BERUFSVERBAND **D**EUTSCHER **A**NÄSTHESISTEN

Rahmenbedingungen und Honorierung von Narkosen zu ambulanten Operationen

Gegenüberstellung
Krankenhausambulantes Operieren
Ambulantes Operieren im Rahmen von Ermächtigungen
Ambulantes Operieren im Vertragsärztlichen Bereich

Vorwort	**Seite 2**
Zeitstaffel	**Seite 3**
Übersicht Strukturen	**Seite 4**
1. Vertragsarzt	**Seite 6**
2. Persönliche Ermächtigung	**Seite 7**
3. Instituts Ermächtigung	**Seite 8**
4. KH amb. Operieren § 115 b SGB V	**Seite 9**
Eingriffsliste und Ausnahmetatbestände	
5. Strukturverträge	**Seite 11**
6. Modellversuche § 63/64 SGB V	**Seite 12**
7. Integrations-Versorgung § 140 SGB V	**Seite 13**
Erläuterungen zu Honorar nach EBM	**Seite 14**
Honorierung nach EBM	**Seite 15**
Qualitätssicherung	**Seite 16**
Richtlinien / Vereinbarungen zur Qualitätssicherung	**Seite 17**
Gesetzestexte/Kommentar	
Fett: Änderungen durch das Strukturgesetz 2000	
links: Originaltext / **rechts**: Kommentare/Erläuterungen	
- Krankenhausfinanzierungsgesetz	ab Seite 35
- SGB V § 39 Krankenhausbehandlung	ab Seite 61
- SGB V § 63/64 Modellversuche	ab Seite 62
- SGB V § 73 a Strukturverträge	ab Seite 66
- SGB V § 102 Bedarfszulassung	ab Seite 67
- SGB V § 115 b KH ambulantes Operieren	ab Seite 68
- SGB V § 116, § 117, § 120 Ermächtigungen	ab Seite 70
- SGB V § 135 -137 b-e	ab Seite 73
- SGB V § 140 a – h	ab Seite 82
Dreiseitige Verträge	**ab Seite 88**
Vereinbarung regelungsbedürftiger Tatbestände	**ab Seite 98**
Probleme im Schnittstellenbereich ambulant/stationär	**Seite 104**

Vorwort

Die sich ständig verändernden politischen Rahmenbedingungen und dadurch hervorgerufene Gesetzesänderungen bringen in das gesamte Gesundheitswesen große Unruhe. Davon sind selbstverständlich auch die „kleineren“ Fächer wie die Anästhesie betroffen. In den letzten Jahren hat die Anästhesie durch die stürmische Entwicklung des ambulanten Operierens schon eine erhebliche Strukturveränderung erfahren: Viele Fachärzte haben sich niedergelassen, um ihre Existenz durch Narkoseführung bei ambulanten Operationen zu sichern. Während bis vor kurzem die Krankenhausanästhesisten von Strukturveränderungen weitgehend verschont blieben, wirkt sich der Kostendruck jetzt auch unmittelbar auf diese aus. Die Möglichkeiten, die das GSG zum Krankenhausambulanten Operieren gegeben hatte, sind weitgehend nicht genutzt worden. Wo und in welcher Organisationsform in Zukunft die wachsende Zahl ambulanter Operationen und damit Narkosen erbracht werden, ist völlig ungewiß. Für jeden Entscheidungsträger in der Anästhesie ist es daher von größter Wichtigkeit, sich mit den gesetzlichen Rahmenbedingungen und geplanten Veränderungen zu befassen.

Auch die Tatsache, daß seit Mai 99 eine Bedarfsplanung für vertragsärztlich tätige Anästhesisten besteht, wird sich unmittelbar auf alle Anästhesisten auswirken: Die Zulassungsausschüsse werden aller Voraussicht nach bei der Erteilung bzw. Verlängerung von Ermächtigungen für Krankenhausanästhesisten deutlich restriktiver reagieren, als in der Vergangenheit. Daher muß auch beleuchtet werden wie für diese die Möglichkeit geschaffen werden kann, weiterhin ambulante Patienten zu betreuen. Die Möglichkeiten für Fachärzte, außerhalb des Krankenhauses noch eine Existenzgrundlage zu finden sind ebenfalls deutlich schlechter geworden.

Die soeben verabschiedeten neuen Regelungen in der Sozialgesetzgebung werden auf die operativen Fachgebiete und Anästhesisten einen erheblichen Druck zur ambulanten Durchführung bestimmter Leistungen ausüben. Hierzu wird bis zum 31.12.2000 ein „Zwangskatalog“ festgelegt, in dem alle ambulant durchzuführenden Operationen und stationsersetzenden Eingriffe aufgeführt werden. Ebenso werden Tatbestände festgelegt, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung im Ausnahmefall erforderlich sein kann.

Der Druck, Leistungen unter maximaler Ausschöpfung der Wirtschaftlichkeitsreserven zu erbringen, wird im Laufe des Jahres 2000 und bei der Umsetzung des neuen pauschalierten Entgeltsystems noch deutlicher als bisher werden. Ein Vergütungssystem auf Grundlage der Diagnosis Related Groups (**DRG**) wird nur einen diagnoseabhängigen Preis für die Behandlung festlegen. Dieser Preis ist variabel. Nebendiagnosen ermöglichen eine Anpassung über Zuschläge. Allerdings sind auch Abschläge geplant, wenn beispielsweise die Qualität der Leistungserbringung unzureichend ist. Es wird dann das Problem des Krankenhauses sein, entweder die Leistungen zu einem bestimmten Preis zu erbringen, oder aber bestimmte Patienten gar nicht erst behandeln zu können.

Auch die Auswirkung auf die ärztliche Weiterbildung darf in diesem Zusammenhang nicht außer Acht bleiben: Anästhesieabteilungen, die keine ambulanten Operationen betreuen, werden in Zukunft dadurch „abgewertet“, daß sie zum einen weniger Narkosen / a durchführen, zum anderen aber auch die speziellen Aspekte ambulanter Narkosen nicht lehren können.

In Zukunft wird die Verpflichtung zur Qualitätssicherung über die Honorierung durchgesetzt. Einrichtungen, die ihren Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht nachkommen, haben mit Vergütungsabschlägen zu rechnen.

Die vorliegende Information soll eine Hilfe sein, zukunftsweisende Entscheidungen zu treffen. Hierzu ist die Kenntnis der Rahmenbedingungen unabdingbar.

GKV Gesundheitsreform 2000

Terminvorgaben:

	Krankenhaus	Vertragsärzte
30. Juni 2000	**Neue Grundstrukturen des Vergütungssystems Basis: Diagnosis Related Groups (DRG)**	
31. Dez. 2001	**Bewertungsrelationen Bewertung der Zu- und Abschläge**	
01. Jan. 2003	**Inkrafttreten des neuen Vergütungssystems budgetneutral !**	
01.Juli 2000	**ICD-10 im Krankenhaus zwingend vorgeschrieben**	
30. Juni 2000	**Rahmenbedingungen für die Integrationsversorgung nach § 140 a ... SGB V evt. Schiedsamt**	
31. Dez. 2000	**Katalog ambulant durchführbarer Operationen und stationsersetzende Eingriffe Ausnahmetatbestände**	
28. Feb. 2000		**Aufteilung Gesamtvergütung HA/FA** Auffangtermin 30.04.2000
31. März 2000		**Neuer EBM HA/FA KO-Katalog**
31. März 2000		**Neue Verhältniszahlen**
31. Dez. 2001		**Bedarfszulassung**

Strukturen ambulantes Operieren							
	1 Vertragsarzt	2 Persönliche Ermächtigung	3 Instituts Ermächtigung	4 KH amb. Operieren § 115b	5 Strukturver-träge § 73a	6 Modellversuche § 63/64 SGB V	7 Intergr. Versor-gung § 140 SGB V
Berechtigung zur Leistungs-erbringung	Zulassung bis zum 68. LJ. nach ZV Zulassungs-ausschuß	Bedarfsabhängig befristet auf 1 – 2 Jahre Zulassungs-ausschuß	Bedarfsabhängig be-fristet auf 1 – 2 Jahre Zulassungs ausschuß	Mitteilung an: 1. KK 2. KV 3. Zulassungs-ausschuß	Verträge zwischen: KV KK Verbände	Vertrag zwischen: KK Verbände Leistungs-erbringer oder KV	Vertrag zwischen: KK und Netz Benehmensher-stellung mit KV
Patienten-zugang	Regelversorgung	Zugang evtl. eingeschränkt	Zugang evtl. eingeschränkt	auf Zuweisung auch Primärzugang	Voraussetzung: Einwilligung Patient	geregelt durch Satzung-KK	Voraussetzung: Einwilligung Patient
Bedarfs planung	Zulassungssperre bei Überversorgung	keine Ermächtigung in gesperrten Plan-gebieten	nur bei nach-gewiesenem med. Bedarf	keine	keine	keine	keine
Honorierung	EBM*	EBM*	EBM*	EBM	freie Vertrags-gestaltung*	freie Vertrags-gestaltung	Fallpauschale (?) budget-übergreifend
Abwicklung	KV/Vertragsarzt	KV/KH-Träger/Arzt	KV/KH-Träger	KH-Träger/KK	KV/Arzt	Vertragspartner	Vertragspartner
Sachkosten/ Medikamente	Medikamentenvers. freie Apotheke	Medikamentenvers. freie Apotheke, nicht KH-Apotheke	Medikamentenvers. freie Apotheke, nicht KH-Apotheke	Krankenhausapoth. pauschal	Medikamentenvers. freie Apotheke	freie Vertrags-gestaltung	Rahmenver-einbarung
Regelwerke	SGB V Ärzte ZV EBM	SGB V Ärzte ZV EBM	SGB V Ärzte ZV EBM	SGB V 3-seitige Verträge u. Anhang EBM	SGB V	SGB V Bundesmantel-verträge	SGB V Rahmenvereinba-rung bis 30.06.00 evt. Schiedsamt bis 30.09.00
*Die Honorare für ambulante Leistungen innerhalb der straffierten Felder werden der (gedeckelten) Gesamtvergütung KV entnommen. KK = Krankenkassen, KH = Krankenhaus, KV = Kassenärztliche Vereinigung, Verträge werden auf Landesebene vergeben..							

	5 Strukturverträge § 73a	6 Modellversuche § 63/64 SGB V	7 Intergr. Versorgung § 140 SGB
Teilnehmende Ärzte	**Vertragsärzte im Netz**	**Vertrag mit Vertragsärzten**	**Vertragsärzte in Gruppen**
a) Fachärzte	**fakultativ**	**ja, auch einzeln**	**ja, in Gruppen**
b) Hausärzte	**zwingend**	**Hausärzte nicht vorgeschrieben**	**Hausärzte nicht vorgeschrieben**
Teilnahme Krankenhäuser	**nein**	**ja, auch einzeln**	**ja, auch einzeln**
Beteiligung KV	**zwingend**	**fakultativ**	**fakultativ**
Teilnehmende Patienten	**nur freiwillig**	**Satzungsabhängig evt. Primärarztmodell evtl. auch Bonus**	**nur freiwillig (Datenverbund) evtl. auch Bonus**
Honorierung (grundsätzlich nicht an EBM gebunden)	**eigene Budgetverantwortung, evt. auch Heil- u. Hilfsmittel**	**Honorierung auf Kosten der Gesamtvergütung, auch außerhalb Krankenhaus-finanzierungsgesetz evtl. Kostenerstattung**	**Honorierung auf Kosten der Gesamtvergütung Budgetverantwortung fakultativ evt. auch Heil- u. Hilfsmittel auch außerhalb KH-Finanzierungsgesetz**
Wissenschaftliche Begleitforschung	**keine Aussage**	**vorgeschrieben**	**fakultativ**

1. Vertragsarzt

Die **Niederlassung als Anästhesist/in** in freier Praxis ist derzeit nicht mehr unbegrenzt möglich. In mehr als der Hälfte der sog. Plangebiete ist eine Niederlassungssperre wegen Überversorgung ausgesprochen worden. Somit ist in diesen Plangebieten nur noch die Übernahme einer Anästhesiepraxis möglich wenn ein niedergelassener Anästhesist aus der Versorgung ausscheidet. Grundsätzlich wird keine neue Zulassung für Vertragsärzte ab dem 55. Lebensjahr ausgesprochen. Die Zulassung erlischt automatisch mit Erreichen des 68. Lebensjahres. Die Details der Zulassung sind in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) geregelt.

Die GKV-Gesundheitsreform 2000 sieht zum 01.01.2002 eine Neuregelung der Zulassung als Vertragsarzt vor, die sog. **Bedarfszulassung**. Es soll versucht werden, auf wissenschaftlicher Basis den Bedarf an Ärzten aller Fachgruppen je nach Bevölkerungsdichte (Verhältniszahlen) festzulegen.

Die Tätigkeit als Anästhesist/in stellt sich z.Zt. folgendermaßen dar:

- mobile Anästhesie
- Anästhesie in eigenem OP-Zentrum
- Anästhesie als Vertragsleistung mit Krankenhaus/Belegarzt
- Schmerztherapie

Die Zulassungsverordnung schränkt die freie Gestaltung der Berufstätigkeit erheblich ein. Die Tätigkeit als Vertragsarzt ist immer gebunden an einen **Vertragsarztsitz**, das heißt der Arzt muß sich im Prinzip auf den Ort seiner Leistungserbringung festlegen, was aber bei der mobilen Anästhesie nicht möglich ist. Die Tätigkeit außerhalb des Vertragsarztsitzes ist nicht genauer reglementiert und wird von einzelnen KVen recht willkürlich gehandhabt. Wollen mehrere Anästhesisten gemeinsam ihre Tätigkeit ausüben, müssen sie einen gemeinsamen Praxissitz haben.

Ein vertragsärztlich tätiger Anästhesist darf angestellte Ärzte nur in Form des sog. **Job-Sharings** beschäftigen. Er muß im Prinzip jede einzelne seiner Leistungen höchstpersönlich erbringen. Die **Vertretungsregelung** bei Abwesenheit des Praxisinhabers ist mit erheblichen Einschränkungen regelmentiert.

Die Vergütung erfolgt nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab **(EBM),** in dem die Relativbewertung aller ärztlichen Leistungen festgelegt ist. Die Honorierung über den EBM erfolgt aus dem System der Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Höhe der Gesamtvergütung ist strikt orientiert an der **Beitragssatzstabilität**, d.h. die ärztlichen Honorare sind nicht am Leistungsbedarf orientiert und können in ihrem Wert mit steigender Leistungsmenge sinken.

Der Medikamentenverbrauch des Vertragsarztes im Rahmen der Narkoseführung erfolgt über die Verordnung des **Praxisbedarfs** aus einer öffentlichen Apotheke. Aus diesem, auf Kosten der Krankenkassen verordneten Medikamentenpool dürfen nur Patienten der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) versorgt werden. Medikamente für Privatpatienten müssen getrennt beschafft und diesen als Sachkosten in Rechnung gestellt werden.
Medikamente, die nicht verbraucht werden, aber als Notfallmedikamente vorgehalten werden müssen (z.B. Dantrolen), können als Praxisbedarf rezeptiert werden.

2. Persönliche Ermächtigung

Ein angestellter Krankenhausarzt kann zu vertragsärztlichen Leistungen **ermächtigt** werden, wenn ohne diese Ermächtigung die Versorgung von Patienten der gesetzlichen Krankenkassen durch Vertragsärzte nicht sichergestellt wird. Hierzu gibt es zwei Aspekte: Zum einen das Leistungsvolumen und zum zweiten spezielle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Die Ermächtigung ist an eine abgeschlossene Weiterbildung gebunden, nicht jedoch an den Status des Arztes im Krankenhaus. Die Ermächtigung wird in der Regel nur befristet (z. B. ein oder zwei Jahre) erteilt. Vor Verlängerung der Ermächtigung prüft der Zulassungsausschuß erneut den Bedarf. Nur wenn dieser weiterhin als gegeben angesehen wird, wird die Ermächtigung verlängert. In einem Plangebiet, in dem eine Niederlassungssperre ausgesprochen wurde, kann in der Regel keine Ermächtigung erteilt werden.

Eine Ermächtigung ist keine vollwertige Zulassung und kann daher auf verschiedene Weise eingeschränkt werden:

So kann beispielsweise der Zugang der Patienten begrenzt werden auf ausschließliche Überweisung der Patienten von bestimmten Facharztgruppen. Auch das Leistungsspektrum kann beschränkt werden auf einzelne Leistungsziffern oder Leistungsgruppen.

Die persönliche Ermächtigung bezieht sich immer nur auf den ermächtigten Arzt. Dieser muß alle Leistungen bei Patienten der GKV höchstpersönlich erbringen. Die Vertretungsregelung gilt für ihn wie für Vertragsärzte.

Die Vergütung erfolgt nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in gleicher Weise wie bei Vertragsärzten, jedoch erfolgt die Auszahlung des Honorars an den Krankenhausträger, welcher das Honorar (oder auch nur Teile davon) an den Arzt weitergibt.

Der Medikamentenverbrauch des ermächtigten Arztes im Rahmen der Narkoseführung bei ambulanten Patienten erfolgt über die Verordnung des **Praxisbedarfs** aus einer öffentlichen Apotheke. Diese Medikamente dürfen nicht der Krankenhausapotheke entnommen werden. Aus dem auf Kosten der Krankenkassen verordneten Medikamentenpool dürfen nur Patienten der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) versorgt werden. Medikamente für ambulant betreute Privatpatienten müssen getrennt beschafft und diesen als Sachkosten in Rechnung gestellt werden.

3. Institutsermächtigung

Eine „ärztlich geleitete Einrichtung“ kann zur Erbringung kassenärztlicher Leistungen ermächtigt werden. Eine solche Institutsermächtigung bezieht sich in der Regel auf ambulante Einrichtungen eines Krankenhauses. Die Institutsermächtigung wird im Zulassungsrecht gegenüber der persönlichen Ermächtigung nachrangig behandelt. Bei Leistungen, deren Erbringung an eine besondere persönliche Qualifikation gebunden ist, kann die KV verlangen, daß die Ärzte, die diese Leistungen erbringen, namentlich genannt werden.

Die Regelungen bezüglich der Honorierung und des Medikamentenbedarfs entsprechen denen der persönlichen Ermächtigung.

Für Polikliniken der Hochschulen gibt es eine Sonderregelung (§ 117, SGB V), nach der die Zulassungsausschüsse unabhängig vom Bedarf Untersuchung und Behandlung von Patienten zum **Zweck der Forschung und Lehre** Ermächtigungen erteilen müssen. Dazu gibt es auf Landesebene zwischen den Trägern der Hochschulkliniken, den Krankenkassen und der KV geschlossene Verträge.

Für Krankenhäuser mit psychiatrischen Abteilungen und rein psychiatrische Krankenhäuser gibt es Sonderregelungen, die nicht mit den anderen Institutsermächtigungen verwechselt werden dürfen.

4. KrankenHaus amb. Operieren
§ 115 b SGBV

Das Ambulante Operieren im Krankenhaus wurde durch das GSG 1993 neben der Erbringung dieser Leistung durch Vertragsärzte eingeführt. Die Vorstellung war seinerzeit, freie Operationskapazitäten in Krankenhäusern zu ambulanten Operationen zu nutzen und einen Teil der stationären Eingriffe in den ambulanten Bereich zu überführen. Die Möglichkeiten des Paragraphen 115b sind weitgehend ungenutzt geblieben. Die meisten Regelungen sind durch die aktuellen Gesetzesänderungen unverändert geblieben. Die aktuellen Situation stellt sich folgendermaßen dar:

a) **Katalog** ambulant durchführbarer Operationen und stationsersetzender Eingriffe
b) einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte
c) Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit

Das Gesetz verpflichtet die Vertragspartner der sogen. Dreiseitigen Verträgen, bis zum **31.12.2000** einen neuen **Katalog** ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger Stationsersetzender Eingriffe zu vereinbaren. Eine ähnliche Verpflichtung gab es bereits im alten SGB V. Als Katalog hat man 1993 die Eingriffe bezeichnet, die in den Zuschlagskatalogen der EBM-Ziffern 80-87 mit einer Zusatzhonorierung für die ambulante Durchführung versehen waren. Damit war nur ausgesagt, dass diese Eingriffe ambulant durchführbar waren. Eine Verpflichtung, dass diese Eingriffe nur noch oder zumindest in der Regel ambulant durchgeführt werden sollten, war damit nicht verbunden. Der neu zu schaffende Katalog hat deshalb eine besondere Brisanz, da Eingriffe, die in diesem Katalog erscheinen, zwingend ambulant durchgeführt werden müssen, wenn nicht gewichtige Gründe dagegen sprechen. Diese Gründe werden als sogen. **Allgemeine Tatbestände** (Ausnahmetatbestände) zwischen den Organen der Selbstverwaltung vertraglich festgelegt (s. folgende Seite).

Sollten die Vertragspartner die vom Gesetzgeber **vorgegebene Frist** nicht einhalten, wird das **Bundesschiedsamt** den Katalog und die Ausnahmetatbestände festlegen.

Die Abrechnungsbedingungen stellen sich für das ambulant operierende Krankenhaus folgendermaßen dar: Der Gesetzgeber wünscht, dass das Krankenhaus und die niedergelassenen Ärzte in der Honorierung gleichgestellt sind. Daher erfolgt die Honorierung nach dem EBM. Details siehe Seite 14.

Ambulantes Operieren nach § 115b kann das Krankenhaus in eigener wirtschaftlichen Verantwortung erbringen. D. h. sowohl Investitionen als auch Umsätze aus diesem Bereich werden nicht mit dem Budget verrechnet.

Für das KH-Ambulante Operieren nach 115b gibt es kein Genehmigungsverfahren. Das einzelne Krankenhaus muß sich lediglich zum Ambulanten Operieren anmelden. Näheres dazu auf Seite 88 ff.

Eingriffsliste und Ausnahmetatbestände
nach § 115b SGB V

Zum Zeitpunkt der Drucklegung waren weder die Eingriffsliste noch die Ausnahmetatbestände abschließend diskutiert und beschlossen.

Der Gesetzgeber erwartet, daß sich die Selbstverwaltungsorgane (KK, DKG, KBV) bis zum 31.12.2000 einigen, welche Operationen und sonstige stationsersetzende Eingriffe in der Regel ambulant durchgeführt werden müssen. Dazu soll ein abschließender Katalog erstellt werden.

Bis zur gleichen Frist sollen „ allgemeinen Tatbestände“ definiert werden, die eine stationäre Durchführung dieser Operationen und Eingriffe erforderlich machen.

Wenn bis zum 31.12.2000 eine Einigung nicht erfolgt, wird eine Regelung über das (erweiterte) Bundesschiedsamt getroffen.

5. Strukturverträge
§ 73a

Die bereits im „alten“ SGB V ermöglichten Strukturverträge sind weiterhin zu unveränderten Bedingungen möglich:

Zwischen KVen und allen oder einzelnen Krankenkassen können im Rahmen der Gesamtverträge sogen. Strukturverträge abgeschlossen werden. Ohne Mitwirkung und Einigung zwischen KVen und KK kommen keine Strukturverträge zustande.

Ein Verbund aus fachärztlich tätigen Vertragsärzten und Hausärzten (vernetzte Praxen) übernimmt entweder die gesamte ambulante medizinischen Versorgung oder einen inhaltlich definierten Teilbereich der Versorgung. Gleichzeitig kann dem Netz die Verantwortung für ein eigenständiges Budget übertragen werden. Die Budgetverantwortung kann über die ärztlichen Leistungen hinaus auf die Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmittel ausgedehnt werden.

Das Ärztenetz übernimmt durch ein eigenes Budget ganz oder teilweise das Morbiditätsrisiko für die im Netz behandelten Patienten. Der gesetzlich vorgegebene Grundsatz der Beitragssatzstabilität, der die möglichen Steigerungsraten der kassenärztlichen Gesamtvergütung diktiert, gilt auch für Strukturverträge. Allerdings sind bei „vertraglich abgesicherten oder bereits erfolgten Einsparungen in anderen Leistungsbereichen“ Ausnahmen hiervon möglich (§ 71 SGB V).
Die Abrechnungslegung darf vom EBM abweichen, d.h. das Netz kann sich ein eigenes Honorarsystem geben, wenn die Vertragsgestalter dies mit tragen.

Auf Bundesebene können Rahmenbedingungen zu Strukturverträgen vereinbart werden, die dann auf Landesebene umzusetzen sind. KBV und KK haben es jedoch nicht geschafft, solche Rahmenbedingungen zu vereinbaren.

Die Einbindung von Hausärzten ist zwingend vorgeschrieben.

Die Teilnahme von Vertragsärzten in einem solchen Netz ist freiwillig.

Auch die Teilnahme der Patienten an der Behandlung im Rahmen von Strukturverträgen ist freiwillig. D.h. der Patient muß seine Bereitschaft erklären, sich (ausschließlich ?) von den „Netzärzten“ behandeln zu lassen.

In der Gesetzgebung ist die Teilnahme von Krankenhäusern im § 73 a an Strukturverträgen nicht vorgesehen. Es ist ausdrücklich nur von Vertragsärzten die Rede. Da der Gesetzgeber dies nicht geändert hat, besteht offensichtlich nicht der politische Wille, über diesen Weg Krankenhäuser einzubeziehen.

Zumindestens für den Teilbereich ambulanter Operationen steht dies im Widerspruch zur Intention anderer Vorstellungen des SGB V (z.B. § 115b), Gleichbehandlung zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern zu erreichen. Deshalb sind in einigen Ländern auch Krankenhäuser in Strukturverträge eingebunden worden.

6. Modellversuche
§ 63/64 SGB V

Die Möglichkeiten, außerhalb der ansonsten vorgegebenen Regulierungen der Sozialgesetzgebung Vereinbarungen über die Versorgung von Patienten der GKV zu treffen, sind bei den Modellversuchen nach § 63/64 SGB V wesentlich weiter gefaßt als bei den Strukturverträgen nach § 73a:

Modellversuche sollen unverändert dazu dienen, die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Patientenversorgung zu verbessern. Hierzu sollen die **Verfahrens- Organisations- Finanzierungs- und Vergütungsformen** weiterentwickelt werden.

Während früher grundsätzlich die KVen vorgeschriebener Vertragspartner waren, bietet die Novellierung des SGB V jetzt die Möglichkeit, an der KV vorbei Verträge abzuschließen. Die Einflußnahme der KV beschränkt sich jetzt darauf, daß die KBV mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen Grundsätze zu Modellversuchen vereinbaren **kann.** In der Vergangenheit sind Rahmenvereinbarungen der o.g. Art nicht zustande gekommen.
Dafür ist die alte Regelung, daß die KV Modellversuche mit tragen **muß,** wenn 50 % der betroffenen Ärzte dies wollten, weggefallen. Weiterhin **können** sich die KVen jedoch an Modellversuchen beteiligen.

Modellversuche können vertraglich vereinbart werden zwischen :

- Krankenkassen
- und
- Einzelnen Vertragsärzten
- Gruppen von Vertragsärzten
- Einzelnen Krankenhäusern
- Gruppen von Krankenhäusern
- Gemeinschaften von Vertragsärzten und Krankenhäusern

Soweit nur die ambulante vertragsärztliche Versorgung betroffen ist, können Verträge nur mit Vertragsärzten, Gruppen von Vertragsärzten **oder** der KV geschlossen werden. Im Überschneidungsbereich zwischen ambulanter und stationärer Behandlung, also beim Ambulanten Operieren dürfte diese Ausschlußklausel jedoch nicht zutreffen.
Der Zugang der Patienten zu Modellversuchen ist in der Satzungen der Krankenkassen zu regeln. Somit bleibt offen, ob ein Modellversuch als Regelversorgung der Krankenkasse den Patienten zur Teilnahme verpflichtet, oder ob die Teilnahme freiwillig ist.
Die Satzung kann auch den freien Zugang zu allen niedergelassenen Ärzten einschränken und Einsparungen durch einen Bonus honorieren.

Modellvorhaben sind „in der Regel“ auf 8 Jahre zu befristen und **müssen** wissenschaftlich ausgewertet werden. Die Ergebnisse sind zu veröffentlichen.

Ausdrücklich können Leistungen in Modellversuchen außerhalb der für diese Leistungen geltenden Gesamtvergütung und ebenfalls außerhalb der Krankenhausbudgets vergütet werden. Andere Budgets sind dementsprechend anzugleichen, damit auch hier der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gewahrt bleibt. Die Brisanz dieser Regelung besteht darin, dass ein Honorarzuwachs in Modellversuchen somit nur auf Kosten des anderen (fachärztlichen) Versorgungssystems möglich ist.

7. Integrations-Versorgung
§ 140 a-h SGB V

Die weitestgehenden Gestaltungsmöglichkeiten vorbei am bisherigen System bieten Verträge zur Integrierten Versorgung. Diese können geschlossen werden zwischen :

- Krankenkassen
- und
- Gruppen von Vertragsärzten
- Krankenhäusern
- Gruppen von Vertragsärzten und Krankenhäusern
- Kassenärztlichen Vereinigungen

Somit ist die Vertragsmöglichkeit mit einzelnen Ärzten anders als bei den Modellversuchen nicht möglich. Die Gestaltungsmöglichkeiten werden im ambulanten Bereich geregelt durch zwingend vorgeschriebene Rahmenvereinbarungen zwischen KK und KBV (Bundesmantelvertrag). Diese sind bis zum 30.06.2000 zu vereinbaren. Wird keine Einigung erzielt, so werden die Rahmenbedingungen vom Schiedsamt festgelegt. Als Vertragspartner **kann** auch die KV stellvertretend für die Vertragsärzte auftreten. Ihre Beteiligung ist jedoch nicht vorgeschrieben. Auch zwischen der DKG und den KK können Rahmenvereinbarungen zur integrierten Versorgung geschlossen werden. Hierfür sieht das Gesetz keine Frist vor. Anders als bei den vorgeschriebenen, zwischen Krankenkassen und KBV zu vereinbarenden Rahmenbedingungen sind gemeinsame Rahmenbedingungen für die Beteiligung von Krankenhäusern an der Integrations-Versorgung somit nicht zwingend vorgeschrieben.

Grundsätzlich ist die Teilnahme der Versicherten an dieser Versorgungsform freiwillig. Neben seiner Einwilligung zur Teilnahme muß der Versicherte auch seine Einwilligung in die vorgesehene Datenweitergabe (Schweigepflicht!) innerhalb der Integrationsversorgung geben. Die Datenweitergabe an alle in die Behandlung einbezogenen Beteiligten ist zwingend vorgesehen. Versicherten kann die Teilnahme an der Integrationsversorgung mit einem Bonus versüßt werden, wenn Einsparungen erzielt wurden, und sie mindestens ein Jahr teilgenommen haben

Innerhalb der Integrationsversorgung kann ein eigenes Vergütungssystem vereinbart werden. Das System bekommt ein Budget, für welches es selbst die Verantwortung trägt. Es trägt aber nicht nur die Budgetverantwortung für die Behandlung innerhalb des Systems, sondern muß auch für Leistungen gerade stehen, die beteiligte Patienten außerhalb der Integrationsversorgung in Anspruch nehmen. Wenn Krankenhäuser an einem Integrationsvertrag teilnehmen, können vom Krankenhausfinanzierungsgesetz und der Bundespflegesatzvereinbarung abweichende Regelungen vereinbart werden.
Die Versorgung der Patienten mit Arznei- und Heilmitteln kann in die Verträge aufgenommen werden.
Vertragsinhalt können die vollständige Versorgung der Patienten oder nur definierte Teilbereiche der Versorgung (z.B. Operationen) sein.
Das Budget für eine Vereinbarung der integrierten Versorgung wird unter Berücksichtigung der Risikostruktur der teilnehmenden Versicherten und unter Berücksichtigung der Beitragssatzstabilität von der Gesamtvergütung der KV abgezogen, soweit es den ambulanten Bereich betrifft. Wenn die Arznei- und Heilmittelversorgung nicht mit übernommen wird, besteht eine Haftung für das Arzneimittelbudget.
Die wirtschaftlichen Auswirkungen der Integrationsversorgung **können** wissenschaftlich ausgewertet werden.

Honorierung Ambulanter Operationen nach EBM
(Siehe dazu Tabelle auf der nächsten Seite)

Die steigende Zahl der ambulanten Operationen im vertragsärztlichen Bereich, auch von Eingriffen, die die Mitwirkung eines Anästhesisten erforderten, veranlaßte 1993 den Gesetzgeber, auch Krankenhäusern diese Behandlungsmöglichkeit zu eröffnen. Erklärter politischer Wille war von vornherein eine Gleichstellung in Qualität und Honorar. Wegen vorauszusehender Leistungsverschiebung sollte eine Lösung gefunden werden, die nicht zu Lasten der Gesamtvergütung der Vertragsärzte ging. Dem gesetzlichen Wunsch, ein Vernetzungsbudget zwischen ambulant und stationär zu bilden, wurde genauso wenig gefolgt wie der Vereinbarung in den dreiseitigen Verträgen zu § 115 b, gemeinsam bis Ende 1994 Komplexgebühren zu vereinbaren. Deshalb hat sich an der Honorierung nach dem Punktesystem den EBM für ambulante Operationen und Narkosen seitdem nichts geändert. Der Unterschied in der Honorierung zwischen Vertragsärzten/Ermächtigten und der Honorierung nach § 115 b besteht lediglich darin, daß bei Zweitem der Geldfluß direkt zwischen Krankenkasse und Krankenhaus erfolgt. Während anfangs die Erlöse hieraus mit dem Budget des Krankenhauses verrechnet wurde, kann jetzt das Krankenhaus frei damit wirtschaften.

Die Unterschiede der Punktsummen in der folgenden Tabelle erklären sich folgendermaßen:

- Ein ermächtigter Krankenhausarzt erhält für die Ziffer 1 nicht die Punktzahl der Fachgruppe sondern nur 180 Punkte, die grundsätzlich für die Ziffer 1 bei ermächtigten Krankenhausärzten vorgesehen sind. Gleiches gilt für Institutsermächtigungen.

- Bei einer ambulanten Operation unter Mitwirkung eines Anästhesisten entstehen bei der Konstruktion nach 1 und 2 zwei Behandlungsfälle, nämlich für jeden beteiligten Arzt einer.

- Wird die Operation als Institutsleistung, also entweder im Rahmen einer Institutsermächtigung oder nach § 115 b durchgeführt, entsteht nur ein Behandlungsfall, da ja das Krankenhaus die Leistung erbringt. Somit kann die Ziffer 1 nur einmal angesetzt werden.

Zwischen den Lösungen nach 3 und 4 besteht der entscheidende Unterschied darin, dass bei 3 eine Abrechnung über die KV erfolgt und somit das Honorar aus der Kassenärztlichen Gesamtvergütung kommt, während nach 4 eine Direktabrechnung mit der Krankenkasse erfolgt. Dazu stellt das Krankenhaus den Krankenkassen der operierten GKV-Patienten nach den Regelungen der dreiseitigen Verträge im Abstand von 4 Wochen eine Gesamtrechnung. Da der in der Versorgung der GKV-Patienten über die KV bezahlte Punktwert erst viele Monate später feststeht, wird dem Krankenhaus zunächst das Honorar nach einem Durchschnittspunktwert gezahlt. Sobald der entgültige Punktwert feststeht, wird ein Ausgleich durchgeführt. Auf diesen Ausgleich wird in einigen Regionen teilweise verzichtet, da in Anbetracht der geringen Summen der Verwaltungsaufwand hierfür zu groß erscheint.

Honorierung nach EBM am Beispiel arthroskopische Meniskusresektion (OP-Dauer: 46 min)

	1		2		3	4
	Vertragsärzte		Persönliche Ermächtigung		Instituts Ermächtigung	KH amb. OP § 115 SGB V
	Orthopäde	Anästhesist	Orthopäde	Anästhesist		
OP Vorbereitung	1* (M/F 315 P R 510 P)	1* (M/F 340 P R 555 P)	1* (180 P)	1* (180 P)	1* (180 P)	1* (180 P)
Diagnostik:						
Röntgen	5020 (300 P)		5020 (300 P)		5020 (300 P)	5020 (300 P)
EKG		603 (250 P)		603 (250 P)	603 (250 P)	603 (250 P)
Lufu		691 (150 P)		691 (150 P)	691 (150 P)	691 (150 P)
Labor		3848 (1,45 Euro) 3823 (0,60 Euro)		3848 (1,45 Euro) 3823 (0,60 Euro)	3848 (1,45 Euro) 3823 (0,60 Euro)	3848 (1,45 Euro) 3823 (0,60 Euro)
OP-Tag	2 (50 P)	2 (50 P)	2 (50 P)	2 (50 P)	2 (50 P)	2 (50 P)
Operation	2447 (4900 P)		2447 (4900 P)		2447 (4900 P)	2447 (4900 P)
Zuschlag amb. OP	86 (3600 P)		86 (3600 P)		86 (3600 P)	86 (3600 P)
Narkose 30 min.		462 (950 P)		462 (950 P)	462 (950 P)	462 (950 P)
Verlängerung 15 min		463 (450 P)		463 (450 P)	463 (450 P)	463 (450 P)
Zuschlag amb. AN		90 (1500 P)		90 (1500 P)	90 (1500 P)	90 (1500 P)
Überwachung 15 min		490 (320 P)		490 (320 P)	490 (320 P)	490 (320 P)
Post OP Betreuung über 120 min		63 (900 P)		63 (900 P)	63 (900 P)	63 (900 P)
Gesamtpunktzahl	**M/F 9165 P R 9360 P**	**M/F 4910 P R 5125 P**	**9030 P**	**4750 P**		
			13.780 P		**13.550 P**	**13.550 P**

* Die Ziffer 1 ist im vertragsärztlichen Bereich bei Mitgliedern/ Familienangehörigen und Rentnern unterschiedlich bewertet, bei ermächtigten Ärzten und Institutermächtigungen ist sie immer mit 180 Punkten bewertet.

Qualitätssicherung

In Rahmen der 1993 vorgesehenen Gleichstellung vertragsärztlich tätiger Operateure und Anästhesisten auf der einen Seite und der unter Kostendruck stehenden Krankenhäuser auf der anderen Seite gab es erhebliche Bedenken, daß durch den entstehenden Wettbewerb bei Einführung von Komplexgebühren die Qualität der Patientenversorgung leiden könne. Daher waren von vornherein Maßnahmen zur Qualitätssicherung vorgesehen. Folgende Regelwerke sind neben den unterschiedlichen Gesetzen zum öffentlichen Gesundheitsdienst der einzelnen Länder zu berücksichtigen:

1. Vereinbarung nach § 14 der Dreiseitigen Verträge (Seite 96)
2. Qualifikationsvoraussetzungen für arthroskopische Leistungen (Seite 24)
3. Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung ambulanter Op‘s (S. 26)
4. Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung endoskopischer Eingriffe
5. Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert-Koch-Instituts in der jeweils aktuellen Version

Darüber hinaus haben die Berufsgenossenschaften „Richtlinien zur Arbeitssicherheit in Tageskliniken und anderen Einrichtungen für ambulantes Operieren“ herausgegeben, die sich jedoch überwiegend mit dem Schutz der Beschäftigten und nicht dem der Patienten befassen(Seite 30).

Die Sozialgesetzgebung schreibt unabhängig von den Dreiseitigen Verträgen grundsätzlich qualitätssichernde Maßnahmen ambulanter und stationärer Behandlung vor. Die gesetzlichen Vorgabe hierzu sind soeben vollständig überarbeitet worden, was in Zukunft sicherlich auch auf das Ambulante Operieren Einfluß haben wird. (Seite 73 ff)

Eine ausführliche Diskussion der Regelwerke zur Qualitätssicherung im Rahmen Ambulanter Operationen ist aus Platzgründen an dieser Stelle nicht möglich.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren gemäß
§ 14 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V

zwischen

1.dem AOK-Bundesverband, Bonn
dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen
dem IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach
der See-Krankenkasse, Hamburg
dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel
der Bundesknappschaft, Bochum
dem Verband der angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg
dem AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg

und

2.der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Düsseldorf

sowie

3.3. der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Köln

§ 1 Inhalt

Die Vertragspartner vereinbaren entsprechend der in § 14 des Vertrages nach § 115 b SGB V getroffenen Regelung Maßnahmen zur Sicherung der Qualität für die gemäß § 3 des Vertrages nach § 115 b SGB V katalogisierten ambulanten Operationen und Anästhesien.

Die Vereinbarung gilt sowohl für ambulante Operationen und Anästhesien im Krankenhaus als auch für ambulante Operationen und Anästhesien im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung.

Die Pflicht zur Erfüllung gesetzlicher Bestimmungen, insbesondere solche gesundheits- und berufsrechtlicher Art, bleibt unberührt.

§ 2 Erklärungspflicht

(1) Die Erbringung der nach § 3 des Vertrages nach § 115 b SGB V katalogisierten ambulanten Operationen und/oder Anästhesien ist im Krankenhaus und in der vertragsärztlichen Versorgung nur dann zulässig, wenn die in dieser Vereinbarung festgelegten Anforderungen erfüllt sind.

(2) Krankenhäuser, die ambulante Operationen und/oder Anästhesien erbringen wollen haben zugleich mit der Mitteilung gemäß § 1 Abs. 1 des Vertrages nach § 115 b SGB V eine Erklärung abzugeben, daß sie die Anforderungen dieser Vereinbarung erfüllen. Eine gleichlautende Erklärung erhält die Landeskrankenhausgesellschaft.

(3) Ärzte, die in der vertragsärztlichen Versorgung ambulante Operationen oder Anästhesien erbringen wollen, haben eine Erklärung gegenüber der zuständigen kassenärztlichen Vereinigung abzugeben, daß sie die Anforderungen dieser Vereinbarung erfüllen.

§ 3
Anforderungen an die fachliche Befähigung der ambulant operierenden / anästhesierenden Ärzte

(1) Ambulante Operationen und Anästhesien sind nach Facharztstandard zu erbringen. Danach sind ambulante Operationen und Anästhesien nur von Fachärzten, unter Assistenz von Fachärzten oder unter deren unmittelbarer Aufsicht und Weisung mit der Möglichkeit des unverzüglichen Eingreifens zu erbringen.

(2) Ambulante Operationen dürfen in der vertragsärztlichen Versorgung auch von Fachärzten für Allgemeinmedizin und Praktischen Ärzten sowie von Ärzten ohne Facharztbezeichnung erbracht werden, sofern und soweit sie das Recht zum Führen der Facharztbezeichnung eines Fachgebietes haben, zu dessen Weiterbildungsinhalt obligatorisch der Erwerb von eingehenden Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in den Operationen des Fachgebietes gehören. Für Anästhesien gilt dies entsprechend unter der Voraussetzung, daß die in Satz 1 genannten Ärzte das Recht zum Führen der Facharztbezeichnung haben.

(3) Ist für bestimmte Operationen über das Recht zum Führen einer Facharztbezeichnung hinaus der Erwerb einer Schwerpunktbezeichnung, einer Fachkunde oder der Abschluß einer fakultativen Weiterbindung Voraussetzung, können solche operativen Leistungen nur erbracht werden, wenn der erfolgreiche Abschluß dieser zusätzlichen Weiterbildung durch entsprechende Zeugnisse und/oder Bescheinigungen gem. § 2 Abs.2 und 3 nachgewiesen worden ist.

§ 4 Bauliche, appartiv-technische, hygienische und personelle Voraussetzungen

(1) Unbeschadet der Verpflichtung des für die Operation oder für die Anästhesie verantwortlichen Arztes, in jedem Einzelfall zu prüfen, ob Art und Schwere des Eingriffs und der Gesundheitszustand des Patienten die ambulante Durchführung der Operation oder der Anästhesie nach den Regeln der ärztlichen Kunst mit den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten erlauben, müssen die baulichen, apparativ-technischen, personellen und hygienischen Voraussetzungen (ggf. unter Hinzuziehung eines Arztes für Hygiene und Umweltmedizin) in Abhängigkeit von Art, Anzahl und Spektrum der durchgeführten Operationen mindestens die Bedingungen der Absätze 2 bis 5 erfüllen. Hierbei sollen die vorhandenen Ressourcen soweit wie möglich genutzt werden.

(2) Bauliche Anforderungen
- Operationsraum / -räume,
- Personalumkleidebereich mit Waschbecken und Vorrichtung zur Durchführung der Händedesinfektion,
- Geräte-, Vorrats- und Sterilisierraum (ggf. gesondert), Aufbereitungsbereich,
- Entsorgungs- und Putzraum,
- ggf. Ruheraum / Aufwachraum für Patienten,
- Umkleidebereich für Patienten.

(3) Appartiv-technische Voraussetzungen

a) Operationsraum
- Flüssigkeitsdicht verfugter Fußboden
- Abwaschbarer dekontaminierbarer Wandbelag bis mindestens 2 m Höhe
- Boden und Wände scheuerdesinfektionsfest
- Lichtquellen zur fachgerechten Ausleuchtung des Operationsraumes und des Operationsgebietes mit Sicherung durch Stromausfallüberbrückung, auch zur Sicherung des Monitoring lebenswichtiger Funktionen oder durch netzunabhängige Stromquelle mit operationsent- sprechender Lichtstärke als Notbeleuchtung
- Entlüftungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung der eingesetzten Anästhesieverfahren und der hygienischen Anforderungen

b) Wascheinrichtung
- Zweckentsprechende Armaturen und Sanitärkeramik zur chirurgischen Händedesinfektion

c) Instrumentarium und Geräte
- Instrumentarium zur Reanimation und Geräte zur manuellen Beatmung, Sauerstoffversorgung und Absaugung
- Geräte zur Infusions- und Schockbehandlung
- OP-Tisch/-Stuhl mit fachgerechten Lagerungsmöglichkeiten
- Fachspezifisches, operatives Instrumentarium mit aus- reichenden Reserveinstrumenten
- Ggf. Anästhesie- bzw. Narkosegerät mit Spezialinstrumentarium (kann auch vom Anästhesisten gestellt werden)

d) Arzneimittel, Operationstextilien, Verband- und Verbrauchsmaterial
- Notfallmedikamente zu sofortigem Zugriff und Anwendung
- Operationstextilien bzw. entsprechendes Einmal-Material in Art und Menge so bemessen, daß ggf. ein Wechsel auch während des Eingriffs erfolgen kann
- Infusionslösungen, Verband- und Nahtmaterial, sonstiges Verbrauchsmaterial

(4) Hygienische Voraussetzungen

- Sterilisator, z.B. Überdruck-Autoklav
- Anwendung fachgerechter Reinigungs-, Desinfektions-und Sterilisationsverfahren
- Hygieneplan

(5) Personelle Voraussetzungen

- Falls keine ärztliche Assistenz bei Operationen erforderlich ist, mindestens ein(e) qualifizierter(e) Mitarbeiter(in) mit abgeschlossener Ausbildung in einem nichtärztlichen Heilberuf oder im Beruf als Arzthelfer(in) als unmittelbare Assistenz.
- Eine Hilfskraft (mindestens in Bereitschaft)
- Falls medizinisch erforderlich, für Anästhesien ein(e) Mit- arbeiter(in) mit entsprechenden Kenntnissen.

§ 5 Verfahren zur Qualitätssicherung

(1) Die Vertragspartner verpflichten sich, die Erfüllung der Anforderungen an die fachliche Befähigung der ambulant operierenden oder anästhesierenden Ärzte, die Sicherung der baulichen, appartiv-technischen, hygienischen und personellen Voraussetzungen und weitere ausgewählte Qualitätssicherungsaspekte unter Einschluß der Indikationsstellung mit den geeigneten Maßnahmen zu überprüfen.

Zur Erfüllung dieser Aufgaben sehen die Vertragspartner vor, Fragen der Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren auf der Grundlage der Berichte der Kommissionen nach Abs. 2 regelmäßig zu beraten und bei Bedarf diese Vereinbarung fortzuschreiben.

Fachkundige Ärzte der ambulant operierenden Fachgebiete und des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sollen beratend hinzugezogen werden.

Die Vertragspartner kooperieren mit der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin.

(2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landeskrankenhausgesellschaften und die Bundesverbände der Krankenkassen gemeinsam mit den Verbänden der Ersatzkassen bilden ein paritätisch besetztes Gremium (Kommission Ambulantes Operieren).

Der Kommission sollen je drei Vertreter der Vertragspartner auf Landesebene angehören.

Zu den Sitzungen können ein Vertreter der Landesärztekammer sowie von jedem Vertragspartner bis zu zwei fachkundige Ärzte der ambulant operierenden Fachgebiete bzw. des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung beratend hinzugezogen werden.

Die Kommission trifft auf Antrag von mindestens drei Mitgliedern unter fachspezifischen Gesichtspunkten eine Auswahl der zu prüfenden operativen Eingriffe und der dabei besonders zu beachtenden Qualitätssicherungsaspekte.

(3) Die Kommission wählt aus ihrer Mitte einen Vorsitzenden. Der Vorsitz soll regelmäßig nach jeweils zwei Jahren unter den Vertragspartnern auf Landesebene wechseln. Die Kommission soll eine Geschäftsstelle einrichten, deren Kosten anteilig von den Vertragspartnern auf Landesebene getragen werden.

(4) Die Kommission bewertet die Ergebnisse nach § 7 auf Landesebene. Sie berichtet den Vertragspartnern auf Bundesebene über wesentliche Ergebnisse.

(5) Die Kommission richtet eine Arztgruppe ein, in der jeweils ein von der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landeskrankenhausgesellschaft und den Landesverbänden der Krankenkassen gemeinsam mit den Verbänden der Ersatzkassen zu benennender fachkundiger Arzt vertreten ist.

Wenn sich insbesondere aus der Auswertung nach § 7 Anhaltspunkte für Qualitätsdefizite ergeben, fordert die Kommission den Arzt auf Antrag von mindestens drei Mitgliedern zu einem Gespräch mit der Arztgruppe auf. Die Arztgruppe teilt dem Arzt mit, welche Unterlagen sie für das Gespräch für erforderlich hält, und stimmt mit ihm den Termin für das Gespräch ab.

Liegen Anhaltspunkte dafür vor, daß Qualitätsdefizite insbesondere aus unzureichenden Strukturqualität resultieren, kann die Kommission mehrheitlich eine Begehung und ein Gespräch am Ort der Leistungserbringung veranlassen.

Eine Begehung setzt eine schriftliche Einverständniserklärung des Vertragsarztes oder Krankenhauses voraus. Der Termin der Begehung ist mit dem Arzt bzw. Krankenhaus abzustimmen. Bei der Begehung sollen die Ärzte der Arztgruppe grundsätzlich dieselbe Gebietsbezeichnung führen wie der ambulant operierende Arzt bzw. der Operationsbereich im Krankenhaus.

Wird die Einverständniserklärung zu einer Begehung verweigert, kann die Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung oder den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen empfehlen, die Genehmigung zur Erbringung der betreffenden Leistungen zur versagen oder zu widerrufen.

Bei einem Gespräch oder einer Begehung auftretende Fragen sollen in kollegialen Dialog geklärt werden.

Die Arztgruppe erstellt für die Kommission einen Bericht über das Ergebnis des Gesprächs bzw. der Begehung und spricht ggf. Empfehlungen zu den als notwendig angesehenen Qualitätssicherungsmaßnahmen aus. Der Vertragsarzt oder das Krankenhaus erhalten eine Durchschrift des Berichts mit der Gelegenheit zur Stellungnahme.

(6) § 115 b Abs. 2 Satz 5 SGB V sowie § 135 Abs. 3 SGB V bleiben unberührt.

§ 6 Dokumentation

(1) Die Dokumentation ambulanter Operationen und Anästhesien muß - unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen - vergleichende statische Auswertungen zum Zweck der Qualitätssicherung ermöglichen. Hierzu haben Krankenhäuser und Vertragsärzte unbeschadet der berufsrechtlichen Pflicht zur Dokumentation für die Zwecke nach § 7 die Daten der Anlage 1 Nr. 1 anonymisiert zu erfassen. Sie haben weiter die in Anlage 1 Nr. 2 und 3 festgelegte Dokumentation zu führen.

(2) Die Daten nach Abs. 1 Satz 2 sind von Krankenhäusern und Vertragsärzten auf einem einheitlichen Datenerhebungsbogen oder Datensatz gemäß Anlage 2 zu dokumentieren, den die Vertragspartner ergänzend zu dieser Vereinbarung festlegen.

(3) Die Vertragspartner auf Bundesbene regeln, welche fachgebietsspezifischen Qualitätsmerkmale bei welchen ambulanten Operationen und Anästhesien zusätzlich zu der fachgebiets übergreifenden Basisdokumentation nach Anlage 1 zu erfassen sind.

Solange und soweit solche ergänzenden Regelungen zur fachspezifischen Dokumentation nicht getroffen worden sind, können diese durch die Vertragspartner auf Landesebene bestimmt werden.

§ 7 Statistische Auswertungen

(1) Statistische Auswertungen zum Zweck der Qualitätssicherung erfolgen auf der Grundlage der nach § 6 erhobenen Daten. Datenschutzrechtliche Bestimmungen sind zu beachten.

(2) Zu Zwecken der statistischen Auswertung übermitteln auf Anforderung die Vertragsärzte und die Krankenhäuser die Daten nach § 6 an die von den Vertragspartnern auf Landesebene benannte Stelle für gemeinsame Auswertungen. Die Vertragspartner auf Landesebene unterstützen diese Stelle, dies gilt auch für die Prüfung der Vollzähligkeit und Vollständigkeit der übermittelten Daten.

KV- bzw. landesübergreifende Auswertungen können von den Vertragspartnern auf Landesebene vereinbart werden.

(3) Soweit die Vertragspartner auf Bundesebene dies festlegen, stehen ihnen die auf Landesebene erhobenen Daten zur Verfügung.

§ 8 Vergütung

(1) Die Vergütung für die Dokumentation gemäß § 6 wird in der Anlage 3 geregelt.

§ 9 Übergangsregelung

(1) Krankenhäuser, die bereits vor Inkrafttreten dieser Vereinbarung ambulante Operationen und/oder Anästhesien durchgeführt haben, behalten die Berechtigung, wenn sie bis spätestens 3 Monate nach Inkrafttreten dieser Vereinbarung eine Erklärung gemäß § 2 abgegeben haben. Absatz 4 bleibt unberührt.

(2) Ärzte mit dem Recht zum Führen der Facharztbezeichnung in einem operativen Fachgebiet oder der Anästhesie, die bereits vor Inkrafttreten dieser Vereinbarung ambulante Operationen oder Anästhesien aus dem Katalog der Leistungen entsprechend § 3 des Vertrages nach § 115 b SGB V im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführt und abgerechnet haben, behalten die Berechtigung, wenn sie bis spätestens 3 Monate nach Inkrafttreten dieser Vereinbarung eine Erklärung gemäß § 2 abgegeben haben. Absatz 4 bleibt unberührt.

(3) Sofern Ärzte, die kein Recht zum Führen einer Facharztbezeichnung in einem operativen Fachgebiet haben, Praktische Ärzte sowie Fachärzte für Allgemeinmedizin bereits vor Inkrafttreten dieser Vereinbarung ambulante Operationen aus dem Katalog nach § 3 des Vertrages nach § 115 b SGB V im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführt und abgerechnet haben, behalten Sie die Berechtigung für die Leistungen nach den Gebührenordnungsziffern 2012, 2105, 2145, 2146, 2147, 2150, 2152, 2156, 2211, 2230, 2740, 2741 aus dem Zuschlagskatalog nach Nr. 80 EBM.

Sofern darüber hinaus im Einzelfall weitere spezielle operative oder anästhesiologische Leistungen aus dem Katalog nach § 3 des Vertrages gem. § 115 b SGB V vor Inkrafttreten dieser Vereinbarung durchgeführt und abgerechnet wurden, bedarf die weitere Erbringung einer besonderen Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung. Die Genehmigung setzt voraus, daß spätestens bis zum 31.12.1995 die Erfüllung der Voraussetzungen nach § 4 nachgewiesen werden. Abs.4 bleibt unberührt. Die Genehmigung ist unter der Auflage des rechtzeitigen Nachweises der Voraussetzungen als vorläufige Genehmigung zu erteilen. Die Kassenärztliche Vereinigung kann die Erfüllung der Voraussetzungen durch die Qualitätssicherungs-Kommission gem. § 135 Abs. 3 SGB V überprüfen lassen. Verweigert der Arzt die Überprüfung, ist die Genehmigung unverzüglich zu widerrufen.

(4) Die in § 4 Abs. 2 dieser Vereinbarung festgelegten baulichen Anforderungen sind von Krankenhäusern und Vertragsärzten, die bereits vor Inkrafttreten dieser Vereinbarung ambulante Operationen und/oder Anästhesien durchgeführt haben, spätestens bis zum 31. Dezember 1995 zu erfüllen. Dies ist spätestens 31. März 1996 den in § 2 Abs. 2 bzw.3 genannten, jeweils zuständigen Institutionen nachzuweisen.

§ 10 Folgen nicht rechtzeitiger Erklärungen gem. § 9

(1) Wird eine der notwendigen Erklärungen gem. § 9 nicht rechtzeitig abgegeben, so setzen die Landeskrankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Vereinigung in ihrem Zuständigkeitsbereich eine Nachfrist von vier Wochen. Nach Ablauf der Frist endet die Berechtigung der Erbringung von Leistungen unmittelbar Kraft dieser Vereinbarung.

(2) Das Recht, die Voraussetzungen nach §§ 3 und 4 zu einem späteren Zeitpunkt nachzuweisen, bleibt unberührt. Die Abrechnungsbefugnis beginnt in diesem Falle mit Abgabe der Erklärung gem. § 2.

§ 11 Geltung der Vereinbarung

(1) Diese Vereinbarung tritt zum 1.10.1994 in Kraft. Die Dokumentationspflicht gemäß § 6 Abs. 2 tritt gemeinsam mit der Vergütungsregelung gemäß § 8 am 1.1.1995 in Kraft.

(2) Für die Kündigungsmöglichkeit gilt § 19 des Vertrages nach § 115 b SBG V entsprechend.

(Unterschriften)

Anlage 1 (zu § 6 Abs. 1, Dokumentation)

1. Für die Zwecke nach § 7 (Statistische Auswertungen) sind die folgenden Daten anonymisiert zu erfassen:

- Präoperative Diagnose (Text und ICD-Schlüssel),
- Indikation zum operativen Eingriff,
- Präoperative Vorbereitung/Prämedikation,
- Operations-Nr.
- Art der Operation mit Angabe der EBM-Nr(n).,
- Art der Anästhesie mit Angabe der EBM-Nr(n).,

- Dauer der Operation und der Anästhesie,
- Postoperative Diagnose (Text und ICD-Schlüssel),
- soweit vorhanden, histologischer Befund,
- Komplikationen:
  - Intraoperative Komplikationen,
  - Postoperative Komplikationen (z.B. Nachblutung),
  - Narkosezwischenfall,
  - Unmittelbare stationäre Fortsetzung der Behandlung.
  - Revisionseingriff,
  - Infektionen,
  - Spätkomplikationen, festgestellt bei ggf. erfolgenden Kontrolluntersuchungen oder mitgeteilt durch den weiterbehandelnden Arzt.

2. Außerdem sind in der Patientenakte zu vermerken:
- Patientenaufklärung zu Anästhesie und Operation,
- Operationsbericht,
- Zustand des Patienten bei Entlassung aus der unmittel- baren Betreuung in der Praxis oder im Krankenhaus,
- die ggf. erfolgte Absprache zur Übernahme des Patienten in die ambulante Betreuung durch einen anderen Arzt ein- schließlich ggf. erforderlicher pflegerischer Nachsorge.

3. Zusätzlich ist eine Infektionsstatistik für die Operationseinrichtung zu führen.

Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen (Arthroskopie Vereinbarung) vom 8. September 1994

A Allgemeine Bestimmungen

§ l Inhalt

Diese Vereinbarung regelt die Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von arthroskopischen Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung nach Maßgabe des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM).

§ 2 Genehmigungspflicht

Die Ausführung und Abrechnung von arthroskopischen Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte ist erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung zulässig. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn der Arzt neben den in der "Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren gemäß § 14 des Vertrages nach § 115 b Abs. l SGB V" festgelegten Anforderungen folgende fachliche, räumliche und apparative Voraussetzungen (s. Abschnitt B) im einzelnen erfüllt.

§ 3 Genehmigungsvoraussetzung

Die Erfüllung der in § 2 genannten Voraussetzungen ist gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Das Verfahren richtet sich nach Abschnitt C dieser Vereinbarung. Das Nähere zur Durchführung des Genehmigungsverfahrens (zum Beispiel Inhalte der Kolloquien, Zusammensetzung der Kommissionen) regelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung in Richtlinien nach § 75 Abs. 7 und § 135 Abs. 3 SGBV

B Fachliche, räumliche und apparative Voraussetzungen

§ 4 Fachliche Befähigung

(l) Die fachliche Befähigung für die Ausführung und Abrechnung von arthroskopischen Leistungen gilt durch die Vorlage von Zeugnissen gemäß § 7 Abs. l als nachgewiesen, wenn der Arzt
a) diese fachliche Befähigung nach Maßgabe der fakultativen Weiterbildung Spezielle Orthopädische Chirurgie im Gebiet Orthopädie erworben hat oder
b) für die arthroskopische Behandlung posttraumatischer Krankheitszustände nach Maßgabe der Weiterbildungsordnung berechtigt ist, die Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie zu führen. Ärzte mit der Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie, die über diese Krankheitszustände hinausgehenden arthroskopischen Behandlungen durchführen wollen, müssen unter Anrechnung der auf Grund der Weiterbildungsordnung für diese Schwerpunktbezeichnung geforderten Untersuchungszahlen die in Abs. 2 festgelegten fachlichen Anforderungen erfüllen und nachweisen.
(2) Soweit eine Weiterbildung nach Abs. l nicht stattgefunden hat, gilt die fachliche Befähigung für die Ausführung und Abrechnung von arthroskopischen Leistungen als nachgewiesen, wenn der Arzt die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Chirurgie oder Orthopädie nachweist und insgesamt mindestens 180 arthroskopische Operationen selbständig unter der Anleitung eines zur Weiterbildung nach dem Weiterbildungsrecht befugten Arztes durchgeführt und dies ebenfalls durch die Vorlage von Zeugnissen gemäß § 7 Abs. 2 nachgewiesen hat. Davon müssen mindestens jeweils 30 der nachfolgend aufgeführten arthroskopischen Operationen durchgeführt und nachgewiesen worden sein:
a) Arthroskopische Operation mit Meniskus-(Teil-) Resektion, Plica-(Teil-) Resektion, (Teil-)Resektion des Hoffaschen Fettkörpers und/oder Entfernung freier Gelenkkörper

b) Arthroskopische Operation mit Knorpelglättung(en), Pridie-Bohrung(en), Patella-Shaving, Lateral-Release und/oder Entfernung eines Meniskusganglions
c) Arthroskopische Operation mit Synovektomie, gelenkplastischer Abrasio, Fixierung von Knorpeldissekaten, Patellazügelung, Meniskusdraht, Meniskusrefixation. Bandnaht, Bandraffung und/ oder plastischem Ersatz eines Bandes.
Von den 180 arthroskopischen Operationen können anstelle der Arthroskopien nach a-c auch mindestens jeweils 30 der nachfolgend aufgeführten arthroskopischen Operationen durchgeführt und nachgewiesen werden:
d) Resezierende arthroskopische Operation und/oder arthroskopische Kapsel-Band-Spaltung und/oder arthroskopisch-instrumentelle Entfernung freier Gelenkkörper und/oder (sub-)totale Synovektomie
e) Rekonstruktive arthroskopische Operation.
(3) Näheres zu den Zeugnissen und Kolloquien regeln die §§7 und 8.

§ 5 Räumliche und apparative Voraussetzungen

(I) Über die in der "Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren gemäß § 14 des Vertrages nach § 115 b Abs. I SGB V" festgelegten Anforderungen an die räumlichen Voraussetzungen hinaus ist für die arthroskopischen Leistungen gemäß § I die Erfüllung der im folgenden aufgeführten räumlichen Voraussetzungen nachzuweisen:
a) Räumliche Trennung (zum Beispiel Flur, Schleuse, Vorraum) des Operationsraumes von den Räumen des allgemeinen Praxisbetriebes
b) Wasch- und Reinigungsbecken sowie Bodenabläufe sind im Operationsraum nicht zulässig.
(2) Als Anforderung an die apparative Ausstattung ist eine Fernsehkette vorzuhalten und nachzuweisen.

C Verfahren

§ 6 Genehmigungsverfahren

(I) Anträge auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von arthroskopischen Leistungen sind an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zu stellen. Über die Anträge und über den Widerruf oder die Rücknahme einer erteilten Genehmigung entscheiden die zuständigen Stellen der Kassenärztlichen Vereinigung.
(2) Die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von arthroskopischen Leistungen ist zu erteilen, wenn aus den vorgelegten Zeugnissen und Bescheinigungen hervorgeht, daß die in den §§ 4 und 5 genannten fachlichen, räumlichen und apparativen Voraussetzungen sowie die technischen Anforderungen zur Leistungserbringung nach Maßgabe des EBM erfüllt sind und berufsrechtliche Regelungen nicht entgegenstehen.
(3) Die Kassenärztlichen Vereinigungen können die Arthroskopie-Kommissionen beauftragen, die räumlichen und apparativen Gegebenheiten daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen gemäß § 5 dieser Vereinbarung entsprechen. Die Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung von arthroskopischen Operationen wird nur erteilt, wenn der Arzt in seinem Antrag sein Einverständnis zur Durchführung einer solchen Überprüfung erklärt.

§ 7 Zeugnisse und Bescheinigungen

(I) Soweit die fachliche Befähigung nach § 4 Abs. I Buchstabe a) oder Buchstabe b) Satz I erworben wurde, gilt diese durch den Nachweis des erfolgreichen Abschlusses der fakultativen Weiterbildung Spezielle Orthopädische Chirurgie.

Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung ambulanter Operationen

I. Begriffsdefinition:

Die ambulante Operation (im weiteren Operation genannt) ist dadurch gekennzeichnet, daß der Patient im allgemeinen die Nacht vor und nach dem Eingriff zu Hause verbringt (Vgl. § 3 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V - Ambulantes Operieren im Krankenhaus vom 1. April 1993). Ausgenommen sind sogenannte Kleineingriffe, die in Art und Behandlungsumfang im Benehmen mit den medizinischwissenschaftlichen Fachgesellschaften und Berufsverbänden zu regeln sind.

2. Ziel:

Das Ziel ist sicherzustellen, daß durch den ambulant durchgeführten Eingriff der Patient während der prä-, peri- und postoperativen Behandlung keinem höheren Risiko (auch im Zusammenhang mit der postoperativen Betreuung) ausgesetzt sein darf als bei einer Behandlung unter stationären Bedingungen.

3. Anforderungen:

3.1 Qualitätssicherung in den einzelnen Fachgebieten

Die fachspezifischen Anforderungen zur Qualitätssicherung ambulanter Operationen werden in den Anlagen zu dieser Richtlinie geregelt. Diese Anlagen werden von der Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit den jeweils zuständigen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Berufsverbänden erstellt. Die in den Anlagen festzulegenden, fachspezifischen Anforderungen können sich sowohl auf die räumlichen, hygienischen, personellen und/oder organisatorischen Voraussetzungen (Strukturqualität) als auch auf spezielle Anforderungen der Prozeß-(zum Beispiel Regelungen zur Dokumentation) und/oder Ergebnisqualität (zum Beispiel Beteiligung an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen der Arztekammern) beziehen. Die Fachöffentlichkeit ist durch die Bundesärztekammer in geeigneter Weise zu informieren. Die berufsrechtlich verbindliche Einführung dieser Richtlinie und Überprüfung erfolgt durch die jeweils zuständige Ärztekammer. Hierbei unterstützt die Bundesärztekammer die Arztekammern als Koordinations- und Informationsgremium.

3.2 Strukturqualität

3.2.1 Persönliche Qualifikation der ambulant operierenden Ärzte/Anästhesisten

Operationen/Anästhesien werden nach Facharztstandard erbracht.
Der Facharztstandard setzt unter anderem auch voraus
l. ausreichende Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in der Notfallmedizin und der Beherrschung prä-, peri- und postoperativer Komplikationen im Zusammenhang mit den durchgeführten Operationen/Anästhesien,
2. gegebenenfalls Nachweis zusätzlicher Qualifikationsvoraussetzungen.

3.2.2 Qualifikation des Assistenzpersonals

Der Operateur/Anästhesist hat dafür Sorge zu tragen, daß gegebenenfalls zu beteiligendes Assistenzpersonal in ausreichender Zahl mit einer ausreichenden Qualifikation zur Verfügung steht.

3.2.3 Räumliche, apparative und hygienischen Anforderungen

Folgende räumliche, apparative und hygienische Voraussetzungen müssen sichergestellt sein:
l. Die in der Anlage 1 festgelegten baulichen, apparativ-technischen und hygienischen Mindestanforderungen sind zu erfüllen.
2. Bei Operationen mit einer erkennbar höheren Infektionsgefährdung ist über die Anforderungen der Anlage l . hinaus der Krankenhausstandard anzusetzen.
3. Die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere die im Gerätesicherheitsrecht, Arzneimittelrecht, Medizinprodukterecht, Eichgesetz und Eichordnung, Röntgenverordnung und Strahlenschutzverordnung, in der EG-Richtlinie für aktive implantierbare medizinische Geräte und der für Medizinprodukte festgelegten Anforderungen sind zu beachten. Die vorgenannten Anforderungen beziehen sich sowohl auf die unmittelbar zum Eingriff/Anästhesie notwendigen Instrumente und Gerätschaften als auch solche zur Notfallversorgung und Dokumentation, die in ausreichender Anzahl vorhanden sein müssen.

3.2.4. Allgemeine organisatorische Anforderungen

Folgende organisatorische Voraussetzungen müssen sichergestellt sein:
l. Ständige Erreichbarkeit des Operateurs für den Patienten (gegebenenfalls Vertretungsregelung).
2. Beteiligung an externen und internen Qualitätssicherungsmaßnahmen der Arztekammern.
3. Dokumentation der ausführlichen und umfassenden Information des Patienten über den Eingriff/Anästhesie, alternative Möglichkeiten der Durchführung und Nachbehandlung.
4. Geregelter Informations- und Dokumentenfluß zwischen den beteiligten Ärzten; dies gilt insbesondere für eventuell auftretende postoperative Komplikationen und unerwünschte Spätergebnisse.
5. Sind der vorbehandelnde Arzt und der Operateur nicht identisch, muß eine Kooperation für die Weiterbehandlung gewährleistet sein.
6. Sind Operateur und nachbehandelnder Arzt nicht identisch, muß eine Kooperation für die Nachbehandlung gewährleistet sein.
7. Zwischen Operateur und einem geeigneten benachbarten Krankenhaus muß vorsorglich für eine gegebenenfalls notwendige stationäre Behandlung eine Kooperation vereinbart sein.
8. Geregelte Abfallentsorgung entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen.

3.3 Prozeßqualität

In jedem Fall sind durchzuführen und zu dokumentieren:

3.3.1 Präoperative Diagnostik und Therapie

l. Die präoperative Diagnostik muß neben der Indikation zur Operation sicherstellen, daß der Patient durch die Operation/Anästhesie keinem erkennbar höheren Risiko als bei einer stationär durchgeführten Behandlung ausgesetzt wird. Dies ist auch in dem zu dokumentierenden Beratungsgespräch mit dem Patienten zu erörtern, wobei insbesondere die Notwendigkeit und Möglichkeiten der Nachbetreuung festzuhalten sind. Hierbei sind nicht nur medizinische Daten, sondern auch das regionale Umfeld, in der die Nachsorge gesichert werden muß, zu berücksichtigen (zum Beispiel Fähigkeit und Bereitschaft der Angehörigen zur häuslichen Hilfe, Wohnverhältnisse, Sprachprobleme, Telefon).
2. Sind der Arzt, der die präoperative Diagnostik durchführt, und der Operateur/Anästhesist nicht identisch, so gilt folgendes: Der vorbehandelnde Arzt hat den Operateur/Anästhesisten über die von ihm durchgeführte präoperative Diagnostik, Indikationsstellung, Behandlung, Beratung des Patienten und die von ihm vorgesehenen Nachbetreuungsmöglichkeiten (s.

auch 3.3.3) zu informieren. Die präoperative Medikation hat in Absprache mit dem 0perateur/ Anästhesisten zu erfolgen.
Der Operateur/Anästhesist hat die durch den vorbehandelnden Arzt übermittelten Patientenunterlagen zu prüfen. Der Operateur hat sich im Rahmen der ihm obliegenden Aufklärungspflicht beim Patienten zu vergewissern, ob und in welchem Umfang dieser durch den vorbehandelnden Arzt sowohl über den geplanten Eingriff, dessen Risiken und die Nachbetreuung als auch deren Alternativen beraten worden ist. Gegebenenfalls sind fehlende Untersuchungen und Unterlagen zu ergänzen.
3. Der für die Operation verantwortliche Arzt entscheidet über Art und Umfang der Operation. Dies geschieht in fachlicher Abstimmung mit dem gegebenenfalls zu beteiligenden Anästhesisten und mit dem Patienten unter Abwägung seines häuslichen Umfeldes. Dabei ist er verpflichtet, in jedem Einzelfall zu prüfen, ob Art und Schwere des beabsichtigten Eingriffes unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes des Patienten die ambulante Durchführung der Operation nach den Regeln der ärztlichen Kunst mit den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten erlauben. Dies ist in dem zu dokumentierenden Aufklärungsgespräch rechtzeitig und ausführlich mit dem Patienten zu erörtern.

3.3.2 Ambulante 0perationen/ Anästhesien

l. Die Operation/Anästhesie und Versorgung während der 0peration/ Anästhesie hat nach Facharztstandard unter Beachtung der räumlichen, hygienischen, personellen, apparativen und organisatorischen Anforderungen dieser Richtlinie zu erfolgen.
2. Bei einer im Zusammenhang mit der Operation notwendigen Narkose ist der Patient unter Aufsicht eines Anästhesisten zu überwachen und diese Überwachung zu dokumentieren.

3.3.3 Behandlung nach der Operation

l. Der Operateur/Anästhesist hat durch eine zu dokumentierende Abschlußvisite sicherzustellen, daß der Patient ohne erkennbare Gefahr in die ambulante Behandlung und Betreuung entlassen werden kann.
2. Die Nachbehandlung (Medikation, Rehabilitation usw.) erfolgt in Absprache zwischen dem 0perateur/ Anästhesisten und dem nachbehandelnden Arzt.

3.4 Ergebnisqualität

3.4.1 Beteiligung an Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung der Ärztekammern

Die bei ambulanten Operationen beteiligten Ärzte sind verpflichtet, die für eingeführte Maßnahmen der externen Qualitätssicherung (vgl. insbesondere 3.4.2 Punkt 1-3) notwendigen Patientendaten in anonymer Form an die für Qualitätssicherung zuständigen Stellen bei den Ärztekammern zu übermitteln.

3.4.2 Beurteilung der Ergebnisqualität

Die Ergebnisqualität muß für die verschiedenen Fachgebiete sichergestellt werden durch
l. einen Vergleich zwischen ambulant und stationär durchgeführten Operationen (zum Beispiel anhand typischer Tracereingriffe und/oder Tracerdiagnosen),
2. einen regelmäßigen Austausch der Ergebnisse in fachspezifischen oder fachübergreifenden Qualitätszirkeln (zum Beispiel bestehend aus vor- und nachbehandelnden Ärzten, Operateur und Anästhesist),
3. Patientenfragebögen zur Erhebung der Patientenzufriedenheit und der Spätergebnisse,
4. eine regelmäßige, interne Prüfung anhand der für das Fachgebiet gesetzten Standards unter Einbeziehung des gesamten Personals (interne Qualitätssicherung),
5. Nachweis einer regelmäßigen Fortbildung.

Anlage 1:

Mindestanforderungen an die bauliche, apparativ-technische und hygienische Ausstattung

1. Bauliche Anforderungen

- Operationsraum/räume
- Personalumkleidebereich mit Waschbecken und Vorrichtung zur Durchführung der Händedesinfektion
- Geräte-, Vorrats- und Sterilisierraum, Aufbereitungsbereich
- gegebenenfalls Ruhe-/Aufwachraum für Patienten
- Umkleidebereich für den Patienten

2. Apparativ-technische und sonstige Anforderungen

a) Operationsraum - flüssigkeitsdichtverfugter Fußboden
- Abwaschbarer dekontaminierbarer Wandbelag bis mindestens zwei Meter Höhe
- Boden und Wände scheuerdesinfektionsfest
- Lichtquellen zur fachgerechten Ausleuchtung des Operationsraumes und des Operationsgebietes mit Sicherung durch Stromausfallüberbrückung, auch zur Sicherungdes Monitoring lebenswichtiger Funktionen oder durch netzunabhängige Stromquelle mit operationsentsprechender Lichtstärke als Notbeleuchtung
- Entlüftungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung der eingesetzten Anästhesieverfahrenund hygienischen Anforderungen

b) Wascheinrichtung - Zweckentsprechende Armaturen und Sanitärkeramik zur chirurgischen Händedesinfektion

c) Instrumentarium und Geräte - Instrumentarium zur Reanimation und Geräte zur manuellen Beatmung, Sauerstoffversorgung und Absaugung
- Geräte zur Infusions- und Schockbehandlung
- OP-Tisch/-Stuhl mit fachgerechten Lagerungsmöglichkeiten
- Fachspezifisches, operatives Instrumentarium mit ausreichenden Reserveinstrumenten
- Gegebenenfalls Anästhesie- beziehungsweise Narkosegerät mit Spezialinstrumentarium (kann auch vom Anästhesisten gestellt werden)

d) Arzneimittel, Operationstextilien, Verband- und Verbrauchsmaterial
- Notfallmedikamente zu sofortigem Zugriff und Anwendung
- Operationstextilien beziehungsweise entsprechendes Einmal-Material in Art und Menge so bemessen, daß gegebenenfalls ein Wechsel auch während des Eingriffes erfolgen kann
- Infusionslösungen, Verband- und Nahtmaterial, sonstiges Verbrauchsmaterial

3. Hygienische Anforderungen

- Sterilisator, zum Beispiel Überdruck-Autoklav
- Anwendung fachgerechter Reinigungs-, Desinfektions- und Sterilisationsverfahren
- Hygieneplan

Richtlinien der Berufsgenossenschaften: Arbeitssicherheit in Tageskliniken und anderen Einrichtungen für ambulantes Operieren BGW Mitteilung 1/95 - E-7

Die Anästhesie und die Entwicklung neuer medizinischer Technologien machen es möglich: Einrichtungen, in denen ambulant operiert wird, nehmen zu. Die angestrebte Kostenersparnis soll dabei nicht die Qualität der Behandlung mindern, darf aber auch nicht zu Lasten der Arbeitssicherheit gehen. Mögliche gesundheitliche Gefährdungen bestehen für die Beschäftigten in Tageskliniken und Einrichtungen für ambulante Operationen unter anderem durch Infektionen und Raumluftbelastungen.

Was ist eine Tagesklinik?

Mit Tagesklinik ist hier ein Betrieb gemeint, in dem ambulant operiert wird und die Nachsorge mindestens ein bis zwei Stunden dauert. Das schließt auch Einrichtungen ein, die nicht den Titel 'Tagesklinik' führen, zum Beispiel einige Praxen von Orthopäden oder Gynäkologen.
Der eigentliche OP-Bereich ist meistens über einen Flur zu erreichen, der die Funktion einer Schleuse übernimmt. Die OP-Räume, häufig zwei bis drei in jeder Tagesklinik, werden über einen zweiten gemeinsamen Flur versorgt. Dort befindet sich auch der Waschplatz für den Operateur, und von diesem Flur aus ist der Sterilisationsraum zu erreichen. Ferner gehören Lagermöglichkeiten für den OP-Betrieb dazu, zum Beispiel für Einwegartikel und medizinische Geräte. An den OP-Bereich schließt sich der Aufwach- und Liegebereich für die Patienten an.

Sterilisation und Desinfektion

Arbeitsabläufe der Instrumentenaufbereitung in Tageskliniken sowie die Hygiene sind in Unfallverhütungsvorschriften (UVV) und in der Richtlinie für die Erkennung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen, Bundesgesundheitsarnt (BGA), Ziffer 7.1, klar geregelt:
* Die benutzten Geräte und Instrumente müssen, wenn sie von Hand abgewaschen werden, vorher desinfiziert werden. Die Desinfektion ist in der UVV nicht vorgeschrieben, wenn Geräte und Instrumente in der Spülmaschine gereinigt werden,
* danach werden die Instrumente sterilisiert.

Diese Arbeitsweise bedingt, daß ein gewisser Stauraum für benutzte Geräte und Instrumente vorhanden sein muß. Der Betrieb von 2 OP-Räumen mit etwa 20 bis 30 Patienten pro OP-Tag verlangt eine vom übrigen Arbeitsbereich des Sterilisationsraumes deutlich getrennte Ablage für etwa vier bis fünf benutzte Instrumentensiebe. Außerdem werden neben dem Spülbecken etwa 1 m Ablage (übliche Tiefe beträgt 60 cm) für die Grundreinigung benötigt und mindestens weitere 1,5 m Ablage als Stauraum für drei bis vier Siebe vor und nach der Sterilisation sowie für weitere Instrumente. Werden neben den Instrumentensieben viele Einzelinstrumente im OP-Betrieb notwendig, empfiehlt sich die Aufstellung eines Folienschweißgerätes, um diese steril lagern zu können. Dafür sollte zusätzlich etwa 0,5 m Ablagebreite vorgesehen werden.

Arbeitsplätze für Wäschebehandlung

Heute ist die Trennung von reinem und unreinem Bereich in den Klinikwäschereien selbstverständlich. Ziel dieser Forderung der UVV Wäscherei' (VBG 7y) ist, die Personen in der Wäscherei zu schützen, die nicht mit benutzter Wäsche in Berührung kommen müssen. Wird die Wäsche nicht in einer Wäscherei, sondern in der Tagesklinik selbst gewaschen, ist diese Forderung gegenstandslos. Wird die Wäsche der Tagesklinik aber in eine Wäscherei gegeben, muß diese nach der UW eingerichtet sein. Die meisten Tageskliniken verwenden für den Operationsbereich Einwegmaterialien, zum Beispiel Abdecktücher. Zum Waschen fallen meistens nur die tägliche Arbeitskleidung des Personals und die Bettwäsche an. Diese Wäsche wird in der Tagesklinik bei 60 bis 70 C° gewaschen (Zu beachten sind die

BGA-Richtlinien, Ziffer 4.4.3.). Bei mehr als zehn Operationen am Tag sind dafür jeweils zwei Waschmaschinen und Trockner nötig. Die Abluft, die beim Trocknen entsteht, muß nach draußen geleitet werden, um eine Raumklimabelastung zu vermeiden. Für die Wäschebehandlung und die dafür nötigen Maschinen, zum Beispiel Waschmaschine, Trockner, Bügelmaschine, werden etwa 8 qm Arbeitsfläche benötigt. Falls die Wäsche nicht gleich nach Eingang bearbeitet wird, ist darauf zu achten, daß die Wäsche in dichten, feucht zu reinigenden und zu desinfizierenden Behältern gelagert wird.

Abfall-Lagerung

Der im OP anfallende Abfall, zum Beispiel Einwegtücher, Kunststoffeinmalartikel, Verbandreste, kann in der Einrichtung tagsüber in Müllbehältern beziehungsweise Säcken gesammelt und in den normalen Hausmüll gegeben werden. Infektiöse Abfälle der Gruppe C (Def. § 10a BSeuchG) gemäß 'Merkblatt über die Vermeidung und die Entsorgung von Abfällen aus öffentlichen und privaten Einrichtungen des Gesundheitsdienstes der Länderarbeitsgemeinschaft Abfall fallen normalerweise in den Tageskliniken nicht an. Kanülen und andere scharfkantige Gegenstände müssen in durchstichsicheren Behältern gesammelt und in diesen in den Müll gegeben werden (§ 13 der UW 'Gesundheitsdienst'.VBG 103). Wenn dieser Müll nicht tageweise in kommunalen Tonnen beziehungsweise Containern entsorgt, sondern in einem Raum gesammelt und dann von einem Spezialuntemehmen abgeholt wird, muß der Abfall-Lagerraum der Sicherheitsregel für das Einsammeln, Befördern und Lagern von Abfällen in Einrichtungen des Gesundheitsdienstes (ZH1/176) entsprechen, das heißt, mindestens feuerbeständig ausgeführt und auf 15 C° gekühlt sein. Im übrigen sind Abfälle aus medizinischen Bereichen Stoffe, die erfahrungsgemäß Krankheitserreger übertragen können. Sie stellen damit gemäß § 19 Chemikaliengesetz einen Gefahrstoff dar, auf den die Gefahrstoffverordnung anzuwenden ist. Das bedeutet insbesondere die Beachtung von Beschäftigungsbeschränkungen für besondere Personengruppen, zum Beispiel Jugendliche und werdende oder stillende Mütter.

Lagerung von Gasflaschen

In jeder Tagesklinik werden Narkosegeräte bereitgehalten. Zum Betrieb eines Narkosegerätes gehören mindestens Sauerstoff und Lachgas. Wenn keine Gasinstallationen fest in den OP-Räumen verlegt sind, werden Druckgasflaschen am Gerät angeschlossen. Häufig bereitet die Vorratshaltung dieser Druckgasflaschen Probleme. Die Lagerung muß gemäß Technischer Regeln Druckgase (TRG) 280 und Technischer Regeln Druckbehälter (TRB) 610 erfolgen. Das heißt vor allen Dingen:

* für den Lagerraum feuerhemmende Wände und Türen,
* keine gemeinsame Lagerung mit brennbaren Stoffen,
* keine Lagerung in Durchgängen oder sogar Rettungswegen,
* ausreichende Belüftung des Lagerraumes,
* Einhaltung der maximal zulässigen Raumtemperatur von 50 C°,
* Kennzeichnung der Lagerräume,
* Sicherung der Druckgasflaschen gegen Umfallen,
* regelmäßige Prüfung der Flaschen. Diese erfolgt aber meistens beim Lieferanten der Gasflaschen.

Lagerung brennbarer Flüssigkeiten

An den Arbeitsstätten sollen nur soviel brennbare Flüssigkeiten, zum Beispiel Desinfektionslösungen, vorgehalten werden, wie am Tag verbraucht werden. Bei der Lagerung weiterer Mengen in der Tagesklinik muß darauf geachtet werden, daß sie nicht in Durchgängen, Fluren oder Treppenräumen aufbewahrt werden. Der für die Lagerung vorgesehene Raum muß von den angrenzenden Räumen feuerhemmend getrennt sein. Falls kein geeigneter Lagerraum vorhanden ist, können Sicherheitsschränke nach DIN 12925 Teil 1 verwendet werden.

Klima und Lüftung

Für Krankenhäuser und gleichartige Gebäude oder Räume sind Raumlufttechnische (RLT-) Anlagen im OP-Bereich vorgeschrieben. Gründe dafür sind hygienische Bedingungen zum Schutz der Patienten und Beschäftigten. Aus der Sicht des Beschäftigtenschutzes muß dabei die Belastung der Luft durch Narkosegase sowie durch Desinfektionsmitteldämpfe und vereinzelt auch durch Rauchgase der Hochfrequenz-Chirurgie beachtet werden. Als Erklärung für den Verzicht auf eine RLT-Anlage wird oft die mögliche Verkeimung dieser Anlagen genannt, die schwer in den Griff zu bekommen sei. Die mangelhafte Wartung kann als Begründung der Inkaufnahme der Belastungen nicht akzeptiert werden.
Beim Verzicht auf eine RLT-Anlage werden die zulässigen Luftbelastungswerte häufig überschritten. Die starke Belastung der Luft durch Narkosegase kann zu Gesundheitsschäden führen, zum Beispiel kann Halothan Leberschäden hervorrufen. Bei anderen Narkosegasen werden bisher Leber- und Fruchtschädigungen nur vermutet. Nervenschäden infolge der häufig beobachteten Allgemeinbeeinträchtigungen wie Kopfschmerz und Schwindel sind sehr wahrscheinlich. Die Einzelzuweisung der Folgen ist schwierig, weil diese Gase immer kombiniert verwendet werden. Besonders problematisch ist die Behandlung von Kindern. Hier besteht eine besonders hohe Gefährdung für das Anästhesiepersonal, da die Narkose bei Kindern mit einer Maske eingeleitet wird. Oft geschieht das in spielerischer Form und auf dem Schoß des Anästhesiearztes. Dabei kommt es zu erheblichen Belastungen durch die entweichenden Narkosegase. Diese Belastungen halten danach für das gesamte OP-Team an, weil die Kinder während der Operation zwar intubiert sind, der Tubus in der Luftröhre aber nicht abgedichtet, also 'geblockt' wird. Dadurch entweicht auch bei einer Narkosegasabsauganlage viel Narkosegas in den Raum. Bei einer Gasnarkose von Erwachsenen wird die Raumluft oftmals durch Leckagen belastet. Diese Leckagen rühren von möglicherweise undicht gewordener Blockung des Tubus in der Luftröhre, von undichten Konusverbindungen und unvermeidlichen Diffussionen aus dem Schlauch- und Dosiersystem, dem CO2-Absorber und dem Wandanschluß des Narkosegerätes her. Gegen diese Leckagen helfen keine Narkosegasabsaugungen. Das heißt aber nicht, daß auf diese technischen Mittel verzichtet werden kann. Das würde die Luftbelastungen noch stärker ansteigen lassen als hier angenommen. Häufig wird in den Kliniken versucht, durch das Öffnen von Fenstern die Grenzwerte für die Raumluft einzuhalten. Aber selbst bei vier 'auf Kippe' geöffneten Fenstern (im Winter und während der Operation selber eher unwahrscheinlich) reicht der Luftstrom dafür nicht aus. Hinzu kommt, daß die Anästhesisten wegen ihrer unmittelbaren Nähe zum Patienten mit einer dreifach höheren Belastung rechnen müssen, als ihre Kollegen im OP. Mindestens für diese Personengruppe werden gemäß § 18 GefStoffV, TRGS 402. Messungen und dann in der Regel bauliche Maßnahmen erforderlich, wenn keine RLT-Anlage vorhanden ist. Sozialräume

In Tageskliniken müssen den Beschäftigten Räume zur Verfügung gestellt werden, in denen nicht medizinisch gearbeitet wird (siehe auch BGA-Richtlinie, Ziffer 4.2.1. und VBG 103). Während die Personaltoilette beinahe überall vorhanden ist (Forderung nach § 14 VBG 103), herrscht ein großer Mangel an Pausenräumen. Dieser Mangel stellt insofern eine mögliche Gefährdung dar, als die Beschäftigten während einer langen OP-Schicht 'irgendwo' essen und trinken und damit infektionsgefährdet sind. Die VBG 103 fordert getrennte Aufbewahrungsmöglichkeiten für Privat- und Schutzkleidung, und §34 der

Arbeitsstätten-Verordnung (ArbstättV) fordert eine Kleiderablage sowie ein abschließbares Fach für persönliche Gegenstände. Die Art des OP-Betriebes und die Notwendigkeit, Privatbekleidung abzulegen, macht in den meisten Tageskliniken einen Umkleideraum nötig.
Unterteilte Garderobenschränke sind verzichtbar, wenn die Arbeitskleidung, meistens Hose und Kasack, täglich gewechselt wird. Wenn die Schutzkleidung, zum Beispiel OP-Kittel, Mundschutz (Schutzbrille und Haube seltener), nach der jeweiligen Operation gewechselt wird, kann die Aufbewahrung von gebrauchter Schutzkleidung entfallen.

Rettungswege

Die VBG 1 schreibt im § 30 analog zum § 19 der ArbStättV vor, daß das schnelle und sichere Verlassen von Arbeitsplätzen gewährleistet sein muß. Ferner müssen Rettungswege und Notausgänge deutlich als solche gekennzeichnet sein. Bei bestehenden Einrichtungen ist die Forderung nach einer nachträglichen Einrichtung eines zweiten festen Rettungsweges kaum umzusetzen. Um dennoch eine mögliche Gefährdung in diesem Punkt abzustellen, empfiehlt es sich aber, nach weiteren Rettungsmöglichkeiten zu suchen:
* ein zusätzlicher Übergang in einen anderen oder angrenzenden Gebäudeteil,
* die Einrichtung von Brandabschnitten, um Zeit zu gewinnen, bis die Feuerwehr kommt.

Elektrotechnische Sicherheit

Gemäß § 3 Abs. 1 der UW 'Elektrische Anlagen und Betriebsmittel' (VBG 4) hat der Unternehmer einer Tagesklinik dafür zu sorgen, daß die elektrischen Anlagen und Betriebsmittel entsprechend den elektrotechnischen Regeln betrieben werden. Bei einer nachträglichen Einrichtung einer Tagesklinik in einem bestehenden Gebäude ist eine Raumausstattung gemäß Anwendungsgruppe 2 VDE 107 für Operationsräume oft nicht zu realisieren, so daß sich in der Regel in diesen Einrichtungen größere chirurgische Eingriffe verbieten. Auf jeden Fall ist eine Sicherheitsbeleuchtung, die durch die Sicherheitsstromversorgung sichergestellt wird, für die Rettungswege und für jeden Arbeitsraum zu installieren. Für die Betriebsdauer der Sicherheitsstromversorgung genügt eine Stunde. Für die in den Tageskliniken häufig anzutreffenden elektrisch betriebenen Medizingeräte wie Infusionspumpe, Beatmungs- und Narkosegeräte genügen die meist vorhandenen geräteeigenen Akkus. Die Batterien, die die Sicherheitsstromversorgungsanlagen unterhalten, müssen nach Entladung über das normale Stromnetz selbsttätig wieder aufgeladen werden. Dafür sind spezielle Batterien nötig, da sie innerhalb von sechs Stunden wieder aufgeladen sein müssen. Kfz-Batterien sind unzulässig (VDE 0107 'Starkstromanlagen in Krankenhäusern und medizinisch genutzten Räumen außerhalb von Krankenhäusern'). Ein ableitfähiger Fußboden zur Vermeidung von Zündgefahren durch elektrostatische Aufladungen und explosionsfähiger Atmosphäre bei Anwendungen von medizinischen Hautreinigungs- und Desinfektionsmitteln erscheint immer noch sinnvoll, obwohl explosive Narkosegase nicht mehr auf dem Markt sind (siehe auch ZH1/200). Die Fußbodenableitung ist auch nötig, weil kleine, an sich ungefährliche elektrostatische Aufladungen die Meßgenauigkeit der elektromedizinischen Überwachungsgeräte beeinflussen.

Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG)

(Neue Regelungen zum 1.1.2000 in Fettdruck)

In der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch das Gesetz zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S.2626)

1. Abschnitt
Allgemeine Vorschriften

§ 1 Grundsatz

(1) [1]Zweck dieses Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.

(2) [1]Bei der Durchführung des Gesetzes ist die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten. [2]Dabei ist nach Maßgabe des Landesrechts insbesondere die wirtschaftliche Sicherung freigemeinnütziger und privater Krankenhäuser zu gewährleisten. [3]Die Gewährung von Fördermitteln nach diesem Gesetz darf nicht mit Auflagen verbunden werden, durch die die Selbständigkeit und Unabhängigkeit von Krankenhäusern über die Erfordernisse der Krankenhausplanung und der wirtschaftlichen Betriebsführung hinaus beeinträchtigt werden.

§ 2 Begriffsbestimmungen

[1]Im Sinne dieses Gesetzes sind

1. Krankenhäuser

Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und verpflegt werden können,

1a. mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundene Ausbildungsstätten

staatlich anerkannte Einrichtungen an Krankenhäusern zur Ausbildung für die Berufe

a) Ergotherapeut, Ergotherapeutin,
b) Diätassistent, Diätassistentin,
c) Hebamme, Entbindungspfleger, Wochenpflegerin,
d) Krankengymnast, Krankengymnastin, Physiotherapeut, Physiotherapeutin,
e) Krankenschwester, Krankenpfleger,
f) Kinderkrankenschwester, Kinderkrankenpfleger,
g) Krankenpflegehelferin, Krankenpflegehelfer,
h) medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent, medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin,
i) medizinisch-technischer Radiologieassistent, medizinisch-technische Radiologieassistentin,
j) Logopäde, Logopädin,
k) Orthoptist, Orthoptistin,
l) medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik, medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik,

wenn die Krankenhäuser Träger oder Mitträger der Ausbildungsstätte sind,

2. Investitionskosten

a) die Kosten der Errichtung (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) von Krankenhäusern und der Anschaffung der zum Krankenhaus gehörenden Wirtschaftsgüter, ausgenommen der zum Verbrauch bestimmten Güter (Verbrauchsgüter),
b) die Kosten der Wiederbeschaffung der Güter des zum Krankenhaus gehörenden Anlagevermögens (Anlagegüter);

zu den Investitionskosten gehören nicht die Kosten des Grundstücks, des Grundstückserwerbs, der Grundstückserschließung sowie ihrer Finanzierung,

3. für die Zwecke dieses Gesetzes den Investitionskosten gleichstehende Kosten

a) die Entgelte für die Nutzung der in Nummer 2 bezeichneten Anlagegüter,

b) die Zinsen, die Tilgung und die Verwaltungskosten von Darlehen, soweit sie zur Finanzierung der in Nummer 2 sowie in Buchstabe a bezeichneten Kosten aufgewandt worden sind,
c) die in Nummer 2 sowie in den Buchstaben a und b bezeichneten Kosten, soweit sie gemeinschaftliche Einrichtungen der Krankenhäuser betreffen,
d) Kapitalkosten (Abschreibungen und Zinsen) für die in Nummer 2 genannten Wirtschaftsgüter,
e) Kosten der in Nummer 2 sowie in den Buchstaben a bis d bezeichneten Art, soweit sie die mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten betreffen und nicht nach anderen Vorschriften aufzubringen sind,

4. Pflegesätze

die Entgelte der Benutzer oder ihrer Kostenträger für stationäre und teilstationäre Leistungen des Krankenhauses,

5. pflegesatzfähige Kosten

die Kosten des Krankenhauses, deren Berücksichtigung im Pflegesatz nicht nach diesem Gesetz ausgeschlossen ist.

§ 3 Anwendungsbereich

[1]Dieses Gesetz findet keine Anwendung auf

1. Krankenhäuser, deren Träger der Bund ist,
2. Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug,
3. Polizeikrankenhäuser,
4. Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung der Arbeiter oder der Angestellten oder der gesetzlichen Unfallversicherung und ihrer Vereinigungen; das gilt nicht für Fachkliniken zur Behandlung von Erkrankungen der Atmungsorgane, soweit sie der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern dienen.

[2]§ 28 bleibt unberührt.

§ 4 Wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser

[1]Die Krankenhäuser werden dadurch wirtschaftlich gesichert, daß

1. ihre Investitionskosten im Wege öffentlicher Förderung übernommen werden und sie

2. leistungsgerechte Erlöse aus den Pflegesätzen, die nach Maßgabe dieses Gesetzes auch Investitionskosten enthalten können, sowie Vergütungen für vor- und nachstationäre Behandlung und für ambulantes Operieren erhalten.

§ 5 Nicht förderungsfähige Einrichtungen

(1) [1]Nach diesem Gesetz werden nicht gefördert

1 . Krankenhäuser, die nach dem Hochschulbauförderungsgesetz vom 1. September 1969 (BGBl. I S. 1556), zuletzt geändert durch das Gesetz vom 26. Januar 1976 (BGBl. I S. 185), gefördert werden; dies gilt für Krankenhäuser, die Aufgaben der Ausbildung von Ärzten nach der Approbationsordnung für Ärzte in der Fassung der Bekanntmachung vom 3. April 1979 (BGBl. I S. 425, 609), zuletzt geändert durch die Verordnung vom 19. Dezember 1983 (BGBl. I S. 1482), erfüllen, nur hinsichtlich der nach dem Hochschulbauförderungsgesetz förderungsfähigen Maßnahmen,
2. Krankenhäuser, die nicht die in § 67 der Abgabenordnung bezeichneten Voraussetzungen erfüllen,
3. Einrichtungen in Krankenhäusern,

a) soweit die Voraussetzungen nach § 2 Nr. 1 nicht vorliegen, insbesondere Einrichtungen für Personen, die als Pflegefälle gelten,
b) für Personen, die im Maßregelvollzug auf Grund strafrechtlicher Bestimmungen untergebracht sind,

4. Tuberkulosekrankenhäuser mit Ausnahme der Fachkliniken zur Behandlung von Erkrankungen der Atmungsorgane, soweit sie nach der Krankenhausplanung des Landes der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern dienen,
5. Krankenhäuser, deren Träger ein nicht bereits in § 3 Satz 1 Nr. 4 genannter Sozialleistungsträger ist, soweit sie nicht nach der Krankenhausplanung des Landes der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern dienen,
6. Versorgungskrankenhäuser,
7. Kurkrankenhäuser sowie Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, soweit die

Anwendung dieses Gesetzes nicht bereits nach § 3 Satz 1 Nr. 4 ausgeschlossen ist,

8. die mit den Krankenhäusern verbundenen Einrichtungen, die nicht unmittelbar der stationären Krankenversorgung dienen, insbesondere die nicht für den Betrieb des Krankenhauses unerläßlichen Unterkunfts- und Aufenthaltsräume,
9. Einrichtungen, die auf Grund bundesrechtlicher Rechtsvorschriften vorgehalten oder unterhalten werden; dies gilt nicht für Einrichtungen, soweit sie auf Grund des § 37 des Bundes-Seuchengesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 18. Dezember 1979 (BGBl. I S. 2262; 1980 I S. 151), das zuletzt durch das Gesetz vom 27. Juni 1985 (BGBl. I S. 1254) geändert worden ist, vorgehalten werden,
10. Einrichtungen, soweit sie durch die besonderen Bedürfnisse des Zivilschutzes bedingt sind.

(2) [1]Durch Landesrecht kann bestimmt werden, daß die Förderung nach diesem Gesetz auch den in Absatz 1 Nr. 2 bis 8 bezeichneten Krankenhäusern und Einrichtungen gewährt wird.

§ 6 Krankenhausplanung und Investitionsprogramme

(1) [1]Die Länder stellen zur Verwirklichung der in § 1 genannten Ziele Krankenhauspläne und Investitionspläne auf; Folgekosten, insbesondere die Auswirkungen auf die Pflegesätze, sind zu berücksichtigen.

(2) [1]Hat ein Krankenhaus auch für die Versorgung der Bevölkerung anderer Länder wesentliche Bedeutung, so ist die Krankenhausplanung insoweit zwischen den beteiligten Ländern abzustimmen.

(3) [1]Die Länder stimmen ihre Krankenhausplanung auf die pflegerischen Leistungserfordernisse nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch ab, insbesondere mit dem Ziel, Krankenhäuser von Pflegefällen zu entlasten und dadurch entbehrlich werdende Teile eines Krankenhauses nahtlos in wirtschaftlich selbständige ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen umzuwidmen. [2]Die Zahl der in die Krankenhauspläne aufgenommenen Krankenhausbetten ist ab dem 1. Juli 1996 unverzüglich um die Zahl der fehlbelegten Betten zu verringern, die insbesondere durch die in § 17 a

vorgesehenen Maßnahmen entbehrlich werden. [3]Dabei soll die diesem Ziel dienende Förderung nach § 9 Abs. 2 Nr. 6 vorrangig solchen Krankenhausträgern gewährt werden, die von sich aus eine Umwidmung in Pflegeeinrichtungen nach Satz 1 vornehmen.
(4) [1]Das Nähere wird durch Landesrecht bestimmt.

§ 6 a (aufgehoben)

§ 7 Mitwirkung der Beteiligten
(1) [1]Bei der Durchführung dieses Gesetzes arbeiten die Landesbehörden mit den an der Krankenhausversorgung im Lande Beteiligten eng zusammen; das betroffene Krankenhaus ist anzuhören. [2]Bei der Krankenhausplanung und der Aufstellung der Investitionsprogramme sind einvernehmliche Regelungen mit den unmittelbar Beteiligten anzustreben.
(2) [1]Das Nähere wird durch Landesrecht bestimmt.

2. Abschnitt Grundsätze der Investitionsförderung

§ 8 Voraussetzungen der Förderung
(1) [1]Die Krankenhäuser haben nach Maßgabe dieses Gesetzes Anspruch auf Förderung, soweit und solange sie in den Krankenhausplan eines Landes und bei Investitionen nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 in das Investitionsprogramm aufgenommen sind. [2]Die zuständige Landesbehörde und der Krankenhausträger können für ein Investitionsvorhaben nach § 9 Abs. 1 eine nur teilweise Förderung mit Restfinanzierung durch den Krankenhausträger vereinbaren; Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen, den Verbänden der Ersatzkassen und den Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 ist anzustreben. [3]Die Aufnahme oder Nichtaufnahme in den Krankenhausplan wird durch Bescheid festgestellt. [4]Gegen den Bescheid ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben.
(2) [1]Ein Anspruch auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan und in das Investitionsprogramm besteht nicht. [2]Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern entscheidet die zuständige Landesbehörde unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt

der Krankenhausträger nach pflichtgemäßem Ermessen, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Landes am besten gerecht wird.
(3) [1]Für die in § 2 Nr. 1 a genannten Ausbildungsstätten gelten die Vorschriften dieses Abschnitts entsprechend.

§ 9 Fördertatbestände
(1) [1]Die Länder fördern auf Antrag des Krankenhausträgers Investitionskosten, die entstehen, insbesondere
1. für die Errichtung von Krankenhäusern einschließlich der Erstausstattung mit den für den Krankenhausbetrieb notwendigen Anlagegütern,
2. für die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren.
(2) Die Länder bewilligen auf Antrag des Krankenhausträgers ferner Fördermittel
1. für die Nutzung von Anlagegütern, soweit sie mit Zustimmung der zuständigen Landesbehörde erfolgt,
2. für Anlaufkosten, für Umstellungskosten bei innerbetrieblichen Änderungen sowie für Erwerb, Erschließung, Miete und Pacht von Grundstücken, soweit ohne die Förderung die Aufnahme oder Fortführung des Krankenhausbetriebs gefährdet wäre,
3. für Lasten aus Darlehen, die vor der Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan für förderungsfähige Investitionskosten aufgenommen worden sind,
4. als Ausgleich für die Abnutzung von Anlagegütern, soweit sie mit Eigenmitteln des Krankenhausträgers beschafft worden sind und bei Beginn der Förderung nach diesem Gesetz vorhanden waren,
5. zur Erleichterung der Schließung von Krankenhäusern,
6. zur Umstellung von Krankenhäusern oder Krankenhausabteilungen auf andere Aufgaben, insbesondere zu ihrer Umwidmung in Pflegeeinrichtungen oder selbständige, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennte Pflegeabteilungen.
(3) [1]Die Länder fördern die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter sowie kleine bauliche Maßnahmen durch feste jährliche Pauschalbeträge, mit denen

das Krankenhaus im Rahmen der Zweckbindung der Fördermittel frei wirtschaften kann; § 10 bleibt unberührt. [2]Die Pauschalbeträge sollen nicht ausschließlich nach der Zahl der in den Krankenhausplan aufgenommenen Betten bemessen werden. [3]Sie sind in regelmäßigen Abständen an die Kostenentwicklung anzupassen.
(3a) [1]Der vom Land bewilligte Gesamtbetrag der laufenden und der beiden folgenden Jahrespauschalen nach Absatz 3 steht dem Krankenhaus unabhängig von einer Verringerung der tatsächlichen Bettenzahl zu, soweit die Verringerung auf einer Vereinbarung des Krankenhausträgers mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen nach § 109 Abs. 1 Satz 4 oder 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beruht und ein Fünftel der Planbetten nicht übersteigt. § 6 Abs. 3 bleibt unberührt.
(4) [1]Wiederbeschaffung im Sinne dieses Gesetzes ist auch die Ergänzung von Anlagegütern, soweit diese nicht über die übliche Anpassung der vorhandenen Anlagegüter an die medizinische und technische Entwicklung wesentlich hinausgeht.
(5) [1]Die Fördermittel sind nach Maßgabe dieses Gesetzes und des Landesrechts so zu bemessen, daß sie die förderungsfähigen und unter Beachtung betriebswirtschaftlicher Grundsätze notwendigen Investitionskosten decken.

§ 10 Anschaffung oder Nutzung medizinisch-technischer Großgeräte
(aufgehoben).

§ 11Landesrechtliche Vorschriften über die Förderung
[1]Das Nähere zur Förderung wird durch Landesrecht bestimmt. [2]Dabei kann auch geregelt werden, daß Krankenhäuser bei der Ausbildung von Ärzten und sonstigen Fachkräften des Gesundheitswesens besondere Aufgaben zu übernehmen haben; soweit hierdurch zusätzliche Sach- und Personalkosten entstehen, ist ihre Finanzierung zu gewährleisten.

§§ 12 bis 15 (aufgehoben)

3. Abschnitt Vorschriften über Krankenhauspflegesätze

§ 16 Verordnung zur Regelung der Pflegesätze

[1]Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften zu erlassen über

1. die Pflegesätze der Krankenhäuser,
2. die Abgrenzung der allgemeinen stationären und teilstationären Leistungen des Krankenhauses von den Leistungen bei vor- und nachstationärer Behandlung (§ 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), den ambulanten Leistungen einschließlich der Leistungen nach § 115b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, den Wahlleistungen und den belegärztlichen Leistungen,
3. die Nutzungsentgelte (Kostenerstattung und Vorteilsausgleich sowie diesen vergleichbare Abgaben) der zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen berechtigten Ärzte an das Krankenhaus, soweit diese Entgelte pflegesatzmindernd zu berücksichtigen sind,
4. die Berücksichtigung der Erlöse aus der Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung (§ 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), für ambulante Leistungen einschließlich der Leistungen nach § 115b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und für Wahlleistungen des Krankenhauses sowie die Berücksichtigung sonstiger Entgelte bei der Bemessung der Pflegesätze,
5. die nähere Abgrenzung der in § 17 Abs. 4 bezeichneten Kosten von den pflegesatzfähigen Kosten,
6. das Verfahren nach § 18,
7. die Rechnungs- und Buchführungspflichten der Krankenhäuser,
8. ein Klagerecht des Verbandes der privaten Krankenversicherung gegenüber unangemessen hohen Entgelten für nichtärztliche Wahlleistungen.

[2]Die Ermächtigung kann durch Rechtsverordnung auf die Landesregierungen übertragen werden; dabei kann bestimmt werden, daß die Landesregierungen die Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden weiter übertragen können.

§ 17 Grundsätze für die Pflegesatzregelung

(1) [1]Die Pflegesätze und die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind für alle Benutzer einheitlich zu berechnen. [2]Die Pflegesätze sind im voraus zu bemessen. [3]Sie müssen medizinisch leistungsgerecht sein und einem Krankenhaus bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, den Versorgungsauftrag zu erfüllen. [4]Bei der Ermittlung der Pflegesätze ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ **71 Abs. 1** des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) zu beachten; dabei sind die zur Erfüllung des Versorgungsauftrags ausreichenden und zweckmäßigen Leistungen, die Pflegesätze und Leistungen vergleichbarer Krankenhäuser und die Empfehlungen nach § 19 angemessen zu berücksichtigen. [5]Überschüsse verbleiben dem Krankenhaus; Verluste sind vom Krankenhaus zu tragen.

(1a) **(aufgehoben)**

(2) [1]Zur Verwirklichung der Ziele des Absatzes 1 kann in der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 bestimmt werden, daß

1 . neben oder an Stelle von tagesbezogenen Entgelten, Fallpauschalen oder anderen pauschalierten Entgelten einzelne Leistungen oder Leistungsgruppen gesondert vergütet werden,

2. die Vergütung von Krankenhausleistungen für einen künftigen Zeitraum als fester oder veränderlicher Gesamtbetrag festgelegt wird (Budgetierung) oder

3. die Vergütung nach einem System berechnet wird, das sich aus einer Verbindung dieser Vergütungsarten ergibt.

[2]Die Kosten der Krankenhausleistungen sind nach Maßgabe der Krankenhaus-Buchführungsverordnung auf der Grundlage der kaufmännischen Buchführung und einer Kosten- und Leistungsrechnung zu ermitteln.

(2a) [1]Für die Vergütung von allgemeinen Krankenhausleistungen sind schrittweise Fallpauschalen und Sonderentgelte mit Vorgabe bundeseinheitlicher Bewertungsrelationen einzuführen, die der Abrechnung von Krankenhausleistungen spätestens vom 1. Januar 1996 an zugrunde zu legen sind. [2]Die Entgelte werden bis zum 31. Dezember 1997 in der

Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 bestimmt. [3]Erstmals für den Pflegesatzzeitraum 1998 **und bis zur Einführung des Vergütungssystems nach § 17 b** vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft die Entgeltkataloge und deren Weiterentwicklung; § 213 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend mit der Maßgabe, daß das Beschlußgremium um einen Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung erweitert wird und die Beschlüsse der Mehrheit von mindestens sieben Stimmen bedürfen. [4]Der Bundesärztekammer ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, soweit medizinische Fragen der Entgelte und der zugrundeliegenden Leistungsabgrenzungen betroffen sind. [5]Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer der Vertragsparteien die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6. [6]Die Entgeltkataloge sind für die Träger von Krankenhäusern unmittelbar verbindlich, die Mitglied einer Landeskrankenhausgesellschaft sind; ist der Träger nicht Mitglied einer Landeskrankenhausgesellschaft, sind die Entgeltkataloge der Pflegesatzvereinbarung zugrunde zu legen. [7]Die in der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 bestimmten Fallpauschalen und Sonderentgelte gelten ab dem 1. Januar 1998 als vertraglich vereinbart. [8]Erstmals vereinbarte Fallpauschalen und Sonderentgelte sind ab Beginn eines folgenden Kalenderjahres aus dem Budget des Krankenhauses auszugliedern. [9]Die Vereinbarung weiterer Fallpauschalen und pauschalierter Sonderentgelte durch die Landesverbände der Krankenkassen und den Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam mit der Landeskrankenhausgesellschaft ist möglich, die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 können darüber hinaus zeitlich begrenzte Modellvorhaben zur Entwicklung neuer pauschalierter Entgelte vereinbaren. [10]Mit den Fallpauschalen werden die gesamten Leistungen des Krankenhauses für einen bestimmten Behandlungsfall vergütet. [11]Das vom Krankenhaus kalkulierte Budget ist für die Pflegesatzverhandlungen abteilungsbezogen zu gliedern. [11]Zur Vergütung der Leistungen des Krankenhauses, die nicht durch Fallpauschalen oder Sonderentgelte vergütet werden, sind Abteilungspflegesätze als Entgelt für ärztliche und pflegerische Leistungen und ein für das Krankenhaus einheitlicher Basispflegesatz als

Entgelt für nicht durch ärztliche oder pflegerische Tätigkeit veranlaßte Leistungen vorzusehen.

(3) [1]Im Pflegesatz sind nicht zu berücksichtigen

1. Kosten für Leistungen, die nicht der stationären oder teilstationären Krankenhausversorgung dienen,
2. Kosten für wissenschaftliche Forschung und Lehre, die über den normalen Krankenhausbetrieb hinausgehen.

(4) [1]Bei Krankenhäusern, die nach diesem Gesetz voll gefördert werden und bei den in § 5 Abs. 1 Nr. 1 erster Halbsatz bezeichneten Krankenhäusern sind außer den in Absatz 3 genannten Kosten im Pflegesatz nicht zu berücksichtigen

1. Investitionskosten, ausgenommen die Kosten der Wiederbeschaffung von Wirtschaftsgütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer bis zu drei Jahren und die Kosten der Finanzierung von Rationalisierungsinvestitionen nach § 18 b,
2. Kosten der Grundstücke, des Grundstückserwerbs, der Grundstückserschließung sowie ihrer Finanzierung,
3. Anlauf- und Umstellungskosten,
4. Kosten der in § 5 Abs. 1 Nr. 8 bis 10 bezeichneten Einrichtungen; Absatz 4a bleibt unberührt.
5. Kosten, für die eine sonstige öffentliche Förderung gewährt wird;

dies gilt im Falle der vollen Förderung von Teilen eines Krankenhauses nur hinsichtlich des geförderten Teils.

(4a) [1]Die Kosten der in § 2 Nr. 1 a genannten Ausbildungsstätten und der Ausbildungsvergütung sind im Pflegesatz zu berücksichtigen, soweit diese Kosten nicht nach anderen Vorschriften aufzubringen sind. [2]Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung zu bestimmen, daß zwischen Krankenhäusern mit solchen Ausbildungsstätten und Krankenhäusern ohne solche Ausbildungsstätten wegen der nach Satz 1 berücksichtigungsfähigen Kosten ein Ausgleich stattfindet und daß hierzu ein Teil dieser Kosten in den Pflegesätzen der Krankenhäuser ohne solche Ausbildungsstätten angemessen berücksichtigt wird.

(4b) [1]Instandhaltungskosten sind im Pflegesatz zu berücksichtigen. [2]Dazu gehören auch Instandhaltungskosten für Anlagegüter, wenn in baulichen

Einheiten Gebäudeteile, betriebstechnische Anlagen und Einbauten oder wenn Außenanlagen vollständig oder überwiegend ersetzt werden. [3]Die in Satz 2 genannten Kosten werden **(..)** pauschal in Höhe eines Betrages von 1,1 vom Hundert der für die allgemeinen Krankenhausleistungen vereinbarten Vergütung finanziert. [5]Die Pflegesatzfähigkeit für die in Satz 2 genannten Kosten entfällt für alle Krankenhäuser in einem Bundesland, wenn das Land diese Kosten für die in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser im Wege der Einzelförderung oder der Pauschalförderung trägt. [6]**Bis zum 31. Dezember 2002 sind die Instandhaltungsmittel nach Satz 3 zweckgebunden und noch nicht verwendete Mittel auf einem gesonderten Konto zu buchen**.
(5) Bei Krankenhäusern, die nach diesem Gesetz nicht oder nur teilweise öffentlich gefördert werden, dürfen von Sozialleistungsträgern und sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern keine höheren Pflegesätze gefordert werden, als sie von diesen für Leistungen vergleichbarer nach diesem Gesetz voll geförderter Krankenhäuser zu entrichten sind. Krankenhäuser, die nur deshalb nach diesem Gesetz nicht gefördert werden, weil sie keinen Antrag auf Förderung stellen, dürfen auch von einem Krankenhausbenutzer keine höheren als die sich aus Satz 1 ergebenden Pflegesätze fordern. Soweit bei teilweiser Förderung Investitionen nicht öffentlich gefördert werden und ein vergleichbares Krankenhaus nicht vorhanden ist, dürfen die Investitionskosten in den Pflegesatz einbezogen werden, soweit die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen der Investition zugestimmt haben. Die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 vereinbaren die nach den Sätzen 1 und 2 maßgebenden Pflegesätze.

§ 17a Abbau von Fehlbelegungen
(1) Der Krankenhausträger stellt sicher, daß keine Patienten in das Krankenhaus aufgenommen werden oder dort verbleiben, die nicht oder nicht mehr der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen.
(2) Die Krankenkassen wirken insbesondere durch gezielte Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung darauf hin, daß Fehlbelegungen vermieden und bestehende Fehlbelegungen zügig abgebaut werden. Zu diesem Zweck darf der Medizinische Dienst der Krankenversiche-

rung Einsicht in die Krankenunterlagen nehmen. Der Medizinische Dienst hat der Krankenkasse das Ergebnis der Begutachtung und die erforderlichen Angaben über den Befund mitzuteilen.
(3) Die Parteien der Pflegesatzvereinbarung (§ 18 Abs. 2) sind verpflichtet, durch entsprechende Bemessung des Budgets nach § 12 der Bundespflegesatzverordnung sicherzustellen, daß Fehlbelegungen abgebaut werden; dabei ist für die Jahre 1997 bis 1999 jeweils mindestens 1 vom Hundert des um Ausgleiche und Zuschläge bereinigten Budgetbetrags, wie er ohne Abzug für Fehlbelegungen vereinbart würde, abzuziehen. Bei Fallpauschalen und Sonderentgelten nach § 11 der Bundespflegesatzverordnung wird in den Jahren 1997 bis 1999 der Rechnungsbetrag um 1 vom Hundert gekürzt. Soweit Teile des Krankenhauses in Pflegeeinrichtungen umgewidmet worden sind, sollen in der Pflegesatzvereinbarung Regelungen getroffen werden, die einer möglichst nahtlosen Übernahme von Krankenhauspersonal durch die neuen Pflegeeinrichtungen förderlich sind.

§ 17 b Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems
(1) [1]Für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ist für alle Krankenhäuser, für die die Bundespflegesatzverordnung gilt, ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen; dies gilt nicht für die Leistungen der in § 1 Abs.2 der Psychiatrie-Personalverordnung genannten Einrichtungen, soweit in der Verordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 nichts abweichendes bestimmt wird. [2]Das Vergütungssystem hat Komplexitäten und Comorbiditäten abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. [3]Mit den Entgelten nach Satz 1 werden die allgemeinen vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet. [4]Soweit allgemeine Krankenhausleistungen nicht in die Entgelte nach Satz 1 einbezogen werden können, weil der Finanzierungstatbestand nicht in allen Krankenhäusern vorliegt, sind bundeseinheitlich Regelungen für Zu- oder Abschläge zu vereinbaren, insbesondere für die Notfallversorgung und eine zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung notwendige Vorhaltung von Leistungen,

Neues Entgeltsystem (ab dem 01.01.2003)

Keine Tagespflegesätze mehr
Keine Sonderentgelte
Abschaffung der früheren Fallpauschalen
(Ausnahme: Psychiatrie)

DRG
Diagnosis Related Groups
(Punktwertsystem)

Pauschaliertes, bundeseinheitliches Entgeltsystem orientiert an der „Hauptdiagnose“, die den „Hauptpreis“ bestimmt. Dieser wird nach oben oder unten modifiziert durch ein System von Zu- und Abschlägen

Zuschläge z. B. durch „Nebendiagnosen“ oder aus Gründen der Notfallvorsorge

Abschläge durch beispielsweise Qualitätsdefizite o. ä.

die auf Grund des geringen Versorgungsbedarfs mit den Entgelten nach Satz 1 nicht kostendeckend finanzierbar ist, sowie für die nach Maßgabe dieses Gesetzes und der Verordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 zu finanzierenden Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen; für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 der Bundespflegesatzverordnung ist ein Zuschlag zu vereinbaren. [5]Die Fallgruppen und ihre Bewertungsrelationen sind bundeseinheitlich festzulegen; die Punktwerte können nach Regionen differenziert festgelegt werden. [6]Die Bewertungsrelationen sind als Relativgewichte auf eine Bezugsleistung zu definieren.

Punktwerte für DRGs regional unterschiedlich

(2) [1]Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren entsprechend den Vorgaben der Absätze 1 und 3 mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft ein Vergütungssystem, das sich an einem international bereits eingesetzten Vergütungssystem auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups (DRG) orientiert, einschließlich der Punktwerte sowie seine Weiterentwicklung und Anpassung an die medizinische Entwicklung und an Kostenentwicklungen. [2]Sie orientieren sich dabei unter Wahrung der Qualität der Leistungserbringung an wirtschaftlichen Versorgungsstrukturen und Verfahrensweisen. [3]Der Bundesärztekammer ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, soweit medizinische Fragen der Entgelte und der zu Grunde liegenden Leistungsabgrenzung betroffen sind; dies gilt entsprechend für einen Vertreter der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe. [3]Für die gemeinsamen Beschlüsse der Vertreter der Krankenversicherungen gilt § 213 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend mit der Maßgabe, dass das Beschlussgremium um einen Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung erweitert wird und die Beschlüsse der Mehrheit von mindestens sieben Stimmen bedürfen. [4]Das Bundesministerium für Gesundheit kann an den Sitzungen der Vertragsparteien teilnehmen und erhält deren fachliche Unterlagen.

Orientierung des deutschen DRG-Systems an internationalen Erfahrungen

Einbeziehung der Privaten Krankenversicherungen

(3) [1]Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 vereinbaren bis zum 30. Juni 2000 die Grundstrukturen des Vergütungssystems und des Verfahrens zur Ermittlung der Bewertungsrelationen auf Bundesebene

Festlegung des Systems bis zum 30.06.2000 sonst Schiedsamt

(Bewertungsverfahren), insbesondere der zu Grunde zu legenden Fallgruppen, sowie die Grundzüge ihres Verfahrens zur laufenden Pflege des Systems auf Bundesebene. [2]Die Vertragsparteien vereinbaren bis zum 31. Dezember 2001 Bewertungsrelationen und die Bewertung der Zu- und Abschläge nach Absatz 1 Satz 4. [3]Die Bewertungsrelationen können auf der Grundlage der Fallkosten einer Stichprobe von Krankenhäusern kalkuliert, aus international bereits eingesetzten Bewertungsrelationen übernommen oder auf deren Grundlage weiterentwickelt werden. [4]Zum 1. Januar 2003 ersetzt das neue Vergütungssystem die bisher abgerechneten Entgelte nach § 17 Abs. 2 a. [5]Es wird für das Jahr 2003 budgetneutral umgesetzt.
(4) [1]Soweit bis zum 30. Juni 2000 eine Vereinbarung der Vertragsparteien über die Grundstrukturen des Vergütungssystems und des Bewertungsverfahrens sowie über Zu- und Abschläge nicht zu stande kommt, bestimmt die Bundesregierung unverzüglich den Inhalt durch Rechtsverordnung. [2]Im Übrigen entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18 a Abs. 6.

§ 18 Pflegesatzverfahren
(1) [1]Die Pflegesätze werden zwischen dem Krankenhausträger und den Sozialleistungsträgern nach Absatz 2 vereinbart. [2]Die Landeskrankenhausgeselischaft, die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen und der Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung können sich am Pflegesatzverfahren beteiligen. [3]Die Pflegesatzvereinbarung bedarf der Zustimmung der Landesverbände der Krankenkassen und des Landesausschusses des Verbandes der privaten Krankenversicherung. [4]Die Zustimmung gilt als erteilt, wenn die Mehrheit der Beteiligten nach Satz 3 der Vereinbarung nicht innerhalb von zwei Wochen nach Vertragsschluß widerspricht.
(2) [1]Parteien der Pflegesatzvereinbarung (Vertragsparteien) sind der Krankenhausträger und
1. Sozialleistungsträger, soweit auf sie allein, oder
2. Arbeitsgemeinschaften von Sozialleistungsträgern, soweit auf ihre Mitglieder insgesamt

Umsetzung der DRG's ab dem 01.01.2003
Keine Anpassung des Krankenhausbudgets für 2003

Fristsetzung, evtl. Rechtsverordnung, evtl. Schiedsamt

im Jahr vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen mehr als fünf vom Hundert der Berechnungstage des Krankenhauses entfallen.
(3) [1]Die Vereinbarung soll nur für zukünftige Zeiträume getroffen werden. [2]Der Krankenhausträger hat auf Verlangen einer Vertragspartei die für die Ermittlung der Pflegesätze erforderlichen Kosten- und Leistungsnachweise vorzulegen. [3]Die in Absatz 1 Satz 2 genannten Beteiligten vereinbaren die Höhe der Fallpauschalen und der pauschalierten Sonderentgelte nach § 17 Abs. 2 a mit Wirkung für die Vertragsparteien nach Absatz 2; die Vereinbarung eines pauschalierten Entgelts für Unterkunft und Verpflegung ist anzustreben. [4]In der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 kann bestimmt werden, unter welchen Voraussetzungen die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 Zuschläge oder Abschläge für Krankenhäuser vereinbaren können.
(4) [1]Kommt eine Vereinbarung über die Pflegesätze oder die Höhe der Entgelte nach Absatz 3 Satz 3 innerhalb von sechs Wochen nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zur Aufnahme der Pflegesatzverhandlungen aufgefordert hat, so setzt die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 auf Antrag einer Vertragspartei die Pflegesätze unverzüglich fest. [2]Die Schiedsstelle kann zur Ermittlung der vergleichbaren Krankenhäuser gemäß § 17 Abs. 5 auch gesondert angerufen werden.
(5) [1]Die vereinbarten oder festgesetzten Pflegesätze werden von der zuständigen Landesbehörde genehmigt, wenn sie den Vorschriften dieses Gesetzes und sonstigem Recht entsprechen; die Genehmigung ist unverzüglich zu erteilen. [2]Gegen die Genehmigung ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben. [3]Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.

§ 18 a Schiedsstelle
(1) [1]Die Landeskrankenhausgesellschaften und die Landesverbände der Krankenkassen bilden für jedes Land oder jeweils für Teile des Landes eine Schiedsstelle. [2]Ist für ein Land mehr als eine Schiedsstelle gebildet worden, bestimmen die Beteiligten nach Satz 1 die zuständige Schiedsstelle für mit landesweiter Geltung zu treffende Entscheidungen.
(2) [1]Die Schiedsstellen bestehen aus einem neutralen Vorsitzenden sowie aus Vertretern der Krankenhäuser und Krankenkassen in gleicher Zahl. [2]Der

Schiedsstelle gehört auch ein von dem Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung bestellter Vertreter an, der auf die Zahl der Vertreter der Krankenkassen angerechnet wird. [2]Die Vertreter der Krankenhäuser und deren Stellvertreter werden von der Landeskrankenhausgesellschaft, die Vertreter der Krankenkassen und deren Stellvertreter von den Landesverbänden der Krankenkassen bestellt. [3]Der Vorsitzende und sein Stellvertreter werden von den beteiligten Organisationen gemeinsam bestellt; kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie von der zuständigen Landesbehörde bestellt.

(3) [1]Die Mitglieder der Schiedsstellen führen ihr Amt als Ehrenamt. [2]Sie sind in Ausübung ihres Amtes an Weisungen nicht gebunden. [3]Jedes Mitglied hat eine Stimme. [4]Die Entscheidungen werden mit der Mehrheit der Mitglieder getroffen; ergibt sich keine Mehrheit, gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

(4) [1]Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über

1. die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer und die Amtsführung der Mitglieder der Schiedsstelle sowie die ihnen zu gewährende Erstattung der Barauslagen und Entschädigung für Zeitverlust,
2. die Führung der Geschäfte der Schiedsstelle,
3. die Verteilung der Kosten der Schiedsstelle,
4. das Verfahren und die Verfahrensgebühren

zu bestimmen; sie können diese Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden übertragen.

(5) [1]Die Rechtsaufsicht über die Schiedsstelle führt die zuständige Landesbehörde.

(6) [1]Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft bilden eine Schiedsstelle; diese entscheidet in den ihr nach diesem Gesetz oder der Bundespflegesatzverordnung zugewiesenen Aufgaben. [2]Die Schiedsstelle besteht aus Vertretern der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. [3]Der Schiedsstelle gehört ein vom Verband der privaten Krankenversicherung bestellter Vertreter an, der auf die Zahl der Vertreter der

Krankenkassen angerechnet wird. [4]Die unparteiischen Mitglieder werden von den beteiligten Organisationen gemeinsam bestellt. [5]Die unparteiischen Mitglieder werden durch den Präsidenten des Bundessozialgerichts berufen, soweit eine Einigung nicht zustande kommt. [6]Durch die Beteiligten zuvor abgelehnten Personen können nicht berufen werden. Absatz 3 gilt entsprechend. [7]Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle sowie die Geschäftsführung, das Verfahren, die Höhe und die Erhebung der Gebühren und die Verteilung der Kosten. [8]Kommt eine Vereinbarung nach Satz 8 bis zum 31. August 1997 nicht zustande, bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit ihren Inhalt durch Rechtsverordnung. [9]Die Rechtsaufsicht über die Schiedsstelle führt das Bundesministerium für Gesundheit. [10]Gegen die Entscheidung der Schiedsstelle ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben. [11]Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.

§ 18 b Investitionsverträge

(1) [1]Die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 vereinbaren die Finanzierung von Rationalisierungsinvestitionen über den Pflegesatz. [2]Voraussetzung für eine Vereinbarung nach Satz 1 ist, daß aus der damit bewirkten Einsparung von Betriebskosten in einem Zeitraum von längstens sieben Jahren (Amortisationszeitraum) die Investitions- und Finanzierungskosten gedeckt sind sowie das Budget entlastet wird. [3]Weicht die tatsächliche Entwicklung im Amortisationszeitraum von den der Vereinbarung zugrunde gelegten Berechnungsgrundlagen ab, wird dies im Pflegesatz nicht berücksichtigt, es sei denn, die Abweichung beruht auf Preisentwicklungen, die das Krankenhaus nicht beeinflussen konnte. [4]Soweit erforderlich, ist durch einen unabhängigen Sachverständigen zu beurteilen, ob die Voraussetzungen nach Satz 2 gegeben sind. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18 a Abs. 1 auf Antrag einer Vertragspartei.

(2) [1]Der Abschluß von Investitionsverträgen berührt nicht die Verpflichtung des Landes, die Investitionskosten durch Fördermittel gemäß § 4 und § 9 zu

decken. [2]Das Krankenhaus übermittelt den Investitionsvertrag der zuständigen Landesbehörde.
(3) (aufgehoben)

§ 19 Empfehlungen
[1]Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung erarbeiten unter Beachtung der medizinischen und technischen Entwicklung gemeinsam Empfehlungen über Maßstäbe und Grundsätze für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser, insbesondere für den Personalbedarf und die Sachkosten. Unbeschadet der Vorschrift des § 17 Abs. 1 Satz 1 sind dabei auch die Empfehlungen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen angemessen zu berücksichtigen. [2]Die Empfehlungen nach Satz 1 sind in enger Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden der im Krankenhaus Beschäftigten, der Ärzteschaft, den Gewerkschaften, den Arbeitgebern und mit dem Verband der privaten Krankenversicherung zu erarbeiten.

§ 20 Nichtanwendung von Pflegesatzvorschriften
[1]Die Vorschriften des Dritten Abschnitts mit Ausnahme des § 17 Abs. 5 finden keine Anwendung auf Krankenhäuser, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2, 4 oder 7 nicht gefördert werden. [2]§ 17 Abs. 5 ist bei den nach § 5 Abs. 1 Nr. 4 oder 7 nicht geförderten Krankenhäusern mit der Maßgabe anzuwenden, daß an die Stelle der Pflegesätze vergleichbarer nach diesem Gesetz voll geförderter Krankenhäuser die Pflegesätze vergleichbarer öffentlicher Krankenhäuser treten.

4. Abschnitt Überleitungsvorschriften aus Anlaß der Herstellung der Einheit Deutschlands

§ 21 Überleitung
(1) [1]Dieses Gesetz ist in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet mit Ausnahme der in Absatz 2 genannten Vorschriften ab 1. Januar 1991 anzuwenden. [2]Das gleiche gilt für die auf Grund dieses Gesetzes erlassenen Rechtsverordnungen, soweit in Anlage I Kapitel VIII Sachgebiet G

Abschnitt III Nr. 5 und 6 des Einigungsvertrages nichts anderes bestimmt ist. [3]Bis zum 31. Dezember 1990 gilt das bis zum Wirksamwerden des Beitritts in der Deutschen Demokratischen Republik geltende Krankenhausfinanzierungsrecht weiter.

(2) [1]In dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet treten § 9 am 1. Januar 1994 und § 17 Abs. 5 Satz 1 am 1. Januar 1996 in Kraft. [2]In dem genannten Gebiet gelten die §§ 22, 23, 24 und 26 bis zum 31. Dezember 1993 und § 25 bis zum 31. Dezember 1995.

§ 22 Einzelförderung

(1) [1]Die Länder bewilligen auf Antrag des Krankenhausträgers Fördermittel

1. für die Errichtung (Neubau, Sanierung, Erweiterungsbau, Umbau) von Krankenhäusern einschließlich der Erstausstattung mit den für den Krankenhausbetrieb notwendigen Anlagegütern,
2. für Anlaufkosten, für Umstellungskosten bei innerbetrieblichen Änderungen sowie für Erwerb, Erschließung, Miete und Pacht von Grundstücken, soweit ohne die Förderung die Aufnahme oder Fortführung des Krankenhausbetriebs gefährdet wäre,
3. für Lasten aus Darlehen, die vor der Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan für förderungsfähige Investitionen aufgenommen worden sind,
4. als Ausgleich für die Abnutzung von Anlagegütern, soweit sie mit Eigenmitteln des Krankenhausträgers beschafft worden sind und bei Beginn der Förderung nach diesem Gesetz vorhanden waren,
5. zur Erleichterung der Schließung von Krankenhäusern,
6. zur Umstellung von Krankenhäusern oder Krankenhausabteilungen auf andere Aufgaben, insbesondere zu ihrer Umstellung in Pflegeeinrichtungen oder selbständige, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennte Pflegeabteilungen.

[2]Die Förderung kann mit Zustimmung des Krankenhausträgers ganz oder teilweise durch Festbetrag erfolgen; dieser kann auch auf Grund pauschaler Kostenwerte festgelegt werden.

(2) [1]Die Fördermittel sind so zu bemessen, daß sie die förderungsfähigen und unter Beachtung betriebswirtschaftlicher Grundsätze notwendigen Investitionskosten einschließlich des investiven Nachholbedarfs decken.

§ 23 Pauschale Förderung

(1) [1]Durch feste jährliche Beträge (Jahrespauschalen) werden auf Antrag des Krankenhausträgers von den Ländern gefördert

1. die Instandhaltung und Instandsetzung der Anlagegüter des Krankenhauses,
2. die Wiederbeschaffung, Ergänzung, Nutzung und Mitbenutzung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren,
3. kleine Baumaßnahmen nach § 22 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, wenn die Anschaffungsoder Herstellungskosten für das einzelne Vorhaben 100 000 DM ohne Umsatzsteuer nicht übersteigen.

[2]Der Krankenhausträger kann mit der Jahrespauschale im Rahmen der Zweckbindung der Fördermittel nach Satz 1 frei wirtschaften. [3]Soweit er damit die Anschaffung, Nutzung oder Mitbenutzung medizinisch-technischer Großgeräte finanzieren will, bedarf es hierzu der vorherigen Zustimmung der zuständigen Landesbehörden; § 10 bleibt unberührt.

(2) [1]Die Fördermittel nach Absatz 1 betragen jährlich für jedes nach § 8 Abs. 1 als förderungsfähig und bedarfsnotwendig anerkannte Krankenhausbett (Planbett) bei Krankenhäusern

1. der Grundversorgung (Orts- und Stadtkrankenhäuser) 8 000 DM,
2. der Regelversorgung (Kreiskrankenhäuser und Kreiskrankenhäuser mit erweiterter Aufgabenstellung) 10 000 DM,
3. der Schwerpunktversorgung (Bezirkskrankenhäuser) 15 000 DM.
4. der Zentralversorgung (Fachkrankenhäuser) 15 000 DM.

[2]Abweichend von Satz 1 kann ein anderer Betrag festgesetzt werden, soweit dies wegen des Bau- oder Ausstattungszustandes oder zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses unter Berücksichtigung seiner im Krankenhausplan bestimmten Aufgaben notwendig oder ausreichend ist; § 22

Abs. 2 gilt entsprechend. [3]Die Pauschalbeträge sind in regelmäßigen Abständen an die Entwicklung anzupassen.
(3) [1]Freigemeinnützige und private Krankenhäuser sind von der zuständigen Landesbehörde auf Antrag ihrer Träger für Zwecke dieser Vorschrift entsprechend ihrer Aufgabenstellung einer Krankenhausgruppe nach Absatz 2 Satz 1 zuzuordnen.

§ 24 Vorläufige Krankenhausförderliste
(1) [1]Soweit und solange nach Inkrafttreten dieses Gesetzes in einem Land ein Krankenhausplan oder ein Investitionsprogramm nach § 6 noch nicht aufgestellt ist, tritt an deren Stelle für die Anwendung des § 8 die Feststellung der zuständigen Landesbehörde, daß die Voraussetzungen für eine Förderung nach den §§ 22 und 23 vorliegen (vorläufige Krankenhausförderliste).
(2) [1]In die vorläufige Krankenhausförderliste sind auf Antrag ihrer Träger alle öffentlichen, freigemeinnützigen, privaten und sonstigen Krankenhäuser aufzunehmen, die am 30. Juni 1990 in Betrieb waren, soweit sie für eine ausreichende stationäre Versorgung der Bevölkerung erforderlich sind.
(3) [1]Mit den Landesverbänden der Krankenkassen, den Verbänden der Ersatzkassen, dem Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung sowie mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder den Vereinigungen der Krankenhausträger im Lande gemeinsam sind bei der Aufstellung der Krankenhausförderliste einvernehmliche Regelungen anzustreben. [2]Das betroffene Krankenhaus ist anzuhören.

§ 25 Nicht oder teilweise geförderte Krankenhäuser
[1]Krankenhäuser, deren Investitionskosten nicht oder nur teilweise öffentlich gefördert werden, erhalten von den Sozialleistungsträgern und anderen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern keine höheren Pflegesätze als vergleichbare voll geförderte Krankenhäuser in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet.

§ 26 Vorsorge- oder Rehabilitations- Einrichtungen
(1) [1]Die §§ 22 und 23 gelten entsprechend für Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages

genannten Gebiet, die am 30. Juni 1990 in Betrieb waren, soweit sie für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung mit stationären oder teilstationären medizinischen Leistungen zur Vorsorge oder Rehabilitation einschließlich der Anschlußheilbehandlung notwendig sind.
(2) [1]Die in § 23 genannten Jahrespauschalen sind unter Beachtung des § 22 Abs. 2 ohne Anknüpfung an Bettenzahlen nach dem Versorgungsauftrag sowie dem Bau- und Ausstattungszustand der einzelnen Einrichtung zu bemessen.
(3) [1]Die nach Absatz 1 förderungsfähigen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen werden auf Antrag ihrer Träger im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen sowie im Benehmen mit dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger in eine Förderliste aufgenommen; § 8 Abs. 1 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

5. Abschnitt Sonstige Vorschriften

§ 27 Zuständigkeitsregelung

[1]Die in diesem Gesetz den Landesverbänden der Krankenkassen zugewiesenen Aufgaben nehmen für die Ersatzkassen die nach § 212 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gebildeten Verbände, für die knappschaftliche Krankenversicherung die Bundesknappschaft und für die Krankenversicherung der Landwirte die örtlich zuständigen landwirtschaftlichen Krankenkassen wahr.

§ 28 Auskunftspflicht und Statistik

(1) [1]Die Träger der nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Krankenhausbehandlung zugelassenen Krankenhäuser und die Sozialleistungsträger sind verpflichtet, dem Bundesminister für Gesundheit sowie den zuständigen Behörden der Länder auf Verlangen Auskünfte über die Umstände zu erteilen, die für die Beurteilung der Bemessung und Entwicklung der Pflegesätze nach diesem Gesetz benötigt werden. [2]Unter die Auskunftspflicht fallen insbesondere die personelle und sachliche Ausstattung sowie die Kosten der Krankenhäuser, die im Krankenhaus in Anspruch

genommenen stationären und ambulanten Leistungen sowie allgemeine Angaben über die Patienten und ihre Erkrankungen. [3]Die zuständigen Landesbehörden können darüber hinaus von den Krankenhausträgern Auskünfte über Umstände verlangen, die sie für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben bei der Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung nach diesem Gesetz benötigen.

(2) [1]Die Bundesregierung wird ermächtigt, für Zwecke dieses Gesetzes durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates jährliche Erhebungen über Krankenhäuser einschließlich der in den §§ 3 und 5 genannten Krankenhäuser und Einrichtungen als Bundesstatistik anzuordnen. [2]Die Bundesstatistik kann folgende Sachverhalte umfassen:

1. Art des Krankenhauses und der Trägerschaft,
2. im Krankenhaus tätige Personen nach Geschlecht, Beschäftigungsverhältnis, Tätigkeitsbereich, Dienststellung, Aus- und Weiterbildung,
3. sachliche Ausstattung und organisatorische Einheiten des Krankenhauses,
4. Kosten nach Kostenarten,
5. in Anspruch genommene stationäre und ambulante Leistungen,
6. Patienten nach Alter, Geschlecht, Wohnort, Erkrankungen nach Hauptdiagnosen,
7. Ausbildungsstätten am Krankenhaus.

[3]Auskunftspflichtig sind die Krankenhausträger gegenüber den statistischen Ämtern der Länder; die Rechtsverordnung kann Ausnahmen von der Auskunftspflicht vorsehen. [4]Die Träger der nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Krankenhausbehandlung zugelassenen Krankenhäuser teilen die von der Statistik umfaßten Sachverhalte gleichzeitig den für die Krankenhausplanung und -finanzierung zuständigen Landesbehörden mit. [5]Dasselbe gilt für die Träger der nach § 111 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Vorsorge- oder Rehabilitationsbehandlung zugelassenen Einrichtungen.

(3) [1]Die Befugnis der Länder, zusätzliche, von Absatz 2 nicht erfaßte Erhebungen über Sachverhalte des Gesundheitswesens als Landesstatistik anzuordnen, bleibt unberührt.

§ 29 Übergangsvorschriften
(1) [1]Bis zum Inkrafttreten des Landesrechts nach § 6 Abs. 3, § 7 Abs. 2 und § 11 gelten die entsprechenden Vorschriften des Zweiten Abschnitts sowie die Abgrenzungsverordnung vom 5. Dezember 1977 (BGBl. 1 S. 2355) in der bis zum 31. Dezember 1984 geltenden Fassung weiter. Bewilligungen von Fördermitteln, die vor Inkrafttreten des Landesrechts erteilt worden sind, werden nach den der Bewilligung zugrunde liegenden Vorschriften abgewickelt.
(2) [1]Ab dem 1. Januar 1985 sind die Aufwendungen für die Förderung nach diesem Gesetz allein von den Ländern zu tragen. [2]Über die in den Jahren 1983 und 1984 in Anspruch genommenen Finanzhilfen findet eine Abrechnung zwischen Bund und Ländern nicht statt.

§ 30 Darlehen aus Bundesmitteln
[1]Lasten aus Darlehen, die vor der Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan für förderungsfähige Investitionskosten aus Bundesmitteln gewährt worden sind, werden auf Antrag des Krankenhausträgers erlassen, soweit der Krankenhausträger vor dem 1. Januar 1985 von diesen Lasten nicht anderweitig freigestellt worden ist und solange das Krankenhaus in den Krankenhausplan aufgenommen ist. [2]Für die in § 2 Nr. 1 a genannten Ausbildungsstätten gilt Satz 1 entsprechend.

§ 31 Berlin-Klausel (aufgehoben)

§ 32 (Inkrafttreten)

Auszüge aus dem SGB V

§ 39 Krankenhausbehandlung

(1) Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115a) sowie ambulant (§ 115b) erbracht. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108), wenn die Aufnahme 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.

(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 Verbände der Ersatzkassen, die Bundesknappschaft und die See-Krankenkasse 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.

Grundsätzlicher Vorrang der ambulanten, teilstationären und vor- und nachstationären Behandlung vor der stationären Behandlung

Verpflichtung des aufnehmenden Krankenhauses, die Indikation der stationären Behandlung zu prüfen

Zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V :
1.Hochschulkliniken
2.Krankenhäuser lt. Bedarfsplan
3.Krankenhäuser mit Versorgungsverträgen

Verzeichnis zum Vergleich der Leistungen und Entgelte der zugelassenen Krankenhäuser, zugänglich für Vertragsärzte und GKV-Versicherte.

Verpflichtung der Krankenkassen, bei der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen darauf hinzu-
wirken, dass das o. g. Verzeichnis beachtet wird.

§ 63 Grundsätze

(1) Die Krankenkasse und ihre Verbände können im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung durchführen oder nach § 64 vereinbaren.

(2) Die Krankenkassen können Modellvorhaben zu Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten sowie zur Krankenbehandlung, die nach den Vorschriften dieses Buches oder auf Grund hiernach getroffener Regelungen keine Leistungen der Krankenversicherung sind, durchführen oder nach § 64 vereinbaren.

(3) Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben nach Absatz 1 kann von den Vorschriften des Vierten Kapitels dieses Buches und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen abgewichen werden; der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt entsprechend. Gegen diesen Grundsatz wird insbesondere für den Fall nicht verstoßen, daß durch ein Modellvorhaben entstehende Mehraufwendungen durch nachzuweisende Einsparungen auf Grund der in dem Modellvorhaben vorgesehenen Maßnahmen ausgeglichen werden. Einsparungen nach Satz 2 können, soweit sie die Mehraufwendungen überschreiten, auch an die an einem Modellvorhaben teilnehmenden Versicherten weitergeleitet werden.

(4) Gegenstand von Modellvorhaben nach Absatz 2 können nur solche Leistungen sein, über deren Eignung als Leistung der Krankenversicherung die Bundesausschüsse nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 **oder der Ausschuss nach § 137 c Abs. 2 im Rahmen der Beschlüsse nach § 137 c Abs. 1** keine ablehnende Entscheidung getroffen haben. Fragen der biomedizinischen Forschung sowie Forschungen zur Entwicklung und Prüfung von Arzneimitteln und Medizinprodukten können nicht Gegenstand von Modellvorhaben sein.

(5) Ziele, Dauer, Art und allgemeine Vorgaben zur Ausgestaltung von Modellvorhaben sowie die Bedingungen für die Teilnahme von Versicherten sind in der Satzung festzulegen. Die Modellvorhaben sind im Regelfall auf

Modellvorhaben (MOVO)

Auch Leistungen zur Prophylaxe und Behandlung, die sonst nicht zum Leistungsspektrum der GKV gehören, können vereinbart werden.

Keine Bindung an bestehende Regelwerke (Krankenhaus-finanzierungsgesetz, EBM) zur Honorierung von Modell-vorhaben

Aber : Beitragssatzstabilität! Einsparungen evtl. an anderer Stelle

Bonus für Versicherte, die am MOVO teilnehmen.

Ausschluß von Leistungen, die im dafür zuständigen Bundesausschuß als nicht zu Lasten der GKV erbringbar festgelegt wurden.

Satzung von MOVOs

Befristung von MOVOs auf max. 8 J.

längstens acht Jahre zu befristen. Verträge nach § 64 Abs. 1 sind den für die Vertragsparteien zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen.
(6) Modellvorhaben nach den Absätzen 1 und 2 können auch von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden vereinbart werden. Die Vorschriften dieses Abschnitts gelten entsprechend.

§ 64 Vereinbarungen mit Leistungserbringern
(1) Die Krankenkassen und ihre Verbände können mit den in der gesetzlichenKrankenversicherung zugelassenen Leistungserbringern oder Gruppen von Leistungserbringern Vereinbarungen über die Durchführung von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 oder 2 schliessen. Soweit die ärztliche Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung betroffen ist, können sie nur mit einzelnen Vertragsärzten, mit Gemeinschaften dieser Leistungserbringer oder mit Kassenärztlichen Vereinigungen Verträge über die Durchführung von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 oder 2 schließen.
(2) **Die Spitzenverbände der Krankenkassen können mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in den Bundesmantelverträgen Grundsätze zur Durchführung von Modellvorhaben mit Vertragsärzten vereinbaren.** Dabei können Regelungen zu den Voraussetzungen und Bedingungen für die Teilnahme von Vertragsärzten sowie zur Festlegung einer Höchstzahl der zu beteiligenden Ärzte getroffen werden. **(..)**
(3) Werden in einem Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 Leistungen außerhalb der für diese Leistungen geltenden Gesamtvergütungen oder Budgets nach den §§ 84 und 85 oder außerhalb der Krankenhausbudgets vergütet, sind die Gesamtvergütungen oder Budgets, in denen die Ausgaben für diese Leistungen enthalten sind, entsprechend der Zahl **und der Risikostruktur** der am Modellvorhaben teilnehmenden Versicherten im Verhältnis zur Gesamtzahl der Versicherten zu verringern; die Budgets der teilnehmenden Krankenhäuser sind dem geringeren Leistungsumfang anzupassen. Kommt eine Einigung der zuständigen Vertragsparteien über die Verringerung der Gesamtvergütungen oder Budgets nach Satz 1 nicht zustande, können auch die Krankenkassen oder **ihre** Verbände, die Vertragspartner der Vereinbarung

MOVO auch möglich im Rahmen der Gesamtversorgung

MOVO - Verträge zwischen:
GKV'en
und:
einzelnen Vertragsärzten
Gruppen von Vertragsärzten
Einzelnen Krankenhäusern
Gruppen von Krankenhäusern
oder auch:
Kassenärztlichen Vereinigungen

Grundsätze (Rahmenvereinbarung) für MOVO's in den Bundesmantelverträgen möglich
(liegen z. Zt. nicht vor)

nach Absatz 1 sind, das Schiedsamt nach § 89 oder die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes anrufen. Vereinbaren alle gemäß § 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes an der Pflegesatzvereinbarung beteiligten Krankenkassen gemeinsam ein Modellvorhaben, das die gesamten mit dem Budget nach § 12 der Bundespflegesatzverordnung vergüteten Leistungen eines Krankenhauses für Versicherte erfaßt, sind die vereinbarten Entgelte für alle Benutzer des Krankenhauses einheitlich zu berechnen.
(4) Die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 können Modellvorhaben zur Vermeidung einer unkoordinierten Mehrfachinanspruchnahme von Vertragsärzten durch die Versicherten durchführen. Sie können vorsehen, daß der Vertragsarzt, der vom Versicherten weder als erster Arzt in einem Behandlungsquartal noch mit Überweisung noch zur Einholung einer Zweitmeinung in Anspruch genommen wird, von diesem Versicherten verlangen kann, daß die bei ihm in Anspruch genommenen Leistungen im Wege der Kostenerstattung abgerechnet werden.

§ 65 Auswertung der Modellvorhaben

Die Krankenkassen oder ihre Verbände haben eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 oder Abs. 2 nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards zu veranlassen. Der von unabhängigen Sachverständigen zu erstellende Bericht über die Ergebnisse der Auswertung ist zu veröffentlichen.

Grundsätzlich Wissenschaftliche Begleitforschung

§ 65 a Versichertenbonus in der hausärztlichen Versorgung

Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen ein Versicherter, der sich verpflichtet, vertragsärztliche Leistungen außerhalb der hausärztlichen Versorgung nur auf Überweisung des von ihm gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen, Anspruch auf einen Bonus hat. In der Satzung kann bestimmt werden, welche Facharztgruppen ohne Überweisung in Anspruch genommen werden können. Die Höhe des Bonus richtet sich nach den erzielten Einsparungen.

Primärarztmodell kann im Rahmen von MOVO durch Satzung der KK eingeführt werden

Bonuszahlung an Patient bei Einsparungen durch Modellversuche

§ 65b Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung

(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen fördern mit jährlich insgesamt 10 Millionen Deutsche Mark je Kalenderjahr im Rahmen von Modellvorhaben gemeinsam und einheitlich Einrichtungen zur Verbraucher- oder Patientenberatung, die sich die gesundheitliche Information, Beratung und Aufklärung von Versicherten zum Ziel gesetzt haben und die von den Spitzenverbänden als förderungsfähig anerkannt wurden. Die Förderung einer Einrichtung zur Verbraucher- oder Patientenberatung setzt deren Nachweis über ihre Neutralität und Unabhängigkeit voraus. § 63 Abs. 5 Satz 2 und § 65 gelten entsprechend.

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben die Fördermittel nach Absatz 1 Satz 1 durch eine dem Anteil der Mitglieder ihrer Kassenart an der Gesamtzahl aller Mitglieder der Krankenkassen entsprechende Umlage aufzubringen. Das Nähere zur Vergabe der Fördermittel vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich.

Unabhängige Patientenberatungsstellen
10 Millionen DM/a Förderung

Neutralität der Patientenberatungsstellen

§ 66 Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern

Die Krankenkassen können die Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind und nicht nach § 116 des Zehnten Buches auf die Krankenkassen übergehen, unterstützen.

§§ 67 u. 68 (aufgehoben)

§ 73 Kassenärztliche Versorgung

Hier nicht wiedergegeben.

Neu: Grundsätzliche Trennung der Versorgungsbereiche
Hausärzte / Fachärzte

§ 73a Strukturverträge

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen können mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen in den Verträgen nach § 83 Versorgungs- und Vergütungsstrukturen vereinbaren, die dem vom Versicherten gewählten Hausarzt oder einem von ihm gewählten Verbund haus- und fachärztlich tätiger Vertragsärzte (vernetzte Praxen) Verantwortung für die Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung sowie der ärztlich verordneten oder veranlaßten Leistungen insgesamt oder für inhaltlich definierte Teilbereiche dieser Leistungen übertragen;
§ 71 Abs. 1 gilt. Sie können für nach Satz 1 bestimmte Leistungen ein Budget vereinbaren. Das Budget umfaßt Aufwendungen für die von beteiligten Vertragsärzten erbrachten Leistungen; in die Budgetverantwortung können die veranlaßten Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel sowie weitere Leistungsbereiche einbezogen werden. Für die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen können die Vertragspartner von den nach § 87 getroffenen Leistungsbewertungen abweichen. Die Teilnahme von Versicherten und Vertragsärzten ist freiwillig.
(2) Die Vertragspartner der Verträge nach § 82 Abs. 1 können Rahmenvereinbarungen zum Inhalt und zur Durchführung der Vereinbarungen nach Absatz 1 treffen, die von den Vertragspartnern nach Absatz 1 unter Berücksichtigung regionaler Bedürfnisse ausgestaltet werden können. Sie schaffen in den Bestimmungen der Bundesmantelverträge die Voraussetzungen zur Durchführung der Verträge nach Absatz 1.

Verträge nach § 83 = Verträge über die Gesamtvergütung

Nur mit Hausarzt Beteiligung

Netzstruktur (evtl.mit eigener Budgetverantwortung)
entweder Teilbereiche der Versorgung
oder
volles Leistungsspektrum aller ambulanten Leistungen
Einbeziehung Arznei- und Heilmittel möglich

Abweichung vom § 87 (EBM) zulässig

Teilnahme für Ärzte freiwillig
Teilnahme für Patienten freiwillig

Vereinbarung über Rahmenbedingungen möglich,
jedoch nicht vorgeschrieben
liegen zur Zeit nicht vor.

§ 102 Bedarfszulassung

Ab 1. Januar **2003** erfolgt die Zulassung auf Grund von Verhältniszahlen, die gesetzlich festgelegt werden. Die Festlegung der Verhältniszahlen erfolgt arztgruppenbezogen und regelt das Verhältnis von Hausärzten und Fachärzten. Die Bundesausschüsse haben in Richtlinien Kriterien für die Anwendung der Verhältniszahlen auf ärztliche Zusammenschlüsse zu bearbeiten. Auf der Grundlage dieser Kriterien kann die Bildung von ärztlichen Zusammenschlüssen bei der Entscheidung über Zulassungen gefördert werden. Zulassungsanträge von Ärzten, die zu einer Überschreitung der Verhältniszahl nach Satz 1 führen würden, sind vom Zulassungsausschuß abzulehnen, es sei denn, der Bedarfsplan für das jeweilige Versorgungsgebiet sieht ausnahmsweise die Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze vor, soweit diese zur Wahrung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung in einem Versorgungsbereich unerläßlich sind.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit hat bis zum 31. Dezember 2001 durch Beauftragung eines geeigneten wissenschaftlichen Instituts die erforderliche Datengrundlage für die Bedarfszulassung nach gesetzlich festzulegenden Verhältniszahlen nach Absatz 1 erstellen zu lassen.

Neue Basis für die Berechnung der Verhältniszahlen auf wissenschaftlicher Basis.
Diese Zahlen drücken das Verhältnis der Arztzahl einer Arztgruppe zur Bevölkerungszahl innerhalb eines Plangebietes aus.

Bisher sind die Verhältniszahlen rein statistisch festgelegt.

Eine Überschreitung der Verhältniszahlen um 110% führt zu einer Zulassungssperre dieses Fachgebietes.

Die anderen Bestimmungen des SGB V zur Bedarfsplanung bleiben bestehen

§ 115b Ambulantes Operieren im Krankenhaus

(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam, die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren

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

2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte und

3. Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit.

In der Vereinbarung nach Satz 1 Nr. 1 sind bis zum 31. Dezember 2000 die ambulant durchführbaren Operationen und stationsersetzenden Eingriffe gesondert zu benennen, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, und allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. In der Vereinbarung sind die Qualitätsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2, die Vereinbarungen nach § 137 Abs. 1 und die Richtlinien nach § 136 a und § 136 b Abs. 1 und 2 zu berücksichtigen, sowie Vergütungsabschläge für Krankenhäuser und Vertragsärzte zu bestimmen, die ihre Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht einhalten.

(2) Die Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog genannten Operationen **und stationsersetzenden Eingriffe** zugelassen. Hierzu bedarf es einer Mitteilung des Krankenhauses an die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der 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 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.

„Dreiseitige Verträge“

Die derzeit gültigen „Dreiseitigen Verträge“
(nach § 115b SGB V) sind zu finden ab S. 88

Katalog ambulant durchführbarer Operationen als Zwangskatalog. Das heißt Eingriffe die auf dieser Liste erscheinen dürfen in der Regel nur ambulant durchgeführt werden.

Ausnahmetatbestände:
Definition, unter welchen Umständen Eingriffe dieses Kataloges doch stationär erbracht werden dürfen.

Frist: 31. Dezember 2000
(sonst Schiedsamt)

Verpflichtung zur Qualitätssicherung

Recht der zugelassenen Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung im Rahmen ambulanter Operationen.

(3) Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht zu Stande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das Bundesschiedsamt nach § 89 Abs. 4 festgesetzt. Dieses wird hierzu um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft in der gleichen Zahl erweitert, wie sie jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vorgesehen ist (erweitertes Bundesschiedsamt). Das erweiterte Bundesschiedsamt beschließt mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder. § 112 Abs. 4 gilt entsprechend.

(4) Bis zum Inkrafttreten einer Regelung nach Absatz 1 oder 3, jedoch längstens bis zum 31. Dezember 1994, sind die Krankenhäuser zur Durchführung ambulanter Operationen auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (§ 87) berechtigt. Hierzu bedarf es einer Mitteilung des Krankenhauses an die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuß (§ 96), in der die im Krankenhaus ambulant durchführbaren Operationen bezeichnet werden; Absatz 2 Satz 2 zweiter Halbsatz gilt entsprechend. Die Vergütung richtet sich nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab mit den für die Versicherten geltenden Vergütungssätzen. Absatz 2 Satz 4 und 5 gilt entsprechend.

(5) 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.

§ 116 Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte

Krankenhausärzte mit abgeschlossener Weiterbildung können mit Zustimmung des Krankenhausträgers vom Zulassungsausschuß (§ 96) zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Krankenhausärzten nicht sichergestellt wird.

Persönliche Ermächtigung (siehe S. 7)

Ermächtigung nur aus Sicherstellungsgründen

§ 117 Polikliniken

(1) Der Zulassungsausschuß (§ 96) ist verpflichtet, die poliklinischen Institutsambulanzen der Hochschulen (Polikliniken) auf Verlangen ihrer Träger zur ambulanten ärztlichen Behandlung der Versicherten und der in § 75 Abs. 3 genannten Personen zu ermächtigen. Die Ermächtigung ist so zu gestalten, daß die Polikliniken die Untersuchung und Behandlung der in Satz 1 genannten Personen in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang durchführen können. Das Nähere zur Durchführung der Ermächtigung regeln die Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich durch Vertrag mit den Trägern der Hochschulkliniken.

(2) Absatz 1 gilt entsprechend für die Ermächtigung poliklinischer Institutsambulanzen an Psychologischen Universitätsinstituten im Rahmen des für Forschung und Lehre erforderlichen Umfangs und an Ausbildungsstätten nach
§ 6 des Psychotherapeutengesetzes zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung der Versicherten und der in § 75 Abs. 3 genannten Personen in Behandlungsverfahren, die vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen nach § 92 Abs. 6a anerkannt sind, sofern die Krankenbehandlung unter der Verantwortung von Personen stattfindet, die die fachliche Qualifikation für die psychotherapeutische Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen. Im Rahmen der Ermächtigung poliklinischer Institutsambulanzen an Psychologischen Universitätsinstituten sind Fallzahlbegrenzungen vorzusehen. Für die Vergütung gilt § 120 entsprechend.

Berechtigung der Polikliniken (Hochschulambulanzen)
zur ambulanten Leistungserbringung
ohne
Bedarfsprüfung
Poliklinikverträge auf Landesebene

§ 120 Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen

(1) Die im Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen der ermächtigten Krankenhausärzte, Polikliniken und sonstiger ermächtigter ärztlich geleiteter Einrichtungen werden nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet. Die mit diesen Leistungen verbundenen allgemeinen Praxiskosten, die durch die Anwendung von ärztlichen Geräten entstehenden Kosten sowie die sonstigen Sachkosten sind mit den Gebühren abgegolten, soweit in den einheitlichen Bewertungsmaßstäben nichts Abweichendes bestimmt ist. Die den ermächtigten Krankenhausärzten zustehende Vergütung wird für diese vom Krankenhausträger mit der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet und nach Abzug der anteiligen Verwaltungskosten sowie der dem Krankenhaus nach Satz 2 entstehenden Kosten an die berechtigten Krankenhausärzte weitergeleitet.

(2) Die Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpädiatrischen Zentren werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Die Vergütung wird von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam mit den Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land vereinbart. Sie muß die Leistungsfähigkeit der Institutsambulanzen und der Zentren bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten.

(3) Die Vergütung der Leistungen der Polikliniken, der psychiatrischen Institutsambulanzen, der sozialpädiatrischen Zentren und sonstiger ermächtigter ärztlich geleiteter Einrichtungen kann pauschaliert werden. Bei den öffentlich geförderten Krankenhäusern ist die Vergütung nach Absatz 1 um einen Investitionskostenabschlag von 10 vom Hundert, bei den Polikliniken zusätzlich um einen Abschlag von 20 vom Hundert für Forschung und Lehre zu kürzen.

§ 295 Abs. 1 gilt entsprechend. Das Nähere über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen und der erforderlichen Vordrucke wird für die psychiatrischen Institutsambulanzen und sozial-pädiatrischen Zentren von den Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 2, für die Polikliniken und sonstigen ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen von den Vertragsparteien nach

Honorierung ambulanter Leistungen nach EBM

Pauschalhonorierung bei Polikliniken möglich.

§ 83
Abs. 1 Satz 1 vereinbart.
(4) Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 2 ganz oder teilweise nicht zustande, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei die Vergütung fest.
(5) Beamtenrechtliche Vorschriften über die Entrichtung eines Entgelts bei der Inanspruchnahme von Einrichtungen, Personal und Material des Dienstherrn oder vertragliche Regelungen über ein weitergehendes Nutzungsentgelt, das neben der Kostenerstattung auch einen Vorteilsausgleich umfaßt, und sonstige Abgaben der Ärzte werden durch die Absätze 1 bis 4 nicht berührt.

Neunter Abschnitt Sicherung der Qualität der Leistungserbringung

§ 135 Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

(1) Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dürfen in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur erbracht werden, wenn die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen auf Antrag einer Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einer Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Spitzenverbandes der Krankenkassen in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 Empfehlungen abgegeben haben über

1. die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode sowie deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit - auch im Vergleich zu bereits zu Lasten der Krankenkassen erbrachte Methoden - nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse in der jeweiligen Therapierichtung,
2. die notwendige Qualifikation der Ärzte, die apparativen Anforderungen sowie Anforderungen an Maßnahmen der Qualitätssicherung, um eine sachgerechte Anwendung der neuen Methode zu sichern, und
3. die erforderlichen Aufzeichnungen über die ärztliche Behandlung.

Die Bundesausschüsse überprüfen die zu Lasten der Krankenkassen erbrachten vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Leistungen daraufhin, ob sie den Kriterien nach Satz 1 Nr. 1 entsprechen. Falls die Überprüfung ergibt, daß diese Kriterien nicht erfüllt werden, dürfen die Leistungen nicht mehr als vertragsärztliche oder vertragszahnärztliche Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden. **Die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen stimmen ihren**

Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen zur Überprüfung der zu Lasten der KK erbringbaren Leistungen

NUB-Ausschuß

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden Richtlinienkompetenz, auch zur Qualitätssicherung.

Arbeitsplan und die Bewertungsergebnisse nach Satz 2 mit dem Ausschuss Krankenhaus (§ 137 c) ab.

§ 135 a Verpflichtung zur Qualitätssicherung

(1) Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.

(2) Vertragsärzte, zugelassene Krankenhäuser sowie Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen sind nach Maßgabe der §§ 136 a, 136 b, 137 und 137 d verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern. Zugelassene Krankenhäuser, stationäre Vorsorgeeinrichtungen und stationäre Rehabilitationseinrichtungen sind nach Maßgabe der §§ 137 und 137 d verpflichtet, einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.

Allgemeine Verpflichtung zur Qualitätssicherung für die Leistungserbringer.

Verpflichtung zu einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung für Vertragsärzte und Krankenhäuser

Verpflichtung zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement für Krankenhäuser

§ 136 Qualitätsprüfung im Einzelfall

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen die Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen im Einzelfall durch Stichproben, deren Auswahl, Umfang und Verfahren im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Verbänden der Ersatzkassen festgelegt wird. Die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen entwickeln in Richtlinien nach § 92 Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der vertragsärztlichen Versorgung.
(2) Absatz 1 gilt auch für die im Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen.

§ 136 a Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen bestimmt für die vertragsärztliche Versorgung durch Richtlinien nach § 92

1. die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135 a Abs. 2 und

2. Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwendiger medizintechnischer Leistungen.

Vor der Entscheidung des Bundesausschusses über die Richtlinien ist der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

1. Richtlinienkompetenz der KV

Qualitätsprüfung im Einzelfall durch die KV'en, hierzu eigene Richtlinie siehe dazu Veröffentlichung im Deutschen Ärzteblatt 90, Heft 21 vom 28.05.93

Diese Richtlinie gilt auch für Krankenhäuser, die ambulante Leistungen (z. B. nach § 115b) erbringen.

2. Richtlinienkompetenz des Bundesausschusses

Entwicklung neuer Richtlinien für Vertragsärzte

- **Verpflichtung Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2**
- **Kriterien zur Indikationsstellung**
- **Kriterien zur Qualität in Diagnostik und Therapie**

Nachdem der alte § 136 weiterhin besteht, gibt es in Zukunft zwei nebeneinander bestehende Richtlinienkompetenzen, um den § 92 SGB V, auszufüllen. Nämlich durch die KV'en und durch den Bundesausschuß.

§ 137 Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern

(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung vereinbaren mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft unter Beteiligung der Bundesärztekammer sowie der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 zugelassene Krankenhäuser. Dabei sind die Erfordernisse einer sektor- und berufsgruppenübergreifenden Versorgung angemessen zu berücksichtigen; dazu ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Vereinbarungen nach Satz 1 regeln insbesondere

1. die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135 a Abs. 2 sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement,

2. Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der im Rahmen der Krankenhausbehandlung durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwendiger medizintechnischer Leistungen,

3. Grundsätze zur Einholung von Zweitmeinungen vor Eingriffen und

4. Vergütungsabschläge für zugelassene Krankenhäuser, die ihre Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht einhalten.

(2) Die Vereinbarungen nach Absatz 1 sind für zugelassene Krankenhäuser unmittelbar verbindlich. Sie haben Vorrang vor Verträgen nach § 112 Abs. 1, soweit diese keine ergänzenden Regelungen zur Qualitätssicherung enthalten. Verträge zur Qualitätssicherung nach § 112 Abs. 1 gelten bis zum Abschluss von Vereinbarungen nach Absatz 1 fort.

(3) Die Vereinbarungen nach Absatz 1 kommen durch Mehrheitsentscheidung der Vereinbarungspartner zustande. Die

Die §§ 137 – 137e befassen sich nur mit der stationären Versorgung und spielen zunächst einmal speziell für ambulante Operationen keine Rolle, sie sind jedoch der Vollständigkeit halber wiedergegeben.

Ortskrankenkassen einschließlich der See-Krankenkasse sind an dem Vertragsschluss mit drei Vertretern, die Ersatzkassen mit zwei Vertretern, die Betriebskrankenkassen, die Innungskrankenkassen, die landwirtschaftlichen Krankenkassen sowie die Bundesknappschaft mit je einem Vertreter, der Verband der privaten Krankenversicherung mit einem Vertreter, die Krankenhäuser mit zehn Vertretern beteiligt. Kommt in einem Vereinbarungsverfahren eine Mehrheitsentscheidung nicht zu Stande, wird auf Verlangen von mindestens drei Beteiligten nach Satz 2 ein weiterer stimmberechtigter unparteiischer Beteiligter hinzugezogen. Die Vertreter der Krankenkassen und des Verbandes der privaten Krankenversicherung gemeinsam sowie die Vertreter der Krankenhäuser gemeinsam haben jeweils das Vorschlagsrecht für den unparteiischen Beteiligten. Kommt eine Einigung über den unparteiischen Beteiligten nicht zu Stande, wird er durch Los bestimmt.

§ 137a **(aufgehoben)**

§ 137 b Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin

Die Bundesärztekammer, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe treffen insbesondere zur Sicherung der Einheitlichkeit der Qualifikations- und Qualitätssicherungsanforderungen Vorkehrungen zur gegenseitigen Abstimmung durch Bildung einer Arbeitsgemeinschaft. Diese hat hierzu den Stand der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen festzustellen, sich daraus ergebenden Weiterentwicklungsbedarf zu benennen, eingeführte Qualitätssicherungsmaßnahmen auf ihre Wirksamkeit

hin zu bewerten und Empfehlungen für eine an einheitlichen Grundsätzen ausgerichtete sowie sektoren- und berufsgruppenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen einschließlich ihrer Umsetzung zu erarbeiten. Sie erstellt in regelmäßigen Abständen einen Bericht über den Stand der Qualitätssicherung. Der Arbeitsgemeinschaft sind von ihren Mitgliedern vertragliche Vereinbarungen über die Qualität und die Qualitätssicherung auf Bundes - oder Landesebene vorzulegen. Zur Erfüllung ihrer Aufgaben kann die Arbeitsgemeinschaft weitere Organisationen, soweit deren Belange berührt sind, sowie Vertreter der Patienten hinzuziehen.

§ 137 c Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus

(1) Die Bundesärztekammer, die Bundesverbände der Krankenkassen, die Bundesknappschaft, die Verbände der Ersatzkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft überprüfen auf Antrag eines Spitzenverbandes der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder eines Bundesverbandes der Krankenhausträger Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden oder angewandt werden sollen, darauf hin, ob sie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich sind. Ergibt die Überprüfung, dass die Methode nicht den Kriterien nach Satz 1 entspricht, darf sie im Rahmen einer Krankenhausbehandlung zu Lasten der Krankenkassen nicht erbracht werden; die Durchführung klinischer Studien bleibt unberührt. Die Beteiligten nach Satz 1 stimmen Arbeitsplan und

Bewertungsergebnisse mit den für die Erstellung der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 und die Überprüfung der vertragsärztlichen und -zahnärztlichen Leistungen nach § 135 Abs. 1 Satz 2 zuständigen Bundesausschüssen ab.
(2) Die Beteiligten nach Absatz 1 Satz 1 bilden einen Ausschuss Krankenhaus. Der Ausschuss besteht aus drei Vertretern der Ortskrankenkassen, zwei Vertretern der Ersatzkassen, je einem Vertreter der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkassen und der knappschaftlichen Krankenversicherung, fünf Vertretern der Krankenhäuser, vier Vertretern der Bundesärztekammer sowie dem unparteiischen Vorsitzenden des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. Über den Vorsitzenden und seinen Stellvertreter sollen sich die Beteiligten nach Absatz 1 Satz 1 einigen. Kommt eine Einigung nicht zu Stande, werden sie durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit den Beteiligten nach Absatz 1 Satz 1 berufen. § 90 Abs. 3 Satz 1 und 2 gilt entsprechend. Die Beteiligten nach Absatz 1 vereinbaren das Nähere über die Bestellung, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für den Zeitaufwand der Ausschussmitglieder sowie über die Verteilung der Kosten; kommt eine Vereinbarung bis zum 31. August 2000 nicht zu Stande, bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit ihren Inhalt durch Rechtsverordnung. Die Aufsicht über die Geschäftsführung des Ausschusses führt das Bundesministerium für Gesundheit.

§ 137 e Koordinierungsausschuss

(1) Die Spitzenorganisationen, die die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen nach § 91 Abs. 1 und den Ausschuss Krankenhaus nach § 137 c Abs. 2 bilden, errichten als Arbeitsgemeinschaft einen Koordinierungsausschuss.

(2) Der Koordinierungsausschuss setzt sich aus den Vorsitzenden der Bundesausschüsse und dem Vorsitzenden des Ausschusses Krankenhaus, drei Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, zwei Vertretern der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, drei Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft, einem Vertreter der Bundesärztekammer, drei Vertretern der Ortskrankenkassen, zwei Vertretern der Ersatzkassen, je einem Vertreter der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkassen sowie der knappschaftlichen Krankenversicherung zusammen. Bei den Beschlüssen nach Absatz 3 wirken an Stelle der drei Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und zwei Vertreter der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung fünf Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit. Bei den Beschlüssen über die Empfehlungen nach Absatz 4 wirken nur die Vertreter der betroffenen Organisationen mit; das Nähere über die Zusammensetzung des Koordinierungsausschusses in diesen Fällen ist in der Geschäftsordnung zu regeln. Der Koordinierungsausschuss gibt sich eine Geschäftsordnung und führt die Geschäfte der Bundesausschüsse und des Ausschusses Krankenhaus. Er stellt das für die Geschäftsführung notwendige Personal ein. Über die Verteilung der Kosten haben die Spitzenorganisationen nach Absatz 1 eine Vereinbarung zu treffen. § 90 Abs. 3 Satz 1 und 2 gilt entsprechend.

(3) Der Koordinierungsausschuss

1. soll insbesondere auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien die Kriterien für eine im Hinblick auf das diagnostische und therapeutische Ziel ausgerichtete zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung für mindestens 10 Krankheiten pro Jahr beschliessen, bei denen Hinweise auf unzureichende, fehlerhafte oder übermäßige Versorgung bestehen und deren Beseitigung die Morbidität und Mortalität der Bevölkerung nachhaltig beeinflussen kann, und

2. gibt Empfehlungen zu den zur Umsetzung und Evaluierung der Kriterien nach Nummer 1 notwendigen Verfahren, insbesondere bezüglich der Dokumentation der Leistungserbringer.

Die Beschlüsse nach Satz 1 Nr. 1 sind für die Krankenkassen, die zugelassenen Krankenhäuser und die Vertragsärzte, mit Ausnahme der Vertragszahnärzte, unmittelbar verbindlich; § 94 gilt entsprechend. Der Koordinierungsausschuss gibt Empfehlungen für die Grundsätze zur Vergütung der Dokumentation. Zur Vorbereitung seiner Entscheidungen wird bei dem Koordinierungsausschuss eine sachverständige Stabsstelle

eingerichtet, die sich externen wissenschaftlichen Sachverstands bedienen kann.

(4) Der Koordinierungsausschuss gibt Empfehlungen in sonstigen sektorenübergreifenden Angelegenheiten der Bundesausschüsse und des Ausschusses Krankenhaus.

(5) Vor der Entscheidung des Koordinierungsausschusses über die Beschlüsse und Empfehlungen nach Absatz 3 Satz 1 ist den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen sowie den Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe, soweit deren Belange berührt sind, Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidungen einzubeziehen.

(6) Die Aufsicht über den Koordinierungsausschuss führt das Bundesministerium für Gesundheit. § 94 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

§ 140 a Integrierte Versorgung

(1) Integrierte Versorgungsformen auf Grund der Verträge nach den §§ 140 b und 140 d ermöglichen eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten. Das Versorgungsangebot und die Voraussetzungen seiner Inanspruchnahme ergeben sich aus dem Vertrag nach § 140 b und, soweit es die vertragsärztliche Versorgung einschließt, aus den Rahmenvereinbarungen nach § 140 d.

(2) Die Teilnahme der Versicherten an den integrierten Versorgungsformen ist freiwillig. Ein behandelnder Leistungserbringer darf aus der gemeinsamen Dokumentation nach § 140 b Abs. 3 die den Versicherten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde nur dann abrufen, wenn der Versicherte ihm gegenüber seine Einwilligung erteilt hat, die Information für den konkret anstehenden Behandlungsfall genutzt werden soll und der Leistungserbringer zu dem Personenkreis gehört, der nach § 203 des Strafgesetzbuches zur Geheimhaltung verpflichtet ist.

(3) Die Versicherten haben das Recht, von ihrer Krankenkasse umfassend über die Verträge zur integrierten Versorgung, die teilnehmenden Leistungserbringer, besondere Leistungen und vereinbarte Qualitätsstandards informiert zu werden. Dieses Recht besteht auch gegenüber den teilnehmenden Leistungserbringern und ihren Zusammenschlüssen.

§ 140 b Verträge zu integrierten Versorgungsformen

(1) Die Krankenkassen können mit den in Absatz 2 genannten Vertragspartnern Verträge über integrierte Versorgungsformen abschließen. Die Vertragspartner haben die Integrationsversorgung nach Maßgabe des Absatzes 4 und, soweit sie die vertragsärztliche Versorgung einschließt, der auf Grund von § 140 d getroffenen Rahmenvereinbarungen zu regeln. In den Verhandlungen über den Abschluss eines Vertrages nach Satz 1 können sich Vertragsärzte von ihrer Kassenärztlichen Vereinigung beraten lassen. Gemeinschaften zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Ärzte und Zahnärzte, die Vertragspartner nach Satz 1 sind, können mit der Verteilung der auf die

Vernetzung von Strukturen verschiedener Leistungssektoren als Möglichkeit

Teilnahme von Versicherten freiwillig

Gemeinsame Dokumentation der beteiligten Leistungserbringer

Vor Datenweitergabe (Schweigepflicht!) Einwilligung des Patienten erforderlich

Informationssystem über Leistungen und Qualität des Netzes für die Patienten

Verträge über Indikationsversorgung mit

- **Gruppen von Vertragsärzten**
- **Krankenhäusern, auch einzelnen**
- **Gruppen von Vertragsärzten und Krankenhäusern**
- **Kassenärztlichen Vereinigungen**

Die Teilnahmen der KV'en ist nicht zwingend vorgeschrieben, KV'en können allerdings auch Vertragspartner sein. Einflußnahme der KBV über die Rahmenbedingungen

Gemeinschaft entfallenden Vergütungen oder Vergütungsanteile ihre Kassenärztliche Vereinigung beauftragen.

(2) Die Verträge nach Absatz 1 können nur mit

- **Gemeinschaften zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Ärzte und Zahnärzte sowie einzelnen sonstigen an der Versorgung der Versicherten teilnehmenden Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften,**
- **Kassenärztlichen Vereinigungen,**
- **Trägern zugelassener Krankenhäuser, Trägern von stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, soweit mit ihnen ein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, Trägern von ambulanten Rehabilitationseinrichtungen oder deren Gemeinschaften,**
- **Gemeinschaften der vorgenannten Leistungserbringer,**

abgeschlossen werden.

(3) In den Verträgen nach Absatz 1 müssen sich die Vertragspartner der Krankenkassen zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten verpflichten. Die Vertragspartner haben die Erfüllung der Leistungsansprüche der Versicherten nach den §§ 2, 11 bis 62 in dem Maße zu gewährleisten, zu dem die Leistungserbringer nach diesem Kapitel verpflichtet sind. Insbesondere müssen die Vertragspartner die Gewähr dafür übernehmen, dass sie die organisatorischen, betriebswirtschaftlichen sowie die medizinischen und medizinisch-technischen Voraussetzungen für die vereinbarte integrierte Versorgung entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und des medizinischen Fortschritts erfüllen und eine an dem Versorgungsbedarf der Versicherten orientierte Zusammenarbeit zwischen allen an der Versorgung Beteiligten einschließlich der Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen und einer ausreichenden Dokumentation, die allen an der integrierten Versorgung Beteiligten im jeweils erforderlichen Umfang zugänglich sein muss, sicherstellen. Gegenstand des Versorgungsauftrags an die Vertragspartner der Krankenkassen nach Absatz 1 und 2 dürfen nur solche Leistungen sein, über deren Eignung als Leistung der Krankenversicherung die Bundesausschüsse nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 und der Ausschuss nach § 137

Verpflichtung zur Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung

Gemeinsames Informations- und Dokumentationssytem

Keine Leistungen, die nicht vom NUB–Ausschuß zugelassen sind

c Abs. 2 im Rahmen der Beschlüsse nach § 137 c Abs. 1 keine ablehnende Entscheidung getroffen haben.
(4) Die Verträge können Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen insoweit regeln, als die abweichende Regelung dem Sinn und der Eigenart der integrierten Versorgung entspricht, die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der integrierten Versorgung verbessert oder aus sonstigen Gründen zu ihrer Durchführung erforderlich ist. Wird in Folge einer Vereinbarung nach Satz 1 für das Krankenhaus ein Budget nach § 12 der Bundespflegesatzverordnung nicht vereinbart, sind die von den Krankenkassen gemeinsam mit dem Krankenhausträger in einem Vertrag nach Absatz 1 vereinbarten Entgelte für alle Benutzer des Krankenhauses einheitlich zu berechnen.

Möglichkeiten, andere Regelungen, als die des SGB V und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu vereinbaren. Dies gilt auch für die Honorierung.

§ 140 c Vergütung
(1) Die Verträge zur integrierten Versorgung legen die Vergütung fest. Aus der Vergütung für die integrierten Versorgungsformen sind sämtliche Leistungen, die von teilnehmenden Versicherten im Rahmen der einbezogenen Leistungen in Anspruch genommen werden, zu vergüten. Dies gilt auch für die Inanspruchnahme von Leistungen von nicht an der integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern.
(2) Die Verträge zur integrierten Versorgung können die Übernahme der Budgetverantwortung insgesamt oder für definierte Teilbereiche (kombiniertes Budget) vorsehen. Die Zahl der teilnehmenden Versicherten und deren Risikostruktur sind zu berücksichtigen. Ergänzende Morbiditätskriterien sollen in den Vereinbarungen berücksichtigt werden.

Vergütungsregelung innerhalb des Netzes
Zahlungen an Leistungserbringer außerhalb des Netzes

Eigene Budgetverwaltung und –verantwortung möglich

§ 140 d Rahmenvereinbarungen zur integrierten Versorgung

(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich schließen mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen im Rahmen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung nach § 75 als Bestandteil der Bundesmantelverträge Rahmenvereinbarungen über die integrierte Versorgung nach § 140 a ab. Zu vereinbaren sind insbesondere:

1. Regelungen zum Inhalt und zu den Mindeststandards des Versorgungsauftrags der integrierten Versorgung,

2. Regelungen zu den Mindestanforderungen an die Qualitätssicherung bei der Übernahme eines Versorgungsauftrags auf der Basis der nach §§ 135 a, 136 a, 136 b und 137 e Abs. 3 bestimmten Richtlinien,

3. Regelungen über die inhaltlichen Voraussetzungen zur Teilnahme der Vertragsärzte an der integrierten Versorgung einschließlich der Festlegung von einer Mindest- oder Höchstzahl der teilnehmenden Vertragsärzte sowie Regelungen zur Einbeziehung der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1 Satz 2, wenn die integrierte Versorgung nach § 140 b Abs. 1 eine oder mehrere der in § 73 Abs. 2 Nr. 1, 3 bis 12 genannten Leistungen einschließt,

4. Regelungen zur Finanzierung der integrierten Versorgung und ihrer Vergütung sowie Regelungen zur rechnerischen Bereinigung der Gesamtvergütungen, die sicherstellen, dass Gesamtvergütungen entsprechend einem in den Rahmenvereinbarungen festzulegenden Maßstab bereinigt werden, soweit die budgetzugehörigen Leistungsbereiche Bestandteil der integrierten Versorgung geworden sind. Die Regelungen zur Vergütung und zur Bereinigung haben die Zahl und die Risikostruktur der Versicherten zu berücksichtigen. Ergänzende Morbiditätskriterien sollen berücksichtigt werden.

Rahmenvereinbarung für den ambulanten Bereich vorgeschrieben, als Bestandteil der Bundesmantelverträge.

Diese sollen regeln:

- **Versorgungsumfang des Netzes**
- **Mindestanforderung an Qualitätssicherung**
- **Größe des Netzes (Ober- und Untergrenze).**
- **Hausarzt Beteiligung, wenn Leistungen aus HA-EBM**
- **Finanzierungsregelung des Netzes**
- **Gegenrechnung des Netzbudgets gegen die Kassenärztliche Gesamtvergütung unter Berücksichtigung der Morbidität**

Problem, dass ein Netz das Morbiditätsrisiko oder zumindest einen Teil davon übernimmt.

(2) Die Vertragspartner haben die Rahmenvereinbarungen nach Absatz 1 bis zum 30. Juni 2000 zu treffen. Kommt bis zu diesem Zeitpunkt eine Rahmenvereinbarung ganz oder teilweise nicht zu Stande, setzt das Bundesschiedsamt mit der Mehrheit seiner Mitglieder den Vertragsinhalt innerhalb von drei Monaten fest.

§ 140 e Rahmenvereinbarungen mit den Spitzenorganisationen

Die Spitzenverbände der Krankenkassen können gemeinsam und einheitlich mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft eine Rahmenvereinbarung über den Inhalt und die Durchführung der integrierten Versorgung nach § 140 a schließen, soweit sie Leistungen der stationären Versorgung einschließt. Die Spitzenverbände der Krankenkassen können gemeinsam und einheitlich mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen von Leistungserbringern Rahmenvereinbarungen über den Inhalt und die Durchführung der integrierten Versorgung schließen.

Fristsetzung für die Rahmenvereinbarungen für ambulante Integrationsversorgung bis zum 31.06.2000

Rahmenvereinbarungen für stationäre Integrationsversorgung ohne Fristsetzung

Diese Rahmenvereinbarungen sind eine „Kann-Bestimmung“

§ 140 f Bereinigung, Ausgleiche

(1) Die Vertragspartner der Gesamtverträge nach § 85 haben die Gesamtvergütung unter Berücksichtigung der Rahmenvereinbarung nach
§ 140 d Abs. 1 Nr. 4 rechnerisch zu bereinigen.
(2) Die Vertragspartner der Vereinbarungen nach § 84 Abs. 1 haben das Arznei- und Heilmittelbudget rechnerisch zu bereinigen, soweit die integrierte Versorgung die Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln einschließt. Die Budgets sind entsprechend der Zahl und der Risikostruktur der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten zu verringern. Ergänzende Morbiditätskriterien sollen berücksichtigt werden.
(3) Schließt die integrierte Versorgung die Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln nicht ein, sind die Vertragspartner der Krankenkassen nach § 140 b Abs. 2 im Falle einer Überschreitung des Budgets nach § 84 Abs. 1 am Ausgleich der Budgetüberschreitung entsprechend des auf die integrierte Versorgung entfallenden Anteils an der Summe der vonden Krankenkassen nach § 85 gezahlten Gesamtvergütungen zu beteiligen.

Gegenrechnung des Integrationsbudget gegen das Arzneimittelbudget, wenn das Netz diesen Versorgungsbereich übernimmt.

Berücksichtigung der unterschiedlichen Morbidität.

§ 140 g Bonus in der integrierten Versorgung

Versicherten kann nach Maßgabe der Satzung der Krankenkasse ein Bonus gewährt werden, wenn sie die Teilnahmebedingungen mindestens ein Jahr eingehalten haben und die Versorgungsform zu Einsparungen geführt hat. Aus den erzielten Einsparungen kann die Krankenkasse auch einen mit den Vertragspartnern festzulegenden Anteil für die an der Versorgungsform beteiligten Leistungserbringer und zur Förderung der Versorgungsform verwenden. Das Nähere zu dem Anspruch der Vertragspartner auf den Anteil ist in den Vereinbarungen nach den §§ 140 b und 140 d zu regeln.

Bonus der Versicherten

§ 140 h Auswertung der integrierten Versorgung

Die Krankenkassen oder ihre Verbände können eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der integrierten Versorgung im Hinblick auf

Wissenschaftliche Begleitforschung möglich, nicht vorgeschrieben.

die Erreichung der Ziele der integrierten Versorgung nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards veranlassen.

Dreiseitige Verträge

Vertrag nach § 115 b Abs. 1 SGB V - ambulantes Operieren im Krankenhaus

zwischen 1. dem AOK-Bundesverband, dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen,
dem IKK-Bundesverband, der See-Krankenkasse, dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, der Bundesknappschaft, dem Verband der
Angestellten-Krankenkassen e.V. sowie dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
gemeinsam, und 2. der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie 3. der Kassenärztlichen
Bundesvereinigung, Köln

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

Grundsätze

Dieser Vertrag soll dazu dienen, einheitliche Rahmenbedingungen zur Durchführung
ambulanter Operationen einschließlich der notwendigen Anästhesien im niedergelassenen
Bereich und im Krankenhaus zu schaffen und die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Vertragsärzten und Krankenhäusern zu fördern.
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 §115b
SGB V zugelassenen Krankenhäuser gleichberechtigt diese Leistungen erbringen können.

§ 1 Zulassung von Krankenhäusern zum ambulanten Operieren

(I) Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog nach § 3
aufgeführten ambulanten Operationen in den Leistungsbereichen zugelassen, in denen sie
auch stationäre Krankenhausbehandlung erbringen. Hierzu bedarf es einer 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 Kataloges zu benennen.

§ 2 Zugang der Patienten zum ambulanten Operieren

(I) Ambulante Operationen sollen in der Regel auf Veranlassung eines niedergelassenen
Vertragsarztes unter Verwendung eines Überweisungsscheines durchgeführt werden. Der für
die Operation verantwortliche Arzt entscheidet über Art und Umfang der ambulanten
Operation. Dabei ist er verpflichtet, in jedem Einzelfall zu prüfen, ob Art und Schwere des
beabsichtigten Eingriffes unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes 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
vergewissem und dafür Sorge tragen, daß der Patient nach Entlassung aus der unmittelbaren
Betreuung des operierenden Arztes auch im häuslichen Bereich sowohl ärztlich, als ggf. auch
pflegerisch in qualifizierter Weise versorgt wird.
(2) Aus dem als Anlage zu diesem Vertrag beigefügten Katalog von ambulant durchführbaren Operationen (§ 3) kann nicht die Verpflichtung hergeleitet werden, daß die
dort aufgeführten Eingriffe ausschließlich ambulant zu erbringen sind. Dies muß allein der
fachlichen Abstimmung zwischen dem operierenden Arzt und dem Anästhesisten vorbehalten
bleiben und mit dem Patienten unter Abwägung seines häuslichen Umfeldes und unter
Beachtung des § 39 SGB V einvernehmlich abgesprochen sein.

§ 3 Katalog ambulant durchführbarer Operationen

Der Katalog ambulant durchführbarer Operationsleistungen besteht aus den im Einheitlichen
Bewertungsmaßstab (EBM) aufgeführten ambulanten Operationen und ambulanten
Anästhesien (Abschnitte B VI und B VII und entsprechende Leistungen aus den Abschnitten
B IX und B X EBM) in der jeweils gültigen Fassung. Die Vertragspartner beabsichtigen, den
Katalog bis zum 30. 6. 1993 zu überarbeiten.

§ 4 Präoperative Leistungen

(I) Zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen stellt der überweisende Arzt dem die
ambulante Operation durchführenden Arzt alle im Zusammenhang mit dem vorgesehenen
operativen Eingriff bedeutsamen Unterlagen zur Verfügung. Der Operateur/Anästhesist hat
diese Unterlagen bei seinen Entscheidungen mitzuverwerten. Werden bereits durchgeführte
Untersuchungen nochmals veranlaßt, sind diese nur in medizinisch begründeten Fällen von
den Kostenträgern zu vergüten. Diese Leistungen sind bei der Abrechnung zu kennzeichnen.
(2) Der die ambulante 0peration/ Anästhesie durchführende Krankenhausarzt 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 des § 6 abzurechnen.

(3) Handelt es sich um notwendige, fachgebietsbezogene Leistungen, die vom Krankenhaus
nicht erbracht werden können, hat der Krankenhausarzt den Patienten an einen
niedergelassenen Vertragsarzt dieses Fachgebiets, einen ermächtigten Krankenhausarzt,
eine ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung oder eine zugelassene Einrichtung zu
überweisen.
(4) Soweit es sich um notwendige, nicht fachgebietsbezogene Leistungen handelt, hat der
Krankenhausarzt den Patienten an einen niedergelassenen Vertragsarzt, einen ermächtigten
Krankenhausarzt, eine ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung oder eine zugelassene
Einrichtung des jeweiligen Fachbereiches zu überweisen.

§ 5 Postoperative Leistungen

Postoperative Leistungen, die erforderlich sind, um den Behandlungserfolg der im
Krankenhaus durchgeführten ambulanten Operationen zu sichern bzw. zu festigen, können
auch von fachlich verantwortlichen Krankenhausärzten durchgeführt werden. Die
Behandlungsdauer soll 14 Tage nicht überschreiten, ohne daß es einer erneuten
Überweisung bedarf. Im übrigen bleibt der Sicherstellungsauftrag für die vertragsärztliche
Versorgung unberührt.

§ 6 Vergütung

(I) Die im Katalog aufgeführten Leistungen und die nach den §§ 4 und 5 erbrachten
Leistungen werden auf der Grundlage des EBM nach den für die Versicherten geltenden
vertragsärztlichen Vergütungssätzen vergütet. Dies gilt nicht, wenn der Patient an demselben
Tag im unmittelbaren Zusammenhang mit der ambulanten Operation stationär aufgenommen wird. In diesem Fall erfolgt die Vergütung nach Maßgabe der Bundespflegesatzverordnung.
(2) Die Vorschriften zum Erlösabzug in der Bundespflegesatzverordnung finden Anwendung.
(3) Die Vertragsparteien werden bis spätestens Ende 1994 in geeigneten Fällen
Komplexgebühren für die Vergütung von operativen Leistungen und Nebenleistungen
vereinbaren.

§ 7 Unterrichtung des Vertragsarztes

Nach Durchführung der ambulanten Operation ist dem Versicherten eine für den
weiterbehandelnden Vertragsarzt bestimmte Kurzinformation mitzugeben, aus der die
Diagnose, Therapieangaben, angezeigte Rehabilitationsmaßnahmen sowie die Beurteilung
der Arbeitsfähigkeit hervorgeht.

§ 8 Arzneimittel, Verbandmittel, Hilfsmittel, Verbrauchsmaterialien

(I) Die für die Durchführung ambulanter Operationen im Krankenhaus einschließlich der für
die erforderlichen Vor- bzw. Nachuntersuchungen benötigten Arzneimittel, Verbandmittel,
Hilfsmittel und Verbrauchsmaterialien entsprechend der zutreffenden Sprechstundenbedarfsvereinbarungen werden vom Krankenhaus zur Verfügung gestellt. Für
die Versorgung mit Arzneimitteln gilt § 14 Abs. 4 Satz 2 des Apothekengesetzes. Die
Abrechnung der aufgeführten Mittel und Materialien erfolgt zwischen dem Krankenhaus und
den Krankenkassen. Die Einzelheiten der Abrechnung werden umgehend in einer
gesonderten Vereinbarung zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den
Spitzenverbänden der Krankenkassen geregelt.
(2) Ambulant operierten Patienten werden erforderliche Arzneimittel, Verbandmittel und
Hilfsmittel vom Krankenhaus mitgegeben. Dabei soll die mitgegebene Menge so bemessen
sein, daß die Versorgung des Patienten in der Regel für den Zeitraum von bis zu 3 Tagen
nach Durchführung der ambulanten Operation gesichert ist. Der Krankenhausarzt ist nicht
berechtigt, die aufgeführten Mittel auf Kassenrezepten zu verordnen.
(3) Die Vorschriften zum Erlösabzug in der Bundespflegesatzverordnung finden Anwendung.

§ 9 Arbeitsunfähigkeit

Ist der Patient bedingt durch die im Krankenhaus ambulant durchgeführte Operation
arbeitsunfähig, kann Arbeitsunfähigkeit vom Krankenhausarzt in der Regel bis zu 5 Tagen
bescheinigt werden.

§ 10 Transport des Patienten

Ist ein Krankentransport zu Lasten einer Krankenkasse nach Durchführung einer ambulanten
Operation notwendig, ist er von dem Krankenhausarzt unter Beachtung der Krankentransport-richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen
anzuordnen.

§ 11 Datenschutz und ärztliche Schweigepflicht

Die datenschutzrechtlichen Vorschriften und die ärztliche Schweigepflicht sind zu beachten.

§ 12 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.

§ 13 Facharztstandard

Ambulante Operationen werden nach Facharztstandard erbracht. Danach sind ambulante
Operationen nur von Fachärzten, unter Assistenz von Fachärzten oder unter deren
unmittelbarer Aufsicht und Weisung mit der Möglichkeit des unverzüglichen Eingreifens zu
erbringen.

§ 14 Vereinbarung von Qualitätssichenungsmaßnahmen

Die Vertragspartner werden bis zum 31. 12. 1993 ergänzend zu den Anforderungen des EBM
Maßnahmen zur Sicherung der Qualität beim ambulanten Operieren vereinbaren. Zur
Vorbereitung der Vereinbarung setzen die Partner eine Arbeitsgruppe ein.

§ 15 Maßnahmen zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit

Die Vertragspartner werden bis zum 31. 12. 1993 Maßnahmen zur Sicherung der
Wirtschaftlichkeit beim ambulanten Operieren in einer gesonderten Vereinbarung treffen.

§ 16 Beteiligung der Deutschen Krankenhausgesellschaft

Soweit über den Katalog nach § 3 und über die Bewertung der darin aufgeführten Leistungen
zu beraten ist, nehmen Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft an Sitzungen des
Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses teil.

§ 17 Abrechnungsverfahren

Die Leistungen und Nebenleistungen werden dem Krankenhaus von der für den Patienten
zuständigen Krankenkasse vergütet, sofern zwischen den Spitzenverbänden der
Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft nicht abweichende
Abrechnungsverfahren vereinbart werden.

§ 18 Datenübermittlung

Die zugelassenen Krankenhäuser haben den Krankenkassen die Daten nach § 301 SGB V zu
übermitteln, soweit dies für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen erforderlich ist.

§ 19 Geltung des Vertrages

(I) Der Vertrag tritt ab I. 4. 1993 in Kraft. Er kann mit einer Frist von einem Jahr jeweils zum
30. 6. oder 31. 12. eines jeden Jahres durch einen der drei Vertragspartner durch
eingeschriebenen Brief gekündigt werden.
(2) Die Partner erklären ihre Bereitschaft, innerhalb von 3 Monaten nach erfolgter Kündigung
an der Verabschiedung eines Anschlußvertrages mitzuwirken.

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

- RT-Vertrag
vom 1 . September 1993

zwischen
dem AOK-Bundesverband
dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen
dem IKK-Bundesverband See-Krankenkasse
dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen

der Bundesknappschaft
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 23.3.1993 einen Vertrag nach § 115 b Abs. 1 SGB V abgeschlossen (nachstehend "Vertrag" genannt). In diesem Vertrag wird u.a. in § 8 Abs. 1 und
Abs. 3 sowie § 17 bestimmt, daß die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Krankenkassen weitere Regelungstatbestände, insbesondere zum Abrechnungsverfahren, einer bilateralen Vereinbarung zu regeln haben. Der Erfüllung dieses Auftrages dient diese Vereinbarung.

§1 Behandlungsausweis

'Für den in § 2 Abs. 1 des Vertrages vorgesehenen Überweisungsschein ist der Vordruck "Muster 6" zu verwenden. Falls ein Versicherter ohne Überweisungsschein das Krankenhaus zur ambulanten Operation aufsucht, gilt der Krankenschein als Nachweis der Mitgliedschaft. In diesem Fall wird vom Krankenhaus ein Überweisungsschein ausgestellt, der Krankenschein verbleibt beim Patienten. Auf dem Überweisungsschein ist eine Kennzeichnung "Ambulante Operation im Krankenhaus" vorzunehmen.

§2 Krankenversichertenkarte

Spätestens ab 1 .1 .1995 gilt die Krankenversicherungskarte als weis der Mitgliedschaft.

§3 Punktwert

(1) 'Die nach § 6 Abs. 1 des Vertrages zu vergütenden Leistung werden nach einem Punktwert vergütet. Soweit die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen und Landeskrankenhausgesellschaften nichts Abweichendes ver einbaren, gelten jeweils die aktuellen Punktwerte der für den Versicherten ständigen KV.

(2) Abweichende Vereinbarungen über den Punktwert sowie die Abrechnung gem. § 4 sind bis 30.9. eines Jahres für das folgende Kalenderjahr zu treffen.

§ 4 Abrechnung

(1) Nach Abschluß des Falles einer "ambulanten Operation" wird der zuständigen Krankenkasse in der Regel innerhalb von vier Wochen eine Rechnung übersandt. AIs 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.

(3) Es ist nur eine Rechnung zulässig, die sämtliche abrechenbare Leistungen der ambulanten Operation gemäß dem Katalog nach § 3 des Vertrages, der eventuell durchgeführten prä- und postoperativen Leistungen sowie die Pauschale für die in § 8 Abs. 1 des Vertrages genannten Mittel umfaßt.

(4) Die Krankenhäuser übermitteln den Krankenkassen folgende Angaben:

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

2. das Institutionskennzeichen des Krankenhauses und der Krankenkasse,

3. der Tag des Zugangs des Patienten, die Überweisungsdiagnose des überweisenden Arztes (soweit vorhanden) sowie die Behandlungsdiagnose für die ambulante Operation,

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. die nach § 115 b SGB V berechneten Entgelte einschließlich der nach § 4Abs. 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.

* Protokollnotiz:
Die Partner dieser Vereinbarung sind sich darüber einig, daß das individualisierte Abrechnungsverfahren nach § 5 möglichst bald durch eine zentrale Abrechnung Bundes- oder Landesebene abgelöst werden sollte.

§ 5 Zahlungsfristen

(1) Die Krankenkassen haben die Rechnung nach § 4 Abs. 2 innerhalb von vier 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 Punkt der Abrechnung die jeweils aktuellen Punktwerte der für den Versicherten zuständigen KV nach § 3 Abs. 1 noch nicht feststehen, erfolgt die Abrechnung auf der Basis der jeweiligen Punktwerte des vorletzten Quartals.

§6 Pauschale nach § 8 des AOP-Vertrages (Arzneimittel, Verbandmittel, Hilfsmittel, Materialien, Instrumente, Gegenstände und Stoffe)

(1) Die für die Durchführung ambulanter Operationen im Krankenhaus einschließlich der für die erforderlichen prä- und postoperativen Leistungen benötigten Arzneimittel, Verbandmittel, Hilfsmittel, Materialien, Instrumente, Gegenstände und Stoffe werden durch einen pauschalen Zuschlag auf die gesamte Honorarsumme nach § 6 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V 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 DM 250,- auf 8% der gesamten Honorarsumme reduziert.
(2) Materialien nach Abs. 1 (Implantate und nichtionische Röntgen-kontrastmittel)
werden nach Einzelaufwand erstattet, soweit sie DM 50; im Einzelfall übersteigen.

- Protokollnotiz:

Die Partner dieser Vereinbarung sind sich darüber einig, daß das individualisierte Abrechnungsverfahren nach § 5 möglichst bald durch eine zentrale Abrechnung auf Bundes- oder Landesebene abgelöst werden sollte.

§7 Nachweis der Einnahmen des ambulanten Operierens

Die Vertragsparteien gem. § 18 Abs. 2 KHG können auf der Basis des § 16 Abs. 7 BPflV Regelungen über die Nachweisführung der abgerechneten Beträge des ambulanten Operierens zur Ermittlung des Erlösabzugs bzw. der Kostenausgliederung gem. § 4Abs. 5 BPflV i.V.m. § l3Abs. 3 Nr. 3 BPflV vereinbaren. Die Beteiligten nach § 18 s. 1 KHG können hierzu Empfehlungen abgeben.

§8 Geltung der Vereinbarung

(1) Diese Vereinbarung tritt ab 1 .7.1993 in Kraft. Sie kann mit einer Frist von einem Jahr jeweils zum 30.6. 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 § 6 Abs. 1 sowie über die Materialien nach § 6 Abs. 2 mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden.

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

Düsseldorf, Bonn, Essen, Bergisch Gladbach, Bochum, Hamburg, Kassel, Siegburg, den 1.9.1993

Probleme im Schnittstellenbereich ambulant/stationär

Die sich aus der Auflösung der starren Grenze zwischen ambulantem und stationärem Versorgungssystem ergebenden Problemen können derzeit nur erahnt werden. Die denkbare gemeinsame Nutzung von Einrichtungen des Krankenhauses durch KH-Angestellte und Freiberufler
birgt einigen Sprengstoff. Folgende Schwierigkeiten im Überschneidungsbereich müssen klar gesehen werden :

1. Wie sich aus den Ausführungen zur Qualitätssicherung ergibt, gelten für die räumlichen Voraussetzungen im Krankenhaus andere Bestimmungen als für Ambulante Operationen. Wenn die OP-Räume dem Krankenhaus zugeordnet sind, gilt prinzipiell die landesrechtlich unterschiedliche Krankenhausbauverordnung. Eine aus dem Krankenhaus ausgegliederte Einrichtung zum Ambulanten Operieren muß die Bedingungen der bundesweit geltenden Qualitätsrichtlinien der Bundesärztekammer und nach den Dreiseitigen Verträgen erfüllen. Auch die Kontrollorgane sind unterschiedlich: Während für den Bereich Krankenhaus die Gesundheitsbehörden zuständig sind, ist für den Bereich des ambulanten Operierens die Kommission zur Qualitätssicherung der KV zuständig. Es muß geklärt sein, wie die Räume zu deklarieren sind und wer von den Nutzern wem gegenüber die Verantwortung trägt.

2. Wenn zu gleicher Zeit Ärzte und nichtärztliche Mitarbeiter des Krankenhauses neben freiberuflichen Ärzten mit deren Angestellten in gleichen Räumen tätig sind, besteht erheblicher Klärungsbedarf, wer für was haftet. Es wird sich nicht immer vermeiden lassen, daß ein Patient von beiden Seiten behandelt wird.

3. Bei gemeinsamer Gerätenutzung muß die Verantwortung für die Funktionsfähigkeit und die Gerätesicherheit (Gerätebuch? Abnahme?) klar geregelt sein.

4. Ein fast unlösbares Problem bei gemeinsamer Nutzung eines Anästhesie-Arbeitsplatzes sind Medikamente zum regelmäßigen Gebrauch und vorzuhaltende Notfallmedikamente.
Streng genommen dürften Gase nur der zentralen Gasanlage entnommen werden, wenn diese ausschließlich bei stationären oder aber Patienten, die nach §115 b operiert werden, eingesetzt werden. Gase und andere Medikamente für den anderen Versorgungsbereich dürfen ja nicht der Krankenhausapotheke entnommen werden.

Es ist dringend anzuraten, zumindest über die o.g. Tatbestände schriftliche Vereinbarungen zu treffen, bevor dies zu einer Auseinandersetzung führt.