

**Vereinbarung
zu klinischen Sektionen
gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 3 KHEntgG
(Obduktionsvereinbarung*)**

zwischen

dem GKV-Spitzenverband, Berlin,

dem Verband der Privaten Krankenversicherung, Köln,

– gemeinsam –

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Berlin

* Um Missverständnissen vorzubeugen, werden in dieser Vereinbarung die Wörter „klinische Sektionen“ durch das Wort „Obduktionen“ ersetzt.

Präambel

Obduktionen sollen gemäß Krankenhausstrukturgesetz als wertvolles Instrument der medizinischen Qualitätssicherung unter bestimmten Voraussetzungen durch Zuschläge finanziell gefördert werden. Ziel ist es, die Obduktionsrate zu erhöhen, damit Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus aus den Erkenntnissen, die aus Obduktionen gewonnen werden, kontinuierlich lernen können.

Der GKV-Spitzenverband, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 3 KHEntgG Anforderungen an die Durchführung von Obduktionen zur Qualitätssicherung. Insbesondere legen sie bezogen auf die Anzahl stationärer Todesfälle eine zur Qualitätssicherung erforderliche Obduktionsrate und Kriterien für die Auswahl der zu obduzierenden Todesfälle fest, bestimmen die Höhe der Durchschnittskosten einer Obduktion und machen Vorgaben für die Berechnung des Zuschlags.

§ 1

Gegenstand und Ziel der Vereinbarung

Um Obduktionen (klinische Sektionen) als wichtiges Instrument der medizinischen Qualitätssicherung zu stärken, werden die Obduktionen nach Maßgabe dieser Vereinbarung durch einen pauschalen Zuschlag je voll- und teilstationären Fall finanziert, sofern die in § 2 Absatz 1 auf Bundesebene festgesetzte indikationsbezogene Obduktionsrate von dem jeweiligen Krankenhaus erreicht wird. Die Vertragsparteien stimmen darin überein, dass für die Qualitätssicherung eine Steigerung der Obduktionen sinnvoll ist, wenn aus den Obduktionen ein Erkenntnisgewinn zu erwarten ist. Daher wird in der Anlage 1 eine Liste von operationalisierten Kriterien (ICD-Kodes und OPS-Prozedurenkodes) vereinbart.

§ 2

Obduktionsrate und Anzahl der Obduktionen

- (1) Für das Jahr 2017 wird auf Bundesebene eine indikationsbezogene Obduktionsrate von 7,5 % festgelegt. Für das Jahr 2018 wird auf Bundesebene eine indikationsbezogene Obduktionsrate von 10 % festgelegt. Ab dem Jahr 2019 wird auf Bundesebene eine indikationsbezogene Obduktionsrate von 12,5 % festgelegt.
- (2) Nur Krankenhäuser, die die indikationsbezogene Obduktionsrate gemäß Absatz 1 für das jeweilige Jahr erreichen, erhalten für alle durchgeführten Obduktionen, die die Vorgaben dieser Vereinbarung erfüllen, einen Zuschlag nach § 5. Zur Ermittlung der krankenhausesbezogenen Rate wird für den jeweiligen Vereinbarungszeitraum die Anzahl der Obduktionen stationärer Todesfälle des Krankenhauses festgestellt, die die Kriterien der Anlage 1 erfüllen. Diese Anzahl wird durch die Gesamtzahl an stationären Todesfällen des Krankenhauses, die die Kriterien der Anlage 1 erfüllen, dividiert und mit Einhundert multipliziert.

- (3) Für die Ermittlung der Rate gemäß Absatz 2 werden die Obduktionen nicht in die Berechnung einbezogen, die bereits anderweitig finanziert sind. Diese Obduktionen werden auch nicht für die Berechnung der krankenhausesindividuellen Zuschlagssumme nach § 5 Absatz 1 berücksichtigt.

§ 3

Anforderungen an Obduktionen

- (1) Die Obduktionen werden von einem Facharzt für Pathologie durchgeführt. Ein Arzt in Weiterbildung wird nur unter der Aufsicht des Facharztes tätig. Der Name des verantwortlichen Facharztes für Pathologie ist im Obduktionsprotokoll festzuhalten.
- (2) Es werden folgende Räume als Mindestausstattung am Ort der Obduktion vorausgesetzt:
- Personalumkleideräume mit Sanitärräumen
 - Personalschleuse am Eingang zum Obduktionssaal
 - Obduktionssaal
 - Spül- und unreiner Entsorgungsraum
 - Leichenaufbewahrungsraum (< 12°C) mit Kühlzellen (2 – 6°C)
- (3) Für die Durchführung einer Obduktion ist ein Obduktionsantrag vom verantwortlichen vorbehandelnden Arzt auszufüllen und an die ausführende Pathologieabteilung zu versenden. In diesem Antragsformular sind mindestens folgende Informationen anzugeben:
- Personalien des Patienten, Geburts- und Sterbedatum
 - Datum der Krankenhausaufnahme
 - Einverständniserklärung zur Obduktion in Kopie
 - Empfänger des Obduktionsberichts
 - Vorliegen einer Berufserkrankung oder eines Arbeitsunfalles
 - spezielle Wünsche betreffend Obduktion (z. B. spezielle histopathologische Untersuchungen)
 - Vorliegen einer infektiösen Krankheit oder bekannte therapiebedingte Keimresistenzen
 - Anamnese und Verlauf sowie ggf. Therapiemaßnahmen (z. B. Radionuklide)
 - wichtige Daten bildgebender Verfahren (evtl. besondere Fragestellungen)
 - wichtige Laborbefunde
 - Liste der klinischen Diagnosen und/oder Verdachtsdiagnosen
 - Hinweise auf besondere oder unklare Befunde
 - ausgefüllte Todesbescheinigung
 - Todesursache aus klinischer Sicht
 - Todesart aus klinischer Sicht
 - bei Totgeburten Angabe der Schwangerschaftsdauer
 - bei Tod in der Perinatalperiode Angabe der Geburtszeit
 - Formulierung von Fragen der klinisch tätigen Ärzte an den Pathologen

- (4) Die Obduktion ist ausführlich schriftlich und standardisiert zu dokumentieren. Alle Befunde sind zu beschreiben, entweder als freier Text oder mithilfe eines vorgedruckten Schemas. Wichtige Befunde sind zu fotografieren oder in Skizzen festzuhalten. Maße und Gewichte werden in das Protokoll integriert oder auf einem separaten Blatt festgehalten. Obligat sind Körpergröße und Körpergewicht, Gewicht von Herz (Wanddicke der Herzkammern), Lungen, Leber, Milz und beider Nieren. Bei der Beschreibung der histologischen Befunde sollten die wesentlichen, todesursächlichen Befunde berücksichtigt werden.
- (5) Eine Demonstration und Diskussion der pathologisch-anatomischen Befunde ist für die in Behandlung und Diagnostik involvierten klinischen Ärzte unmittelbar im Anschluss an die Obduktion spätestens am nächsten Tag anzustreben. Die Abteilung für Pathologie informiert die vorbehandelnden Klinikärzte über den Zeitpunkt der Demonstration. Die Anwesenheit der Klinikärzte wird auf dem Abschlussbericht dokumentiert. Diese Demonstration kann als Videodemonstration durchgeführt werden.
- (6) Der Obduktionsbericht (einschließlich histologischer Befunde) ist innerhalb von zwei Wochen nach der Obduktion an die im Antragsformular vermerkten Ärzte zu schicken. Bei neuropathologischen Fragestellungen ist der neuropathologische Befundbericht innerhalb von sechs Wochen zu versenden. In dringenden Fällen kann auch eine telefonische Vorabauskunft erteilt werden.
- (7) Anhaltspunkte über die Zuständigkeit eines anderen Kostenträgers oder über drittverursachte Gesundheitsschäden (§ 294a SGB V), die sich aus der Obduktion ergeben, sind der zuständigen Krankenkasse durch das beauftragende Krankenhaus unverzüglich mitzuteilen.
- (8) Ausgewählte Obduktionsfälle (einschließlich histologischer Befunde) sollen regelmäßig in klinisch-pathologischen Konferenzen vorgestellt werden. Die pathologischen Fallkonferenzen sollen regelhaft
 - die Diskrepanzen zwischen Prä- und Post-mortem-Diagnosen darstellen,
 - die Diskrepanzen analysieren,
 - sie in vermeidbar und nicht-vermeidbar kategorisieren.

§ 4

Durchschnittskosten von Obduktionen

- (1) Als Grundlage für die Festlegung der Höhe der Durchschnittskosten einer Obduktion ist das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) mit der Kalkulation der Kosten beauftragt. Auf der Grundlage der Kalkulationsergebnisse des InEK vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene die Höhe der Durchschnittskosten im Rahmen einer Anlage zu dieser Vereinbarung.

- (2) Eine Kalkulation der durchschnittlichen Kosten von Obduktionen nach Absatz 1 Satz 1 erfolgt in einem jährlichen Rhythmus. Nach drei Jahren prüfen die Vertragsparteien, ob eine Anpassung des Kalkulationsrhythmus notwendig ist.
- (3) Ab dem Vereinbarungszeitraum 2017 bis zur erstmaligen Vereinbarung der Durchschnittskosten nach Absatz 1 wird ein Betrag in Höhe von 750 Euro je Obduktion festgesetzt.

§ 5

Ermittlung und Abrechnung des Zuschlags für Obduktionen

- (1) Im Rahmen der Budgetvereinbarung vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG für den maßgeblichen Vereinbarungszeitraum die voraussichtliche Anzahl der Obduktionen aus Todesfällen des Krankenhauses, die die Vorgaben dieser Vereinbarung erfüllen und nicht anderweitig finanziert werden. Steht die Anzahl der zuschlagsfähigen Obduktionen für den Vereinbarungszeitraum bereits fest, ist diese Anzahl maßgeblich. Die zu vereinbarende krankenhausesindividuelle Zuschlagssumme ergibt sich durch die Multiplikation der Anzahl der Obduktionen nach den Sätzen 1 oder 2 mit den Durchschnittskosten einer Obduktion gemäß § 4 Absatz 1 oder Absatz 3.
- (2) Für Obduktionen ist nach den Vorgaben des § 5 Abs. 3b KHEntgG bei Erfüllung der Anforderungen nach § 9 Abs. 1a Nr. 3 KHEntgG ein Zuschlag je voll- und teilstationären Fall zu vereinbaren. Der Zuschlag je voll- und teilstationären Fall für Obduktionen ergibt sich aus der Division der krankenhausesindividuellen vereinbarten Zuschlagssumme nach Absatz 1 durch die Zahl der vereinbarten voll- und teilstationären Behandlungsfälle des Krankenhauses im jeweiligen Vereinbarungszeitraum im Geltungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes. Wird die Budgetvereinbarung erst während des Kalenderjahres geschlossen, ist ein entsprechend erhöhter Zuschlag bezogen auf die im restlichen Kalenderjahr zu erwartenden Fälle zu vereinbaren; § 15 Abs. 2 KHEntgG gilt entsprechend.
- (3) Die bei Erfüllung der Vorgaben dieser Vereinbarung zu finanzierende krankenhausesindividuelle Zuschlagssumme für die Durchführung von Obduktionen ergibt sich durch die Multiplikation der Anzahl der tatsächlich erbrachten zuschlagsfähigen Obduktionen im jeweiligen Vereinbarungszeitraum mit den Durchschnittskosten einer Obduktion gemäß § 4 Absatz 1 oder Absatz 3. Die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG können im Einvernehmen abweichend von Satz 1 statt der Anzahl der tatsächlich erbrachten zuschlagsfähigen Obduktionen die vereinbarte Anzahl der zuschlagsfähigen Obduktionen nach Absatz 1 zugrunde legen. Weicht die tatsächlich abgerechnete Zuschlagssumme für das Kalenderjahr von der zu finanzierenden krankenhausesindividuellen Zuschlagssumme nach Satz 1 ab, werden die Mehr- und Mindererlöse über den Zu- und Abschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 KHEntgG im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum vollständig ausgeglichen.

- (4) Für die Abrechnung des Zuschlags vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene einen Entgeltschlüssel für die Datenübermittlung nach § 301 SGB V. Der abzurechnende Zuschlag ist gesondert in der Rechnung auszuweisen.
- (5) Im Rahmen der Budgetverhandlungen für den jeweiligen Vereinbarungszeitraum sind für das vorangegangene Kalenderjahr, frühestens für das Jahr 2017, folgende Nachweise durch das Krankenhaus vorzulegen:
- Anzahl der im Krankenhaus Verstorbenen:
Datenbasis sind die übermittelten Todesfälle nach § 301 Abs. 3 SGB V (Schlüssel 5 Entlassungs-/Verlegungsgrund 07), die die Kriterien nach Anlage 1 erfüllen.
 - Anzahl der Obduktionen der im Krankenhaus Verstorbenen:
Datenbasis sind die Obduktionen, die mit dem Kode 9-990 kodiert wurden, die die Kriterien nach Anlage 1 erfüllen, soweit diese Obduktionen nicht anderweitig vergütet wurden.
 - Unterlagen, die die Erfüllung der Anforderungen nach § 3 in geeigneter Weise belegen.

Liegen die Angaben nach Satz 1 zum Zeitpunkt der Vereinbarung noch nicht vor, sind sie im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum vorzulegen. Der Nachweis über die Anzahl der Obduktionen der im Krankenhaus Verstorbenen mit dem Kode 9-990 ist erst für das Jahr 2018 verpflichtend vorzulegen. Für das Jahr 2017 verständigen sich die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG auf ein geeignetes Nachweisverfahren.

- (6) Wird die in § 2 Absatz 1 vorgegebene Obduktionsrate vom Krankenhaus unterschritten, wird die für den entsprechenden Vereinbarungszeitraum abgerechnete Zuschlagssumme im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum über den Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 KHEntgG vollständig vom Krankenhaus zurückgezahlt. Gleiches gilt bei Nichterfüllung der Anforderungen für die Durchführung von Obduktionen nach § 3.

§ 6 Kündigung

Die Vereinbarung kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Jahresende schriftlich gekündigt werden. Die Vertragsparteien verpflichten sich, die Verhandlungen über eine Neuvereinbarung unverzüglich aufzunehmen. Falls innerhalb von sechs Monaten nach Wirksamkeit der Kündigung keine Einigung erzielt werden kann, entscheidet die Bundesschiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG auf Antrag einer Vertragspartei. Bis zu einer Neuvereinbarung oder Festsetzung durch die Bundesschiedsstelle gilt die bisherige Vereinbarung fort.

§ 7
Salvatorische Klausel

Sollte eine Bestimmung dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit der Vereinbarung im Übrigen nicht berührt. Die Vertragsparteien werden die ungültige Bestimmung durch eine wirksame Bestimmung ersetzen, die dem Zweck der ungültigen Bestimmung möglichst nahekommt.

§ 8
Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt mit Unterzeichnung der Vertragsparteien in Kraft und gilt erstmalig für den Vereinbarungszeitraum 2017. Sofern vor Inkrafttreten dieser Vereinbarung Krankenhäuser bereits Budgetvereinbarungen für den Vereinbarungszeitraum 2017 abgeschlossen haben, ist die Zuschlagssumme, die sich unter Prüfung der Vorgaben dieser Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2017 ergeben hätte, erhöhend bei der Vereinbarung der Zuschlagssumme für den Vereinbarungszeitraum 2018 zu berücksichtigen.

Anlage 1 Kriterien für die Auswahl der zu obduzierenden Todesfälle

Voraussetzung für die zuschlagsfähige Durchführung von Obduktionen ist die Erfüllung eines der nachfolgenden Kriterien. Diese Liste beruht auf der „Indikationsliste zur Durchführung von klinischen Obduktionen“ der Deutschen Gesellschaft für Pathologie, der Deutschen Gesellschaft für Neuropathologie und Neuroanatomie und dem Bundesverband Deutscher Pathologen vom 01.07.2016.

- Totgeburten, Todesfälle von Säuglingen, Kindern, Jugendlichen (bis 16 Jahre) sowie peripartal verstorbenen Müttern und Wöchnerinnen bei klinisch plausibel annehmbarer natürlicher Todesursache:
 - Entlassgrund Tod und Alter < 17 Jahre oder
 - Entlassgrund Tod und Kode aus dem Codebereich O09 der ICD 10 GM (Schwangerschaftsdauer) während des stationären Aufenthaltes oder Kodes aus O94–O97 kodiert

- Post- bzw. perioperative Todesfälle und Todesfälle nach invasiven diagnostischen Maßnahmen (z. B. endoskopische Untersuchungen, Herzkatheteruntersuchungen), sofern ggf. nach Meldung an die Staatsanwaltschaft von dieser eine Freigabe erfolgte:
 - Entlassgrund Tod < 3 Tage nach Durchführung einer Maßnahme mit folgenden Prozedurenkodes:
 - 1-100 Untersuchung in Allgemeinanästhesie
 - 1-204 Untersuchung des Liquorsystems
 - 1-21 Epilepsiediagnostik
 - 1-265 Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt
 - 1-27 Diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Kreislauf
 - 1-31 Funktionsuntersuchungen des Verdauungstraktes
 - 1-40 bis 1-49 Biopsie ohne Inzision
 - 1-50 bis 1-58 Biopsie durch Inzision
 - 1-61 bis 1-69 Diagnostische Endoskopie
 - 1-79a Ballon-Okklusionstest einer Arterie
 - 1-84 bis 1-85 Explorative diagnostische Maßnahmen oder
 - Entlassgrund Tod < 8 Tage nach Durchführung einer Operation aus dem Kapitel 5 des OPS-Kataloges oder
 - Entlassgrund Tod < 8 Tage nach Durchführung folgender Maßnahmen des Kapitels 8 des OPS-Kataloges:
 - 8-011 Intrathekale und intraventrikuläre Applikation von Medikamenten durch Medikamentenpumpen
 - 8-03 Immuntherapie
 - 8-10...8-11 Entfernung von Fremdmaterial und Konkrementen
 - 8-12...8-13 Manipulationen an Verdauungstrakt und Harntrakt
 - 8-41 Extension der Wirbelsäule
 - 8-50...8-51 Tamponade von Blutungen und Manipulation an Fetus oder Uterus

Anlage 1

- 8-52...8-54 Strahlentherapie, nuklearmedizinische Therapie und Chemotherapie
 - 8-607 Hypothermiebehandlung
 - 8-63...8-66 Elektrostimulation, Elektrotherapie und Dauer der Behandlung durch fokussierten Ultraschall
 - 8-835 Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie
 - 8-836 (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention
 - 8-837 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen
 - 8-838 (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention an Gefäßen des Lungenkreislaufes
 - 8-839 Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße
 - 8-83c Andere (perkutan-)transluminale Gefäßintervention
 - 8-83d Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen
 - 8-84 (Perkutan-)transluminale Stentimplantation
 - 8-85 Extrakorporale Zirkulation und Behandlung von Blut
 - 8-86...8-86 Therapie mit besonderen Zellen und Blutbestandteilen
 - 8-90 Anästhesie
 - 8-91 Schmerztherapie
-
- Verstorbene, die einen unerwarteten Tod gestorben sind, bzw. Verstorbene, deren Krankheitsverlauf nicht plausibel erscheint, bei denen aber medizinisch begründet eine natürliche Todesursache anzunehmen ist:
 - Kodierung eines Kodes aus Kapitel XVIII (ungenau bezeichnete und unbekannte Todesursachen) (R95–R99)
-
- Todesfälle, die im Zusammenhang mit einer Berufserkrankung oder anderen entschädigungspflichtigen Erkrankungen stehen könnten:
 - Entlassgrund Tod und Kodierung Z57 Berufliche Exposition gegenüber Risikofaktoren oder Z58 Kontakttänze mit Bezug auf die physikalische Umwelt
-
- Bei Vorwürfen von Behandlungsfehlern, falls die Staatsanwaltschaft nach Rücksprache keine Anordnung einer rechtsmedizinischen Obduktion wünscht:
 - Entlassgrund Tod und Kodierung von mindestens einem Kode aus Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert (T80–T88) oder
 - Entlassgrund Tod und Komplikationen bei der medizinischen und chirurgischen Behandlung (Y40–Y84)
-
- Todesfälle bei seltener, besonders klärungsbedürftiger bzw. berichtenswerter Erkrankung oder bei bekannter Erkrankung mit ungewöhnlicher, klärungsbedürftiger oder berichtenswerter Ausprägung:

Anlage 1

- Entlassgrund Tod und Kodierung aus den Abschnitten Z03 Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen und Z04 Untersuchung und Beobachtung aus sonstigen Gründen des ICD 10

- Obduktionen, die zur Klärung möglicher gesundheitlicher Risiken individueller oder allgemeiner Natur beitragen können:
 - Entlassgrund Tod und Z57 berufliche Exposition gegenüber Risikofaktoren und Z58 Kontaktanlässe mit Bezug auf die physikalische Umwelt

- Todesfälle, deren Obduktion zur Klärung relevanter, ungeklärter klinischer Fragen (auch unklarer Infektionserkrankungen) beitragen kann:
 - Entlassgrund Tod und Kodierung eines Codes aus Kapitel XVIII (ungenau bezeichnete und unbekannte Todesursachen) (R95–R99)