 2 SGB V

- „Die Krankenbehandlung umfasst 7. Integrative Krankenbehandlung.“

› § 107 Abs.3 SGB V

- „Integrative Gesundheitszentren sind Einrichtungen, die ...
- (u.a. regionale zugelassene Krankenhäuser als Gründer)
- (bestimmte Strukturvoraussetzungen)
- (fakultative Tätigkeit von Vertragsärzten)
- (Kooperationen mit anderen zugel. Leistungserbringern)

› § 108 Abs.2 SGB V

- „¹Krankenkassen dürfen Integrative Krankenbehandlung durch Integrative Gesundheitszentren erbringen, die von der für die Krankenhausplanung der Länder zuständigen Behörde unter [Beteiligung] des [erweiterten Landesausschuss gem. § 116b Abs.3 SGB V / der nach Maßgabe des jeweiligen Landesrechts bestimmten Stelle]

auf der Grundlage der Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschuss für die Allokation von Integrativen Gesundheitszentren hierzu bestimmt werden. ²Die Bestimmung ist auf jeweils [5] Jahre zu befristen. “

› § 115f SGB V Abs.1 Satz 2 SGB V

- „Die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 vereinbaren bis zum ... eine spezielle Vergütung für die integrative Krankenbehandlung, die“

› § 87a Abs.4 Satz 1 Nr. 4 SGB V

- „Grundlage für die Vereinbarung über die Anpassung des Behandlungsbedarfs ... sind insbesondere Veränderungen ...

4. des Umfangs der vertragsärztlichen Leistungen aufgrund von Verlagerungen von Leistungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor *einschließlich von Verlagerungen von vertragsärztlichen Leistungen zu Integrativen Gesundheitszentren und ...“*



Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt

D+B Rechtsanwälte Partnerschaft mbB

Kurfürstendamm 195
10707 Berlin
+49 30 327 787 0

Kaistraße 2
40221 Düsseldorf
+49 221 41 55 77 70

Av. de Tervueren 40
B-1040 Brüssel
+32 2 743 09 19

www.db-law.de

D+B
RECHTSANWÄLTE