

Empfehlungsvereinbarung
über die Umsetzung der
ambulanten Behandlung im Krankenhaus gemäß § 116 b SGB V

zwischen

der **Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e.V.**, Stuttgart
im Folgenden - BWKG – genannt
- einerseits-

und

der **AOK Baden-Württemberg**, Stuttgart
den nachfolgend benannten **Ersatzkassen in Baden-Württemberg**

- Barmer Ersatzkasse
- Techniker Krankenkasse
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse
- KKH-Allianz
- Gmünder ErsatzKasse - GEK
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- Hamburg Münchener Krankenkasse
- hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg

dem **BKK Landesverband Baden-Württemberg**, Kornwestheim
der **IKK Baden-Württemberg und Hessen**, Ludwigsburg
der **Knappschaft, Regionaldirektion München**
der **LKK Baden-Württemberg**, Stuttgart
im Folgenden – Verbände – genannt
- andererseits-

Präambel

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz sind für Krankenhäuser in § 116 b SGB V zum 1.4.2007 neue Möglichkeiten zur ambulanten Behandlung in den Bereichen hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen geschaffen worden. Für Patientinnen und Patienten, die an schweren oder seltenen Krankheiten leiden, soll damit eine optimale Versorgung ermöglicht werden.

Für die Umsetzung des § 116 b SGB V kann in weiten Teilen auf bestehende Regelungen zurückgegriffen werden.

Insbesondere gelten:

1. die Richtlinie und die Konkretisierungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu § 116 b SGB V
2. das zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft abgestimmte Meldeformular gemäß § 116 b Abs. 5 SGB V
3. die Vereinbarungen zur Datenübermittlung gemäß § 301 SGB V
4. die Regelungen der §§ 295 Abs. 1b, 300 und 302 SGB V, sofern Krankenhäuser hiervon betroffen sind.
5. die zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geschlossenen Rahmenempfehlung zum Erheben der Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V (Praxisgebühr) bei ambulanten Leistungen im Krankenhaus vom 19.12.2003.

Die vorliegende Empfehlungsvereinbarung enthält gemeinsame Empfehlungen für Fragen der Umsetzung von § 116 b SGB V, bei denen die bestehenden Regelungen nicht ausreichend sind. Ziel der Empfehlungsvereinbarung ist die Vermeidung von Unsicherheiten und Streitfällen bei der Umsetzung des § 116 b SGB V in Baden-Württemberg. Die BWKG und die Verbände stimmen darin überein, bei neu auftretenden strittigen Fragen zur Umsetzung des § 116 b SGB V möglichst kurzfristige Absprachen über entsprechende Änderungen oder Ergänzungen der vorliegenden Empfehlungsvereinbarung anzustreben.

§ 1 Abrechnung

- (1) Die Abrechnung der Leistungen nach § 116 b SGB V erfolgt direkt mit den zuständigen Kostenträgern. Krankenhäuser, die gemäß § 116 b Abs. 2 SGB V an der ambulanten Behandlung teilnehmen, übermitteln die entsprechenden Daten nach § 295 Abs. 1b SGB V an die jeweiligen Krankenkassen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern. Die Abrechnung hat quartalsweise zu erfolgen.
- (2) Soweit Leistungen über eine bestehende Ermächtigung, Behandlung in einer Hochschulambulanz, Psychiatrischen Institutsambulanz, Sozialpädiatrischen Zentrum oder vor- und/oder nachstationär erbracht und abgerechnet werden, ist eine Abrechnung derselben Leistung durch das Krankenhaus nach § 116 b SGB V ausgeschlossen.

§ 2 Verordnungen

- (1) Für die Abgabe von Arzneimitteln an Patienten im Rahmen von § 116 b SGB V gilt § 14 Abs. 7 ApoG. Erfolgt die Versorgung mit Arzneimitteln über die Krankenhausapothek, sind die Regelungen der jeweils kassenindividuellen Verträge nach § 129 a SGB V zu berücksichtigen und werden durch die Empfehlungen dieser Vereinbarung nicht berührt.
- (2) Bei der Verordnung im Rahmen von § 116 b Abs. 6 Satz 1 SGB V richten sich die Angaben in den Datenfeldern „Arztnummer“ und „Betriebsstättennummer“ zur Zuordnung von Verordnungen nach den Bestimmungen der Vereinbarungen zur Datenübermittlung gemäß § 301 SGB V. Es gelten die Regelungen der §§ 300 und 302 SGB V entsprechend, sofern Krankenhäuser hiervon betroffen sind.

§ 3 Sachmittel

- (1) Für den Ersatz des Sprechstundenbedarfs erhalten die Krankenhäuser eine Grundpauschale in Höhe von 4,30 Euro (inkl. MwSt.) je Behandlungsfall (Patient pro Quartal pro Krankenhaus). Die Definition des Sprechstundenbedarfs richtet sich nach der jeweils gültigen Sprechstundenbedarfsvereinbarung der KVBW.
- (2) Die im Kapitel 40 des EBM ausgewiesenen Kostenpauschalen sind gesondert berechnungsfähig.

- (3) Die Kosten für Materialien, die gemäß Kapitel 7.3 Allgemeine Bestimmungen des EBM nicht in den berechnungsfähigen Leistungen enthalten sind und die weder dem Sprechstundenbedarf zugeordnet sind noch über die Kostenpauschalen des Kapitels 40 des EBM abgegolten sind, werden gesondert gemäß § 44 Abs. 5 BMV-Ä bzw. § 13 Abs. 5 EKV vom zuständigen Kostenträger erstattet.
- (4) Das Krankenhaus wählt die gesondert berechnungsfähigen Materialien nach Absatz 3 unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der medizinischen Notwendigkeit aus. Das Krankenhaus hat als rechnungsbegründende Unterlagen die Originalrechnungen bei der Krankenkasse des Patienten zur Prüfung einzureichen. Bei mehrfach anfallenden Sachmitteln ist der Nachweis durch eine beispielhafte Originalrechnung pro Quartal ausreichend. Aus den Originalrechnungen muss der Name des Herstellers bzw. des Lieferanten, die Artikelbezeichnung sowie die vom Hersteller bzw. Lieferanten festgelegte Artikelnummer hervorgehen. Das Krankenhaus ist verpflichtet, die tatsächlich realisierten Preise in Rechnung zu stellen. Ggf. vom Hersteller bzw. Lieferanten gewährte Rückvergütungen, wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligungen, Bonifikationen und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten sind weiterzugeben. Ein Barzahlungsrabatt (Preisnachlass bei fristgerechter Zahlung) ist weiterzugeben soweit dieser 3 % übersteigt. Werden die Materialien bei mehreren Patienten verbraucht, so ist ein durchschnittlicher Preis je Patient zu ermitteln.
- (5) Die Vereinbarungspartner dieser Empfehlungsvereinbarung streben an, bis 31.12.2009 für die Kosten nach Abs. 3 eine Pauschale (oder ggf. mehrere Pauschalen) zu vereinbaren.

§ 4 Zahlungsfristen

- (1) Die Krankenkasse hat die Rechnung innerhalb von 30 Tagen nach Übermittlung des vollständigen Rechnungssatzes zu bezahlen. Fällt der Fristablauf auf einen Samstag, Sonntag oder gesetzlichen Feiertag, gilt der nächstfolgende Arbeitstag als Fälligkeitstag. Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrags an ein Geldinstitut oder der Absendung des Zahlungsmittels an das Krankenhaus.
- (2) Bestehen Zweifel an der sachlichen oder rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung, hat die Krankenkasse diese dem Krankenhaus begründet mitzuteilen. Die Pflicht zur fristgemäßen Begleichung der Rechnung bleibt

davon unberührt. Bei Beanstandungen kann der Differenzbetrag verrechnet werden.

- (3) Bei Überschreiten des Zahlungsziels kann das Krankenhaus ab dem Fälligkeitstag Verzugszinsen berechnen, ohne dass es einer Mahnung bedarf. Der Verzugszinssatz beträgt für das Jahr fünf Prozentpunkte über dem Basiszinssatz gemäß § 247 Abs. 1 BGB.

§ 5 Wirtschaftlichkeitsprüfung

- (1) Der Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegen sämtliche Bereiche der Versorgung nach § 116 b SGB V. § 113 Abs. 4 SGB V gilt entsprechend. Insbesondere ist seitens der Krankenkassen die Wirtschaftlichkeit der Leistungen in den Bereichen der Arzneimittelversorgung, Heil- und Hilfsmittelversorgung sowie des ärztlichen Honorars gemäß Abrechnung nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab zu prüfen.
- (2) Die Vereinbarungspartner dieser Empfehlungsvereinbarung streben an, bis 31.12.2009 Regelungen zum Verfahren bei der Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu vereinbaren und hierbei insbesondere die Einbeziehung der BWKG zu regeln. Die Vereinbarung dieser Regelungen basiert auf § 106 Abs. 2 und 3 SGB V. Sollte eine Vereinbarung nicht zustande kommen, gilt § 113 Abs. 4 SGB V entsprechend.

§ 6 Inkrafttreten, Kündigung

- (1) Diese Empfehlungsvereinbarung tritt zum 01.06.2009 in Kraft.
- (2) Diese Empfehlungsvereinbarung kann von jeder Vereinbarungspartei mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Quartals gekündigt werden. Bei Kündigung der Vereinbarung durch eine einzelne Vereinbarungspartei der GKV bleibt die Gültigkeit der Vereinbarung für die übrigen Vereinbarungspartner unberührt.

Stuttgart, den 25.05.2009

Baden-Württembergische
Krankenhausgesellschaft e.V.,
Stuttgart

AOK Baden-Württemberg,
Stuttgart

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),
Der Leiter der vdek-Landesvertretung
Baden-Württemberg

BKK Landesverband Baden-Württemberg,
Kornwestheim

IKK Baden-Württemberg und Hessen
vertreten durch den BKK Landesverband
Baden-Württemberg, Kornwestheim

Landwirtschaftliche Krankenkasse
Baden-Württemberg,
Stuttgart

Knappschaft,
Regionaldirektion München,
München