

## AMBULANTES OPERIEREN

# Risikofaktor Kost und Logis

Ein bislang wenig beachtetes Urteil des Bundessozialgerichtes (BSG) vom 8. September 2004 (Az. B 6 KA 14/03) könnte sektorenübergreifende Kooperationen insbesondere beim ambulanten Operieren zu Fall bringen, warnt Sven Rothfuß, Rechtsanwalt und Medizinrechtsexperte aus Köln.

Die Grenzen zwischen ambulanten und stationärem Leistungssektor sollen fallen, so gebieten es die Politik und auch der gesunde Menschenverstand. In der Praxis mehren sich daher Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Vertragsärzten, die ihre Praxen in räumlicher Nähe zu Krankenhäusern, häufig sogar in von Krankenhäusern angemieteten Räumen führen.

Von der Verzahnung von ambulanten und stationärem Leistungsangebot versprechen sich die Beteiligten in aller Regel Synergien: Doppeluntersuchungen sollen vermieden, die Attraktivität des Standortes soll erhöht werden und dem Patienten sollen lange Wege erspart bleiben. Häufig ergänzt die Ansiedlung von Praxen am Krankenhaus das Leistungsangebot für die Patienten – insbesondere dann, wenn das Krankenhaus für einzelne Fachrichtungen keinen Versorgungsauftrag hat.

## Kooperation ist für alle Beteiligten attraktiv

Andererseits nimmt auch der Druck auf Krankenhäuser zu, ambulant durchführbare Leistungen nicht weiterhin stationär zu erbringen. Dies gilt vor allem für ambulante Operationen. Auch die Patienten wünschen sich meist, nach einem Eingriff wieder nach Hause zu gehen und nicht im Krankenhaus bleiben zu müssen. Gleichwohl wünschen sich Patienten im Hintergrund die Sicherheit eines Krankenhausbetriebes. Die Ansiedlung eines niedergelassenen Arztes am Krankenhaus ist daher aus Sicht sowohl des Arztes als auch des Krankenhauses attraktiv. So weit die Vision.

In der Realität müssen die Kooperationspartner beider Sektoren zunächst

einmal auf eine angemessene Honorierung ihrer Leistung achten. Ambulante Leistungen rechnet der Vertragsarzt gegenüber seiner KV, stationäre Leistungen rechnet das Krankenhaus über DRG ab. Auch insoweit herrscht also Klarheit, sollte man meinen – wenn da nicht das Bundessozialgericht (BSG) wäre.

## Nach der OP freiwillige Aufnahme in eine Privatklinik

Im September 2004 hatte der 6. Senat des BSG über die Rechtmäßigkeit einer sachlich-rechnerischen Berichtigung der Honorarabrechnung für das Quartal I/98 zu befinden, welche die KV Nordbaden vorgenommen hatte. Eine orthopädische Gemeinschaftspraxis, deren Ärzte in größerem Umfang orthopädische Operationen durchführen, rechneten mit der KV für das besagte Quartal unter anderem eine Reihe Operationsleistungen ab, für die die KV Nordbaden nicht aufkommen wollte.

Die KV argumentierte, die Operationen seien bei Patienten durchgeführt worden, die im Anschluss an die Operation stationär von einer Privatklinik aufgenommen wurden. An dieser Klinik war einer der Orthopäden als Mehrheitsgesellschafter beteiligt. In Merkblättern empfahlen die niedergelassenen Orthopäden den Patienten teilweise, sich zur Überwachung in die Privatklinik zu begeben, wobei diese Kosten von den Patienten selbst zu tragen waren, da keine Versorgungsverträge mit den Kassen bestanden.

Die Orthopäden hatten im Rahmen des Vorverfahrens argumentiert, dass eine stationäre Aufnahme nicht in allen Fällen medizinisch notwendig gewesen sei, auch wenn sich die Patienten zur postoperativen Über-

wachung in die Privatklinik begeben hätten. Deshalb seien die erbrachten ambulanten Operationen von der KV Nordbaden auch in den Fällen zu vergüten, in denen sich Patienten in die Obhut der Privatklinik begeben hatten.

Die KV Nordbaden hingegen vertrat die Auffassung, aufgrund der Klinikaufnahme handele es sich nicht mehr um ambulante Operationen, sondern insgesamt um stationäre Leistungen, die nicht zu Lasten der KV abgerechnet werden könnten. Das Honorar der Orthopäden wurde um 439.013,00 Mark gekürzt.

## Aufnahme in die Klinik: Der Patient wird zum DRG-Fall

Zu Recht – wie alle drei Sozialgerichtsinstanzen meinten. Sowohl das Sozialgericht Karlsruhe, als auch das Landessozialgericht Baden-Württemberg und zuletzt das BSG bewerteten die von den Orthopäden erbrachten Operationen als einheitliche vollstationäre Leistungen, wenn die Patienten danach in der Privatklinik Unterkunft und Verpflegung erhielten. Eine Abrechnung dieser Leistungen über die KV Nordbaden schied damit aus.

Das BSG folgt in seiner Urteilsbegründung einer Entscheidung des 3. Senates des BSG (Urteil vom 04.03.2004, Az. B 3 KR 4/03 R). Hiernach liege eine stationäre Behandlung immer dann vor, wenn eine physische und organisatorische Eingliederung des Patienten in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses gegeben ist, die sich zeitlich über mindestens einen Tag und eine Nacht erstreckt.

Dies gelte auch dann, wenn der stationäre Aufenthalt nicht geplant war. In diesen Fällen sei immer von einer



Wird ein Patient nach einer ambulanten Operation stationär aufgenommen, verfällt der Honoraranspruch des Vertragsarztes gegenüber der KV

„einheitlichen vollstationären“ Krankenhausbehandlung auszugehen. Diesen Abgrenzungskriterien schloss sich der 6. Senat des BSG an.

### Arzt und Patient dürfen nicht einfach Leistungen verlagern

Das BSG bezieht sich in seiner Urteilsbegründung maßgeblich auf die staatliche Krankenhausbedarfsplanung. Diese sei nur sinnvoll zu bewerkstelligen, „wenn Leistungen, die typischerweise eine stationäre Behandlung erfordern, auch stationär erbracht werden“.

Eine Verlagerung in die ambulante Versorgung stehe nicht in der Dispositionsfreiheit der Leistungserbringer oder Patienten. Die Orthopäden hätten dies jedoch versucht, indem sie den Patienten die Aufnahme in die Privatklinik empfohlen haben. Die Aufnahme in die Privatklinik sei auch nicht als bloße Hotelleistung zu verstehen, da der Aufenthalt in der Privatklinik eindeutig stationären Charakter habe.

Deshalb bestätigte das BSG die sachlich-rechnerische Berichtigung. Eine Abrechnung der Operationsleistungen über die Klinik, in der die Patienten nach dem Eingriff aufgenommen worden waren, war im konkreten Fall ausgeschlossen, da es sich um eine

reine Privatklinik handelte. Die Operationsleistungen wurden von den Ärzten hiernach ohne Entgelt erbracht.

Eine Zahlungspflicht der KV Nordbaden nur aufgrund der ordnungsgemäßen Leistungserbringung vermochte das BSG ebenfalls nicht zu erkennen: Ein Vergütungsanspruch könne nur dann anerkannt werden, wenn die Leistungen im Rahmen der gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben der GKV erbracht würden. Genau das jedoch sei nicht festzustellen.

### Bei stationärer Aufnahme verfällt der Honoraranspruch

Die Orthopäden gingen hiernach leer aus. Dabei ist die Tatsache, dass die Orthopäden den Aufenthalt in der Privatklinik empfohlen hatten, nicht der tragende Grund für die Entscheidung des BSG. Denn der 6. Senat schloss sich ausdrücklich dem Maßstab an, den der 3. Senat zur Abgrenzung zwischen ambulant und stationär entwickelt hat. Nach diesem Maßstab kommt es aber gerade nicht auf die subjektive Empfehlung des Arztes, sondern auf objektive Kriterien an, nämlich die Eingliederung des Patienten in den Krankenhausbetrieb.

Verbringt der Patient die Nacht vor oder die Nacht nach dem Eingriff im Krankenhaus, liegt nach Auffassung des 3. Senates und damit wohl auch des 6. Senates keine ambulante Leistung mehr vor. Dies gilt selbst dann, wenn eine nicht geplante Übernachtung – beispielsweise wegen Komplikationen – notwendig wird. Völlig ohne Bedeutung ist nach diesen Urteilen indes die medizinische Notwendigkeit der Übernachtung im Krankenhaus. Denn – so das BSG – auch eine medizinisch nicht notwendige Aufnahme ins Krankenhaus sei eine stationäre Behandlung.

Das Urteil des BSG spielt selbstverständlich immer dann eine Rolle, wenn eine ambulante Behandlung zur anschließenden stationären Aufnahme eines Patienten führt, unabhängig davon, ob der Arzt am Krankenhaus oder anderswo niedergelassen ist.

Gleichwohl ist das Urteil gerade für den am Krankenhaus niedergelassenen, operierenden Arzt richtungweisend: Wenn er Patienten operiert, die im Anschluss stationär aufgenommen werden, kann er seine Operationsleistung nicht gegenüber seiner KV abrechnen. Dies gilt selbst dann, wenn die stationäre Aufnahme des Patienten objektiv medizinisch nicht notwendig oder nicht geplant war.

### Vertragsarzt geht gegenüber dem „Hotelbetrieb“ leer aus

Eine Abrechnung der Operationsleistung ist dann über DRG durch das Krankenhaus denkbar, aber eben nur dann, wenn das Krankenhaus hierfür einen Versorgungsauftrag hat. Ohne Versorgungsauftrag des Krankenhauses wird in solchen Fällen die Operationsleistung überhaupt nicht vergütet. Das Krankenhaus bekommt dann wenigstens seine reinen „Hotelleistungen“ vergütet. Der niedergelassene Arzt aber geht leer aus.

Hat das Krankenhaus einen solchen Versorgungsauftrag, wird sich der niedergelassene Arzt mit dem Krankenhaus über die Honorierung seiner Operationsleistung verständigen müssen. Von Vorteil ist es daher, wenn diese Fallkonstellation zuvor im Kooperationsvertrag zwischen dem Krankenhaus und dem niedergelassenen Arzt geregelt und die Höhe der Vergütung des Arztes festgelegt wurde.



**AUTOR:** Sven Rothfuß,  
Kanzlei Dr. Halbe  
– Rechtsanwältin,  
Venloer Straße 2 /  
Am Friesenplatz,  
50672 Köln,  
Tel.: 02 21/5 77 79-0,  
Fax: 02 21/5 77 79-10,  
E-Mail:  
dr.halbe@medizin-recht.com