

MedTech ambulant № 01/10

17. Mai 2010; Auflage: 1030 Stück

Abrechnungsmöglichkeiten beim Ambulanten Operieren (AOP)

Medizinische Versorgungszentren

Ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) rechnet seine gesamten Leistungen wie ein einzelner Leistungserbringer unter Angabe einer gemeinsamen Betriebsstättennummer bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) ab.

Die vertragsärztliche Vergütung erfolgt auf Grundlage des EBM. MVZ werden durch Zuschläge auf die für sie geltenden Fallpunktzahlen gefördert. Entsprechende Abrechnungsmodalitäten für Sachkosten sind im gültigen EBM geregelt, Abschnitt I, Kapitel 7.3 oder Abschnitt V, Kapitel 40 Sachkostenpauschalen. Nicht in den Gebührenordnungspositionen nach Abschnitt I, Kapitel 7.3 EBM enthaltene Kosten sind – soweit nichts anderes bestimmt ist:

- > 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. D. h. alle Sachkosten, die nicht mit der Gebührenziffer abgegolten sind, die nicht im Kapitel 40 enthalten sind, nicht Sprechstundenbedarf sind und auch nicht einzeln verordnet werden können, dürfen separat verordnet werden (gesonderte Sachkostenregelung). Hierzu zählen z. B. Implantate, Netze, Schrauben, teilweise suprapubische Katheter.

Broschüre "Ambulantes Operieren im Krankenhaus"

Die BVMed-Broschüre "Ambulantes Operieren im Krankenhaus – Vergütung ambulanter Operationen mit Medizintechnologien" ermöglicht dem Leser einen tieferen Einblick in die Thematik, unter besonderer Berücksichtigung der Verwendung von Medizintechnologien und deren Vergütungsregelungen. Unter www.bvmed.de/publikationen/Gesundheitsversorgung/ können Sie die Broschüre auch online bestellen.

Vorschau

In der nächsten Ausgabe informieren wir Sie über Besonderheiten und Neuerungen ab 1. Juli 2010 bei ambulanten Leistungen.

Es gibt unterschiedliche Vergütungsformen beim ambulanten Operieren. Im Folgenden werden die

einzelnen Leistungserbringer und ihre möglichen Abrechnungsformen dargestellt.

AOP beim Vertragsarzt in der Praxis (Kap. 31 EBM)

Für die Durchführung von Ambulanten Operationen benötigt der Vertragsarzt eine entsprechende Qualifikation sowie räumliche und personelle Voraussetzungen. Die Honorierung der ärztlichen Leistung wird im Kapitel 31 EBM geregelt.

Die Sachkosten, die nicht in den Gebührenordnungspositionen bzw. in den Kostenpauschalen des Kapitels 40 des EBM oder in den

Sprechstundenbedarfsvereinbarungen der jeweiligen KVen enthalten sind, können als gesonderte Sachkosten nach Punkt 7.3 EBM abgerechnet werden. Nähere Erläuterungen siehe **BVMed-Infoblatt Sachkostenabrechnung**. Darüber hinaus haben Ärzte oder deren Organisationen die Möglichkeit, mit den Kostenträgern abweichende Verträge zu schließen.

AOP im Krankenhaus durch Belegärzte

Belegärzte sind **nicht** am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte. Sie behandeln ihre Patienten voll- oder teilstationär unter Nutzung der Infrastruktur des Krankenhauses.

Die Honorierung der Belegärzte in der Gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt nach Kapitel 36 EBM. Sachkosten werden über die Beleg-DRGs im **Fallpauschalenkatalog** (Teil b) finanziert. Davon abweichend können auch arztindividuelle Einzelverträge

mit dem Krankenhaus existieren.

Im Bereich der privaten Krankenversicherung (PKV) erfolgen die Honorierung und die Sachkostenerstattung nach GOÄ. Nach § 10 Abs. 1 Nr. 1 GOÄ kann der Arzt die Materialien, die der Patient zur weiteren Verwendung behält, diesem gegenüber liquidieren (z. B. Implantate). Bei hochwertigen Produkten empfehlen wir, dass der Patient sich eine schriftliche Kostenzusage bei seiner PKV einholt.

AOP nach § 115 b SGB V im Krankenhaus

Für Ambulantes Operieren nach § 115 b SGB V sind Krankenhäuser in den Leistungsbereichen zugelassen, in denen sie bereits stationär tätig sind. Damit wird sichergestellt, dass im Krankenhaus das notwendige Fachwissen und die infrastrukturellen Voraussetzungen vorhanden sind. Die Leistungen werden nach EBM Kapitel 31 vergütet. Die Abrechnung erfolgt direkt mit dem jeweiligen Kostenträger. Die Leistungen wurden bisher vom angestellten Krankenhausarzt erbracht. Seit 1. Januar 2010 hat das Krankenhaus die Möglichkeit, für AOP niedergelassene Vertragsärzte anzustellen und ein vom EBM unabhängiges Honorar zu vereinbaren.

Die Vergütung der Sachkosten wird in § 9 AOP-Vertrag geregelt. Für Artikel analog des Sprechstun-

denbedarfs kann das Krankenhaus eine **Sachmittelpauschale in Höhe von 7 %** der ärztlichen Honorarsumme in Rechnung stellen. Zusätzlich besteht für das Krankenhaus die Möglichkeit, die **Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM** abzurechnen.

Darüber hinaus können bestimmte Sachmittel separat abgerechnet werden, z. B. im Körper verbleibende Implantate in Summe, Nahtmaterial, Trokare/Endoclips, diagnostische und interventionelle Katheter, Schienen/Kompressionsstrümpfe. Diese gesondert abrechnungsfähigen Sachmittel können in voller Höhe des Rechnungsbetrages abzüglich eines Selbstbehalts von 12,50 € je aufgeführter Produktkategorie vom Krankenhaus in Ansatz gebracht werden.

Ambulantes Operieren (AOP) > Erstattung von Sachkosten

AOP beim Vertragsarzt in der Praxis (Kapitel 31 EBM)

- > gesonderte Sachkostenerstattung, wenn nicht im Sprechstundenbedarf, Praxisbedarf oder Kostenpauschale des Kapitels 40 EBM enthalten

MVZ – Ärzte im Angestelltenverhältnis

- > Sachkostenabrechnung nach EBM 2010 Abschnitt I, Kapitel 7.3 oder Kostenpauschalen Kapitel 40

Belegärzte – EBM & Vertrag mit dem Krankenhaus

- > in der Regel Sachkostenabrechnung durch Beleg-DRGs
- > im Einzelfall Abrechnung vertraglich zwischen Arzt und Krankenhaus geregelt

AOP im Krankenhaus nach § 115 b SGB V (Kapitel 31 EBM)

- > Erstattung gem. § 9 AOP-Vertrag – Auflistung von einzelnen Sachmitteln