Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-behandlung § 39 SGB V

§ 115b SGB V Ambulantes Operieren im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation im AOP-Katalog

Kriterien-Katalog (G-AEP) für Fehl-belegungsprüfungen

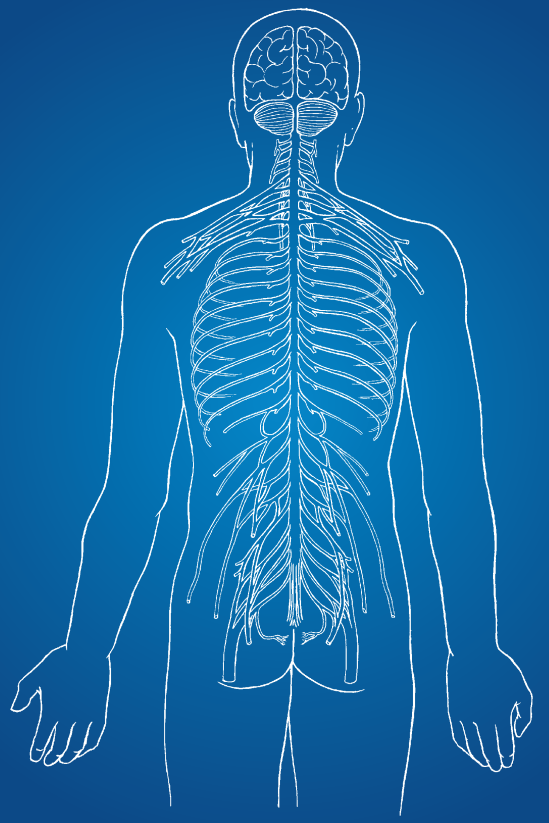
Mitteilungs-empfänger

Glossar

KODIERUNG UND VERGÜTUNG IN DER AMBULANTEN VERSORGUNG 2021

Handbuch ambulantes Operieren im berechtigten Krankenhaus

Implantierbare Therapiesysteme zur Neuromodulation



Medtronic
Further, Together

Vorwort
Unser Reimbursement Leistungsangebot
Ablaufdiagramme
Krankenhaus-behandlung § 39 SGB V
§ 115b SGB V Ambulantes Operieren im Krankenhaus
AOP-Vertrag
Neuromodulation im AOP-Katalog
Kriterien-Katalog (G-AEP) für Fehl-belegungsprüfungen
Mitteilungs-empfänger
Glossar

VORWORT



Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

wir bewegen uns heute in einem zunehmend komplexer werdenden Umfeld. Zu den ständigen Herausforderungen auf medizinischer Seite berücksichtigen Sie vor dem Hintergrund von Diskussionen und Maßnahmen zur Kostenbegrenzung im Gesundheitswesen zudem täglich Fragen nach Kosten und Effektivität der von Ihnen gewählten Behandlungsverfahren. Häufig genug sind selbst die Wege der Finanzierung dieser Behandlungsverfahren unklar und einem stetigen Wandel unterworfen. Budgetlimitierungen, Informationsdefizite und die ständig wachsende administrative Belastung bei allen Beteiligten im Gesundheitswesen können vor diesem Hintergrund nur durch eine partnerschaftliche Kooperation der Akteure im Gesundheitswesen geschultert werden.

Dieses Handbuch soll eine Hilfestellung für den täglichen Umgang im Hinblick auf eine sachgerechte Vergütung der von Ihnen eingesetzten Verfahren sein. In kompakter Form finden Sie hier die für eine sachgerechte Vergütung notwendigen Kodier- und Abbildungshinweise für die ambulante Leistungserbringung unserer Behandlungsverfahren und unserer Produkte. Hierbei sei erwähnt, dass es sich um beispielhafte Abrechnungsmuster handelt.

Wir wollen einer der größten Herausforderungen unserer Zeit transparent und überzeugend entgegentreten. Das Vermögen, für Fragestellungen in Bezug auf die Finanzierung unserer Produkte und Therapien Antworten zu finden, ist eine der größten Verantwortungen im Wandel der Gesundheitssysteme.

Mit freundlichen Grüßen

Günther Gyarmathy
Senior Manager
Reimbursement & Health Economics

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-behandlung § 39 SGB V

§ 115b SGB V Ambulantes Operieren im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation im AOP-Katalog

Kriterien-Katalog (G-AEP) für Fehl-belegungsprüfungen

Mitteilungs-empfänger

Glossar

UNSER REIMBURSEMENT
LEISTUNGSANGEBOT

Was bedeutet Reimbursement für uns?

Unter Reimbursement verstehen wir nicht nur eine adäquate Refinanzierung unserer Therapien, sondern auch Leistungen oder Informationen, die unseren Kunden eine solche Refinanzierung ermöglichen.

Zu diesen Leistungen gehören zum Beispiel:



EBM, GOÄ und DRG Hinweise zu unseren Produkten/Services



Informationen zu Abrechnung und Kodierung



Hinweise zu Änderungs- und Weiterentwicklungsanträgen



Informationen zu Fragen des MDK und der Kassen



Hinweise bei Strategie & Leistungsportfolio



Informationen zu NUB-Verfahren inkl. §137h SGB V



Hinweise zu gesundheitspolitischen Entwicklungen

Unser Reimbursement-Service im Überblick



Kostenbetrachtungen, Erlösbetrachtungen

Wir unterstützen Sie mit Erlös- und Kostenanalysen bei der Planung, Anpassung und Weiterentwicklung Ihres Leistungsangebots. Diese Konzepte entwickeln wir in Zusammenarbeit mit medizinischem Fachpersonal und Klinikverwaltungen. DRG Kodierhilfen und Kodierleitfäden, Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen oder Prozesskostenanalyse sind einige Beispiele.



Weiterbildung und Training

Unsere Weiterbildungs- und Trainingsprogramme vermitteln die Grundlagen der stationären (DRG) und ambulanten (EBM, GOÄ, AOP) Abrechnung, sowie den aktuellen Stand der Kodierung und Kostenerstattung. Dabei steht die Kodierung und Refinanzierung unserer Therapien im Mittelpunkt.

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-behandlung § 39 SGB V

§ 115b SGB V Ambulantes Operieren im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation im AOP-Katalog

Kriterien-Katalog (G-AEP) für Fehl-belegungsprüfungen

Mitteilungs-empfänger

Glossar

INHALTS VERZEICHNIS

1. Ablaufdiagramme

2. Krankenhausbehandlung § 39 SGB V

3. § 115b SGB V Ambulantes Operieren im Krankenhaus

4. AOP-Vetrag

5. Neuromodulation im AOP-Katalog

6. Kriterien-Katalog (G-AEP) für Fehlbelegungsprüfungen

7. Mitteilungsempfänger

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-behandlung § 39 SGB V

§ 115b SGB V Ambulantes Operieren im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation im AOP-Katalog

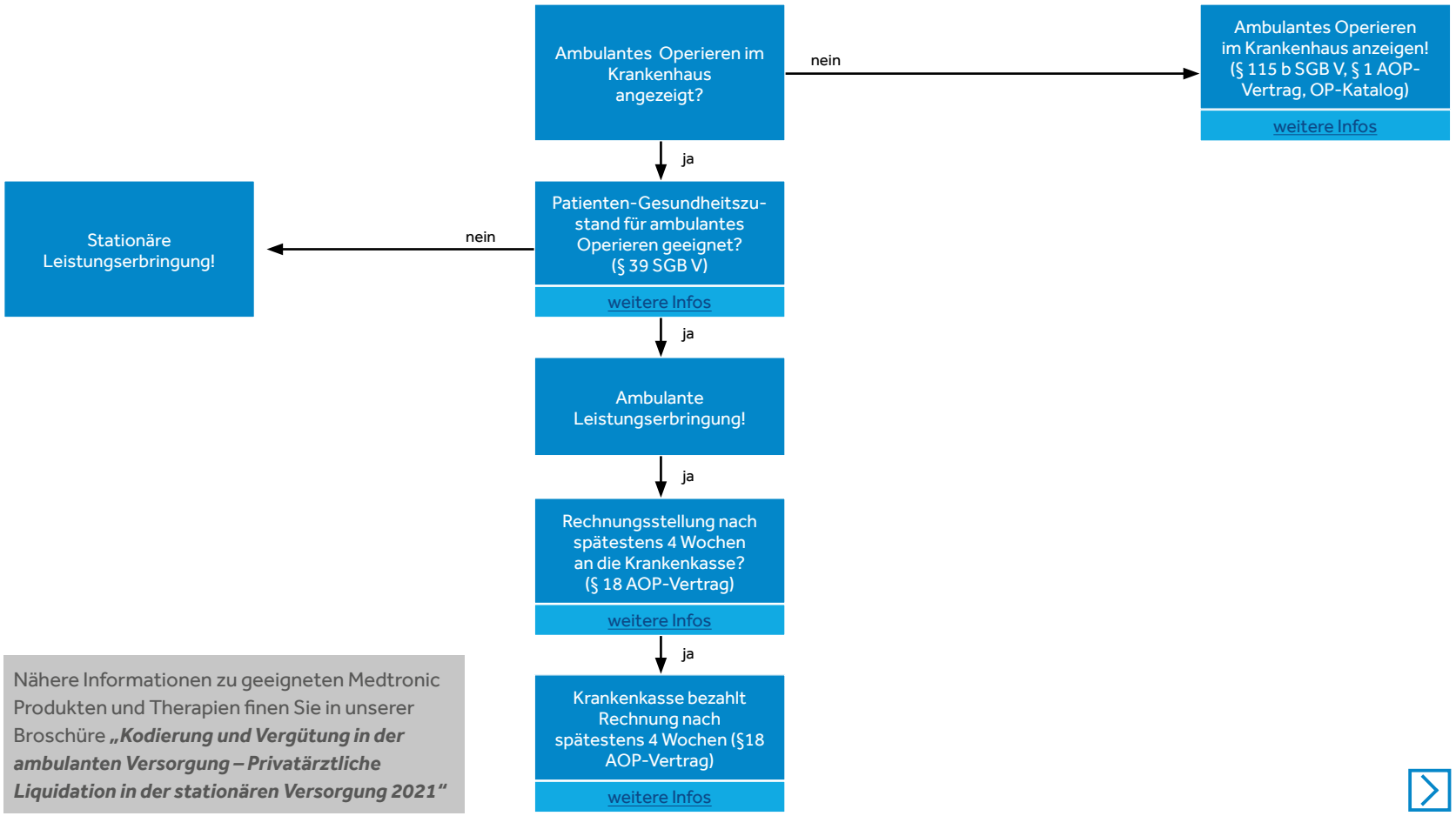
Kriterien-Katalog (G-AEP) für Fehl-belegungsprüfungen

Mitteilungs-empfänger

Glossar

1. ABLAUF DIAGRAMME

Ambulantes Operieren im zugelassenen Krankenhaus (AOP)



Nähere Informationen zu geeigneten Medtronic Produkten und Therapien finen Sie in unserer Broschüre ***„Kodierung und Vergütung in der ambulanten Versorgung – Privatärztliche Liquidation in der stationären Versorgung 2021“***

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-behandlung § 39 SGB V

§ 115b SGB V Ambulantes Operieren im Krankenhaus

AOP-Vertrag

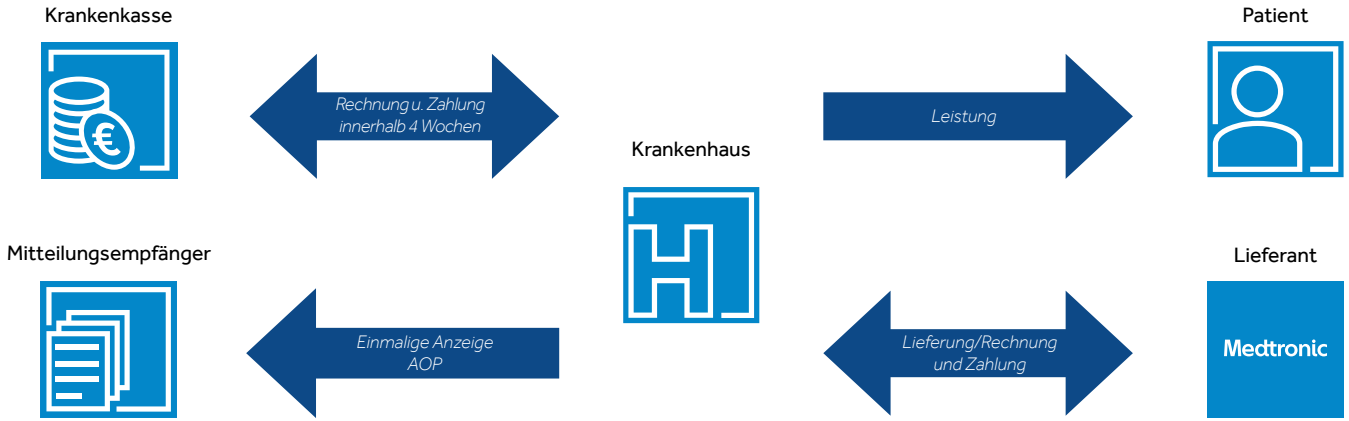
Neuromodulation im AOP-Katalog

Kriterien-Katalog (G-AEP) für Fehl-belegungsprüfungen

Mitteilungs-empfänger

Glossar

Ambulantes Operieren im zugelassenen Krankenhaus - Beziehungsverhältnisse



Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-behandlung § 39 SGB V

§ 115b SGB V Ambulantes Operieren im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation im AOP-Katalog

Kriterien-Katalog (G-AEP) für Fehl-belegungsprüfungen

Mitteilungs-empfänger

Glossar

2. KRANKENHAUSBEHANDLUNG
§ 39 SGB V

(1) Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, stationsäquivalent, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht; sie umfasst auch Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, zu denen der Gemeinsame Bundesausschuss bisher keine Entscheidung nach § 137c Absatz 1 getroffen hat und die das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre oder stationsäquivalente Behandlung durch ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus, wenn die Aufnahme oder die Behandlung im häuslichen Umfeld nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Krankenhausbehandlung umfaßt im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation. Die stationsäquivalente Behandlung umfasst eine psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld durch mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams. Sie entspricht hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung. Zur Krankenhausbehandlung gehört auch eine qualifizierte ärztliche Einschätzung des Beatmungsstatus im Laufe der Behandlung und vor der Verlegung oder Entlassung von Beatmungspatienten.

(1a) Die Krankenhausbehandlung umfasst ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung. § 11 Absatz 4 Satz 4 gilt. Das Krankenhaus kann mit Leistungserbringern nach § 95 Absatz 1 Satz 1 vereinbaren, dass diese Aufgaben des Entlassmanagements wahrnehmen. § 11 des Apothekengesetzes bleibt unberührt. Der Versicherte hat gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements nach Satz 1; soweit Hilfen durch die Pflegeversicherung in Betracht kommen, kooperieren Kranken- und Pflegekassen miteinander. Das Entlassmanagement umfasst alle Leistungen, die für die Versorgung nach Krankenhausbehandlung erforderlich sind, insbesondere die Leistungen nach den §§ 37b, 38, 39c sowie alle dafür erforderlichen Leistungen nach dem Elften Buch. Das Entlassmanagement umfasst auch die Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung durch Krankenhausbehandlung in einem anderen Krankenhaus. Soweit dies für die Versorgung des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist, können die Krankenhäuser Leistungen nach § 33a und die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und 12 genannten Leistungen verordnen und die Arbeitsunfähigkeit feststellen; hierfür gelten die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung mit der Maßgabe, dass bis zur Verwendung der Arztnummer nach § 293 Absatz 7 Satz 3 Nummer 1 eine im Rahmenvertrag nach Satz 9 erster Halbsatz zu vereinbarende alternative Kennzeichnung zu verwenden ist. Bei der Verordnung von Arzneimitteln können Krankenhäuser eine Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen gemäß der Packungsgrößenverordnung verordnen; im Übrigen können die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 genannten Leistungen für die Versorgung in einem Zeitraum von bis zu sieben Tagen verordnet und die Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden (§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7). Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6, 7 und 12 die weitere Ausgestaltung des Verordnungsrechts nach Satz 7. Die weiteren Einzelheiten zu den Sätzen 1 bis 8, insbesondere zur Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den Krankenkassen, regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-behandlung § 39 SGB V

§ 115b SGB V Ambulantes Operieren im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation im AOP-Katalog

Kriterien-Katalog (G-AEP) für Fehl-belegungsprüfungen

Mitteilungs-empfänger

Glossar

auch als Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft unter Berücksichtigung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in einem Rahmenvertrag. Wird der Rahmenvertrag ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf des Vertrages kein neuer Rahmenvertrag zustande, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a. Vor Abschluss des Rahmenvertrages ist der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisation der Apotheker sowie den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Das Entlassmanagement und eine dazu erforderliche Verarbeitung personenbezogener Daten dürfen nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. Die Information sowie die Einwilligung müssen schriftlich oder elektronisch erfolgen.

(2) Wählen Versicherte ohne zwingenden Grund ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus, können ihnen die Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden.

(3) Die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See gemeinsam erstellen unter Mitwirkung der Landeskrankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Vereinigung ein Verzeichnis der Leistungen und Entgelte für die Krankenhausbehandlung in den zugelassenen Krankenhäusern im Land oder in einer Region und passen es der Entwicklung an (Verzeichnis stationärer Leistungen und Entgelte). Dabei sind die Entgelte so zusammenzustellen, daß sie miteinander verglichen werden können. Die Krankenkassen haben darauf hinzuwirken, daß Vertragsärzte und Versicherte das Verzeichnis bei der Verordnung und Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlung beachten.

(4) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen vom Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag je Kalendertag an das Krankenhaus. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete Zahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 2 des Sechsten Buches sowie die nach § 40 Abs. 6 Satz 1 geleistete Zahlung sind auf die Zahlung nach Satz 1 anzurechnen.

(5) (weggefallen)

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-behandlung § 39 SGB V

§ 115b SGB V Ambulantes Operieren im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation im AOP-Katalog

Kriterien-Katalog (G-AEP) für Fehl-belegungsprüfungen

Mitteilungs-empfänger

Glossar

3. § 115B SGB V
AMBULANTES OPERIEREN IM KRANKENHAUS

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren auf der Grundlage des Gutachtens nach Absatz 1a bis zum 31. Januar 2022

1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationsersetzender Eingriffe und stationsersetzender Behandlungen,

2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte.

Die Vereinbarung nach Satz 1 tritt mit ihrem Wirksamwerden an die Stelle der am 31. Dezember 2019 geltenden Vereinbarung. In die Vereinbarung nach Satz 1 Nummer 1 sind die in dem Gutachten nach Absatz 1a benannten ambulant durchführbaren Operationen und die stationsersetzenden Eingriffe und stationsersetzenden Behandlungen aufzunehmen, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, sowie allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. Die Vergütung nach Satz 1 Nummer 2 ist nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren und erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage, ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen. In der Vereinbarung sind die Qualitätsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 sowie die Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 und den §§ 136 bis 136b zu berücksichtigen. In der Vereinbarung ist vorzusehen, dass die Leistungen nach Satz 1 auch auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten ambulant im Krankenhaus erbracht werden können. Die Vereinbarung nach Satz 1 ist mindestens alle zwei Jahre, erstmals zum 31. Dezember 2023, durch Vereinbarung an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Der Vereinbarungsteil nach Satz 1 Nummer 1 bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

(1a) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen leiten bis zum 30. Juni 2020 das Verfahren für die Vergabe eines gemeinsamen Gutachtens ein, in dem der Stand der medizinischen Erkenntnisse zu ambulant durchführbaren Operationen, stationsersetzenden Eingriffen und stationsersetzenden Behandlungen untersucht wird. Das Gutachten hat ambulant durchführbare Operationen, stationsersetzende Eingriffe und stationsersetzende Behandlungen konkret zu benennen und in Verbindung damit verschiedene Maßnahmen zur Differenzierung der Fälle nach dem Schweregrad zu analysieren. Im Gutachtensauftrag ist vorzusehen, dass das Gutachten spätestens innerhalb eines Jahres, nachdem das Gutachten in Auftrag gegeben worden ist, fertigzustellen ist.

(2) Die Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog genannten Operationen, stationsersetzenden Eingriffe und stationsersetzenden Behandlungen zugelassen. Hierzu bedarf es einer Mitteilung des Krankenhauses an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuß (§ 96); die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet die Landeskrankenhausgesellschaft über den Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung. Das Krankenhaus ist zur Einhaltung des Vertrages nach Absatz 1 verpflichtet. Die Leistungen werden unmittelbar

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-behandlung § 39 SGB V

§ 115b SGB V Ambulantes Operieren im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation im AOP-Katalog

Kriterien-Katalog (G-AEP) für Fehl-belegungsprüfungen

Mitteilungs-empfänger

Glossar

von den Krankenkassen vergütet. Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität erfolgt durch die Krankenkassen; die Krankenhäuser übermitteln den Krankenkassen die Daten nach § 301, soweit dies für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen erforderlich ist. Leistungen, die Krankenhäuser auf Grundlage des Katalogs nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 ambulant erbringen, unterliegen nicht der Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275c Absatz 1 in Verbindung mit § 275 Absatz 1 Nummer 1.

(3) Kommt eine der Vereinbarungen nach Absatz 1 nicht fristgerecht zustande oder wird eine Vereinbarung nach Absatz 1 ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a. Absatz 1 Satz 7 gilt entsprechend für die Festsetzung nach Satz 1 durch das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.

(4) In der Vereinbarung nach Absatz 1 können Regelungen über ein gemeinsames Budget zur Vergütung der ambulanten Operationsleistungen der Krankenhäuser und der Vertragsärzte getroffen werden. Die Mittel sind aus der Gesamtvergütung und den Budgets der zum ambulanten Operieren zugelassenen Krankenhäuser aufzubringen.

Intellis™ with AdaptiveStim™



Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-behandlung § 39 SGB V

§ 115b SGB V Ambulantes Operieren im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation im AOP-Katalog

Kriterien-Katalog (G-AEP) für Fehl-belegungsprüfungen

Mitteilungs-empfänger

Glossar

4. AOP VERTRAG

Vertrag nach § 115 b Absatz 1 SGB V

Ambulantes Operieren und stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus

AOP Vertrag 08.04.2014

zwischen

dem GKV-Spitzenverband, Berlin

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin

sowie

der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Berlin

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband schließen aufgrund des in § 115 b SGB V enthaltenen Auftrages folgenden Vertrag:

Grundsätze

Dieser Vertrag soll dazu dienen, einheitliche Rahmenbedingungen zur Durchführung ambulanter Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe – nachfolgend „Eingriffe gemäß § 115 b SGB V" genannt – im niedergelassenen Bereich und im Krankenhaus zu schaffen und die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Vertragsärzten und Krankenhäusern zu fördern. Dies umfasst auch die nach dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz und dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz zulässigen neuen Kooperationsmöglichkeiten.

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-behandlung § 39 SGB V

§ 115b SGB V Ambulantes Operieren im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation im AOP-Katalog

Kriterien-Katalog (G-AEP) für Fehl-belegungsprüfungen

Mitteilungs-empfänger

Glossar

Er zielt darauf ab, auf der Basis des § 39 SGB V zur Vermeidung nicht notwendiger vollstationärer Krankenhausbehandlung eine patientengerechte und wirtschaftliche Versorgung zu sichern und die Kooperation zwischen niedergelassenem Bereich und Krankenhausbereich zu verbessern, einschließlich der gemeinsamen Nutzung von Operationskapazitäten im Krankenhaus.

Die Parteien sind sich bewusst, dass die Leistungserbringung nach wirtschaftlichen Grundsätzen zu erfolgen hat und sowohl ambulant operierende Vertragsärzte als auch die nach § 115 b SGB V zugelassenen Krankenhäuser gleichberechtigt diese Leistungen erbringen können.

§ 1 Zulassung von Krankenhäusern zur Erbringung von Eingriffen gemäß § 115 b SGB V

(1) Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog nach § 3 aufgeführten Eingriffen gemäß § 115 b SGB V in den Leistungsbereichen zugelassen, in denen sie auch stationäre Krankenhausbehandlung erbringen. Hierzu bedarf es einer maschinenlesbaren Mitteilung des Krankenhauses an die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuss.

(2) In dieser Mitteilung sind die entsprechenden abteilungsbezogenen Leistungsbereiche und einzelnen Leistungen, die in diesem Krankenhaus ambulant durchgeführt werden sollen, auf der Grundlage des gemeinsamen Katalogs maschinenlesbaren zu benennen. Die Krankenhäuser verwenden für diese Mitteilung das zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft abgestimmte Formular in der jeweils aktuellen Fassung.

§ 2 Zugang der Patienten zu Eingriffen nach § 115 b SGB V

(1) Eingriffe gemäß § 115 b SGB V sollen in der Regel auf Veranlassung eines niedergelassenen Vertragsarztes unter Verwendung eines Überweisungsscheins durchgeführt werden. Falls ein Versicherter ohne Überweisungsschein das Krankenhaus zur ambulanten Operation aufsucht, gilt die Krankenversichertenkarte in Verbindung mit einem amtlichen Lichtbildausweis als Nachweis für die Mitgliedschaft. Bei Fehlen eines Überweisungsscheins zieht das Krankenhaus die Zuzahlung gemäß § 28 Absatz 4 SGB V ein. Der für den Eingriff gemäß § 115 b SGB V verantwortliche Arzt entscheidet über Art und Umfang des ambulanten Eingriffs.

(2) Aus dem als Anlage des Vertrages beigefügten „Katalog ambulant durchführbarer Operationen und stationsersetzender Eingriffe“ kann nicht die Verpflichtung hergeleitet werden, dass die dort aufgeführten Eingriffe ausschließlich ambulant zu erbringen sind. Der Arzt ist verpflichtet, in jedem Einzelfall zu prüfen, ob Art und Schwere des beabsichtigten Eingriffs unter Berücksichtigung des Gesundheitszustands des Patienten die ambulante Durchführung der Operation nach den Regeln der ärztlichen Kunst mit den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten erlauben. Zugleich muss sich der verantwortliche Arzt vergewissern und dafür Sorge tragen, dass der Patient nach Entlassung aus der unmittelbaren Betreuung des operierenden Arztes auch im häuslichen Bereich sowohl ärztlich als gegebenenfalls auch pflegerisch angemessen versorgt wird. Die Entscheidung ist zu dokumentieren.

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-behandlung § 39 SGB V

§ 115b SGB V Ambulantes Operieren im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation im AOP-Katalog

Kriterien-Katalog (G-AEP) für Fehl-belegungsprüfungen

Mitteilungs-empfänger

Glossar

§ 3 Katalog ambulant durchführbarer Operationen und stationsersetzender Eingriffe

(1) In der Anlage sind abschließend die Leistungen aufgeführt, die Operationen und stationsersetzende Eingriffe gemäß § 115 b SGB V darstellen.

(2) Eingriffe gemäß § 115 b SGB V, die in der Regel ambulant erbracht werden sollen, sind in der Anlage gesondert gekennzeichnet. Bei Vorliegen beziehungsweise Erfüllung der Kriterien der allgemeinen Tatbestände gemäß § 3 Absatz 3 des Vertrages kann jedoch eine stationäre Durchführung dieser Eingriffe erforderlich sein.

(3) Allgemeine Tatbestände, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung der in der Regel ambulant durchzuführenden Leistungen erforderlich sein kann, sind der Anlage 2 zu den Gemeinsamen Empfehlungen zum Prüfverfahren nach § 17c Abs. 4 Satz 9 KHG in der bis zum 31.07.2013 geltenden Fassung (mit Ausnahme des Kriteriums C) zu entnehmen.

(4) Die Vertragspartner beabsichtigen, den Katalog regelmäßig zu überarbeiten.

§ 4 Präoperative Leistungen

(1) Zur Vermeidung von Doppeluntersuchung stellt der überweisende Arzt dem den Eingriff nach § 115 b SGB V durchführenden Arzt die im Zusammenhang mit dem vorgesehenen Eingriff gemäß § 115 b SGB V bedeutsamen Unterlagen zur Verfügung. Der Operateur/Anästhesist hat diese Unterlagen bei seiner Entscheidung zu berücksichtigen. Werden bereits durchgeführte Untersuchungen nochmals veranlasst, so sind diese in medizinisch begründeten Fällen von den Kostenträgern zu vergüten. Diese sind bei der Abrechnung zu kennzeichnen und auf Nachfrage zu begründen.

(2) Erfolgt eine vollstationäre Behandlung, so sind die diagnostischen Maßnahmen, die der Vorbereitung dieser stationären Behandlung dienen und innerhalb der Fristen gemäß § 115 a Absatz 2 SGB V erbracht werden, nicht als Eingriffe gemäß § 115 b SGB V abzurechnen.

(3) Der den Eingriff nach § 115 b SGB V durchführende Krankenhausarzt/Anästhesist ist berechtigt, die gegebenenfalls zusätzlich erforderlichen, auf das eigene Fachgebiet bezogenen diagnostischen Leistungen im Krankenhaus durchführen zu lassen, soweit das Krankenhaus über die hierfür erforderlichen Einrichtungen verfügt. Diese Leistungen sind mit den Krankenkassen nach Maßgabe der Abrechnungsbestimmungen des EBM und des § 7 abzurechnen.

(4) Handelt es sich um notwendige fachgebietsbezogene Leistungen, die vom Krankenhaus nicht erbracht werden können, hat der Krankenhausarzt den Patienten an einen niedergelassenen Vertragsarzt dieses Fachgebietes, einen ermächtigten Krankenhausarzt, eine ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung oder eine zugelassene Einrichtung mittels Definitionsauftrag durch Verwendung des entsprechenden Vordrucks gemäß § 13 zu überweisen.

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-behandlung § 39 SGB V

§ 115b SGB V Ambulantes Operieren im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation im AOP-Katalog

Kriterien-Katalog (G-AEP) für Fehl-belegungsprüfungen

Mitteilungs-empfänger

Glossar

(5) Soweit es sich um notwendige, nicht fachgebietsbezogene Leistungen handelt, hat der Krankenhausarzt den Patienten an einen niedergelassenen Vertragsarzt dieses anderen Fachgebietes, einen ermächtigten Krankenhausarzt, eine ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung oder eine zugelassene Einrichtung mittels Definitionsauftrag durch Verwendung des entsprechenden Vordrucks gemäß § 13 zu überweisen.

§ 5 Intraoperative Leistungen

In Verbindung mit einem ambulanten Eingriff nach § 115 b SGB V können intraoperative Leistungen erbracht oder veranlasst werden, die in einem unmittelbaren zeitlichen und medizinischen Zusammenhang mit dem Eingriff stehen (insbesondere Laboruntersuchungen, Leistungen der konventionellen Radiologie, Histologie oder der Pathologie).

§ 6 Postoperative Leistungen

Postoperative, auf das eigene Fachgebiet des den Eingriff nach § 115b SGB V erbringenden Arztes/Anästhesisten bezogene ärztliche Leistungen, einschließlich der Leistungen des Abschnitts 31.3 des EBM, die erforderlich sind, um den Behandlungserfolg des im Krankenhaus durchgeführten Eingriffs nach § 115 b SGB V zu sichern bzw. zu festigen, sind auch von fachlich verantwortlichen Krankenhausärzten durchzuführen. Die Behandlungsdauer soll 14 Tage nicht überschreiten, ohne dass es einer erneuten Überweisung bedarf.

§ 7 Vergütung

(1) Die im Katalog nach § 3 aufgeführten ambulant durchführbaren Operationen und stationsersetzende Eingriffe sowie die nach den §§ 4, 5 und 6 erbrachten Leistungen des Krankenhauses und der Vertragsärzte werden mit den Preisen für den Regelfall der für den Standort des Krankenhauses geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung nach § 87a Abs. 2 SGB V bzw. den diesen zu Grunde liegenden Punktwerten und den Punktzahlen des EBM (ggf. BMÄ / E-GO) außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet. Die Regelungen nach Satz 1 werden für Vertragsärzte bis zu einer rechtskräftigen Entscheidung in dem Verfahren vor dem Sozialgericht Berlin (Az. S 79 KA 977/06) und der Vereinbarung dadurch ggf. erforderlicher Anpassungen durch die Vertragsparteien ausgesetzt.
Die Abrechnungsbestimmungen des EBM gelten für die Krankenhäuser entsprechend. Die Partner dieses Vertrages werden wegen der noch ausstehenden Klärung der Umsetzungsfragen nach Nr. 2.2 des vom Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V am 2. September 2009 beschlossenen Teils D des Beschlusses zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung für das Jahr 2010 bis zum 30. September 2010 prüfen, wie die gesetzlichen Bestimmungen gemäß § 87 Abs. 2e SGB V (Orientierungswerte im Regelfall sowie bei festgestellter Unter- und Überversorgung) bei der Vergütung der Leistungen nach Satz 1

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-behandlung § 39 SGB V

§ 115b SGB V Ambulantes Operieren im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation im AOP-Katalog

Kriterien-Katalog (G-AEP) für Fehl-belegungsprüfungen

Mitteilungs-empfänger

Glossar

ab dem 01. Januar 2011 zu berücksichtigen sind. Sofern zwischen den Gesamtvertragspartnern zusätzliche Vergütungsbestandteile (z. B. Zuschläge auf den der Euro-Gebührenordnung zu Grunde liegenden Punktwert) vereinbart wurden, sind diese auch von den Krankenhäusern abrechenbar. Die Gesamtvertragspartner benennen der Landeskrankenhausgesellschaft einen Ansprechpartner, der dieser jeweils innerhalb von 2 Wochen nach der Vereinbarung die Euro-Gebührenordnung zur Verfügung stellt sowie über die zusätzlichen Vergütungsbestandteile informiert. Soweit sich im Ergebnis der vom GKV-Spitzenverband vor dem LSG Berlin Brandenburg unter dem Az.: L 7 KA 84/09 ER bzw. Az.: L 7 KA 62/09 KL und Az.: L 7 KA 140/09 ER bzw. Az.: L 7 KA 135/09 KL eingebrachten Klageverfahren rechtskräftig die Unzulässigkeit zusätzlicher regionaler Vergütungsbestandteile ergibt, sind diese von den Krankenhäusern unter Beachtung entsprechender Regelungen der Partner der Gesamtverträge zurück zu erstatten. Zudem werden die Partner dieses Vertrages die betroffenen Regelungen entsprechend anpassen.

(2) Die postoperativen Behandlungskomplexe des Abschnitts 31.4 des EBM für die postoperative Behandlung bei Erbringung durch den Operateur können durch das Krankenhaus für die darin enthaltenen Leistungen bis zum 14. Tag nach Erbringung des Eingriffs nach § 115 b SGB V mit einem Abschlag von der Punktzahl in Höhe von 27,5 Prozent berechnet werden. Sobald der Bewertungsausschuss die postoperative Behandlungsdauer im Rahmen der Leistungen des Abschnitts 31.4 des EBM auf den Zeitraum von 14 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 einschränkt, entfällt der Abschlag nach Satz 1 mit Inkrafttreten der Einschränkung.

(3) Wird ein Patient an demselben Tag in unmittelbarem Zusammenhang mit dem ambulanten Eingriff eines Krankenhauses stationär aufgenommen, erfolgt die Vergütung nach Maßgabe der Bundespflegesatzverordnung beziehungsweise des Krankenhausentgeltgesetzes.

(4) Krankenhäuser sind bei der Vergütung ambulanter Leistungen wie niedergelassene Fachärzte der entsprechenden Fachrichtung einzustufen. Dies gilt insbesondere auch für die separate Abrechenbarkeit anästhesiologischer Leistungen/Narkosen, sofern im Krankenhaus bei Eingriffen gemäß § 115 b SGB V sowohl ein Operateur als auch ein Anästhesist des Krankenhauses beteiligt sind oder die Leistung nach § 115 b SGB V durch einen belegärztlich tätigen Vertragsarzt erfolgt und das Krankenhaus nur die Anästhesieleistung erbringt. Krankenhäuser können die im Katalog nach § 3 aufgeführten ambulant durchführbaren Operationen und sonstigen stationsersetzenden Eingriffe und anästhesiologische Leistungen/Narkosen auch auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten ambulant im Krankenhaus erbringen.

(5) Sofern die Verbände der Krankenkassen auf Landesebene zweiseitige, zusätzliche Vereinbarungen zur Vergütung von Leistungen nach § 3 treffen, so ist deren Übertragung auf den an der jeweiligen Vereinbarung unbeteiligten anderen Sektor zu prüfen. Voraussetzung ist die Erfüllung der für die strukturvertragliche Förderung in der jeweiligen Vereinbarung bestimmten Kriterien. Näheres regeln die Vertragspartner auf Landesebene.

§ 8 Unterrichtung des Vertragsarztes

Nach Durchführung des Eingriffs nach § 115 b SGB V ist dem Versicherten eine für den weiterbehandelnden Vertragsarzt bestimmte Kurzinformation mitzugeben,

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-behandlung § 39 SGB V

§ 115b SGB V Ambulantes Operieren im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation im AOP-Katalog

Kriterien-Katalog (G-AEP) für Fehl-belegungsprüfungen

Mitteilungs-empfänger

Glossar

aus der die Diagnose, Therapieangaben, angezeigte Rehabilitationsmaßnahmen sowie die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hervorgehen. Diese Information ist obligater Bestandteil der Leistung und somit nicht gesondert abrechenbar.

§ 9 Vergütung von Sachkosten (Verbrauchsmaterialien, Verbandmittel, Arzneimittel, Hilfsmittel)

(1) Die für die Durchführung der Eingriffe gemäß § 3 und die Leistungen nach den §§ 4 bis 6 benötigten Verbrauchsmaterialien, Verbandmittel, Arzneimittel und Hilfsmittel werden vom Krankenhaus zur Verfügung gestellt. Die Abrechnung der Sachkosten und Arzneimittel erfolgt zwischen dem Krankenhaus und den Krankenkassen gemäß § 18. Der Krankenhausarzt ist nicht berechtigt, die in diesem Absatz aufgeführten Mittel auf Kassenrezept zu verordnen.

(2) Sachmittel nach Absatz 1, deren Kosten gemäß Nr. 7.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM (Praxisbedarf) mit der Gebühr für die ärztliche Leistung abgegolten sind oder Sachmittel, die explizit Leistungsinhalt der Leistungen des EBM sind, sind nicht gesondert berechnungsfähig.

(3) Arznei- und Sachmittel, die weder nach Absatz 2 Bestandteil der berechnungsfähigen ärztlichen Leistungen des EBM sind noch gemäß der Absätze 4 bis 7 gesondert abgerechnet werden können, werden durch einen pauschalen Zuschlag auf die gesamte Honorarsumme in Höhe von 7,0 % vergütet. Sofern eine leistungsbezogene Kostenpauschale nach Absatz 4 in Rechnung gestellt wird, ist die entsprechende ärztliche Leistung des EBM für die Berechnung der Zuschlagshöhe aus der Honorarsumme auszuklammern.

(4) Die im Kapitel 40 des EBM ausgewiesenen Kostenpauschalen nach BMÄ und E-GO sind berechnungsfähig. Die Kostenpauschalen sind nicht in die Honorarsumme zur Berechnung des pauschalen Zuschlags nach Absatz 3 einzurechnen.

(5) Nachfolgende Sachmittel werden zusätzlich zu der Vergütung nach Abs. 3 und 4 nach Aufwand erstattet, soweit sie je nachfolgend aufgeführter Sachmittelposition (je Spiegelstrich) einen Betrag von 12,50 Euro im Behandlungsfall überschreiten:

- im Körper verbleibende Implantate in Summe,
- Röntgenkontrastmittel,
- Nahtmaterial,
- Diagnostische und interventionelle Katheter einschl. Führungsdraht, Gefäßschleuse, Einführungsbesteck und Verschlusssysteme im Zusammenhang mit angiologisch-diagnostischen und -therapeutischen, gefäßchirurgischen und phlebologischen Leistungen,
- Diagnostische und interventionelle Katheter einschl. Führungsdraht, im Zusammenhang mit gastroskopischen Leistungen (inkl. Leistungen an den Gallenwegen),

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-behandlung § 39 SGB V

§ 115b SGB V Ambulantes Operieren im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation im AOP-Katalog

Kriterien-Katalog (G-AEP) für Fehl-belegungsprüfungen

Mitteilungs-empfänger

Glossar

- Trokare, Endoclips und Einmalapplikatoren für Clips, im Zusammenhang m. laparoskopischen Leistungen,
- Narkosegase, Sauerstoff,
- Diagnostische und interventionelle Katheter (ausgenommen Transferkatheter) einschl. Führungsdraht im Zusammenhang mit Leistungen zur In-Vitro-Fertilisation abzüglich des Patienteneigenanteils,
- Iris-Retraktoren, Kapselspannringe, Injektionshalterungen bei ophthalmochirurgischen Leistungen,
- Ophthalmica (Viskoelastika, Perfluordecaline, Silikonöl, C3F8-Gas) bei ophthalmochirurgischen Leistungen,
- Schienen, Kompressionsstrümpfe (nicht Anti-Thrombosestrümpfe).

(6) Das Krankenhaus wählt die gesondert berechnungsfähigen Materialien nach Absatz 5 unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der medizinischen Notwendigkeit aus. Es hat die rechnungsbegründenden Unterlagen in Form der Originalrechnungen für die Dauer von fünf Jahren aufzubewahren und vorzuhalten. Aus den Originalrechnungen muss der Name des Herstellers bzw. des Lieferanten, die Artikelbezeichnung sowie die vom Hersteller bzw. Lieferanten festgelegte Artikelnummer hervorgehen. Das Krankenhaus ist verpflichtet, die tatsächlich realisierten Preise in Rechnung zu stellen und nach Maßgabe der Krankenkasse nachzuweisen. Gegebenfalls vom Hersteller beziehungsweise Lieferanten gewährte Rückvergütungen, wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligungen, Bonifikationen und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten sind weiterzugeben. Ein Barzahlungsrabatt (Preisnachlass bei fristgerechter Zahlung) ist weiterzugeben, soweit dieser 3 % übersteigt. Werden die Materialien bei mehreren Patienten verbraucht, so ist ein durchschnittlicher Preis je Patient zu ermitteln und nach Maßgabe der Krankenkasse nachzuweisen.

(7) Übersteigt der Preis eines Arzneimittels, das nicht Bestandteil der Vergütungen gemäß der Absätze 2 bis 5 ist, einen Betrag von 40,00 Euro, erfolgt eine Vergütung auf der Grundlage des in der Großen Deutschen Spezialitätentaxe (Lauertaxe) ausgewiesenen Apotheken-Einkaufspreises mit einem Abschlag in Höhe von 25 % zuzüglich Mehrwertsteuer. Der Preis ergibt sich aus den tatsächlich für den Behandlungsfall verbrauchten Einheiten des jeweiligen Arzneimittels und dem Preis einer Einzeldosis der größten, in der Lauertaxe angegebenen Packungseinheit.

(8) Abweichend von Absatz 7 erfolgt für Photosensibilisatoren (z. B. Verteporfin) bei der Photodynamischen Therapie und Hormonpräparate bei Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung eine Vergütung auf der Grundlage des in der Großen Deutschen Spezialitätentaxe (Lauertaxe) ausgewiesenen Apotheken-Einkaufspreises mit einem Abschlag in Höhe von 20% zuzüglich Mehrwertsteuer. Der Preis ergibt sich aus den tatsächlich für den Behandlungsfall verbrauchten Einheiten des jeweiligen Arzneimittels und dem Preis einer Einzeldosis der größten, in der Lauertaxe angegebenen Packungseinheit. Der Rechnungsbetrag für Hormonpräparate zur In-vitro-Fertilisation ist um den Eigenanteil der Patienten zu reduzieren. Der Betrag nach Absatz 7 Satz 1 (40,00 Euro) gilt für Photosensibilisatoren (z. B. Verteporfin) bei der Photodynamischen Therapie und Hormonpräparate bei Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nicht.

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-behandlung § 39 SGB V

§ 115b SGB V Ambulantes Operieren im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation im AOP-Katalog

Kriterien-Katalog (G-AEP) für Fehl-belegungsprüfungen

Mitteilungs-empfänger

Glossar

§ 10 Arbeitsunfähigkeit / Häusliche Krankenpflege

(1) Ist der Patient bedingt durch den im Krankenhaus ambulant durchgeführten Eingriff arbeitsunfähig, kann Arbeitsunfähigkeit vom Krankenhausarzt in der Regel bis zu fünf Tagen bescheinigt werden.

(2) Die Verordnung häuslicher Krankenpflege durch den Krankenhausarzt ist bis zu einer Dauer vorn drei Tagen möglich, sofern sie in Zusammenhang der Sicherstellung des Behandlungserfolges im häuslichen Umfeld des Patienten erfolgt (Sicherungspflege). Die entsprechenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege gelten. Folgeverordnungen sind durch den nachbehandelnden Vertragsarzt vorzunehmen.

§ 11 Transport des Patienten

Ist ein Krankentransport zu Lasten einer Krankenkasse nach Durchführung eines Eingriffs nach § 115 b SGB V notwendig, ist er von dem Krankenhausarzt unter Beachtung der Krankentransport-Richtlinie in des Gemeinsamen Bundesausschusses in der jeweils gültigen Fassung anzuordnen.

§ 12 Datenschutz und ärztliche Schweigepflicht

Die datenschutzrechtlichen Vorschriften und die ärztliche Schweigepflicht sind zu beachten.

§ 13 Vordrucke

Soweit Vordrucke erforderlich sind, werden die für die vertragsärztliche Versorgung vereinbarten Formulare verwendet. Sie werden den Krankenhäusern von den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung gestellt.

§ 14 Facharztstandard

Ärztliche Leistungen gemäß § 115 b SGB V werden nach dem jeweilig zum Behandlungszeitpunkt geltenden Facharztstandard erbracht. Danach sind die ärztlichen Leistungen gemäß § 115 b SGB V nur von Fachärzten, unter Assistenz von Fachärzten oder unter deren unmittelbarer Aufsicht und Weisung mit der Möglichkeit des unverzüglichen Eingreifens zu erbringen. Werden die im Katalog nach § 3 aufgeführten ambulant durchführbaren Operationen und sonstigen stationsersetzenden

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-behandlung § 39 SGB V

§ 115b SGB V Ambulantes Operieren im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation im AOP-Katalog

Kriterien-Katalog (G-AEP) für Fehl-belegungsprüfungen

Mitteilungs-empfänger

Glossar

Eingriffe nach § 7 Absatz 4 auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten ambulant im Krankenhaus erbracht, so ist das Krankenhaus für die Einhaltung des Facharztstandards verantwortlich.

§ 15 Qualitätssicherung

Leistungen des Katalogs nach § 115 b SGB V, für die Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 135 SGB V existieren, sind auch unter den gleichen Maßgaben im stationären Bereich zu erbringen. Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V und nach § 137 Abs. 1 Satz 1 SGB V sind zu berücksichtigen. Dies betrifft insbesondere die Durchführung von Hygienekontrollen, die Einhaltung der weiteren Strukturqualität sowie auch die Einhaltung von Frequenzregelungen. Frequenzregelungen sind arztbezogen zu erfüllen, wobei alle Leistungen, unabhängig zu wessen Lasten und in welcher Behandlungsform diese erbracht wurden, Anrechnung finden können. Leistungen, die unter unmittelbarer Aufsicht und Weisung von Fachärzten mit der Möglichkeit des unmittelbaren Eingreifens erbracht werden, können von diesen auf die eigene Leistungsfrequenz angerechnet werden.

§ 16 Maßnahmen zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit

Die Vertragspartner werden Maßnahmen zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit bei Eingriffen gemäß § 115 b SGB V in einer gesonderten Vereinbarung treffen.

§ 17 Beteiligung der Deutschen Krankenhausgesellschaft

Soweit über die Bewertung der im „Katalog ambulant durchführbarer Operationen und stationsersetzender Eingriffe“ (Anlage) aufgeführten Leistungen zu beraten ist, können Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft an Sitzungen des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses teilnehmen. Dazu ergeht jeweils im Rahmen der üblichen Fristen vor der geplanten Sitzung des Arbeitsausschusses eine entsprechende Einladung durch die Geschäftsführung des Bewertungsausschusses.

§ 18 Abrechnungsverfahren

(1) Es ist nur eine Rechnung zulässig, die sämtliche abrechenbaren Leistungen der ambulanten Operation oder des sonstigen stationsersetzenden Eingriffs gemäß der Anlage sowie gegebenenfalls des §§ 4, 5, 6 und 9 umfasst. Einbehaltene Zuzahlungen gemäß § 28 Absatz 4 SGB V sind gesondert auszuweisen.

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-behandlung § 39 SGB V

§ 115b SGB V Ambulantes Operieren im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation im AOP-Katalog

Kriterien-Katalog (G-AEP) für Fehl-belegungsprüfungen

Mitteilungs-empfänger

Glossar

Der Rechnungsbetrag ist um einbehaltene Zuzahlungen zu bereinigen.

(2) Erfolgen die ambulante Operation, der sonstige stationsersetzende Eingriff oder die anästhesiologische Leistung/Narkose durch einen Vertragsarzt im Rahmen einer vertraglichen Zusammenarbeit nach § 7 Absatz 4, so sind seine Leistungen vom Krankenhaus in Rechnung zu stellen. Die lebenslange Arztnummer des Vertragsarztes ist auf der Rechnung des Krankenhauses auszuweisen. Eine gesonderte Vergütung des Vertragsarztes erfolgt in diesem Fall weder durch die Krankenkasse noch durch die Kassenärztliche Vereinigung.

(3) Erfolgt die ambulante Operation oder der sonstige stationsersetzende Eingriff durch einen am Krankenhaus tätigen Belegarzt, sind seine Leistungen ausschließlich nach den vertragsärztlichen Regelungen mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung abzurechnen. 2 Die Leistung des Belegarztes nach § 3 sowie die lebenslange Arztnummer des Belegarztes sind auf der Rechnung des Krankenhauses gesondert auszuweisen.

(4) Die Leistungen aus dem „Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe“ und gegebenenfalls der §§ 4, 5, 6 und 9 dieses Vertrages werden dem Krankenhaus von der für die Patienten zuständigen Krankenkasse vergütet.

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

(6) Die Krankenkassen haben die Rechnung innerhalb von vier Wochen nach Rechnungseingang zu bezahlen. Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrags 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.

§ 19 Datenübermittlung

(1) Die zugelassenen Krankenhäuser haben den Krankenkassen die Daten nach § 301 SGB V zu übermitteln.

(2) Für die Abrechnung der Leistungen gemäß diesem Vertrag sind auf den Abrechnungsunterlagen zwingend Diagnosen und Prozeduren in der jeweils gültigen Fassung gemäß § 301 Absatz 2 SGB V kodiert anzugeben.

§ 20 Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems

Die Vertragspartner beabsichtigen, die Umstellung der Abrechnungspositionen für die Eingriffe gemäß § 115 b SGB V auf ein vollständig pauschaliertes Entgeltsystem vorzunehmen.

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-behandlung § 39 SGB V

§ 115b SGB V Ambulantes Operieren im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation im AOP-Katalog

Kriterien-Katalog (G-AEP) für Fehl-belegungsprüfungen

Mitteilungs-empfänger

Glossar

§ 21 Anpassung der Operationenschlüssel

Die Vertragspartner vereinbaren, die erforderlichen Anpassungen der Operationen und sonstigen Prozeduren (OPS 301) im Katalog der Eingriffe gemäß § 115 b Absatz 1 SGB V vorzunehmen. Soweit eine Einigung nicht zustande kommt, stellen die Vertragspartner spätestens vier Wochen nach Vorabbekanntgabe des OPS 301 eine gemeinsame Liste von Sachverständigen auf, die im Wege der Schlichtung zu offenen Fragen Stellung nehmen sollen; jeder Vertragspartner kann einen Sachverständigen benennen. Kommt es zu keiner Einigung über die Person des Sachverständigen, entscheidet innerhalb einer Woche das Los, welcher Sachverständiger den Auftrag erhält, die Anpassung des OPS 301 innerhalb von vier Wochen zu erstellen. Die Kosten der Beauftragung tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. Soweit die Vertragspartner nicht innerhalb von zwei Wochen den Sachverständigenvorschlag annehmen oder sich einvernehmlich auf Änderungen des Sachverständigenvorschlags einigen, gilt der Vorschlag des Sachverständigen als abgelehnt.

§ 22 Geltung des Vertrages

Der Vertrag tritt am 1. Juni 2012 in Kraft. Er kann mit einer Frist von einem Jahr jeweils zum 30.06. oder 31.12. eines jeden Jahres durch einen der drei Vertragspartner durch eingeschriebenen Brief gekündigt werden. Die Partner erklären ihre Bereitschaft, innerhalb von drei Monaten nach erfolgter Kündigung an der Verabschiedung eines Anschlussvertrages mitzuwirken.

§ 23 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Klauseln oder Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmung soll eine Bestimmung gelten, die dem zulässiger Weise am nächsten kommt, was die Vertragspartner gewollt haben oder gewollt hätten, wenn sie die Regelungsbedürftigkeit bedacht hätten.

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-behandlung § 39 SGB V

§ 115b SGB V Ambulantes Operieren im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation im AOP-Katalog

Kriterien-Katalog (G-AEP) für Fehl-belegungsprüfungen

Mitteilungs-empfänger

Glossar

5. NEUROMODULATION IM AOP-KATALOG (ANLAGE)

Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe gemäß § 115 b SGB V im Krankenhaus, für z.B. Rückenmarkstimulation (SCS), z.B. mit Intellis™ mit AdaptiveStim™ SureScan® MRI, PrimeAdvanced® SureScan® MRI

Abschnitt 1: Ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationsersetzende Eingriffe gemäß § 115 b SGB V aus Anhang 2 zu Kapitel 31 des EBM
Die Zuordnung der OPS-Kodes zu EBM-Ziffern erfolgt jeweils gemäß laut gültigem Anhang 2 des EBM.
Kategorie 1: Leistungen, die in der Regel ambulant erbracht werden können,
Kategorie 2: Leistungen, die sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden können.

Kategorie	OPS 2021 Kode	OPS 2021 Text
	5-038	Operationen am spinalen Liquorsystem, Exkl.: Therapeutische Punktion des spinalen Liquorsystems (8-151.4)
2	5-038.20	Implantation oder Wechsel eines Katheters zur intrathekalen und/oder epiduralen Infusion, Inkl.: Ersteinstellung, Temporärer Katheter zur Testinfusion
2	5-038.21	Implantation oder Wechsel eines Katheters zur intrathekalen und/oder epiduralen Infusion, Inkl.: Ersteinstellung, Permanenter Katheter zur Dauerinfusion
2	5-038.40	Implantation oder Wechsel einer Medikamentenpumpe zur intrathekalen und/oder epiduralen Infusion, Inkl.: Ersteinstellung, Vollimplantierbare Medikamentenpumpe mit konstanter Flussrate
2	5-038.41	Implantation oder Wechsel einer Medikamentenpumpe zur intrathekalen und/oder epiduralen Infusion, Inkl.: Ersteinstellung, Vollimplantierbare Medikamentenpumpe mit programmierbarem variablen Tagesprofil
2	5-038.d	Entfernung einer Medikamentenpumpe zur intrathekalen und/oder epiduralen Infusion
	5-039	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen, Exkl.: Implantation, Revision und Entfernung einer Medikamentenpumpe (5-038 ff.) Hinw.: Der Zugang ist gesondert zu kodieren (5-030 ff., 5-031 ff., 5-032 ff.). Die Verwendung MRT-fähiger Materialien ist gesondert zu kodieren (5-934 ff.)
2	5-039.32	Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation, Implantation einer temporären Elektrode zur epiduralen Teststimulation
2	5-039.33	Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation Implantation mehrerer temporärer Elektroden zur epiduralen Teststimulation
2	5-039.34	Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation Implantation oder Wechsel einer permanenten Elektrode zur epiduralen Dauerstimulation, perkutan

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-behandlung § 39 SGB V

§ 115b SGB V Ambulantes Operieren im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation im AOP-Katalog

Kriterien-Katalog (G-AEP) für Fehl-belegungsprüfungen

Mitteilungs-empfänger

Glossar

Kategorie	OPS 2021 Kode	OPS 2021 Text
2	5-039.35	Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation Implantation oder Wechsel mehrerer permanenter Elektroden zur epiduralen Dauerstimulation, perkutan
2	5-039.a5	Entfernung von Elektroden, Mehrere epidurale Plattenelektroden
1	5-039.d	Entfernung von Neurostimulatoren zur epiduralen Rückenmarkstimulation oder zur Vorderwurzelstimulation
	5-039.e	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulations-elektrode, Inkl.: Ersteinstellung, Exkl.: Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Wechsel einer Neurostimula-tionselektrode (5-039.f ff.). Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulati-onselektrode (5-039.n ff.). Anlegen oder Wechsel eines extrakorporalen Neurostimulators (8-631.5), Hinw.: Die Implantation oder der Wechsel der Neurostimulationselektrode zur epiduralen Rückenmarkstimulation sind gesondert zu kodieren (5-039.3 ff.). Ein Kode aus diesem Bereich ist auch zu verwenden bei zweizeitiger Implantation einer Neurostimulationselektrode und eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation während desselben stationären Aufenthaltes,
2	5-039.e1	Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
2	5-039.e2	Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator
	5-039.f	Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode, Inkl.: Ersteinstellung, Exkl.: Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimu-lationselektrode (5-039.e ff.), Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulati-onselektrode (5-039.n ff.), Hinw.: Der Zugang ist hier nicht gesondert zu kodieren
1	5-039.f1	Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
1	5-039.f2	Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator
	5-039. n	Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode, Inkl.: Erstein-stellung, Exkl.: Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode (5-039.e ff.), Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Wechsel einer Neurostimu-lationselektrode (5-039.f ff.), Hinw.: Der Zugang ist hier nicht gesondert zu kodieren. Ein Kode aus diesem Bereich ist zu verwenden bei zweizeitiger Implantation einer Neurostimulationselektrode und eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation für die Implantation des Neuro-stimulators während des zweiten stationären Aufenthaltes
1	5-039.n1	Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
1	5-039.n2	Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator

Hinweis:
Die Implantation einer Plattenelektrode ist nicht Bestandteil des AOP-Kataloges für das ambulante Operieren durch das zugelassene Krankenhaus (OPS-Kodes 5-039.36 und 5-039.37). Die Therapien „Neurostimulation Schmerz PNS“, „Sakrale Nervenstimulation zur Behandlung von Harn- bzw. Stuhlinkontinenz“ und „Neurostimulation Schmerz sPNS“ sind ebenfalls nicht Bestandteil des AOP-Katalogs (OPS-Kodes 5-059.ff). Die Revision ist nicht Bestandteil des AOP- oder des EBM-Kataloges.

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-behandlung § 39 SGB V

§ 115b SGB V Ambulantes Operieren im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation im AOP-Katalog

Kriterien-Katalog (G-AEP) für Fehl-belegungsprüfungen

Mitteilungs-empfänger

Glossar

6. KRITERIEN-KATALOG (G-AEP) FÜR FEHLBELEGUNGSPRÜFUNGEN

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben sich auf einen gemeinsamen Katalog von Kriterien (German Appropriateness Evaluation Protocol: G-AEP) für das Prüfverfahren gem. § 17 c Absatz 4 Satz 9 KHG verständigt. Die Kriterien sollen Transparenz darüber schaffen, wann eine stationäre Aufnahme in ein Krankenhaus nach Auffassung der Vertragspartner erforderlich ist. D.h. es handelt sich hierbei um eine nicht abschließende Positivliste zum Ausschluss unstreitiger, notwendigerweise vollstationär zu behandelnder Fälle. Bei der Anwendung der Kriterien ist die ex-ante-Sichtweise des behandelnden Arztes zu Grunde zu legen. Die Vertragspartner stimmen überein, dass wegen der Individualität medizinischer Sachverhalte und aufgrund der Gesamtbewertung des Krankheitsbildes die Notwendigkeit der Krankenhausaufnahme oder eines Behandlungstages auch dann gegeben sein kann, wenn keines der Kriterien des Kataloges nach Anlage 1 erfüllt ist. Umgekehrt kann die Notwendigkeit verneint werden, obwohl ein Kriterium erfüllt ist. In diesen Fällen ist sowohl für den behandelnden Krankenhausarzt im Rahmen seiner Behandlungsentscheidung als auch für den MDK-Prüfarzt im Rahmen seiner Beurteilungsentscheidung das ärztliche Ermessen ausschlaggebend (override option).Eine Ausübung dieser abweichenden Ermessensentscheidung ist im Einzelfall zu begründen und zu dokumentieren.

Die Kriterien können nicht alle stationären Behandlungsnotwendigkeiten abbilden (z. B. subakute Zustände, akute Exazerbation chronischer Erkrankungen). Das kann auch auf Fälle zutreffen, in denen sich durch eine Verdichtung diagnostischer bzw. therapeutischer Maßnahmen ein deutlicher Zusatznutzen durch die stationäre Behandlung erwarten lässt und dies nachvollziehbar dokumentiert wird. Darüber hinaus sind die Kriterien für nachfolgend genannte Fachbereiche nicht geeignet: Psychiatrie, Psychosomatik, psychotherapeutische Medizin, Pädiatrie. Sollte sich aus der Anwendung der Override Option ergeben, dass weitere Bereiche nicht nur in Einzelfällen nicht angemessen abgebildet werden können, werden die Vertragspartner eine entsprechende Weiterentwicklung vornehmen.

Die festgelegten Kriterien dienen ausschließlich der Überprüfung der primären (Notwendigkeit stationärer Aufnahme) und nicht der sekundären (Länge des stationären Aufenthaltes) Fehlbelegung bei akuten Erkrankungen. Sie bilden die Grundlage für die bundesweite Einheitlichkeit des Prüfverfahrens gem. § 17 c KHG.

Ergänzende haftungsrechtliche Erfordernisse zur stationären Aufnahme können sich beispielsweise in Situationen ergeben, wenn und solange der Krankenhausarzt nicht unverzüglich klären kann, ob und wie die aus seiner Sicht ausreichende ambulante Behandlung gewährleistet werden kann. Eine solche Situation entbindet den Krankenhausarzt nicht von einer Prüfung gemäß § 39 SGB V (Möglichkeiten der teil-, vorstationären sowie ambulanten Behandlung).

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-behandlung § 39 SGB V

§ 115b SGB V Ambulantes Operieren im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation im AOP-Katalog

Kriterien-Katalog (G-AEP) für Fehl-belegungsprüfungen

Mitteilungs-empfänger

Glossar

KRITERIEN-KATALOG (G-AEP) (ANLAGE)

Anlage 2 zu den Gemeinsamen Empfehlungen zum Prüfverfahren nach § 17 c KHG in der gültigen Fassung vom 15.04.2004

Nr.	Kriterium	Verbindung mit Zusatzkriterium?
A	Schwere der Erkrankung	B
A1	Plötzliche Bewusstseinsstörung oder akuter Verwirrtheitszustand	Nein
A2	Pulsfrequenz: <50 / min oder > 140 / min.	Ja
A3	Blutdruck: systolisch < 90 oder > 200 mmHg	Ja
A4	Akuter Verlust der Sehfähigkeit oder des Gleichgewichtssinnes	Nein
A5	Akuter Verlust der Hörfähigkeit	Ja
A6	Akute oder progrediente Lähmung oder andere akute neurologische Symptomatik	Ja
A7	Lebensbedrohliche Infektion oder anhaltendes oder intermittierendes Fieber (> 38,0° C Kerntemperatur)	Ja
A8	Akute/ Subakute Blutung und / oder interventionsbedürftiger Hämoglobinabfall	Ja
A9	Schwere Elektrolytstörung oder Blutgasentgleisung oder aktuelle Entgleisung harnpflichtiger Substanzen	Ja
A10	Akute oder progrediente sensorische, motorische, funktionelle, zirkulatorische oder respiratorische oder dermatologische Störungen sowie Schmerzzustände, die den Patienten nachdrücklich behindern oder gefährden	Ja
A11	Dringender Verdacht oder Nachweis einer myokardialen Ischämie	Nein
A12	Krankheit, die eine Behandlung mit onkologischen Chemotherapeutika oder anderen potenziell lebensbedrohlichen Substanzen erfordert	Ja
B	Intensität der Behandlung	A
B1	Kontinuierliche bzw. intermittierende intravenöse Medikation und / oder Infusion (schließt Sondenernährung nicht ein)	Ja
B2	Operation, Intervention oder spezielle diagnostische Maßnahme innerhalb der nächsten 24 Stunden, die die besonderen Mittel und Einrichtungen eines Krankenhauses erfordert	Nein
B3	Mehrfache Kontrolle der Vitalzeichen, auch mittels Monitor, mindestens alle 4 Stunden	Ja
B4	Behandlung auf einer Intensivstation	Nein
B5	Intermittierende, mehrmals tägliche oder kontinuierliche, assistierte oder kontrollierte Beatmung	Nein

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-behandlung § 39 SGB V

§ 115b SGB V Ambulantes Operieren im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation im AOP-Katalog

Kriterien-Katalog (G-AEP) für Fehl-belegungsprüfungen

Mitteilungs-empfänger

Glossar

C	Operation / Invasive Maßnahme (außer Notfallmaßnahmen)	A, D, E oder F
C1	Operation / Prozedur, die unstrittig nicht ambulant erbracht werden kann	Nein
C2	Leistungen, die gemäß des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V in der Regel ambulant erbracht werden sollen (mit Kategorie 1 gekennzeichnete Leistungen aus dem aktuellen Katalog ambulanter Operationen und stationsersetzender Eingriffe nach Anlage 1) und ein Kriterium der allgemeinen Tatbestände gemäß § 3 Abs. 3 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V erfüllen	Nein
D	Komorbiditäten in Verbindung mit Operationen oder krankenhausspezifischen Maßnahmen	
D1	Signifikant pathologische Lungenparameter	
D2	Schlafapnoe-Syndrom: Anamnestisch bekanntes mittelschweres oder schweres Schlafapnoe-Syndrom	
D3	Blutkrankheiten: Interventionsrelevante Gerinnungsstörung oder therapiepflichtige Blutkrankheit	
D4	Manifeste Herzerkrankungen: Angina pectoris Grad III oder IV (NYHA), Manifeste Herzinsuffizienz Grad III oder IV (NYHA)	
D5	Maligne Hyperthermie in der Eigen- oder Familienanamnese	
D6	Patienten, bei denen eine besonders überwachungspflichtige Behandlung der folgenden Erkrankungen dokumentiert ist z. B.: - endokrine Erkrankungen (z.B. Diabetes) - Schlaganfall und/ oder Herzinfarkt - schwere Immundefekte - Obstruktive Lungenerkrankungen - Behandlungsrelevante Nieren-/ Leberfunktionsstörung - Bluthochdruck mit Gefahr der Entgleisung	
E	Notwendigkeit intensiver Betreuung in Verbindung mit Operationen oder anderen krankenhausspezifischen Maßnahmen	
E1	Voraussichtliche Überwachungspflicht über 12 Stunden nach Narkose- oder Interventionsende	
E2	Amputationen und Replantationen	
E3	Gefäßchirurgische Operationen (arteriell und/oder zentral)	
E4	Einsatz und Entfernung von stabilisierenden Implantaten, ausgenommen z. B. nach unkomplizierten Hand-, Handgelenks- sowie Fuß-, und Sprunggelenksoperationen	
E5	Einsatz von Drainageschläuchen mit kontinuierlicher Funktionskontrolle	
E6	Kathetergestützte Schmerztherapie	
F	Soziale Faktoren, aufgrund derer eine medizinische Versorgung des Patienten nicht möglich wäre, in Verbindung mit Operationen oder anderen krankenhausspezifischen Maßnahmen (die Erfüllung dieser Kriterien muss dokumentiert sein)	
F1	Fehlende Kommunikationsmöglichkeit, z. B. da der Patient allein lebt und kein Telefon erreichen kann	
F2	Keine Transportmöglichkeit oder schlechte Erreichbarkeit durch Stellen, die Notfallhilfe leisten könnten	
F3	Mangelnde Einsichtsfähigkeit des Patienten	
F4	Fehlende Versorgungsmöglichkeiten	

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-behandlung § 39 SGB V

§ 115b SGB V Ambulantes Operieren im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation im AOP-Katalog

Kriterien-Katalog (G-AEP) für Fehl-belegungsprüfungen

Mitteilungs-empfänger

Glossar

7. MITTEILUNGS EMPFÄNGER

Anschriften der für den Empfang der Mitteilung zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen, Landesverbände der Krankenkassen, Verbände der Ersatzkassen und Zulassungsausschüsse

Um die Berechtigung zur Durchführung ambulanter Operationen zu erlangen, bedarf es gemäß § 115b §1 Absatz 2 einer maschinenlesbaren Mitteilung des Krankenhauses an die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuss.

Hierzu ist das zwischen dem GKV-Spitzenverband und der DKG abgestimmte Meldeformular zu verwenden:
https://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/ambulant_versorgung/amb_operieren/index.html

Landesverbände der Krankenkassen und Verbände der Ersatzkassen

Es bestehen sechs Krankenkassenarten:
Ortskrankenkassen (§ 143 SGB V)
Betriebskrankenkassen (§ 144 SGB V)
Innungskrankenkassen (§ 145 SGB V)
Landwirtschaftliche Krankenkassen (§ 146 SGB V)
Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (§ 147 SGB V)
Ersatzkassen (§ 148 SGB V)

Kassenärztliche Vereinigung

Zur Erfüllung der ihnen durch das SGB V übertragenen Aufgaben der vertragsärztlichen Versorgung bilden die Vertragsärzte für den Bereich jedes Landes eine Kassenärztliche Vereinigung (§ 77 Absatz 1 Satz 1 SGB V).

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-behandlung § 39 SGB V

§ 115b SGB V Ambulantes Operieren im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation im AOP-Katalog

Kriterien-Katalog (G-AEP) für Fehl-belegungsprüfungen

Mitteilungs-empfänger

Glossar

Zulassungsausschuss

Um an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen zu können, bedarf der Arzt einer Zulassung (§ 95 Absatz 1 SGB V). Zur Beschlussfassung und Entscheidung in Zulassungssachen errichten die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen für den Bezirk jeder Kassenärztlichen Vereinigung oder für Teile dieses Bezirks (Zulassungsbezirk) einen Zulassungsausschuss für Ärzte (§ 96 Absatz 1 SGB V).

Die Geschäfte der Zulassungsausschüsse werden bei den Kassenärztlichen Vereinigungen geführt (§ 96 Absatz 3 Satz 1 SGB V), daher sind die Anschriften der Zulassungsausschüsse nachfolgend nicht extra aufgeführt, weil sie identisch sind mit denen der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-behandlung § 39 SGB V

§ 115b SGB V Ambulantes Operieren im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation im AOP-Katalog

Kriterien-Katalog (G-AEP) für Fehl-belegungsprüfungen

Mitteilungs-empfänger

Glossar

GLOSSAR

aG-DRG	German Diagnosis Related Groups (nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten)
BVMed	Bundesverband Medizintechnologie
DGfM	Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e.V.
DIMDI	Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut
DRG	Diagnosis related Group; Fallpauschale
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
FPV	Fallpauschalenvereinbarung
G-AEP	German Appropriateness Evaluation Protocol
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung; hier stellvertretend für die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH, Siegburg
KHBV	Krankenhausbuchführungsverordnung

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-behandlung § 39 SGB V

§ 115b SGB V Ambulantes Operieren im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation im AOP-Katalog

Kriterien-Katalog (G-AEP) für Fehl-belegungsprüfungen

Mitteilungs-empfänger

Glossar

KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
LBFW	Landesbasisfallwert
MD(K)	Medizinischer Dienst der Krankenversicherer
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
ME	Mengeneinheit
MRT	Magnetresonanztomographie
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
OCD	Obsessive-compulsive disorder (Zwangsstörung)
OPS	Operationsschlüssel
PKV	Private Krankenversicherung
PNS	Periphere Nervenstimulation
SCS	Spinal Cord Stimulation (Epidurale Rückenmarkstimulation)
ZE	Zusatzentgelt

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-behandlung § 39 SGB V

§ 115b SGB V Ambulantes Operieren im Krankenhaus

AOP-Vertrag

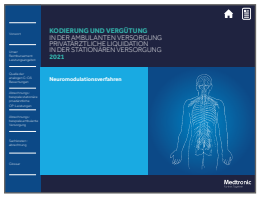
Neuromodulation im AOP-Katalog

Kriterien-Katalog (G-AEP) für Fehl-belegungsprüfungen

Mitteilungs-empfänger

Glossar

WEITERE INFORMATIONSBROSCHÜREN



Kodierung und Vergütung in der ambulanten Versorgung

Die Broschüre erhalten Sie ebenso im Download unter: **www.medtronic-reimbursement.de**

Hinweis des Implantatherstellers
Bei den von Medtronic hergestellten und vertriebenen Neuromodulationssystemen handelt es sich gemäß Konformitätserklärung um zugelassene Behandlungssysteme, deren Zertifizierung das für die Funktionsfähigkeit essentielle Systemzubehör wie beispielsweise Patientenprogrammiergeräte oder Ladegeräte beinhaltet. Dieses Zubehör ist ebenso als AIMD (Active Implantable Medical Device) klassifiziert, da es zum Funktionserhalt untrennbar mit dem Implantat verbunden ist. Dieses für den Betrieb der Neuromodulationssysteme zwingend notwendige Zubehör wird als Systembestandteil leistungs- und abrechnungstechnisch dem Implantatsystem zugeordnet.

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-behandlung § 39 SGB V

§ 115b SGB V Ambulantes Operieren im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation im AOP-Katalog

Kriterien-Katalog (G-AEP) für Fehl-belegungsprüfungen

Mitteilungs-empfänger

Glossar

Medtronic

Medtronic GmbH
Earl-Bakken-Platz 1
40670 Meerbusch

Telefon: +49-2159-81 49-0
Telefax: +49-2159-81 49-100
E-Mail: rs.dusreimbursement@medtronic.com

www.medtronic-reimbursement.de

UC202114947 DEPDF
© Medtronic GmbH
All Rights Reserved. 04/2021

Rechtlicher Hinweis

Alle Angaben sind Empfehlungen von Medtronic, beziehen sich ausschließlich auf von Medtronic vertriebene Produkte und Therapien und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder Richtigkeit. Die verwendeten Kodierbeispiele lassen keine allgemein gültigen Rückschlüsse auf deren Anwendung zu. Informationen über die Anwendung bestimmter Produkte und Therapien von Medtronic finden Sie in der jeweiligen Gebrauchsanweisung.
Medtronic übernimmt daher in diesem Zusammenhang keine Haftung.