

Vertragsleitfaden der Spitzenverbände der Krankenkassen

## **Vertragsleitfaden**

der Spitzenverbände der Krankenkassen

zum

Vertrag gemäß § 115b Abs. 1 SGB V vom 17.08.2006

Bonn, Essen, Bergisch Gladbach, Kassel, Bochum, Hamburg, Siegburg, den 20.10.2006

## Vertragsleitfaden der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung

<p><b>Vertrag gem. § 115b SGB V</b></p>	<p><b>Festgesetzt durch das Schiedsamt gem. § 89 Abs. 4 i. V. m. § 115b Abs. 3 SGB V am 17.08.2006</b></p>
<p>Vorbemerkung</p>	<p>Die Festsetzung einer extrabudgetären Finanzierung der ambulanten Operationen und Begleitleistungen durch das erweiterte Bundesschiedsamt ist nach Auffassung der Spitzenverbände nicht zulässig. Durch die einheitliche Finanzierung ist es aber zwingend notwendig, dass auch einheitlich geprüft wird. Dazu gehören in jedem Fall die Prüfungen nach § 106 SGB V. In diese sollten sämtliche Daten der Behandlungen im Krankenhaus nach § 115b SGB V eingehen. Es ist mindestens auf Doppelabrechnung zu prüfen.</p>
<p><b>Grundsätze</b></p>	<p>unverändert</p>
<p><b>§ 1 Zulassung von Krankenhäusern zur Erbringung von Eingriffen gemäß § 115b SGB</b></p>	
<p>Abs. 1</p>	<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, so dass z.B. Belegabteilungen von einer Abrechnung gem. § 115b SGB V ausgeschlossen sind. Obligat für die Abrechnung ist eine vorherige Mitteilung an die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassenverbände, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuss. Die Meldung ist u.a. notwendig, damit die Kassen ihren Verpflichtungen zur Rechnungsprüfung und Einhaltung der Qualität nachkommen können.</p>

## Vertragsleitfaden der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung

<p>§ 1 Abs. 2</p>	<p>Der Katalog der Leistungen ist jetzt <u>immer</u> auf dem zwischen Krankenkassen und DKG abgestimmten Formular elektronisch zu melden. Die Formvorschrift ist vertraglich festgehalten.</p> <p>Sollte ein Krankenhaus nicht oder nicht in der vertraglich verlangten Form die Eingriffe melden, entfällt die Teilnahme am Vertrag nach §115b SGB V. Da der Vergütungsanspruch nicht entfällt, sind die Leistungen dann nach dem sonst bei ambulanter Behandlung durch Krankenhäuser Üblichen zu vergüten, z. B. mit einem Abschlag (Investitionskosten) von 10% auf die EBM-Leistung.</p> <p>Das Formular für die verlangte maschinenlesbare Meldung ist auf den Internetseiten der Krankenkassen und der DKG bereitgestellt. In § 15 wird auf die Qualitätssicherung in einer gesonderten Vereinbarung verwiesen. Nach § 3 Abs. 2 dieser QS-Vereinbarung muss ein Krankenhaus mit der Meldung gem. § 1 auch die Teilnahme an der Qualitätssicherung erklären. Bisher nicht mit dem vereinbarten Formular gemeldete Eingriffe sind nachzumelden. Aufgrund der OPS-Anpassung steht eine Neumeldung der Eingriffe zum 01.01.2007 an. Es ist beabsichtigt, die Erklärung gem. § 3 Abs. 2 QS-Vereinbarung in das Formular zur OPS-Meldung gem. § 1 Abs. 2 AOP-Vertrag aufzunehmen.</p>
<p><b>§ 2 Zugang der Patienten zu Eingriffen nach § 115b SGB V</b></p>	
<p>Abs. 1</p>	<p>Unverändert</p> <p>Ein Überweisungsschein ist in der Regel vorzulegen, um die Mitgliedschaft in einer Krankenkasse zu belegen.</p> <p>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 gem. § 115b SGB V um ambulante Behandlung i. S. des § 28 Abs. 4. handelt.</p>
<p>Abs. 2:.</p>	<p>Unverändert</p> <p>Hier wird Grundsätzliches für die Fehlbelegungsprüfung geregelt.</p> <p>Ein Umkehrschluss aus dieser Regelung ist nicht zulässig. Der Vertrag und der Katalog</p>

## Vertragsleitfaden der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung

	regeln nur, zu welchen ambulanten Eingriffen ein Krankenhaus i. R. d. § 115b SGB V zugelassen ist. Andere Eingriffe sind deshalb nicht automatisch stationär. Es besteht für Krankenhäuser <u>keine</u> Zulassung, andere Eingriffe nach den Modalitäten des § 115b SGB V zu erbringen.
<b>§ 3 Katalog ambulant durchführbarer Operationen und stationärer Eingriffe</b>	
Abs. 1	Unverändert Hier wird geregelt, dass Leistungen, die nicht im Katalog aufgeführt sind, auch nicht nach dem Vertrag abgerechnet werden können (s. a. § 4-6). Nur Leistungen des Katalogs erlauben eine Abrechnung nach den Maßgaben dieses Vertrages.
Abs. 2	Unverändert 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	Unverändert Allgemeine Tatbestände sind in der Anlage 2 zu den Empfehlungen zum Prüfverfahren nach § 17c KHG festgeschrieben (G-AEP).
<b>§ 4 Präoperative Leistungen</b>	
Abs. 1	Unverändert Es besteht Kennzeichnungspflicht für Doppeluntersuchungen. Doppeluntersuchungen sind zu begründen. Die Kennzeichnung einer Doppeluntersuchung wird im Datenaustausch nach § 301 umgesetzt. Diese Daten sollten in die Prüfungen nach § 106 SGB V eingehen.
Abs. 2	Unverändert. Hier wird ein Abgrenzungsproblem geregelt. Bei stationärer Aufnahme an einem anderen Tag, als dem OP-Tag (s. § 7 Abs. 3) gelten die Abrechnungsbestimmungen des Vertrages gem. § 115b SGB V nicht.
Abs. 3	Unverändert 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 (vgl. § 1 Abs. 1).

## Vertragsleitfaden der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung

Abs. 4 und 5	Unverändert Bei Leistungen anderer Fachgebiete oder bei nicht vom Krankenhaus vorgehaltenen Leistungen, ist zu überweisen. Wegen der Zuzahlungspflicht nach § 28 Abs. 4 SGB V ist dazu das Überweisungsformular zu verwenden.
<b>§ 5 Intraoperative Leistungen</b>	Unverändert Zulässig ist, was im Zusammenhang mit der Operation notwendig ist.
<b>§ 6 Postoperative Leistungen</b>	Unverändert Postoperative Pauschalen des Abschnitts 31.4 können von Krankenhäusern abgerechnet werden (unter Beachtung der Bestimmungen des EBM und von § 7 Abs. 2). Die Nachbehandlung durch niedergelassene Ärzte ist vertragskonform, wenn das Krankenhaus eine Überweisung ausstellt. Wenn eine Überweisung zur postoperativen Behandlung ausgestellt wurde, ist eine weitere postoperative Behandlung durch das Krankenhaus nicht mehr zulässig (Fallabschluss).
<b>§ 7 Vergütung</b>	
Abs. 1	Hier ist der EBM zur Abrechnungsgrundlage festgelegt. Strittig ist die Gültigkeit der Festlegung einer extrabudgetären Vergütung durch die Partner der Gesamtverträge. Nach Auffassung der Krankenkassen ist das nicht zulässig und wird daher beklagt. Durch die Regelung wird der Punktwert ab 01.01.2007 durch die Partner der Gesamtverträge für <u>alle Leistungen</u> (also auch prä-, intra- und postoperative Leistungen) festgelegt. Gem. § 22 gilt die Regelung der §§ 7 Abs. 1 und 18 Abs. 5 in der Fassung des Vertrages vom 18.03.2005 bis zum 31.12.2006.
.	Ungeregelt ist der Punktwertbezug (Wohnort, Kassensitz, Standort) nach Vereinbarung eines extrabudgetären, festen Punktwertes durch die Partner der Gesamtverträge.
Abs. 2 .	Eine Behandlung länger als 14 Tage postoperativ sollte nicht im Krankenhaus erfolgen. Für die auf 21 Tage berechneten Pauschalen des Abschnitts 31.4 wurde der Abschlag neu auf 27,5% festgesetzt.
Abs. 3	Unverändert Bei stationärer Aufnahme am OP-Tag zählt der Eingriff zur stationären Behandlung und ist nicht gesondert nach dem Vertrag abrechenbar (s. a. § 4 Abs. 2).
Abs. 4	Unverändert Da Krankenhäuser wie niedergelassene <u>Fachärzte</u> der entsprechenden Fachrichtung

## Vertragsleitfaden der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung

	zu stellen sind, entfällt im Zusammenhang mit den Präambeln die Abrechnungsfähigkeit hausärztlicher Leistungen (Kap. 3, 4 und 31.1 EBM).
Abs. 5	Zweiseitige zusätzliche Vereinbarungen zur Vergütung auf Landesebene sollen auf die Übertragbarkeit geprüft werden. Zweiseitige Verträge im Rahmen der gesetzlich dazu geschaffenen Möglichkeiten sind nicht übertragungspflichtig. Der Gesetzgeber hat z. B. nach § 73ff SGB V explizit die Möglichkeiten zweiseitiger Verträge vorgesehen. Eine Übertragung auf Krankenhäuser würde den Intentionen des Gesetzgebers zuwiderlaufen.
<b>§ 8 Unterrichtung des Vertragsarztes</b>	Unverändert Gemäß Präambel 31.2.1 Nr. 5 ist die schriftliche Mitteilung über den Eingriff obligater Leistungsbestandteil.
<b>§ 9 Vergütung von Sachkosten</b>	
Abs. 1	Sachmittel <i>jeder Art</i> werden vom Krankenhaus zur Verfügung gestellt. Dabei sind sämtliche Sachmittel (auch Medikamente) für prä-, intra- und postoperative Behandlungen zu stellen. Ein Verordnungsrecht gibt es nicht. Die Einschränkung, dass Medikamente nur für die Dauer von 3 Tagen mitgegeben werden sollen, ist entfallen. Jedoch gilt § 14 Abs. 4 des Apothekengesetzes unabhängig vom AOP-Vertrag, so dass die Einschränkung bestehen bleibt. Patienten, die einer längeren medikamentösen Nachbehandlung bedürfen, sind deshalb an Vertragsärzte zu überweisen. Eine Aufsummierung von Arzneimittel-Mitgaben für mehr als 3 Tage ist unzulässig.
Abs. 2	Sachmittel, die <u>mit der Leistung</u> vergütet sind, können nicht gesondert berechnet werden. Dies betrifft auch die Leistungen nach den Nrn. 08550 und 08560 (IVF bzw. ICSI): die Sachkosten für den Transferkatheter sind mit der Leistung vergütet und nicht nach Abs. 5 einzeln abrechenbar.
Abs. 3	Der Zuschlag von 7% wird auf die Honorarsumme berechnet, wenn die Sachkostenposition des Kap. 40 nicht bereits alle Sachkosten beinhaltet. 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. Der Pauschalzuschlag von 7% für Sachmittel kann nicht auf Leistungen erfolgen, deren Sachkosten bereits mit einer Pauschale nach

## Vertragsleitfaden der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung

	<p>Kap. 40 abgerechnet sind (31141 bis 31147 und 34291 und 34292). Auch die Vergütung von Sklerosierungsnadeln (EBM Nr. 40160 Kostenpauschale <i>für die Durchführung einer interventionellen endoskopischen Untersuchung des Gastrointestinaltraktes nach den Nrn. 01741, 13401, 13421 oder 13422 für die beim Eingriff eingesetzte(n) Einmalsklerosierungsnadel(n)</i>) führt dazu, dass die Leistungsziffern aus der Berechnung des Sachkostenzuschlags herauszunehmen sind. Die übrigen Sachkosten der Koloskopie sind in die Leistung einkalkuliert (z. B. Substanzen zum Abführen). Sonstiger Sprechstundenbedarf wird mit dem Pauschalzuschlag gem. Abs. 3 auf die übrigen Leistungsziffern (Ordination, Konsultation, Gespräch, Untersuchung etc.) ausreichend berücksichtigt.</p>
Abs. 4	<p>Erstmals wird explizit klargestellt, dass die Sachkostenpauschalen des Kap. 40 für Krankenhäuser berechnungsfähig sind.</p>
Abs. 5	<p>Der <i>Selbstbehalt</i> der Krankenhäuser auf einzeln erstattungsfähige Sachmittel wurde auf 12,50 Euro gesenkt. Dabei sind – mittlerweile auch durch die DKG anerkannt – nur diejenigen Kosten zu erstatten, die den Betrag von 12,50 Euro übersteigen. Ein Sachkostenbetrag von 30 Euro würde zu 17,50 Euro erstattet. Dieser Selbstbehalt ist <i>je Spiegelstrich</i> der folgenden Aufzählung anzusetzen:</p>
Die Liste der erstattungsfähigen Einzelpositionen wurde erweitert:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Implantate in Summe</i> heißt, dass nicht jedes Implantat den Grenzbetrag von 12,50 Euro überschreiten muss</li> <li>- <i>Nahtmaterial</i> birgt ein hohes Potential für unwirtschaftliche Behandlung. Fibrinkleber und Gewebekleber sind keine Nahtmaterialien</li> <li>- <i>diagnostische und interventionelle Katheter einschl. Führungsdraht, Gefäßschleuse, Einführungsbesteck und Verschlusssysteme im Zusammenhang mit angiologisch-diagnostischen und –therapeutischen, gefäßchirurgischen und phlebologischen Leistungen;</i> diese Sachkosten sind <u>nicht</u> abrechenbar, wenn eine Pauschale nach 40300 bis 40304 abgerechnet wird. <i>Verschlusssysteme</i> sind größtenteils unwirtschaftlich, neuere Systeme sind z. T. als Methode nicht evaluiert und grundsätzlich bei Vertragsärzten nicht vergütungsfähig. Hier ist eine Einzelfallprüfung notwendig.</li> <li>- <i>diagnostische und interventionelle</i></li> </ul>

## Vertragsleitfaden der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung

	<p><i>Katheter einschl. Führungsdraht im Zusammenhang mit gastrokopischen Leistungen (inkl. Leistungen an den Gallenwegen)</i>          Hierzu erarbeitet der MDS derzeit eine Hilfestellung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Trocare, Endoklips und Einmalapplikatoren für Klips im Zusammenhang mit laparoskopischen Leistungen</i>            Trocare sind als mehrfach verwendbare Produkte erhältlich. Die Abrechnung von Einmalartikeln widerspricht dem Wirtschaftlichkeitsgebot. Das gleiche gilt für nur einmal verwendbare Klip-Applikatoren.</li> <li>- <i>Diagnostische und interventionelle Katheter einschl. Führungsdraht im Zusammenhang mit Leistungen zur In-Vitro-Fertilisation.</i>            Der Transferkatheter ist bereits in die Leistungen nach den Nrn.08550 und 08560 einberechnet. Nach § 9 Abs. 2 ist er nicht gesondert erstattungsfähig. Andere Katheter und Führungsdrähte sind bei Leistungen der IVF selten.</li> <li>- <i>Ophthalmica (Viskoelastika, Perfluordecaline, Silikonöl, C3F8-Gas)</i>            Viskoelastika werden insbesondere für die Kataraktchirurgie verwendet. Hier sind große Preisunterschiede zu beachten. Die übrigen genannten Produkte sind kaum in einer Menge zu verwenden, die zu 12,50 Euro Kosten führt.</li> <li>- <i>Schienen, Kompressionsstrümpfe (nicht Antithrombosestrümpfe)</i>            Schienen (statt Gipsverband) sind bei einmaliger Verwendung unwirtschaftlich. Praxis ist die Mehrfachverwendung. Die Erstattung kann dann nur anteilig erfolgen. Die Festbeträge für Hilfsmittel sind zu beachten, eine Erstattung ist nur bis zur Höhe der Festbeträge zulässig, da höhere Beträge unwirtschaftlich sind im Vergleich zur Selbstbeschaffung durch den Versicherten.            Kompressionsstrümpfe sind nur bei entsprechender Erkrankung (Venenerkrankungen, z. B. im Zusammenhang mit Varizenoperationen) indiziert. Hier kann die Beschaffung durch das Krankenhaus durch den Selbstbehalt ggf. günstiger sein als die sonst übliche Verordnung.</li> </ul>
Abs. 6 .	Das Wirtschaftlichkeitsgebot ist zu beachten. Entsprechend der obigen Hinweise sollten

## Vertragsleitfaden der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung

	Krankenkassen ihrer Verpflichtung zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit nachkommen. Bei Zweifeln kann immer die Vorlage der Originalrechnung bzw. einer Kopie davon verlangt werden.
Abs. 7 .	Die Regelung zur Arzneimittelerstattung wurde stark geändert. Visodyne und Hormonpräparate zur IVF/ICSI sind gesondert in Abs. 8 geregelt. Für alle anderen Arzneimittel gilt, dass <u>je Arzneimittel</u> der Preis von 40 Euro überschritten werden muss, bevor eine Erstattung erfolgt. Maßgeblich ist der Apotheken-Einkaufspreis der wirtschaftlichsten Packungseinheit nach Lauertaxe. Die Erstattung erfolgt mit einem Abschlag von 25 % von diesem Preis. Durch die zahlreichen Alternativen bei Arzneimitteln sind hohe wirtschaftliche Reserven möglich. Die Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung ist ggf. im Einzelfall zu prüfen. Die Ausführungen zu Abs. 1 sind zu beachten.
Abs. 8	Für Visodyne® (derzeit einziger zugelassener Fotosensibilisator für die PDT) und Hormonpräparate zur IVF/ICSI erfolgt ohne Grenzbetrag eine Erstattung mit 20 % Abschlag vom Apothekeneinkaufspreis. Bei IVF/ICSI sind die Eigenanteile der Patientinnen zu beachten.
<b>§ 10 Arbeitsunfähigkeit/Häusliche Krankenpflege</b>	unverändert
<b>§ 11 Krankentransport</b>	unverändert
<b>§ 12 Datenschutz und ärztliche Schweigepflicht</b>	unverändert
<b>§ 13 Vordrucke</b>	unverändert
<b>§ 14 Facharztstandard</b>	unverändert
<b>§ 15 Qualitätssicherung</b>	Es wurde eine Qualitätssicherungsvereinbarung geschlossen. Diese ist Anlage zum Vertrag. Neu ist, dass die Teilnahme an der Qualitätsvereinbarung und die Einhaltung der Verpflichtungen aus der QS-Vereinbarung mit der Meldung nach § 1 des AOP-Vertrages zu erklären ist.
<b>§ 16 Maßnahmen zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit</b>	Unverändert
<b>§ 17 Beteiligung der Deutschen Krankenhausgesellschaft</b>	Vertreter der DKG können an Sitzungen des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses teilnehmen.
<b>§ 18 Abrechnungsverfahren</b>	
Abs. 1	Unverändert Es ist nur eine Rechnung zulässig. Bei nachgelieferten Rechnungen sind die vorherigen zu stornieren und stattdessen eine

## Vertragsleitfaden der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung

	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. Dazu muss die Arztnummer des Belegarztes und der OPS/EBM der Operation angegeben werden. Als Abgrenzung gilt der Fachgebietsbezug.
Abs. 2	unverändert
Abs. 3	unverändert
Abs. 4	unverändert
Abs. 5 und 6	Entfallen, s. a. § 7
<b>§ 19 Datenübermittlung</b>	unverändert
<b>§ 20 Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems</b>	unverändert
<b>§ 21 Anpassung der Operationsschlüssel</b>	Der Konfliktlösungsmechanismus bei Uneinigkeit über das Sachverständigenvotum wurde entfernt. Zuständig für Streitfragen zum Katalog ist allein das Erweiterte Bundesschiedsamt.
<b>§22 Geltung des Vertrags</b>	Der Vertrag tritt zum 01.10.2006 in Kraft. Die Budgetbereinigung und Punktwertfestlegung nach § 7 Abs. 1 ist aufwändig und soll bis zum 01.01.2007 erfolgen. Bis dahin gelten die Regelungen aus den §§ 7 Abs. 1 und 18 Abs. 5 in der Fassung vom 18.03.2005. Die Kündigungsfrist beträgt ein Jahr zum 30.06. bzw. 31.12.
<b>§ 23 Salvatorische Klausel</b>	Bei unwirksamen Bestandteilen ist nicht die Wirksamkeit des gesamten Vertrags gefährdet. Regelungslücken bleiben jedoch bestehen und werden nicht „automatisch“ geschlossen.