

# BDAktuell

## Sachkostenregelung beim krankenhausambulanten Operieren nach § 115 b SGB V\*

Die Sachkostenregelungen in den „Dreiseitigen Verträgen“ nach § 115b SGB V sind ab dem 01.10.2006 durch die Schiedsamtentscheidung vom 17.08.2006 neu gefasst worden. Ob die Krankenkassen gegen die Schiedsamtentscheidung Klage erheben werden, steht bei Drucklegung noch nicht fest. Die neue Sachkostenregelung tritt davon unabhängig in jedem Fall in Kraft.

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 Krankenhausanästhesisten, die im Rahmen des ambulanten Operierens nach § 115b tätig werden, ist die Kenntnis der jeweils aktuellen Bestimmungen der Sachkostenregelung 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, Einmalkalpelle, Einmalproktoskope, Einmaldarmrohre, Einmalspekula und Einmalküretten,
- 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.

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.

Das Krankenhaus (bzw. der Krankenhausarzt) ist nicht berechtigt, bei Behandlung nach § 115 b Verordnungen (Kassenrezepte) für Sprechstundenbedarf auszustellen.

### Pauschale (7 % - Regelung)

Als Ersatz für die Sprechstundenbedarfsvereinbarung stellt das Krankenhaus der zuständigen Krankenkasse für die unter 2. aufgeführten Materialien eine Pauschale von 7% der Honorarsumme (= Punktschuldenergebnis aller erbrachten ärztlichen Leistungen multipliziert mit dem bekannt gegebenen Punktwert) als Aufschlag in Rechnung. Für diese Pauschale braucht kein gesonderter Nachweis geführt zu werden.

### Sachkostenkapitel 40

Für bestimmte Operationen, bisher nur für Arthroskopien, gibt es im Sachkostenkapitel 40 des EBM für den Sachkostenaufwand der Operation Pauschalen (Ziffer 40750: 122,00 €, Ziffer 40752: 200,00 € und Ziffer 40754: 333,00 €). Diese sind auch im Rahmen der § 115 b – Fälle für das Krankenhaus abrechnungsfähig.

- Zuschlag 40750 zur Ziffer 31141 oder 31142,
- Zuschlag 40752 zur Ziffer 31143 oder 31144
- Zuschlag 40754 zur Ziffer 31145 oder 31147.

Wenn das Krankenhaus eine Sachkostenpauschale nach Kapitel 40 des EBM in Rechnung stellt, darf der Punktwert der zu Grunde liegenden EBM-Leistung nicht in die Punkt-

\* Im Rahmen der Schiedsamtentscheidung vom 17.08.2006 – Gültig ab 01.10.2006

- ▶ summe als Basis der 7% - Berechnung einbezogen 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 12,50 € überschreitet. In dieser Liste sind z.B. Implantate, Katheter, etc. aufgeführt. Details siehe Text der Dreiseitigen Verträge. Für die Anästhesie spielen aus dieser Liste nur Sauerstoff und Narkosegas eine Rolle.

Eine weitere Regelung gilt, wenn ein im Einzelfall angewendetes Medikament den Betrag von 40,00 € überschreitet.

#### **12,50 € - Regelung**

Für die Anästhesie gilt es im Einzelfall, d.h. bei jeder ambulant durchgeführten Narkose, zu prüfen, ob eine Überschreitung der 12,50 €-Grenze entweder beim 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) zu Grunde 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 12,50 €-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 12,50 €-Grenze für ein Narkosegas überschritten wird. Hierzu muss selbstverständlich das Krankenhaus die jeweiligen Einkaufspreise

bekannt geben. Evtl. gewährte Einkaufsrabatte sind an die Krankenkassen weiterzugeben.

#### **40,00 € - Regelung**

Übersteigt der Preis eines einzelnen angewendeten Medikamentes (nicht Gase!) einen Betrag von 40,00 €, so ist auch hierbei eine Erstattung an das Krankenhaus vorgesehen. Hierbei wird jedoch nicht der von der Krankenhausapotheke realisierte Einkaufspreis zu Grunde gelegt, sondern der in der sog. Lauertaxe festgelegte Preis einer Einzeldosis der größten in der Lauertaxe angegebenen Packungseinheit. Es wird jeweils der um 25% geminderte Preis des in der Lauertaxe vorgesehenen Preises für die verbrauchte Menge (zzgl. der MWSt) erstattet. Bei längeren Narkosen und Durchführung einer TIVA ist eine solche Überschreitung z.B. bei übergewichtigen Erwachsenen für einzelne Medikamente realistisch.

Selbstverständlich sind die arzneimittelrechtlichen Grundlagen zu berücksichtigen, d.h. angebrochene Gebinde, die nicht weiterverwendet werden dürfen (z. B. Propofol), können voll angerechnet werden, auch wenn sie nicht zu Ende verbraucht wurden.

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 zwei Wochen aktualisiert. Der Zugriff erfordert eine (kostenpflichtige) Lizenz. Daher ist ein Zugriff übers Internet leider nicht möglich.

Die hinzugekommenen Sonderregelungen für Medikamente im Rahmen der photodynamischen Therapie und Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung betreffen die Anästhesie nicht.

#### **Postoperative Medikamentenversorgung**

Das Krankenhaus hat den Patienten mit den ggf. nach der ambulanten Operation erforderlichen Arzneimitteln, Verband- und Heilmitteln zu versorgen, ohne dies rezeptieren oder in Rechnung stellen zu können. Die bisherige Grenze („für bis zu drei Tage“) entfällt. Die 40,00 €-Regelung gilt auch für Medikamente, die in der postoperativen Phase angewendet werden. ■

## **Krankenhausambulantes Operieren – Dreiseitige Verträge zum § 115 b SGB V ab 01.10.2006\***

Am 17.08.2006 hat das erweiterte Bundesschiedsamt verschiedene Regelungen zu den sog. Dreiseitigen Verträgen festgelegt, da sich (wie in der Vergangenheit schon öfters) die Vertragspartner untereinander nicht einigen konnten.

#### **Katalog unverändert**

Der Katalog nach § 115 b ist weiterhin in drei Abschnitte gegliedert: Der erste Abschnitt besteht aus OPS-definierten Eingriffen, die auch im EBM in der Anlage 2 zum Kapitel 31 aufgelistet sind. Der zweite Abschnitt besteht aus OPS-definierten Eingriffen, die im Anhang 2 des EBM nicht aufgeführt sind, und der Abschnitt 3 besteht aus reinen EBM – Ziffern.

Eine Datei, mit der die Eingriffe des Anhanges 2 zum Kapitel 31 des EBM und der Abschnitt 1 des Kataloges

nach § 115 b miteinander anhand der OPS-Verschlüsselung abgeglichen werden können, ist auf der BDA-Homepage ([www.bda.de](http://www.bda.de)) im geschlossenen Mitgliederbereich unter „Materialsammlung zum Krankenhausambulanten Operieren nach § 115 b“ eingestellt.

Für alle Eingriffe des Kataloges nach § 115 b schreibt das Sozialgesetzbuch V schon seit vielen Jahren eine „einheitliche Vergütung für Krankenhäuser und Vertragsärzte“ vor. Dies wurde jedoch in der Vergangenheit in beiden Richtungen unterlaufen: Zum einen haben die Krankenhäuser keinen Zugang zu Förderungsmaßnahmen beim

\* Entscheidung des Bundesschiedsamtes u. a. zur Einheitlichen Vergütung Ambulanter Operationen ▶