Vereinbarung zu den regelungsbedürftigen Tatbeständen des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V (Ambulantes Operieren im Krankenhaus)

zwischen

dem AOK-Bundesverband

dem BKK Bundesverband

dem IKK-Bundesverband

dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen

der Bundesknappschaft

der See-Krankenkasse

dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.

dem AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

gemeinsam

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft

Präambel

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen haben am 07.07.2003 einen Vertrag nach § 115 b Abs. 1 SGB V abgeschlossen (nachstehend „AOP-Vertrag“ genannt). In diesem Vertrag wird u.a. in § 9 Abs. 1 und § 18 bestimmt, dass die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Krankenkassen weitere Regelungstatbestände, insbesondere zum Abrechnungsverfahren, in einer bilateralen Vereinbarung zu regeln haben. Der Erfüllung dieses Auftrages dient diese Vereinbarung.

§ 1
Behandlungsausweis

Für den in § 2 Abs. 1 des AOP-Vertrages vorgesehenen Überweisungsschein ist der jeweils aktuelle Überweisungsvordruck der Vordruckvereinbarungen zu verwenden. Falls ein Versicherter ohne Überweisungsschein das Krankenhaus zur ambulanten Operation aufsucht, gilt die Krankenversichertenkarte als Nachweis für die Mitgliedschaft.

§ 2
Punktwert

(1) Die nach § 7 Abs. 1 des AOP-Vertrages zu vergütenden Leistungen werden nach einem Punktwert vergütet, soweit der EBM bzw. BMÄ/E-GO keine Festpreise vorsieht. Soweit die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen und die Landeskrankenhausgesellschaften nichts Abweichendes vereinbaren, gelten jeweils die aktuellen Punktwerte der für den Versicherten zuständigen KV.

(2) Abweichende Vereinbarungen über den Punktwert sowie die Abrechnung gemäß § 3 sind bis zum 30.9. eines Jahres für das folgende Kalenderjahr zu treffen.

§ 3
Abrechnung

(1) Nach Abschluss des Falles einer „ambulanten Operation“ wird der zuständigen Krankenkasse in der Regel innerhalb von vier Wochen eine Rechnung übersandt. Als Versandtag gilt der Tag der Absendung der Rechnung. Ist der letzte Tag der 4-Wochen-Frist ein arbeitsfreier Tag, verlängert sich die Frist auf den nächstfolgenden Arbeitstag.

(2) Es ist nur eine Rechnung zulässig, die sämtliche abrechenbaren Leistungen der ambulanten Operation gemäß dem Katalog nach den §§ 3 bis 6 des AOP-Vertrages sowie die Pauschale für die in § 9 des Vertrages genannten Mittel umfasst. Erfolgt die ambulante Operation durch einen am Krankenhaus tätigen Belegarzt, sind seine Leistungen ausschließlich nach den vertragsarztrechtlichen Regelungen mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung abzurechnen.

(3) Die Krankenhäuser übermitteln den Krankenkassen folgende Angaben:

1. Familienname und Vorname des Versicherten, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenversicherungs-Nummer, Versichertenstatus sowie das krankenhausinterne Kennzeichen des Versicherten,

2. Institutionskennzeichen des Krankenhauses und der Krankenkasse,

3. Tag des Zugangs des Patienten, die Überweisungsdiagnose des überweisenden Arztes (soweit vorhanden), die Behandlungsdiagnose für die ambulante Operation nach Diagnoseschlüssel (ICD) gemäß § 301 SGB V in der jeweils gültigen Fassung, sowie die den Eingriffen gemäß § 115 b SGB V zugrundeliegenden Operationsschlüssel nach § 301 SGB V (OPS 301) in der jeweils gültigen Fassung. Die Angabe der Operationsschlüssel erfolgt bis zum 31.12.2004 freiwillig. Ab dem 1. Januar 2005 ist die Angabe der Operations- und Diagnoseschlüssel zwingende Voraussetzung für die Leistungsabrechnung der Eingriffe gemäß § 115 b SGB V gegenüber den Krankenkassen,

4. Arztnummer des überweisenden Arztes; liegt eine Überweisung nicht vor, das Institutionskennzeichen des veranlassenden Krankenhauses,

5. Bezeichnung der behandelnden Abteilung,

6. Datum und Art der jeweils im Krankenhaus durchgeführten ambulanten Operation zuzüglich sonstiger nach § 115 b SGB V abrechenbarer Leistungen unter Angabe der EBM-Positionen,

7. sämtliche nach § 115 b SGB V berechneten Entgelte einschließlich der nach § 5 Abs. 2 gesondert abrechenbaren Leistungen. § 301 Abs. 3 SGB V gilt entsprechend.

(4) Die Krankenkassen überprüfen die Richtigkeit der Abrechnung. Soweit diese Vereinbarung nichts anderes bestimmt oder die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen und die Landeskrankenhausgesellschaften nichts Abweichendes vereinbaren, gelten für die Abrechnung die Regelungen der für den Versicherten zuständigen KV.

§ 4
Zahlungsfristen

(1) Die Krankenkassen haben die Rechnung nach § 3 Abs. 2 innerhalb von 4 Wochen nach Rechnungseingang zu bezahlen. Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut oder der Versendung von Zahlungsmitteln an das Krankenhaus. Ist der Fälligkeitstag ein Samstag, Sonntag oder gesetzlicher Feiertag, so verschiebt er sich auf den nächstfolgenden Arbeitstag.

(2) Soweit zum Zeitpunkt der Abrechnung die jeweils aktuellen Punktwerte der für den Versicherten zuständigen KV nach § 2 Abs. 1 noch nicht feststehen, erfolgt die Abrechnung auf der Basis der jeweiligen Punktwerte des vorletzten Quartals.

§ 5
Pauschale/Vergütung nach § 9 des AOP-Vertrages

(1) Die für die Durchführung ambulanter Operationen im Krankenhaus einschließlich der für die erforderlichen prä-, post- und intraoperativen Leistungen benötigten Arzneimittel, Verbandsmittel, Hilfsmittel, Materialien, Instrumente, Gegenstände und Stoffe werden durch einen pauschalen Zuschlag auf die gesamte Honorarsumme in Höhe von 10 % vergütet, soweit sie nicht mit der Gebühr für die ärztliche Leistung abgegolten sind oder eine Abrechnung der besonderen Kosten für die entsprechende Leistung im EBM vorgesehen ist. Der Zuschlag wird bei einer gesamten Honorarsumme von mehr als 127,82 € auf 8 % der gesamten Honorarsumme reduziert.

(2) Materialien nach Abs. 1 (Implantate und nichtionische Röntgenkontrastmittel) werden nach Einzelaufwand erstattet, soweit sie den Betrag von 25,56 € im Einzelfall übersteigen.

§ 6
Nachweis der Einnahmen des ambulanten Operierens

Die Vertragsparteien gemäß § 18 Abs. 2 KHG können Regelungen über die Nachweisführung der abgerechneten Beträge des ambulanten Operierens vereinbaren. Die Beteiligten nach § 18 Abs. 1 KHG können hierzu Empfehlungen abgeben.

§ 7
Geltung der Vereinbarung

(1) Diese Vereinbarung tritt zum 01.07.2004 in Kraft. Sie kann mit einer Frist von einem Jahr jeweils zum 30.06 oder 31.12 eines jeden Jahres durch einen Vereinbarungspartner durch eingeschriebenen Brief gekündigt werden.

(2) Abweichend von Abs. 1 können die Regelungen über die Pauschale nach § 5 Abs. 1 sowie über die Materialien nach § 5 Abs. 2 mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden.

(3) Sollten einzelne Regelungen des vorstehenden Vertrages unwirksam sein, so wird die Gültigkeit des Vertrages als Ganzes dadurch nicht berührt. Die Vertragsparteien werden unverzüglich eine Regelung suchen und vereinbaren, die dem Vertragszweck am nächsten kommt und rechtlich zulässig ist .

(4) Die Partner erklären ihre Bereitschaft, innerhalb von 3 Monaten nach erfolgter Kündigung an der Verabschiedung einer Anschlussvereinbarung mitzuwirken.