



Foto: everythingpossible – Fotolia

# Strategische Dimension der ambulanten Leistungserbringung 2018

## Voraussetzung zur Abrechnung ambulanter Leistungsprozesse am Krankenhaus

Von Ursula Klinger-Schindler

*In zunehmendem Umfang werden stationär erbrachte Leistungen in den ambulanten Bereich verlagert. Umso wichtiger ist es deshalb, sich genau über die konkrete Umsetzung zu informieren. Der folgende Text befasst sich detailliert mit den Themen persönliche Ermächtigung, medizinisches Versorgungszentrum, ambulantes Operieren, ambulante fachärztliche Versorgung sowie Plausibilitätsprüfungen und erläutert juristische Details und Abrechnungsspezifika.*

**Keywords:** Abrechnung, Vergütung, Recht

**D**ie gesundheitspolitischen und -rechtlichen Entwicklungen führen zunehmend zu einer Verlagerung stationär erbrachter Leistungen in den ambulanten Bereich. Dadurch gewinnt die Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Sektor für Krankenhäuser zunehmend an Bedeutung. Immer häufiger werden deshalb Krankenhäuser mit der Frage konfrontiert: „Wie umsetzen?“ Grundsätzlich gilt für die Umsetzung jeglicher Art von ambulantem Behandlungsprozess und dessen Abrechnung am Krankenhaus: Sprechen Sie zuerst und vorab

mit allen Beteiligten. Niemals sollte ein neuer ambulanter Behandlungs- und Abrechnungsprozess umgesetzt werden, wenn nicht vorher bekannt ist, welches wirtschaftliche Ziel damit erreicht werden kann oder soll, bzw. welche Voraussetzungen dabei beachtet werden müssen.

Noch vor wenigen Jahren wurden in Krankenhäusern alle Arten von ambulanter Behandlung als „vorstationäre Fälle“ abgerechnet. Doch Vorsicht – der Teufel steckt im Detail. Eine vorstationäre Pauschale kommt nur dann zur Abrechnung, wenn kein sta-

tionärer Fall in diesem Zusammenhang folgt. Zudem kann ein vorstationärer Fall nur dann abgerechnet werden, wenn die Verordnung einer Krankenhauseinweisung vorliegt.

Ein neues Grundsatzurteil (BSG B 1 KR 21/12 R vom 19.09.2013) schränkt diese Möglichkeit der Abrechnung zusätzlich ein. Demnach sind vorstationäre Fälle nur dann berechnungsfähig, wenn "die medizinische Notwendigkeit genauso gefordert ist wie bei stationärer Behandlung, (...) wenn eine nachfolgende stationäre Behandlung „sehr unwahrscheinlich,, ist (...) und sie muss objektiv erforderlich sein (die vertragsärztliche Behandlung reicht nicht aus).“ Außerdem kann die Kasse seitdem den Vertragsarzt belangen, wenn dieser die Verordnung der Krankenhausbehandlung ausgestellt hat, ohne die Möglichkeit der ambulanten Behandlung geprüft zu haben. Hierbei stellt sich die Frage: Sind die unterschiedlichen ambulanten Behandlungsarten und deren Abrechnungsarten im Krankenhaus hinreichend bekannt, um die richtige Entscheidung treffen zu können?

Im Folgenden soll ein Überblick wichtiger ambulanter Behandlungsarten mit Vor- und Nachteilen dargestellt werden.

### **Persönliche Ermächtigung**

Die persönliche Ermächtigung entwickelt sich seit Jahren zum Auslaufmodell. Im Vordergrund

steht die persönliche Leistungserbringung. Erbrachte Leistungen, die im Ermächtigungsumfang seitens der KV nur in einem sehr beschränkten Maße berechnungsfähig sind, unterliegen zudem den Plausibilitätskriterien der einzelnen EBM Positionen. Neuerdings kann man zunehmende Wirtschaftlichkeits- und Plausibilitätsprüfungen in diesem Bereich beobachten. Die Obergrenze beträgt 156 Stunden Plausibilitätsprofil pro Quartal, welches man dem ermächtigten Chefarzt zugesteht.

Die im Anhang 3 aufgeführten Kalkulationszeiten des EBM werden unter Berücksichtigung des Komplex- und Pauschalisierungsgrades als Grundlage gemäß § 46 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) für die Plausibilitätsprüfungen vertragsärztlicher Leistungen verwendet. Alle zwei Jahre läuft die Ermächtigung aus und muss bei der KV kostenpflichtig neu beantragt werden.

### **Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)**

Auch im MVZ unterliegt der zugelassene Arzt der persönlichen Leistungserbringung. Der häufigste Fehler bei der Gründung des MVZ ist, dass der viel beschäftigte Chefarzt auf den MVZ-Sitz zugelassen wird. Keinesfalls ist hier die Stellvertreterregelung nach §4 (2) der GOÄ einzusetzen. Nur die Vertretungsregelung nach § 32 Ärzte-ZV (Ärzte-Zulassungsverordnung) ist hier gültig. Demnach können nur ganze Tage vertreten werden, wobei die Ver-

tretungsgründe auf Urlaub, Fortbildung, Krankheit, Wehrübung und Schwangerschaft festgelegt sind.

Das Delegieren von Leistungen ist hier nur für nichtärztliche Mitarbeiter in der Anlage 24 des Bundesmantelvertrages vom 01.10.2013 definiert. Zudem kann nur delegiert werden wenn Auswahlpflicht, Anleitungspflicht und Überwachungspflicht (Gebäude/Rufnähe) durch den Arzt gewährleistet sind.

70 Prozent der erbrachten Leistungen unterliegen im MVZ einer Budgetierung des Honorars, was im regionalspezifischen Honorarverteilungsmaßstab geregelt ist. Allerdings kann im Rahmen der MVZ-Tätigkeit jede fachgruppenübergreifende Leistung – beispielsweise Labor (Abschnitt 32.3), Pathologie und Radiologie – per Überweisung an andere Leistungserbringer beauftragt werden. Doch auch hier gilt es, Vorsicht walten zu lassen.

Nur weil innerhalb des ambulanten OP-Zentrums eine Leistung nicht abrechnungsfähig ist, kann sie nicht „irgendwie“ als MVZ-Leistung anschließend abgerechnet werden. Der auf das MVZ zugelassene Arzt steht für den durchgeführten Eingriff in der persönlichen Leistungserbringungspflicht.

### **Ambulantes Operieren nach §115b SGB V**

Gilt bei der ambulanten Operation der Facharztstandard, entfällt ▶



FÜHREND IN KODIERUNG UND MDK-BEARBEITUNG

## Wir heben den Schatz!

Millionen Euro können aus offenen MDK-Fällen zurückgeholt werden. Wir sichern Liquidität, beseitigen Altlasten und schaffen Kapazitäten.

DLMC – Ihr zertifizierter Partner für externes Medizincontrolling  
Tel. +49 2339 1241-10 | [www.dlmc.de](http://www.dlmc.de)



zudem die Plausibilitätsprüfung. Allerdings ist der Katalog als Anlage des Vertrages nach §115b SGB V auf 2.000 Eingriffe festgelegt. Medizinisch indizierte präoperative Leistungen können gemäß §4 des AOP-Vertrages erbracht und berechnet werden. Hart umkämpfte Abrechnungsauslegungen werden regelmäßig in Form von Grundsatzurteilen geklärt. Siehe Urteil Grundpauschalen BSG vom 28.03.2017 B 1 KR 66/16 oder BSG Urteil Grundpauschalen vom 31. Mai 2016 BSG 1AS1/16 KL. Sachkosten sind gemäß einer Katalogvorgabe zusätzlich nach Aufwand, abzüglich 12,50 Euro je Spiegelstrich in §9 (5) des AOP-Vertrages, berechnungsfähig. Der AOP-Katalog wird einmal pro Jahr aktualisiert.

**Ambulante spezialfach  
ärztliche Versorgung nach  
§116b SGB V**

Oftmals wird im Krankenhaus „Ambulante Leistungserbringung nach der ASV“ mit „Alles ist unbegrenzt abrechnungsfähig“ gleichgesetzt. Dieser Grundsatz ist genauso verfehlt wie der des „Wer kann, der darf“ in Verbindung mit der Leistungserbringung der ASV nach §116b SGB V. Die gesundheitspolitische Entwicklung geht eindeutig in die Richtung, dass stationär zukünftig

Konkretisierungen für die gastro-intestinalen und gynäkologischen Tumore sowie für Marfan-Syndrom, Tuberculose, Mucoviszidose und pulmonale Hypertonie beschlossen. Anträge können

Vereinigungen, die Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnungen in der vertragsärztlichen Versorgung zu prüfen. Primäres Aufgreifkriterium für die arztbezogenen Plausibilitätsprüfungen

**„Hart umkämpfte Abrechnungsauslegungen  
werden regelmäßig in Form von  
Grundsatzurteilen geklärt.“**

bei den entsprechenden erweiterten Landesausschüssen gestellt werden. Noch im Dezember 2017 soll der Appendix der Konkretisierung Rheumatologie beschlossen werden. Nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger kann auch für diesen Bereich die Antragstellung im Frühjahr 2018 erfolgen. Alle Leistungen, die in Bezug auf die Indikation erbracht werden, können gemäß des EBM Regelwerkes berechnet werden. Es gilt der Facharztstatus für Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen und es existiert die Möglichkeit der Verordnungen im Bereich der Indikation. Die ASV ist immer eine TEAM-Leistung. Das TEAM muss insgesamt den Antrag beim erweiterten Landesausschuss stellen. Doch Vorsicht! Obwohl die ASV immer wieder themati-

ist der Umfang, der pro Tag abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand.

Das konkrete Verfahren zur Durchführung der Abrechnungsprüfungen haben die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen auf Bundesebene in Richtlinien festgelegt. Danach wird auf Basis der abgerechneten Gebührenordnungspositionen in Verbindung mit den zugehörigen Prüfzeiten gemäß Anhang 3 für jeden Tag der ärztlichen Tätigkeit ein Tagesprofil erstellt und darüber hinaus zusätzlich die Quartalsarbeitszeit ermittelt. Auch Gebührenordnungspositionen, die innerhalb eines definierten Zeitintervalls einer Abrechnungsbeschränkung unterliegen, z. B. die quartalsbezogenen Komplexe und Pauschalen, werden in die Prüfung einbezogen. ■

**„Die ASV ist immer eine TEAM-Leistung.  
Das Team muss insgesamt den Antrag beim  
erweiterten Landesausschuss stellen.“**

tig ohne ambulant nicht mehr möglich ist. Dass die Integration einer ASV-Ambulanz ein komplexes Thema zwischen Gesetzesvorgaben, Richtlinien, Konkretisierung und den Anlagen wie Appendix, Umsetzungsanlagen und der Komplexität eines Gebührenordnungswerkes wie der EBM ist, hat sich in den letzten Jahren herumgesprochen.

Wie aber Umsetzen? Die ASV-Richtlinie selbst, die mit ihren 16 Paragrafen die Rahmenbedingungen festlegt, wurde im Juni 2012 erstmals veröffentlicht. Inzwischen sind die einzelnen

siiert wird, haben eine Vielzahl von Kliniken die Frist des Bestandsschutzes von drei Jahren übersehen. Da der GBA im Bereich gastrointestinale Tumore die bestehende Richtlinie für Verträge nach altem Recht am 26. Juli 2017 bundesweit aufgehoben hat, können betroffene Kliniken ohne Berechtigung zur neuen ASV Konkretisierung erbrachte Leistungen im Bereich gastrointestinale Tumore nicht mehr berechnen.

**Plausibilitätsprüfungen**

§ 106a SGB V verpflichtet Krankenkassen und Kassenärztliche

**Ursula Klinger-Schindler**  
Fachdozentin für ärztliches  
Abrechnungswesen und Fachbuchautorin  
Unternehmensberatung für  
Klinik und MVZ  
Berlin



Ursula Klinger-Schindler