

Entscheidung des Bundesschiedsamtes zum § 115b SGB V
Leistungen im Kapitel 5 zu Eingriffen des AOP-Kataloges
Kennzeichnung von Leistungen aus den AOP-Katalogen
(E. Mertens Februar 2010)

Die Zulassung zum Ambulanten Operieren nach § 115b SGB V für Krankenhäuser ist definiert durch und begrenzt auf den von den Partnern der dreiseitigen Verträge vereinbarten Leistungskatalog. Dieser wird jährlich an die Weiterentwicklung der OPS-Codes angepasst und hat sich inhaltlich zum 1.1.2010 nur unwesentlich geändert (s. u.)

Das Bundesschiedsamt hatte im Jahr 2006 die Entscheidung getroffen, dass die im § 115b SGB V vorgeschriebene „*einheitliche Vergütung von Krankenhäusern und Vertragsärzten*“ die Gleichbehandlung nicht nur die Anwendung des EBM erfordere, sondern auch die Freistellung von jeglicher Form einer Mengensteuerung, da diese für Krankenhäuser bei Ambulanten Operationen nicht vorgesehen ist. Die Krankenkassenseite hatte bekannterweise gegen diese Entscheidung mehrere sozialgerichtliche Klagen erhoben, die noch nicht entschieden sind.

Deshalb gibt es im neuen Dreiseitigen Vertrag ab 01.01.2010 eine Klausel, dass die Umsetzung (u. a. Vergütung der §115b-Leistungen für Vertragsärzte außerhalb der Gesamtvergütung) bis zu einer rechtsgültigen Entscheidung des Verfahrens (S 79 KA 977/06) zunächst ausgesetzt wird.

Natürlich haben die Krankenkassen ein Interesse daran, diese Änderung des AOP-Vertrages in den einzelnen KVen auszunutzen, um das Honorar abzusenken. Die derzeitige Sicherheit, dass die o. g. Leistungen für vertragsärztlich tätige Anästhesisten unbudgetiert zum OPW honoriert werden, steht dadurch in einem begrenztem Rahmen zur Disposition. Evtl. Änderungen wären jedoch so kompliziert, dass nicht unbedingt mit Problemen unter diesem Aspekt gerechnet werden muss.

Viel mehr macht es die (ab 01.07.2010) drohende erneute Budgetierung der „freien Leistungen“, die zu einer Honorarverschiebung zu Gunsten der RLVs führen soll, jetzt erforderlich, das unter die Definition des AOP-Kataloges fallende Leistungsvolumen vollständig getrennt zu betrachten und den einzelnen KVen die Bedeutung klar zu machen, da bisher nicht überall eine Umsetzung im o. g. Sinn erfolgt ist.

Die Vertreter der niedergelassenen Anästhesisten werden in den einzelnen Landesverbänden an die KVen herantreten um zu den hier diskutierten Fragestellungen Lösungen zu finden.

Der AOP-Katalog ist untergliedert in drei Abschnitte:
(zu finden unter Ambulante Anästhesie/§ 115b im geschlossenen Bereich unserer Homepage)

1. Abschnitt AOP-Vertrag

Der erste Abschnitt ist aus Sicht des EBM ein Auszug aus den über den OPS definierten Eingriffen des Kapitels 31, bzw. des Anhanges 2 „Zuordnung der operativen Prozeduren...“

Da durch die Beschlüsse des (teilweise erweiterten) Bewertungsausschusses das Kapitel 31 (einschließlich der Anästhesieleistungen) außerhalb der Gesamtvergütung und unbudgetiert honoriert wird, ist für die Leistungen des ersten Abschnittes des AOP-Kataloges die o. g. Entscheidung des Bundesschiedsamtes umgesetzt.

Anders ist dies jedoch bei den Abschnitten zwei und drei:

2. Abschnitt AOP-Vertrag

Im Abschnitt zwei sind (mehr als 200) OPS-definierte Eingriffe außerhalb des Kapitels 31 aufgeführt, für die es zwar eine Zuordnung des Eingriffs zu EBM-Ziffern gibt, nicht jedoch zu Anästhesieleistungen (z. B. Narkose, Aufwachraum). Sofern zu diesen Eingriffen Anästhesieleistungen erforderlich werden, müssen diese nach den Abrechnungsbestimmungen des EBM im Kapitel 5 abgerechnet werden.

In diesem Abschnitt sind auch einige von Zahnärzten durchgeführte Eingriffe erfasst. Alle zu diesen Eingriffen erbrachten Anästhesieleistungen sollten (z. B. mit dem zutreffenden OPS) gekennzeichnet werden, da sie von der KV keinem Budget oder einer sonstigen Mengensteuerung unterworfen werden dürfen und ferner außerhalb der Gesamtvergütung von den Krankenkassen (bei der KV als „Durchlaufposten“) eingefordert werden müssen.

3. Abschnitt AOP-Vertrag

Im Abschnitt drei sind Eingriffe aufgeführt, die nicht über den OPS definiert, jedoch mit EBM-Ziffern hinterlegt sind. Auch für die hierin aufgeführte Ziffer 01857 bzw. für diese Leistungen erforderliche Anästhesieleistungen (z. B. 01856 oder Leistungen des Kapitels 5) gelten die o. g. Bedingungen der Schiedsamtsentscheidung. Hierfür kann nur die Empfehlung gegeben werden, diese Leistungen über einen Freitext (z. B. § 115b-Fall) zu kennzeichnen.

So lange der Abschnitt 5.3 unter die „freien Leistungen“ fällt, spielt dies Alles für die Abrechnung und das Honorar des Anästhesisten keine wesentliche Rolle, von der Systematik her für die Fachärzte insgesamt jedoch sehr wohl, weil das Honorarvolumen (im Gegensatz zum Kapitel 31) ja der Gesamtvergütung entnommen wird.

Die oben zitierten Entscheidungen und ihre Konsequenzen beziehen sich natürlich auch auf die Ziffer 05310 und die jeweilige Grundpauschale des § 115b–Falles. Da das abrechnende Krankenhaus weder einer Budgetierung, noch einem Regelleistungsvolumen (RLV) unterliegt, müssen diese Leistungen auch dem vertragsärztlich tätigen Anästhesisten in voller Höhe honoriert werden.