

Wiesbaden
Sonnenberger Str. 16
65193 Wiesbaden
Fon: 0611/1809 50
Fax: 0611/1809 518

München
Georgenstraße 13
80799 München
Fon: 089/33037731
Fax: 089/33037732

Berlin:
Oranienburger Str. 12
10178 Berlin-Mitte
Fon: 030/28091809
Fax: 030/28091944

London
Lockharts Solicitors
Tavistock Square
London
WC1H 9 LS, UK
Tel. +44 (0)20 7383 7111
Fax: +44 (0)20 7383 7117



Hans-Joachim Schade
Rechtsanwalt und Mediator
Fachanwalt für Medizinrecht

www.arztrecht.de



FormareMed

Gesundheit im Netz



www.arztrecht.de

Warum Partner Ärztenetz?

- Ärztenetze haben deutlich größere Versorgungsnähe als „Bundeslandsverträge“
- In Ärztenetzen organisierte Ärzte beeinflussen relevante Ausgabengröße
- Ärztenetze haben hierüber jedoch kaum Transparenz
- Integrierte Versorgung ist Voraussetzung für kooperative Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen Ärzten und Kassen
- Serviceversprechen durch Ärztenetze sind verbindlicher
- Gut organisierte Ärztenetze sind ideale Partner der Integrierten Versorgung

 FormareMed

Gesundheit im Netz



www.arztrecht.de

3

Ärztenetz Hamburg

- 213 Ärzte
- Ausgewogene Verteilung Hausärzte / Facharztgruppen
- Netz befindet sich im Wachstum
- Gute Organisation
- Verlässliche Vertragspartnerschaft
- Servicevorteil Terminpool
- 25.000 BKK-Versicherte sind pro Quartal Patienten

 FormareMed

Gesundheit im Netz



www.arztrecht.de

4

Dilemma Gesundheitsfonds/Zusatzbeiträge

- Erhebung von Zusatzbeiträgen kann zu Existenzgefährdung der Kasse führen
- Resultat ist „Zusatzbeitragsvermeidungswettbewerb“ und nicht Wettbewerb um beste Versorgung
- Derzeitige Integrierte Versorgung führt oft kurzfristig zu Mehrausgaben und erst mittel-/langfristig zu Einsparungen
- Insgesamt große Zurückhaltung der Kassen

FormareMed

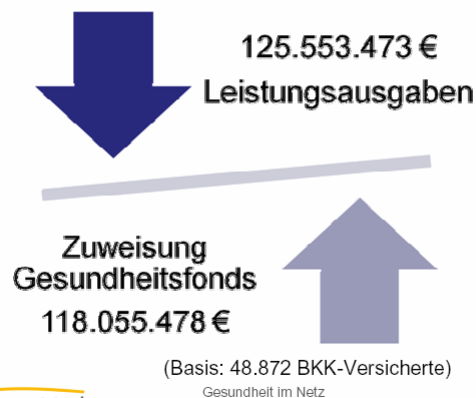
Gesundheit im Netz

BKK
Landesverband
NORDWEST

5

www.arztrecht.de

Ökonomische Relevanz Ärztenetz Hamburg



FormareMed

Gesundheit im Netz

BKK
Landesverband
NORDWEST

6

www.arztrecht.de

Ökonomische Relevanz Ärztenetz Hamburg

Differenz

- 7,5 Mio. €



Schließung der Deckungslücke durch
Zusatzbeitrag oder Versorgungsmanagement?

FormareMed

Gesundheit im Netz

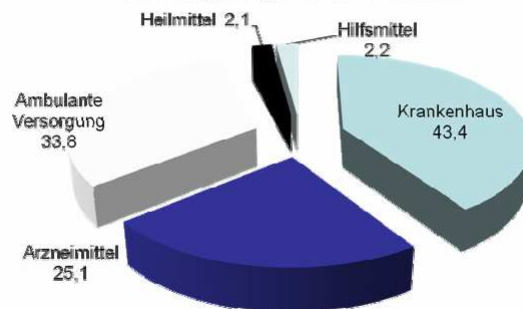


www.arztrecht.de

7

Ökonomische Relevanz

Leistungsausgaben 2010 in Mio. €



48.872 BKK-Versicherte / Gesamtausgaben 125.553.473 Mio. €

FormareMed

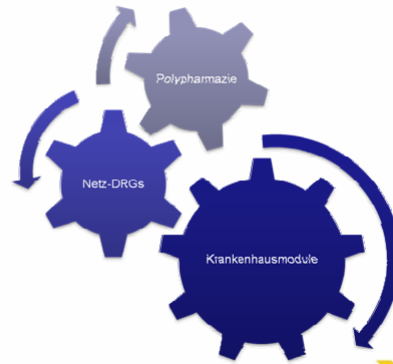
Gesundheit im Netz



www.arztrecht.de

8

Wirtschaftlichkeitspotenziale



FormareMed

BKK
Landesverband
NORDWEST

www.arztrecht.de

9

Vergütungs-/Vertragskonstrukt

- Niedrige kontaktabhängige Netzpauschale 5,- € je Quartal
 - HzV-Einschreibung ist Ausschlusskriterium!
- Einzelleistungsvergütungen sind unmittelbar durch Modulverträge refinanziert
- Elektronische Datenlieferung von Arztpraxis zu FormareMed (295er-Datensatz)
- Verbesserung der Datenqualität
- „Plattformvertrag“: Sukzessiver Ausbau um Einsparungsmodule
- Weiterentwicklung in Abstimmung mit teilnehmenden BKK

FormareMed

Gesundheit im Netz

BKK
Landesverband
NORDWEST

www.arztrecht.de

10

Leistungen / Vergütungen der Ärzte

Grundleistung:	Betrag:	Hinweis:
Netzgrundpauschale inkl. Terminpool (je Netzfall / Quartal)	5 Euro	Auszahlung an Netzmanagement
Zusatzleistungen:		
Modulverträge		Refinanzierung durch Krankenhaus OP-Aufklärung; Modulaufklärung Postoperative Überleitung
Pharmakotherapieberatung	70 Euro 50 Euro	Durchführung der Beratung im Auftrag Kasse Erfolgsabhängige Zusatzpauschale
Verwaltungskosten (je Netzfall / Quartal)	5 Euro	FormareMed / BKK-LV



Gesundheit im Netz



Modulverträge Krankenhaus

- Gezielte Steuerung in qualitativ hochwertige Häuser
- Echte Verzahnung von ambulant und stationär,
 - Prä- und postoperative Leistungen durch Netzärzte
 - Einweisungs- und Überleitungsmanagement, Qualitätscheck
 - Abstimmung Arzneimittelverordnungen
- Einkaufsmodell
- Hohe Akzeptanz bei den Leistungserbringern, da die Häuser vom Netz benannt wurden
- Servicevorteile für Versicherte, ggf. reduzierter Eigenanteil
- Abschluss Module Kardiologie und Orthopädie
- Nächste Indikationsbereiche HNO und Onkologie in Verhandlung



Gesundheit im Netz



Vorteile für Versicherte

- | | |
|---|---------|
| ▪ Kosten Netzpauschale u. Verwaltungskosten | 92,0 T€ |
| ▪ Rabatte gem. Belegungsdaten Albertinen-KH | |
| ▪ Kardiologie | 66,5 T€ |
| ▪ Orthopädie | 31,8 T€ |
| ▪ Einsparung | 6,3 T€ |
- Fazit: Vertragskosten sind bereits mit 1. Krankenhausmodul gedeckt
 - Jedes weitere Modul: Unmittelbare Einsparungen

 FormareMed

Gesundheit im Netz



www.arztrecht.de

13

Vorteile für Versicherte

- Konkrete Mehrwerte für Versicherte
 - Terminpool
 - Reduzierung der Zuzahlung für Krankenhausbehandlungen im Rahmen ergänzender Krankenhausmodule um 50% (bis 140,- €)
 - Organisation des Behandlungsablaufes auch über mehrere Arztpraxen inkl. Terminmanagement

 FormareMed

Gesundheit im Netz



www.arztrecht.de

14

Vorteile für Ärzte / Ärztenetz

- Stärkung des Ärztenetzes / der Vernetzung
 - Beteiligung an der Finanzierung der Infrastruktur (Anteil an Netzpauschale)
 - Bereitstellung Controllingdaten
 - Gemeinsame Auswahl der Modulvertragspartner (Krankenhäuser) auf Basis Präferenzen der Ärzte
 - Gemeinsame Weiterentwicklung
- Extrabudgetäre Vergütung für die Ärzte

 FormareMed

Gesundheit im Netz

 BKK
Landesverband
NORDWEST

www.arztrecht.de

15

Weiterentwicklung

- Weiterer Ausbau Krankenhausmodule
- Netz-DRG
 - Stationersetzende Maßnahmen
 - Derzeit stationär
 - Tatsächliche Leistungsverschiebung in ambulanten Sektor
 - Zielvereinbarung
 - Herbst 2011

 FormareMed

Gesundheit im Netz

 BKK
Landesverband
NORDWEST

www.arztrecht.de

16

Struktur Ärztenetz Hamburg

Ärztstruktur	Anzahl Ärzte
Innere Medizin (fachgebietsbezogen)	32
HNO	23
Orthopädie	28
Hausärzte	35
Neurologie/ Psych.	13
Chirurgie	15
Augen	11
Gynäkologie	12
Schmerzth. Anästhesie	7
Kinder- & Jugendmed.	5
Neurochirurgie	3
Dermatologie	3
Radiologie/Strahlentherapie/Nuklearmedizin	17
Zahnmedizin	1
Urologie	6
Pathologie	1
Labor	1
Summe	213

Ärztenetz Hamburg e.V.

- Interdisziplinäres Netz
 - 230 Mitglieder
 - 213 Ärzte in 121 Praxen
 - 5 Krankenhäuser
 - 4 ambulante Pflegedienste
 - 5 Apotheken u. a

Ärztenez Hamburg e. V.

■ Untergliedert in sechs Gesundheitszentren

- Blankenese
- City
- Eidelstedter Platz
- Langenfelde
- Lokstedt
- Othmarschen

 FormareMed

Gesundheit im Netz

 BKK
Landesverband
NORDWEST

www.arztrecht.de

Ärztenez Hamburg e. V.

■ Netzmodule

- Geschäftsstelle (Mo. bis Fr. 8.-14.00)
- Netzmanagement (Vorstand und GfG)
- Terminpool und Telefonzentrale
- Qualitätsmanagement
- Betriebsarzt, Sicherheitstechnik
- Rechtsberatung, Versicherungen
- GFGA Betriebsgesellschaft UG
- Anlaufpraxis

 FormareMed

Gesundheit im Netz

 BKK
Landesverband
NORDWEST

www.arztrecht.de

Ärztenez Hamburg e. V.



FormareMed

Gesundheit im Netz

BKK 20
Landesverband
NORDWEST

www.arztrecht.de

21

Terminpool

■ Kurzbeschreibung (I)

- Praxen (alle Fachgebiete) stellen in beliebiger Anzahl freie Termine in den Terminpool.
- Die Termine können von Netzärzten, teilnehmenden Krankenkassen und Krankenhäusern online oder über ein **Callcenter** gebucht werden.
- Das System ist internetbasiert und greift nicht direkt auf die Praxis-EDV zu.
- Die Praxis benötigt lediglich ein Notebook/Laptop und Internetanschluss.

FormareMed

Gesundheit im Netz

BKK 21
Landesverband
NORDWEST

www.arztrecht.de

22

Terminpool

▪ Kurzbeschreibung (II)

- Der Terminpool erlaubt die reibungslose Terminvergabe und Ablauforganisation zwischen den Fachgebieten im Praxisnetz (ähnlich MVZ).
- Er ermöglicht so die serviceorientierte Patientensteuerung im Behandlungspfad von GIN.

 erprobt: Bisher fast 3000 X

 FormareMed

Gesundheit im Netz

 BKK 22
Landesverband
NORDWEST

www.arztrecht.de

23

Terminpool

▪ Kurzbeschreibung (II)

- Der Terminpool erlaubt die reibungslose Terminvergabe und Ablauforganisation zwischen den Fachgebieten im Praxisnetz (ähnlich MVZ).
- Er ermöglicht so die serviceorientierte Patientensteuerung im Behandlungspfad von GIN.

 erprobt: Bisher fast 3000 X

 FormareMed

Gesundheit im Netz

 BKK 22
Landesverband
NORDWEST

www.arztrecht.de

24

Ärztenetz Hamburg e. V.

▪ Klare Ansage an die Netzärzte:

„GIN-Honorare stammen aus den Einsparungen
an anderer Stelle

- Krankenhaus
- Verordnungen.

→ Sie müssen im GIN erwirtschaftet werden.“

Controlling des GIN-Arztes.

 FormareMed

Gesundheit im Netz

 BKK 24
Landesverband
NORDWEST

Ärztenetz Hamburg e. V.

▪ Klare Ansage an die Netzärzte:

„GIN-Honorare stammen aus den Einsparungen
an anderer Stelle

- Krankenhaus
- Verordnungen.

→ Sie müssen im GIN erwirtschaftet werden.“

Controlling des GIN-Arztes.

 FormareMed

Gesundheit im Netz

 BKK 24
Landesverband
NORDWEST

Modul Stationäre Versorgung des IV-Vertrages „Gesundheit im Netz“

Vertrag zur Integrierten Versorgung nach §§ 140a ff. SGB V

Für die Versorgung von Patienten mit den Indikationen:

Endoprothetischer Ersatz von großen Gelenken (Hüft- und Knieendoprothetik sowie der Versorgung von Patienten mit kardiologischen / kardiochirurgischen Erkrankungen.

Präambel

Mit dem Aufbau von „indikationsbezogenen Versorgungsketten“ für Patienten mit der Indikationen endoprothetischer Ersatz von Gelenken (Hüft- und Knieendoprothetik sowie für die Versorgung von Patienten mit kardiologischen / kardiochirurgischen Erkrankungen verfolgen die Vertragspartner gemeinsam das Ziel, sektorale Schranken zu überwinden und dem Netzgedanken „Gesundheit im Netz“ Rechnung zu tragen.

Insbesondere stehen eine Verbesserung der Kooperation aller Behandlungsbeteiligten sowie eine Intensivierung des Informationsflusses im Vordergrund.

Der Versorgungsbereich dieses Vertrages ist im Wesentlichen ausgerichtet auf die Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen mit Wohnort in den Bundesländern Hamburg, Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern.

§ 1 Rechtsgrundlage

Der Abschluss des Vertrages beruht auf der Grundlage §§ 140a ff. SGB V

§ 2 Ziele und Grundlagen des Vertrages

- (1) Ziel des Vertrages ist die enge Verknüpfung der ambulanten mit der stationären Akutbehandlung und der Rehabilitation. Dabei werden die medizinischen und therapeutischen Leistungen der verschiedenen Sektoren miteinander vernetzt und die Zusammenarbeit aller am Behandlungsprozess beteiligten Personen intensiviert. Die Integrierte Versorgung gewährleistet eine lückenlose, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Behandlung der Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen.
- (2) Als Grundlage der Integrierten Versorgung wird die sektorenübergreifende Zusammenarbeit in einem medizinischen Gesamtkonzept vereinbart und durch ein professionelles Überleitungsmanagement unterstützt.

§ 3 Gegenstand des Vertrages

- (1) Gegenstand des Vertrages ist die medizinisch operative Versorgung von Patienten mit der Indikation Endoprothetischer Ersatz von großen Gelenken (Hüft- und Knieendoprothetik) sowie die Versorgung von Patienten mit kardiologischen / kardiochirurgischen Erkrankungen gemäß Anlage 1.
- (2) Grundsätzlich werden alle teilnehmenden Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen mit Wohnort in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern oder Schleswig-Holstein nach diesem Vertrag versorgt und abgerechnet.
- (3) Der Versorgungsumfang der integrierten Versorgung umfasst die Behandlungsphasen prästationär, stationär, Rehabilitation und poststationär. Bei Patienten, die die persönlichen und versicherungsrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen gegenüber einem Träger der Rehabilitation – insbesondere gegenüber dem Rentenversicherungsträger – erfüllen, wird die Phase Rehabilitation nicht zu Lasten der Krankenkasse und nicht nach diesem Vertrag erbracht.

§ 6 Aufgaben des Krankenhauses

- (1) Das Krankenhaus garantiert die Aufnahme zur Operation in der Regel innerhalb von sechs Wochen nach Einweisung bzw. Vorstellung des Versicherten.
- (2) Bei Aufnahme eines durch einen Netzarzt eingeschriebenen Versicherten ist die Abwicklung und Abrechnung der Versorgung nach diesem Vertrag vorzunehmen.
- (3) Das Krankenhaus erbringt die medizinisch notwendigen Leistungen und übernimmt das Fallmanagement gemäß § 14. Sofern ein Versicherter bei Aufnahme noch nicht in die integrierte Versorgung eingeschrieben ist, kann das Krankenhaus die Einschreibung des Versicherten mittels der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 8 durchführen. Der einweisende Arzt, soweit er Mitglied im Ärztenetz Hamburg ist, ist hierüber in Kenntnis zu setzen.
- (4) Die teilnehmenden Versicherten werden im Krankenhaus nach Möglichkeit in einem 2-Bett-Zimmer untergebracht und erhalten bei Aufnahme eine Fernsehzeitung, die mindestens ein 14-tägiges Fernsehprogramm enthält.

§ 6 Aufgaben des Krankenhauses

- (5) Das Krankenhaus übermittelt der Krankenkasse, die im Rahmen der Aufnahme-, Verlegungs- und Entlassungsanzeigen zu übermittelnden Daten gemäß § 301 Absatz 3 SGB V in der jeweils gültigen Fassung. Die Rechnungslegung erfolgt jeweils unter Verwendung der gültigen Entgeltartenschlüssel.
- (6) Im Rahmen des Fallmanagements gemäß § 14 organisiert das Krankenhaus die Überleitung in die Rehabilitationseinrichtung. Ist die Krankenkasse Kostenträger dieser Maßnahme, erfolgt die Überleitung in Abstimmung mit der jeweiligen Krankenkasse.
- (7) Im Rahmen des Fallmanagements gemäß § 14 findet eine abgestimmte Pharmakotherapie mit dem weiterbehandelnden Arzt statt. Der vorrangige Einsatz von generischen Arzneimitteln ist zu berücksichtigen und im Entlassungsbrief zu dokumentieren.

§ 8 Umfang der ambulanten ärztlichen Leistungen

- (1) Im Rahmen der zeitnahen prästationären Behandlung klärt der teilnehmende Arzt den Patienten mit Hilfe der Patienteninformation gemäß Anlage 9 über das Modell der Integrierten Versorgung auf und erbringt die Leistungen gem. Anlage 3. Für die Dokumentation und Weiterleitung an das Krankenhaus wird ein Ganzkörperstatus gemäß Anlage 5 vom teilnehmenden Arzt ausgefüllt.
- (2) Im Rahmen der poststationären Versorgung der Versicherten – soweit diese nach diesem Vertrag indikationsspezifisch vorgesehen ist – erbringt der weiterbehandelnde Arzt die vereinbarten Leistungen gemäß Anlage 3 und leitet alle erforderlichen weiterführenden Maßnahmen ein. Die Dokumentation der erbrachten Leistungen und die Abrechnung erfolgt zunächst anhand Anlage 4. Sobald eine Kommunikationsschnittstelle, EDV gestützt, zur Verfügung steht, erfolgt die Dokumentation und Abrechnung anhand der Kommunikationsschnittstelle.

§ 11 Vergütung und Rechnungslegung

- (1) Der Abrechnungsbetrag des Krankenhauses bemisst sich nach den Effektivgewichten der Leistungen (DRG) für Hauptabteilungen gemäß Anlage 1 zur Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (KFPV) in der jeweils geltenden Fassung. Maßgeblich ist der Zahlbetrag, der sich in der Regelversorgung ergeben würde, gemindert um die in Anlage 2 Nr. 1.2 genannten gesetzlichen Zu- und Abschläge. Der sich hieraus ergebende Betrag ist die Grundlage der Preisminderungen gemäß Anlage 2. Die Entgelte der einzelnen DRG und Rehabilitations-Fallpauschalen ergeben sich abschließend aus Anlage 2 zu diesem Vertrag. Die Leistungen nach diesem Vertrag sind nicht Bestandteil der Erlösbudgets gemäß § 4 KHEntgG und werden extrabudgetär vergütet. Eine Bereinigung des Erlösbudgets erfolgt nicht. Das Krankenhaus kann die Leistungen nach diesem Vertrag deshalb nicht als Mindererlöse im Erlösbudget gemäß § 4 KHEntgG geltend machen.

§ 11 Vergütung und Rechnungslegung

- (2) Zwischen den Vertragspartnern werden für die Vergütung der stationären Krankenhausleistungen sowie der ambulanten prä- und poststationären Leistungen und der stationären Rehabilitationsleistungen gesonderte Konditionen vereinbart. Einzelheiten der Vergütung und Rechnungslegung sind in den Anlagen 2 und 3 geregelt.
- (3) Im Übrigen gelten die jeweiligen Regelungen der Vereinbarung/ Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (FPV) entsprechend.
- (4) Die Entgelte für die ambulanten Leistungen durch teilnehmende Ärzte ergeben sich aus Anlage 3. Bei diesen Entgelten ist die Praxisgebühr nach § 28 SGB V bereits in Abzug gebracht.
- (5) Zur Vertragspflege, Weiterentwicklung des Vertrages und für das Vertragsmanagement wird je abgerechneten IV-Fall eine prozentuale Vergütung auf Basis der Preisminderung erhoben, gemäß Anlage 2. Das Krankenhaus stellt eine Fallzahlstatistik gemäß Anlage 7, jeweils zum 15. eines Monats zur Verfügung.

§ 11 Vergütung und Rechnungslegung

- (6) Die Rechnungslegung erfolgt jeweils unter Verwendung der gültigen Entgeltartenschlüssel und gemäß § 301 SGB V. Der teilnehmenden Krankenkasse wird vom Krankenhaus zunächst der Preis, der sich im Rahmen der Regelversorgung ergeben würde, in Rechnung gestellt.
- (7) Die Rechnungen des Krankenhauses sind innerhalb von 14 Tagen nach Eingang von der Krankenkasse zu begleichen.
- (8) Im Übrigen gelten die Abrechnungsbestimmungen des § 15 des IV-Vertrages „Gesundheit im Netz“, soweit nicht die Absätze 1-8 dieses Paragraphen anderweitige Regelungen vorsehen.

§ 12 Zuzahlung

- (1) Die Zuzahlung des Versicherten für Leistungen nach diesem Vertrag erfolgt nach Maßgabe des § 61 Satz 1 SGB V und reduziert sich bei Teilnahme an dieser integrierten Versorgung um 50% für den stationären Behandlungsfall im Krankenhaus.

§ 13 Fallmanagement und Vertragskoordination

- (1) Das Fallmanagement wird von dem einweisenden und teilnehmenden Arzt übernommen. Sollte das Krankenhaus die Einschreibung des Versicherten getätigt haben, übernimmt das Krankenhaus das Fallmanagement. Zu den Aufgaben der erforderlichen Koordination gehören:
 - a. die Begleitung des Patienten entlang des Behandlungspfades
 - b. die Überprüfung des Einhaltens der Dokumentationspflicht und der Weitergabe der Dokumentation an die nachbehandelnden Ärzte
 - c. Die Sicherung der Überleitung in die ambulante/stationäre Anschlussheilbehandlung (AR/AHB)
 - d. die Terminkoordination der Nachbehandlung.

MUSTERAUSZUG Anlage 1 Leistungsspektrum

DRG-Leistungskatalog Krankenhaus Kardiologie

DRG 2011 Bezeichnung

- F01A Neuimplantation Kardioverter/Defibrillator (AICD), Drei-Kammer-Stimulation, mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff oder Implantation eines myokardmodulierenden Systems
- F01B Neuimplantation Kardioverter/Defibrillator (AICD), Zwei-Kammer-Stimulation, mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff
- F01C Neuimplantation Kardioverter/Defibrillator (AICD), Drei-Kammer-Stimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff
- F01D Neuimplantation Kardioverter/Defibrillator (AICD), Ein-Kammer-Stimulation, mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff

MUSTERAUSZUG Anlage 1 Leistungsspektrum

DRG-Leistungskatalog Krankenhaus Kardiologie

DRG 2011 Bezeichnung

- F01E Neuimplantation Kardioverter/Defibrillator (AICD), Ein-Kammer-Stimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff, mit äußerst schwerem CC
- F01F Neuimplantation Kardioverter/Defibrillator (AICD), Zwei-Kammer-Stimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff
- F01G Neuimplantation Kardioverter/Defibrillator (AICD), Ein-Kammer-Stimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC
- F02A Aggregatwechsel eines Kardioverters/Defibrillators (AICD), Zwei- oder Drei-Kammer Stimulation oder Aggregat- und Sondenwechsel eines Kardioverters/Defibrillators (AICD), Ein-Kammer-Stimulation

MUSTERAUSZUG Anlage 1 Leistungsspektrum

DRG-Leistungskatalog Krankenhaus Endoprothetik

DRG 2011	Bezeichnung
I01Z	Beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit komplexer Diagnose
I03A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit komplizierter Diagnose oder Arthrodese oder Alter < 16 Jahre oder beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit komplexem Eingriff, mit äußerst schweren CC
I03B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit komplizierter Diagnose oder Arthrodese oder Alter < 16 Jahre oder beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit komplexem Eingriff, ohne äußerst schwere CC

MUSTERAUSZUG Anlage 1 Leistungsspektrum

DRG-Leistungskatalog Krankenhaus Endoprothetik

DRG 2011	Bezeichnung
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierter Diagnose oder Arthrodese
I05Z	Anderer großer Gelenkersatz oder Revision oder Einsatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne komplexen Eingriff mit äußerst schweren CC
I08A	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit Mehrfacheingriff, komplexer Prozedur oder Diagnose oder äußerst schwerer CC oder Ersatz des Hüftgelenkes mit Eingr. an ober. Extremität od. Wirbelsäule, mit Osteotomie od. Muskel-/Gelenkplastik bei Zerebralparese oder Kontraktur

MUSTERAUSZUG Anlage 1 Leistungsspektrum

DRG-Leistungskatalog Krankenhaus Endoprothetik

DRG 2011	Bezeichnung
I08B	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit Mehrfacheingriff, komplexer Prozedur oder Diagnose, äußerst schweren CC oder bei Zerebralparese oder Ersatz des Hüftgelenkes mit Eingriff an oberer Extremität oder Wirbelsäule, Alter < 16 Jahre
I08C	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit Mehrfacheingriff, komplexer Prozedur oder Diagnose, äußerst schweren CC oder bei Zerebralparese oder Ersatz des Hüftgelenkes mit Eingriff an oberer Extremität oder Wirbelsäule, Alter > 15 Jahre od. Bei Para-/Tetraplegie

MUSTERAUSZUG Anlage 1 Leistungsspektrum

DRG-Leistungskatalog Krankenhaus Endoprothetik

DRG 2011	Bezeichnung
I01D	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit Mehrfacheingriff, komplexer Prozedur oder Diagnose oder äußerst schweren CC, außer bei Para-/Tetraplegie, mit Osteomie oder Muskel-/Gelenkplastik
I01E	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit Mehrfacheingriff, komplexer Prozedur oder Diagnose oder äußerst schweren CC, oder mit Osteomie oder Muskel-/Gelenkplastik
I01F	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ohne Mehrfacheingriff, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, ohne Osteomie, ohne Muskel-/Gelenkplastik
I16Z	Andere Eingriffe am Schultergelenk oder an der Klavikula

MUSTERAUSZUG Anlage 1 Leistungsspektrum

DRG-Leistungskatalog Krankenhaus Endoprothetik

DRG 2011

Bezeichnung

- | | |
|------|---|
| I26Z | Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandpunkte oder hochaufwändiges Implantat bei hochkomplexer Gewebe-/Hauttransplantation |
| I29Z | Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula |
| I30Z | Komplexe Eingriffe am Kniegelenk oder arthroskopische Eingriffe am Hüftgelenk |
| I34Z | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OP-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe |
| I35Z | Beidseitige Implantation einer Endoprothese an Hüft- oder Kniegelenk |

Anlage 2 Stationäre und rehabilitative Vergütung

Vergütung und Abrechnung der stationären Leistungen gem. § 11

- I. Teilkomplex stationärer Krankenhausleistungen
 1. Der Abrechnungsbetrag des Krankenhauses gem. § 11 bemisst sich nach den Effektivgewichten der Leistungen (DRG) für Hauptabteilungen gemäß Anlage 1 zur Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (KFPV) in der jeweils geltenden Fassung. Die Leistungen nach diesem Vertrag sind nicht Bestandteil der Erlösbudgets gemäß § 4 KHEntgG und werden extrabudgetär vergütet. Eine Bereinigung des Erlösbudgets erfolgt nicht. Das Krankenhaus kann die Leistungen nach diesem Vertrag deshalb nicht als Mindererlöse im Erlösbudget gemäß § 4 KHEntgG geltend machen.

Anlage 2 Stationäre und rehabilitative Vergütung

Vergütung und Abrechnung der stationären Leistungen gem. § 11

- I. Teilkomplex stationärer Krankenhausleistungen
 2. Zwischen den Vertragspartnern werden für die stationären Krankenhausleistungen gemäß Anlage 1 gesonderte Konditionen vereinbart. Maßgeblich ist der Zahlbetrag, der sich in der Regelversorgung ergeben würde, gemindert um folgende gesetzliche Zu- und Abschläge: GSA-Systemzuschlag, DRG-Systemzuschlag, QS-Zuschlag, Zuschlag Pflege, Ausbildungszuschlag. Der sich hieraus ergebende Betrag ist die Grundlage der Preisreduktion:

Anlage 2 Stationäre und rehabilitative Vergütung

Vergütung und Abrechnung der stationären Leistungen gem. § 11

- I. Teilkomplex stationärer Krankenhausleistungen
 - a. Von der Vergütung für die stationären Krankenhausleistungen nach Nr. 1 wird eine Preisreduktion von 5% gewährt, wenn keine prä- oder poststationäre Leistungserbringung durch einen Netzarzt erfolgt.
 - b. Von der Vergütung für die stationären Krankenhausleistungen nach Nr. 1 wird eine Preisreduktion von 6% gewährt, wenn prä- oder poststationäre Leistungserbringung durch einen Netzarzt erfolgen.

Anlage 2 Stationäre und rehabilitative Vergütung

Vergütung und Abrechnung der stationären Leistungen gem. § 11

II. Teilkomplex prä- und poststationäre Leistungen

Im Rahmen der Kompletpauschale wird vom Krankenhaus eine weitere Preisreduktion gewährt, wenn von einem Netzarzt ambulante Leistungen gemäß Anlage 3 Nr. 1, 6 und 7 erbracht werden. Folgende Vergütungen nach tatsächlicher Leistungserbringung werden berücksichtigt:

Leistung nach Anlage 3 Nr. 1 = 75,00 EURO

Leistung nach Anlage 3 Nr. 6. = 40,00 EURO

Leistung nach Anlage 3 Nr. 7. = 50,00 EURO

Anlage 2 Stationäre und rehabilitative Vergütung

Vergütung und Abrechnung der stationären Leistungen gem. § 11

III. Teilkomplex stationäre Rehabilitationsleistungen

1. Für die stationäre Rehabilitation gilt eine Pauschale in Höhe von 1.900,00 € für einen Behandlungskorridor von 15-30 Behandlungstagen. Bei Überschreitung dieses Korridors wird für jeden weiteren Behandlungstag ein Tagessatz von 100,00 € abgerechnet. Bei einer Unterschreitung wird die Pauschale je Tag um 100,00 € gekürzt. Voraussetzung: Die Krankenkasse ist Kostenträger der Rehabilitationsmaßnahme.

2. Die Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen werden in der Einrichtung in einem 1-Bett-Zimmer untergebracht und erhalten täglich eine kostenlose Tageszeitung. Zur Begrüßung wird am ersten Tag ein Obstkorb bereitgestellt.

Anlage 3 Ambulante Leistungserbringung und Vergütung

Vergütung von prä- und poststationären Leistungen zur sektorenübergreifenden Prozessoptimierung durch Haus- und Fachärzte

1) Prästationärer Leistungskomplex Endoprothetik und Herz 65,00 €

Einschreibung des Patienten (Aufklärung des Behandlungspfades)
Eingehende Beratung
Ganzkörperstatus / Anamnese
Überleitungsmanagement ins Krankenhaus
Dokumentation

Die Leistung kann durch einen Haus- oder Facharzt erbracht und abgerechnet werden!

Anlage 3 Ambulante Leistungserbringung und Vergütung

Vergütung von prä- und poststationären Leistungen zur sektorenübergreifenden Prozessoptimierung durch Haus- und Fachärzte

2) Poststationärer Leistungskomplex I Endoprothetik 40,00 €

Eingehende Beratung
Nachuntersuchung
Aufstellung eines Behandlungsplanes
Ggf. Wundversorgung inkl. Fäden ziehen
Durchführung der Thromboseprophylaxe inkl. Verordnung der Medikation; Organisation der pflegerischen Versorgung inkl. Verordnung der benötigten Hilfsmittel; Dokumentation der eingeleiteten Maßnahmen auf dem Ablaufbogen

Die Leistung kann durch einen Haus- oder Facharzt erbracht und abgerechnet werden!

Anlage 3 Ambulante Leistungserbringung und Vergütung

Vergütung von prä- und poststationären Leistungen zur sektorenübergreifenden Prozessoptimierung durch Haus- und Fachärzte

3) Poststationärer Leistungskomplex II Endoprothetik 30,00 €
(Facharzt Orthopädie / Chirurgie)

Poststationäre Qualitätskontrolle inkl. Dokumentation

Die Leistung kann nur durch einen Facharzt für Orthopädie oder Chirurgie erbracht und abgerechnet werden!

Anlage 3 Ambulante Leistungserbringung und Vergütung

Vergütung von prä- und poststationären Leistungen zur sektorenübergreifenden Prozessoptimierung durch Haus- und Fachärzte

4) Poststationärer Leistungskomplex I Herz 40,00 €

Eingehende Beratung
Nachuntersuchung
Aufstellung eines Behandlungsplanes
Dokumentation der eingeleiteten Maßnahmen auf dem Ablaufbogen

Die Leistung kann durch einen Haus- oder Facharzt erbracht und abgerechnet werden!

Anlage 3 Ambulante Leistungserbringung und Vergütung

Vergütung von prä- und poststationären Leistungen zur sektorenübergreifenden Prozessoptimierung durch Haus- und Fachärzte

5) Poststationärer Leistungskomplex II Herz 30,00 €

Poststationäre Qualitätskontrolle inkl. Dokumentation

Die Leistung kann nur durch einen Facharzt für Innere Medizin oder Kardiologie erbracht und abgerechnet werden!

Kommen Ziffer 6) oder 7) zur Abrechnung, dann ist diese Ziffer nicht abrechenbar.

Anlage 3 Ambulante Leistungserbringung und Vergütung

Vergütung von prä- und poststationären Leistungen zur sektorenübergreifenden Prozessoptimierung durch Haus- und Fachärzte

6) Poststationärer Leistungskomplex III Herz 40,00 €

Poststationäre Schrittmacherkontrolle durch Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie 6 Wochen nach Neuimplementation inkl. Dokumentation

Die Leistung kann nur durch einen Facharzt für Innere Medizin oder Kardiologie erbracht und abgerechnet werden!

Anlage 3 Ambulante Leistungserbringung und Vergütung

Vergütung von prä- und poststationären Leistungen zur sektorenübergreifenden Prozessoptimierung durch Haus- und Fachärzte

7) Poststationärer Leistungskomplex IV Herz 50,00 €
(Facharzt Kardiologie)

Poststationäre Echokardiographie nach Entlassung aus der herzchirurgischen Rehabilitation durch Schrittmacherkontrolle durch Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie innerhalb von 6 Wochen nach Neuimplementation inkl. Dokumentation

Die Leistung kann nur durch einen Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie erbracht und abgerechnet werden!

Sektorenübergreifende Versorgung

Krankenhaus/KH-Arzt: _____
KH-relevante Diagnosen/ICD 10: _____
Geplanter Eingriff/Therapie: _____
Vorstellungstermin am: _____
Aufnahme-Termin am: _____

Prästationärer Leistungskomplex des GIN-Arztes:
 eingehende Beratung
 Genetikstatus (Etagen ambet, nicht HVG)
 ggf. Konsil mit KH-Arzt

Poststationärer Leistungskomplex des GIN-Arztes:
 Beratung (ggf. mehrfäch)
 Untersuchung eines Organsystems
 Wanderspeisung
 Fäden/Kammern entfernen
 Radio/Physiotherapie veranlassen (nur Einde)
 Visuell-Hausbesuch (nur in Asymptomfällen und bei konkretem Auslay durch KH)

prä-Leistung erbracht am: _____ Pseudo-Ziffer: _____
post-Leistung erbracht am: _____ Pseudo-Ziffer: _____
Visite erbracht am: _____ Pseudo-Ziffer: _____

Ihre Rückmeldung über die Zufriedenheit mit der Behandlung/dem Ablauf:

Der Patient ist mit der Behandlung:
 sehr zufrieden
 zufrieden
 nicht zufrieden, da _____

Der GIN-Arzt ist mit dem Ergebnis/Ablauf:
 sehr zufrieden
 zufrieden
 nicht zufrieden, da _____

Datum/Unterschrift/GIN-Arzt _____

Stempel _____

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit