

März 2004
Jahrgang 4, Ausgabe 1

In dieser Ausgabe:

- 1 Ambulantes Operieren als Institutsleistung (§ 115 b SGB V)
- 3 Mitwirkung bei Institutsleistung: Dienstaufgabe Leitender Ärzte?
- 4 Sorgfaltspflicht des Arztes bei der Verabreichung v. Sedativa bei ambulanten Patienten
- 4 Internetadressen: Ambulantes Operieren

BDA

Berufsverband Deutscher
Anästhesisten
- Justitiare -
Roritzerstraße 27
90419 Nürnberg

Tel.: 0911/93378-17/-27
Fax: 0911/3938195
e-mail:
BDA.Justitiare@dgai-ev.de
Internet: www.bda.de

Ambulantes Operieren als Institutsleistung (§ 115 b SGB V)

Dr. iur. E. Biermann, Ass. iur. E. Weis, Nürnberg

In den Krankenhäusern wurden bislang die ambulanten Operationen / Anästhesien bei gesetzlich versicherten Patienten in aller Regel über eine persönliche Ermächtigung des Krankenhausarztes erbracht. Diese (befristeten) Ermächtigungen werden nur erteilt, wenn ein entsprechender Bedarf an der Mitwirkung des Krankenhausarztes zur Versorgung gesetzlich versicherter Patienten besteht. Zunehmend werden die Ermächtigungen nicht mehr verlängert, wenn die anästhesiologischen Leistungen ausreichend durch niedergelassene Ärzte erbracht werden können. Um die ambulanten Leistungen dennoch anbieten und abrechnen zu können, gehen die Krankenhausträger dazu über, das ambulante Operieren bzw. Anästhesieren als Institutsleistung gemäß § 115 b SGB V durchzuführen. Nach dieser Vorschrift sind Krankenhäuser kraft Gesetzes zur Durchführung ambulanter Operationen ‚zugelassen‘, ohne dass –wie bei der Erteilung einer persönlichen Ermächtigung erforderlich– ein Bedarf geprüft wird.

§ 115 b Abs. 2 SGB V

„Die Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog genannten Operationen zugelassen. ... Die Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet ...“.

Aufgrund dieser gesetzlichen Grundlage –die bereits 1994 eingeführt worden ist– haben die Spitzenverbände der Krankenkassen, die DKG sowie die KBV einen sog. „Dreiseitigen Vertrag“ abgeschlossen, der in einer Neufassung am 1. Januar 2004 in Kraft getreten ist.

In dem Vertrag wird u.a. geregelt, welche Operationen ambulant durchführbar sind und welche Qualitätsvoraussetzungen erfüllt werden müssen.

Niedergelassener Operateur- Anästhesie als Institutsleistung?

In der Vergangenheit war strittig, ob der Krankenhausträger die Anästhesieleistung auch dann als Institutsleistung erbringen und abrechnen darf, wenn die Operation von einem ermächtigten oder niedergelassenen Operateur durchgeführt wird. Zum Teil wurde die Auffassung vertreten, ein solches Splitting sei unzulässig und Anästhesie und Operation dürften nur gemeinsam als Institutsleistung gemäß § 115 b SGB V abgerechnet werden. Doch der Gesetzeswortlaut zwingt nicht zu einer solchen Koppelung von Anästhesie und operativem Eingriff.



In § 7 der Neufassung des Dreiseitigen Vertrages ist dieser Streitpunkt nun teilweise geklärt.

§ 7 Abs. 3 Dreiseitiger Vertrag

„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 § 115b SGB V sowohl ein Operateur als auch ein Anästhesist beteiligt sind oder die Leistung nach § 115 b SGB V durch einen belegärztlich tätigen Vertragsarzt erfolgt und das Krankenhaus nur die Anästhesieleistung erbringt.“

Mitteilungspflicht

Wenn der Krankenhausträger ambulante Operationen als Institutsleistung durchführen möchte, so „bedarf es

Fortsetzung Seite 2

einer Mitteilung an die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuß“ (§ 115 b Abs. 2 Satz 2 SGB V und § 1 Abs. 1 Satz 2 des Dreiseitigen Vertrages)- mehr nicht.

Qualitätssicherungsmaßnahmen

Ergänzend zu dem Dreiseitigen Vertrag gilt die ‚Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen‘ (§ 15 des Dreiseitigen Vertrages) mit Vorgaben zu der personellen, apparativen und räumlichen Infrastruktur, die zu beachten sind.

§ 3 Abs. 3 Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen (QS)

„Krankenhäuser, die Eingriffe gemäß § 115 b SGB V erbringen wollen, haben ... eine Erklärung abzugeben, dass sie die Anforderungen dieser Vereinbarung erfüllen. ...“.

Diese Erklärung haben auch niedergelassene Ärzte, die Eingriffe gemäß § 115 b SGB V erbringen wollen, abzugeben.

Fachliche Befähigung und Assistenz

In der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen ist u.a. die fachliche Qualifikation bei ambulanten Operationen geregelt.

§ 4 Abs. 1 Vereinbarung QS

„Eingriffe gemäß § 115 b SGB V sind nach dem Facharztstandard zu erbringen. Eingriffe gemäß § 115 b SGB V sind nur von Fachärzten, unter Assistenz von Fachärzten oder unter deren unmittelbarer Aufsicht und Weisung mit der Möglichkeit des unverzüglichen Eingreifens zu erbringen.“

Diese Regelung entspricht der Forderung der Rechtsprechung, dass eine Patientenversorgung nach Facharztstandard gewährleistet sein muß. Der Bundesgerichtshof (BGH) hat klargestellt, dass „Facharztstandard“ nicht mit der formellen Facharztanerkennung gleichzusetzen ist. Auch ein Weiterbildungsassistent kann, wenn er über die erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten verfügt, um die konkrete Behandlung wie ein erfahre-

ner Facharzt zu erbringen, den Facharztstandard erfüllen (vgl. hierzu H.W. Opderbecke/W.Weißbauer: *Die Delegation anästhesiologischer Aufgaben auf ärztliche Mitarbeiter, Anästh Intensivmed 1980, S. 4ff; E. Weis: Einsatz von Ärzten im Praktikum, BDA-JUS-Letter März 2003*).

Die Vereinbarung regelt auch die pflegerische Assistenz:

§ 5 Abs. 2 Vereinbarung QS

„Falls keine ärztliche Assistenz bei einem Eingriff nach § 115 b SGB V erforderlich ist, muss mindestens ein qualifizierter Mitarbeiter mit abgeschlossener Ausbildung in einem nichtärztlichen Heilberuf oder im Beruf als Arzthelferin als unmittelbare Assistenz bei der ambulanten Operation anwesend sein. Weiterhin muss eine Hilfskraft (mindestens im Bereitschaftsdienst) sowie, falls medizinisch erforderlich, auch für Anästhesien ein Mitarbeiter mit entsprechenden Kenntnissen anwesend sein.“

Wann eine pflegerische Assistenz ‚medizinisch erforderlich‘ ist, ist eine Frage des Einzelfalles. Zumindest während kritischer Phasen des Anästhesieverlaufs, bei besonderen Vorkommnissen sowie bei grundsätzlich zu erwartenden Komplikationen ist die Unterstützung des Anästhesisten durch eine Anästhesiepflegerkraft wohl unverzichtbar (näher hierzu: G. Hack/E. Weis: *Pflegerische Assistenz - notwendig oder entbehrlich? BDA-JUS-Letter Juni 2002*.)

Ambulante OP zwingend?

In Anlage 1 zu dem Dreiseitigen Vertrag sind die ambulant durchführbaren Eingriffe aufgelistet. Hier handelt es sich aber nicht um einen ‚Zwangskatalog‘, vielmehr können diese Eingriffe im begründeten Einzelfall stationär durchgeführt werden (s. auch *Leitlinie für ambulantes Operieren bzw. Tageschirurgie, Anästh Intensivmed 1998, S. 201ff.*).

§ 2 Abs. 3 S. 1 Dreiseitiger Vertrag

„Aus dem als Anlage 1 zu diesem Vertrag beigefügten Katalog von Eingriffen gemäß § 115 b SGB V ... kann nicht die Verpflichtung hergeleitet werden, dass die dort aufgeführten Eingriffe ausschließlich

ambulant zu erbringen sind. Der Arzt ist verpflichtet, in jedem Einzelfall zu prüfen, ob Art und Schwere des beabsichtigten Eingriffs unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes des Patienten die ambulante Durchführung der Operation nach den Regeln der ärztlichen Kunst mit den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zu erlauben.“

Neben morbiditäts-/diagnosebedingten Kriterien kommen soziale Tatbestände in Betracht, welche eine stationäre Durchführung von in der Regel ambulant durchführbaren Operationen erforderlich machen können.

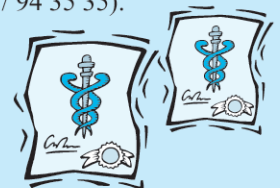
In Anlage 2 des Dreiseitigen Vertrages sind solche Tatbestände näher definiert:

Anlage 2 Abs. 2 Unterabs. 2 Dreiseitiger Vertrag

„Als allgemeine individuelle Tatbestände sind die fehlende Sicherstellung der Versorgung des Patienten im familiären bzw. häuslichen Umfeld oder die pflegerische Nachbetreuung anzusehen. Diese sozialen Faktoren, die eine ambulante Versorgung postoperativ gefährden können sind:

- fehlende Kommunikationsmöglichkeiten des Patienten im Fall postoperativer Komplikationen und/ oder
- fehlende sachgerechte Versorgung im Haushalt des Patienten.“

Der Arzt muß sich „vergewissern und und dafür Sorge tragen, dass der Patient nach Entlassung aus der unmittelbaren Betreuung des operierenden Arztes auch im häuslichen Bereich sowohl ärztlich als ggfl. pflegerisch angemessen versorgt wird. Die Entscheidung ist zu dokumentieren“ (§ 2 Abs. 3 Satz 3 d. Vertrages). Formulare sind hierbei hilfreich (erhältlich z.B. bei DIOmed Verlags GmbH, Tel 095 22 / 94350, Fax: 09 22 / 94 35 35).



Derzeit werden die verschiedenen Verlautbarungen des BDA und der DGAI zum ambulanten Anästhesieren überarbeitet, um sie in einer Empfehlung zusammenzufügen.

Mitwirkung bei Institutsleistung: Dienstaufgabe leitender Ärzte ?

Dr. iur. E. Biermann, Nürnberg

Das Sozialgesetzbuch läßt die Krankenhäuser unmittelbar zum ambulanten Operieren zu (§ 115 b SGB V). Das Krankenhaus kann nach Maßgabe eines zwischen der DKV, der KBV und der DKG vereinbarten sog. „Dreiseitigen Vertrages“ aus einem vereinbarten Katalog ambulant durchführbarer Eingriffe die Anästhesie- und Operationsleistungen auswählen, die es ambulant als Institutsleistung erbringen möchte. Die damit verbundene arbeitsrechtliche Problematik, ob und inwieweit die Mitwirkung leitender Ärzte an ambulanten Eingriffen deren Dienstaufgabe ist, regelt das Gesetz nicht. Hier sind maßgebend die individuellen Dienstverträge und deren Auslegung.

Neuverträge

In vielen „Neuverträgen“ wird bei der Beschreibung der Dienstaufgaben die Mitwirkung des Anästhesisten beim ambulanten Operieren des Krankenhausträgers als Institutsleistung ausdrücklich aufgeführt. Häufig ist eine Beteiligung der leitenden Ärzte an den Erlösen des Krankenhauses aus dem ambulanten Operieren vorgesehen.

Altverträge

Ob und inwieweit „Altverträger“ im Wege der Dienstaufgaben zum ambulanten Operieren als Institutsleistung verpflichtet werden können, kann nur aufgrund einer individuellen Vertragsprüfung beurteilt werden. Generell dürfte es sich bei den Altverträgen jedoch nicht von selbst verstehen, dass ambulantes Operieren als Institutsleistung ohne weiteres zur Dienstaufgabe der leitenden Ärzte zu zählen ist. Die wenigsten Altverträge regeln die Frage ausdrücklich. Soweit allgemein die Mitwirkung an „Institutsleistungen“ des Krankenhauses in der Beschreibung der Dienstaufgaben enthalten ist, so wird sich dies nur auf diejenigen Leistungen beziehen können, die schon bei Vertragsschluß bekannt waren und insoweit Geschäfts-

grundlage des Dienstvertrages wurden. Dazu kann z.B. die Notfallbehandlung zählen, die meist ausdrücklich als Beispiel aufgezählt wird.

In der Regel erlaubt der Krankenhausträger den leitenden Ärzten eine ambulante Nebentätigkeit, diese ist Voraussetzung für die vertragsärztliche Ermächtigung der Krankenhausärzte zur Mitwirkung an der Versorgung sozial versicherter Patienten. Bietet der Krankenhausträger ambulantes Operieren als Institutsleistung an, kann es zu einer Kollision mit dieser arbeitsrechtlichen Nebentätigkeitserlaubnis und der sozialrechtlichen Ermächtigung kommen. Aus vertragsärztlicher Sicht entfällt ein Bedürfnis für die Mitwirkung des Krankenhausarztes an der Versorgung gesetzlich versicherter Patienten, wenn der Krankenhausträger die Leistungen als Institutsleistung anbietet.

Nach unserer Auffassung sind die folgenden drei Bereiche zu unterscheiden. Vorausgeschickt sei, dass das SGB V sich nur auf den Bereich der gesetzlich versicherten Patienten erstreckt. Die Behandlung ambulanter Privatpatienten sollte Gegenstand der Nebentätigkeitserlaubnis bleiben. Jedenfalls kann sich der Krankenhausträger nicht auf das Gesetz berufen, wenn er die ambulante Behandlung von Privatpatienten den leitenden Ärzten entziehen will.

1. Fallgruppe: Umwandlung bisher stationär erbrachter Krankenhausleistungen in ambulante Institutsleistung

Auch wenn das Gesetz Krankenhausträger nicht unmittelbar zum ambulanten Operieren zwingt, so werden diese doch auf Druck der Kostenträger prüfen müssen, ob und welche bisher stationär erbrachten Eingriffe ambulant durchzuführen sind.

Selbst wenn man den leitenden Arzt für verpflichtet halten muß, in diesen Fällen der Umwandlung stationärer Eingriffe in ambulante an diesen mitzuwirken, so sollte er sich Entschädigungsansprüche für finanzielle Verluste vorbehalten, die bei den Versicherten der Primär- und Ersatzkassen, die eine private Zusatzversicherung (nur) für wahlärztliche Leistungen abgeschlossen, haben, entstehen.

Zur Begründung der Ansprüche kann auf eine vergleichbare Situation Mitte der achtziger Jahre verwiesen werden, als infolge der Rechtsprechung der Sozialgerichte die anästhesiologische Versorgung von Belegabteilungen durch am Krankenhaus angestellte Ärzte zu den Krankenhausleistungen gezählt wurde und leitende Anästhesisten Liquidationsmöglichkeiten auf Belegabteilungen einbüßten. In den meisten Fällen konnten Entschädigungsregelungen durchgesetzt werden.

2. Fallgruppe: Krankenhaus will bisher von den Chefärzten im Rahmen der Nebentätigkeit erbrachte ambulante Leistungen in Institutsleistungen umwandeln

Bei ambulanten Eingriffen und Anästhesien, die bisher von den ermächtigten Chefärzten im Rahmen der Nebentätigkeitserlaubnis ohnehin schon ambulant erbracht werden, läßt sich unter Beachtung des Zieles des Gesetzes, das ambulante Operieren im Krankenhaus zu fördern, keine unmittelbare Notwendigkeit erkennen, diese Eingriffe nun als Institutsleistung auszuweisen, es sei denn aus betriebswirtschaftlichen Gründen.

Wenn dennoch dem Begehren des Krankenhausträgers nach Umwandlung in Dienstaufgabe nachgegeben wird, dann jedenfalls nicht ohne Ausgleich der damit verbundenen finanziellen Einbußen.

3. Fallgruppe: Übernahme bisher praxis-ambulanter Eingriffe

Die Einbeziehung praxis-ambulanter Eingriffe, die bisher von niedergelassenen, zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten erbracht wurden, in die Institutsleistung des Krankenhausträgers, wird nicht Ziel der gesetzlichen Regelung gewesen sein, ist jedoch nach dem Gesetzeswortlaut nicht ausgeschlossen. Damit würde das Krankenhaus eindeutig seinen bisherigen Aufgabenbereich aber erweitern. Sollten die leitenden Ärzte hier zur Mitwirkung gezwungen werden, so würde das wirtschaftliche Gefüge des Dienstvertrages der leitenden Ärzte, die meist ohnehin auf gesonderte Abgeltung von Überstunden, Ruf- und Bereitschaftsdienste im Dienstvertrag verzichtet haben, zu deren Ungunsten verschoben werden.

Hier ist fraglich, inwieweit die Krankenhausträger die Mitwirkung der leitenden Ärzte erzwingen können.

Vorteil der Institutsleistung nach § 115 b SGB V: Es entfällt die Pflicht zur „höchstpersönlichen Leistungserbringung“, wie sie vom ermächtigten Arzt gefordert wird.

Sorgfaltspflicht des Arztes bei der Verabreichung von Sedativa bei ambulanten Patienten

Dr. iur. E. Biermann, Nürnberg

Der Bundesgerichtshofes (BGH) hatte folgenden Sachverhalt zu beurteilen (Urteil v. 8.4.2003, Az. VI ZR 265/02).

Sachverhalt:

Im Dezember 1993 unterzog sich der Patient bei dem beklagten Internisten einer Magenspiegelung. Vor der Sedierung wurde der Patient durch den beklagten Internisten über die Risiken des invasiven Eingriffs aufgeklärt. Er wurde belehrt, dass er nach dem Eingriff kein Kfz führen dürfe. Eine entsprechende Information hatte der Patient bereits durch seinen Hausarzt erhalten. Der Patient erklärte dem Internisten, er sei mit dem eigenen Fahrzeug ins Krankenhaus gekommen und werde mit dem Taxi nach Hause fahren. Der große, schwergewichtige Patient erhielt zur Sedierung 20 mg Buscopan und 30 mg Dormicum. Die Magenspiegelung wurde gegen 8.30 Uhr durchgeführt, danach verblieb der Patient zunächst eine halbe Stunde im Untersuchungszimmer unter Aufsicht. Nach der halben Stunde wurden ihm 0,5 mg Anexate (Wirkstoff Flumazenil) intravenös verabreicht. Anschließend hielt sich der Patient auf dem Flur vor den Dienst- und Behandlungsräumen des Internisten auf, der wiederholt Blick- und Gesprächskontakt zu dem Patienten hatte. Der Patient entfernte sich kurz vor 11.00 Uhr, ohne vorher entlassen worden zu sein, aus dem Krankenhaus und fuhr mit dem eigenen Fahrzeug weg. Aus ungeklärter Ursache geriet er kurz danach auf die Gegenfahrbahn und kollidierte dort mit einem Lastzug. Der Patient verstarb noch an der

Unfallstelle. Die Kläger, Ehefrau und Kinder des verstorbenen Patienten, machen gegen den beklagten Chefarzt für Innere Medizin Schadensersatzansprüche, u. a. auf Ersatz entgangenen Unterhalts geltend. Die Klage vor dem Land-gericht und die Berufung vor dem Oberlandesgericht blieben ohne Erfolg. Der BGH gab der Revision statt.

Urteil des BGH

Der BGH folgt den Hinweisen des Sachverständigen, bei dem Patienten habe im Zeitpunkt des Verlassens des Krankenhauses „eine Bewußtseins-trübung und Einschränkung der Einsichtsfähigkeit“ nicht ausgeschlossen werden können, und dass er deshalb möglicherweise nicht in der Lage gewesen sei, eine „abgewogene und eigenverantwortliche“ Entscheidung zu treffen. Angesichts dieses „Gefahrenpotentials“ war die nach dem Aufenthalt im Untersuchungszimmer veranlaßte „Unterbringung auf dem Flur vor den Dienst- und Behandlungsräumen“ nicht geeignet, „die nach den Gesamtumständen bestehenden Überwachungspflichten zu erfüllen.“ Der BGH faßt dann die Überwachungspflichten in folgender Kernaussage zusammen:

„Die dem Bekl. aufgrund der ihm bekannten und von ihm geschaffenen gefahrerhöhenden Umstände obliegenden Fürsorgepflicht hätte es deshalb erfordert, den Patienten in einem Raum unterzubringen, in dem er unter ständiger Überwachung stand und gegebenenfalls daran erinnert werden konnte, dass er das Krankenhaus nicht eigenmächtig verlassen durfte. In Betracht kam insoweit ein Vorzimmer oder ein besonderes Wartezimmer, wobei sich die Organisation im einzelnen nach den Möglichkeiten vor Ort richten durfte. Für den hier zu beurteilenden Sachverhalt kommt es im Ergebnis nur darauf an, dass jedenfalls die tatsächlich erfolgte Unterbringung auf dem Flur ohne die Möglichkeit einer ständigen Beobachtung nicht ausreichte, um den Patienten daran zu hindern, sich gegebenenfalls unbemerkt zu entfernen und die Gefahr eines selbstgefährdenden Verhaltens auszu-schließen.“

Der Ursachenzusammenhang zwischen der Pflichtverletzung und dem Tod des Patienten folgt nach Ansicht des BGH schon daraus, dass „der Patient aufgrund einer ausreichenden

Überwachung daran gehindert werden musste, das Krankenhaus unbemerkt zu verlassen. Bei einer ausreichenden Beaufsichtigung wäre es nicht zu dem Unfall gekommen, da nichts dafür spricht, dass der Patient sich auch dann entfernt hätte, in dem er etwa eine Intervention der Aufsichtsperson nicht beachtet hätte.“

Konsequenzen

Nach dieser –von Medizinern und Juristen als zu streng kritisierten- Entscheidung wird man sich darauf einstellen müssen, dass der Patient auch nach ambulanten Eingriffen bis zur dokumentierten Entlassung durch einen Arzt einer (ständigen) Überwachung bedarf. Die notwendigen Verhaltens- und Warnhinweise sollten dem Patienten nicht erst unmittelbar vor Beginn des Eingriffs, sondern bereits im Vorfeld (Quittung) schriftlich mitgeteilt und überlassen werden. Verläßt der Patient entgegen der ärztlichen Hinweise die Praxis, sollte dies sorgfältig dokumentiert werden. Will ein Patient, der noch nicht entlassen wurde, die Praxis verlassen, obwohl ihm z.B. keine zuverlässige Betreuungsperson zur Seite steht, dann ist dieser Patient ggfs. durch einen „maßvoll dirigierenden“ Einsatz körperlicher Kraft am Verlassen der Praxis zu hindern, oder, wenn dies nicht gelingt, durch Hinzuziehung der Polizei vor sich selbst zu schützen. Vorausgesetzt, es ist erkennbar, dass der Patient sich und u.U. andere Verkehrsteilnehmer konkret gefährdet.

Internetadressen: Ambulantes Operieren

Vertrag nach § 115 b SGB V (inkl. Anlage 1 und 2 sowie Katalog ambulanter Operationen):
www.kgrp.de ->download->
„Ambulantes Operieren / Vor- und nachstationäre Behandlung“

Rahmenbedingungen und Honorierung von Narkosen zu ambulanten Operationen:
www.bda.de/downloads/20_ambul-operieren-inhalt.pdf

Leitlinie für ambulantes Operieren bzw. Tageschirurgie
www.bda.de/06_1_00tabelle.htm

Jusletter (alle Ausgaben)
www.bda.de/03_2jusletter.htm