

Sachkostenregelung beim Krankenhausambulanten Operieren nach § 115b

Die Sachkostenregelungen im AOP-Vertrag („Dreiseitiger Vertrag“) nach § 115b SGB V wurden nach Anpassung des AOP-Vertrages an das Versorgungsstrukturgesetz (in Kraft ab dem 01.01.2012) ab dem 01.06.2012 weitgehend aus den vorhergehenden Regelungen übernommen.

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, Einmalskalpelle, Einmalproktoskope, Einmaldarmrohre, Einmalspekula, Einmalküretten, Einmalabdecksets
- 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. (abrechnungsfähige Transportkosten hierzu unter Sachkostenkapitel 40)

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. (Entfällt für Krankenhäuser)

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 § 115b Verordnungen (Kassenrezepte) für Sprechstundenbedarf auszustellen.

Pauschale (7 % -Regelung)

An Stelle einer Sprechstundenbedarfsverordnung stellt das Krankenhaus der zuständigen Krankenkasse für die unter 2. aufgeführten Materialien eine Pauschale von 7% der Honorarsumme (= Punktsumme 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 Euro, Ziffer 40752: 200,00 Euro und Ziffer 40754: 333,00 Euro). Diese sind auch im Rahmen der § 115b – 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 das Punktvolumen der zu Grunde liegenden EBM-Leistung nicht in die Punktsumme 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 Euro 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 Euro überschreitet.

Von der Anwendung der 12,50 Euro Regelung und/oder der 40,00 Euro Regelung bleibt die Pauschalregelung (7%) unberührt.

Die Kostenpauschalen 40120, 40122, 40124 und 40126 sind für den Versand von Briefen etc. abrechnungsfähig (= Erstattung der Portokosten), sofern ein Versand an einen Adressaten außerhalb des Krankenhausgeländes erfolgt.

12,50 Euro Regelung

Für die Anästhesie gilt es im Einzelfall, d.h. bei jeder einzelnen ambulant durchgeführten Narkose, zu prüfen, ob eine Überschreitung der 12,50 Euro Grenze bei Sauerstoff und/oder bei Lachgas und/oder bei den volatilen Anästhetika stattgefunden hat. Die 12,50 Euro Regelung gilt additiv, d.h. es ist die Summe der/des real verbrauchten Narkosegase/s in Rechnung zu stellen, wenn diese Grenze überschritten wird.

Hierbei ist der vom Krankenhaus realisierte Preis (Skonto bis 3% 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 Euro Grenze bei einer ambulanten Narkose und ausschließlicher Verwendung von Sauerstoff praktisch nicht möglich, je nach Beatmungsregime jedoch bei zusätzlicher Verwendung von Lachgas und 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 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 Euro Grenze für Narkosegas/e überschritten wird. Hierzu muss selbstverständlich das Krankenhaus die jeweiligen Einkaufspreise bekannt geben. Evtl. gewährte Einkaufsrabatte sind an die Krankenkassen weiterzugeben.

40,00 Euro Regelung

Übersteigt der Preis eines einzelnen angewendeten Medikamentes (nicht Gase!) einen Betrag von 40,00 Euro, 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 sogen. 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 2 Wochen aktualisiert. Der Zugriff erfordert eine (kostenpflichtige) Lizenz. Daher ist ein freier Zugriff übers Internet leider nicht möglich.

Die 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 40,00 Euro Regelung gilt auch für Medikamente, die in der postoperativen Phase angewendet werden.

Elmar Mertens