

Vertrag nach § 115 b Abs. 1 SGB V

- Ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus - (AOP-Vertrag)

zwischen

1. dem GKV-Spitzenverband, Berlin

und

2. der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V., Berlin

sowie

3. der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Berlin

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband schließen auf Grund des in § 115 b SGB V enthaltenen Auftrages folgenden Vertrag:

Grundsätze

Dieser Vertrag soll dazu dienen, einheitliche Rahmenbedingungen zur Durchführung ambulanter Operationen und stationersetzender Eingriffe – nachfolgend „Eingriffe gemäß § 115 b SGB V“ genannt – im niedergelassenen Bereich und im Krankenhaus zu schaffen und die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Vertragsärzten und Krankenhäusern zu fördern. Dies umfasst auch die nach dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz zulässigen neuen Kooperationsmöglichkeiten.

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 § 115 b SGB V zugelassenen Krankenhäuser gleichberechtigt diese Leistungen erbringen können.

§ 1
**Zulassung von Krankenhäusern zur Erbringung
von Eingriffen gemäß § 115 b SGB V**

- (1) Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog nach § 3 aufgeführten Eingriffe gemäß § 115 b SGB V in den Leistungsbereichen zugelassen, in denen sie auch stationäre Krankenhausbehandlung erbringen. Hierzu bedarf es einer maschinenlesbaren 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 Katalogs maschinenlesbar zu benennen. Die Krankenhäuser verwenden für diese Mitteilung das zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft abgestimmte Formular in der jeweils aktuellen Fassung.

§ 2
**Zugang der Patienten zu Eingriffen
nach § 115 b SGB V**

- (1) Eingriffe gemäß § 115 b SGB V sollen in der Regel auf Veranlassung eines niedergelassenen Vertragsarztes unter Verwendung eines Überweisungsscheins durchgeführt werden. Falls ein Versicherter ohne Überweisungsschein das Krankenhaus zur ambulanten Operation aufsucht, gilt die Krankenversichertenkarte in Verbindung mit einem amtlichen Lichtbildausweis als Nachweis für die Mitgliedschaft. Bei Fehlen eines Überweisungsscheins zieht das Krankenhaus die Zuzahlung gemäß § 28 Abs. 4 SGB V ein. Der für den Eingriff gemäß § 115 b SGB V verantwortliche Arzt entscheidet über Art und Umfang des ambulanten Eingriffs.
- (2) Aus dem als Anlage des Vertrages beigefügten „Katalog ambulant durchführbarer Operationen und stationsersetzender Eingriffe“ kann nicht die Verpflichtung hergeleitet werden, dass die dort aufgeführten Eingriffe ausschließlich ambulant zu erbringen sind. Der Arzt ist verpflichtet, in jedem Einzelfall zu prüfen, ob Art und Schwere des beabsichtigten Eingriffs 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 vergewissern und dafür Sorge tragen, dass der Patient nach Entlassung aus der unmittelbaren Betreuung des operierenden Arztes auch im häuslichen Bereich sowohl ärztlich als gegebenenfalls auch pflegerisch angemessen versorgt wird. Die Entscheidung ist zu dokumentieren.

§ 3
**Katalog ambulant durchführbarer Operationen
und stationsersetzender Eingriffe**

- (1) In der Anlage sind abschließend die Leistungen aufgeführt, die Operationen und stationsersetzende Eingriffe gemäß § 115 b SGB V darstellen.

- (2) Eingriffe gemäß § 115 b SGB V, die in der Regel ambulant erbracht werden sollen, sind in der Anlage gesondert gekennzeichnet. Bei Vorliegen beziehungsweise Erfüllung der Kriterien der allgemeinen Tatbestände gemäß § 3 Abs. 3 des Vertrages kann jedoch eine stationäre Durchführung dieser Eingriffe erforderlich sein.
- (3) Allgemeine Tatbestände, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung der in der Regel ambulant durchzuführenden Leistungen erforderlich sein kann, sind die Kriterien A, B, D, E und F gemäß Anlage 2 zu den Gemeinsamen Empfehlungen zum Prüfverfahren nach § 17 c KHG in der gültigen Fassung vom 15.04.2004. Die Vertragspartner prüfen bei Änderungen der Kriterien bzw. der Anlage 2 zu den Gemeinsamen Empfehlungen zum Prüfverfahren nach § 17 c KHG deren Anwendbarkeit im Zusammenhang mit Leistungen nach § 115 b SGB V und entscheiden über deren Übernahme in die Allgemeinen Tatbestände nach Satz 1.
- (4) Die Vertragspartner werden den Katalog mit Wirkung zum 01.01.2011 überarbeiten.

§ 4 Präoperative Leistungen

- (1) Zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen stellt der überweisende Arzt dem den Eingriff nach § 115 b SGB V durchführenden Arzt die im Zusammenhang mit dem vorgesehenen Eingriff gemäß § 115 b SGB V bedeutsamen Unterlagen zur Verfügung. Der Operateur/Anästhesist hat diese Unterlagen bei seiner Entscheidung zu berücksichtigen. Werden bereits durchgeführte Untersuchungen nochmals veranlasst, so sind diese in medizinisch begründeten Fällen von den Kostenträgern zu vergüten. Diese sind bei der Abrechnung zu kennzeichnen und auf Nachfrage zu begründen.
- (2) Erfolgt eine vollstationäre Behandlung, so sind die diagnostischen Maßnahmen, die der Vorbereitung dieser stationären Behandlung dienen und innerhalb der Fristen gemäß § 115 a Abs. 2 SGB V erbracht werden, nicht als Eingriffe gemäß § 115 b SGB V abzurechnen.
- (3) Der den Eingriff nach § 115 b SGB V durchführende Krankenhausarzt/Anästhesist 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 der Abrechnungsbestimmungen des EBM und des § 7 abzurechnen.
- (4) Handelt es sich um notwendige fachgebietsbezogene Leistungen, die vom Krankenhaus nicht erbracht werden können, hat der Krankenhausarzt den Patienten an einen niedergelassenen Vertragsarzt dieses Fachgebietes, einen ermächtigten Krankenhausarzt, eine ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung oder eine zugelassene Einrichtung mittels Definitionsauftrag durch Verwendung des entsprechenden Vordrucks gemäß § 13 zu überweisen.
- (5) Soweit es sich um notwendige, nicht fachgebietsbezogene Leistungen handelt, hat der Krankenhausarzt den Patienten an einen niedergelassenen Vertragsarzt dieses anderen Fachgebietes, einen ermächtigten Krankenhausarzt, eine ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung oder eine zugelassene Einrichtung mittels Definitionsauftrag durch Verwendung des entsprechenden Vordrucks gemäß § 13 zu überweisen.

§ 5 Intraoperative Leistungen

In Verbindung mit einem ambulanten Eingriff nach § 115 b SGB V können intraoperative Leistungen erbracht oder veranlasst werden, die in einem unmittelbaren zeitlichen und medizinischen Zusammenhang mit dem Eingriff stehen (insbesondere Laboruntersuchungen, Leistungen der konventionellen Radiologie, Histologie oder der Pathologie).

§ 6 Postoperative Leistungen

Postoperative, auf das eigene Fachgebiet des den Eingriff nach § 115 b SGB V erbringenden Arztes/Anästhesisten bezogene ärztliche Leistungen, einschließlich der Leistungen des Abschnitts 31.3 des EBM, die erforderlich sind, um den Behandlungserfolg des im Krankenhaus durchgeführten Eingriffs nach § 115 b SGB V zu sichern bzw. zu festigen, sind auch von fachlich verantwortlichen Krankenhausärzten durchzuführen. Die Behandlungsdauer soll 14 Tage nicht überschreiten, ohne dass es einer erneuten Überweisung bedarf.

§ 7 Vergütung

- (1) Die im Katalog nach § 3 aufgeführten ambulant durchführbaren Operationen und stationärer ersetzenden Eingriffe sowie die nach den §§ 4, 5 und 6 erbrachten Leistungen des Krankenhauses und der Vertragsärzte werden mit den Preisen für den Regelfall der für den Standort des Krankenhauses geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung nach § 87 a Abs. 2 SGB V bzw. den diesen zu Grunde liegenden Punktwerten und den Punktzahlen des EBM (ggf. BMÄ / E-GO) außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet. Die Regelungen nach Satz 1 werden für Vertragsärzte bis zu einer rechtskräftigen Entscheidung in dem Verfahren vor dem Sozialgericht Berlin (Az.: S 79 KA 977/06) und der Vereinbarung dadurch ggf. erforderlicher Anpassungen durch die Vertragsparteien ausgesetzt. Die Abrechnungsbestimmungen des EBM gelten für die Krankenhäuser entsprechend. Die Partner dieses Vertrages werden wegen der noch ausstehenden Klärung der Umsetzungsfragen nach Nr. 2.2 des vom Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V am 02.09.2009 beschlossenen Teils D des Beschlusses zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung für das Jahr 2010 bis zum 30.09.2010 prüfen, wie die gesetzlichen Bestimmungen gemäß § 87 Abs. 2e SGB V (Orientierungswerte im Regelfall sowie bei festgestellter Unter- und Überversorgung) bei der Vergütung der Leistungen nach Satz 1 ab dem 01.01.2011 zu berücksichtigen sind. Sofern zwischen den Gesamtvertragspartnern zusätzliche Vergütungsbestandteile (z.B. Zuschläge auf den der Euro-Gebührenordnung zu Grunde liegenden Punktwert) vereinbart wurden, sind diese auch von den Krankenhäusern abrechenbar. Die Gesamtvertragspartner benennen der Landeskrankenhausgesellschaft einen Ansprechpartner, der dieser jeweils innerhalb von 2 Wochen nach der Vereinbarung die Euro-Gebührenordnung zur Verfügung stellt sowie über die zusätzlichen Vergütungsbestandteile informiert. Soweit sich im Ergebnis der vom GKV-Spitzenverband vor dem LSG Berlin Brandenburg unter den Az.: L 7 KA 62/09 KL und L 7 KA 135/09 KL eingebrachten Klageverfahren rechtskräftig die Unzulässigkeit zusätzlicher regionaler Vergütungsbestandteile ergibt, sind diese von den Krankenhäusern unter Beachtung entsprechender Regelungen der Partner der Gesamtverträge zurück zu erstatten. Zudem werden die Partner dieses Vertrages die betroffenen Regelungen entsprechend anpassen.

- (2) Die postoperativen Behandlungskomplexe des Abschnitts 31.4 des EBM für die postoperative Behandlung bei Erbringung durch den Operateur können durch das Krankenhaus für die darin enthaltenen Leistungen bis zum 14. Tag nach Erbringung eines Eingriffs nach § 115 b SGB V mit einem Abschlag von der Punktzahl in Höhe von 27,5 % berechnet werden. Sobald der Bewertungsausschuss die postoperative Behandlungsdauer im Rahmen der Leistungen des Abschnitts 31.4 des EBM auf den Zeitraum von 14 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 einschränkt, entfällt der Abschlag nach Satz 1 mit Inkrafttreten der Einschränkung.
- (3) Wird ein Patient an demselben Tag in unmittelbarem Zusammenhang mit dem ambulanten Eingriff eines Krankenhauses stationär aufgenommen, erfolgt die Vergütung nach Maßgabe der Bundespflegesatzverordnung beziehungsweise des Krankenhausentgeltgesetzes.
- (4) Krankenhäuser sind bei Vergütung ambulanter Leistungen wie niedergelassene Fachärzte der entsprechenden Fachrichtung einzustufen. Dies gilt insbesondere auch für die separate Abrechenbarkeit anästhesiologischer Leistungen/Narkosen, sofern im Krankenhaus bei Eingriffen gemäß § 115 b SGB V sowohl ein Operateur als auch ein Anästhesist des Krankenhauses beteiligt sind oder die Leistung nach § 115 b SGB V durch einen belegärztlich tätigen Vertragsarzt erfolgt und das Krankenhaus nur die Anästhesieleistung erbringt.
- (5) Sofern die Verbände der Krankenkassen auf Landesebene zweiseitige, zusätzliche Vereinbarungen zur Vergütung von Leistungen nach § 3 treffen, so ist deren Übertragung auf den an der jeweiligen Vereinbarung unbeteiligten anderen Sektor zu prüfen. Voraussetzung ist die Erfüllung der für die strukturvertragliche Förderung in der jeweiligen Vereinbarung bestimmten Kriterien. Näheres regeln die Vertragspartner auf Landesebene.

§ 8

Unterrichtung des Vertragsarztes

Nach Durchführung des Eingriffs gemäß § 115 b SGB V ist dem Versicherten eine für den weiterbehandelnden Vertragsarzt bestimmte Kurzinformation mitzugeben, aus der die Diagnose, Therapieangaben, angezeigten Rehabilitationsmaßnahmen sowie die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hervorgehen. Diese Information ist obligater Bestandteil der Leistung und somit nicht gesondert abrechenbar.

§ 9

Vergütung von Sachkosten

(Verbrauchsmaterialien, Verbandmittel, Arzneimittel, Hilfsmittel)

- (1) Die für die Durchführung der Eingriffe gemäß § 3 und die Leistungen nach den §§ 4 bis 6 benötigten Verbrauchsmaterialien, Verbandmittel, Arzneimittel und Hilfsmittel werden vom Krankenhaus zur Verfügung gestellt. Die Abrechnung der Sachkosten und Arzneimittel erfolgt zwischen dem Krankenhaus und den Krankenkassen gemäß § 18. Der Krankenhausarzt ist nicht berechtigt, die in diesem Absatz aufgeführten Mittel auf Kassenrezept zu verordnen.
- (2) Sachmittel nach Absatz 1, deren Kosten gemäß Nr. 7.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM (Praxisbedarf) mit der Gebühr für die ärztliche Leistung abgegolten sind oder Sachmittel, die explizit Leistungsinhalt der Leistungen des EBM sind, sind nicht gesondert berechnungsfähig.

- (3) Arznei- und Sachmittel, die weder nach Absatz 2 Bestandteil der berechnungsfähigen ärztlichen Leistungen des EBM sind, noch gemäß der Absätze 4 bis 7 gesondert abgerechnet werden können, werden durch einen pauschalen Zuschlag auf die gesamte Honorarsumme in Höhe von 7,0 % vergütet. Sofern eine Kostenpauschale nach Absatz 4 in Rechnung gestellt wird, ist die entsprechende ärztliche Leistung des EBM für die Berechnung der Zuschlagshöhe aus der Honorarsumme auszuklammern.
- (4) Die im Kapitel 40 des EBM ausgewiesenen Kostenpauschalen nach BMÄ und E-GO sind berechnungsfähig.
- (5) Nachfolgende Sachmittel werden zusätzlich zu der Vergütung nach Abs. 3 und 4 nach Aufwand erstattet, soweit sie je nachfolgend aufgeführter Sachmittelposition (je Spiegelstrich) einen Betrag von 12,50 Euro im Behandlungsfall überschreiten:
- im Körper verbleibende Implantate in Summe
 - Röntgenkontrastmittel
 - Nahtmaterial
 - diagnostische und interventionelle Katheter einschl. Führungsdraht, Gefäßschleuse, Einführungsbesteck und Verschlussysteme im Zusammenhang mit angiologisch-diagnostischen und -therapeutischen, gefäßchirurgischen und phlebologischen Leistungen
 - diagnostische und interventionelle Katheter einschl. Führungsdraht, im Zusammenhang mit gastrokopischen Leistungen (inkl. Leistungen an den Gallenwegen)
 - Trokare, Endoclips und Einmalapplikatoren für Clips, im Zusammenhang mit laparoskopischen Leistungen
 - Narkosegase, Sauerstoff
 - diagnostische und interventionelle Katheter (ausgenommen Transferkatheter) einschl. Führungsdraht im Zusammenhang mit Leistungen zur In-Vitro-Fertilisation abzüglich des Patienteneigenanteils
 - Iris-Retraktoren, Kapselspannringe, Injektionshalterungen bei ophthalmochirurgischen Leistungen
 - Ophthalmica (Viskoelastika, Perfluordecaline, Silikonöl, C3F8-Gas) bei ophthalmochirurgischen Leistungen
 - Schienen, Kompressionsstrümpfe (nicht Anti-Thrombosestrümpfe)
- (6) Das Krankenhaus wählt die gesondert berechnungsfähigen Materialien nach Absatz 5 unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der medizinischen Notwendigkeit aus. Es hat die rechnungsbegründenden Unterlagen in Form der Originalrechnungen für die Dauer von fünf Jahren aufzubewahren und vorzuhalten. 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 und nach Maßgabe der Krankenkasse nachzuweisen. 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 und nach Maßgabe der Krankenkasse nachzuweisen.

- (7) Übersteigt der Preis eines Arzneimittels, das nicht Bestandteil der Vergütungen gemäß der Absätze 2 bis 5 ist, einen Betrag von 40,00 Euro, erfolgt eine Vergütung auf der Grundlage des in der Großen Deutschen Spezialitätentaxe (Lauertaxe) ausgewiesenen Apotheken-Einkaufspreises mit einem Abschlag in Höhe von 25 % zuzüglich Mehrwertsteuer. Der Preis ergibt sich aus den tatsächlich für den Behandlungsfall verbrauchten Einheiten des jeweiligen Arzneimittels und dem Preis einer Einzeldosis der größten, in der Lauertaxe angegebenen Packungseinheit.
- (8) Abweichend von Abs. 7 erfolgt für Photosensibilisatoren (z.B. Verteporfin) bei der Photodynamischen Therapie und Hormonpräparate bei Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung eine Vergütung auf der Grundlage des in der Großen Deutschen Spezialitätentaxe (Lauertaxe) ausgewiesenen Apotheken-Einkaufspreises mit einem Abschlag in Höhe von 20 % zuzüglich Mehrwertsteuer. Der Preis ergibt sich aus den tatsächlich für den Behandlungsfall verbrauchten Einheiten des jeweiligen Arzneimittels und dem Preis einer Einzeldosis der größten, in der Lauertaxe angegebenen Packungseinheit. Der Rechnungsbetrag für Hormonpräparate zur In-vitro-Fertilisation ist um den Eigenanteil der Patienten zu reduzieren. Der Betrag nach Abs. 7 Satz 1 (40,00 Euro) gilt für Photosensibilisatoren (z.B. Verteporfin) bei der Photodynamischen Therapie und Hormonpräparate bei Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nicht.

§ 10

Arbeitsunfähigkeit/Häusliche Krankenpflege

- (1) Ist der Patient bedingt durch den im Krankenhaus ambulant durchgeführten Eingriff arbeitsunfähig, kann Arbeitsunfähigkeit vom Krankenhausarzt in der Regel bis zu fünf Tagen bescheinigt werden.
- (2) Die Verordnung häuslicher Krankenpflege durch den Krankenhausarzt ist bis zu einer Dauer von drei Tagen möglich, sofern sie in Zusammenhang der Sicherstellung des Behandlungserfolges im häuslichen Umfeld des Patienten erfolgt (Sicherungspflege). Die entsprechenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege gelten. Folgeverordnungen sind durch den nachbehandelnden Vertragsarzt vorzunehmen.

§ 11

Transport des Patienten

Ist ein Krankentransport zu Lasten einer Krankenkasse nach Durchführung eines Eingriffs gemäß § 115 b SGB V notwendig, ist er von dem Krankenhausarzt unter Beachtung der Krankentransport-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in der jeweils gültigen Fassung anzuordnen.

§ 12

Datenschutz und ärztliche Schweigepflicht

Die datenschutzrechtlichen Vorschriften und die ärztliche Schweigepflicht sind zu beachten.

§ 13 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.

§ 14 Facharztstandard

Ärztliche Leistungen gemäß § 115 b SGB V werden nach dem jeweilig zum Behandlungszeitpunkt geltenden Facharztstandard erbracht. Danach sind die ärztlichen Leistungen gemäß § 115 b SGB V nur von Fachärzten, unter Assistenz von Fachärzten oder unter deren unmittelbarer Aufsicht und Weisung mit der Möglichkeit des unverzüglichen Eingreifens zu erbringen.

§ 15 Qualitätssicherung

Leistungen des Katalogs nach § 115 b SGB V, für die Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 135 SGB V existieren, sind auch unter den gleichen Maßgaben im stationären Bereich zu erbringen. Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V und nach § 137 Abs. 1 Satz 1 SGB V sind zu berücksichtigen. Dies betrifft insbesondere die Durchführung von Hygienekontrollen, die Einhaltung der weiteren Strukturqualität sowie auch die Einhaltung von Frequenzregelungen. Frequenzregelungen sind arztbezogen zu erfüllen, wobei alle Leistungen, unabhängig zu wessen Lasten und in welcher Behandlungsform diese erbracht wurden, Anrechnung finden können. Leistungen, die unter unmittelbarer Aufsicht und Weisung von Fachärzten mit der Möglichkeit des unmittelbaren Eingreifens erbracht werden, können von diesen auf die eigene Leistungsfrequenz angerechnet werden.

§ 16 Maßnahmen zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit

Die Vertragspartner werden Maßnahmen zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit bei Eingriffen gemäß § 115 b SGB V in einer gesonderten Vereinbarung treffen.

§ 17 Beteiligung der Deutschen Krankenhausgesellschaft

Soweit über die Bewertung der im „Katalog ambulant durchführbarer Operationen und stationsersetzender Eingriffe“ (Anlage) aufgeführten Leistungen zu beraten ist, können Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft an Sitzungen des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses teilnehmen. Dazu ergeht jeweils im Rahmen der üblichen Fristen vor der geplanten Sitzung des Arbeitsausschusses eine entsprechende Einladung durch die Geschäftsführung des Bewertungsausschusses.

§ 18 Abrechnungsverfahren

- (1) Es ist nur eine Rechnung zulässig, die sämtliche abrechenbaren Leistungen der ambulanten Operation gemäß der Anlage sowie gegebenenfalls des §§ 4, 5, 6 und 9 umfasst. Einbehaltene Zuzahlungen gemäß § 28 Abs. 4 SGB V sind gesondert auszuweisen. Der Rechnungsbetrag ist um einbehaltene Zuzahlungen zu bereinigen. Erfolgt die ambulante Operation durch einen am Krankenhaus tätigen Belegarzt, sind seine Leistungen ausschließlich nach den vertragsärztlichen Regelungen mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung abzurechnen. Die belegärztliche Leistung ist auf der Rechnung des Krankenhauses als gesonderter Posten mit auszuweisen.
- (2) Die Leistungen aus dem „Katalog ambulant durchführbarer Operationen und stationsersetzender Eingriffe“ und gegebenenfalls der §§ 4, 5, 6 und 9 dieses Vertrages werden dem Krankenhaus von der für die Patienten zuständigen Krankenkasse vergütet.
- (3) Nach Abschluss des Falles einer ambulanten Operation wird der zuständigen Krankenkasse innerhalb von vier Wochen eine Rechnung übersandt. Als 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.
- (4) Die Krankenkassen haben die Rechnung innerhalb von vier Wochen nach Rechnungseingang zu bezahlen. Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrags 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.

§ 19 Datenübermittlung

- (1) Die zugelassenen Krankenhäuser haben den Krankenkassen die Daten nach § 301 SGB V zu übermitteln.
- (2) Für die Abrechnung der Leistungen gemäß diesem Vertrag sind auf den Abrechnungsunterlagen zwingend Diagnosen und Prozeduren in der jeweils gültigen Fassung gemäß § 301 Abs. 2 SGB V kodiert anzugeben.

§ 20 Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems

Die Vertragspartner beabsichtigen, die Umstellung der Abrechnungspositionen für die Eingriffe gemäß § 115 b SGB V auf ein vollständig pauschaliertes Entgeltsystem vorzunehmen.

§ 21 Anpassung der Operationenschlüssel

Die Vertragspartner vereinbaren, die erforderlichen Anpassungen der Operationen und sonstigen Prozeduren (OPS 301) im Katalog der Eingriffe gemäß § 115 b Abs. 1 SGB V vorzunehmen. Soweit eine Einigung nicht zustande kommt, stellen die Vertragspartner spätestens vier Wochen nach Vorabbekanntgabe des OPS 301 eine gemeinsame Liste von Sachverständigen auf, die im Wege der Schlichtung zu offenen Fragen Stellung nehmen sollen; jeder Vertragspartner kann einen Sachverständigen benennen. Kommt es zu keiner Einigung über die Person des Sachverständigen, entscheidet innerhalb einer Woche das Los, welcher

Sachverständige den Auftrag erhält, die Anpassung des OPS 301 innerhalb von vier Wochen zu erstellen. Die Kosten der Beauftragung tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. Soweit die Vertragspartner nicht innerhalb von zwei Wochen den Sachverständigenvorschlag annehmen oder sich einvernehmlich auf Änderungen des Sachverständigenvorschlags einigen, gilt der Vorschlag des Sachverständigen als abgelehnt.

§ 22 Geltung des Vertrages

Der Vertrag tritt am 01.01.2010 in Kraft. Er kann mit einer Frist von einem Jahr jeweils zum 30.06. oder 31.12. eines jeden Jahres durch einen der drei Vertragspartner durch eingeschriebenen Brief gekündigt werden. Die Partner erklären ihre Bereitschaft, innerhalb von drei Monaten nach erfolgter Kündigung an der Verabschiedung eines Anschlussvertrages mitzuwirken. Der Katalog nach § 3 für das Jahr 2010 gilt befristet bis zum 31.12.2010.

§ 23 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Klauseln oder Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmung soll eine Bestimmung gelten, die dem zulässiger Weise am nächsten kommt, was die Vertragspartner gewollt haben oder gewollt hätten, wenn sie die Regelungsbedürftigkeit bedacht hätten.

Berlin, 04.12.2009