

Datum: **19.10.2016**

Seite: 1/8

FAQ-Liste zur Vereinbarung nach § 115a Abs. 3 Satz 1 und 2 SGB V

Vereinbarung nach § 115a Absatz 3 Satz 1 und Satz 2 SGB V über die Behandlung schlafbezogener Atmungsstörungen bei Erwachsenen	
FAQ-Liste der BKG	
1.	Muss eine Verordnung von Krankenhausbehandlung bei der Behandlung von GKV-Versicherten vorliegen?
	Aufgenommen: 01.10.2012 Geändert: --
	<p>Eine <u>vorstationäre</u> Behandlung kann nach § 115a SGB V nur bei Vorliegen einer Verordnung von Krankenhausbehandlung durchgeführt und berechnet werden.</p> <p>Für eine <u>vollstationäre</u> Behandlung ist eine Verordnung nicht gesetzlich vorgeschrieben. Da aber bei Aufnahme des Patienten die stationäre Notwendigkeit der Behandlung nicht in jedem Fall erkennbar ist, empfehlen wir, für die Behandlungen im Schlaflabor generell eine Verordnung von Krankenhausbehandlung vor Behandlungsbeginn zu verlangen.</p>
2.	Muss eine Verordnung von Krankenhausbehandlung bei der Behandlung von PKV-Versicherten vorliegen?
	Aufgenommen: 01.10.2012 Geändert: --
	<p><i>Patienten mit PKV-Wahlleistungs-Zusatzversicherung:</i></p> <p>Diese Patienten sind nur für die Wahlleistungen (Arzt/Unterkunft) zusatzversichert. Deshalb erfolgt die Behandlung im Schlaflabor als allgemeine Krankenhausleistung. Somit kann</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ eine <u>vorstationäre</u> Behandlung nach § 115a SGB nur bei Vorliegen einer Verordnung von Krankenhausbehandlung durchgeführt und berechnet werden. ➤ eine <u>vollstationäre</u> Behandlung auch ohne eine Verordnung von Krankenhausbehandlung durchgeführt und berechnet werden. <p>Da aber bei Aufnahme des Patienten die stationäre Notwendigkeit der Behandlung nicht in jedem Fall erkennbar ist, empfehlen wir, für die Behandlungen im Schlaflabor generell eine Verordnung von Krankenhausbehandlung vor Behandlungsbeginn zu verlangen.</p> <p>Ein Behandlungsvertrag des Krankenhauses mit dem Patienten ist abzuschließen.</p>

Datum: 19.10.2016

Seite: 2/8

FAQ-Liste zur Vereinbarung nach § 115a Abs. 3 Satz 1 und 2 SGB V

	<p>Patienten mit PKV-Krankenvollversicherung</p> <p>Für diesen Patientenkreis ist hausintern mit dem CA des Schlaflabors zu klären, wie die Aufnahme zur Behandlung zu erfolgen hat (im Rahmen des erteilten Liquidationsrechts oder als Krankenhausleistung mit Wahlleistung).</p> <p>Erfolgt eine <u>vorstationäre</u> Behandlung, gilt auch hier die Vorgabe des § 115a SGB V, wonach zur Durchführung und Abrechnung der allgemeinen Krankenhausleistung eine Verordnung von Krankenhausbehandlung vorzuliegen hat, da für das Krankenhaus der § 115a SGB V gilt.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Für eine vollstationäre Behandlung ist eine Verordnung nicht gesetzlich oder vertraglich vorgeschrieben. Da aber bei Aufnahme des Patienten die stationäre Notwendigkeit der Behandlung nicht in jedem Fall erkennbar ist, empfehlen wir, für die Behandlungen im Schlaflabor generell eine Verordnung von Krankenhausbehandlung vor Behandlungsbeginn zu verlangen. <p>Ein Behandlungsvertrag des Krankenhauses mit dem Patienten ist abzuschließen.</p>
<p>3.</p>	<p>Routinemäßige erste Nachkontrolle im Schlaflabor gem. § 1 Abs. 5 des Vertrages</p>
	<p>Aufgenommen: 01.10.2012 Geändert: 01.09.2013</p>
	<p>Verschoben zu Frage 1 der neuen, mit der ARGE abgestimmten <u>FAQ-Liste zur Vereinbarung nach § 115a Absatz 3 Satz 1 und Satz 2 SGB V über die Behandlung schlafbezogener Atmungsstörungen bei Erwachsenen (siehe www.bkg-online.de/...)</u></p>
<p>4.</p>	<p>Ein Patient kommt nach einer vorstationären Behandlung wieder zur Behandlung in das Krankenhaus (Schlaflabor).</p>
	<p>Aufgenommen: 01.10.2012 Geändert: 01.09.2013</p>
	<p>Der Behandlungszeitraum der vorstationären Leistung ist durch die Vorgabe der Entgelte, Anlage 1 der Vereinbarung, auf 5 Tage begrenzt. Diese Frist kann nur auf eine geringe zeitliche Überschreitung (z. B. Wochenenden und Feiertage) ausgedehnt werden.</p> <p>Kommt ein Patient außerhalb dieser Frist wieder zur Behandlung in das Schlaflabor, ist nach den Vorgaben des Vertrags zu verfahren.</p> <p>Für die vorstationäre Behandlung bedarf es dann einer neuen Verordnung von Krankenhausbehandlung des Vertragsarztes, nachdem dieser nach erneuter Anwendung des BUB-3-Stufen-Schemas festgestellt hat, dass eine Verordnung notwendig ist.</p>

Datum: 19.10.2016

Seite: 3/8

FAQ-Liste zur Vereinbarung nach § 115a Abs. 3 Satz 1 und 2 SGB V

	<p>Durch die besondere Definition des Zeitraumes der Abrechnung im Vertrag ist eine Fallzusammenfassung mit späteren vollstationären Aufenthalten von den Vertragsparteien nicht vorgesehen und daher nicht möglich. Zeigen sich vor Ort andere Entwicklungen, bitten wir um Nachricht.</p>
<p>5.</p>	<p>Übermittlung der besonderen Indikation zur Abrechnung der Leistung als vollstationärer DRG-Fall</p>
	<p>Aufgenommen: 01.10.2012 Geändert: --</p>
	<p>Nach den derzeitigen Regelungen der Datenübermittlungsvereinbarung § 301 SGB V kann die besondere Indikation zur stationären Behandlung entsprechend der geschlossenen Vereinbarung leider nicht unmittelbar übermittelt werden. Wir schlagen Ihnen deshalb ein Verfahren vor, das in den Verhandlungen so besprochen und im Nachgang den Krankenkassen nochmals übermittelt wurde. Damit soll die Zahl der Prüfungen deutlich reduziert werden:</p> <p>Grundsätzlich gehen die Krankenkassen von einer ordnungsgemäßen Umsetzung der Vereinbarung aus (u. a. Dokumentation der Behandlungsschwerpunkte nach § 2 der Vereinbarung). Dennoch bleibt der Krankenkasse das Recht auf Einzelfallprüfung.</p> <p>Die Krankenkasse ist <u>(und nur)</u> in den Fällen <u>vollstationärer</u> Behandlung (Abrechnung) berechtigt, im Rahmen der Datenübermittlung mit dem Datensatz „ANFM“ eine medizinische Begründung anzufordern, wenn die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung überschritten wird. Gibt das Krankenhaus im Aufnahmedatensatz für die vollstationären Fälle die <u>voraussichtliche Dauer der Behandlung mit einem Tag an (was wir Ihnen ausdrücklich empfehlen)</u>, hat die Krankenkasse die Möglichkeit, im Einzelfall die Notwendigkeit der stationären Behandlung nachzufragen. Das Krankenhaus kann dann in der Beantwortung über den Datensatz „MBEG“ im Segment Text folgende medizinische Begründung geben: „Indikation Axx lt. Landesvertrag vom 31.08.2012“.</p> <p>Diese Handhabung durch die Krankenhäuser haben wir den Krankenkassen in den Verhandlungen zugesichert, um die Zahl der Prüfungen nach § 275 Abs. 1c SGB V deutlich zu reduzieren.</p> <p>Eine medizinische Begründung ist auf Verlangen der Krankenkassen nur für die vollstationären Behandlungsfälle zu liefern, nicht jedoch für die Fälle, die mit der vorstationären Vergütung abgerechnet werden. Die Behandlung dieser Fälle ist durch das Vorliegen der Verordnung von Krankenhausbehandlung nicht weiter zu begründen.</p>
<p>6.</p>	<p>Welche Entgeltschlüssel sind zur Datenübermittlung zu verwenden?</p>
	<p>Aufgenommen: 01.10.2012 Geändert: --</p>
	<p>Die auf Landesebene vereinbarten Entgeltschlüssel sind nicht von allen Kostenträgern umsetzbar. Wir haben uns deshalb an die Bundesebene gewandt, die uns nun zwei neue Ent-</p>

Datum: 19.10.2016

Seite: 4/8

FAQ-Liste zur Vereinbarung nach § 115a Abs. 3 Satz 1 und 2 SGB V

	<p>geltsschlüssel genannt hat, die von allen Krankenkassen im § 301-Verfahren ab dem 05.11.2012 technisch akzeptiert werden müssen.</p> <p>Entgeltsschlüssel gemäß Schlüsselfortschreibung ab 05.11.2012:</p> <p>41010901 Schlafbezogene Atmungsstörungen bei Erwachsenen, Bayern, erster Behandlungstag</p> <p>41010902 Schlafbezogene Atmungsstörungen bei Erwachsenen, Bayern, zweiter und jeder weitere Behandlungstag</p> <p>Bereits gestellte Abrechnungen mit den im Vertrag festgelegten Entgeltsschlüsseln sind dann vom Krankenhaus neu zu erstellen, wenn die Krankenkasse diese Entgeltsschlüssel nicht verarbeiten kann. Nach unserem Kenntnisstand trifft dies insbesondere auf die Ersatzkassen zu. In diesen Fällen wird den Krankenhäusern empfohlen, die Abrechnung mit einem Rechnungsdatum ab dem 05.11.2012 und den neuen Entgeltsschlüsseln neu zu erstellen und zu übermitteln.</p> <p>Für die Rechnungsstellung ab dem 05.11.2012 sind von allen Krankenhäusern nur noch die neuen, von der Bundesebene festgelegten Entgeltsschlüssel zu verwenden. Sie gelten ggf. auch für Behandlungen vor diesem Datum. Der Stichtag 05.11.2012 bezieht sich ausschließlich auf die Übermittlung der Rechnung und nicht auf das Leistungsdatum.</p>
<p>7.</p>	<p>Von der vorstationären Behandlung im Schlaflabor sind nach § 1 Abs. 3 der Vereinbarung insbesondere Patienten mit typischer Anamnese eines obstruktiven Schlaf-Apnoe-Syndroms betroffen. Sind in die Vereinbarung nur die Diagnose(n) G 47.3ff eingeschlossen?</p>
	<p>Aufgenommen: 01.10.2012 Geändert: --</p>
	<p>Das Wort „insbesondere“ bedeutet in allen Gesetzen, Verordnungen, Verträgen und Vereinbarungen eine nicht-abschließende Aufzählung. Insofern werden die Patienten mit anderen Hauptdiagnosen <u>aus dem Bereich der schlafbezogenen Atmungsstörungen</u>, die im Schlaflabor behandelt werden, nach denselben Kriterien abgerechnet wie die mit obstruktivem SAS (ICD-10: G47.31), sofern die weiteren Voraussetzungen der Vereinbarung für sie zutreffen.</p> <p>Die Vertragsparteien haben sich in der Vereinbarung bewusst jeglicher Zuordnung zu ICD-Kodes enthalten.</p> <p>Der Schwerpunkt an dieser Stelle lag zudem darauf zu beschreiben, welche Leistungen des Schlaflabors vor- oder vollstationär vergütet werden: „... bei denen die Durchführung einer kardiorespiratorischen Polysomnographie gemäß BUB-Richtlinie Stufe 4 und/oder die Einstellung auf eine Überdrucktherapie (CPAP-Therapie) und/oder eine entsprechende Therapieverlaufskontrolle erfolgen soll.“</p>

Datum: 19.10.2016

Seite: 5/8

FAQ-Liste zur Vereinbarung nach § 115a Abs. 3 Satz 1 und 2 SGB V

	Zur Abgrenzung von schlafbezogenen und anderen Atmungsstörungen siehe Frage 3 in der <u>FAQ-Liste zur Vereinbarung nach § 115a Absatz 3 Satz 1 und Satz 2 SGB V über die Behandlung schlafbezogener Atmungsstörungen bei Erwachsenen (siehe www.bkg-online.de/...)</u>
8.	Bei mehreren Punkten ist folgende Information enthalten: "... mit Anwendung von Beatmungsverfahren" Wie ist dies zu interpretieren?
	Aufgenommen: 01.10.2012 Geändert: 01.09.2013
	Verschoben zu Frage 2 der neuen, mit der ARGE abgestimmten <u>FAQ-Liste zur Vereinbarung nach § 115a Absatz 3 Satz 1 und Satz 2 SGB V über die Behandlung schlafbezogener Atmungsstörungen bei Erwachsenen (siehe www.bkg-online.de/...)</u>
9.	Abrechnung bei belegärztlicher Leistungserbringung
	Aufgenommen: 01.10.2012 Geändert: --
	Der Vertrag schließt in § 3 Abs. 2 die Abrechnung der vorstationären Pauschalen als belegärztliche Leistung aus. Soweit Patienten des Belegarztes die Kriterien für eine vollstationäre Behandlung nicht erfüllen, können weder eine DRG noch die vorstationären Pauschalen abgerechnet werden. In diesem Fall liegt keine belegärztliche Leistung vor, so dass die Leistung durch den „Belegarzt“ im Rahmen seiner vertragsärztlichen Tätigkeit abzurechnen ist. Die Abrechnung der Vergütungen nach dem Landesvertrag ist daher nur für bei Leistungserbringung durch angestellte Ärzte oder auch durch Honorarärzte möglich.
10.	Kann eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausgestellt werden?
	Aufgenommen: 01.10.2012 Geändert: --
	Eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung kann allein durch Vertragsärzte oder ermächtigte Ärzte rechtlich verbindlich ausgestellt werden. Das Krankenhaus sollte dem Patienten auf Wunsch den Aufenthalt im Krankenhaus formlos und kostenfrei bestätigen.

Datum: 19.10.2016

Seite: 6/8

FAQ-Liste zur Vereinbarung nach § 115a Abs. 3 Satz 1 und 2 SGB V

11. Wie ist eine hausinterne Verlegung ins Schlaflabor zu beurteilen?	
	Aufgenommen: 01.09.2013 Geändert: --
	<p>Wird ein Patient hausintern von einer anderen Fachabteilung, typischerweise Innere Medizin, Neurologie oder Psychiatrie, ins Schlaflabor verlegt, ist davon auszugehen, dass den Patienten nicht primär ein obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom oder eine andere schlafbezogene Atmungsstörung ins Krankenhaus geführt hat, sondern dass im Rahmen der differentialdiagnostischen Abklärung einer Schlafstörung anderer oder unklarer Ursache eine schlafbezogene Atmungsstörung ausgeschlossen oder bestätigt werden soll.</p> <p>Für diese Fälle gilt die Landesvereinbarung nach § 115a Absatz 3 Satz 1 und Satz 2 SGB V über die Behandlung schlafbezogener Atmungsstörungen bei Erwachsenen nicht (siehe auch Frage 3 der gemeinsamen FAQ-Liste von BKG und ARGE zur Vereinbarung, www.bkg-online.de/...)</p> <p>Die stationäre Notwendigkeit des Aufenthalts ist nach §39 Abs. 1 Satz 2 SGB V zu beurteilen.</p>
12. Wie ist das Erschwernis-Kriterium A06 (BMI > 35, Anstieg des nächtlichen PaCO₂ > 45 mm Hg) zu beurteilen?	
	Aufgenommen: 01.09.2013 Geändert: --
	<p>Das Kriterium besagt eindeutig, dass ein <u>nächtlicher PaCO₂</u> von >45 mmHg vorliegen muss. Dies schließt eine Messung nur mittels Clipsonde o. ä. aus. Von einer chronisch ventilatorischen Insuffizienz ist hier nicht die Rede. Sie wird in einem eigenen Kriterium A08 beschrieben, mit am Tage nachgewiesenen PaCO₂-Werten von >45 mmHg.</p>
13. Wie ist das Erschwernis-Kriterium A29 (Atemregulationsstörung bei Opiatdauertherapie) zu beurteilen?	
	Aufgenommen: 01.09.2013 Geändert: --
	<p>Die Aufnahme dieser Patienten erfolgt unter der Annahme, dass eine Atemregulationsstörung unter Opiattherapie vorliegt, was eine entsprechend aufwändigere Diagnostik nach sich zieht.</p> <p>Der Ausnahmetatbestand als Aufnahmekriterium ist aus ex-ante Sicht anzuerkennen.</p>

Datum: 19.10.2016

Seite: 7/8

FAQ-Liste zur Vereinbarung nach § 115a Abs. 3 Satz 1 und 2 SGB V

<p>14.</p>	<p>Wie ist das Kriterium A32 „Zusätzliche Tagesdiagnostik (Vigilanzmessung, MSLT, MWT) bei Tagesschläfrigkeit mit Eigen- und Fremdgefährdung bei bestimmten Berufsbildern, z. B. Kraftfahrer, Fluglotsen u. Ä.“ zu verstehen? Was ist zu beachten, wenn das Krankenhaus dieses Kriterium angibt?</p>
	<p>Aufgenommen: 14.10.2014 Geändert: --</p>
	<p>Gemäß §2 der Vereinbarung werden unter Abs. 2 Ausnahmetatbestände aufgelistet, die einen vollstationären Aufenthalt zur Durchführung einer Polysomnographie begründen, weil weitere gravierende gesundheitliche Beeinträchtigungen oder, wie im Fall des Kriteriums A32, besondere Umstände und Zusatzaufwände vorliegen, die nur mit den spezifischen Möglichkeiten des Krankenhauses zu bewältigen sind.</p> <p>Dabei wurden als zeitlich aufwändige Untersuchungsmethoden hier zwei konkrete Beispiele, multipler Schlaflatenztest (MSLT) und multipler Wachbleibetest (MWT), <u>zusätzlich</u> zu anderen Vigilanzmessungen, genannt.</p> <p>Diese beiden Tests sind jeweils mit dem OPS-Kode 1-795 auch im §301-Datensatz darzustellen. Der Code enthält Hinweise auf Leistungsmerkmale, die erfüllt sein müssen: „Dauer mindestens 4 x 20 Minuten, Videomonitoring, 2 x EEG, 1 x EMG, 2 x EOG, EKG, ggf. Bestimmung des oro-nasalen Atemflusses (mindestens 6 Kanäle)“.</p> <p>MSLT und MWT werden normalerweise nicht parallel gemacht. Der MSLT misst die Schlaflatenz tagsüber bei Patienten, die aufgefordert werden, einzuschlafen. Der MWT misst, ob sich ein Patient unter monotonen Bedingungen wach halten kann. Bei der Fragestellung, ob die Fahrfähigkeit eingeschränkt ist, sind vor allem der MWT und der Vigilanztest sinnvoll.</p> <p>Die Forderung, dass immer alle genannten Tests durchzuführen sind, ist nicht im Sinne der Vertragsparteien. Andererseits reicht eine reine Pupillographie, eine nicht länger als eine Stunde dauernde Vigilanztestung (z.B. nach Quatember-Maly) oder ein Fragebogen (z.B. Epworth Schläfrigkeitsskala) als wenige Minuten dauernde, ambulant machbare Messmethode nicht aus, um den vollstationären Aufenthalt zu begründen.</p> <p>Zudem ist darauf zu achten, dass es bei diesem Kriterium explizit nur um Personen geht, deren Fahrtauglichkeit <u>im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit</u> untersucht wird. Die Prüfung der Fahrtauglichkeit aus anderen Gründen fällt nicht unter dieses Kriterium.</p>

Datum: 19.10.2016

Seite: 8/8

FAQ-Liste zur Vereinbarung nach § 115a Abs. 3 Satz 1 und 2 SGB V

15.	Das Kriterium A11 der Gründe für vollstationäre Behandlung gilt bei Vorliegen einer nächtlichen Hyperkapnie. Wie wird eine nächtliche Hyperkapnie nachgewiesen?
	Aufgenommen: 19.10.2016 Geändert: --
	Verschoben zu Frage 4 der neuen, mit der ARGE abgestimmten <u>FAQ-Liste zur Vereinbarung nach § 115a Absatz 3 Satz 1 und Satz 2 SGB V über die Behandlung schlafbezogener Atmungsstörungen bei Erwachsenen</u> (siehe www.bkg-online.de/...)