

Thomas Kolb

# CONTROLLING AMBULANTER LEISTUNGEN

**Kohlhammer**

**Kohlhammer**

## Der Autor



Prof. Dr. Thomas Kolb (Jahrgang 1966) ist Professor für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, insbesondere Gesundheitsmanagement und Rechnungswesen, im Studiengang Gesundheitsökonomie am Fachbereich Wiesbaden Business School der Hochschule RheinMain. Seine Schwerpunkte liegen in den Grundlagen der Gesundheitsökonomie, der Erbringung und Abrechnung ambulanter Leistungen, der Krankenhausfinanzierung und Krankenhausplanung und im internen und externen Rechnungswesen der Gesundheitsbetriebe. Seit 2022 ist er Mitglied des Expertenpools gemäß § 92b Absatz 6 SGB V beim Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Thomas Kolb

# **Controlling ambulanter Leistungen**

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

Dieses Werk enthält Hinweise/Links zu externen Websites Dritter, auf deren Inhalt der Verlag keinen Einfluss hat und die der Haftung der jeweiligen Seitenanbieter oder -betreiber unterliegen. Zum Zeitpunkt der Verlinkung wurden die externen Websites auf mögliche Rechtsverstöße überprüft und dabei keine Rechtsverletzung festgestellt. Ohne konkrete Hinweise auf eine solche Rechtsverletzung ist eine permanente inhaltliche Kontrolle der verlinkten Seiten nicht zumutbar. Sollten jedoch Rechtsverletzungen bekannt werden, werden die betroffenen externen Links soweit möglich unverzüglich entfernt.

1. Auflage 2024

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-044325-9

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-044326-6

epub: ISBN 978-3-17-044327-3

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b> .....	<b>9</b>
<b>1 Controlling als Werkzeug des Ambulanzmanagements</b> .....	<b>11</b>
1.1 Begriff und Merkmale des Controllings .....	11
1.2 Besonderheiten des Ambulanzbetriebs .....	12
1.3 Möglichkeiten des Zugangs in den ambulanten Sektor .....	13
1.3.1 Persönliche und institutionelle Zulassung .....	13
1.3.2 Vertragsärztliche Tätigkeit und Ermächtigung .....	14
1.3.3 Ambulante Operationen in Vertragsarztpraxis und Krankenhaus .....	15
1.4 Zielgruppen des Ambulanzcontrollings .....	16
1.5 Aufgaben des Ambulanzcontrollings .....	17
<b>2 Gebührenordnungen als Basis des Ambulanzcontrollings</b> .....	<b>19</b>
2.1 Einheitlicher Bewertungsmaßstab .....	19
2.2 Gebührenordnung für Ärzte .....	20
2.3 Aufbau der Anhänge des Einheitlichen Bewertungsmaßstab	21
2.4 Vergütungssystematik des Einheitlichen Bewertungsmaßstab	26
2.5 Unterschiede in den Falldefinitionen des Ambulanzbetriebs	28
2.6 Regelleistungsvolumen zur Vermeidung des Erlösverfalls ....	29
2.7 Inhalte von Leistungen .....	35
2.8 Abbildung der ambulanten Operationen in Form von Katalogen .....	38
2.8.1 Grundlagen der Abrechnung ambulanter Operationen nach dem EBM .....	38
2.8.2 Ambulantes Operieren nach § 115b SGB V .....	41
2.9 Simultaneingriffe als besondere Herausforderung für das Ambulanzcontrolling .....	42
<b>3 Grundlagen der Kostenrechnung im Ambulanzbetrieb</b> .....	<b>45</b>
3.1 Begriff der Erlöse .....	45
3.2 Differenzierung der Kostenbegriffe .....	46
3.2.1 Allgemeine Definition der Kosten .....	46
3.2.2 Differenzierung der Kostenbegriffe .....	47
3.2.3 Kostenverrechnungsprinzipien .....	55
3.2.4 Verlauf der Kosten-, Erlös- und Gewinnfunktion im Ambulanzbetrieb .....	58

3.2.5	Nutz- und Leerkosten .....	61
3.2.6	Selbstkosten und Plankosten .....	63
3.2.7	Allgemeine und Besondere Kosten .....	64
3.2.8	Sprechstundenbedarf zur Vereinfachung der Kostenerstattung .....	64
3.2.9	Kostenpauschalen zur Pauschalierung des Aufwands	66
3.3	Verrechnung der Kosten innerhalb des Ambulanzbetriebs ...	68
3.3.1	Kostenstellen als ordnendes Element im Ambulanzbetrieb .....	68
3.3.2	Betriebsabrechnungsbogen als ordnendes Instrument	69
<b>4</b>	<b>Leistungserfassung im Ambulanzbetrieb .....</b>	<b>77</b>
4.1	Motivation der Leistungserfassung .....	77
4.2	Ziele der Leistungserfassung .....	78
4.3	Zweck und Gründe .....	78
4.4	Anforderungen an eine sachgerechte Leistungserfassung .....	79
4.5	Mögliche Organisationsformen der Leistungserfassung .....	80
<b>5</b>	<b>Werkzeuge zur Analyse des Ambulanzgeschehens .....</b>	<b>82</b>
5.1	Kennzahlen zur Beschreibung der Leistung .....	82
5.1.1	Allgemeine betriebswirtschaftliche Kennzahlen .....	82
5.1.2	Spezielle Kennzahlen der ambulanten Leistungserbringung .....	85
5.1.3	Auch Ambulanzcontroller sitzen manchmal im Cockpit .....	89
5.2	Soll-Ist-Vergleich zur Abstimmung von Planung und Realität	91
5.3	Priorisierung mit Hilfe der ABC-Analyse .....	93
5.3.1	Wesen der ABC-Analyse .....	93
5.3.2	Vorgehensweise zur Durchführung der ABC-Analyse	94
5.3.3	Konsequenzen aus der Anwendung der ABC-Analyse	96
5.4	Vorhersage des Verbrauchs durch Anwendung der XYZ- Analyse .....	97
5.4.1	Notwendige Ergänzung der ABC-Analyse .....	97
5.4.2	Mathematische Umsetzung und Konsequenzen der XYZ-Analyse .....	98
5.4.3	Bewertung der XYZ-Analyse .....	101
5.5	Deckungsbeitragsrechnung zur Aufdeckung versteckter Defizite .....	102
5.5.1	Probleme mit den Vollkosten im Ambulanzbetrieb ..	102
5.5.2	Definition des Deckungsbeitrags .....	104
5.6	Gewinnschwellenrechnung .....	106
5.7	Analyse der Erlössituation durch die Break-Even-Analyse ....	109
5.7.1	Grundlegende Analyse von Umsatz und Menge .....	109
5.7.2	Veränderung des Break-Even-Umsatzes und der Break-Even-Menge durch Variation der Eingangsparameter .....	112

5.7.3	Erweiterung der Break-Even-Analyse durch spezielle Kennzahlen .....	113
5.8	Portfolioanalyse zur Unterstützung strategischer Entscheidungen .....	115
5.8.1	Definition und Ziel des Portfolios .....	115
5.8.2	Aufbau des Portfolios .....	116
5.9	Forderungsmanagement zur Sicherung der Liquidität im Ambulanzbetrieb .....	119
5.9.1	Beweggründe eines konsequenten Forderungsmanagements .....	119
5.9.2	Kennzahlen des Forderungsmanagements .....	119
5.9.3	Working Capital .....	121
5.9.4	Erweiterte Analyse des Forderungsprozesses im Ambulanzbetrieb .....	123
5.10	Plankostenrechnung im Ambulanzbetrieb .....	125
5.10.1	Wesen und Aufgabe .....	125
5.10.2	Starre Plankostenrechnung .....	125
5.10.3	Flexible Plankostenrechnung .....	128
<b>6</b>	<b>Kalkulation der ambulanten Leistung .....</b>	<b>132</b>
6.1	Aufgabe der Kalkulation im Ambulanzbetrieb .....	132
6.2	Kalkulationsverfahren im Überblick .....	133
6.2.1	Bildung von Kalkulationssätzen .....	133
6.2.2	Divisionskalkulation .....	134
6.2.3	Äquivalenzziffernkalkulation .....	136
6.2.4	Zuschlagskalkulation .....	138
6.3	Zielkostenrechnung als Möglichkeit des Kostenmanagements .....	140
6.3.1	Wesen der zielorientierten Preisermittlung .....	140
6.3.2	Verfahren zur Zielkostenfestlegung .....	143
6.3.3	Aufspaltung der Kosten .....	144
6.3.4	Verfahren der Zielkostenrechnung anhand eines Beispiels .....	145
6.3.5	Vor- und Nachteile der Zielkostenrechnung .....	148
6.3.6	Übertragung der Zielkostenrechnung auf das Gesundheitswesen .....	148
6.4	Optimale Preisbildung durch den Cournotschen Punkt .....	150
6.4.1	Motivation einer Preisbildung im Ambulanzbetrieb ...	150
6.4.2	Preis-Absatz-Funktion als Hilfsmittel des Ambulanzcontrollings .....	150
6.4.3	Herleitung des Cournotschen Punkts .....	152
<b>7</b>	<b>Reporting im Ambulanzbetrieb .....</b>	<b>155</b>
7.1	Aufgaben des Reportings .....	155
7.2	Rechtsgrundlagen des Reportings .....	155
7.3	Störgrößen des Reportings .....	157
7.4	Vor- und Nachteile von Standardberichten .....	159



<b>8</b>	<b>Personalbedarfsermittlung im Ambulanzbetrieb .....</b>	<b>160</b>
<b>9</b>	<b>Ein Wort zum Schluss .....</b>	<b>163</b>
	<b>Verzeichnisse .....</b>	<b>164</b>
	Abkürzungsverzeichnis .....	164
	Verzeichnis der englischen Begriffe .....	164
	Abbildungsverzeichnis .....	168
	Tabellenverzeichnis .....	169
	Literaturverzeichnis .....	170
	Stichwortverzeichnis .....	171

# Vorwort

Noch ein Buch zum Controlling und dann auch noch zum Ambulanzbetrieb. War das denn nötig? Diese Frage lässt sich recht einfach mit JA beantworten, denn dem geneigten Leser fällt bei seiner Literaturrecherche auf, dass zwar sehr viel Literatur zum Thema Controlling existiert, aber fast keine für das Controlling ambulanter Leistungen. Sehr erstaunlich, wo doch z. B. ca. 80 % der Patientenkontakte im Krankenhaus ambulanter Art sind. Im Krankenhaus werden ca. 17 Mio. Patienten pro Jahr behandelt, die in der Regel einen zusammenhängenden stationären Aufenthalt haben. Im ambulanten vertragsärztlichen Sektor finden ca. 560 Mio. Arzt-Patienten-Kontakte statt. Selbst wenn man davon ausgeht, dass hierbei in jedem der vier Quartale ein solcher Kontakt des Patienten mit dem Arzt auf Grund derselben Erkrankung erfolgt, bleiben dennoch 140 Mio. Fälle im Jahr.

Die Betrachtung ambulanter Leistungen ist wichtig! Das hat auch die Politik vor einigen Jahren bereits erkannt und versucht, mit zahlreichen Initiativen und Änderungen das Sozialgesetzbuch an die Erfordernisse der Gesundheitsversorgung anzupassen.

Doch die Materie ist sehr komplex. Im Gegensatz zum Controlling stationärer Leistungen muss der Controller ambulanter Leistungen zunächst die Grundlagen der ambulanten Abrechnung verstehen, beherrschen und auch beachten, denn sie hat Auswirkungen auf das Controlling der ambulanten Leistungen. Während die Abrechnung der stationären Leistungen recht einfach strukturiert ist und – bezogen auf die allgemeine Krankenhausleistung – für alle Fallkonstellationen auf demselben Tarif, den sog. Diagnosis Related Groups, fußt und den immer gleichen Regeln folgt, muss das Controlling ambulanter Leistungen nach Leistungsempfänger, Leistungserbringer und Leistungsgrund differenzieren und komplexe Sachverhalte wie parallele Leistungserbringung oder Vorgaben von Schnitt-Naht-Zeit-Kategorien beachten.

Doch der Aufwand lohnt sich und der Leser wird mit einer hochspannenden Thematik vertraut gemacht. Die Inhalte eignen sich für unterschiedliche Konstellationen des Ambulanzcontrollings. Sie helfen der Abteilung Ambulanzcontrolling im Krankenhaus ebenso wie dem ermächtigten Krankenhausarzt, der diese Aufgabe u. U. in Zusammenarbeit mit seiner Medizinischen Fachangestellten erbringt, dem Mitarbeiter eines Medizinischen Versorgungszentrums oder der niedergelassenen Vertragsärztin.

Meiner Frau vielen Dank für ihr Verständnis und Ihnen, lieber Leser, viel Vergnügen beim ersten Schritt in ein spannendes Abenteuer.

Thomas Kolb  
Rüdesheim, im Januar 2024



# 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 »contrerole« (= 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 Schiffslotse 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 Leistungsportfolio 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 Entbindungspfleger (§ 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 nichtzugelassene 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. eingriffsbezogener Verbandleistungen. Punktionen mit Nadeln, Kanülen und Biopsienadeln, sowie Kürettagen 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 stationersetzenden 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,