

1 Controlling als Werkzeug des Ambulanzmanagements

In diesem Kapitel erfahren Sie...

- was man unter dem Begriff Controlling versteht.
- warum ein Ambulanzbetrieb etwas Besonderes ist.
- wie man einen Zugang zum ambulanten Markt erhält.
- welche Auswirkungen eine persönliche und eine institutionelle Zulassung auf das Ambulanzcontrolling haben können.
- wen das Ambulanzcontrolling ansprechen soll.
- welche Aufgaben zum Ambulanzcontrolling gehören.

1.1 Begriff und Merkmale des Controllings

Der Begriff des Controllings ist nicht, wie eigentlich zu erwarten, ein typisch amerikanischer Ausdruck. Controlling ist ein eingedeutschter Begriff. Im anglo-amerikanischen Sprachraum wird hierfür entweder der Begriff »managerial accounting« oder »cost management« verwendet. Es ist davon auszugehen, dass die Ursprünge des Controllings aus dem französischen und/oder dem englischen Sprachraum stammen. Die französischen Begriffe »contrerôle« (= Gegenrolle) und »compter« (= zählen), sowie der englische Begriff »to control« (= steuern, lenken, beherrschen, regeln) verdeutlichen sehr gut, das Controlling nicht allein Kontrolle bedeutet. Vielmehr geht es darum, ein Unternehmen in geeigneter Weise zu steuern und zu lenken. Nicht selten wird daher der Controller als Schiffsleutze des Unternehmens bezeichnet.

Das Controlling umfasst die Tätigkeiten steuern, regeln und regulieren. Für seine Inhalte gibt es zahlreiche Definitionen, die sich jedoch im Kern stets an der Steuerungstätigkeit orientieren. Eine mögliche Definition könnte daher wie folgt lauten:

Controlling ist ein informationsversorgendes System zur Unterstützung der Unternehmensführung durch Planung, Kontrolle, Analyse und die Entwicklung von Handlungsalternativen.

Das Controlling dient der Steuerung des Betriebsgeschehens. Aus diesem Grund wird es auch als Binnensteuerung des Unternehmens bezeichnet.

Im Gegensatz zu den Betrachtungen des Externen Rechnungswesens (Buchführung) besitzt das Controlling zudem eine zukunftsbezogene Ausrichtung.

1.2 Besonderheiten des Ambulanzbetriebs

Das Controlling des Ambulanzbetriebs unterscheidet sich prinzipiell vom Controlling anderer Branchen und Betriebe.

Im Ambulanzbetrieb werden Dienstleistungen erstellt, die durch planerische Aspekte von Seiten der Politik, Erfordernisse der Patienten und durch ein heterogenes Leistungssportfolio geprägt sind. Darüber hinaus müssen Informationsbedürfnisse unterschiedlichster Zielgruppen befriedigt werden. Hiermit eng verbunden sind die resultierenden unterschiedlichen Gebührenordnungen und Tarife.

Die Leistungen stellen eine Dienstleistung mit einem speziellen Sachzielbezug dar. Sachziel ist in der Regel die Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten. Diese Dienstleistung setzt die Anwesenheit (sogenannte Kundenpräsenz) des Patienten voraus. Man spricht daher auch vom Uno-Actu-Prinzip. Wie im gesamten deutschen Gesundheitswesen besteht von Seiten der Behandelnden kein Erfolgsversprechen. Zudem erwerben die Patienten eine Dienstleistung als Vertrauensgut, da sie diese in der Regel noch nicht oder nicht häufig erworben haben.

Im Gegensatz zu den anderen Betrieben im Gesundheitswesen bildet der Ambulanzbetrieb eine sehr spezielle Umgebung für das Controlling. Er ist geprägt durch eine hohe Patientendichte, bei der die Patienten in relativ kurzen Behandlungszyklen versorgt werden müssen. Es liegt in der Natur der Sache, dass die ambulante Behandlung lediglich einen sehr kleinen Ausschnitt der Patientenversorgung darstellt. Diese kurzen Behandlungszyklen werden mit Hilfe ambulanter Gebührenordnungen honoriert, die im Vergleich zur stationären Patientenversorgung von Fallpauschalen (DRGs) relativ geringe Erlöse ergeben. Allerdings darf dies nicht zu der Vermutung verleiten, dass sich hieraus automatisch geringere Einnahmenüberschüsse bzw. Deckungsbeiträge ergeben. Analog zum abweichenden Erlös unterscheiden sich auch die Kosten im Ambulanzbetrieb. Die Leistungen werden nicht in Form von Fallpauschalen, sondern in Form von Einzelleistungen, in seltenen Fällen in Form von Komplexpauschalen, vergütet. Hieraus ergeben sich weiterführende Anforderungen an die Betrachtung der Leistungen.

Resultierend aus der Vergütung der Leistungen entstehen zudem hohe Anforderungen an die Compliance im Ambulanzbetrieb. Zu nennen ist hier bspw. eine grundsätzliche persönliche Leistungspflicht des Arztes als Abrechnungsvoraussetzung. Die ambulante Leistungserbringung ist stark geprägt durch Regelwerke, die ihrerseits auf die Abrechnung und somit auf das Controlling Einfluss haben können. Im Gegensatz zu den relativ großen Behandlungseinheiten im stationären Bereich handelt es sich bei den Ambulanzbetrieben üblicherweise um autarke Organisationseinheiten

mit nur geringer Mitarbeiterzahl (z. B. Vertragsarztpraxis) oder um kleinere Organisationseinheiten innerhalb größerer Betriebe (z. B. Krankenhaus). Im Gegensatz zum stationären Krankenhausbetrieb müssen die Patienten im Ambulanzbetrieb zudem nach Gruppen differenziert werden. Dies ergibt sich aus der Notwendigkeit, dass unterschiedliche Patientengruppen mit unterschiedlichen Ursachen der Erkrankung (z. B. Freizeitunfall, Arbeitsunfall, Regelversorgung, Notfallversorgung) und unterschiedlichen Versicherungsverhältnissen nach verschiedenen Gebührenordnungen abzurechnen sind. Die anzuwendenden Gebührenordnungen sind jeweils geprägt durch abweichende Regeln der Abrechnung.

1.3 Möglichkeiten des Zugangs in den ambulanten Sektor

1.3.1 Persönliche und institutionelle Zulassung

Primäres Unterscheidungsmerkmal ambulanter Abrechnungsformen ist die Art der Erlaubnis zur Erbringung und Abrechnung ambulanter Leistungen in Form einer Zulassung. Eine Zulassung kann personenbezogen oder institutionsbezogen erteilt werden. Sofern nicht eine gesetzliche Grundlage dem Leistungserbringer die Erlaubnis zur Abrechnung zuspricht, wird dies in der Regel direkt zu Beginn des jeweiligen Abrechnungswerks definiert. Der häufig verwendete Begriff der Ermächtigung stellt hierbei lediglich eine Unterform dar. Da die Abrechnung ambulanter Leistungen an feste Regeln gebunden ist, wird dem jeweiligen Zulassungs- bzw. Ermächtigungsstatus eine hohe Aufmerksamkeit gewidmet.

Im einfachsten Fall spricht ein Zulassungsausschuss als gemeinsames Gremium der Krankenkassen und der Vertragsärzte die Zulassung auf Antrag eines Arztes aus. In seiner vorangegangenen Prüfung hatte der Zulassungsausschuss gemäß Ärztezulassungsverordnung geprüft, ob eine Unterversorgung der Bevölkerung im Bereich der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung vorliegt. Kommt er zu dem Ergebnis, dass diese Unterversorgung vorliegt, wird eine Zulassung erteilt. Dem benannten Leistungserbringer wird somit das Recht zur Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zugesprochen. Erst dieses Recht ermöglicht es dem dann zugelassenen Arzt, Leistungen zu Lasten der kassenärztlichen Gesamtvergütung abzurechnen. Die Zulassung erfolgt in Form eines Zulassungsbescheids. Die ausgesprochene Zulassung kann einzelne Ziffern (z. B. Grundpauschale), ein oder mehrere Teilgebiete einer ärztlichen Disziplin (z. B. Handchirurgie) oder ein gesamtes Fachgebiet (z. B. Chirurgie) umfassen.

Eine Besonderheit der Zulassung stellen ermächtigte Krankenhausärzte dar. Diese, von ihrer Rechtspersönlichkeit angestellten oder verbeamteten Ärzte eines Krankenhauses erhalten in der Regel ein befristetes Recht zur Erbringung ambu-

lanter vertragsärztlicher Leistungen. Historisch gesehen fußt dieses Konstrukt eines kombinierten ambulanten und stationären Leistungserbringers auf einer regional und/oder zeitlich begrenzten Unterversorgung der Bevölkerung mit vertragsärztlichen Leistungen.

Darüber hinaus stellt die institutionelle Zulassung von Krankenhausambulanzen oder Krankenhäusern eine weitere Ergänzung möglicher ambulanter Leistungserbringer dar.

Nach den Bestimmungen des Sozialgesetzbuchs Fünftes Buch (SGB V) ist zwischen persönlich zugelassenen und institutionell zugelassenen Leistungserbringern zu unterscheiden.

Zu den persönlich zugelassenen Leistungserbringern zählen:

- der Vertragsarzt (§ 72 SGB V),
- der Vertragszahnarzt (§ 72 SGB V),
- der Psychotherapeut (§ 72 SGB V),
- der zugelassene Arzt, der neben seiner Zulassung einer Arbeitnehmertätigkeit nachgeht (§ 95 SGB V),
- der ermächtigte Krankenhausarzt, der neben seiner Zulassung einer Arbeitnehmertätigkeit nachgeht (§ 95 SGB V),
- der Soziotherapeut (§ 132b SGB V),
- die Hebamme/der Entbindungsgelehrte (§ 134 SGB V),
- der Erbringer von Heilmitteln nach § 32 SGB V (§ 124 SGB V),
- der Erbringer von Hilfsmitteln nach § 33 SGB V (§ 126 SGB V).

Institutionell zugelassene Leistungserbringer sind:

- das Krankenhaus (§ 108 SGB V),
- die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung (§ 111 SGB V),
- die ambulanten und die stationären Hospize (§ 39a SGB V),
- das Medizinische Versorgungszentrum (§ 95 SGB V),
- die Hochschulambulanz (§ 117 SGB V),
- die Institutsambulanz (§ 95 SGB V),
- die Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V),
- der Leistungserbringer, der im Rettungsdienst und im Krankentransport tätig ist (§ 133 SGB V),
- der ambulante Pflegedienst (§ 132a SGB V) und
- die Apotheken, die Arznei- und Verbandmittel nach § 31 SGB V vertreiben (§ 129 SGB V).

1.3.2 Vertragsärztliche Tätigkeit und Ermächtigung

An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene Medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen teil (vgl. § 95 Abs. 1 SGB V). Um die Zulassung als Ver-

tragsarzt kann sich jeder Arzt bewerben, der seine Eintragung in ein Arztregister nachweist. Die Eintragung in ein Arztregister erfolgt ebenfalls auf Antrag.

Bei Ärzten werden folgende Voraussetzungen an die Eintragung in das Arztregister gestellt:

- Der Arzt muss eine Approbation besitzen und
- entweder eine allgemeinmedizinische Weiterbildung oder einer Weiterbildung in einem anderen Fachgebiet mit der Befugnis zum Führen einer entsprechenden Gebietsbezeichnung oder den Nachweis einer Qualifikation, die gemäß § 95a Abs. 4 und 5 SGB V anerkannt ist, vorweisen.

Mit der Zulassung wird der Vertragsarzt ordentliches Mitglied der für seinen Vertragsarztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und ist somit zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet.

Der ermächtigte Arzt oder die ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung ist für die Dauer der Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet und insoweit dem zugelassenen Arzt gleichgestellt (vgl. § 95 Abs. 1 SGB V). Die ermächtigten Ärzte werden allerdings nicht Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung. Als nicht zugelassene Ärzte sind sie außerordentliche Mitglieder, wenn sie in das Arztregister eingetragen sind (vgl. § 77 Abs. 3 SGB V).

Das Nähere über die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung sowie die zu ihrer Sicherstellung erforderliche Bedarfsplanung und die Beschränkung von Zulassungen sind in der Zulassungsverordnung für Ärzte (Ärzte-ZV) geregelt; das gleiche gilt für die Zulassungsverordnung Zahnärzte.

1.3.3 Ambulante Operationen in Vertragsarztpraxis und Krankenhaus

Mit Inkrafttreten des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) im Jahr 2005 erfolgte eine Neudefinition und Neuformulierung der Abrechnung ambulanter Operationen. So wurde die klassische Definition zur Abgrenzung ambulanter Operationen (»Eine ambulante Operation ist eine Leistung, die einen Zuschlag nach den Ziffern EBM 80 ff. erhält.«) aufgegeben. Ebenso wie bei der Definition ambulanter Operationen im Krankenhaus nach § 115b SGB V bestimmt sich der Begriff ambulante Operation gemäß folgender Formulierung:

Als ambulante oder belegärztliche Operation gelten ärztliche Leistungen mit chirurgisch-instrumenteller Eröffnung der Haut und/oder Schleimhaut oder der Wundverschluss von eröffneten Strukturen der Haut und/oder Schleimhaut mindestens in Oberflächenanästhesie sowie Leistungen entsprechend den OPS-301-Prozeduren des Anhangs 2 ggf. einschl. eingeschlossener eingeschlossener Verbandleistungen. Punktions mit Nadeln, Kanülen und Biopsienadeln, sowie Kurettagen der Haut und Shave-Biopsien der Haut fallen nicht unter die Definition eines operativen Eingriffs. (Vgl. Bereich IV Abschnitt 31.2.1 Nr. 1 EBM)

Der Leistungsumfang der Krankenhäuser, die sich zur Teilnahme am Vertrag gemäß § 115b SGB V bereiterklärt haben, bestimmt sich nur mittelbar durch den Inhalt des EBM. Die hierfür einschlägigen Regelungen ergeben sich grundsätzlich aus § 115b SGB V in Verbindung mit den vertragsärztlichen Bestimmungen.

Die möglichen ambulanten Operationsleistungen für Vertragsärzte ergeben sich nach Maßgabe des Anhang 2 zum EBM. Nur Leistungen, die dort genannt sind, können als ambulante Operation erbracht werden. Für die Krankenhäuser existiert ein eigenes Verzeichnis, welches sich aus drei Anlagen zu dem Vertrag nach § 115b SGB V zusammensetzt.

Für die Vertragsärzte erfolgte eine Zusammenführung der Leistungen in einem gesonderten Abschnitt 31.2 des EBM, welches fachgruppenspezifisch untergliedert wird, jedoch grundsätzlich allen Arztgruppen zugänglich ist.

Voraussetzung für die Berechnung der Leistungen des ambulanten Operierens ist die Erfüllung der notwendigen sachlichen und personellen Bedingungen und die Meldung des Vertragsarztes gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung zur Teilnahme am Vertrag gemäß § 115b SGB V bzw. der Nachweis eines Vertrags zur Abrechnung belegärztlicher Leistungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung im Einvernehmen mit den Verbänden der Krankenkassen (Belegarzt) (vgl. Bereich IV Abschnitt 31.2.1 Nr. 2 EBM).

Unter sachlichen und personellen Bedingungen versteht man insbesondere das Vorhandensein (und die Befähigung!) von

- Lagerungs- und Ruhemöglichkeiten,
- Reanimationsmöglichkeiten und
- Möglichkeiten zur Schockbehandlung.

Als weitere Voraussetzung für die Abrechnung legt Bereich IV Abschnitt 31.2.1 Nr. 9 fest, dass

»die Leistungserbringung gemäß 2.1 der Allgemeinen Bestimmungen nur dann vollständig gegeben [ist], wenn bei der Berechnung die Angabe der OPS-301-Prozedur(en) in der gültigen Fassung erfolgt. Die Diagnosen sind nach dem ICD-10-Diagnoseschlüssel (ICD-10-GM) in der gültigen Fassung anzugeben.«

Der erst im Jahr 1993 in das SGB V aufgenommene § 115b regelt die grundsätzliche Zulassung des Krankenhauses zum ambulanten Operieren. Im Unterschied zu ambulanten Operationen des Vertragsarztes ist diese Behandlungsform dadurch gekennzeichnet, dass keine persönliche, sondern eine institutionelle Ermächtigung des Leistungserbringers, also des Krankenhauses, erfolgt. Konkretisiert wird diese im Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V, der in seiner aktuellen Fassung auf den 18.12.2023 datiert. Ergänzt wird dieser Vertrag durch seine Anlagen: den Katalog der ambulanten Operationen und stationsersetzenenden Eingriffe, der in der Regel jährlich überarbeitet wird.

1.4 Zielgruppen des Ambulanzcontrollings

Je nach Ausprägung des Ambulanzbetriebs existieren unterschiedliche Zielgruppen für das Controlling. Ausgehend von der kleinsten Einheit des Ambulanzbetriebs,

einer vertragsärztlichen Einzelpraxis, ist hier der Vertragsarzt selbst bzw. im Falle einer Ermächtigungspraxis im Krankenhaus der ermächtigte Krankenhausarzt zu nennen. Je nach Trägerstruktur der Ambulanz hat im Falle einer Holding der Träger selbst ein großes Interesse an verlässlichen Daten aus dem Ambulanzcontrolling. Dies ist bspw. der Fall bei Medizinischen Versorgungszentren oder bei kapitalge- tragenen Ambulanzbetrieben.

Im Fall einer Ermächtigungspraxis im Krankenhaus hat die Geschäftsführung auf Grund der Verflechtungen mit dem stationären Betrieb ein vitales Interesse, durch das Controlling mit zeitnahen Informationen versorgt zu werden. Im Falle größerer Organisationen wie bspw. dem Krankenhaus sind darüber hinaus Aufsichtsgremien als Zielgruppe zu nennen.

1.5 Aufgaben des Ambulanzcontrollings

Die Aufgaben des Ambulanzcontrollings können nach strategischen und operativen Inhalten differenziert werden.

Analog zu den Aufgaben im strategischen Management konzentrieren sich die strategischen Aufgaben des Ambulanzcontrollings auf die Betrachtung von Chancen und Risiken zur Ermittlung strategischer Vorteile. Der Ambulanzbetrieb versucht, Erfolgspotenziale zu steuern und seine Stärken und Schwächen in seinem Umfeld zu analysieren. Hierdurch soll das Ambulanzcontrolling an der Mitarbeit der Unternehmensstrategie beteiligt werden und so langfristig und nachhaltig eine Existenzsicherung des Ambulanzbetriebs erreichen. Im Fokus des strategischen Ambulanzcontrollings liegt die Koordination der strategischen Planung, die sich beispielsweise in der Durchführung strategischer Soll-Ist-Vergleiche oder der Ermittlung von Frühwarnsystemen ausdrückt.

Im Gegensatz hierzu widmet sich das operative Ambulanzcontrolling der Steuerung gesundheitsökonomischer Prozesse des Ambulanzbetriebs. Hier werden vorhandene Daten (in der Regel auf Basis einer strukturierten Leistungserfassung) verarbeitet und interpretiert. Das Ambulanzcontrolling liefert Entscheidungshilfen für die Planung, Budgetierung und Kontrolle und berichtet über diese Prozesse. Mit einer derartigen Vorgehensweise sollen Plan- und Budgetabweichungen, Schwachstellen, Stärken und Schwächen im Gesundheitsbetrieb ausgespürt werden.

Im eigentlichen medizinischen Leistungsprozess dient das Ambulanzcontrolling der Analyse und Bewertung von Behandlungskonzepten und Behandlungsalternativen. Als Gesprächspartner und Berater des Ambulanzmanagements kommt dem Ambulanzcontroller die Aufgabe einer Unterstützung der Unternehmensleitung zu. Darüber hinaus soll das Ambulanzcontrolling im Gesundheitsbetrieb die Berichterstattung an Verbände und staatliche Stellen ermöglichen.

Im Einzelnen lassen sich folgende Aufgaben des Ambulanzcontrollings unterscheiden:

- Dokumentationsfunktion
- Steuerungs- und Kontrollfunktion
- Transparenzfunktion
- Planungsfunktion
- Beratungsfunktion

Die Aufgabe der Dokumentation besteht darin, eine u. U. bereits vorhandene Struktur im Ambulanzbetrieb zu entwickeln bzw. auszubauen. Leistungen müssen kalkuliert, erfasst, verglichen und für medizinische und betriebswirtschaftliche Fragestellungen festgehalten werden.

Darüber hinaus ist das interne Unternehmensgeschehen zu beobachten und bei Bedarf zu steuern. Hierzu ist ein ständiger Abgleich der Unternehmensziele, der Leistungsprozesse und der Entwicklung der Umwelt erforderlich. Im Bedarfsfall müssen – sofern das möglich ist – kurzfristige Anpassungsprozesse erfolgen, die auf Basis von Abweichungsanalysen und mit Hilfe von Frühwarnsystemen entdeckt werden. Selbstverständlich besteht die finale Aufgabe dieses rollierenden Prozesses darin, die erreichten Ergebnisse zu kontrollieren und u. U. weitere Anpassungen vorzunehmen.

Für Transparenz sorgt das Ambulanzcontrolling in Bezug auf Strategie, Ergebnis, Finanzen und Prozesse. Durch seine Unterstützung werden Inhalte mit Hilfe zahlenmäßiger Darstellungen objektiviert und Sachverhalte berichtet.

Unter dem Aspekt der Planung obliegt dem Ambulanzcontrolling zudem die Aufgabe, die strategische und operative Planung zu erstellen und zu koordinieren.

Eine der anspruchsvollsten Aufgaben des Controllings besteht in der Moderation existierender Managementprozesse.

2 Gebührenordnungen als Basis des Ambulanzcontrollings

In diesem Kapitel erfahren Sie...

- warum Gebührenordnungen Einfluss auf das Ambulanzcontrolling haben.
- worin der Unterschied zwischen Leistungen für gesetzlich Versicherte und für Selbstzahler und Privatpatienten besteht.
- wie der Einheitliche Bewertungsmaßstab aufgebaut ist und warum ihn auch der Ambulanzcontroller kennen muss.
- warum Fall nicht immer gleich Fall ist.
- wie Mengenüberschreitungen im ambulanten Sektor reguliert werden.
- was ambulante Operationen im vertragsärztlichen und im stationären Sektor sind und wo man sie findet.
- warum der Controller bei simultanen Leistungen aufpassen muss.

2.1 Einheitlicher Bewertungsmaßstab

Anders als im stationären Bereich erfolgt die Vergütung der ambulanten Leistungen für gesetzlich Versicherte in einem mittelbaren Vertrags- und Abrechnungsverhältnis. Als Vertreter der Vertragsärzte (früher: Kassenärzte) vertritt die zuständige Kassenärztliche Vereinigung den einzelnen Arzt gegenüber den Krankenkassen.

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (hier: § 85 SGB V) sieht vor, dass die Krankenkasse nach Maßgabe der Gesamtverträge an die jeweilige Kassenärztliche Versicherung mit befreiender Wirkung eine Gesamtvergütung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Mitglieder mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung einschließlich der mitversicherten Familienangehörigen entrichtet. Hierzu vereinbaren die Kassenärztliche(n) Bundesvereinigung(en) mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen durch Bewertungsausschüsse als Bestandteil der Bundesmantelverträge einen Einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen und einen Einheitlichen Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen (vgl. § 87 SGB V). Der Einheitliche Bewertungsmaßstab bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Die Bewertungsmaßstäbe sind in bestimmten Zeitabständen

ausch aufgrund zu überprüfen, ob die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertungen noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Erfordernis der Rationalisierung im Rahmen wirtschaftlicher Leistungserbringung entsprechen.

Der Begriff der Leistung oder des Leistungskomplexes bezieht sich auf abrechnungsfähige Gebührenordnungspositionen. Hierbei ist der Umfang der Leistungen und deren Nennung maßgeblich. Was nicht im EBM steht, kann auch nicht abgerechnet werden, auch nicht in analoger Form.

Ein Vergütungsanspruch für eine erbrachte Leistung besteht nur, sofern der Arzt die Leistung nach den Regeln der ärztlichen Kunst im Rahmen der medizinisch notwendigen ärztlichen Versorgung erbracht hat.

Darüber hinausgehende Leistungen können nur abgerechnet werden, wenn sie auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht wurden.

2.2 Gebührenordnung für Ärzte

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist ebenfalls ein ambulanter Abrechnungstarif, der jedoch unmittelbar durch die Legislative erlassen wurde. Die Hauptaufgabe der GOÄ besteht darin, die Abrechnung der ambulanten Behandlung von Selbstzahlern oder diesen gleichgestellten Personen abzubilden. Hierunter werden auch diejenigen Versicherten subsumiert, die faktisch als Selbstzahler behandelt werden, für deren Kostenerstattung aber ein privates Versicherungsunternehmen oder eine Organisation (z. B. das Bundesland oder die Bundesrepublik Deutschland) ganz oder teilweise einsteht. Die GOÄ entfaltet ihre Wirkung daher auch auf Bundesbeamte, Postbeamte der Mitgliedergruppe B und die Versicherten der Unfallversicherungsträger (hier: UV-GOÄ).

Neben dieser direkten Bedeutung für die Ermittlung der Gebühren existieren zwei Bereiche, deren Finanzierung GOÄ-ähnlich erfolgt. Es sind einerseits Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung, die sog. Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) in Anspruch nehmen, und andererseits Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung, die den Mechanismus der Kostenerstattung gewählt haben. Letzteres bedeutet, dass die Versicherten zunächst wie selbstzahlende Patienten behandelt werden und nach Abschluss der Behandlung eine Rechnung erhalten. Diese reichen sie bei ihrer Krankenversicherung ein, die dann die Ziffern nach der GOÄ in Gebührenziffern des EBM übersetzt und dem Versicherten dessen (i. d. R. geringeren) Gebührensätze erstattet.

Ein Vergütungsanspruch für eine erbrachte Leistung besteht nur, sofern der Arzt die Leistung nach den Regeln der ärztlichen Kunst im Rahmen der medizinisch notwendigen ärztlichen Versorgung erbracht hat.

Hierbei werden an den Begriff des »Arztes« keine weiteren Bedingungen geknüpft. Für die Leistungserbringung muss der Arzt über eine ärztliche Approbation oder über eine – i. d. R. zeitlich befristete – Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen