

# Neue Versorgungswege Einzelverträge mit den Kostenträgern

Prof. Dr. Jürgen Alberty

Klinik und Poliklinik  
für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde  
Universitätsklinikum Münster  
DRG-Kommission der DG HNOKHC



# Problemstellung

Ambulantes Operieren  
nach §115b  
(sofern im Katalog!)

Stationäre  
Behandlung

**HNO-  
Leistung**

- ambulant machbar
- aber nicht kostendeckend

Ambulante  
Behandlung

Alternativen?

# Refinanzierung aufwändiger ambulanter Leistungen

- Ambulante Operationen nach §115b Sozialgesetzbuch V
  - Definition durch Prozedurenkatalog
- Ambulante Leistungen nach §116ff Sozialgesetzbuch V
  - § 116  
Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte bei Unterversorgung
  - § 116a  
Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung
  - § 116b  
Ambulante Behandlung im Krankenhaus
- Alternativen??



# Ambulante Operationen

- Gleiche Regeln für Vertragsärzte und Krankenhäuser
- Nur Eingriffe im Leistungskatalog!! (starre Endoskopien z.B. nicht enthalten!)
- Vergütung über den Leistungskatalog der Kassenärztlichen Vereinigung (EBM 2008)
- Komplexe Leistungen bei niedrigen Punktwerten im Krankenhaus i.d.R. nicht kostendeckend!

## § 115b

### Ambulantes Operieren im Krankenhaus

(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam, die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren

1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe,
2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte und
3. Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit.

....

# KV-Ermächtigung

- Für besondere Versorgungsbereiche zu beantragen
- Personengebunden mit „persönlicher“ Leistungserbringung (oft: Chefarzt)
- In der Regel nur auf Zuweisung von HNO-Fachärzten
- An den Leistungskatalog der Kassenärztlichen Vereinigung gebunden (EBM 2008)
- Komplexe Leistungen bei niedrigen Punktwerten i.d.R. nicht kostendeckend!

## § 116

### **Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte**

Krankenhausärzte mit abgeschlossener Weiterbildung können mit Zustimmung des Krankenhausträgers vom Zulassungsausschuß (§ 96) zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Krankenhausärzten nicht sichergestellt wird.

# „Instituts“-Ermächtigung

- Für besondere Versorgungsbereiche zu beantragen
- Unterversorgung muss festgestellt werden
- An den Leistungskatalog der Kassenärztlichen Vereinigung gebunden (EBM 2008)
- Komplexe Leistungen bei niedrigen Punktwerten i.d.R. nicht kostendeckend!

## **§ 116a**

### **Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung**

Der Zulassungsausschuss kann zugelassene Krankenhäuser für das entsprechende Fachgebiet in den Planungsbereichen, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Unterversorgung festgestellt hat, auf deren Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen, soweit und solange dies zur Deckung der Unterversorgung erforderlich ist.

# „Öffnung der Krankenhäuser“ für hochspezialisierte Leistungen

- Nur für besondere Leistungen
  - im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme
  - Liste hochspezialisierter Leistungen (§116b Absatz 3)
- Hoher Aufwand für das Zulassungsverfahren
- Direkte Abrechnung mit den Krankenkassen!

## § 116b

### Ambulante Behandlung im Krankenhaus

(1) Die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen oder die Verbände der Ersatzkassen können mit zugelassenen Krankenhäusern, die an der Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137g teilnehmen, Verträge über ambulante ärztliche Behandlung schließen ...

(2) Die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen oder die Verbände der Ersatzkassen können mit zugelassenen Krankenhäusern Verträge über die ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen sowie zur Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen schließen ...

...

(5) Die auf Grund eines Vertrages nach Absatz 2 von den Krankenhäusern erbrachten Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Die Vergütung hat der Vergütung vergleichbarer vertragsärztlicher Leistungen zu entsprechen. Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität erfolgt durch die Krankenkassen.

Alternativen?

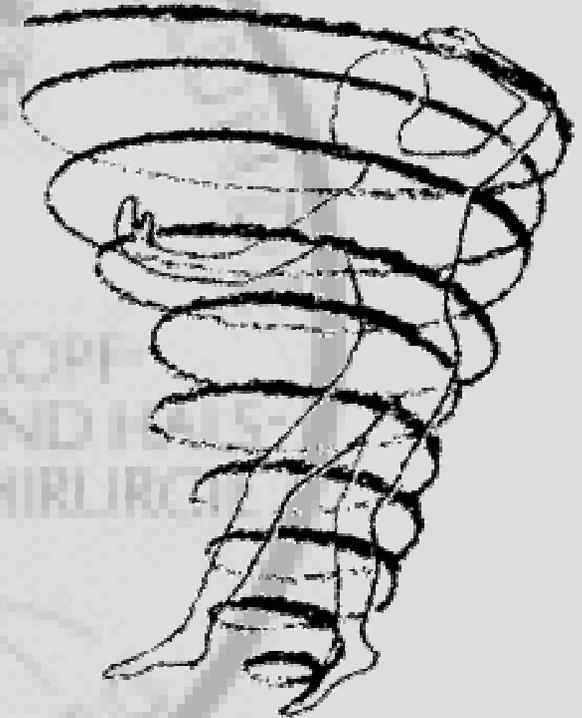


# Auszüge aus der Präambel zum Katalog der G-AEP-Kriterien

Die Kriterien können nicht alle stationären Behandlungsnotwendigkeiten abbilden (z.B. subakute Zustände, akute Exazerbation chronischer Erkrankungen). Das kann auch auf Fälle zutreffen, in denen sich durch eine Verdichtung diagnostischer bzw. therapeutischer Maßnahmen ein deutlicher Zusatznutzen durch die stationäre Behandlung erwarten lässt und dies nachvollziehbar dokumentiert wird.

# Problem: Aufwändige Diagnostik bei unklarem Schwindel (M. Meniere)

- Diagnostik bei Verdacht auf M. Meniere
  - ECochG
  - Glycerin-Test
  - ENG, CNG
  - BERA ...
- Komprimierte Diagnostik wünschenswert
- Ambulante Vergütung (Ambulanzpauschale) nicht kostendeckend

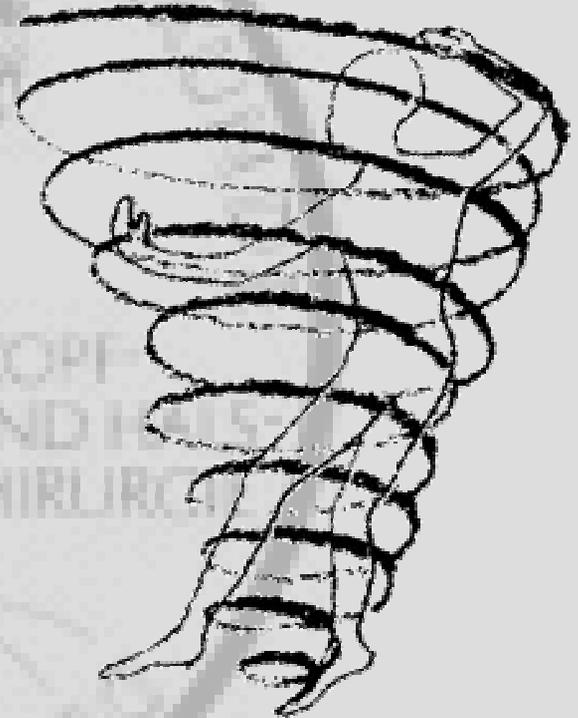


# MDK-Gutachten

## Stationäre Leistungserbringung abgelehnt!

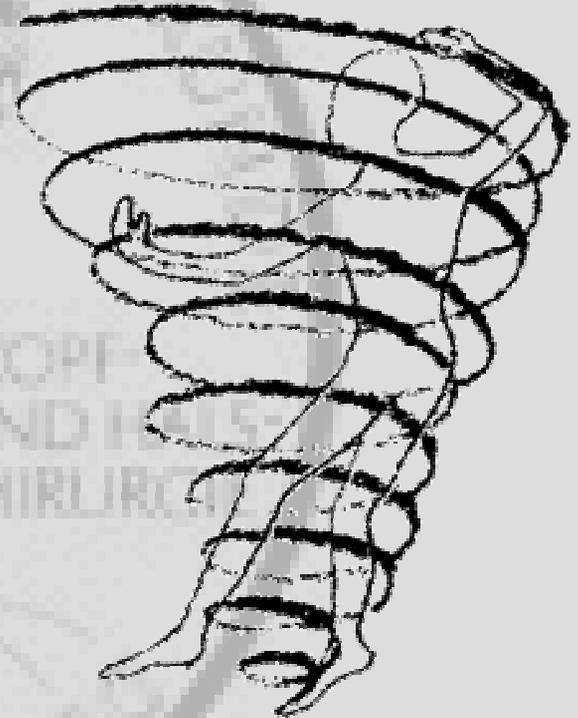
### Gutachten MDK Westfalen-Lippe

- Medizinische Notwendigkeit einer ca. 8-stündigen VWD in HNO-Klinik des UKM aufgrund des Umfangs der durchgeführten diagnostischen Maßnahmen bei Morbus Meniere und der erheblichen Beeinträchtigung der Patienten
- Notwendigkeit einer Übernachtung unter stationären Bedingungen besteht nicht!



# Lösung: Tagesstationäre Diagnostik zum „Pauschalpreis“

- Individuelle Vereinbarung mit den Krankenkassen
- Konkret: Abrechnung eines individuell ausgehandelten Pauschalbetrages im Rahmen der Abrechnung nach § 115b
- Aktuell vereinbarte Höhe: 380 € / Fall



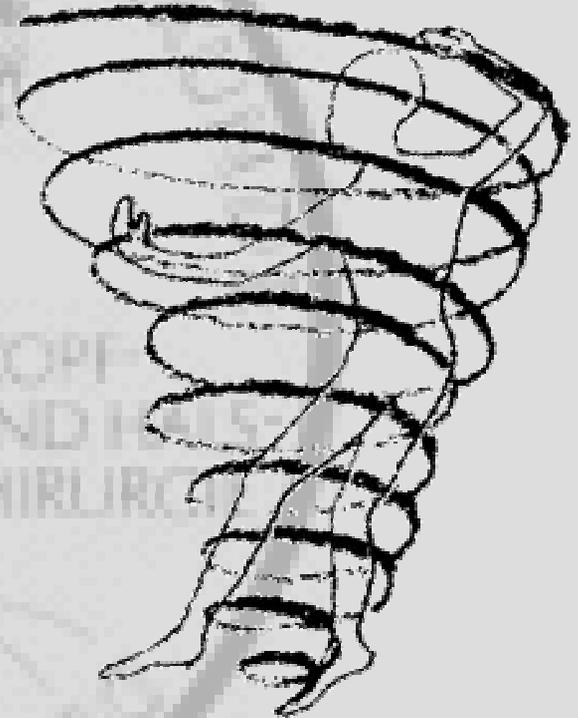
# Win-Win-Situation für Patienten, Klinik und Kostenträger

- Patienten erhalten Zusatznutzen durch Diagnoseverdichtung
- UKM erhält einen Betrag deutlich oberhalb der Hochschul-Ambulanz-Pauschale
- Kostenträger zahlt Betrag unterhalb der DRG-Pauschale



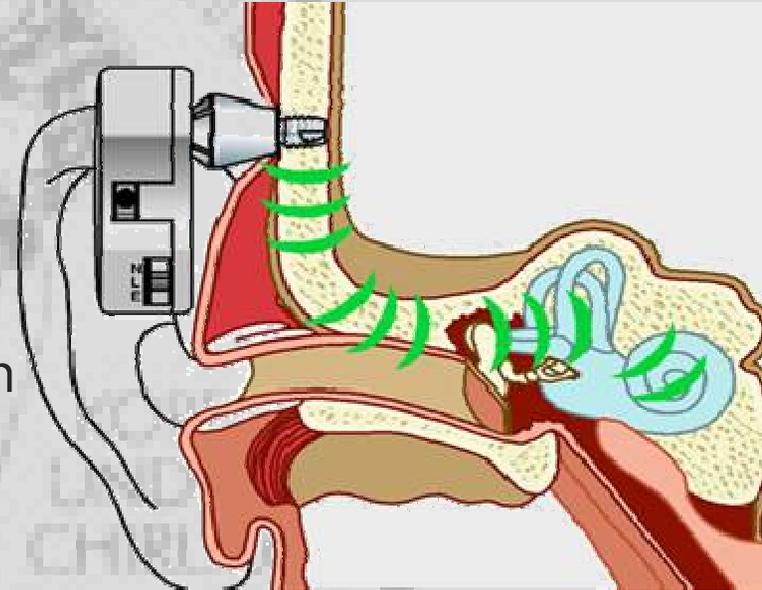
# Aktuelle Vereinbarungen

- DAK
- AOK Niedersachsen
- mehrere kleinere BKKs

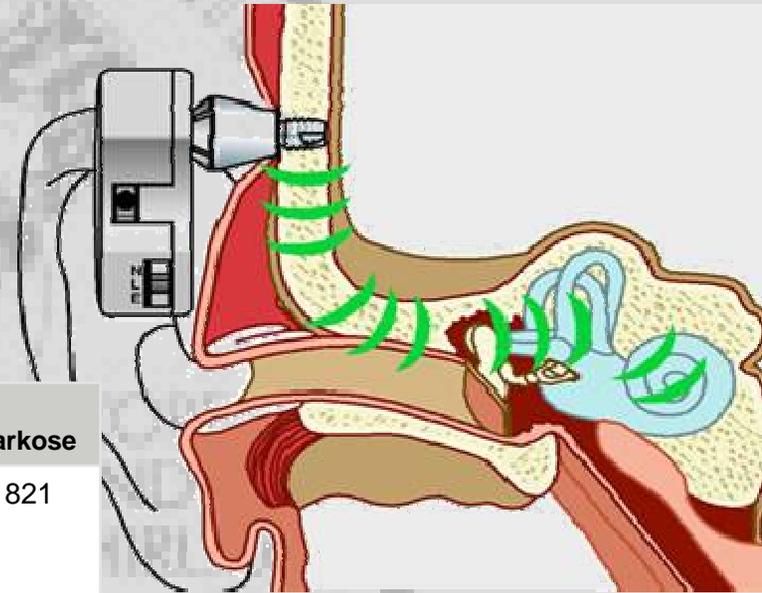


# Problem: Ambulante Operationen außerhalb des Katalogs nach §115b

- Beispiel:  
Implantation des Knochenankers bei BAHA-Versorgung
- Stationäre Leistungserbringung nach DRGs wird bei „gesunden“ Erwachsenen i.d.R. nicht akzeptiert



# Lösung: Einzelvertragliche Regelung nach EBM



Bezeichnung OPS 2008	Kategorie	OP-Leistung		Überwachung	Nachbeh. Operat.	Narkose
5-209.3↔	Andere Operationen am Mittel- und Innenohr: Implantation von Knochenankern	N1	31231	31502	31657	31821
Punkte			2415	710	245	2375
<b>Erlös (PW 5,11 Cent)</b>	<b>293,57 €</b>		<b>123,41</b>	<b>36,28</b>	<b>12,52</b>	<b>121,36</b>

# Kennen Sie weitere Alternativen??



Kreska Dvůrka Bláček