

## **Vertragsleitfaden**

der Spitzenverbände der Krankenkassen

zum

Vertrag gemäß § 115b Abs. 1 SGB V vom 18.03.2005

<b>Grundsätze</b>	Unverändert
<b>§ 1</b>	<b>Zulassung von Krankenhäusern zur Erbringung von Eingriffen gemäß § 115b SGB V</b>
Abs. 1:	<p>Laut § 115b SGB V sind Krankenhäuser zu allen Eingriffen, die nach dem Vertrag vereinbart wurden, zugelassen. In § 1 wird diese Vorschrift dahingehend spezifiziert, dass die Zulassung für stationäre Abteilungen gilt, die das entsprechende Leistungsspektrum vorhalten. Implizit wird festgelegt, dass es sich um Institutsleistungen handelt, sodass z.B. Belegabteilungen von einer Abrechnung gemäß § 115b SGB V ausgeschlossen sind.</p> <p>Obligat für die Abrechnung ist eine vorherige Mitteilung an die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassenverbände, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Zulassungsausschüsse. Die Meldung ist u.a. notwendig, damit die Kassen ihren Verpflichtungen zur Prüfung der Einhaltung der Qualität nachkommen können.</p>
Abs. 2:	<p>Der Katalog der Leistungen ist aufgrund der umfangreichen Überarbeitung neu zu melden. Ein Formular für die verlangte maschinenlesbare Meldung ist auf den Internetseiten des AOK-BV und des VdAK/AEV für den Krankenhausbereich bereitgestellt (<a href="http://www.krankenhaus-aok.de">http://www.krankenhaus-aok.de</a> und <a href="http://www.vdak-aev.de">http://www.vdak-aev.de</a>). Nach Aussage der DKG in den Umsetzungshinweisen zum Vertrag gemäß § 115b Abs. 1 SGB V bestehen keine Bedenken gegen das Meldeformular der Spitzenverbände der Krankenkassen.</p>
<b>§ 2</b>	<b>Zugang der Patienten zu Eingriffen nach § 115b SGB V</b>
Abs. 1 S. 1:	Ein Überweisungsschein ist in der Regel vorzulegen, um die Mitgliedschaft in einer Krankenkasse zu belegen.
Abs. 1 S. 2 und 3:	Ohne Überweisungsschein, z.B. bei Notfallversorgung (Frakturen, Wundversorgung, soweit im Katalog enthalten) ist die Mitgliedschaft durch Versichertenkarte und Personalausweis zu belegen. In diesem Fall zieht das Krankenhaus die Zuzahlung ein, da es sich auch bei Eingriffen gemäß § 115b SGB V um ambulante ärztliche Behandlung im Sinne des § 28 Abs. 4 SGB V handelt.
Abs. 2:	Hier wird Grundsätzliches für die Fehlbelegungsprüfung geregelt. Ein Umkehrschluss aus dieser Regelung ist nicht zulässig. Der Vertrag und der Katalog regeln nur, zu welchen ambulanten Eingriffen

	ein Krankenhaus im Rahmen des § 115b SGB V zugelassen ist. Andere Eingriffe sind deshalb nicht automatisch stationär. Es besteht für Krankenhäuser nur keine Zulassung, andere Eingriffe nach den Modalitäten des § 115b SGB V zu erbringen.
<b>§ 3</b>	<b>Katalog ambulant durchführbarer Operationen und stationersetzender Eingriffe</b>
Abs. 1	Ambulante Operationen und stationersetzende Eingriffe, die nicht im Katalog aufgeführt sind, können auch nicht nach dem Vertrag abgerechnet werden.
Abs. 2	Im Katalog mit Ziffer 1 gekennzeichnete Leistungen sind durch Krankenhäuser ausschließlich ambulant zu erbringen, es sei denn, Kriterien nach Abs. 3 werden erfüllt.
Abs. 3	Diese Regelung stellt eine sinnvolle Vereinheitlichung der allgemeinen Tatbestände zwischen § 115b SGB V und den Prüfkriterien nach § 17c KHG dar.
	Die Protokollnotiz, dass der Zeitpunkt der Leistungserbringung unerheblich für die Einstufung eines Eingriffs als Leistung gemäß § 115b ist, konnte aufgrund der Rechtsprechung entfallen. Ein Krankenhaus kann immer dann gemäß § 115b abrechnen, wenn der Eingriff im Katalog enthalten ist und die Bestimmungen des Vertrages eingehalten werden.
<b>§ 4</b>	<b>Präoperative Leistungen</b>
Abs. 1	Es besteht Kennzeichnungspflicht für Doppeluntersuchungen. Doppeluntersuchungen sind zu begründen. Die Umsetzung der Kennzeichnung einer Doppeluntersuchung im Datenaustausch nach § 301 SGB V wird zurzeit geprüft.
Abs. 2	Unverändert. Hier wird ein Abgrenzungsproblem geregelt. Bei stationärer Aufnahme an einem anderen Tag als dem OP-Tag (vgl. § 7 Abs. 3) gelten die Abrechnungsbestimmungen des Vertrages gemäß § 115b SGB V nicht.
Abs. 3	Hier werden die präoperativ zusätzlich abrechenbaren Leistungen definiert. Entscheidend ist die Bezugnahme auf das Fachgebiet und die Regelungen des EBM. Über das Fachgebiet und die zugehörigen Bestimmungen des EBM ist der Umfang abrechenbarer Leistungen definiert. Die Abrechnung präoperativer Leistungen nach § 4 des AOP-Vertrages setzt voraus, dass eine ambulante Operation oder ein stationersetzender Eingriff stattgefunden haben.

Abs. 4 und 5	Bei Leistungen anderer Fachgebiete oder für nicht vom Krankenhaus vorgehaltene Leistungen, ist zu überweisen. Wegen der Zahlungspflicht nach § 28 Abs. 4 SGB V ist dazu das Überweisungsformular zu verwenden.
<b>§ 5</b>	<b>Intraoperative Leistungen</b>
	Hier werden intraoperative Leistungen geregelt. Zulässig ist, was im Zusammenhang mit der Operation notwendig ist. Die Überweisungsmöglichkeit für intraoperative Leistungen ist im AOP-Vertrag nicht vorgesehen. Intraoperative Leistungen sind vom Krankenhaus veranlasste Leistungen Dritter. Ist der Punktwert für diese Leistungen höher als der Punktwert für das ambulante Operieren, muss das Krankenhaus entsprechend mit dem Leistungserbringer verhandeln.
<b>§ 6</b>	<b>Postoperative Leistungen</b>
	<p>Postoperative Pauschalen des Abschnitts 31.4 können unter Beachtung der Bestimmungen des EBM und von § 7 Abs. 2 von Krankenhäusern abgerechnet werden. Bei ambulanten Operationen des Kapitels 31.2 und vielen weiteren Leistungen ist ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt fakultativer Bestandteil der Leistung und kann nicht gesondert abgerechnet werden.</p> <p>Die regelhafte Erbringung von postoperativen Leistungen durch Vertragsärzte ist – wie in den bisherigen Verträgen – aus der Formulierung des § 6 klar zu entnehmen. Diese Auffassung wird auch von Seiten der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gestützt. Die Nachbehandlung durch niedergelassene Ärzte ist vertragskonform, wenn das Krankenhaus eine Überweisung ausstellt. Vertragsärzte haben diese Leistungen mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung abzurechnen. In einem Zeitraum von 14 Tagen, beginnend mit dem Operationstag, kann nur einmalig ein Behandlungskomplex des Abschnittes 31.4 abgerechnet werden oder eine Überweisung zur Weiterbehandlung durch einen anderen Vertragsarzt erfolgen.</p>
<b>§ 7</b>	<b>Vergütung (bisher RT-Vertrag)</b>
Abs. 1	Um die vom Gesetzgeber geforderte gleiche Höhe der Vergütung sicherzustellen, sind die vertragsärztlichen Vergütungsbestimmungen anzuwenden. Die Leistungen des Abschnitts 31.2 des EBM umfassen sämtliche durch den Operateur erbrachten ärztlichen Lei-

	<p>Leistungen, Untersuchungen am Operationstag, Verbände, ärztliche Abschlussuntersuchung(en), einen post-operativen Arzt-Patienten-Kontakt, Dokumentation(en) und Beratungen einschließlich des Abschlussberichts an den weiterbehandelnden Vertragsarzt oder Hausarzt.</p> <p>Anästhesien im Zusammenhang mit einer Leistung des Katalogs ambulanter Leistungen sind weiterhin gemäß den Bestimmungen des EBM durch das Krankenhaus abrechnungsfähig, auch wenn diese nicht länger expliziter Bestandteil des Kataloges sind. Leistungen des Kapitels 31.2 sind im EBM eine entsprechende Anästhesieleistung zugeordnet.</p>
Abs. 2	Eine postoperative Behandlung über mehr als 14 Tage sollte nicht im Krankenhaus erfolgen. Für die auf 21 Tage berechneten Pauschalen des Abschnitts 31.4 wurde deshalb ein entsprechender Abschlag in Höhe von 35% festgesetzt (vgl. § 6 AOP-Vertrag)
Abs. 3	Bei stationärer Aufnahme am OP-Tag zählt der Eingriff zur stationären Behandlung und ist nicht gesondert nach dem Vertrag abrechenbar (vgl. § 4 Abs. 2).
Abs. 4	<p>Die Abrechnung des Ordinations- bzw. Konsiliarkomplexes setzt einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt – die räumliche und zeitgleiche Anwesenheit von Arzt und Patient und deren direkte Interaktion – voraus.</p> <p>Der Fachgebietsbezug gemäß der §§ 4 und 5 bleibt unberührt.</p>
<b>§ 8</b>	<b>Unterrichtung des Vertragsarztes</b>
	Gemäß Präambel 31.2.1 Nr. 5 des EBM ist die schriftliche Mitteilung über den Eingriff obligater Leistungsbestandteil.
<b>§ 9</b>	<b>Vergütung von Sachkosten (bisher RT-Vertrag)</b>
Abs. 1	Entspricht den Regelungen des EBM.
Abs. 2	Das Schiedsamt hat mit der erforderlichen Mehrheit seiner Mitglieder die Regelungen des § 9 des AOP-Vertrages als ausreichend zielführend erachtet. In Bezug auf die festgesetzte Grenze der Einzelerstattung teurer Medikamente kommt das Schiedsamt in seiner Begründung des Schiedsspruches zu der Einschätzung, dass auf Seiten der Krankenhäuser noch Wirtschaftlichkeitsreserven bei der Beschaffung bestehen. Sobald für den EBM Sachkostenpauschalen vereinbart sind, sind diese zur Vergütung der Sachkosten anzuwenden. Es ist geplant zum 01.01.2006 die Vergütung der Sachkosten

	<p>auf Pauschalen des Kapitels 40 des EBM umzustellen.</p> <p>Bisher wurden der Sprechstundenbedarf und andere Sachkosten über einen Zuschlag in Höhe von 8% bzw. 10% auf die Honorarsumme vergütet. Da gemäß Abs. 3 und Abs. 4 mehr Materialien nach Einzelaufwand erstattet werden als bisher bzw. der Selbstbehalt des Krankenhauses von 25,56 Euro auf 15 Euro gesenkt wurde, ist der pauschale Zuschlag für andere Sachkosten auf 7% angepasst worden. Der Zuschlag wird auf die Honorarsumme nur dann berechnet, wenn die Sachkostenposition des Kap. 40 oder die Einzelkostenvergütung des § 9 Abs. 3 und 4 nicht bereits alle Sachkosten beinhalten.</p> <p>Alle Positionen mit festen Eurobeträgen gehören nicht in die Honorarsumme. So sind z.B. Sachkostenerstattungen kein Honorar, und werden bei der Berechnung des Zuschlags nicht berücksichtigt. Ebenso sind Laborleistungen, die mit einem festen Euro-Betrag hinterlegt sind, nicht Teil der Honorarsumme.</p> <p>Sowohl bei Sach- als auch bei Arzneimittelkosten ist der Nettobetrag der Sach- und Arzneimittel durch die Krankenhäuser zu melden (also der bereits gekürzte Betrag).</p> <p>Die Sachkosten sind jeweils nach den in der Aufzählung genannten sieben Sachkostengruppen zusammenzufassen. Jede dieser sieben Sachkostengruppen stellt insoweit einen Einzelfall dar. Übersteigen die so gruppierten Sachkosten in einer oder in mehreren Gruppen die Grenze von 15 Euro, ist jeweils die gesonderte Sachkostenerstattung anzuwenden.</p>
<p>Abs. 3</p>	<p>Hier sind Sachkostenpositionen aufgeführt, die nach Einzelaufwand erstattet werden, soweit sie im Einzelfall den Betrag von 15 Euro (früher 25,56 Euro) übersteigen. Dabei sind – mittlerweile auch durch die DKG anerkannt – nur diejenigen Kosten zu erstatten, die den Betrag von 15 Euro übersteigen. Ein Sachkostenbetrag von 40 Euro würde in Höhe von 25 Euro erstattet.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Der Begriff „Implantate“ wurde präzisiert.</li> <li>- Röntgenkontrastmittel sind erstattungsfähig (früher nur „nicht-ionische“).</li> <li>- Gefäßkatheter und Zubehör sind – sofern sie nicht nach den Pauschalen 40300-40304 abgerechnet werden können - berechnungsfähig.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Irisretraktoren und Injektionshalterungen in der Augenchirurgie sind gesondert berechnungsfähig.</li> <li>- Ophthalmica (hier ist die Klammer eine abschließende Aufzählung) sind bei augenchirurgischen Eingriffen berechnungsfähig.</li> </ul> <p>Narkosegase und Sauerstoff sind ebenfalls berechnungsfähig.</p> <p>Für Sachkostenpositionen, die aus Großgebinden entnommen werden, sind für die Preisfindung die Bestimmungen des Abs. 5 zu beachten, das gilt insbesondere für Gase. Bei Sachmitteln aus Großeinkäufen (z.B. Linsen für die Kataraktchirurgie) sollte einmalig die Berechnung des Einzelpreises dargelegt werden, sodass nicht mit jeder Rechnung erneut die Belege beigebracht werden müssen.</p>
Abs. 4	<p>Es werden nur solche Arzneimittel erstattet, deren rechnerischer Bruttopreis 65 Euro übersteigt. Grundlage für die Berechnung ist der Apothekeneinkaufspreis einer Einzeldosis der größten Packungseinheit nach Lauertaxe.</p> <p><i>Beispiel: Größte Packung 1000 Stck., Bruttopreis 10.000 Euro; Einzeldosis=10 Euro; Gabe an den Patienten 10 Stck.=100 Euro. Erstattet wird die Hälfte, also 50 Euro.</i></p> <p><i>Der so errechnete Betrag wird voll erstattet (also nicht nur der über 65 Euro hinausgehende Betrag).</i></p>
Abs. 5	<p>Entsprechend den Vorgaben des BMV-Ä für Vertragsärzte hat ein Krankenhaus auch das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten und Rückvergütungen wie erzielte Rabatte, Boni und geldwerte Vorteile weiterzugeben. Rechnungsbegründende Unterlagen sind aufzuheben und auf Verlangen vorzulegen. Die Sachkosten sind auf Nachfrage durch Originalrechnungen zu belegen.</p> <p>Für Großbindeartikel wie z.B. Gase, die an mehreren Patienten verbraucht werden, ist ein Durchschnittspreis zu ermitteln und anzugeben. Das Verfahren ist den Kassen gegenüber auf einem noch zu vereinbarenden Mustervordruck zu bestätigen (vgl. Abs. 3).</p>
Abs. 6	Unverändert
<b>§ 10</b>	<b>Arbeitsunfähigkeit/Häusliche Krankenpflege</b>
Abs. 1	Unverändert
Abs. 2	Die jeweils geltende Fassung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ist auf der Internetseite des GBA abrufbar

	www.g-ba.de
<b>§ 11</b>	<b>Krankentransport</b>
	Unverändert
<b>§ 12</b>	<b>Datenschutz und ärztliche Schweigepflicht</b>
	Unverändert
<b>§ 13</b>	<b>Vordrucke</b>
	Unverändert
<b>§ 14</b>	<b>Facharztstandard</b>
	Unverändert
<b>§ 15</b>	<b>Qualitätssicherung</b>
	<p>Neu ist die explizite Aufnahme der Vereinbarungen gemäß § 135 SGB V. Für bestimmte Leistungen des EBM wurden nach § 135 strenge Richtlinien erstellt. Diese sind auch von Krankenhäusern zu beachten. Die Protokollnotiz stellt klar, dass Frequenzregelungen dabei unbedingt arztbezogen gelten. Ausschlaggebend sind die Fertigkeiten und Übung des einzelnen Arztes. Daher sind alle Leistungen, unabhängig davon, zu welchen Lasten und in welcher Behandlungsform sie erbracht werden, anzuerkennen. Die Vereinbarung zur Qualitätssicherung wird derzeit mit der DKG vereinbart. Eine Anpassung der Regelungen zur Qualitätssicherung des § 135 Abs. 2 SGB V ist in Planung.</p> <p>Da die Qualitätssicherung nach § 115b SGB V Aufgabe der Kassen ist, muss die Überwachung der Qualität durch den MDK möglich sein, bis die nach der QS-Vereinbarung zu beauftragenden Stellen (Landeskommissionen) diese Aufgabe wahrnehmen.</p>
<b>§ 16</b>	<b>Maßnahmen zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit</b>
	Unverändert. Mit einer konkreten Vereinbarung ist in absehbarer Zeit nicht zu rechnen.
<b>§ 17</b>	<b>Beteiligung der Deutschen Krankenhausgesellschaft</b>
	Vertreter der DKG können an Sitzungen des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses teilnehmen.
<b>§ 18</b>	<b>Abrechnungsverfahren (aus RT-Vertrag)</b>
Abs. 1	Es ist nur eine Rechnung zulässig. Bei nachträglichen Änderungen ist die alte Rechnung zu stornieren und stattdessen eine neue Gesamtrechnung vom Krankenhaus zu liefern. Zuzahlungen und Überweisungen müssen geprüft werden. Die belegärztlichen ambulanten Operationen, für die ein Krankenhaus Anästhesien nach

	§ 115b SGB V erbracht hat, sind jetzt anzugeben. Sie werden im ENA-Segment durch Entgeltanzahl 0 gekennzeichnet. Bezüglich der Abrechenbarkeit von Begleitleistungen ist der Fachgebietsbezug zur Anästhesie maßgeblich.
Abs. 2	Unverändert
Abs. 3	Unverändert
Abs. 4	Unverändert
Abs. 5	Der Punktwert kann nicht mehr für Krankenhäuser gesondert vereinbart werden. Aus dem Gebot der Vergütungsgleichheit folgt, dass Krankenhäuser kassenartenspezifische, budgetierte Punktwerte erhalten. Diese sind dem Formblatt 3 zu entnehmen. Die Punktwerte werden veröffentlicht. Einzelheiten sind auf Landesebene zu regeln.
Abs. 6	Da die Neubewertung der OP-Leistungen im EBM zu abweichenden Punktzahlen führt, ist bei gleichem Budget im vertragsärztlichen Bereich mit einem Abweichen des durchschnittlichen Punktwertes nach In-Kraft-Treten des neuen EBM zu rechnen. Bis die neuen Punktwerte bekannt sind (voraussichtlich 4. Quartal 2005) sollten die Zahlungen abschlägig erfolgen oder Punktwertanpassungen vorgenommen werden. Aufgrund der unterschiedlichen Ausgangslagen ist das Nähere hierzu auf Landesebene zu erarbeiten. Orientierend können die Berechnungen aus den Verhandlungen zu den Honorarverteilungsverträgen herangezogen werden. Da in der Übergangsphase alle Kassenarten gleichermaßen von dem Katalogeffekt der Umstellung des EBM96 auf den EBM2000plus betroffen sind, ist eine kassenartenübergreifende Vorgehensweise anzustreben (beispielsweise in Form eines prozentualen Abschlags auf den kassenartenspezifischen Punktwert). Maßgeblich für den verwendeten Punktwert bei der Abrechnung des gesamten Falles ist das angegebene Datum (Tag des Zugangs). Dabei entspricht der Tag des Zugangs dem Tag des ersten Kontakts. Es gelten die am Tag des Zugangs gültigen Bestimmungen.
<b>§ 19</b>	<b>Datenübermittlung</b>
Abs. 1	Ein Nachtrag und/oder eine Fortschreibung der technischen Anlagen zur §-301-Vereinbarung befindet sich im Abstimmungsverfahren.
Abs. 2	Die Spitzenverbände der Krankenkassen werden die Deutsche

	Krankenhausgesellschaft in Kürze zu Vertragsverhandlungen bezüglich der Frequenzstatistik einladen. Frequenzerhebungen sind dann auf Landesebene zu vereinbaren.
Abs. 3	Abrechnungen ohne kodierte Diagnosen und OPS sind nicht möglich. Eine Ausnahme stellen die Katalogleistungen des Abschnittes 3 dar, denen kein eindeutiger OPS zugeordnet ist. Bei Simultaneingriffen sieht der EBM zwingend zwei verschiedene Diagnosen und Zugangswege vor. In diesem Fall wird lediglich der am höchsten bewertete Eingriff vergütet. Gegebenenfalls sind entsprechende Zuschlagspositionen bei Zeitüberschreitung abzurechnen. (Anhang 2 zum EBM, 2.1 Präambel, Nr. 3). Da die Kodierung gemäß § 301 vereinbart wurde, gelten ICD und OPS wie im Krankenhaus.
<b>§ 20</b>	<b>Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems</b>
	Unverändert
<b>§ 21</b>	<b>Anpassung der Operationsschlüssel</b>
	Um einen reibungslosen Übergang bei OPS-Änderungen zu gewährleisten, wurde ein Konfliktlösungsmechanismus vereinbart. Die Pflege des Kataloges geschieht federführend durch den AOK-Bundesverband.