

# „Stationär“ ist zukünftig ohne „ambulant“ nicht mehr möglich

## Strategische Dimensionen der ambulanten Leistungserbringung durch Krankenhäuser

Die Schlagzahl von für Krankenhäuser systemrelevanten Reformen hat sich erhöht. Hat der Gesetzgeber im vergangenen Jahrtausend an der „Kostenschraube gedreht“, sind im neuen Jahrtausend mehrere „echte Systemreformen“ festzustellen.



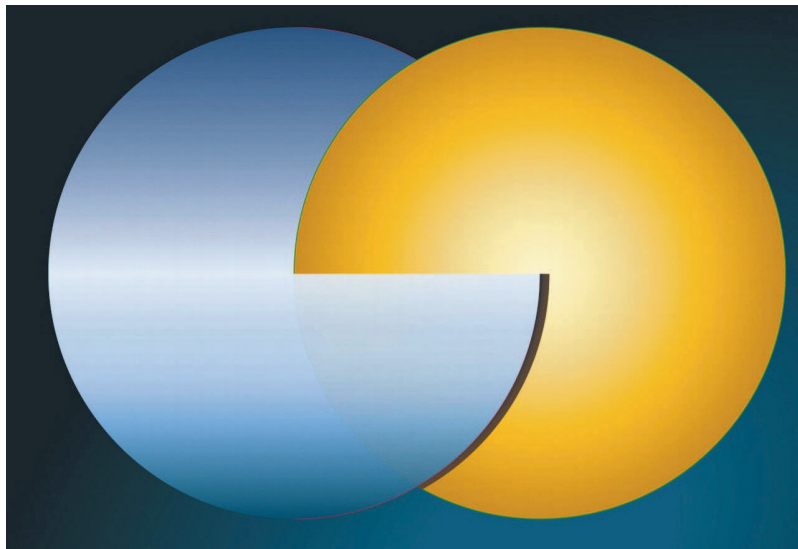
Rechtsanwalt Matthias Wallhäuser  
Fachanwalt für Medizinrecht



Ursula Klinger-Schindler  
Fachdozentin ärztliches Abrechnungswesen

Für das Krankenhauswesen sind insbesondere die Reform des Krankenhausentgeltrechts (Einführung des Fallpauschalensystems), die Reform des Leistungserbringungsrechts (Einführung sektorenübergreifender Leistungsstrukturen; Hervorhebung der Qualität als wichtigem Merkmal; Einführung von Wettbewerbselementen) und die Reform der GKV-Systematik (Änderungen in den Strukturen der gemeinsamen Selbstverwaltung) zu nennen.

Das DRG-System hat zwei für Krankenhäuser maßgebliche Effekte, den Kostendegressionseffekt und den Komplexitätseffekt. Krankenhäuser versuchen, die der Fallpauschale zugrunde gelegten Durchschnittskosten im Behandlungs-



Motiv: © Xavier Klaußner - Fotolia

fall zu unterschreiten, um die vorhandenen Organisations- und Leistungsstrukturen optimal zu nutzen (Kostendegressionseffekt). Krankenhäuser sind zudem bemüht, komplexere Behandlungen zu erbringen, weil diese mit den vorgehaltenen Organisations- und Leistungsstrukturen höhere Erträge erwirtschaften lassen (Komplexitätseffekt).

### Die Folgen des Systemwechsels

Die Folgen dieses Systemwechsels sind statistisch sichtbar: weniger Krankenhäuser mit weniger Krankenhausbetten, weniger Belegungstage, geringere Verweildauer, steigende AOP-Zahlen. Das DRG-System führt – neben weiteren Anlässen (z. B. medizinischer Fortschritt, Alterung der Gesellschaft) – somit ganz unmittelbar zur Spezialisierung und Ambulantisierung.

Hieraus folgt die Verdrängung des leichteren, einfacheren Behandlungsgeschehens. Aus Sicht der Krankenhäuser entsteht die Frage, wer an der Schnittstelle des stationären zum ambulanten Leistungs-

*Das DRG-System hat zwei für Krankenhäuser maßgebliche Effekte, den Kostendegressionseffekt und den Komplexitätseffekt. Die Folgen dieses Systemwechsels: weniger Krankenhäuser mit weniger Krankenhausbetten, weniger Belegungstage, geringere Verweildauer, steigende AOP-Zahlen. Das DRG-System führt somit zur Spezialisierung und Ambulantisierung. Aus Sicht der Krankenhäuser entsteht die Frage, wer die ambulanten Leistungen organisiert. Nur das Krankenhaus, das die Schnittstelle ambulant-stationär strategisch richtig besetzen kann, wird langfristig im Wettbewerb bestehen können.*

geschehen die ambulanten Leistungen organisiert. Nur das Krankenhaus, das die Schnittstelle ambulant-stationär strategisch richtig besetzen kann, sei es durch eigenes Engagement in der Leistungserbringung oder in Kooperation, wird langfristig im Wettbewerb bestehen können. ▶

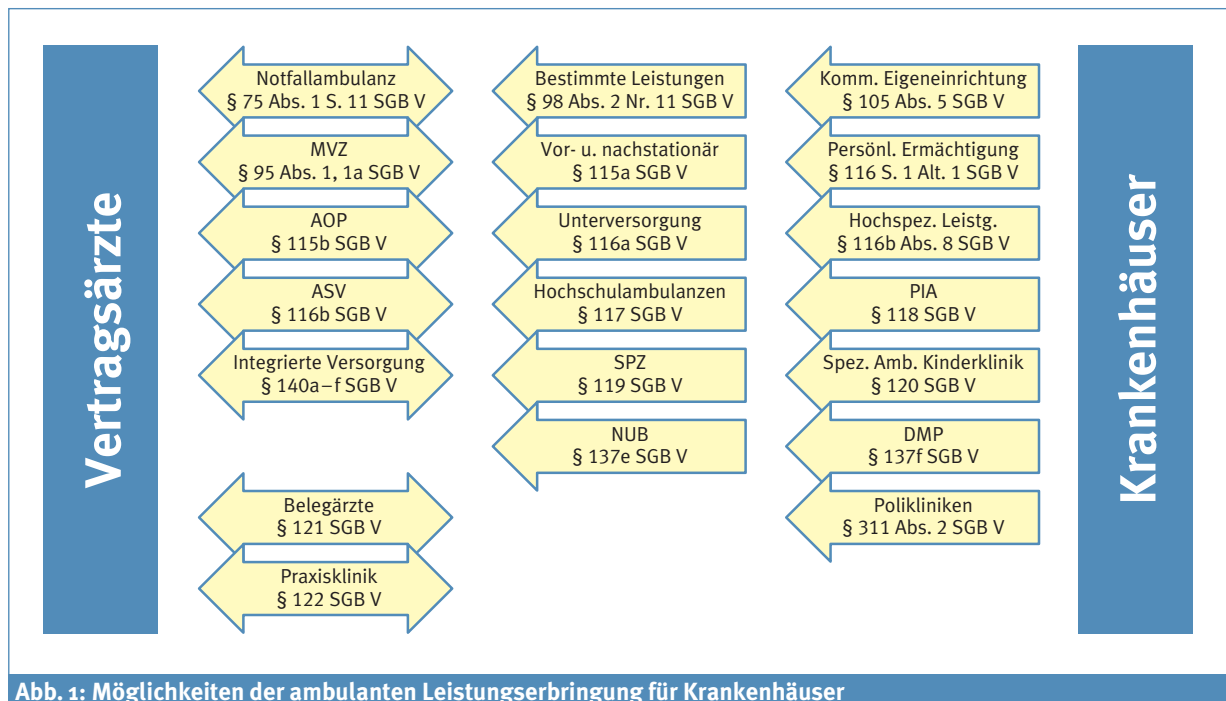


Abb. 1: Möglichkeiten der ambulanten Leistungserbringung für Krankenhäuser

Die Bedeutung der „Schnittstelle stationär/ambulant“ ist durch weitere Systemreformen noch erhöht worden. Das GMG (2003) hat durch die Einführung medizinischer Versorgungszentren (MVZ) dazu beigetragen, dass Krankenhäusern ein Instrument gegeben wurde, mit der Ambulantisierung ganz aktiv und unmittelbar umgehen zu können. Krankenhäuser können seitdem ganz unmittelbar als Träger eines MVZ das vertragsärztliche Leistungsgeschehen selbst organisieren. Sie sind gut beraten, darüber zu befinden, ob und in welchen Gebieten ambulante Leistungen selbst oder in Kooperation mit ambulanten Leistungserbringern erbracht werden sollen.

Das GKV-WSG (2007) hat die Schnittstelle ambulant-stationär durch die Reform des § 116 b SGB V weiter befördert. Seitdem war die Feststellung der Krankenhausplanungsbehörde ausreichend, dass das die ambulante Leistungserbringung nach § 116 b SGB V beantragende Krankenhaus hierfür geeignet ist. Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz hat mit der nochmaligen Reform des § 116 b SGB V die Frage, ob und auf welche Weise die von Krankenhäusern vorgehaltenen Organisations- und Leistungsstrukturen auch im ambulanten Bereich eingesetzt werden können, erneut in

den Fokus gestellt. Auch in Zukunft werden Krankenhäuser verstärkt in die Abdeckung des ambulanten Versorgungsbedarfs einbezogen.

### Rechtliche Möglichkeiten für das Krankenhaus

Die Möglichkeiten der ambulanten Leistungserbringung an der Schnittstelle ambulant/stationär sind vielfältig (Abb. 1).

Das Bild beschreibt anschaulich Notwendigkeit und Schwierigkeit für Krankenhäuser, eine geeignete Wahl zu treffen. Dies erklärt, warum noch immer „bei günstiger Gelegenheit“ gehandelt wird, anstatt auf der Grundlage einer strategischen Unternehmerentscheidung.

### Bewertung der Alternativen

Die notwendige Bewertung der Alternativen kann keinem Krankenhausunternehmen abgenommen werden. Ein in der Praxis bewährtes Instrument für diese Aufgabe zeigt Abbildung 2.

Die Abbildung beschreibt ein als „SWOT-Analyse“ bekanntes Instrument, mit dem Krankenhäuser sich die für sie jeweils richtige strategische Entscheidung erarbeiten können.

Neben all diesen Überlegungen muss der Blick auf einen weiteren

– weithin unterschätzten – Aspekt gerichtet werden: die Abrechnungsmodalitäten. Im zweiten Teil dieses Beitrages (KU 7/2013) werden die Abrechnungsfragen der ambulanten Leistungserbringung durch Krankenhäuser einer näheren Betrachtung zugeführt. Für die strategischen Überlegungen ist auf folgendes hinzuweisen: Abrechnungsgrundlage für viele der ambulanten von Krankenhäusern zu erbringenden bzw. zu organisierenden Leistungsebenen ist der EBM mit seinen unzähligen komplexen Abrechnungsbestimmungen, Abrechnungsausschlüssen und Gebührenordnungsziffern, die regelmäßigen Aktualisierungen unterliegen (so in den drei wichtigsten, weil häufigsten ambulanten Leistungsbereichen: Ambulante Operationen, § 116 b SGB V zu hochspezialisierten Leistungen u.a., Medizinisches Versorgungszentrum).

### Ambulante Operationen

Bisher stellen Ambulante Operationen (AOP) nach § 115b SGB V die wohl häufigste Form ambulanter Leistungen des Krankenhauses dar. Die Abrechnung gegenüber den Krankenkassen erfolgt über eine OPS-gesteuerte Kodierung einer Anlage zum AOP-Vertrag. Die Abrechnungsprozedur selbst ist im EBM mit einigen wenigen Ausnahmen bereits vorgegeben.

Die Quartalsabrechnung eines MVZ läuft gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) ähnlich einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis ab. Dabei führt das MVZ die Abrechnung gegenüber der KV durch. Auch im Rahmen bestehender Ermächtigungen nach § 116a SGB V sowie der Behandlung in der Notfallambulanz besteht in der Abrechnung ein direktes Vertragsverhältnis zwischen dem Krankenhaus und der KV.

Das Abrechnungsverhalten und die strategische Ausrichtung ambulanter Leistungsprozesse innerhalb der Krankenhäuser stellt sich allerdings völlig unterschiedlich dar. Das liegt u. a. daran, dass die Erlössituation ambulanter Leistungen am Krankenhaus bis heute als unbedeutend gilt. Doch die Integration ambulanter Leistungsprozesse am Krankenhaus muss auch und insbesondere in dieser Hinsicht gut überlegt sein.

So tritt bei ambulanten operativen Eingriffen die Frage auf, was die bessere Variante ist – die Erbringung des operativen Eingriffes im Rahmen des Ermächtigungsumfanges oder die Erbringung als ambulante Operation nach § 115b SGB V. Die Erkenntnis, dass in beiden Varianten nach denselben

## Terminhinweis

Im Mai 2013 beginnt eine bundesweit neue Seminarreihe „Strategische Dimension der ambulanten Abrechnung“. Ein Strategieseminar zur rechtlichen Voraussetzung und Abrechnung ambulanter Abrechnungsprozesse am Krankenhaus in Berlin, Bonn, München, Stuttgart und Hamburg. Anmeldung unter [www.abrechnungsseminare.de](http://www.abrechnungsseminare.de)

EBM-Ziffern berechnet wird, ist tatsächlich nur die halbe Wahrheit und in der Umsetzung nicht ausreichend. Die Erbringung im Rahmen der Ermächtigung ist immer an die höchstpersönliche Leistungserbringung geknüpft und damit nicht delegierbar. Auch die in den EBM integrierte Allgemeine Plausibilitätsprüfung ist oft nicht bekannt. Der Arzt hat im Rahmen seiner Ermächtigung zur Leistungserbringung ein vorgeschriebenes Plausibilitätsprofil von nur 156 Stunden. Erst im letzten Jahr war zunehmend von der Durchführung der Plausibilitätsprüfung auch im Bereich der Ermächtigung

durch zuständige Kassenärztliche Vereinigungen zu hören. Eine Plausibilitätsprüfung wie im vertragsärztlichen Bereich gibt es in der Direktabrechnung mit den Krankenkassen bei § 115b SGB V nicht, auch wenn § 16 des AOP-Vertrags Maßnahmen zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit enthält.

Nach § 14 des AOP-Vertrages sind ärztliche Leistungen gemäß § 115b SGB V zudem nach dem jeweilig zum Behandlungszeitpunkt geltenden Facharztstandard zu erbringen. Eine weitere Antwort zur strategischen Ausrichtung ambulanter Leistungen gibt Anlage 1 zum AOP-Vertrag nach § 115b SGB V. Nur die dort mittels OPS-Code aufgeführten Leistungen können als Eingriff gemäß § 115b SGB V durchgeführt werden.

Unzählige Eingriffe, vor allen Dingen aus der Kleinchirurgie, werden täglich von Ärzten aus Krankenhäusern unentgeltlich erbracht, weil die Grundlage der Anlage 1 zum AOP-Katalog keine Beachtung findet. Fehlt der passende OPS-Code aus dem Katalog, wird die Rechnung durch die Krankenkasse abgewiesen. Eingeschränkt besteht für Krankenhäuser die Möglichkeit, Behandlungsfälle ohne nachfolgenden stationären Auf-

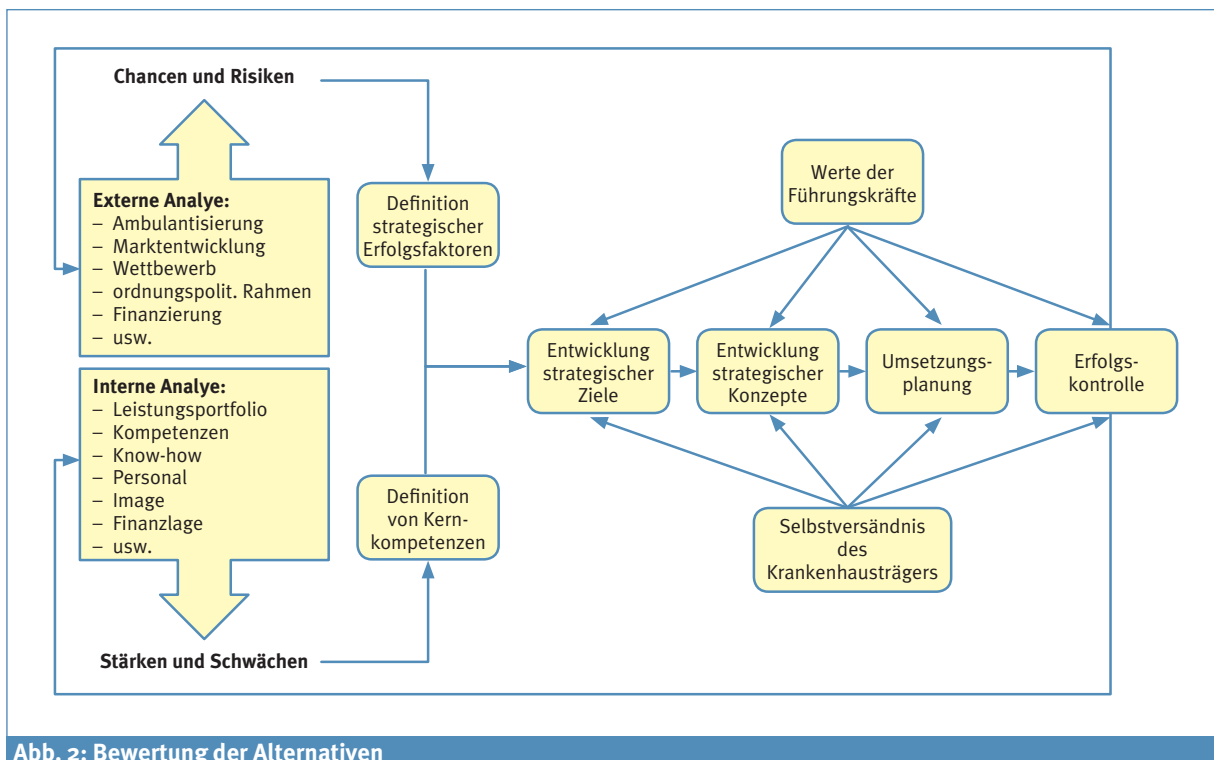


Abb. 2: Bewertung der Alternativen

enthalt über § 115a vorstationär nach fachgruppenspezifischen Pauschalen abzurechnen. Darunter fallen aber nicht kleinchirurgische Eingriffe, die sonst nicht gewinnbringend mit 12 oder 16 Euro nach dem EBM, am besten noch als Notfall, berechnet werden können.

### Medizinisches Versorgungszentrum und § 116b

Bei rückläufigen Ermächtigungen an Krankenhäusern sehen viele Verantwortliche seit Jahren die Lösung in der Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ). Doch Vorsicht: unter Berücksichtigung der Tatsache, dass vor allen Dingen die Zusammensetzung der unterschiedlichen Fachgruppen strategisch gut überlegt sein will, sind auch hier Einschränkungen zu beachten. So kann das MVZ zwar nahezu jede Leistung ambulant erbringen, doch unterliegt das MVZ im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit den Mengenbegrenzungsregelungen der Kassenärztlichen Vereinigung. So existieren derzeit im Bundesgebiet überwiegend Regelleistungsvolumina und Qualitätszusatzvolumina, die bis zu einer bestimmten Grenze die ärztliche Leistung honorieren. Nur ein Teil der Leistung wird außerbudgetär honoriert. Zudem bestehen innerhalb der Verordnung von Arznei- und Heilmitteln regionalspezifische Arzneimittelrichtgrößen- und Arzneimittelvereinbarungen. So

## Checkliste 1: Unternehmerentscheidung

**Auswahl wichtiger Fragen bei der Entwicklung einer Ambulanzstrategie:**

- Welche ambulanten Leistungen werden bereits erbracht? Von wem?
- Welche stationären Leistungen können perspektivisch in den ambulanten Bereich verlagert werden?
- Welche ambulanten Leistungen ergänzen das vorhandene ambulante/stationäre Leistungsspektrum, welche stärken das Folgegeschäft?
- Welches Know-how wird dafür benötigt? Wer hat es?
- Welche ambulanten Leistungen können/sollen selbst erbracht werden, welche durch Kooperationspartner, in welcher Kooperationsform (Ärztehaus, ambulantes Zentrum, MVZ, etc.)?
- Welche Behandlungsketten lassen sich gemeinsam mit externen Leistungserbringern entwickeln?
- Wer kommt als externer Kooperationspartner in Frage?
- Welche wirtschaftlichen Ziele werden angestrebt? Welche Investitionen sind mit der Entwicklung eines ambulanten Leistungsangebotes verbunden? Wie verändert sich das stationäre Budget bei Leistungsverlagerung in den ambulanten Bereich?

kommt es in diesem Bereich der ambulanten Leistungserbringung zu den gefürchteten Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch Prüfantrag der KV oder der Krankenkassen. Da der Vertragspartner in erster Linie die KV ist, muss beachtet werden, dass in jedem Bundesland regionalspezifische Vereinbarungen für Honorar und Verordnung gelten. Eine wesentliche Entscheidung bei der Auswahl der Fachgruppen für das MVZ ist die Maßgabe, ob das betreffende Krankenhaus auch überhaupt über eine stationäre Fachabteilung verfügt.

Auch die § 116b-Ambulanz ist an einen Leistungskatalog gebunden. Nur die in den Anlagen aufgeführten diagnosespezifischen Erkrankungen können ambulant behandelt und nach dem EBM berechnet werden. Im Vordergrund stehen hier die sächlichen und personellen Anforderungen. Nicht jeder kann alles abrechnen oder fehlende Leistungen (am besten) in den niedergelassenen Bereich überweisen. Dagegen wehren sich erste KVen bereits.

## Checkliste 2: Abrechnungsfragen

- Grundsätzlich gilt für die Umsetzung aller ambulanter Abrechnungsprozesse am Krankenhaus: Sprechen Sie zuerst und vorab mit allen Beteiligten.
- Setzen Sie niemals einen neuen ambulanten Abrechnungsprozess um, wenn Sie vorher nicht wissen, was unterm Strich an Erlös erzielt werden kann.
- Analysieren Sie bei bereits bestehenden Abrechnungsprozessen, ob diese wirklich optimal umgesetzt werden (Sachkostenabrechnung etc.).
- Zeigen Sie an Kalkulationsbeispielen auf, warum nicht ein anderer Weg, ambulante Leistung im Krankenhaus zu erbringen und abzurechnen, der bessere ist.
- Klären Sie in der Abteilung Patientenabrechnung, wie viele und welche ambulanten Behandlungsfälle pro Jahr von den Kassen abgewiesen und über die KV nicht abrechenbar sind.
- Egal aus welcher Sicht, legen Sie dem betroffenen Personenkreis dar, warum Sie sich gerade den favorisierten ambulanten Abrechnungsprozess ausgesucht haben.

### Orientierungs- und Entscheidungshilfe

Neben den strategischen Unternehmerentscheidung (Checkliste 1) sind auch die Abrechnungsfragen (Checkliste 2) einer strategischen Entscheidung zuzuführen. Die gesundheitspolitische Entwicklung zeigt eindeutig, dass „stationär“ zukünftig ohne „ambulant“ nicht mehr möglich ist. ■

**Matthias Wallhäuser**  
Rechtsanwalt  
Fachanwalt für Medizinrecht  
Meyer-Köring Rechtsanwälte/  
Steuerberater  
Partnerschaftsgesellschaft Bonn/Berlin  
Oxfordstr. 21 – Sterntorhaus  
53111 Bonn  
www.krankenhausjustitiar.de

Ursula Klinger-Schindler  
Konstanzer Str. 6, 10707 Berlin  
www.abrechnungsseminare.de