

► 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 Narkosegase 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 Gasel) 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 über 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 Anhangs 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

► ambulanten Operieren wie z. B. Strukturverträge nach § 73 a SGB V und haben deshalb nur den letzten bekannten Durchschnittspunktwert der Vertragsärzte bezahlt bekommen, dies allerdings unbudgetiert, zum anderen war in den meisten KVen ambulantes Operieren den diversen Budgets unterworfen und damit Operateure und Anästhesisten vergütungsmäßig den Krankenhäusern nicht gleichgestellt.

Diesen Mangel bei Umsetzung des § 115 b will jetzt das Bundesschiedsamt mit Wirkung ab dem 1. Oktober 2006 beseitigen: Vertragsärzte und Krankenhäuser sollen die Leistungen nach § 115 b ab dem 01.01.2007 zu einem vorher feststehenden Punktwert ohne jegliche Budget-einschränkung honoriert bekommen. Das Morbiditätsrisiko soll in diesem Bereich vollständig auf die Krankenkassen übertragen werden, die gedeckelte Gesamtvergütung der Vertragsärzte soll hiervon nicht betroffen sein.

Deshalb soll die Gesamtvergütung der KVen auf der Basis der im Jahr 2005 in diesen Leistungsbereichen abgerechneten Leistungen bereinigt werden. Die Krankenkassen werden aller Voraussicht nach gegen die Entscheidung des Bundesschiedsamtes angehen, da sie die Übernahme des Morbiditätsrisikos scheuen. Bis zur Drucklegung war allerdings noch keine Klage eingegangen.

Die Nachricht von einer unbudgetierten Abrechnungsmöglichkeit zu festen Punktwerten löst zunächst bei den betroffenen Vertragsärzten Freude aus.

Die Umsetzung muss jedoch mit Skepsis gesehen werden: Der Punktwert wird von den Gesamtvertragspartnern festgelegt. Dies sind die KVen und die jeweiligen Landesorganisationen der Krankenkassen innerhalb der 17 KVen. Bei der Bewertungsfindung soll die Morbiditätsentwicklung und die Anzahl der stationären und ambulanten Operationen im jeweiligen KV-Bereich berücksichtigt werden. Der Punktwert wird also nicht bundeseinheitlich sein.

In KVen, in denen bisher über die unterschiedlichen Möglichkeiten einer Förderung des ambulanten Operierens für Vertragsärzte ein akzeptabler Punktwert ausbezahlt wurde, kann somit in Zukunft auch ein deutlich niedrigerer Punktwert für Vertragsärzte entstehen als bisher. Die Krankenkassen werden sicherlich darauf bestehen, dass alle bisher zusätzlich gezahlten Gelder in diesen dann ja unbudgetierten Leistungsbereich fließen, damit die Last des Morbiditätsrisikos möglichst wenig kostet.

Neue Strukturverträge zum ambulanten Operieren oder ähnliche Förderungsmaßnahmen wird es sicherlich so bald nicht mehr geben; genauso ist die Kündigung aller noch bestehenden Verträge zur Förderung des ambulanten Operierens zu erwarten.

Elmar Mertens, Aachen

## Wir zeigen der Staatsmedizin die Spritze

### Aufruf zum anästhesiologischen Aktionstag des BDA am 11.11.2006 in Frankfurt

**Mit der Gesundheitsreform droht das „Aus“ des ambulanten Operierens in freien Praxen und OP-Zentren. Setzen wir gemeinsam ein deutliches Signal gegen eine reglementierende Staatsmedizin. Treten wir gemeinsam ein für**

- den Erhalt einer patientengerechten, wohnortnahen und wirtschaftlichen Versorgung unserer Patienten.
- eine unserer Leistung, der Qualität und der technischen Ausstattung unserer Praxen und OP-Zentren entsprechende, sachgerechte und transparente, vorauskalkulierbare Vergütung in Euro.
- ein Ende der Budgetierung im ambulanten und stationären Bereich.
- die Umsetzung des Grundsatzes „soviel ambulant wie möglich, soviel stationär wie nötig“.
- den Erhalt zeitgemäßer schmerzausschaltender Behandlungsmethoden bei unseren kleinen und erwachsenen Patienten.
- effiziente, entbürokratisierte Strukturen der Verwaltung und Selbstverwaltung im Gesundheitswesen.

**Wir rufen alle Anästhesistinnen und Anästhesisten zur Teilnahme am bundesweiten Aktionstag des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA) gegen die geplante Gesundheitsreform auf.**

**Veranstaltungsort:** Haus Sindlingen, Sindlinger Bahnstrasse 124, 65931 Frankfurt am Main

**Termin:** 11.11.2006, 14.00 Uhr, Ende gegen 17.00 Uhr.

**Nähtere Informationen folgen per Post, E-Mail oder unter [www.bda.de](http://www.bda.de)**