

EBM-Abrechnung von § 116b-Leistungen

von Ursula Klinger-Schindler

Nach der erneuten Überarbeitung des § 116b SGB V im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) ist nach Abschluss der Konkretisierung der Richtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) auch eine Anpassung des Euro-EBM vorgesehen. Der Bewertungsausschuss soll die Anpassung des EBM innerhalb der folgenden 6 Monate nach Abschluss der Konkretisierung durch den GBA umsetzen.

Schon jetzt entfacht jedoch eine Diskussion darüber, ob der Euro-EBM überhaupt für den § 116b die „richtige“ Gebührenordnung sein kann oder ob nicht vielmehr ein „ganz neues“ Vergütungssystem die bessere Lösung wäre. Außer Acht gelassen wird dabei allerdings, dass bereits über 1.300 Bestimmungen nach § 116b SGB V a.F. erteilt sind. An den betreffenden Kliniken werden seit 2008 gemäß den Anforderungen der derzeit (noch) gültigen GBA-Richtlinie Leistungen erbracht. Die Vergütung erfolgt unmittelbar durch die Krankenkassen.

Das Abrechnungsverhalten der Krankenhäuser offenbart sich dabei als heterogen und oftmals auch fehlerbehaftet. Nicht selten beginnt der Fehler im Umsetzungsprozess der § 116b-Abrechnung mit dem EBM damit, zu glauben, man könne dieses komplexe Abrechnungsverfahren „irgendeinem Mitarbeiter“ der Verwaltung übertragen. In anderen Kliniken wird die § 116b-Abrechnung dem Mitarbeiter übertragen, der schon langjährig, jedoch häufig ohne regelmäßige qualifizierte Schulungsmaßnahme, die Notfallambulanz im Krankenhaus abrechnet. Auch finden sich Umsetzungen, in denen schlicht entweder an die Pflegekraft oder an eine externe Verrechnungsstelle delegiert

wird. Soll der Beauftragte für das Haus „möglichst viel rausholen“, werden oftmals Leistungsinhalte „kreativ“ als erbrachte Leistungen interpretiert oder gar einfach eine höher bewertete Leistung abgerechnet. In anderen Fällen wiederum wird die tatsächlich erbrachte Leistung nicht abgerechnet, weil sie nicht als abrechnungsfähige Leistung des EBM erkannt oder im EBM nicht gefunden wird. Diese Defizite im Abrechnungsmanagement haben nicht nur wirtschaftliche, sondern ggf. auch sensible rechtliche Folgen. Die – in aller Regel vor Gericht ausgetragenen – Auseinandersetzungen mit den Krankenkassen sind unnötig und vor allem oftmals vorprogrammiert.

Sicher liegt der Ursprung (auch) in der Komplexität des Euro-EBM. Rückblickend hat der Euro-EBM überhaupt erst nach 2008 signifikanten Einfluss auf § 116b genommen. So wurden erst zu diesem Zeitpunkt die schwerpunktorientierten internistischen Kapitel 13.1.2 bis 13.1.8 in den EBM neu formuliert und in der jetzigen Form integriert. In der Folge hat man notwendigerweise (den Krankenkassen häufig unbekannt) die allgemeinen Bestimmungen auf die interdisziplinäre (internistische) Behandlung zusätzlich angepasst und ergänzt. Ab dem

Jahr 2009 wurden neben den acht neuen onkologischen Behandlungspauschalen weitere hochspezialisierte Leistungskomplexe in unterschiedlichen Facharztkapiteln neu aufgenommen. Aber auch im Labor wurden entsprechende Anmerkungen im speziellen Kapitel 32.3 an diversen Abschnitten ergänzt.

Die Ursachen in einem nicht zufriedenstellenden Prozess erbrachter spezialfachärztlicher Leistungen oder nicht optimal abgerechneter EBM-Leistungen sind stets dieselben:

- fehlende oder falsche Informationen zum Umgang mit dem EBM und der GBA-Richtlinie und/oder
- fehlende Kommunikation mit den Leistungserbringern.

Neben den Pflegekräften stehen hier natürlich die leitenden und behandelnden Ärzte der einzelnen Abteilungen in der Pflicht. Der Kreis der Verantwortlichen erweitert sich auf dem Weg zu einer erfolgreichen Umsetzung des § 116b-Abrechnungsprozesses um das kaufmännische Controlling (Erlössituation) und den „besten Mann“ aus der Abteilung EDV. Nicht erlaubte Zugriffsberechtigungen auf Patientenakten, um die medizinische Dokumentation mit den abzurechnenden Leis-



tungen zu prüfen, müssen hier genauso berücksichtigt werden wie die fachliche Anforderung an den Mitarbeiter der Patientenabrechnung selbst. Auch sollte es vermieden werden, Mitarbeiter der Patientenabrechnung im Abrechnungsprozess selbst zu blockieren. So ist immer wieder zu hören, dass selbst heute noch (auch in großen Kliniken) der Mitarbeiter der Patientenabrechnung mit der langwierigen Umsetzung von GOÄ-Positionen in die entsprechende EBM beschäftigt sind, weil das jeweilige Krankenhausinformationssystem keine andere Möglichkeit zulässt.

In Auseinandersetzungen und Reklamationen mit Krankenkassen wird häufig unterschätzt, dass der Sachbearbeiter der Krankenkasse genauso wie das Krankenhaus am Beginn der Umsetzung des Abrechnungsprozesses von spezialfachärztlichen Leistungen nach § 116b SGB V steht. Zahlreiche Reklamationen der Krankenkassen lassen nicht selten – vice versa – auf nicht ausreichende Schulungsmaßnahmen schließen. Das liegt auch daran, dass die Rechnungsprüfung seitens der Krankenkasse an fremde Institutionen vergeben wird. Manch eine Reklamation lässt deutlich erkennen, dass Krankenkassen im Datenträgeraustausch eigene Regelwerke installieren, die alleine durch die Bestimmungen des EBM jederzeit widerlegt werden können.

Nach der derzeitigen Entwicklung wird der Euro-EBM noch einige Zeit

die Abrechnungsgrundlage für die Abrechnung spezialfachärztlicher Leistungen nach § 116b SGB V sein. Wie ist also dabei vorzugehen?

- **Sensibilisierung:** Keinesfalls sollte die Abrechnung von § 116b-Leistungen in die Ecke der übrigen („unbedeutenden“) ambulanten Abrechnungsbereiche (Notfallambulanz, ambulante Operationen nach § 115b SGB V) geschoben werden. Auch wenn der ambulante Abrechnungsbereich derzeit im Vergleich zum stationären Sektor einen verhältnismäßig geringen Anteil hat, bedeutet dies nicht, dass er deshalb vernachlässigt werden könnte.
- **Kommunikation & Transparenz:** Wenn es einer Klinik gelingt, alle Beteiligten an einen Tisch zu holen, ist schon ein entscheidender Schritt gegangen. Abrechnungs- und Dokumentationsstandards können wie die Zusammenarbeit der behandelnden Ärzte aufeinander abgestimmt werden. Dabei muss bei interdisziplinären Prozessen, die bei Maximalversorgern fast ausschließlich im gleichen Haus stattfinden können, eine Lösung in einer transparenten Verknüpfung der Behandlungsdaten gesucht werden. Nur so ist garantiert, dass bei der Rechnungserstellung auch alle erbrachten Leistungen angesetzt werden können.
- **Arznei- und Hilfsmittel:** Im Bereich der Verordnung von Arznei- und Hilfsmitteln muss eine garantierte Zuordnung des einzelnen Rezeptes auf die zugelassene Ambulanz gewährleistet werden. Dies bedarf nicht nur eines vollständig ausgefüllten Rezeptformulars (am besten mittels EDV-Ausdruck), sondern auch

der Erfassung der Verordnung innerhalb der EDV-Dokumentation. Nur so kann im Falle zu erwartender Wirtschaftlichkeitsprüfung schnell und bürokratielos auf den Umfang (Kostenumfang, Menge) medizinisch notwendiger und innovativer Verordnungen zurückgegriffen werden.

- **Rechtsrahmen kennen:** Darüber hinaus werden Juristen benötigt, um Kooperationsvereinbarungen zu prüfen, die insbesondere dann erforderlich werden, wenn die Klinik Leistungen von extern „einkaufen“ muss. In diesem Zusammenhang spielt das Thema nicht erlaubter Überweisungen in vielen Kliniken eine große Rolle. Erste KVen weisen niedergelassene Ärzte derzeit darauf hin, in keinem Falle Überweisungen zu bedienen, die in § 116b-Ambulanzen ausgestellt werden. Ergänzende Untersuchungsleistungen, die in den Bereich der § 116b-Leistungen fallen, dürfen nicht zu Lasten der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung erbracht werden.

Die Aufzählung könnte freilich erheblich erweitert werden. Frühzeitiger Handlungsbedarf ist bei vielen angezeigt, denn es geht um etwas mehr, als nur auf die „neuen“ Konkretisierungen zu warten. ■

Weiterführende Literatur

Klinger-Schindler/Bartha, Die § 116b-Abrechnung, Med. Wiss. Verlagsgesellschaft (ab März 2013)

Klinger-Schindler, Der Krankenhaus-EBM, Kommentar für ambulante Abrechnung nach § 115b und 116b SGB V, Notfallambulanz und Krankenhaus-MVZ, 2011

Ursula Klinger-Schindler, Fachdozentin ärztliches Abrechnungswesen, Berlin, www.abrechnungsseminare.de