

Merkblatt § 115a

Verständnis der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg hinsichtlich der vor- und nachstationären Behandlung nach § 115a SGB V auf Grundlage der aktuellen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG)

Eine gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor ist insbesondere an der Schnittstelle der vor- und nachstationären Behandlung von Patienten sehr wichtig. Auf Grund der aktuellen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) im Zusammenhang mit § 115a SGB V entstanden **in beiden Sektoren** Fragestellungen, die im Hinblick auf eine auch künftig gute Zusammenarbeit zum Wohl der Patienten für die Ärzte in beiden Sektoren lösungsorientiert beantwortet werden müssen. Die Umsetzung in der täglichen Arbeit steht jedoch noch aus, ebenso eine dringend erforderliche Reaktion auf Bundesebene. Die KVBW positioniert sich daher bis auf weiteres wie folgt, ohne hierdurch eine Bewertung bereits bestehender, freiwilliger Verträge nach § 115a SGB V zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Vertragsärzten vorzunehmen:

1. Die Indikation zu einer vor- oder nachstationären Behandlung gemäß § 115a SGB V stellt das Krankenhaus beziehungsweise der Krankenhausarzt, wenn er diese für erforderlich hält. In diesem Zusammenhang ist der Grundsatz „ambulant vor (vor- und nach-) stationär“ zu beachten.
2. Eine nachstationäre Behandlung nach § 115a SGB V ist dann gegeben und durch das Krankenhaus zu erbringen, wenn die Behandlung **aus medizinischen Gründen nur mit den besonderen Mitteln des Krankenhauses** erfolgen kann. Dies ist insbesondere bei komplizierten Wunden oder bei problematischen Wundheilungsprozessen der Fall, so das BSG. Diese Leistungen sind von den Krankenhausvergütungen umfasst. Dies gilt jedoch nach der Rechtsprechung des BSG nicht für unkomplizierte Verläufe (z. B. primäre Wundheilung) und deren Nachbehandlung einschließlich z.B. Fadenzug nach der Entlassung aus dem Krankenhaus. Diese Leistungen sind durch den niedergelassenen Vertragsarzt zu Lasten der vertragsärztlichen Gesamtvergütung zu erbringen.
3. Der niedergelassene Vertragsarzt hat vor einer Einweisung nur **die zum Stellen der Indikation der stationären Behandlung** eines Patienten erforderliche Diagnostik durchzuführen und der Einweisung alle für die Indikationsstellung relevanten Unterlagen beizufügen, **sofern sie ihm vorliegen**. Je nach Fallkonstellation kann die Stellung einer klinischen Diagnose hierfür ausreichend sein.
Dieser Grundsatz ergibt sich zum einen aus dem zwischen den Landesverbänden der Kranken- und den Ersatzkassen, der KVBW und der BWKG geschlossenen dreiseitigen baden-württembergischen Landesvertrag nach § 115 Absatz 2 Nr. 2 SGB V zur gegenseitigen Unterrichtung und Überlassung von Krankenunterlagen. In § 3 Absatz 1 heißt es zur Überlassung von Krankenunterlagen bei der Krankenaufnahme des Patienten:
„Zur Unterstützung der stationären Diagnostik und Therapie, der Vermeidung von Doppeluntersuchungen und der Verkürzung der Verweildauer stellt der Kassen-/Vertragsarzt dem Krankenhaus alle für die stationäre Behandlung bedeutsamen Unterlagen hinsichtlich Anamnese, Diagnostik und ambulanter Therapie zusammen

mit der Verordnung von Krankenhausbehandlung zu Verfügung.“ Eine entsprechende Regelung auf Bundesebene enthält außerdem auch die Krankenhausbehandlungs-Richtlinie des G-BA. In § 6 heißt es zur Zusammenarbeit von Vertragsarzt und Krankenhaus:

„Zur Unterstützung der Diagnostik und Therapie, der Vermeidung von Doppeluntersuchungen und der Verkürzung der Verweildauer im Rahmen der Krankenhausbehandlung hat der Vertragsarzt der Verordnung von Krankenhausbehandlung die für die Indikation der stationären Behandlung des Patienten bedeutsamen Unterlagen hinsichtlich Anamnese, Diagnostik und ambulanter Therapie beizufügen, soweit sie ihm vorliegen.“

4. Die Rechtsprechung des BSG führt dennoch dazu, dass Verweisungen eines Patienten in den jeweils anderen Sektor erforderlich werden können. Das Patientenwohl hat hierbei selbstverständlich immer oberste Priorität.
 - Verweisung des Patienten durch den Krankenhausarzt an den zuständigen Vertragsarzt: Ein Patient darf dann in den jeweils anderen Sektor zurück verwiesen werden, wenn der vertragsärztliche Bereich im Falle einer Einweisung in das Krankenhaus die zur Stellung der stationären Indikation notwendigen Diagnostik erkennbar „pflichtwidrig“ (= BSG), das heißt, nicht umfassend durchgeführt hat, oder
 - Verweisung des Patienten durch den Vertragsarzt an das zuständige Krankenhaus: Ein Patient darf dann in den jeweils anderen Sektor zurück verwiesen werden (= ohne Überweisung), wenn im Falle einer nachstationären Behandlung innerhalb des gesetzlich hierfür festgelegten Zeitrahmens (i. d. R. sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung) derartige medizinische Komplikationen auftreten, die die Behandlung des Patienten aus medizinischen Gründen durch das Krankenhaus, also mit den Mitteln des Krankenhauses (= BSG), erforderlich machen. In entsprechenden Fallkonstellationen schlagen wir für alle Beteiligten eine enge, insbesondere auch mündliche Kommunikation vor. Eine ausschließlich schriftliche Kommunikation über Arzt-/Entlassbrief sollte in diesen Fällen nur dann gewählt werden, wenn eine telefonische Erreichbarkeit zwischen den Ärzten beider Sektoren im Einzelfall nicht möglich ist.
5. Eine Beauftragung niedergelassener Vertragsärzte zu vor- und nachstationärer Behandlung nach § 115a Abs. 1 Satz 2 SGB V sollte unter Berücksichtigung der vorgenannten Definitionen erfolgen. Das heißt, das Krankenhaus kann diese Leistungen auch durch hierzu ausdrücklich beauftragte niedergelassene Vertragsärzte in der Arztpraxis erbringen lassen, sofern diese über die erforderliche sächliche und personelle Praxisausstattung verfügen.

Zusammenfassung

- Hinsichtlich der **prästationären Diagnostik** hat der niedergelassene Vertragsarzt ausschließlich das durchzuführen, was zur Stellung der stationären Indikation erforderlich ist. Hierfür kann in bestimmten Fällen auch eine klinische Diagnose ausreichend sein.
- Eine **nachstationäre Behandlung** im Sinne des § 115a SGB V kann zu Lasten des Krankenhauses im gesetzlich definierten Zeitrahmen nur dann vereinbart werden, wenn das Krankenhaus dies veranlasst **oder** der Vertragsarzt z. B. schwere poststationäre Komplikationen nach Entlassung erkennt, die eigentlich durch das Krankenhaus behandelt werden müssten, für die das Krankenhaus auf Grund besonderer Umstände jedoch den Vertragsarzt mit der Behandlung beauftragt. § 115a SGB V regelt ausschließlich die

vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus sowie die Möglichkeit für das Krankenhaus, hierzu niedergelassene Ärzte vertraglich beauftragen zu können. Dem Krankenhaus ist es darüber hinaus unbenommen, jedenfalls unstrittig **stationäre Leistungen** in Form von freiwilligen Verträgen mit anderen Leistungserbringern „out to sourcen“ (z. B. Labor). Solche Verträge stehen in keinerlei *Zusammenhang mit der Beauftragung niedergelassener Vertragsärzte im Rahmen von vor- oder nachstationären Leistungen nach § 115a SGB V.*

Fazit

Durch die aktuelle BSG-Rechtsprechung ist quasi ein Widerspruch zum Gesetzeswortlaut bezüglich vor- und nachstationärer Behandlung nach § 115a SGB V entstanden: Trotz des Grundsatzes „ambulant vor stationär“, der durch das BSG letztendlich so ausgelegt wird, dass eigentlich alle Leistungen, die ambulant erbracht werden **können**, auch im ambulanten Sektor **zu erbringen** und somit **aus der Gesamtvergütung zu vergüten** sind, besteht dennoch ein Spielraum für die Beauftragung niedergelassener Vertragsärzte zur Erbringung – insbesondere auch nachstationärer – Leistungen nach § 115a SGB V. Dieser Widerspruch kann derzeit von uns leider nicht gelöst werden. Dies ist Aufgabe des Gesetzgebers, darauf weisen wir in Berlin nachdrücklich hin.