

BDAktuell

Anforderung präoperativer Befunde

Überweisungen zur präoperativen Diagnostik · Überweisungen im Rahmen des § 115 b SGB V

Bei der Anforderung präoperativer Befunde muss grundsätzlich unterschieden werden zwischen Befunden, die bereits zuvor aus anderen Gründen als der Operationsvorbereitung oder im Rahmen der Indikationsstellung zur Operation erhoben wurden, und diagnostischen Maßnahmen, welche in Anbetracht der bevorstehenden Operation zusätzlich benötigt werden. Hierbei ist unerheblich, ob diese Befunde für die Einschätzung des Patienten durch den Operateur oder zur Risikoeinschätzung bzw. Operationsvorbereitung durch den Anästhesisten erforderlich sind.

Alle (zugelassenen) Vertragsärzte können mit Ausnahme der überweisungsabhängigen Fachgruppen (lt. Bundesmantelverträgen: Ärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Nuklearmedizin, Pathologie, Radiologische Diagnostik bzw. Radiologie, Strahlentherapie und Transfusionsmedizin) direkt vom Patienten in Anspruch genommen werden. Die Regelungen zur „Praxisgebühr“ sind dabei zu berücksichtigen. Jeder Vertragsarzt ist verpflichtet, eine auf seine Fachrichtung ausgestellte Überweisung anzunehmen und auf diese hin tätig zu werden. Für die im Rahmen der Überweisung erbrachten Leistungen gilt das Wirtschaftlichkeitsgebot. Im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren kann wegen des Überweisungsverhaltens auch gegen den Veranlasser von Leistungen ein Verfahren zur „Feststellung eines Schadens“ durchgeführt werden. Die Verantwortung (= Regress) kann somit durchaus auch den Aussteller von Überweisungen treffen.

Besondere Tarife der gesetzlichen Krankenkassen können den Primärzugang zu Fachärzten dahingehend einschränken, dass immer zunächst ein Hausarzt aufzusuchen ist und der Facharzt nur noch auf Überweisung in Anspruch genommen werden kann.

Im Rahmen der Verfahren zur Ermächtigung angestellter Krankenhausärzte wird in der Regel festgelegt, über welchen Zugangsweg der Patient diesen zur ambulanten Behandlung aufsuchen kann.

Bereits vorliegende Befunde

Jeder Leistungserbringer im Gesundheitssystem ist an eine wirtschaftliche Vorgehensweise gebunden. Befunde, die einem vertragsärztlich tätigen Haus- oder Facharzt, aber auch einem zugelassenen Krankenhaus vorliegen und im Rahmen einer weiteren Behandlung, auch aus einem anderen Grunde, als dem, der zu ihrer Erhe-

bung führte, benötigt werden, sind dem Nachbehandler grundsätzlich kostenfrei zur Verfügung zu stellen.

Erhebung neuer Befunde

Bei Befunden, die zusätzlich zu bereits vorhandenen benötigt werden, ist zu unterscheiden, in welchem der Leistungssektoren der Eingriff, der zur Veranlassung führt, stattfinden soll:

Stationäre Behandlung, Hauptabteilung

Vor stationärer Krankenhausbehandlung in einer Hauptabteilung (Abrechnung Hauptabteilungs-DRG) gehört die zusätzlich veranlasste Diagnostik zum Leistungsumfang des Krankenhauses. Im Rahmen der Verweildauerverkürzung werden Patienten zunehmend am OP-Tag aufgenommen und die Notwendigkeit einer früheren Aufnahme vom MDK in Frage gestellt. Das Krankenhaus hat die Möglichkeit, innerhalb der letzten fünf Tage vor Aufnahme an maximal drei Tagen den Patienten vorzuuntersuchen und Befunde zu erheben. Über § 115 a SGB V ist das Krankenhaus in diesem Zeitrahmen zugelassener Leistungserbringer für die ambulante Leistungserbringung. Wenn diese dem geplanten stationären Behandlungsfall vorgeschaltete Untersuchung des Patienten zu dem Ergebnis führt, dass der Patient gemäß den Vorrangigkeitskriterien des § 115 b SGB V ambulant zu operieren ist, können diese Voruntersuchung und weitere evtl. durchgeführte Befunderhebung nach den Regelungen des AOP-Vertrages abgerechnet werden (siehe unten).

Zunehmend bedienen sich Krankenhäuser zur präoperativen Befunderhebung externer Leistungserbringer. Die hierzu in der Regel eingeschalteten vertragsärztlich tätigen Haus- und/oder Fachärzte dürfen diese Leistungen anders als beim ambulanten Operieren jedoch wegen der sektoralen Budgetierung nicht zu Lasten des KV-Systems erbringen. Es handelt sich hierbei um eine Dienstleistung für das Krankenhaus. Diese ist nicht an den EBM oder die GOÄ gebunden, kann also frei vereinbart werden. Die vom Krankenhaus an den Vertragsarzt zu vergütende Summe muss allerdings in unmittelbarem und angemessenem Verhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen, um den Anschein einer Provisionszahlung für die Zuweisung des Patienten an ein bestimmtes Krankenhaus zu vermeiden.

Ein in diesem Rahmen eingeschalteter Vertragsarzt kann keine Überweisungen an andere Vertragsärzte ▶

► (z.B. Kardiologe, Radiologe) ausstellen, da kein Behandlungsfall des KV-Systems vorliegt. Selbstverständlich gilt dies nicht, wenn sich unabhängig von der geplanten stationären Behandlung im Rahmen der Voruntersuchung ein pathologischer Befund ergibt, der im Interesse der Gesundheit des Patienten weiter abgeklärt werden muss.

Bei der prästationären / präoperativen Vorbereitung eines Patienten durch einen vertragsärztlich tätigen Anästhesisten besteht selbstverständlich über evtl. erforderliche Befunderhebung (z.B. EKG, LuFu, Labor) hinaus die Möglichkeit, dass bereits in diesem Rahmen eine anästhesiespezifische Anamneseerhebung und Aufklärung erfolgt. Hierbei bewährt sich die Anwendung der vom jeweiligen Krankenhaus vorgegebenen Aufklärungs- und Einwilligungsbögen.

Stationäre Behandlung, Belegabteilung

Die stationäre ärztliche Behandlung in einer Belegabteilung (Abrechnung Belegarzt-DRG) ist insgesamt ein Behandlungsfall des KV-Systems. Der Patient nutzt lediglich die stationäre Infrastruktur des Krankenhauses. Es ist unwesentlich, ob in einem operativen Behandlungsfall die Narkose von einer Anästhesie-Hauptabteilung oder einem Anästhesie-Belegarzt durchgeführt wird. Die im Rahmen der Behandlung erforderlichen Befunde können vom belegärztlich tätigen Operateur über eine Überweisung veranlasst werden. Eine Anästhesie-Hauptabteilung hat im Gegensatz zum Anästhesie-Belegarzt die Möglichkeit der Überweisung nicht.

Ambulantes Operieren durch Vertragsärzte / MVZs

Die Möglichkeit, durch eine Überweisung eine Befunderhebung zu veranlassen, besteht für Einzelpraxen, Gemeinschaftspraxen und MVZs gleichermaßen. Wenn die einschlägigen Fachrichtungen in einem MVZ mit angestellten Ärzten vorhanden sind, benötigen dies untereinander keine Überweisungen.

Krankenhausambulantes Operieren nach § 115 b SGB V

Die in § 76 SGB V festgelegte freie Arztwahl gilt auch für die zum ambulanten Operieren zugelassenen Krankenhäuser. Daher kann der Patient ein Krankenhaus zu einer ambulanten Operation direkt aufsuchen (Praxisgebühr!). Die Intention des § 115 b ist es jedoch u. a., die Kooperation zwischen dem ambulanten und dem stationären Leistungssektor zu fördern. Daher enthält der AOP-Vertrag die Bestimmung, dass Eingriffe bei krankenhausambulantem Operieren nach § 115 b SGB in der Regel auf Veranlassung eines niedergelassenen Vertragsarztes unter Verwendung eines Überweisungsscheins durchgeführt werden.

Der überweisende Vertragsarzt stellt die bereits erhobenen Befunde zur Verfügung. Sind darüber hinaus wei-

tere Befunde erforderlich, kann dies vom Krankenhausarzt mit Hilfe einer Überweisung zu Vertragsärzten veranlasst werden. In diesem Fall ist statt der Arztnummer auf der Überweisung das Institutskennzeichen des Krankenhauses einzutragen.

Ferner hat der Krankenhausarzt die Möglichkeit, die Leistungen durch die Einrichtungen des Krankenhauses erbringen zu lassen. In diesem Fall werden die Leistungen nach den Regeln des EBM im Rahmen der einheitlichen Rechnung des Krankenhauses gegenüber der zuständigen Krankenkasse abgerechnet.

Die gleichen Regeln gelten für intraoperativ zu veranlassende Leistungen, wie z.B. pathologische Untersuchungen. Auch hier kann das KH mit einer Überweisung einen zugelassenen Pathologen einschalten, genau so wie dies als Krankenhausleistung erbracht werden kann. Wenn das Krankenhaus einen nicht zugelassenen externen Anbieter mit solchen Leistungen beauftragt, kann es diese ebenfalls direkt mit der Krankenkasse abrechnen und vergütet den Leistungserbringer im Innenverhältnis.

Auch für die postoperative Versorgung kann das Krankenhaus eine Überweisung ausstellen, wenn es diese nicht selber übernehmen und abrechnen will. Eine parallele Leistungserbringung auf Überweisung und im Rahmen der AOP-Abrechnung ist zu vermeiden.

Routinemäßige Befundanforderungen

Eine routinemäßige Befundanforderung ohne Berücksichtigung des individuellen Patientenstatus muss grundsätzlich vermieden werden: In vielen Fällen ist die Anamneseerhebung und die körperliche Untersuchung des Patienten zur Risikoeinschätzung ausreichend. Dass diese zu dokumentieren ist, ist eine Selbstverständlichkeit.

Eigenblutspende

Die Eigenblutspende gilt als Herstellung eines Medikamentes, welches später im Rahmen der stationären Behandlung zur Anwendung kommt. Da Medikamente unabhängig von der Behandlung in einer Haupt- oder Belegabteilung immer vom Krankenhaus zu stellen sind, können in diesem Rahmen keine Leistungen zu Lasten der Gesamtvergütung der KVen erbracht werden.

Der Umfang dieser Ausführungen ist der Komplexität des Themas geschuldet und somit ein typisches Zeichen für unser deutsches Gesundheitssystem, in dem es immer schwieriger wird, über derartige Details den Überblick zu bewahren. Dennoch hoffe ich, dem einen oder anderen hiermit eine Hilfestellung gegeben zu haben.

E. Mertens, Aachen ■