

## Sachkostenregelung beim krankenhausambulanten Operieren nach § 115 b

Die Sachkostenregelungen in den „Dreiseitigen Verträgen“ nach § 115 b SGB V sind ab dem 01.01.2005 durch die Schiedsentscheidung vom 18.03.2005 neu gefasst worden. Als Sachkostenregelung sollen bis zum 01.01.2006 Pauschalen vereinbart werden. Inzwischen ist erneut die Kündigung der Dreiseitigen Verträge ausgesprochen, so dass evtl. ab dem 01.07.2006 bereits wiederum mit anderen Regelungen zu den Sachkosten gerechnet werden muss.

Die Regelungen für die im Rahmen einer Ermächtigung tätig werdenden Anästhesisten bleiben hiervon unberührt, d.h. für die unten unter 2. aufgeführten Verbrauchsmaterialien und Arzneimittel werden Verordnungen im Rahmen der regionalen Sprechstundenbedarfsregelung ausgestellt. Arzneimittel zur „unmittelbaren Anwendung“ dürfen in diesem Fall auch über die krankenhausversorgende Apotheke bezogen werden, während Vertragsärzte dies über eine öffentliche Apotheke tun müssen.

Für im Krankenhaus tätige Anästhesisten, die im Rahmen des ambulanten Operierens nach § 115 b tätig werden, ist die Kenntnis der jeweils aktuellen Bestimmungen hierzu wichtig, da die Verwaltung ohne entsprechende Vorgaben der Anästhesiekosten keine vollständige Abrechnung des einzelnen Behandlungsfalles gegenüber den Krankenkassen durchführen kann.

Aus Sicht des EBM und der Dreiseitigen Verträge gliedern sich die Kosten folgendermaßen:

### 1. Mit dem Honorar der EBM-Ziffern sollen folgende Kosten vergütet sein:

- Allgemeine Praxiskosten,
- Kosten, die durch die Anwendung von ärztlichen Instrumenten und Apparaturen entstanden sind,
- Kosten für Einmalspritzen, Einmalkanülen, Einmaltrachealtuben, Einmalabsaugkatheter, Einmalhandschuhe, Einmalrasierer, Einmalharnblasenkatheter, Einmalskalpelle, Einmalproktoskope, Einmaldarmrohre, Einmalspekula und Einmalkürettten,
- Kosten für Reagenzien, Substanzen und Materialien für Laboratoriumsuntersuchungen,
- Kosten für Filmmaterial,
- Versand- und Transportkosten, ausgenommen jene, die bei Versendungen von Arztbriefen (z. B. Befundmitteilungen, ärztliche Berichte nach Nr. 01600, Arztbriefe nach Nr. 01601, Kopien eines Berichtes oder eines Briefes an den Hausarzt nach Nr. 01602) und im Zusammenhang mit Versendungen im Rahmen der Langzeit-EKG-Diagnostik, Laboratoriumsuntersuchungen, Zytologie, Histologie, Zytogenetik und Molekulargenetik, Strahlendiagnostik, Anwendung radioaktiver Substanzen sowie der Strahlentherapie entstehen.

### 2. Zusätzlich werden lt. EBM folgende Kosten erstattet:

- Kosten für Arzneimittel, Verbandmittel, Materialien, Instrumente, Gegenstände und Stoffe, die nach der Anwendung verbraucht sind oder die der Kranke zur weiteren Verwendung behält,
- Kosten für Einmalinfusionsbestecke, Einmalinfusionskatheter, Einmalinfusionsnadeln und Einmalbiopsienadeln,
- Telefonkosten, die entstehen, wenn der behandelnde Arzt mit dem Krankenhaus zu einer erforderlichen stationären Behandlung Rücksprache nehmen muss.

Ferner gibt es für bestimmte Operationen, bisher nur für Arthroskopien, im Sachkostenkapitel des EBM für den Sachkostenaufwand der Operation Pauschalen (Ziffer 40750: 122,00 €, Ziffer 40752: 200,00 € und Ziffer 40754: 333,00 €).

Die Regelung unter 1. trifft auf Krankenhausambulantes Operieren genau so zu wie auf Vertragsärzte und Ermächtigte.

Für die unter 2. aufgeführten Materialien und Medikamente stellen Vertragsärzte und im Rahmen einer Ermächtigung tätig werdende Anästhesisten Verordnungen im Rahmen der regionalen Sprechstundenbedarfsregelung aus. Hierüber erfolgt eine Prüfung auf Wirtschaftlichkeit.

Dagegen stellt das Krankenhaus der zuständigen Krankenkasse für die unter 2. aufgeführten Materialien eine Pauschale von 7% der Honorar-

summe zusätzlich in Rechnung. Für diese Pauschale braucht kein gesonderter Nachweis geführt zu werden.

Zusätzlich gibt es beim krankenhausambulanten Operieren für die unter 2. aufgeführten Materialien bzw. Medikamente zwei Erstattungsmöglichkeiten: Zum einen wenn im Einzelfall angewendetes Material aus einer Auflistung einen Betrag von 15,- € überschreitet. In dieser Liste sind z.B. Implantate, Katheter, etc. aufgeführt. Für die Anästhesie spielen aus dieser Liste nur Sauerstoff und Narkosegase eine Rolle. Zum anderen wenn ein im Einzelfall angewendetes Medikament den Betrag von 65,00 € überschreitet:

### 15 €-Regelung

Für die Anästhesie gilt es im Einzelfall, d.h. bei jeder ambulant durchgeführten Narkose zu prüfen, ob eine Überschreitung der 15,00 €-Grenze entweder bei Sauerstoff und/oder bei Lachgas und/oder auch bei den volatilen Anästhetika stattgefunden hat.

Hierbei ist der vom Krankenhaus realisierte Preis (Skonto wird nicht berücksichtigt) zugrunde zu legen. Das Krankenhaus hat eine fünfjährige Aufbewahrungspflicht der „rechnungsbegründenden“ Unterlagen, um eine spätere Überprüfung zu ermöglichen.

Bei den für Sauerstoff zu realisierenden Preisen ist eine Überschreitung der 15 €-Grenze bei einer ambulanten Narkose praktisch nicht möglich, je nach Beatmungsregime evtl. jedoch beim Lachgas und den volatilen Anästhetika.

Zur Kalkulation dieser Kosten gibt es ein einfaches Berechnungsprogramm, welches von Prof. Dr. med. Jan Baum und seinem Oberarzt Dr. med. Hans-Günter Stanke entwickelt wurde. Dieses haben sie freundlicherweise zum Downloaden über unsere Homepage [www.bda.de](http://www.bda.de) zur Verfügung gestellt. Mit diesem Hilfsmittel lässt sich kalkulieren, ob in einer Anästhesie-Abteilung überhaupt bei der typischen Vorgehensweise im Rahmen ambulanter Narkosen die 15 €-Grenze für ein Narkosegas überschritten wird. Hierzu muss selbstverständlich das Krankenhaus die jeweiligen Einkaufspreise bekannt geben.

### 65 €-Regelung

Übersteigt der Preis eines einzelnen angewendeten Medikamentes (nicht Gase!) einen Betrag von 65 €, so ist auch hierbei eine Erstattung an das Krankenhaus vorgesehen.

Hierbei wird jedoch nicht der von der Krankenhausapotheke realisierte Einkaufspreis zugrunde gelegt, sondern der in der sog. Lauertaxe festgelegte Preis einer Einzeldosis. Es wird jeweils die Hälfte des in der Lauertaxe vorgesehenen Preises für die verbrauchte Menge erstattet. Bei längeren Narkosen und Durchführung einer TIVA ist eine solche Überschreitung z.B. bei übergewichtigen Erwachsenen für einzelne Medikamente realistisch.

Zugriff auf die in der Lauertaxe aufgeführten Preise der im Einzelfall angewendeten Medikamente ist über die Krankenhausapotheke oder eine öffentliche Apotheke zu bekommen. Die Lauertaxe wird alle 2 Wochen aktualisiert. Der Zugriff erfordert eine (kostenpflichtige) Lizenz. Daher ist ein Zugriff über Internet leider nicht möglich.

### Postoperative Medikamentenversorgung

Das Krankenhaus hat den Patienten mit den ggf. nach den ambulanten Operation erforderlichen Arzneimitteln, Verband- und Heilmitteln für bis zu drei Tage zu versorgen, ohne dies rezeptieren oder in Rechnung stellen zu können. Allerdings gilt auch hierfür die o.g. 65 €-Regelung.

### Schlussbemerkung

Das hier beschriebene Regelwerk ist an Umständlichkeit und bürokratischer Überfrachtung kaum noch zu überbieten. Grundsätzlich müssen nicht nur für die Sachkosten, sondern generell für ambulante Operationen und die im Zusammenhang damit erforderlichen Anästhesieleistungen in Krankenhäusern und Praxen Fallpauschalen entwickelt und vereinbart werden, um jeweils im Vorhinein Klarheit über Sachkostenerstattungen und Erlöse für jeden einzelnen Eingriff zu bekommen.

Elmar Mertens