

Erstattung von Medizinprodukten beim ambulanten Operieren in der GKV

Ambulante Krankenhausbehandlung

Das Wettbewerbsstärkungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WVG) forderte eine Neufassung der Richtlinien zur ambulanten Krankenhausbehandlung. Diese Umstellung wurde im Februar 2008 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) abgeschlossen.

Neufassung – Richtlinie § 116 SGB V

Mit seiner Beschlussfassung zur ambulanten Behandlung seltener und schwerwiegender Erkrankungen an dafür qualifizierten Krankenhäusern hat der G-BA die Grundlagen für die entsprechende Zulassung von Krankenhäusern durch die dafür zuständigen Landesplanungsbehörden abschließend geregelt. Mit dem Ziel der Qualitätssicherung enthält die Richtlinie die Vorgabe bestimmter Mindestmengen – je nach Erkrankung, die das Krankenhaus nachweisen muss. Somit wird für die Krankenhäuser verbindlich festgelegt, für welche ambulanten Behandlungen im jeweiligen Haus, die Krankenkassen in der Leistungspflicht stehen. Vom G-BA wurden die Voraussetzungen geschaffen, dass Patienten u. a. mit pulmonaler Hypertonie oder Hämophilie, primär sklerosierender Cholangitis, Morbus Wilson, Multipler Sklerose und Tuberkulose, eine ambulante Behandlung im Krankenhaus in Anspruch nehmen können. Details: Anlagen zur Richtlinie (<http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/anlage/zur-richtlinie/43/>). Durch die Erweiterung der Richtlinie werden für Krankenhäuser die rechtlichen Voraussetzungen geschaffen, sich mehr in der ambulanten Versorgung von Patienten zu etablieren. Bereits heute ist die Tendenz zu beobachten, dass immer mehr Krankenhäuser Medizinische Versorgungszentren (MVZ) gründen.

Informationsbroschüre

Der BVMed hat speziell für ambulante Operationen im Krankenhaus eine Broschüre erstellt, die über die Vergütung von Medizinprodukten umfassend informiert (www.bvmed.de / Publikationen / Gesundheitsversorgung).

Vorschau

In der nächsten Ausgabe informieren wir Sie über die Erstattungsmöglichkeiten bei der Diagnostik und Behandlung von Diabetes.

Die Erstattung von Medizinprodukten beim ambulanten Operieren wird durch zwei unterschiedliche Vertragsarten festgelegt. Für Krankenhäuser gilt nach

§ 115 b SGB V der **AOP-Vertrag § 9 Abs. 1 - 8**. Für ambulant operierende Vertragsärzte gelten die Bestimmungen gemäß **EBM 2008**.

Vertragsarzt

Sachkosten (SK), die nicht in den Gebührenordnungspositionen bzw. in den Kostenpauschalen des Kapitels 40 des EBM 2008 oder in den jeweiligen Sprechstundenbedarfsvereinbarungen enthalten sind, werden als gesonderte Sachkosten nach Punkt 7.3/7.4 EBM 2008 abgerechnet. Details: **MedTech ambulant 02/08**

sowie BVMed-Infoblatt zur Sachkostenabrechnung (Direktlink: www.bvmed.de/publikation.php?15034). Darüber hinaus haben die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen die Möglichkeit, gesonderte Strukturverträge (§ 73 a SGB V) zu schließen.

Krankenhaus

Die Vergütung von Sachkosten regelt hier der Vertrag nach § 115 b Abs. 1 SGB V „Ambulantes Operieren und stationäres Eingriffe im Krankenhaus“ (AOP-Vertrag). Nachfolgende Sachmittel werden zusätzlich zu der Vergütung nach Abs. 3 und 4 nach Aufwand erstattet, soweit sie je nachfolgend aufgeführter Sachmittelposition einen Betrag von 12,50 Euro im Behandlungsfall überschreiten: im Körper verbleibende Implantate in Summe; Röntgenkontrastmittel; Nahtmaterial; Diagnostische und interventionelle Katheter einschl. Führungsdraht, Gefäßschleuse, Einführungsbesteck und Verschlussysteme im Zusammenhang mit angiologisch-diagnostischen und -therapeutischen, gefäßchirurgischen und phlebologischen Leistungen; Diagnostische und interventionelle Katheter einschl. Führungsdraht, im Zusammenhang mit gastrokopischen Leistungen (inkl. Leistungen an den Gal-

lenwegen); Trokare, Endoclips und Einmalapplikatoren für Clips, im Zusammenhang mit laparoskopischen Leistungen; Narkosegas, Sauerstoff; Diagnostische und interventionelle Katheter einschl. Führungsdraht im Zusammenhang mit Leistungen zur In-Vitro-Fertilisation abzüglich des Patienteneigenanteils; Iris-Retraktoren, Kapselspannringe, Injektionshalterungen bei ophthalmochirurgischen Leistungen; Ophthalmica (Viskoelastika, Perfluordecaline, Silikonöl, C3F8-Gas) bei ophthalmochirurgischen Leistungen; Schienen, Kompressionsstrümpfe (nicht Anti-Thrombosestrümpfe). Vgl. Abs. 5, AOP-Vertrag. Die Verbrauchsmaterialien im Sinne von Sprechstundenbedarf werden pauschal in Höhe von 7 % der Honorarsumme des Arztes vergütet. Bei **Belegärzten** sind Sachkosten – auch Implantate – mit den DRG-Pauschalen für Belegärzte abgegolten.

Vergütung von Medizinprodukten

