

KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

Mitteilungen

Durchführung der Dialyse

Änderungen zum Bundesmantelvertrag Ersatz- und Primärkassen

In den Bundesmantelverträgen, die jeweils von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit den Verbänden der Ersatzkassen einerseits und den Bundesverbänden der Primärkassen andererseits abgeschlossen werden, ist die Durchführung der Blutreinigungsverfahren (Dialyse) als Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung neu geregelt worden.

Sie verfolgen das Ziel bundeseinheitlicher Organisation der Dialyse und ihrer Abrechnung, bei der insbesondere die Vergütung persönlicher ärztlicher Leistungen mit der Kostenerstattung für personelle und technische Dienstleistungen zusammengeführt werden.

Die Regelungen in den Bundesmantelverträgen gehen davon aus, daß die Dialyse als Therapieverfahren bei terminaler Niereninsuffizienz eine ärztliche Leistung ist, die bei der Behandlung des Patienten zusammen mit den nichtärztlichen Sach- und Dienstleistungen als komplexe medizinische Maßnahme zur Verfügung gestellt werden muß. Die vom Gesetzgeber

getroffene Aufteilung in ärztliche und nichtärztliche Leistungen innerhalb oder außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung kann ihre Begründung nur im gesetzgeberischen Willen finden, die Kosten für Sach- und Dienstleistungen gemäß § 126 Abs. 5 SGB V unmittelbar zwischen den freigemeinnützigen Einrichtungen und den Krankenkassenverbänden festzulegen. Die Vereinbarungen in den Bundesmantelverträgen haben die gesetzlichen Vorgaben berücksichtigt.

Es wurde besonderer Wert gelegt auf eindeutige und klarstellende Regelungen zur Teilnahme freigemeinnütziger Einrichtungen an der vertragsärztlichen Versorgung. Dies bezieht sich sowohl auf die Ermächtigung solcher Einrichtungen als auch deren Kooperation mit niedergelassenen Vertragsärzten. Dabei sollten allerdings trotz unterschiedlicher Zuständigkeiten für die Festsetzung der Kosten stabile Bedingungen für eine bedürfnisorientierte Kooperation zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung geschaffen werden.

schen den Vertragskassen und den Einrichtungen festgesetzt.

(4) Die Abrechnung der ärztlichen und nichtärztlichen Leistungsanteile erfolgt über die Kassenärztliche Vereinigung. Dies gilt auch für nichtärztliche Leistungsanteile, die in Einrichtungen nach Abs. 3 erbracht werden, wenn die Partner der Gesamtverträge nicht anderes vereinbaren. Für die Durchführung und Prüfung der gesamten Abrechnung dieser Einrichtungen werden von der Kassenärztlichen Vereinigung Verwaltungskosten in Höhe von 0,5 Prozent des Rechnungsbetrages einbehalten, sofern die Partner der Gesamtverträge hierzu keine andere Regelung treffen.

(5) Ermächtigungen von Einrichtungen, welche nach § 126 SGB V zugelassen sind, werden auf Antrag ohne Bedürfnisprüfung in dem Umfang, welche sie zum Zeitpunkt der Erteilung hatten, für die Dauer von 10 Jahren verlängert, wenn die Einrichtung die in Anlage 3 festgelegten Voraussetzungen erfüllt. Die 10-Jahres-Frist beginnt mit dem Tag der Erteilung der Folgeermächtigung. Eine Ermächtigung nach Satz 1 ist auch dann zu erteilen, wenn die ärztlichen Leistungen in dieser Einrichtung bisher durch einen persönlich ermächtigten Arzt erbracht worden sind; die Ermächtigung kann als persönliche Ermächtigung verlängert oder als Institutsermächtigung erteilt werden.

Unbeschadet der Laufzeit der bestehenden Ermächtigung ist der Verlängerungsantrag bis zum 31. 12. 1997 zu stellen.

(6) Bei der Prüfung des Bedarfs für weitere Ermächtigungen ist zu beachten, daß die verschiedenen Dialyseverfahren in ausreichendem Umfang sichergestellt sind. Ermächtigungen sind für frei gemeinnützig anerkannte Einrichtungen zu erteilen insbesondere dann, wenn die Verfahren der Heimdialyse und der Peritonealdialyse nicht ausreichend sichergestellt sind. Auf Antrag der Einrichtung ist die Ermächtigung für die Dauer von zehn Jahren zu erteilen.

(7) Im Ermächtigungsbescheid ist die in den Abs. 5 und 6 genannte Einrichtung zu verpflichten, auf Verlangen von niedergelassenen Vertragsärzten, welche die für die Ausführung von Dialyseleistungen erforderlichen Voraussetzungen erfüllen, Möglichkeiten einer Kooperation in diesen Einrichtungen zu prüfen. Lehnt die Einrichtung eine Kooperation ab, ist dies auf Verlangen des niedergelassenen Vertragsarztes schriftlich zu begründen. Für die Höhe der berechnungsfähigen Kosten und die Abrechnung der Dialyseleistungen gelten die Abs. 3 und 4.

Bekanntmachungen

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (Körperschaft des öffentlichen Rechts) – einerseits – und der Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. sowie der AEV–Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. – andererseits – vereinbaren, den Arzt-/Ersatzkassen-Vertrag (Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen) – Stand: 1. Juli 1996 – wie folgt zu ändern:

1. Folgender § 8 a wird eingefügt:

„§ 8 a
Dialyse

(1) Dialyse ist ärztliche Leistung, in der auch nichtärztliche Leistungsanteile (Sach- und Dienstleistungen) enthalten sind. Soweit Dialyse durch zugelassene Ärzte nicht sichergestellt werden kann, sind auch andere Ärzte oder ärztlich geleitete Einrichtungen zur Erbringung der Dialyse zu ermächtigen, wenn diese die in Anlage 3 genannten Voraussetzungen erfüllen; für die ermächtigten

ärztlich geleiteten Einrichtungen gelten ergänzend die nachstehenden Bestimmungen in den Absätzen 4 bis 7.

(2) Für die nichtärztlichen Leistungsanteile werden – mit Ausnahme der nichtärztlichen Dialyseleistungen in Einrichtungen nach Abs. 3 – besondere Kostensätze durch die Partner der Gesamtverträge festgesetzt.

(3) Die Höhe der Kosten für nichtärztliche Dialyseleistungen in Einrichtungen, die nach § 126 Abs. 5 in Verbindung mit § 127 SGB V durch die Landesvertretungen der Verbände der Ersatzkassen zugelassen sind, wird zwi-

(8) Vertragsärzte können zur Erbringung der Dialyse mit einer nach § 126 Abs. 5 SGB V zugelassenen Einrichtung in der Weise zusammenarbeiten, daß die Einrichtung die nichtärztlichen Dialyseleistungen aufgrund eines besonderen schriftlichen Vertrages mit dem Arzt nach seinen therapeutischen Anordnungen zur Verfügung stellt (Kooperationsvertrag). Die Kooperation zwischen Vertragsarzt und Einrichtung ist nur zulässig, wenn der Vertragsarzt die ärztliche Dialysebehandlung in Abhängigkeit vom Dialyseverfahren persönlich erbringt. Dazu ist es erforderlich, daß er während der Dialyse persönlich anwesend ist. Bei Dialyseverfahren, welche die persönliche Anwesenheit während der Dialyse in der Regel nicht erfordern, ist jederzeit durch ihn die unverzügliche ärztliche Betreuung der Versicherten zu gewährleisten.

Ein Kooperationsvertrag kann abgeschlossen werden, wenn der Vertragsarzt und die Einrichtung die Qualifikationsvoraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V bzw. § 139 Abs. 1 SGB V erfüllen. Der

Vertragsarzt hat die Erfüllung der Anforderungen an die fachliche Befähigung – soweit von ihm zu verantworten – gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Die Einrichtung hat die Erfüllung der Anforderungen zur Organisation – soweit von ihr zu verantworten – und zur apparativen Ausstattung gegenüber den Landesvertretungen der Verbände der Ersatzkassen nachzuweisen, die den Versorgungsvertrag abgeschlossen haben. Die Landesvertretungen der Verbände der Ersatzkassen teilen der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung mit, ob die Einrichtung die Qualifikationsvoraussetzungen erfüllt.

Die Erbringung der Dialyse als ärztliche Leistung im Rahmen dieser Kooperation bedarf eines Antrages des Arztes auf Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung; sie ist zu erteilen, wenn die genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

Die Abrechnung der ärztlichen Leistungen bei der Erbringung der Dialyse erfolgt durch den Arzt über die Kassenärztliche Vereinigung. Die Abrechnung der nichtärztlichen Leistungsanteile

erfolgt durch die Einrichtung über die Kassenärztliche Vereinigung, sofern die Partner der Gesamtverträge nichts anderes vereinbart haben. Abs. 4 Satz 3 gilt mit der Maßgabe, daß Verwaltungskosten bei der Abrechnung der nichtärztlichen Leistungsanteile in Höhe von 0,2 Prozent des Rechnungsbetrages in Ansatz gebracht werden können. Es gelten die vom VdAK/AEV mit der Einrichtung vereinbarten Kostensätze.“

2. Übergangsregelung zu Abs. 6 des § 8a

„Von der Prüfung des Bedarfs ist bei solchen Einrichtungen abzusehen, welche mindestens zwei Jahre vor dem Inkrafttreten dieser Regelung an der Versorgung von Versicherten in der Weise beteiligt waren, daß die ärztlichen Leistungen von einem zugelassenen Vertragsarzt oder in anderer Weise zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung über die Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnet wurden.“

3. Die Änderungen treten am 1. April 1997 in Kraft. □

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, K.d.ö.R., Köln, – einerseits – und der AOK-Bundesverband, K.d.ö.R., Bonn, der Bundesverband der Betriebskrankenkassen, K.d.ö.R., Essen, der IKK-Bundesverband, K.d.ö.R., Bergisch Gladbach, der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, K.d.ö.R., Kassel, die See-Krankenkasse, K.d.ö.R., Hamburg, die Bundesknappschaft, K.d.ö.R., Bochum, – andererseits – vereinbaren, den Bundesmantelvertrag/Ärzte (Stand: 1. Juli 1996) wie folgt zu ändern:

1. § 5 a wird wie folgt geändert:

Abs. 5 und 7 erhalten folgende Fassung:

„(5) Ermächtigungen von Einrichtungen, welche nach § 126 SGB V zugelassen sind, werden auf Antrag ohne Bedürfnisprüfung in dem Umfang, welche sie zum Zeitpunkt der Erteilung hatten, für die Dauer von 10 Jahren verlängert, wenn die Einrichtung die in Anlage 3 festgelegten Voraussetzungen erfüllt. Die 10-Jahres-Frist beginnt mit dem Tag der Erteilung der Folgeermächtigung. Eine Ermächtigung nach Satz 1 ist auch dann zu erteilen, wenn die ärztlichen Leistungen in dieser Einrichtung bisher durch einen persönlich ermächtigten Arzt erbracht worden sind; die Ermächtigung kann als persönliche Ermächtigung verlängert oder als Institutsermächtigung erteilt werden.

Unbeschadet der Laufzeit der bestehenden Ermächtigung ist der Verlängerungsantrag bis zum 31. 12. 1997 zu stellen.

(7) Im Ermächtigungsbescheid ist die in den Abs. 5 und 6 genannte Einrichtung zu verpflichten, auf Verlangen von niedergelassenen Vertragsärzten, welche die für die Ausführung von Dialyseleistungen erforderlichen Voraussetzungen erfüllen, Möglichkeiten einer Kooperation in diesen Einrichtungen zu prüfen. Lehnt die Einrichtung eine Kooperation ab, ist dies auf Verlangen des niedergelassenen Vertragsarztes schriftlich zu begründen. Für die Höhe der berechnungsfähigen Kosten und die Abrechnung der Dialyseleistungen gelten die Abs. 3 und 4.“

Es wird folgender Abs. 8 eingefügt:

„(8) Vertragsärzte können zur Erbringung der Dialyse mit einer nach

§ 126 Abs. 5 SGB V zugelassenen Einrichtung in der Weise zusammenarbeiten, daß die Einrichtung die nichtärztlichen Dialyseleistungen aufgrund eines besonderen schriftlichen Vertrages mit dem Arzt nach seinen therapeutischen Anordnungen zur Verfügung stellt (Kooperationsvertrag). Die Kooperation zwischen Vertragsarzt und Einrichtung ist nur zulässig, wenn der Vertragsarzt die ärztliche Dialysebehandlung in Abhängigkeit vom Dialyseverfahren persönlich erbringt. Dazu ist es erforderlich, daß er während der Dialyse persönlich anwesend ist. Bei Dialyseverfahren, welche die persönliche Anwesenheit während der Dialyse in der Regel nicht erfordern, ist jederzeit durch ihn die unverzügliche ärztliche Betreuung der Versicherten zu gewährleisten.

Ein Kooperationsvertrag kann abgeschlossen werden, wenn der Vertragsarzt und die Einrichtung die Qualifikationsvoraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V bzw. § 139 Abs. 1 SGB V erfüllen. Der Vertragsarzt hat die Erfüllung der Anforderungen an die fachliche Befähigung – soweit von ihm zu verantworten – gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Die Einrichtung hat die Erfüllung der Anforderungen zur Organisation – soweit von ihr zu verantworten –