

Dr. Bernhard Rochell/Holger Bunzemeier/PD Dr. Norbert Roeder

Ambulante Operationen und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus nach § 115 b SGB V – eine Einstiegshilfe (II)

Im ersten Teil des Artikels (siehe „das Krankenhaus“ 3/2004, Seite 172 ff.) wurde der seit 1. Januar 2004 in Kraft getretene Leistungskatalog nach § 115 b SGB V mit seinen neuen Kategorien für in der Regel ambulant erbringbare Eingriffe (so genannte Sternchenleistungen) und Kommentierungen besonderer EBM-Leistungen sowie die allgemeinen Tatbestände nach Anlage 2 des Vertrags gemäß § 115 b Absatz 1 SGB V „Ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus“ (AOP-Vertrag)¹⁾ behandelt. Der vorliegende zweite Teil geht auf praxisrelevante Aspekte der restlichen Regelungen des am 15. Juli 2003 neu geschlossenen AOP-Vertrags sowie auf die Abgrenzung zur stationären Leistungsplanung im G-DRG-Vergütungssystem ein.

Verpflichtung zur schriftlichen Begründung der Entscheidung über die ambulante oder stationäre Durchführung

Der AOP-Katalog regelt, welche Leistungen auch von Krankenhäusern ambulant erbracht werden dürfen. Aus den im AOP-Katalog aufgeführten Eingriffen kann aber nicht automatisch die Verpflichtung hergeleitet werden, dass diese Eingriffe ausschließlich ambulant zu erbringen sind. Die Verpflichtung zur ärztlichen Prüfung und Dokumentation der Entscheidung über ambulante oder stationäre Durchführung einer Leistung des AOP-Katalogs besteht nach § 2 Absatz 3 Satz 2 und 3 des AOP-Vertrags in jedem Einzelfall auch unabhängig von der Kategorisierung der jeweiligen Leistung oder den allgemeinen Tatbeständen. Dort heißt es ausdrücklich:

„Der Arzt ist verpflichtet, in jedem Einzelfall zu prüfen, ob Art und Schwere des beabsichtigten Eingriffs unter Berücksichtigung des Gesundheitszustands des Patienten die ambulante Durchführung der Operation nach den Regeln der ärztlichen Kunst mit den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten erlauben. Zugleich muss sich der Arzt vergewissern und dafür Sorge tragen, dass der Patient nach Entlassung aus der unmittelbaren Betreuung des operierenden Arztes auch im häuslichen Bereich sowohl ärztlich als ggf. auch pflegerisch angemessen versorgt wird. Die Entscheidung ist zu dokumentieren.“

Die schriftliche Dokumentation der Entscheidung zugunsten einer ambulanten oder stationären Durchführung einer jeden AOP-Leistung ist damit nicht nur von hoher leistungsrechtlicher bzw. vergütungstechnischer Relevanz,

sondern auch von haftungsrechtlicher Bedeutung. Auch im haftungsrechtlichen Zusammenhang wird es damit wichtig sein, die allgemeinen Tatbestände – soweit hinreichend beurteilbar – bereits im Vorfeld der Operation in die Entscheidung über die Art der Durchführung mit einzubeziehen. Dies gilt insbesondere im Zusammenhang mit Haftungsfragen bei der Entscheidung zugunsten ambulanter Leistungserbringung. Stellt sich im Falle einer Komplikation im Nachgang zu einer ambulant erbrachten AOP-Maßnahme heraus, dass diese bei stationärer Erbringung und Überwachung vermeidbar gewesen wäre, werden es die verantwortlichen Ärzte bedeutend schwerer haben, ihr Vorgehen zu rechtfertigen, sofern nicht glaubhaft nachgewiesen werden kann, dass insbesondere auch die in den allgemeinen Tatbeständen ausdrücklich genannten Gründe für eine stationäre Durchführung der Leistung sowohl im Vorfeld als auch insbesondere während des Eingriffs

- Das Erfolgsmodell -
- über 200 Kliniken weltweit -
www.ishmed.de

selbst bis zum Zeitpunkt der häuslichen Entlassung des Patienten mit in diese Entscheidung einbezogen wurden. Dies gilt umso mehr noch für die ambulante Durchführung derjenigen Leistungen, die nach der Kommentierung in Spalte 2 des AOP-Katalogs als „stationär erbrachte“ oder „vorrangig stationär erbrachte“ Leistungen beschrieben werden. Die zum Teil großen Ermessensspielräume der allgemeinen Tatbestände werden die haftungsrechtliche Situation der verantwortlichen Ärzte angesichts des gegebenen leistungsrechtlichen Drucks in Richtung der bevorzugt ambulanten Durchführung der Sternchenleistungen nicht vereinfachen. Obwohl der AOP-Vertrag ausschließlich das ambulante Operieren im Krankenhaus regelt, werden die sich im Zusammenhang mit der Dokumentation der Entscheidung über die ambulante bzw. stationäre Durchführung neu ergebenden haftungsrechtlichen Aspekte auch für ambulant operierende Vertragsärzte, Belegärzte und eigenständig ermächtigte Krankenhausärzte nicht ohne Wirkung bleiben. Auch diese werden den allgemeinen Tatbeständen nach § 115 b Absatz 1 Satz 2 SGB V zur Absicherung des eigenen Vorgehens ihre Aufmerksamkeit widmen müssen.

Wann darf ein Krankenhaus die Katalogleistungen erbringen?

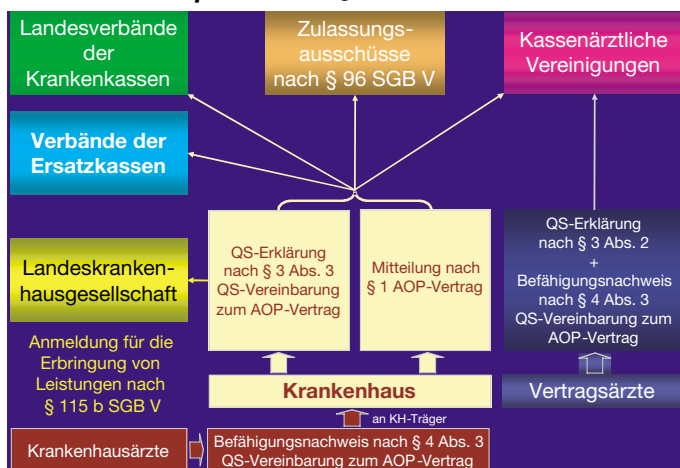
Die Leistungen entsprechend dem Katalog nach § 115 b SGB V können von jedem Krankenhaus ohne Mengenbe-

grenzung erbracht werden. Eine ambulante Operation oder ein sonstiger stationersetzender Eingriff soll im Krankenhaus zwar in der Regel auf eine vertragsärztliche Überweisung hin erfolgen, eine solche ist aber gemäß der Protokollnotiz zu § 2 der Vereinbarung nicht zwingend notwendig. Krankenhäuser müssen dabei beachten, dass bei Patienten, die sich ohne Überweisung zur ambulanten Operation an ein Krankenhaus wenden, die so genannte Praxisgebühr nach § 28 Absatz 4 SGB V erhoben werden muss. Gemäß § 43 b Absatz 2 SGB V verringert sich in diesen Fällen automatisch der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers gegenüber der jeweiligen Krankenkasse um denselben Betrag. Krankenhäuser, die sich nicht um die Erhebung dieser Zuzahlung kümmern, verlieren somit je Fall 10 €.

Vor der Durchführung und Abrechnung von Leistungen gemäß AOP-Katalog sind einmalig der bzw. die jeweils zuständigen Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und der jeweilige Zulassungsausschuss formlos vom Krankenhaus über seine Absicht der Leistungserbringung nach § 115 b SGB V zu informieren. Diese Mitteilung muss gemäß § 1 des AOP-Vertrags eine Benennung der einzelnen vom Krankenhaus zu erbringenden Leistungen auf der Grundlage des gemeinsamen Katalogs nach § 115 b SGB V sowie die zugehörigen abteilungsbezogenen Leistungsbereiche enthalten. Voraussetzung ist die Tatsache, dass die Leistungen, die das Krankenhaus künftig nach § 115 b SGB V anbieten will, grundsätzlich auch im vollstationären Bereich des Krankenhauses erbracht werden, also auch zum Leistungsspektrum des Hauses gehören. Krankenhäuser, die bereits vor 2004 zum ambulanten Operieren zugelassen waren, müssen diese Mitteilung durch den geänderten AOP-Katalog nur dann erneut bzw. für diejenigen Leistungsbereiche und Leistungen abgeben, die 2004 zum bisherigen Leistungsspektrum neu hinzukommen sollen.

Vorbedingung für die Erbringung ist ferner die Einhaltung der in der begleitend zum AOP-Vertrag für alle Leistungserbringer wirksamen „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und bei sonstigen stationersetzenden Leistungen gemäß § 15 des Vertrags nach § 115 b Absatz 1 SGB V“⁽²⁾ vorgegebenen Strukturkriterien.

Abbildung 1: Mitteilungen der Leistungserbringer für die Zulassung zum ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V



Eine Erklärung darüber, dass diese Anforderungen durch das jeweilige Krankenhaus erfüllt werden, muss nach § 3 Absatz 3 der Vereinbarung über die Qualitätssicherungsmaßnahmen²⁾ gleichzeitig mit der Zulassungsmitteilung an die oben genannten Institutionen zuzüglich der zuständigen Landeskrankenhausesgesellschaft abgegeben werden (Abbildung 1).

Als Voraussetzung muss neben bestimmten organisatorischen, baulichen, technischen, hygienischen und personellen Auflagen insbesondere die fachliche Befähigung der im Krankenhaus mit dem ambulanten Operieren befassten verantwortlichen Fachärzte dem Krankenhausträger gegenüber arztbezogen durch die Vorlage der entsprechenden Zeugnisse und Bescheinigungen nachgewiesen werden. *Conditio sine qua non* ist auch bei der Leistungserbringung nach § 115 b SGB V der jeweilige Facharztstandard. § 14 AOP-Vertrag konkretisiert, dass die entsprechenden Leistungen „nur von Fachärzten, unter Assistenz von Fachärzten oder unter deren unmittelbarer Aufsicht und Weisung mit der Möglichkeit des unverzüglichen Eingreifens“ erbracht werden dürfen. Weiterhin obliegt es den Leistungserbringern nach § 6 Absatz 2 der Vereinbarung über die Qualitätssicherungsmaßnahmen²⁾ unter anderem, die ständige Erreichbarkeit des Operators für den Patienten, die ausführliche Information des Patienten über den Eingriff, die Anästhesie, mögliche Behandlungsalternativen, ebenso die Nachbehandlung sowie den geregelten Informations- und Dokumentenfluss zwischen den beteiligten Ärzten sicherzustellen. Stimmen der Operateur bzw. die den Eingriff durchführenden Ärzte nicht mit den vor- und nachbehandelnden Ärzten überein, muss eine entsprechende Kooperation für die Weiter- und Nachbehandlung gewährleistet werden. Damit den verantwortlichen Ärzten und dem Krankenhaus im Fall von Problemen kein Organisationsverschulden angelastet werden kann, empfiehlt es sich, die jeweiligen Vorkehrungen in einem Verfahrensplan schriftlich niederzulegen und entsprechend der Vereinbarung umzusetzen. Wenn auch die Voraussetzung der ständigen Erreichbarkeit des Operators für den Patienten nach der ambulanten Operation im Krankenhaus nicht dessen ständige physische Anwesenheit beim Patienten bedeutet, so muss zum Beispiel bei einer Wiedervorstellung mit einer Komplikation innerhalb der Dienstzeit eine dem Facharztstandard nach § 14 des AOP-Vertrags entsprechende gleichwertige Versorgung gewährleistet sein, wobei der Operateur im Falle eines dringlichen Rückfragebedarfs telefonisch erreichbar sein sollte.

Eine gesonderte Genehmigung ist davon abgesehen nicht erforderlich, auch haben die KVen oder Krankenkassen kein Einspruchsrecht, sofern die gesetzlichen Bestimmungen korrekt erfüllt werden. Für das Krankenhaus besteht lediglich die Anzeigepflicht, damit die restlichen Beteiligten informiert sind.

Als Konsequenz der Inanspruchnahme der Zulassung eines Krankenhauses zum ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V kann es dazu kommen, dass der Zulassungsausschuss nach § 96 SGB V die Notwendigkeit einer vorbestehenden Ermächtigung des betroffenen Abteilungsarztes desselben oder eines benachbarten Krankenhauses überprüft und diese entzieht. Gerade in Gebieten mit sich eng über-

Sonst achten Sie ja auch auf Ihr Werkzeug.

Kohlhammer

»das Krankenhaus«
zählt zu den führenden
Fachzeitschriften im
Krankenhausbereich.
Ein Abonnement der
Fachzeitschrift
»das Krankenhaus«
sichert Ihnen kontinuierlich
Informationen und Anregungen.



das
Krankenhaus

schneidenden „Revieren“ unterschiedlicher Krankenhäuser kann es dadurch auch im Krankenhausbereich selbst zu Verteilungskämpfen zu Lasten der bisher persönlich ermächtigten Ärzte kommen. Da Krankenhäuser institutionell Zugang zu Leistungen nach § 115 b SGB V haben, sind persönliche Ermächtigungen nach Meinung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hier nicht mehr vorgesehen.³⁾ Relativ sicher bleibt hier allenfalls der Status der Belegärzte.

Gleichstellung von Krankenhäusern und Vertragsärzten bei der Vergütung

Der am 1. Januar 2004 in Kraft getretene neue Vertrag nach § 115 b SGB V stellt in § 7 Absatz 3 Satz 1 Krankenhäuser und Vertragsärzte der entsprechenden Fachrichtung ausdrücklich vergütungstechnisch gleich.

§ 7 des AOP-Vertrags vom 15. Juli 2003

Vergütung

(1) Die im Katalog nach § 3 (AOP-Leistungskatalog) aufgeführten Leistungen und die nach den §§ 4 (präoperative Leistungen), 5 (intraoperative Leistungen) und 6 (postoperative Leistungen) erbrachten Leistungen werden auf der Grundlage des EBM und ggf. des BMÄ und der E-GO nach den für die Versicherten geltenden vertragsärztlichen Vergütungssätzen vergütet.

(2) Wird ein Patient an demselben Tag in unmittelbarem Zusammenhang mit dem ambulanten Eingriff eines Krankenhauses stationär aufgenommen, erfolgt die Vergütung nach Maßgabe der Bundespflege-satzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes.

(3) Krankenhäuser sind bei Vergütung ambulanter Leistungen wie niedergelassene Fachärzte der entsprechenden Fachrichtung einzustufen. Dies gilt insbesondere auch für die separate Abrechenbarkeit anästhesiologischer Leistungen/Narkosen, sofern im Krankenhaus bei Eingriffen gemäß § 115 b SGB V sowohl ein Operateur als auch ein Anästhesist des Krankenhauses beteiligt sind oder die Leistung nach § 115 b SGB V durch einen belegärztlich tätigen Vertragsarzt erfolgt und das Krankenhaus nur die Anästhesieleistung erbringt.

(Anmerkung der Verfasser)

Dies hat aus Sicht der Krankenhäuser die erfreuliche Konsequenz, dass verschiedene zuvor bestandene Unsicherheiten unter Berücksichtigung der Rechtsprechung zugunsten der Krankenhäuser klargestellt wurden.

Die Gleichstellung in § 7 Absatz 3 Satz 1 des AOP-Vertrags setzt zunächst das Bundessozialgerichtsurteil B 3 KR 25/01 R vom 11. April 2002 um, welches bestätigt hatte, dass Krankenhäuser gleichberechtigt die facharztgruppenbezogenen Ordinations- und Konsultationsgebühren abrechnen können. Daneben hebt § 5 des AOP-Vertrags nun erstmals ausdrücklich hervor, dass Krankenhäuser nicht nur die im Zusammenhang mit der AOP-Leistung stehenden prä- und postoperativen Leistungen, sondern auch die damit zeitlich und medizinisch unmittelbar verbundenen intraoperativen Maßnahmen wie insbesondere erforderliche Laboruntersuchungen oder Leistungen der Histologie und Pathologie abrechnen können.

Anästhesieleistung

Eine für Krankenhäuser ebenfalls besonders entscheidende Klarstellung in § 7 Absatz 3 Satz 2 des AOP-Vertrags betrifft die separate Abrechenbarkeit anästhesiologischer

Leistungen bzw. Narkosen. Voraussetzung für die Zulassung von Krankenhäusern ist nach § 1 Absatz 1 Satz 1 des AOP-Vertrags auch hier, dass dort ein entsprechender Leistungsbereich, hier also eine anästhesiologische Hauptabteilung besteht. Nachdem es in der bisherigen Praxis oft zu Kontroversen in der Frage gekommen ist, ob ein Krankenhaus im Zusammenhang mit einer sonstigen Leistung nach § 115 b SGB V überhaupt Anästhesieleistungen abrechnen darf, sofern nicht sowohl die AOP-Leistung als auch die Anästhesie von angestellten Krankenhausärzten durchgeführt werden, wird diese im neuen AOP-Vertrag durch eine Positivformulierung für die Kombinationen Eingriff und Anästhesie jeweils durch Ärzte des Krankenhauses sowie andererseits Eingriff durch einen belegärztlichen Vertragsarzt und Anästhesie durch einen Krankenhausarzt im Sinne des Krankenhauses klargestellt. Unklar – weil auch im neuen AOP-Vertrag nicht angesprochen – bleibt hingegen, ob ein Krankenhaus auch Anästhesieleistungen abrechnen darf, wenn der Eingriff durch einen niedergelassenen Vertragsarzt oder einen eigenverantwortlich agierenden für die ambulante Versorgung persönlich ermächtigten Krankenhausarzt vorgenommen wird (Tabelle 1).

Obwohl die Abrechnung von Anästhesieleistungen durch ein Krankenhaus in dieser Konstellation im neuen AOP-Vertrag an keiner Stelle ausdrücklich ausgeschlossen wird, sind sich die Vertragsparteien auch auf Seiten der Krankenhäuser und Kostenträger darüber einig, dass Krankenhäuser in einer solchen Konstellation keine Anästhesieleistungen nach § 115 b SGB V abrechnen dürfen.⁴⁾⁵⁾ Ob der so propagierte Ausschluss der Krankenhäuser von der Erbringung von Anästhesieleistungen des AOP-Katalogs als eigenständige Institutsleistung in Verbindung mit einer ambulanten Operation oder einem sonstigen stationsersetzenden Eingriff durch eigenständig ermächtigte Krankenhausärzte oder niedergelassene Vertragsärzte einer rechtlichen Überprüfung standhalten wird, bleibt aus Sicht der Autoren indessen spannend. Ob sich dieser Ausschluss angesichts der in § 7 Absatz 3 Satz 1 ausdrücklichen Gleichstellung zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Fachärzten der entsprechenden Fachrichtung wird halten lassen können, erscheint fraglich. Insbesondere in den dem AOP-Vertrag vorangestellten Grundsätzen ver-

Tabelle 1: Abrechenbarkeit von Anästhesieleistungen als Leistung nach § 115 b SGB V je nach Konstellation der Leistungserbringer

		Anästhesie durch	
		Krankenhausarzt [Hauptabteilung für Anästhesiologie]	Niedergelassenen Vertragsarzt
Ambulante Operation oder sonstiger stations- ersetzender Eingriff nach § 115 b SGB V	Krankenhausarzt	Anästhesie abrechenbar	Anästhesie abrechenbar
	Belegarzt	Anästhesie abrechenbar	Anästhesie abrechenbar
	Ermächtigten Krankenhausarzt	Anästhesie nicht abrechenbar ???	Anästhesie abrechenbar
	Niedergelassenen Vertragsarzt	Anästhesie nicht abrechenbar ???	Anästhesie abrechenbar

Jetzt abonnieren!



»das Krankenhaus« berichtet aus erster Hand aktuell über die immer bedeutsamer werdenden Fragen der Krankenhauspolitik in Bund und Ländern. In ausgewählten, exklusiv publizierten Fachartikeln unterrichtet »das Krankenhaus« über

- modernes Krankenhausmanagement,
- Organisationsmethoden,
- Anwendung und Umsetzung neuer Rechtsnormen,
- Budgetierung, Finanzierung, Controlling, Datenverarbeitung,
- Krankenhausarchitektur, -technik, Personalführung

und nicht zuletzt in Originalbeiträgen über das internationale Krankenhauswesen. Herausgeber der Zeitschrift ist die Deutsche Krankenhausgesellschaft.

Einzelpreis 2004: € 18,10
 Jahresabo 2004: € 174,60
 zzgl. Versandkosten: € 8,40

Als Dankeschön für ein Jahresabo erhalten Sie eine dieser attraktiven Prämien:
 (Bitte A,B oder C ankreuzen, dieses Angebot gilt nur solange Vorrat reicht)



A. Heidemarie Haeske-Seeberg
Handbuch Qualitätsmanagement im Krankenhaus
 Strategien – Analysen – Konzepte | 236 Seiten. Kart. | ISBN 3-17-016690-5



B. **Bottle-opener and stopper-set »TRIO«**
 Flaschenöffner- und Verschuß-Set. Kapselheber, Flaschenverschluss, Korkenzieher. Größe: Set-Größe ca. 250mm x 180mm. Material: Metall mattsilber und silberglänzend poliert. In REFLECTS-Verpackung.



C. **Schlüsselanhänger-Leuchte »Tri-Light«**
 Hochwertige Schlüsselanhänger-Leuchte mit drei Funktionen: Laserpointer, UV-Licht zur Geldscheinprüfung und weißem Licht. Vollmetall, matt satiniert. Mit Schlüsselring und Karabinerhaken. In Geschenkbox. Batt.: incl. ø 1,4 x 8,5 cm (ohne Ring).

Widerrufsrecht: Sie haben das Recht, die Bestellung innerhalb von 14 Tagen nach Absendung zu widerrufen. Der Widerruf bedarf keiner Begründung, hat jedoch schriftlich oder durch Rücksendung der Ware an Ihren Buchhändler oder an den W. Kohlhammer Verlag, 70549 Stuttgart, zu erfolgen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs oder der Ware (Datum des Poststempels). Bei einem Warenwert unter € 40,- liegen die Kosten der Rücksendung beim Rücksender.



Jetzt Bestellschein ausfüllen und abschicken oder faxen an **07 11/78 63-81 41**

Ja, bitte senden Sie mir das aktuelle Gesamtverzeichnis Krankenhaus

Jahresabo 2004 »das Krankenhaus« — € 174,60
 Dieses Abonnement ist mit einer Frist von 6 Wochen zum Jahresende kündbar.

www.daskrankenhaus.de

»das Krankenhaus«
 Verlag W. Kohlhammer
 Heßbrühlstraße 69
 70565 Stuttgart

Vorname / Name

Straße

PLZ / Ort

Datum / 1. Unterschrift

Widerrufsrecht: Sie haben das Recht, die Bestellung innerhalb von 14 Tagen nach Absendung zu widerrufen. Der Widerruf bedarf keiner Begründung, hat jedoch schriftlich oder durch Rücksendung der Ware an Ihren Buchhändler oder an den W. Kohlhammer Verlag, 70549 Stuttgart, zu erfolgen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs oder der Ware (Datum des Poststempels). Bei einem Warenwert unter € 40,- liegen die Kosten der Rücksendung beim Rücksender.

Kenntnisnahme / Datum / 2. Unterschrift

künden die Vertragsparteien ihr Einverständnis darüber, dass durch die Schaffung einheitlicher Rahmenbedingungen zur Durchführung von ambulanten Operationen und stationsersetzenden Eingriffen „einschließlich der notwendigen Anästhesien“ im Interesse einer patientengerechten und wirtschaftlichen Versorgung die „Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Vertragsärzten und Krankenhäusern (...) einschließlich der gemeinsamen Nutzung von Operationskapazitäten im Krankenhaus“ gefördert werden soll. In Absatz 3 der Grundsätze des AOP-Vertrags heißt es ausdrücklich: „Die Parteien sind sich bewusst, dass die Leistungserbringung nach wirtschaftlichen Grundsätzen zu erfolgen hat und sowohl ambulant operierende Vertragsärzte als auch die nach § 115 b SGB V zugelassenen Krankenhäuser gleichberechtigt diese Leistungen erbringen können.“ Weil sich über die Formulierung von § 7 Absatz 3 Satz 2 des AOP-Vertrags schließlich auch die Kooperation zwischen Krankenhäusern, die ihre Operationskapazität einschließlich der anästhesiologischen Leistungen einbringen und an einem anderen Krankenhaus tätigen Belegärzten rechtfertigen lässt, bleibt unklar, wie lange sich der Zug der gleichberechtigten integrierten Versorgung im Bereich der Anästhesieleistungen nach § 115 b SGB V noch aufhalten lässt.

Umfang der Leistungserbringung

Der für den Eingriff gemäß § 115 b SGB V verantwortliche Arzt entscheidet nach § 2 Absatz 1 Satz 2 des AOP-Vertrags „über Art und Umfang des ambulanten Eingriffs“. Zur Vermeidung von überflüssigen Leistungen und Doppeluntersuchungen sind den die AOP-Leistung jeweils erbringenden Ärzten nach § 4 Absatz 1 des AOP-Vertrags sämtliche präoperative Befunde bzw. im Zusammenhang mit dem geplanten Eingriff nach § 115 b SGB V bedeutsamen Unterlagen durch die überweisenden Ärzte zur Verfügung zu stellen. Diese sind bei der weiteren Leistungserbringung zu berücksichtigen.

Nach § 4 Absatz 1 Satz 3 des AOP-Vertrags werden bereits durchgeführte Untersuchungen, die nochmals veranlasst werden, nur dann von den Kostenträgern vergütet, wenn sich die Wiederholungsuntersuchungen medizinisch begründen lassen. Die betroffenen Leistungen sind in der Abrechnung besonders zu kennzeichnen. Diese nicht weiter spezifizierte Vorgabe kann insbesondere in denjenigen Fällen, in denen sich Patienten ohne vorherige Überweisung direkt beim Krankenhaus zu einem Eingriff nach § 115 b SGB V angemeldet haben, zu Problemen führen. Damit Krankenhäuser nicht auf den Kosten für unbewusst angeordnete Doppeluntersuchungen „sitzen bleiben“ (die Organisation des notwendigen Dokumenten- und Datenflusses obliegt nach § 6 Absatz 2 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen²⁾ dem AOP-Leistungserbringer), empfiehlt es sich, sich durch den Patienten schriftlich bestätigen zu lassen, dass die Unterlagen zu den vom Krankenhaus zu benennenden notwendigen Voruntersuchungen – soweit bereits an anderer Stelle vorgenommen – beigebracht werden bzw. noch nicht durchgeführt wurden. Es ist davon auszugehen, dass die Kostenträger die medizinische Notwendigkeit von Wiederholungsuntersuchungen kritisch überprüfen werden.

§ 2 Absatz 2 des AOP-Vertrags regelt, dass der Zeitpunkt des Beginns der Behandlung für die nicht im Rahmen einer Notfallversorgung erfolgende Leistungserbringung nach § 115 b SGB V unerheblich ist. Dies stellt klar, dass ein geplanter Eingriff nach § 115 b SGB V auch außerhalb der regulären Dienstzeiten als solcher erbracht und abgerechnet werden kann und nicht vergütungstechnisch der Versorgung durch die Notfallambulanz zugeordnet wird. Umgekehrt findet sich weder in § 115 b SGB V noch im AOP-Vertrag ein ausdrücklicher Ausschluss, der vorsieht, dass AOP-Leistungen im Zusammenhang mit einer Notfallversorgung nicht abgerechnet werden dürfen. Dies betrifft beispielsweise die im AOP-Katalog enthaltene operative und konservative Frakturbehandlung, die demgemäß auch im Zusammenhang mit einer Notfallbehandlung nach § 115 b SGB V erbracht werden kann.

Besonders wichtig ist für Krankenhäuser allerdings die Beachtung der Regelungen zur Erbringung von Leistungen nach § 115 b SGB V im unmittelbaren oder mittelbaren Zusammenhang mit einer stationären Aufnahme. Kommt es noch am selben Tag des AOP-Eingriffs zu einer dadurch begründeten stationären Aufnahme, erfolgt die Vergütung nach § 7 Absatz 2 des AOP-Vertrags nicht nach § 115 b SGB V, sondern über das entsprechende stationäre Entgelt. Treten also zum Beispiel Komplikationen auf, die eine stationäre Aufnahme notwendig machen, kann die ambulante Behandlung nur gesondert abgerechnet werden, wenn sie in einem anderen Krankenhaus oder im niedergelassenen Bereich erfolgte. Wichtig für die DRG-Abrechnung ist dabei, dass der AOP-Eingriff dann so behandelt wird, als wäre er bereits im Umfang der stationären Behandlung erbracht worden, und mit der entsprechenden OPS-Kodierung in die DRG-Abrechnung mit einbezogen wird. Stehen § 115 b-Leistung und stationäre Aufnahme jedoch in keinem Zusammenhang, können beide Leistungen separat über die entsprechenden ambulanten und stationären Entgelte abgerechnet werden.

Daneben muss auch die Fünftagefrist für prästationäre Leistungen nach § 115 a SGB V im Vorfeld einer stationären Aufnahme beachtet werden. Für den Fall, dass ein diagnostischer Eingriff aus dem AOP-Leistungskatalog innerhalb von 5 Tagen vor Beginn einer stationären Behandlung durchgeführt wird, welcher gleichzeitig der Vorbereitung des stationären Aufenthalts dient, kann dieser gemäß § 4 Absatz 2 des AOP-Vertrags nicht separat nach § 115 b SGB V abgerechnet werden, sondern gilt als Teil der prästationären Behandlung. Ob Krankenhäuser, die darauf verweisen, dass die prästationäre Behandlung nach § 115 a Absatz 2 Satz 1 SGB V „auf längstens 3 Behandlungstage innerhalb von 5 Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt“ ist, durch Einbestellung des Patienten an 3 auf den Tag eines solchen diagnostischen Eingriffs folgenden Kalendertagen der Fristenregelung nach § 115 a SGB V erfolgreich ein Schnippchen schlagen und so doch noch die separate Abrechnung als Eingriff nach § 115 b SGB V ermöglichen können, erscheint fraglich. Wer Patienten nur aus abrechnungstechnischen und nicht aus medizinischen Gründen prästationär einbestellt, muss sich darauf gefasst machen, dass dieses Vorgehen einer Überprüfung nicht standhält. Anders als für diagnostische Maßnahmen findet

sich für die Erbringung therapeutischer Maßnahmen nach § 115 b SGB V innerhalb der Fristen für die prästationäre Behandlung keine besondere Regelung im AOP-Vertrag. Dies wird zum Beispiel bei der konservativen Frakturversorgung nach § 115 b SGB V im Vorfeld einer stationären Aufnahme zur operativen Stabilisierung die Frage nach der Art der Abrechnung aufwerfen. Ob ein Krankenhaus in einer solchen Konstellation die separate Abrechnung der AOP-Maßnahme durchsetzen kann, erscheint jedoch fraglich. Es wird für Krankenhäuser zumindest schwierig sein, plausibel darzulegen, inwieweit die durchgeführte Maßnahme nicht in Verbindung mit der Klärung der Notwendigkeit oder der Vorbereitung der erfolgten stationären Aufnahme in Zusammenhang steht, welche nach § 115 a Absatz 1 Nr. 1 SGB V Inhalt der prästationären Behandlung ist. Aus dem gleich gelagerten Grund erscheint auch fraglich, inwieweit AOP-Leistungen im Anschluss an eine stationäre Behandlung separat nach § 115 b SGB V abgerechnet werden können, sofern sie innerhalb der Fristen und entsprechend der Definition der nachstationären Behandlung nach § 115 a SGB V erfolgt, um „den Behandlungserfolg“ der stationären Behandlung „zu sichern oder zu festigen“.

Ob zum Beispiel der innerhalb der Fünftagefrist vor der stationären Aufnahme erfolgte und damit zur vorstationären Behandlung gewordene diagnostische AOP-Eingriff genauso wie bei einer im unmittelbaren Zusammenhang damit erfolgenden stationären Aufnahme am Tag seiner Erbringung über den entsprechenden OPS-Code vergütungswirksam in die DRG-Abrechnung mit einbezogen

werden darf, muss – wie bei prä- und poststationären Leistungen generell – bezweifelt werden.

Anders als die versehentliche Übermittlung eines OPS-Kodes für eine im Rahmen einer poststationären Behandlung erbrachten Prozedur im Umfang des Datensatzes nach § 301 SGB V für den vorangegangenen stationären Aufenthalt (Fehlercode 34042 Operationstag/Tag der Entbindung > Entlassungstag) ruft die Übermittlung des OPS-Kodes für eine vor der stationären Aufnahme erbrachte Prozedur im Datenaustausch nach § 301 SGB V erst dann eine Fehlermeldung hervor, wenn diese 6 oder mehr Tage vor dem Aufnahmetag erbracht wurde (Fehlercode 34033 Operationstag < 5 Tage vor dem Aufnahmetag).⁶⁾ Obwohl damit OPS-Kodes für prästationäre Leistungen technisch übermittelt und ohne weitere Prüfung der DRG-Entgeltfindung zugeführt werden können, halten die Autoren die aus vergütungstechnischer Sicht logisch erscheinende Berücksichtigung von OPS-Kodes für vor- und nachstationär erbrachte Leistungen gemäß § 115 a SGB V bei der DRG-Gruppierung und Abrechnung für rechtlich nicht zulässig. Diese Auffassung soll nachfolgend begründet werden.

Prä- und poststationäre Leistungen nehmen im DRG-Vergütungssystem nach § 17b KHG eine besondere Rolle ein. Diese wurde Anfang 2002 durch die Festlegung des Kalkulationsschemas der Selbstverwaltung begründet, welches vorsieht, dass vor- und nachstationäre Leistungen bei der Kalkulation der G-DRG-Rohfallkosten als DRG-relevante Kosten mit berücksichtigt werden (Kalkulation von

Die Zeiten ändern sich - BOSS-KIS

Krankenhaus-Informationssystem

Besuchen Sie uns
auf der

ITeG

IT-Messe & Dialog
im Gesundheitswesen

Frankfurt am Main
23.-25. Juni 2004

Stand 5-201



Look and feel...

Moderne Datenverarbeitung

- Intuitiv und maßgeschneidert
- Schnell und flexibel
- Kompetent und fair
- Innovativ

So muss
Software
aussehen!

BOSS

BOSS Branchen-Organisation
und Software-Systeme AG
Lötzeener Straße 3 • 28207 Bremen
Telefon 04 21 / 43 21-0 • Fax 04 21 / 43 21-100

Fallkosten, Handbuch zur Anwendung in Krankenhäusern Version 2.0 vom 31. Januar 2002, http://www.g-drg.de/dokumente/kalkhb_v2.pdf). Dabei ging die Selbstverwaltung vergütungstechnisch logisch analog der bisherigen Vorgabe nach § 14 Absatz 4 Satz 3 ff. BpflV vor, welche vorsieht, dass eine vorstationäre Behandlung neben einer herkömmlichen BpflV-Fallpauschale nicht gesondert berechenbar ist und nachstationäre Behandlungen nur dann gesondert neben einer solchen Fallpauschale abrechenbar sind, wenn die Summe aus den stationären und den vor- sowie nachstationären Behandlungstagen deren obere Grenzverweildauer überschreitet. Der kalkulatorischen Einbeziehung der vor- und nachstationären Behandlung in die G-DRG-Fallpauschalen hat der Gesetzgeber wiederum entsprochen, als er durch das nachfolgend zu Stande gekommene Fallpauschalengesetz in § 8 Absatz 2 Satz 3 Nr. 4 KHEntgG entsprechend der BpflV-Regelung einerseits die gesonderte Abrechenbarkeit der nachstationären Behandlung neben einer Fallpauschale nur auf diejenigen nachstationären Behandlungstage eingeschränkt hat, welche in der Summe aus teil- und vollstationären Belegungstagen sowie vor- und nachstationären Behandlungstagen die (obere) Grenzverweildauer der Fallpauschale übersteigt, und andererseits die zusätzliche Abrechnung einer vorstationären Behandlung neben einer Fallpauschale generell ausgeschlossen hat. Damit die Krankenhäuser beim Übertritt in das G-DRG-Vergütungssystem budgettechnisch keinen Nachteil erleiden, werden die Gesamtbeträge gemäß § 3 Absatz 3 Satz 3 Nr. 2 KHEntgG um den Anteil der Abzüge nach dem Abschnitt K5 Nr. 9 BpflV (Abzug vor- und nachstationäre Behandlung (90 Prozent)) erhöht, der dem Volumen der nach § 8 Absatz 2 Satz 3 Nr. 4 KHEntgG bei G-DRG-Fallpauschalen künftig nicht mehr abrechenbaren vor- und nachstationären Behandlungen entspricht. Angesichts dieser De-facto-Eingliederung eines Großteils der nachstationären Behandlung und der gesamten vorstationären Behandlung, die im DRG-Bereich nur dann noch abgerechnet werden kann, wenn es danach nicht zur stationären Aufnahme und damit auch nicht zur DRG-Abrechnung kommt, wäre es folgerichtig gewesen, die betroffenen Leistungen nicht nur budget-, sondern auch vergütungstechnisch in die Entgelte des G-DRG-Vergütungssystems einzugliedern. Dies hätte bedeutet, dass die im Rahmen der nicht zusätzlich neben einer DRG-Fallpauschale abrechenbaren vor- und nachstationären Leistungen über die damit zusammenhängenden OPS-301- und ICD-10-Kodes ebenfalls bei der DRG-Gruppierung und Abrechnung zu berücksichtigen gewesen wären.

Die leistungsrechtliche Wirklichkeit sieht jedoch anders aus: Hier werden allgemeine voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen sowie andererseits vor- und nachstationäre Behandlungen auch im DRG-Bereich noch wie 2 Paar verschiedene Schuhe behandelt: § 17 b Absatz 1 Satz 1, 1. Halbsatz KHG gibt vor, dass für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Entgeltssystem einzuführen ist. § 17 b Absatz 1 Satz 3 KHG präzisiert dies wie folgt: „Mit den Entgelten nach Satz 1 werden die allgemeinen vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet.“ Dementsprechend regelt § 1 KHEntgG in Absatz 1: „Die

vollstationären und teilstationären Leistungen der Krankenhäuser werden nach diesem Gesetz und dem Krankenhausfinanzierungsgesetz vergütet“ und stellt in Absatz 3 klar: „Die vor- und nachstationäre Behandlung wird für alle Benutzer einheitlich nach § 115 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet“. Weiterhin definiert § 7 KHEntgG in einer abschließenden Auflistung klar, welche Art von Entgelten für allgemeine Krankenhausleistungen abgerechnet werden können (§ 7 Satz 2 KHEntgG: „Mit diesen Entgelten werden alle für die Versorgung des Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet.“). Weder die vor- noch die nachstationäre Behandlung nach § 115 a SGB V ist in der Auflistung der Entgelte oder als Teil der Entgelte nach § 7 KHEntgG genannt. Dass die vor Erreichen der oberen Grenzverweildauer erbrachten Leistungen der nachstationären Behandlung und die Leistungen der vorstationären Behandlung im vergütungstechnisch logischen Umkehrschluss deswegen direkt bei der DRG-Gruppierung und -Abrechnung zu berücksichtigen sind, ergibt sich dagegen an keiner Stelle explizit aus den gesetzlichen Regelungen oder der KFPV 2004. Ein solches Vorgehen könnte gemäß § 7 Satz 2 KHEntgG (siehe oben) allenfalls dann begründet werden, wenn man auch die vor- und nachstationäre Behandlung als Teil der „allgemeinen Krankenhausleistungen“ betrachten könnte. Dies ist jedoch ausgeschlossen: Die in § 2 Absatz 1 Satz 1 KHEntgG vorgegebene Definition des Begriffs „Krankenhausleistungen“, welcher sowohl die „allgemeinen Krankenhausleistungen“ nach § 2 Absatz 2 KHEntgG als auch die Wahlleistungen nach § 22 BpflV (bzw. ab 2005 § 17 KHEntgG) umfasst, bezieht sich ausdrücklich auf die Leistungen nach § 1 Absatz 1 KHEntgG und damit ausschließlich auf die voll- und teilstationären Leistungen des Krankenhauses.

Prä- und poststationäre Leistungen nach § 115 a SGB V sind demnach keine allgemeinen Krankenhausleistungen und werden nicht über die Entgelte des G-DRG-Vergütungssystems nach § 17 b KHG vergütet. Dies zieht die gesetzlich vollzogene budgetäre Eingliederung von bisher nach § 115 a SGB V abgerechneten Erlösen in den DRG-Bereich keineswegs in Zweifel. Abrechnungstechnisch dürfen prä- und poststationäre Leistungen jedoch nicht unmittelbar mit in die DRG-Gruppierung und -Abrechnung mit einbezogen werden. Dieser Umstand birgt für Krankenhäuser innerhalb der budgetneutralen Phase der DRG-Einführung noch keinen unmittelbaren Nachteil. Ab Beginn der Konvergenzphase werden aber diejenigen Krankenhäuser, die DRG-relevante Leistungen im Rahmen einer prä- oder poststationären Behandlung erbringen, systematisch benachteiligt, da sie mangels der Möglichkeit, die diesbezüglichen OPS-301- und ggf. ICD-10-Kodes in die DRG-Gruppierung und -Abrechnung einzubringen, eventuell niedriger bewertete Fallpauschalen abrechnen müssen, als wenn sie diese Leistungen voll- oder teilstationär erbracht hätten. Um diese Benachteiligung zu vermeiden, sollte der Gesetzgeber die betroffenen vor- und nachstationären Leistungen dem Vergütungssystem nach § 17 b KHG auch abrechnungstechnisch eingliedern.

Der den Eingriff nach § 115 b SGB V durchführende Krankenhausarzt ist nach § 4 des AOP-Vertrags berechtigt, die ggf. zusätzlich erforderlichen, auf das **eigene** Fachgebiet

bezogenen diagnostischen präoperativen Leistungen im Krankenhaus durchführen zu lassen, soweit das Krankenhaus über die hierfür erforderlichen Einrichtungen verfügt. Diese Leistungen sind mit den Krankenkassen abzurechnen. Handelt es sich um notwendige fachgebietsbezogene präoperative Leistungen, die vom Krankenhaus nicht erbracht werden können, hat der Krankenhausarzt den Patienten an einen niedergelassenen Vertragsarzt dieses Fachgebiets, einen ermächtigten Krankenhausarzt, eine ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung oder eine zugelassene Einrichtung zu überweisen. Soweit es sich um notwendige, nicht fachgebietsbezogene präoperative Leistungen handelt, hat der Krankenhausarzt den Patienten an einen niedergelassenen Vertragsarzt dieses Fachgebiets, einen ermächtigten Krankenhausarzt, eine ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung oder eine zugelassene Einrichtung zu überweisen.

In Verbindung mit einem ambulanten Eingriff nach § 115 b SGB V können nach § 5 des AOP-Vertrags intraoperative Leistungen erbracht oder veranlasst werden, die in einem unmittelbaren zeitlichen und medizinischen Zusammenhang mit dem Eingriff stehen (siehe oben).

Postoperative Leistungen, die erforderlich sind, um den Behandlungserfolg des im Krankenhaus durchgeführten Eingriffs nach § 115 b SGB V zu sichern bzw. zu festigen, sind nach § 6 des AOP-Vertrags „auch von fachlich verantwortlichen Krankenhausärzten durchzuführen“. Die Behandlungsdauer soll hierbei 14 Tage nicht überschreiten,

ohne dass es einer erneuten Überweisung bedarf. Der weiterbehandelnde Vertragsarzt ist nach § 8 des AOP-Vertrags durch den Erbringer der ambulanten Leistung mittels Kurzbrief über die Diagnose, die durchgeführte Therapie und eventuell angezeigte Rehabilitationsmaßnahmen zu informieren. Diese Information soll auch eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit beinhalten.

Leistungsabrechnung

Die AOP-Leistungen werden nach § 7 Absatz 1 des AOP-Vertrags auch im Jahr 2004 noch nach EBM abgerechnet und direkt dem Kostenträger des Patienten in Rechnung gestellt. Dabei werden vom Krankenhaus, aber auch von den Niedergelassenen, die diese Leistungen ja ebenfalls erbringen können, die gleichen Vergütungen abgerechnet. Über den EBM lassen sich im Rahmen einer Einzelleistungsvergütung verschiedene Leistungsziffern bei einem Patienten abrechnen. Um die für Krankenhausärzte ungewöhnliche Dokumentation der abzurechnenden Leistungen so einfach wie möglich zu gestalten, empfiehlt es sich, einen fachgebiets- und leistungsbezogenen Auszug des Katalogs im Format einer Ankreuzliste zu erstellen, welche sämtliche für den jeweiligen AOP-Eingriff oder das jeweilige Fachgebiet relevanten Untersuchungs-, Behandlungs- und Anästhesieleistungen auf EBM-Basis umfasst. Diese Ankreuzliste sollte für jeden ambulant operierten Patienten ausgefüllt und an die Abrechnungsabteilung übermittelt werden, so dass auf dieser Basis die Gesamtabrechnung erfolgen kann. Der EBM-Punktwert im Krankenhaus rich-

qualitätsmanagement in der ZSVA



Sie kennen das Ziel – wir zeigen den Weg

- ▶ Ist-Analyse
- ▶ Projektplanung
- ▶ Umsetzung
- ▶ Schulung
- ▶ QVA's*
- ▶ QAA's**
- ▶ Dokumentation
- ▶ Voraudit

Zertifizierung

* QVA = Qualitäts-Verfahrens-Anweisung ** QAA = Qualitäts-Arbeits-Anweisung



Semmelweisstraße 6
82152 Planegg/München
Tel. 0 89/8 99 18-117
Fax 0 89/8 99 18-118
info@mmmgroupp.com
www.mmmgroup.com

excellence in
medical engineering

tet sich nach dem letzten ambulanten Punktwert und wird für ein Quartal festgelegt. Weil der Punktwert im ambulanten Bereich retrospektiv festgelegt wird, kommt es in der Regel im Krankenhausbereich zu einer de facto jeweils „nachhinkenden“ Übernahme der Quartalspunktwerte aus dem ambulanten Bereich. Die für Krankenhäuser geltenden regional unterschiedlichen Punktwerte können meist über die zuständige Landeskrankenhausesgesellschaft nachgefragt werden. Die DKG hat zur Unterstützung der Anwender im Januar Abrechnungshinweise für ambulante Operationen und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus nach § 115 b SGB V⁷⁾ veröffentlicht, welche insbesondere den Gebrauch einzelner EBM-Ziffern im Zusammenhang mit der Leistungserbringung durch Krankenhäuser kommentieren.

Auf den Abrechnungsunterlagen der Krankenhäuser und der Vertragsärzte sind unabhängig von den EBM-Positionen die den Eingriffen gemäß § 115 b SGB V zugrunde liegenden Operationenschlüssel nach § 301 (OPS-301 Version 2004) sowie der jeweils zu verwendende Diagnoseschlüssel (ICD-10-GM 2004) in der jeweils gültigen Fassung anzugeben. Die Angabe des OPS erfolgt bis zum 31. Dezember 2004 noch freiwillig (Tabelle 2).

Weil die Krankenhäuser ihre Leistungen nach § 115 b SGB V direkt mit den Kostenträgern abrechnen, ist es nicht erforderlich, bei der Diagnosenverschlüsselung die nur im vertragsärztlichen Bereich gültigen Zusatzkennzeichen der ICD-10-GM A, G, V und Z für die Diagnosesicherheit zu benutzen (A – ausgeschlossene Diagnose, G – gesicherte Diagnose, V – Verdachtsdiagnose, Z – symptomloser Zustand nach der betreffenden Diagnose). Dies ergibt sich rechtlich aus der Tatsache, dass Krankenhäuser auch im Zusammenhang mit einer Behandlung nach § 115 b SGB V ihre Daten nach § 115 b Absatz 2 Satz 5 SGB V gemäß § 301 SGB V an die Krankenkassen zu übermitteln haben. Die Anwendung der ICD-Zusatzkennzeichen A, G, V und Z ist laut der Bekanntmachung des BMGS zur Inkraftsetzung der ICD-10-GM 2004 hingegen ausschließlich auf den Kontext der Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen nach § 295 SGB V und den damit zusammenhängenden Datenaustausch beschränkt.⁸⁾ Zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigte Krankenhausärzte und Belegärzte, die ihre in Eigenregie erbrachten AOP-Leistungen dagegen über die jeweilige KV abzurechnen haben, müssen die Zusatzkennzeichen A, G, V und Z demnach obligatorisch verwenden. Nach wie vor freiwillig bleibt dagegen sowohl im vertragsärztlichen Bereich als auch für Krankenhäuser die Nutzung der restlichen ICD-Zusatzkennzeichen für die Seitenlokalisation (R – rechts, L – links, B – beidseits).

Ab dem 1. Januar 2005 ist die Angabe des OPS und des Diagnoseschlüssels zwingende Voraussetzung für die Leistungsabrechnung der Eingriffe gemäß § 115 b SGB V gegenüber den Krankenkassen bzw. der Kassenärztlichen Vereinigung, weil die Vertragspartner vereinbart haben, bis dahin eine Zuordnung der relevanten Operationenschlüssel zu den im Katalog ausgewiesenen Eingriffen vorzunehmen. Damit soll die Grundlage für eine pauschalierte Abrechnung der AOP-Leistungen über ein neues eigenständiges Fallpauschalensystem geschaffen werden, welches

Tabelle 2: Diagnosen- und Prozedurenkodierung durch Krankenhäuser und Vertragsärzte im Jahr 2004

Diagnosen- und Prozedurendokumentation für die Abrechnung der KH und Vertragsärzte 2004			
	Vor-, teil-, voll-, nachstationär	Ambulantes Operieren	Ambulante vertragsärztliche Behandlung
Krankenhaus	Diagnosen: ICD-10-GM-2004 ohne ZK (A, V, Z) Prozeduren: OPS-2004	Diagnosen: ICD-10-GM-2004 ohne ZK (A, G, V, Z) Prozeduren: EBM, OPS-2004*	Diagnosen: ICD-10-GM-2004 mit ZK (A, V, Z)
Vertragsärzte	entfällt	Diagnosen: ICD-10-GM-2004 mit ZK (A, G, V, Z) Prozeduren: EBM, OPS-2004*	Prozeduren: EBM

Angabe bis Ende 2004 auf freiwilliger Basis, ab 2005 verpflichtend.
ZK=ICD-Zusatzkennzeichen für Ausschluss-, Verdachts-, Zustand nach Diagnose, Gesicherte Diagnose

den EBM nach Absicht der Vertragspartner ab 1. Januar 2005 ablösen soll. Inwieweit hier die vom Berufsverband Niedergelassener Chirurgen (BNC) im Vorjahr veröffentlichten pauschalen Euro-Bewertungen für bestimmte Leistungskomplexe im Zusammenhang mit chirurgischen Leistungen des AOP-Katalogs eine Orientierung für das geplante neue Fallpauschalensystem für AOP-Leistungen geben kann, bleibt abzuwarten.⁹⁾

Arzneimittel, Verbandmittel, Hilfsmittel, Verbrauchsmaterialien

Die für die Durchführung der Eingriffe gemäß AOP-Katalog im Krankenhaus einschließlich der für die erforderlichen Vor- bzw. Nachuntersuchungen benötigten Arzneimittel, Verbandmittel, Hilfsmittel und Verbrauchsmaterialien entsprechend der zutreffenden Sprechstundenbedarfsvereinbarung werden nach § 9 des AOP-Vertrags vom Krankenhaus zur Verfügung gestellt. Für die Versorgung mit Arzneimitteln gilt unverändert § 14 Absatz 4 Satz 2 des Apothekengesetzes.

§ 14 Absatz 4 Satz 2 und 3 ApoG

Arzneimittel dürfen von der Krankenhausapotheke nur an die einzelnen Stationen und andere Teileinheiten zur Versorgung von Personen, die in dem Krankenhaus vollstationär, teilstationär, vor- oder nachstationär (§ 115 a SGB V) behandelt, ambulant operiert oder im Rahmen sonstiger stationersetzender Eingriffe (§ 115 b SGB V) versorgt werden, sowie an Personen abgegeben werden, die im Krankenhaus beschäftigt sind. Abweichend von Satz 2 dürfen Arzneimittel von der Krankenhausapotheke auch an ermächtigte Ambulanzen des Krankenhauses, insbesondere an Polikliniken (§ 117 SGB V), an psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 SGB V), an Sozialpädiatrische Zentren (§ 119 SGB V) und an ermächtigte Krankenhausärzte (§ 116 SGB V) sowie an Patienten im Rahmen der ambulanten Behandlung im Krankenhaus, wenn das Krankenhaus hierzu ermächtigt (§ 116 a SGB V) oder vertraglich zur ambulanten Versorgung dieser Patienten (§§ 116 b und 140 b Absatz 4 Satz 3 SGB V) berechtigt ist, zur unmittelbaren Anwendung abgegeben werden.

Die Abrechnung der aufgeführten Mittel und Materialien erfolgt zwischen dem Krankenhaus und den Krankenkassen. Die Einzelheiten der Abrechnung werden zweiseitig zwischen der DKG und den Spitzenverbänden der Krankenkassen geregelt. Arzneimittel, Verbandmittel, Hilfsmittel und Verbrauchsmaterialien werden nach § 6 der entsprechenden „Vereinbarung zu den regelungsbedürftigen Tatbeständen des Vertrags nach § 115 b Absatz 1 SGB V“⁽¹⁰⁾ über einen Zuschlag in Höhe von 10 Prozent auf die gesamte Honorarsumme bei einer Honorarsumme von bis zu 127,82 € bzw. von 8 Prozent auf die gesamte Honorarsumme bei einer Honorarsumme von mehr als 127,82 € vergütet, soweit die Materialien nicht mit der Gebühr nach EBM abgegolten sind (dies ergibt sich aus den entsprechenden EBM-Leistungsgeldern). Die Abrechnung von Implantaten und nichtionischen Röntgenkontrastmitteln erfolgt nach Einzelaufwand, soweit sie den Betrag von 25,56 € im Einzelfall übersteigen. Ambulant operierten Patienten werden erforderliche Arzneimittel, Verbandmittel und Hilfsmittel **vom Krankenhaus** mitgegeben. Dabei soll die mitgegebene Menge so bemessen sein, dass die Versorgung des Patienten in der Regel für den Zeitraum von **bis zu 3 Tagen** nach Durchführung des Eingriffs nach § 115 b SGB V gesichert ist. Der Krankenhausarzt ist nach § 9 Absatz 2 Satz 3 AOP-Vertrag nicht dazu berechtigt, die aufgeführten Mittel auf Kassenrezepten zu verordnen.

§ 6 der Vereinbarung zu den regelungsbedürftigen Tatbeständen des Vertrags nach § 115 b Absatz 1 SGB V zum AOP-Vertrag vom 22. März 1993 („RT-Vereinbarung“, gilt noch bis einschließlich 30. Juni 2004, siehe Teil I)

Pauschale nach § 8 des Vertrags zum ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V (Arzneimittel, Verbandmittel, Hilfsmittel, Materialien, Instrumente, Gegenstände und Stoffe)

(1) Die für die Durchführung ambulanter Operationen im Krankenhaus einschließlich der für die erforderlichen prä- und postoperativen Leistungen benötigten Arzneimittel, Verbandmittel, Hilfsmittel, Materialien, Instrumente, Gegenstände und Stoffe werden durch einen pauschalen Zuschlag auf die gesamte Honorarsumme nach § 6 des Vertrags nach § 115 b Absatz 1 SGB V in Höhe von 10 Prozent vergütet, soweit sie nicht mit der Gebühr für ärztliche Leistungen abgegolten sind oder eine Abrechnung der besonderen Kosten für die entsprechende Leistung im EBM vorgesehen ist. Der Zuschlag wird bei einer gesamten Honorarsumme von mehr als 127,82* € auf 8 Prozent der gesamten Honorarsumme reduziert.

(2) Materialien nach Absatz 1 (Implantate und nichtionische Röntgenkontrastmittel) werden nach Einzelaufwand erstattet, soweit sie 25,56* € im Einzelfall übersteigen.

* Euro-Beträge gemäß Ergänzung der Vereinbarung zu den regelungsbedürftigen Tatbeständen des Vertrags nach § 115 b Absatz 1 SGB V

Anmerkung der Verfasser: Durch den seit 1. Januar 2004 gültigen AOP-Vertrag vom 15. Juli 2003 haben sich die hier genannten Bezüge geändert. In der Überschrift bzw. in Absatz 1 Satz 1 von § 6 der RT-Vereinbarung wird auf § 8 bzw. § 6 des AOP-Vertrags vom 22. März 1993 verwiesen. Diese entsprechen nun § 9 und § 7 des AOP-Vertrags vom 15. Juli 2003.

Die Berechnung der für die Höhe der Pauschalzuschläge ausschlaggebenden „gesamten Honorarsumme“ nach § 6 Absatz 1 der RT-Vereinbarung bezieht sich auf die Vergütung nach § 6 des AOP-Vertrags vom 22. März 1993 bzw. nun auf die Erlössumme nach § 7 des AOP-Vertrags vom 15. Juli 2003. Dies kann zu unterschiedlichen Auslegungen durch Kostenträger und Krankenhäuser führen. Während

Intelligentes Wissensmanagement im Krankenhaus

Data Warehouse-Lösungen für
Klinikträger, Krankenhausleitungen,
Ärzte, Pflege, Medizincontroller
und Controller.



DRG-Trainer für die
professionelle DRG-Umsetzung

www.kms-info.de

die „gesamte Honorarsumme“ gemäß § 6 Absatz 1 Satz 1 des AOP-Vertrags vom 22. März 1993 „die im Katalog genannten Leistungen und die nach den §§ 4 (Anmerkung der Verfasser: präoperative Leistungen) und 5 (Anmerkung der Verfasser: postoperative Leistungen) erbrachten Leistungen“ umfasst, beinhaltet die dem Verweis in § 6 Absatz 1 der RT-Vereinbarung entsprechende Vergütung nach § 7 Absatz 1 des AOP-Vertrags vom 15. Juli 2003 (siehe oben) zusätzlich neben den Katalogleistungen sowie den prä- und postoperativen Leistungen auch die im Zusammenhang mit der AOP-Leistung erbrachten intraoperativen Leistungen. Da keine Übergangsregelung zu den geänderten Bezügen zwischen dem neuen AOP-Vertrag vom 15. Juli 2003 und der zum 30. Juni 2004 gekündigten RT-Vereinbarung getroffen wurde, besteht ein Interpretationsspielraum hinsichtlich der Einrechnung der intraoperativen Leistungen in die „gesamte Honorarsumme“.

Da sich § 6 Absatz 1 der RT-Vereinbarung auch wörtlich nur auf „die für die Durchführung ambulanter Operationen im Krankenhaus einschließlich der für die erforderlichen prä- und postoperativen Leistungen benötigten Arzneimittel, Verbandmittel, Hilfsmittel, Materialien, Instrumente, Gegenstände und Stoffe“ bezieht, werden Kostenträger die Berücksichtigung der intraoperativen Leistungen bei der Ermittlung der „gesamten Honorarsumme“ unter Umständen in Abrede stellen.

Weil die Nichtberücksichtigung der intraoperativen Leistungen hierbei jedoch entgegen dem Gleichstellungsgrundsatz nach § 115 b Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V sowie § 7 des AOP-Vertrags vom 15. Juli 2003 eine Schlechterstellung der Krankenhäuser im Vergleich mit dem vertragsärztlichen Bereich bedeuten würde und die ausdrückliche Nennung intraoperativer Leistungen im AOP-Vertrag vom 15. Juli 2003 erst recht nicht den Umkehrschluss erlaubt, die dabei anfallenden Sachkosten sollten nach dem Willen der Vertragsparteien am Krankenhaus unvergütet bleiben, spricht alles dafür, dass diese seit 1. Januar 2004 mit in die Berechnung der „gesamten Honorarsumme“ mit einzubeziehen sind. Alternativ wäre sonst von Krankenhäusern gemäß des Gleichstellungsgrundsatzes die anderwärtige Abrechnung der Kosten für die im Zusammenhang mit intraoperativen Leistungen benötigten und gemäß der allgemeinen Bestimmungen des EBM, Abschnitt A I. Teil A Nr. 4, nicht im EBM enthaltenen „Arzneimittel, Verbandmittel,

Hilfsmittel, Materialien, Instrumente, Gegenstände und Stoffe, die nach der Anwendung verbraucht sind oder die der Kranke zur weiteren Verwendung behält“ zu fordern.

Die von der Pauschalerstattung für Arzneimittel, Verbandmittel, Hilfsmittel und Verbrauchsmaterialien gemäß § 9 des AOP-Vertrags vom 15. Juli 2003 bzw. § 6 der RT-Vereinbarung nicht betroffenen Pauschalvergütungen des EBM-Abschnitts U, zum Beispiel für Versandmaterial, können nach dem Gleichstellungsgrundsatz ebenfalls von Krankenhäusern in Rechnung gestellt werden.

Arbeitsunfähigkeit, häusliche Krankenpflege und Krankentransporte

Sollte der Patient bedingt durch den im Krankenhaus ambulant durchgeführten Eingriff arbeitsunfähig werden, kann die Arbeitsunfähigkeit (AU) vom Krankenhausarzt gemäß § 10 Absatz 1 des AOP-Vertrags unverändert in der Regel bis zu 5 Tagen bescheinigt werden. Folgebescheinigungen sind durch den weiterbehandelnden niedergelassenen Arzt auszustellen.

Neu ist mit § 10 Absatz 2 des AOP-Vertrags die Möglichkeit geschaffen worden, dass Krankenhausärzte im Anschluss an eine AOP-Maßnahme auch häusliche Krankenpflege bis zu einer Dauer von 3 Tagen verordnen können, sofern diese zur Sicherstellung des Behandlungserfolgs im häuslichen Umfeld des Patienten erfolgt (Sicherungspflege). Die entsprechenden Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von „häuslicher Krankenpflege“⁽¹¹⁾ sind zu beachten. Folgeverordnungen sind auch hier durch den nachbehandelnden Vertragsarzt vorzunehmen. Inwieweit daraus Konflikte mit den Krankenkassen bezüglich der Anerkennung der Verordnung und der Finanzierung der Pflege entstehen, muss die praktische Anwendung dieser Regelung zeigen.

Der Krankenhausarzt kann gemäß § 11 des AOP-Vertrags wie bisher nach der Durchführung eines AOP-Eingriffs notwendige Transporte zu Lasten der Krankenkasse anordnen, wobei unbedingt die Krankentransport-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen⁽¹²⁾ zu beachten sind, um Regresszahlungen bei „Fehlansordnungen“ zu vermeiden.

Gilt der Katalog auch für Selbstzahler und Privatpatienten?

Der AOP-Katalog gilt zunächst nur für die Leistungsabrechnung bei gesetzlich versicherten Patienten. Vertragspartner bei der Verabschiedung des Katalogs sind lediglich die gesetzlichen Krankenkassen sowie die Ersatzkassen, die DKG und die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Daraus sollte aber nicht abgeleitet werden, dass die im Katalog genannten Leistungen bei privat versicherten Patienten automatisch vollstationär erbracht werden können. Auch wenn sich private Krankenversicherer (PKV) nicht explizit auf § 115 b SGB V berufen können, bietet die Vereinbarung zu § 115 b SGB V auch diesen eine Argumenta-

tionshilfe zur Definition, welches Versorgungsmaß medizinisch notwendig erscheint (das ist der auch dem privat Versicherten zugesprochene Versicherungsschutz). Das Krankenhaus muss daher gute Gründe haben, wenn es zum Beispiel eine Katarakt-OP auch bei privat Versicherten weiterhin grundsätzlich vollstationär durchführen und abrechnen möchte. Entscheidend ist aber immer der Einzelfall. Es wird daher empfohlen, grundsätzlich **vor** der Leistungserbringung die Frage der Kostenübernahme auch bei Privatpatienten zu klären, wenn eine als in der Regel ambulant erbringbar gekennzeichnete AOP-Leistung vollstationär erbracht werden soll. Weil der Katalog grundsätzlich für gesetzlich versicherte Patienten gilt, ist er auch auf alle gesetzlich versicherten Patienten anzuwenden, die über eine Zusatzversicherung für stationäre ärztliche Wahlleistungen (Chefarztbehandlung) verfügen. Auch in diesen Fällen ist davon auszugehen, dass die gesetzliche Krankenversicherung nach den allgemeinen Tatbeständen gemäß § 115 b Absatz 1 Satz 2 SGB V bzw. den Prüfkriterien nach § 17 c KHG prüfen wird, ob eine eventuelle vollstationäre Leistungserbringung notwendig war. Wenn diese Prüfung zu dem Ergebnis führt, dass die Leistung lediglich als ambulante Leistung vergütet wird, wird unter Umständen nicht nur die DRG-Fallpauschale auf die Vergütung nach § 115 b SGB V gekürzt. Gleichzeitig kann auch der Anspruch des Krankenhauses auf die Vergütung der wahlärztlichen Leistungsvergütung aus der privaten Zusatzversicherung in Frage gestellt werden, sofern diese nicht bereits im Vorfeld eine Kostenübernahmeerklärung für die stationäre Durchführung der Maßnahme gegeben hat. Da bei Zusatzversicherten Patienten 2 getrennte Versicherungsverhältnisse bestehen, können die Versicherungen auch getrennt ihre Leistungspflicht überprüfen und entsprechend einschränken. Dementsprechend kann es mit Einverständnis der privaten Zusatzversicherung auch zu einer Konstellation kommen, in welcher die gesetzliche Krankenversicherung lediglich die Vergütung nach § 115 b SGB V übernimmt, während die Zusatzversicherung die stationäre Durchführung akzeptiert und die angefallenen Wahlleistungen vergütet.

Kommt es am Tag der Durchführung der AOP-Leistung im unmittelbaren Zusammenhang damit zur stationären Aufnahme oder wird eine solche im Rahmen einer vor- oder nachstationären Behandlung erbracht, gilt umgekehrt, dass die im Zusammenhang mit dieser dann als Teil einer vor-, teil-, voll- oder nachstationären Behandlung abzurechnende Maßnahme erbrachten wahlärztlichen Leistung gegenüber einer entsprechenden privaten Zusatzversicherung geltend gemacht werden kann.

Der neue AOP-Vertrag wird somit auch im Bereich der privaten Krankenversicherung mittelbare Wirkungen zeigen. Darüber hinaus ist zu erwarten, dass findige Versicherungsunternehmen bald neue Policen anbieten, die eine grundsätzliche Übernahme der anfallenden Mehrkosten garantiert, sofern ein Patient eine AOP-Leistung auf eigenen Wunsch stationär erbringen lassen will. Dies wird insbesondere auch für Krankenhäuser interessant werden, die sich über angebundene Hotelkapazitäten einen neuen außerbudgetären (teil-)stationären Bereich für ein entsprechendes Patienten Klientel aufbauen.

Qualitätssicherung

Die Vertragspartner haben ergänzend zum Vertrag nach § 115 b SGB V eine gesonderte Vereinbarung mit Maßnahmen der Qualitätssicherung²⁾ getroffen, welche nach § 15 des AOP-Vertrags bei der Leistungserbringung zwingend zu beachten ist. Vertragsärzte oder Krankenhäuser, die Leistungen aus dem Katalog nach § 115 b ambulant erbringen wollen, müssen erklären, dass sie dieser Qualitätsvereinbarung entsprechen. Die Vereinbarung regelt Maßnahmen zur Sicherung der Strukturqualität, beschreibt die personellen und infrastrukturellen Voraussetzungen (organisatorische, bauliche, apparativ-technische und hygienische Anforderungen, Notfälle in der Praxis) sowie die Verfahren zur Qualitätssicherung inklusive der Durchführung von Beratungsgesprächen und Begehungen am Ort der Leistungserbringung bei Qualitätsdefiziten. Die KBV, die DKG sowie die GKV-Spitzenverbände beauftragen die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS), Düsseldorf, mit der inhaltlichen Entwicklung, Durchführung und Weiterentwicklung der datengestützten Qualitätssicherung bei Eingriffen nach § 115 b SGB V. Neben den administrativen Aufgaben übernimmt die BQS die inhaltliche und methodische Unterstützung und Koordination der Fachgruppenarbeit auf Bundesebene einschließlich der Rückkopplung mit der Landesebene. Die BQS entwickelt die Vorgaben von Kriterien zur Plausibilitätsprüfung sowie zur Erarbeitung von Auswertungsroutinen mit den Fachgruppen und koordiniert die Entgegennahme, die Aufbereitung und die Auswertung der Daten. Die von der Bundesebene vorgegebenen Datensätze sind von allen Ärzten, die Leistungen nach § 115 b SGB V erbringen, in elektronischer Form gemäß einem bundeseinheitlichen Format den Kassenärztlichen Vereinigungen (Kassenärzte) bzw. den Landeskrankenhausesgesellschaften (Krankenhausärzte) zur Verfügung zu stellen. Die geprüften Daten werden unverzüglich pseudonymisiert an die von der Bundesebene gemäß § 11 Absatz 1 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen²⁾ beauftragte BQS zur Durchführung der Auswertungen weitergeleitet, womit das Konzept der Qualitätssicherung in der stationären Versorgung auch in diesem Sektor etabliert wird.

Einfluss auf die DRG-Leistungsplanung 2004

Es ist zu erwarten, dass die Krankenkassen versuchen werden, die AOP-Leistungen so weit wie möglich aus dem G-DRG-Bereich in den ambulanten Bereich zu steuern, wenn diese dort geringere Kosten verursachen. Ambulant zu erbringende Leistungen sollten voll- oder teilstationär nicht mehr prospektiv für 2004 eingeplant werden. Werden sie fälschlicherweise eingeplant, ist zu erwarten, dass die Krankenkassen im Jahr 2004 auf ambulanter Leistungserbringung bestehen und das Krankenhaus im stationären Bereich fehlplanungsbedingte Mindererlöse hinnehmen muss. Damit stimmen dann die Ist-Leistungen nicht mehr mit den Plan-Leistungen im DRG-Bereich überein, woraus – wie in Teil I bereits gezeigt – Budgetprobleme für das Krankenhaus resultieren. Es ist für alle Krankenhäuser auch gerade für den Fall, dass sie sich nicht aktiv am ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V beteiligen wollen, unerlässlich, sich mit dieser Problematik auseinander zu setzen.

Auch Leistungen, die nicht im Katalog stehen, aber eine starke Affinität zur ambulanten Leistungserbringung zeigen, sollten klinikintern gründlich analysiert werden. Es ist zu erwarten, dass auch für diese Leistungen die stationäre Behandlungsnotwendigkeit von den Krankenkassen bzw. vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) in Frage gestellt wird. Im speziellen Fokus der Krankenkassen werden voraussichtlich alle Fälle sein, die besonders kurz verweilen (zum Beispiel < 3 Tage). Diese Fälle sollten besonders gut dokumentiert werden, damit lückenlos nachgewiesen werden kann, warum eine stationäre Behandlungsnotwendigkeit bestand (siehe Teil I).

Bei der Berichtigung der DRG-Erlösbudgets ist zu beachten, dass die im Jahr 2003 noch stationär, ab 2004 aber nach § 115 b SGB V behandelten Fälle nicht mehr mit in die Berechnung des DRG-Fallmengerüsts einzubeziehen sind. Bei einer in der Konsequenz erfolgenden Bereinigung des DRG-Erlösbudgets nach § 6 Absatz 1 Satz 2 Nr. 3 BPflV um künftig ambulant zu behandelnde Fälle muss allerdings berücksichtigt werden, dass eine über die traditionelle Betrachtung der Fallzahl- und Belegungstage-reduktion hinaus gehende Absenkung entsprechend der jeweiligen DRG-Erlöse die Krankenhäuser systematisch benachteiligen würde. Nach einer solchen Methodik würden Krankenhäuser im noch nicht leistungsgerechten G-DRG-System doppelt bestraft: Einerseits müssen sie ihr stationäres Budget um Beträge absenken, die sie durch die ambulante Behandlung der verlagerten Fälle nicht mehr erwirtschaften können. Andererseits würde die DRG-Ver-gütung für die nach der Bereinigung im stationären Bereich verbleibenden im Durchschnitt aufwändigeren Fälle nicht entsprechend erhöht. Dies betrifft insbesondere DRGs, denen sowohl AOP-Leistungen als auch rein stationär zu erbringende Behandlungen zugeordnet werden. Vor allem Krankenhäuser mit hohen Basisfallwerten würden unter solchen Voraussetzungen in Hoffnung auf den 40-prozentigen Mindererlös innerhalb des DRG-Systems sogar den geringeren Nachteil darin sehen, die prospektive Budgetbereinigung nur für geringe Fallzahlen durchzuführen und für das Jahr 2004 eine Erlöskorrektur nach Fallprüfung in Kauf zu nehmen anstelle einen ggf. erheblichen Anteil ihres Budgets von vornherein „verloren zu geben“. Ein konstruktiver Anreiz zur breiten Umsetzung des neuen AOP-Vertrags wäre dies sicher nicht. Da eine leistungsgerechte



FAA

FachArztAgentur
GmbH

Ärztliche Urlaubs- und
Krankheitsvertreter für
Klinikum und Krankenhaus.

Wir vermitteln, organisieren und betreuen
kurzfristig und flexibel
einsetzbare ärztliche Honorarvertretungen.

Telefon: 05 21 / 8 97 31 16 · Fax: 05 21 / 8 97 31 17

Maagshöhe 8 · 33729 Bielefeld

www.facharztagentur.de · info@facharztagentur.de

Bereinigung der stationären DRG-Erlösbudgets um zukünftige AOP-Fälle auf der Basis von DRG-Erlösen derzeit nicht möglich ist, würde eine leistungsbezogene Budgetbereinigung hier vorerst nur auf der Grundlage der geschätzten ambulanten Vergütungen nach § 115 b SGB V sachgerecht erscheinen.

Ermittlung des ambulanten Potenzials im bisher vollstationären Fallspektrum

Die Ermittlung des Potenzials von AOP-Leistungen im vollstationären Fallspektrum des eigenen Krankenhauses ist eine anspruchsvolle Aufgabe. Da der Leistungskatalog nur EBM-Ziffern enthält, die aber bei stationären Patienten nicht kodiert wurden, muss zunächst eine Überleitung der OPS-Ziffern auf die EBM-Leistungen vorgenommen werden. Die Qualität dieser Überleitung ist wesentlich für die Verlässlichkeit der Analyseergebnisse. Durch die Zuordnung von OPS-Ziffern zu den einzelnen AOP-Katalogleistungen entsteht eine Tabelle, die eine Prüfung der vollstationär behandelten Fälle auf Erfüllung allgemeiner Tatbestände nach § 115 b Absatz 1 Satz 2 SGB V ermöglicht. Dabei sind einige Probleme zu berücksichtigen:

Die noch fehlende **verbindliche** Überleitungstabelle der Vertragsparteien nach § 115 b SGB V von im stationären Bereich dokumentierten OPS-Prozedurenkodex nach § 301 SGB V auf die EBM-Leistungsziffern im AOP-Katalog überlässt es bei vielen Leistungsbeschreibungen zunächst den individuellen und damit ggf. abweichenden Einschätzungen der Krankenhäuser und Kostenträger, welche OPS-Leistungen den Eingriffen gemäß § 115 b SGB V entsprechen.

Bei einem Teil der OPS-Kodes kann die Leistungsbeschreibung aufgrund der im Vergleich mit dem EBM sehr unterschiedlichen Granularität auch nur schwer oder nicht sinnvoll mit entsprechenden EBM-Positionen in Übereinstimmung gebracht werden.

Da zur Ermittlung des jeweiligen Verlagerungspotenzials die OPS-Prozedurenschlüssel der stationär erbrachten Leistungen herangezogen werden müssen, ergeben sich Probleme aus der Anweisung in den Deutschen Kodierrichtlinien, dass Komplexleistungen im stationären Bereich auch mit entsprechenden Komplexkodex nach OPS verschlüsselt werden müssen. Im Gegensatz dazu stellt der EBM Einzelleistungen dar. Hieraus ergibt sich je nach klinischem Fallspektrum das Risiko einer Fehleinschätzung der potenziell ambulanten Leistungsmengen. Aus diesem Grund kommen unterschiedliche Dienstleister bei ihren Analysen zu unterschiedlichen Ergebnissen.

Problematisch ist auch die bei der Ermittlung des ambulanten Potenzials innerhalb des bisherigen teil- oder vollstationären Fallmengengerüsts erforderliche retrospektive Berücksichtigung der allgemeinen Tatbestände nach § 115 b Absatz 1 Satz 2 SGB V und der Kommentare des AOP-Katalogs, die ab 2004 eine entscheidende Grundlage für die stationäre oder ambulante Vergütung eines Falles darstellen werden. Eine Prüfung der in 2003 stationär behandelten Fälle

auf die Erfüllung der allgemeinen Tatbestände und/oder der noch ausstehenden Prüfkriterien nach § 17 c KHG kann zum Teil nur anhand der Krankenakte vorgenommen werden und erscheint daher nur als letzte Stufe eines EDV-gestützten abgestuften Prüfverfahrens sinnvoll und zumutbar.

Methodisches Vorgehen

Sinnvoll erscheint es, alle vollstationär behandelten Fälle zu prüfen, die eine Verweildauer < 4 Tage aufweisen. Hierbei sollte das Vorhandensein von AOP-Leistungen, beschrieben durch die dem Katalog zugeordneten OPS-Ziffern, geprüft werden. Es erscheint bezüglich des Aufwands nicht umsetzbar, einen Algorithmus zu entwickeln, der auf der Basis der rund 14 000 ICD-10-Diagnosen und ca. 24 000 OPS-Kodes unter Berücksichtigung von Ein- und Ausschlusskriterien zielsicher die künftig ambulant zu behandelnden Fälle trifft. Eine automatisierte Analyse des Potenzials der ambulanten Operationen und stationersetzenden Maßnahmen unter bisher vollstationär behandelten Fällen auf der Basis der Daten nach § 21 Absatz 4 KHEntgG zeigt im Ergebnis lediglich das Maximum der potenziell ambulanten Fälle/Leistungen. Erst die Einzelfallüberprüfung der selektierten Fälle wird das anfangs sehr umfangreich erscheinende Potenzial auf einen validen Wert zurückführen.

In einer von der DRG-Research Group für fast 100 Krankenhäuser durchgeführten Analyse wurden primär nur die so genannten Sternchenleistungen des Katalogs nach § 115 b SGB V analysiert, die als in der Regel ambulant erbringbar gekennzeichnet sind. Von den ungesternteten Leistungen wurde der größte Teil ebenfalls analysiert, wobei einschränkend kommentiert werden muss, dass die Überleitung der ungesternteten EBM-Leistungen auf OPS-Kodes noch unspezifischer ist als die Überleitung der Sternchenleistungen auf OPS-Kodes. Die Analyse der ungesternteten Leistungen ist hinsichtlich des Anteils der potenziell ambulanten Fälle vom Ergebnis her daher nur eingeschränkt aussagekräftig. Am Beispiel der EBM-Ziffern 1084 bis 1086 wird das Problem der Überleitung von OPS-Kodes auf EBM-Leistungen verdeutlicht. Die Überleitung (Abbildung 2) auf den OPS zeigt, dass sich neben spezifischen OPS-Schlüsseln auch sehr unspezifische OPS-Schlüssel ergeben. Abhängig davon, ob die unspezifischen OPS-Schlüssel berücksichtigt werden oder nicht, ergeben sich unterschiedliche Leistungsanteile bei der Selektion der potenziellen ambulanten Fälle.

Abbildung 2: Überleitung EBM auf OPS – Beispiel

Mapping EBM → OPS: Beispiel	
EBM-Ziffern:	
1084* Thermokoagulation/Kryokoagulation Portio	
1085* Elektrokonisation der Portio	
1086* Messerkonisation der Portio	
5-702.30	Vagina: Kauterisation
5-702.31	Vagina: Elektrokoagulation
5-702.32	Vagina: Laserkoagulation
5-702.33	Vagina: Kryokoagulation
5-702.3x	Vagina: Gewebedestruktion Sonstige
5-702.3y	Vagina: Gewebedestruktion N.n.bez.
5-712.10	Vulva: Destruktion: Kauterisation
5-712.11	Vulva: Destruktion: Elektrokoagulation
5-712.12	Vulva: Destruktion: Laserkoagulation
5-712.13	Vulva: Destruktion: Kryokoagulation
5-712.1x	Vulva: Destruktion: Sonstige
5-712.1y	Vulva: Destruktion: N.n.bez.
5-672.10	Cervix uteri: Kauterisation
5-672.11	Cervix uteri: Elektrokoagulation
5-672.12	Cervix uteri: Laserkoagulation
5-672.13	Cervix uteri: Kryokoagulation
5-672.1x	Cervix uteri: Sonst. Destruktion
5-672.1y	Cervix uteri: N.n.bez. Destruktion
5-671.0	Cervix uteri: Konisation
5-671.1	Cervix uteri: Rekonisation
5-671.y	Cervix uteri: Rekonisation N.n.bez.

Tabelle 3: Einschränkende Diagnosen – Beispiel

Code	Titel
E05.5	Thyreotoxische Krise
E07.0	Hypersekretion von Kalzitinin
E10.01	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-I-Diabetes] mit Koma: Als engleist bezeichnet
E10.11	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-I-Diabetes] mit Ketoazidose: Als engleist bezeichnet
E10.21	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-I-Diabetes] mit Nierenkomplikationen: Als engleist bezeichnet
E10.31	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-I-Diabetes]: Als engleist bezeichnet
E10.41	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-I-Diabetes]: Als engleist bezeichnet
E10.51	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-I-Diabetes] mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als engleist bezeichnet
E10.61	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-I-Diabetes] mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als engleist bezeichnet
E15	Hypoglykämisches Koma, nichtdiabetisch
E16.0	Arzneimittelinduzierte Hypoglykämie ohne Koma
E16.1	Sonstige Hypoglykämie
I21.3	Akuter transmuraler Myokardinfarkt an nicht näher bezeichneter Lokalisation
I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt
I21.9	Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet
I22.0	Rezidivierender Myokardinfarkt der Vorderwand
I22.1	Rezidivierender Myokardinfarkt der Hinterwand
I49.0	Kammerflattern und Kammerflimmern
I50.0	Kongestive Herzinsuffizienz
I50.1	Linksherzinsuffizienz

Nach Meinung der Autoren müssen auch die unspezifischen OPS-Schlüssel bei der Überleitung zur Anwendung kommen, da sonst eventuell eine falsch niedrige Anzahl potenziell ambulanter Fälle im Ergebnis ausgegeben wird.

Tabelle 4: Einschränkende Prozeduren – Beispiel

OPS	Titel
5-301.0	Hemilaryngektomie: Horizontal, supraglottisch
5-375.0	Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herztransplantation, orthotop
5-376.0	Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Intraaortale Ballonpumpe
5-376.6	Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Kunstherz
5-377.0	Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Schrittmacher, n.n.bez.
5-377.5	Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation
5-389.91	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. jugularis
5-389.y	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: N.n.bez
5-38a.4	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Arterien Becken
5-391.1	Anlegen eines intraabdominalen venösen Shuntes: Portokaval
5-393.33	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: Aorta: Aortoiliakal (einseitig)
5-393.35	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: Aorta: Aortioiliofemoral
5-393.36	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: Aorta: Aortofemoral (einseitig)
5-393.37	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: Aorta: Aortobifemoral

noch Tabelle 4

OPS	Titel
5-393.51	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: A. femoralis: Femorofemoral
5-443.y	Erweiterte Gastrektomie mit systematischer Lymphadenektomie: N.n.bez.
5-445.10	Gastroenterostomie ohne Magenresektion [Bypassverfahren]: Gastroenterostomie, vordere: Offen chirurgisch
5-445.20	Gastroenterostomie ohne Magenresektion [Bypassverfahren]: Gastroenterostomie, hintere: Offen chirurgisch
5-445.30	Gastroenterostomie ohne Magenresektion [Bypassverfahren]: Revision: Offen chirurgisch
5-448.30	Andere Rekonstruktion am Magen: Kardioplastik (z.B. nach Belsey): Offen chirurgisch abdominal

Berücksichtigung der Ausschlusskriterien

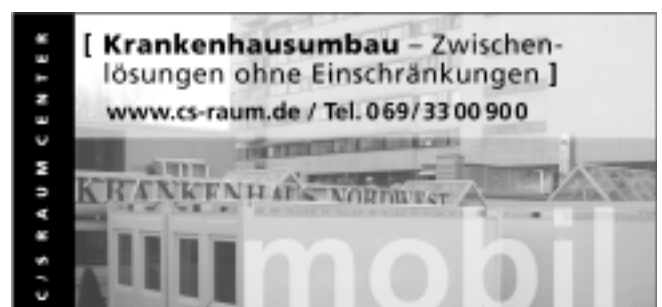
Im Rahmen der Leistungsanalyse sind – soweit möglich – auch die Ausschlusskriterien für eine ambulante Behandlung gemäß dem AOP-Vertrag zu berücksichtigen. Einschränkende Diagnosen können hierbei eine große Rolle spielen und wurden anhand der entsprechenden ICD-Kodes in die Analyse mit einbezogen. Ergänzend kann – sofern dokumentiert – hilfsweise auch die ASA-Klassifikation der American Society of Anesthesiologists herangezogen werden. Diese Klassifikation teilt die Patienten einer von 4 Gruppen unter Berücksichtigung von Komorbidität und OP-Risiko zu.

- ASA 1: Patient an allen vitalen Organsystemen gesund.
- ASA 2: An mindestens einem vitalen Organsystem erkrankt, jedoch vollständig kompensiert.
- ASA 3: An mindestens einem vitalen Organsystem erkrankt mit einer ständigen Bedrohung zur Dekompensation, jedoch zum Zeitpunkt der Narkose kompensiert.
- ASA 4: An mindestens einem vitalen Organsystem erkrankt und akut insuffizient mit anhaltender Bedrohung für das Leben.

Bei der Analyse wurde davon ausgegangen, dass eine ASA-Stufe >2 die stationäre Behandlung rechtfertigt und eine ambulante Behandlung ausschließt.

Tabelle 3 zeigt einen Ausschnitt aus den insgesamt über 1 000 Diagnosen, die als Ausschlusskriterien für ambulante Leistungserbringung von den Verfassern bewertet wurden.

Tabelle 4 zeigt einen Auszug aus den ca. 2 000 Prozeduren, die in Kombination mit den AOP-Leistungen ebenfalls eine ambulante Leistungserbringung unbegründet erscheinen lassen. ▶



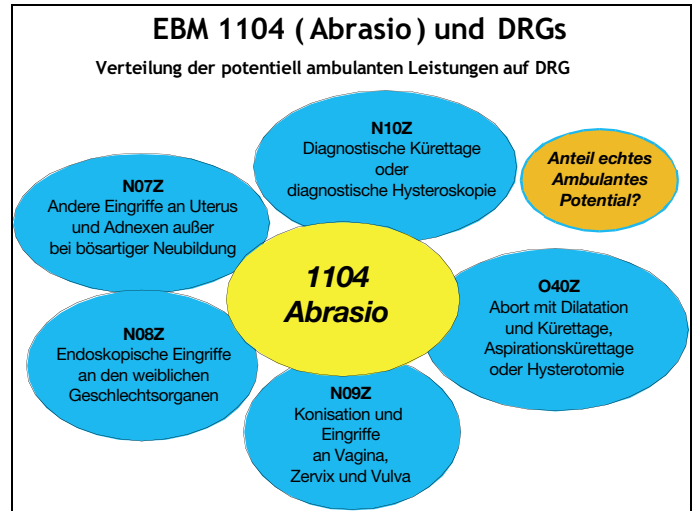
Im Ergebnis resultiert aus der Anwendung der vorgestellten Methodik eine Liste von bisher vollstationär behandelten Patienten, die potenziell ambulant behandelt werden können und sich in 3 Gruppen einteilen lassen:

1. Klare Fälle gemäß Katalog nach § 115 b SGB V, Kandidaten für künftige ambulante Leistungserbringung
2. Mögliche Fälle gemäß Katalog nach § 115 b SGB V, Kandidaten für künftige ambulante Leistungserbringung, aber mit einschränkenden Faktoren. Diese Fälle müssen einzeln dahingehend geprüft werden, ob eine vollstationäre Behandlung auch künftig gerechtfertigt werden kann.
3. Vollstationäre Fälle, die keine Kriterien des Katalogs nach § 115 b SGB V erfüllen.

Es empfiehlt sich, die softwaretechnisch ermittelten potenziellen AOP-Fälle noch einmal durch die jeweiligen Ärztinnen und Ärzte der betroffenen Fachabteilungen durchsehen und kommentieren zu lassen. Im Universitätsklinikum Münster wurden diese Fälle über eine Datenbank den Fachabteilungen zur Überprüfung bereitgestellt. Für die Unfallchirurgie konnten die im ersten Schritt ermittelten Fälle nach Einzelfallüberprüfung durch die Kliniker noch einmal auf 35 Prozent der ursprünglichen Fallmenge reduziert werden.

Aus den Kommentaren der Kliniker leiteten die Verfasser weitere Kriterien zur Schärfung ihrer Analyse ab, die in die Analysesoftware integriert wurden.

Abbildung 3: Zusammenhang EBM Abrasio und G-DRGs



Berechnung der Budgeteinflüsse

Die von verschiedenen Dienstleistern angebotene Berechnung der Verluste im stationären Budget durch Ausgliederung von AOP-Leistungen sowie die Berechnung der möglichen Erlöse auf der Basis der § 115 b-Leistungen erscheint automatisiert allein auf der Grundlage der Daten nach § 21 Absatz 4 KHEntgG nicht valide umsetzbar. Eine 1:1-Relation von § 115 b-Leistungen zu DRGs existiert nicht, was in Abbildung 3 verdeutlicht wird. Die Abrasio (EBM 1104) findet sich in relevantem Anteil in den 5 dort dargestellten DRGs.

Am 15. Juli 2003 haben die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung einen Vertrag zu ambulanten Operationen und stationsersetzenden Eingriffen im Krankenhaus (AOP) geschlossen, welcher am 1. Januar 2004 in Kraft getreten ist. Krankenhausärzte und niedergelassene Ärzte sollen die im Katalog ausgewiesenen Leistungen gleichberechtigt, aber auch zu gleichen Vergütungen erbringen dürfen. Mit dem Neuvertrag setzen die Vertragspartner die vom Gesetzgeber durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 diesbezüglich neu gefasste und mit dem GKV-Modernisierungsgesetz 2003 angepasste Regelung nach § 115 b SGB V um. Während der neue AOP-Vertrag einerseits die Kernregelungen des Vorgängervertrags fortschreibt, bringt er auch maßgebliche Neuerungen. Diese bestehen insbesondere in folgenden Änderungen:

- Überarbeitung und Erweiterung des AOP-Katalogs auch um nichtoperative Leistungen („stationsersetzende Eingriffe“) (Anlage 1 des AOP-Vertrages)
- Kennzeichnung derjenigen Leistungen, die „in der Regel ambulant durchgeführt werden können“ („Sternchenleistungen“, „Kategorie“-Spalte des AOP-Katalogs)

- Umkehr der Beweislast zu Lasten des Krankenhauses bei der Begründung der Notwendigkeit der stationären Behandlung im Falle einer stationären Erbringung von „Sternchenleistungen“ (Allgemeine Tatbestände nach Anlage 2 des AOP-Vertrages)
- Aufnahme von Kommentaren zur Präzisierung des Katalogs bei weitgefassten EBM-Definitionen („Kommentare“-Spalte des AOP-Katalogs)
- Klarstellungen und Ergänzungen zu Fristen und Zeitpunkt der Behandlung, Dokumentationstatbeständen, zur Abrechnung von Anästhesieleistungen und intraoperativen Leistungen, zur Verordnung häuslicher Krankenpflege, zum Zeitpunkt der Behandlung, zur Datenübermittlung sowie zur Gleichstellung von Krankenhäusern und Vertragsärzten bei der Vergütung von ambulanten Leistungen im Zusammenhang mit einer Behandlung nach § 115 b SGB V
- Vorhaben der Umstellung des Leistungskataloges nach § 115 b SGB V auf EBM-unabhängige Fallpauschalen auf Basis des OPS-301 sowie der ICD-10-GM mit Wirkung ab dem Jahr 2005 (§ 20 des AOP-Vertrages)

Der Artikel erläutert die sich aus dem neuen AOP-Vertrag ergebenden wesentlichen Neuerungen und Fragestellungen für die Umsetzung und geht auf die Konsequenzen für die Abgrenzung zur stationären Leistungsplanung im DRG-Vergütungssystem ein.

Welche DRG soll Grundlage der Berechnungen des Ausgliederungsanteils in der automatisierten Datenanalyse werden? Was ist die Grundlage für die Berechnung der Erlöse nach dem EBM, wenn anhand der stationären Routinedokumentation die EBM-fähigen abrechenbaren Leistungen gar nicht vollständig aus den stationären Daten nach § 301 SGB V ermittelbar sind?

Nach Meinung der Autoren kann daher nur die Einzelfall-sichtung der zuvor automatisiert als potenziell ambulant zu behandelnden eingegrenzten Fälle weiterhelfen. Dabei müssen **alle** selektierten Fälle einzeln bezüglich der Frage geprüft werden, ob nicht doch noch Kriterien für eine vollstationäre Behandlung vorliegen. Wenn die Fälle im Rahmen der Prüfung als eindeutig ambulant zu erbringen klassifiziert werden, ist auch bekannt, in welche DRG der Einzelfall gefallen wäre (eine zuvor vorgenommene DRG-Gruppierung aller Fälle wird vorausgesetzt). Auf der Basis des Einzelfalls kann ermittelt werden, welche Leistungen nach EBM abrechenbar wären. Dies ist allerdings mit einem erheblichen Aufwand verbunden; grobe und damit auch nicht so valide Schätzungen des Budgetvolumens auf Stichprobenbasis werden bei einem pragmatischen Ansatz zu bevorzugen sein.

Soll allerdings eine Budgetanpassung der auszugliedern-den Fälle auf der Basis der EBM-Leistungen erfolgen, dies sollte die Forderung der Krankenhäuser sein, muss eine einigermaßen exakte Bewertung der Fälle nach EBM der künftig ambulant zu erbringenden Fälle nach EBM erfolgen. Hierzu können auch die Berechnungen von Standarderlösen vorgenommen werden, indem einige Musterfälle bezüglich der EBM-Leistungen zusammengestellt werden (zum Beispiel Hauptleistung plus Anästhesie etc.) und bewertet werden. Diese Standardfälle können dann mit der auszugliedern-den Anzahl multipliziert werden, um das gesamte Budgetvolumen zu berechnen.

Fazit

Die für 2004 getroffene dreiseitige Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner schafft eine aktualisierte Grundlage für die ambulante Leistungserbringung gemäß § 115 b SGB V. Die besonders gekennzeichneten „Sternchen“-Leistungen müssen vorwiegend ambulant erbracht werden, wenn nicht einschränkende Kriterien eine stationäre Behandlungsnotwendigkeit bedingen. Dies bringt neues Konfliktpotenzial mit sich. Die Krankenkassen haben angekündigt, dass sie wesentlich umfangreicher als bisher und sehr stringent nach den Kriterien des Katalogs prüfen werden, ob bei vollstationär abgerechneten Fällen nicht die ambulante Leistungserbringung angebracht gewesen wäre. Es ist damit zu rechnen, dass die Umsetzung des an Krankenhäusern in der Vergangenheit eher einen Dornröschenschlaf fristenden ambulanten Operierens ab 2004 mit aller Vehemenz eingefordert wird. Somit kann es eine Strategie sein, potenziell strittige Leistungen im Rahmen der Budgetvereinbarungen für den Budgetzeitraum 2004 aus dem stationären Bereich und dadurch aus dem DRG-Bereich auszugliedern, damit sie nicht in 2004 herausgeprüft werden und so die vereinbarte Leistungsmenge im DRG-Bereich nicht erreicht wird.

Besonders betroffen sind die Unfallchirurgie, die Kinderchirurgie, die Urologie, die Augenheilkunde, die HNO, die MKG-Chirurgie, die Gynäkologie, aber auch die Gastroenterologie. Die Krankenhäuser sind daher gut beraten, ihr Leistungsspektrum detailliert zu analysieren und anhand eigener Daten abzuschätzen, wie groß das ambulante Potenzial wirklich ist. Analysen der Kostenträger gehen teilweise von einem Potenzial von bis zu 16 Prozent, bezogen auf die gesamten stationären Fälle eines Krankenhauses, aus.¹³⁾ In den Budgetverhandlungen werden die Krankenhäuser auch mit weitaus höheren Schätzungen ihres ambulanten Potenzials durch die Kostenträger konfrontiert. Nur mit eigenen Analysen ist bei solchen „Vorgaben“ die Luft aus den Verhandlungen zu nehmen.

Der Grund für das nach eigenen Untersuchungen erheblich geringere Potenzial ist neben den klinischen diagnose- und morbiditätsbezogenen Bedingungen vor allem die an vielen Stellen des Katalogs sehr eingeschränkte Aussagekraft der Leistungsbeschreibungen. Auch die Interpretationsbreite der Kriterien in Anlage 2 wird aufgrund der mangelnden Konkretisierung mit hoher Wahrscheinlichkeit zu unterschiedlichen Entscheidungsansätzen und damit zu unterschiedlichen Ergebnissen führen.

Trotzdem ist es unerlässlich, kurzfristig zu prüfen, ob die Strukturen für die ambulante Leistungserbringung im eigenen Haus vorhanden sind oder auf- bzw. ausgebaut werden müssen. Viele Krankenhäuser müssen erst noch die Strukturen schaffen, um die ambulante Leistungserbringung ab 2004 zu ermöglichen. Wer bereits in den vergangenen Jahren Leistungen nach § 115 b SGB V erbracht und abgerechnet hat, dem werden die neue Verpflichtung und die damit erforderlichen strukturellen und organisatorischen Änderungen leichter fallen als den Kliniken, die sich völlig neu mit dieser Thematik auseinandersetzen müssen. Vor allem die Bereiche, die nicht oder nur wenig auf ambulante Eingriffe eingerichtet sind, werden die Abrechnung von Leistungen nach § 115 b SGB V auch hinsichtlich eines möglichen Gewinnpotenzials eher als problematisch empfinden. Wer beispielsweise seine Patienten erst in einen Zentral-OP einschleusen muss, um dort ambulante Eingriffe zu erbringen, der wird es mit den voraussichtlich zu erzielenden Erlösen möglicherweise schwer haben, seinen Aufwand leistungsgerecht finanziert zu bekommen.

Literatur / Anmerkungen

- 1) Vertrag nach § 115 b Absatz 1 SGB V – Ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus – vom 15. Juli 2003 sowie Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und bei sonstigen stationersetzenden Leistungen gemäß § 15 des Vertrags nach § 115 b Absatz 1 SGB V vom 15. Juli 2003 (siehe http://www.dkgev.de/1_pub.htm)
- 2) Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und bei sonstigen stationersetzenden Leistungen gemäß § 15 des Vertrags nach § 115 b Absatz 1 SGB V
- 3) Köhler, A.: Ambulantes Operieren – Mehr Klarheit an den „Schnittstellen“; Deutsches Ärzteblatt 100, 37/2003, Seite A 2338 ff.
- 4) Schwarz, K.; Schreck, J.-U.; Brenske, M.; Schlottmann, N.; Walger, M.: Ambulante Behandlung im Krankenhaus – Abschluss des dreiseitigen Vertrags nach § 115 b SGB V; das Krankenhaus 8/2003, Seite 599 ff.

- 5) Schmucker, B.; Biersack, K.: Neue Regeln zum ambulanten Operieren im Krankenhaus, Die BKK 11/2003, Seite 552 ff.
- 6) Datenübermittlung nach § 301 Absatz 3 SGB V 4. Fortschreibung in der ab 1. Januar 2004 gültigen Fassung (mit Anpassung an KFPV 2004 und GMG, [http://www.dkgev.de/pdf/283.pdf?title=301Daten % FCbermittlung %2C+aktuelle+Dokumente+%28Version+2004%29](http://www.dkgev.de/pdf/283.pdf?title=301Daten%20FCbermittlung%2C+aktuelle+Dokumente+%28Version+2004%29)).
- 7) DKG-Abrechnungshinweise für ambulante Operationen und stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus nach § 115 b SGB V (2004), http://www.dkgev.de/pub/newpdf/pdf-2004/RS17-04_Anlage-Abrechnungshinweise_115b.pdf
- 8) BMGS (2003), Bekanntmachung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung gemäß den §§ 295 und 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zur Inkraftsetzung des Schlüssels zur Angabe von Diagnosen vom 29. September 2003, Bundesanzeiger, 55 (190), 22709-10, ausgegeben am 11. Oktober 2003
- 9) Berufsverband Niedergelassener Chirurgen – BNC (2003), Katalog ambulanter (stationsersetzender) Eingriffe nach § 115 b SGB V, <http://www.bncev.de/download/FaltblattOP.pdf>
- 10) Vereinbarung zu den regelungsbedürftigen Tatbeständen des Vertrags nach § 115 b Absatz 1 SGB V
- 11) Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (2003), Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege in der vertragsärztlichen Versorgung nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 und Absatz 7 SGB V in der Fassung vom 16. Februar 2000, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2000, Seite 8878, zuletzt geändert am 24. März 2003, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2003, Seite 14486, in Kraft getreten am 9. Juli 2003, http://www.bundesausschuss.de/htdocs/ba_aek/Arbeitsausschuesse/Richtlinien-Texte/richtl_haeusl_ba_aek.htm
- 12) Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (2004), Richtlinien über die Verordnung von Krankenfahrten und Krankentransportleistungen, in der Fassung vom 22. Januar 2004, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2004, Seite 1342, in Kraft getreten am 1. Januar 2004, http://www.bundesausschuss.de/htdocs/ba_aek/Arbeitsausschuesse/Richtlinien-Texte/richtl_transport_ba_aek.htm
- 13) Vortrag von Theo Riegel, VDAK, ZENO-Veranstaltung „DRG & § 115 b“, 12. Dezember 2003, Bonn

Anschriften der Verfasser:

Dr. Bernhard Rochell, Bundesärztekammer,
Herbert-Lewin-Straße 1, 50931 Köln/
Holger Bunzemeier/PD Dr. Norbert Roeder,
DRG-Research-Group, Universitätsklinikum Münster,
Stabsstelle Medizincontrolling des Klinikumsvorstandes,
Westfälische Wilhelms-Universität,
Domagkstraße 20,
48129 Münster ■

Klarstellung zur Ziffer 741 aus dem Katalog ambulant durchführbarer Operationen gemäß § 115 b SGB V

Die Spitzenverbände der Krankenkassen, die DKG und die KBV haben folgende Änderungsvereinbarung zur Streichung der Ziffer 741 (Gastroskopie) aus dem Katalog der Ambulanten Operationen und stationsersetzenden Eingriffe beschlossen.

Präambel

Die Partner der Änderungsvereinbarung sind sich darin einig, dass es im Zuge der Aufnahme der Ziffer 741 (Gastroskopie) in den Katalog der Ambulanten Operationen und sonstigen stationsersetzenden Eingriffe nach § 115 b Absatz 1 SGB V zu Fehlinterpretationen bezüglich der Leistungserbringung und -abrechnung als ambulante Leistung im Krankenhaus gekommen ist. Die Partner dieser Vereinbarung haben sich daher auf das im Folgenden dargelegte Verfahren verständigt:

§ 1 Änderung des Kataloges

(1) Die EBM-Ziffer 741 (Gastroskopie und/oder partielle Duodenoskopie, ggf. einschließlich Ösophagoskopie,

Probeexzision und/oder Urease-Nachweis) wird aus dem Katalog ambulant durchführbarer Operationen und stationsersetzender Leistungen nach § 115 b SGB V gestrichen.

(2) Die Möglichkeiten der prä-, intra- und postoperativen Leistungserbringung und Abrechnung nach §§ 4, 5 und 6 in Verbindung mit § 7 des Vertrages gemäß § 115 b SGB V bleiben hiervon unberührt.

§ 2 Wirkung

Die Streichung erfolgt zum 1. April 2004.

§ 3 Übergangsregelung

Bis zum 31. März 2004 durch Krankenhäuser als Katalogleistung erbrachte ambulante Leistungen der Ziffer 741 werden von den Krankenkassen nach Maßgabe des Vertrages gemäß § 115 b SGB vergütet.

Der Vertrag tritt zum 15. März 2004 in Kraft.