

# 1 Einleitung

Mit der Aufnahme der §§ 115a und 115b in das Sozialgesetzbuch V (SGB V) im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG)<sup>4</sup> räumte der Gesetzgeber bereits im Jahr 1992 den Krankenhäusern die Möglichkeit zur Teilnahme an der ambulanten Krankenbehandlung ein, hier zunächst für die prä- und poststationäre Behandlung bzw. die Durchführung ambulanter Operationen. Das GSG war das erste umfassende Gesundheitsgesetz nach der Wiedervereinigung Deutschlands und zielte – wie auch die in den davor liegenden Jahren verabschiedeten Gesetze zur Krankenhausfinanzierung – auf eine Kostendämpfung ab. Budgets wurden eingeführt, eine Altersgrenze für Vertragsärzte festgeschrieben, Zulassungsbeschränkungen erlassen und vereinheitlicht. Bis dahin waren der ambulante und der stationäre Versorgungssektor noch strikt getrennt. Der Vertragsarzt oder auch Kassenarzt war typischerweise ein niedergelassener Arzt in eigener Praxis. Das Krankenhaus hatte einen Versorgungsauftrag für die Durchführung stationärer und teilstationärer Behandlungen. Ambulante Behandlungen im Krankenhaus wurden ausschließlich auf der Grundlage einer persönlichen Ermächtigung des Krankenhausarztes erbracht.

Nach Inkrafttreten des GSG zum 01.01.1993 wurden zunächst nur in sehr wenigen Krankenhäusern ambulante operative Leistungen erbracht; vor- und nachstationäre ambulante Behandlungen waren noch seltene Ausnahmefällen. Zwanzig Jahre danach hat sich gezeigt, dass die Verzahnung von stationären und ambulanten Leistungen in den Krankenhäusern ein erfolgreicher Weg war, den es fortzusetzen gilt.

Im Zuge weiterer gesetzgeberischer Maßnahmen zur Kostendämpfung im Krankenhaus, dem medizinischen und medizintechnischen Fortschritt, der Verkürzung der Krankenhausverweildauern und der Entwicklung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden wurde eine zunehmende Verlagerung von bis dahin stationär erbrachten Leistungen in den ambulanten Versorgungsbereich möglich und erforderlich.

Für die Krankenhäuser war diese Verschiebung mit Erlösminderungen bzgl. dieser Leistungen verbunden, denn die Vergütungen für die ambulante oder stationäre Leistungserbringung wurden – insbesondere in den neuen Bundesländern – unterschiedlich bemessen. Deshalb war die Durchführung für Krankenhäuser

4 Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz – GSG) vom 21.12.1992, BGBl. I S. 2266

keinesfalls attraktiv. Im Zuge der weiteren gesetzlichen Regelungen und insbesondere auf Druck der gesetzlichen Krankenversicherungen im Kontext mit der Forderung der Beitragsstabilität wurden Maßnahmen in das Versorgungssystem implementiert, die die Verlagerung bestimmter Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich erzwingen sollten. Somit wollten Gesetzgeber und gesetzliche Krankenkassen die ambulanten Leistungen in den Krankenhäusern zwar fördern, aber nicht in identischer Höhe wie ambulante Leistungen im vertragsärztlichen Versorgungssektor vergüten. Begründet wurde diese Haltung häufig mit der Aussage, dass Krankenhäuser für die Erbringung ambulanter Leistungen keinen Investitionsaufwand hätten und das Personal ebenfalls vorgehalten werde. Gleichzeitig wurden aber die Krankenhäuser auf diesem Weg indirekt in die Sicherstellung der ambulanten Versorgung einbezogen.

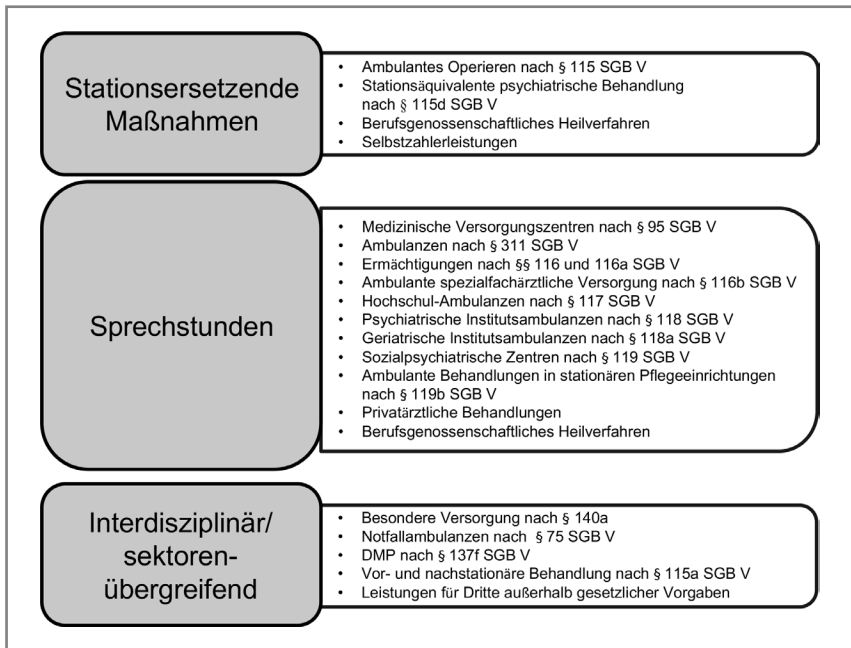
„Der Sicherstellungsauftrag bedeutet die Übernahme der Verantwortung dafür, dass jeder gesetzlich Versicherte die ärztlichen Leistungen, auf die er einen Anspruch hat, zu jedem Zeitpunkt an jedem Ort erhält, sei es in der Sprechstunde, im ärztlichen Bereitschaftsdienst oder beim Hausbesuch. Bei freier Arztwahl hat jeder Versicherte die Garantie, auf einen nach strengen Regeln zugelassenen Vertragsarzt oder -Psychotherapeuten zu treffen, welcher sich regelmäßig fortbildet und an vielfältige Qualitätsnormen hält. Er darf keinen Patienten abweisen und muss alle notwendigen Leistungen erbringen, und zwar im Sachleistungsprinzip. Dafür unterwirft sich der Arzt oder Psychotherapeut der Bedarfsplanung und den strengen Regeln des Vertragsarztrechts. Im Gegenzug sollte er die diagnostische und therapeutische Freiheit haben, das Beste für seine Patienten zu tun und eine angemessene Vergütung erhalten.“<sup>5</sup>

Mit der Fortführung der Budgetierung ambulanter vertragsärztlicher Leistungen konnte lange Zeit keine für die Krankenhäuser adäquate Vergütung erzielt werden. Es entstanden zwischen den Selbstverwaltungspartnern eine Vielzahl von Vereinbarungen und Verträgen, deren genaue Kenntnis Voraussetzung für eine optimale Abrechnung der erbrachten Leistungen und die Sicherung der vereinbarungsgemäßen Behandlungsführung ist. Mit fast jeder Erweiterung des ambulanten Leistungsspektrums am Krankenhaus wurden andere Zulassungs-, Vergütungs-, Abrechnungs-, Qualitätssicherungs- und Prüfungsmodalitäten verbunden. Dies auch deshalb, weil es sich bei den institutionellen Zulassungen der Krankenhäuser eben gerade nicht um vertragsärztliche Tätigkeit handelt, sondern um Kollektivverträge für ausgewählte Leistungen bzw. Versorgungsaufträge die Behandlungs- und Vergütungsgrundlagen sind. Somit ist es heute von

---

5 Bericht an die Vertreterversammlung 28.09.2012 – Rede des Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Andreas Köhler, <http://www.kbv.de/html/4865.php>

besonderer Bedeutung, neben den Kenntnissen zur Genehmigung und Zulassung zur Leistungserbringung auch die damit einhergehenden weiteren Regelungen zu kennen und korrekt anzuwenden, letztendlich um Leistungen zu sichern und Regresse auszuschließen. Der Erfolg bei der Erbringung ambulanter Leistungen hängt ganz wesentlich von der Abrechnung der erbrachten Leistungen, aber auch von der Vermeidung von Abrechnungsfehlern mit relevanten Konsequenzen ab. „Die Vielzahl der unterschiedlichen Abrechnungsformen und Verträge führt bei [...] Mitarbeitern immer wieder zu Problemen.“<sup>6</sup> Die folgenden Kapitel sollen jeweils die Rechtsgrundlagen zur Leistungserbringung, die Regelungen zur Vergütung, aber auch Vorschriften zur Formularnutzung, zur Leistungsprüfung und Beispiele der aktuellen Rechtsprechung vorstellen.



**Abb. 1** Ambulante ärztliche Leistungen im Krankenhaus

Mit den nachfolgenden Ausführungen soll eine entsprechende Handlungsanleitung gegeben werden. Es gilt der Grundsatz: „Bei der Inanspruchnahme ambu-

6 KU Special: Controlling und Medizincontrolling im Krankenhaus, April 2013

lanter Leistungen von Krankenhäusern kommt der Behandlungsvertrag zwischen dem Patienten und dem Krankenhaus zustande und ist gerade nicht auf die Leistungserbringung durch einen bestimmten Arzt angelegt. (...) Die GOÄ findet – vorbehaltlich anderer bundesgesetzlicher Regelungen, wie z.B. § 17 KHEntgG, welcher die Geltung der GOÄ für die Abrechnung von zwischen Patienten und Krankenhausträger vereinbarten wahlärztlichen Leistungen regelt – auf diese Behandlungsverhältnisse per se keine Anwendung (...). Dies gilt jedoch dann nicht, wenn der Behandlungsvertrag keine Regelung über die Vergütung enthält. In diesen Fällen käme gemäß § 630b i.V.m. § 612 Abs. 2 BGB die GOÄ als „taxmäßige Vergütung“ in Betracht.“<sup>7</sup>

Das Krankenversicherungsrecht geht im SGB V weiterhin von der Sektorentrennung zwischen ambulantem und stationärem Bereich aus. Das Bundessozialgericht (BSG) hat diese Sektorentrennung insbesondere bei seiner aktuellen Rechtsprechung zur Abgrenzung des niedergelassenen Vertragsarztbereichs von vor- und nachstationären Leistungen (§ 115a SGB V) wiederholt betont. Das BSG grenzt die Bereiche ab, indem es bei jeder Behandlung die Fragestellung aufwirft: „Sind für die jeweilige Leistungserbringung die Mittel des niedergelassenen Vertragsarztbereichs oder diejenigen des Krankenhauses erforderlich und steht die Leistung im Zusammenhang mit der Krankenhausbehandlung?“ Das BSG weist dem niedergelassenen Vertragsarzt weiterhin die Aufgabe der Sicherstellung der ambulanten Versorgung zu. Sektorenübergreifenden Ansätzen des Gesetzgebers, wie z.B. der Möglichkeit, niedergelassene Ärzte mit der Vornahme vor- und nachstationärer Behandlung in deren Praxisräumen zu beauftragen (§ 115a Abs. 1 Satz 2 SGB V), erteilt das BSG eine Abfuhr, indem es für die Bejahung dieser Behandlungsform die Notwendigkeit einer Leistungserbringung „mit den Mitteln des Krankenhauses“ verlangt. Klare Signale für eine weitere Öffnung der Sektorengrenzen müssten vom Gesetzgeber kommen. Von der Rechtsprechung sind Initiativen in dieser Richtung nicht zu erwarten. Insbesondere ambulante Operationen und die Notfallversorgung in Krankenhausambulanzen sind Leistungsbereiche, die der Gesetzgeber für die Krankenhäuser geöffnet hat und in denen die Kliniken wichtige Aufgaben der Patientenversorgung wahrnehmen. Bei den Vergütungen der ambulanten Operationen, der Notfallversorgung in Krankenhausambulanzen und den privatärztlichen Leistungen betont das BSG wiederholt den Grundsatz der Gleichbehandlung. Gleiche Leistungsbereiche sind gleich zu vergüten. Differenzen zu Lasten der Krankenhäuser sind z.B. zulässig, wenn die Leistungen in öffentlich geförderten Räumlichkeiten oder im Fall der Vergütung der Notfallversorgung der Krankenhäuser in den ori-

---

7 Vgl. Hinweise der DKG, Persönliche Leistungserbringung im Krankenhaus, 06.03.2013

ginären Sprechstundenzeiten der niedergelassenen Vertragsärzte stattfinden und Investitionsanteile aus der Vergütung der Krankenhausärzte herausgerechnet werden. Ungleichbehandlungen müssen begründet sein in ungleichen Voraussetzungen der Leistungserbringung. Dies entspringt dem Gedanken der „gleich langen Spieße“, welche den niedergelassenen Ärzten und den Krankenhäusern in den geöffneten Leistungsbereichen zur Verfügung stehen müssen. Ein weiterer Schwerpunkt der Rechtsprechung ist die Bestimmung des Leistungsumfangs und des Zugangs der Krankenhäuser zu ambulanten Behandlungen. So befasste sich die Rechtsprechung des Öfteren mit der Qualifikation des in die ambulante Krankenhausversorgung einweisenden Vertragsarztes. Spezialisierte ambulante Krankenhausversorgung im Rahmen des § 116b SGB V oder in Form eines Sozialpädiatrische Zentrums (SPZ) setzt eine qualifiziert geprüfte Überweisung voraus.

Im Ergebnis halten die Sozialgerichte an der Sektorentrennung fest. Eine Öffnung über den Gesetzestext hinaus wurde von den Gerichten in der Vergangenheit immer wieder als unzulässig abgelehnt. Eine weitere Öffnung des ambulanten Sektors für Krankenhäuser kann somit nur durch den Gesetzgeber erfolgen. Bei gesetzlich geöffneten Leistungsbereichen prüft die Rechtsprechung Differenzierungen bei der Vergütung konsequent nach dem Gleichbehandlungsgrundsatz.