

Vertrag nach § 115 b Abs. 1 SGB V

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

zwischen

1. dem AOK-Bundesverband, Bonn
dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen
dem IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach
der See-Krankenkasse, Hamburg
dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel
der Bundesknappschaft, Bochum
dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V, Siegburg
dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg
gemeinsam

und

2. der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V., Berlin

sowie

3. der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Berlin

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen 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.

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.

§ 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 Krankenversicherungskarte 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 1 zu § 3 des Vertrages beigefügten „Katalog ambulant durchführbarer Operationen und stationärsersetzender 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 stationärsersetzender Eingriffe

- (1) In der Anlage 1 sind abschließend die Leistungen aufgeführt, die Operationen und stationärsersetzende Eingriffe gemäß § 115 b SGB V darstellen.
- (2) Eingriffe gemäß § 115 b SGB V, die in der Regel ambulant erbracht werden sollen, sind in Anlage 1 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

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.
- (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 § 115b 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 und die nach den §§ 4, 5 und 6 erbrachten Leistungen werden auf der Grundlage des EBM, seiner Abrechnungsbestimmungen und ggf. des BMÄ und der E-GO nach den für die Versicherten geltenden vertragsärztlichen Vergütungssätzen vergütet.
- (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 des Eingriffs nach § 115 b SGB V mit einem Abschlag von der Punktzahl in Höhe von 35 Prozent berechnet werden.
- (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 § 115b SGB V durch einen belegärztlich tätigen Vertragsarzt erfolgt und das Krankenhaus nur die Anästhesieleistung erbringt.

§ 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)

- (1) Die Kosten des Praxisbedarfs sind mit den ärztlichen Leistungen des EBM vergütet und werden vom Krankenhaus zur Verfügung gestellt.
- (2) Sachkosten, die im Krankenhaus im Zusammenhang mit ärztlichen Leistungen dieses Vertrages entstehen und die
 - nicht mit den ärztlichen Leistungen (Praxisbedarf),
 - nicht mit den vertraglich vereinbarten Sachkostenpauschalen des Kapitels 40 des EBM,
 - nicht mit den Vereinbarungen gemäß Abs. 3 und Abs. 4

abgegolten sind, werden durch einen pauschalen Zuschlag auf die gesamte Honorarsumme in Höhe von 7,0 % vergütet.

- (3) Nachfolgende Sachkosten werden zusätzlich zu der Vereinbarung in Abs. 2 nach Einzelaufwand erstattet, soweit sie den Betrag von 15,00 Euro im Einzelfall überschreiten:
 - Im Körper verbleibende Implantate,
 - Röntgenkontrastmittel,
 - Diagnostische und interventionelle Katheter einschl. Führungsdraht, Gefäßschleuse und Einführungsbesteck im Zusammenhang mit angiologisch-diagnostischen und -therapeutischen, gefäßchirurgischen und phlebologischen Leistungen,
 - Iris-Retraktoren und Injektionshalterungen bei ophthalmochirurgischen Eingriffen,
 - Ophthalmica (Perfluordecaline, Silikonöl, C3F8-Gas) bei ophthalmo-chirurgischen Operationen,
 - Narkosegase,
 - Sauerstoff.

- (4) Übersteigt der Preis eines Arzneimittels im Einzelfall einen Betrag von 65,00 Euro und ist er nicht Bestandteil der Vergütungen gemäß Abs. 2 und 3, erfolgt eine zusätzliche Erstattung. Die Erstattung erfolgt in der Höhe der Hälfte des rechnerischen Bruttopreises im Einzelfall. Die Berechnung erfolgt auf der Grundlage einer Einzeldosis der größten angegebenen Packungseinheit der Großen Deutschen Spezialitätentaxe (Lauertaxe).

- (5) Die Abrechnung der Sachkosten gemäß Abs. 3 und der Arzneimittel gemäß Abs. 4 erfolgt zwischen dem Krankenhaus und den Krankenkassen gemäß § 18. Das

Krankenhaus wählt dabei die Materialien, die mit den Sachkosten gemäß Abs. 3 vergütet werden 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 gegebenenfalls die vom Hersteller bzw. vom Lieferanten gewährte Rückvergütung wie insbesondere Preisnachlässe, Rabatte und andere geldwerte Vorteile mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten bis zu 3 % weiterzugeben. Werden die in Sachkosten enthaltenen Materialien bei mehreren Patienten verbraucht, so ist ein durchschnittlicher Preis je Patient zu ermitteln und anzugeben. Das Krankenhaus bestätigt dieses Verfahren durch Unterschrift gegenüber der zuständigen Krankenkasse gemäß einem bis zum 01.05.2005 zu vereinbarenden Vordruckmuster.

- (6) Den ambulant operierten Patienten werden gegebenenfalls erforderliche Arzneimittel, Verband- und Hilfsmittel vom Krankenhaus mitgegeben. Dabei soll die mitgegebene Menge so bemessen sein, dass die Versorgung des Patienten in der Regel für den Zeitraum von bis zu drei Tagen nach Durchführung des Eingriffs gemäß § 115 b SGB V gesichert ist. Für die Versorgung mit Arzneimitteln gilt § 14 Abs. 4 Satz 2 des Apothekengesetzes. Der Krankenhausarzt ist nicht berechtigt, die in diesem Absatz aufgeführten Mittel auf Kassenrezept zu verordnen.
- (7) Die Vertragsparteien vereinbaren für die Vergütung von Sachkosten zum 01. Januar 2006 entsprechende Sachkostenpauschalen. Hierzu nehmen sie unverzüglich Verhandlungen auf.

§ 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 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 Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen

Die Vertragspartner haben eine gesonderte Vereinbarung mit Maßnahmen der Qualitätssicherung getroffen. Diese ist im Rahmen der Durchführung der Eingriffe gemäß § 115 b SGB V zu beachten. Soweit Vereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V auch Leistungen nach § 115 b SGB V betreffen, gelten sie nach Maßgabe der ergänzenden vertraglichen Bestimmungen der Vertragspartner auch für Krankenhäuser.

*Protokollnotiz
zum Vertrag nach § 115 b Abs. 1 SGB V zur Anwendung von
Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 135
SGB V im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen nach § 115 b SGB V durch
Krankenhäuser*

Leistungen des Kataloges nach 115 b SGB V, für die Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 135 existieren, sind auch unter den gleichen Maßgaben im stationären Bereich zu erbringen. Dies betrifft insbesondere die Durchführung von Hygienekontrollen, die Einhaltung der weiteren Strukturqualität sowie auch die Einhaltung von Frequenzregelungen. Die Frequenzregelungen sind arztbezogen zu erfüllen, wobei alle Leistungen, unabhängig zu wessen Lasten und in welcher Behandlungsform diese erbracht wurden, Anrechnung finden können. Die Einhaltung dieser Auflagen weist das Krankenhaus gegenüber der zuständigen Landeskommission ambulantes Operieren nach.

Sofern die Kontrolle der Einhaltung der Qualitätsanforderungen durch die Vereinbarung gemäß § 15 nicht erfolgt, können die Krankenkassen den Medizinischen Dienst dazu beauftragen.

§ 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 stationärer Eingriffe“ (Anlage 1) aufgeführten Leistungen zu beraten ist, können Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft an Sitzungen des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses teilnehmen.

§ 18

Abrechnungsverfahren

- (1) Es ist nur eine Rechnung zulässig, die sämtliche abrechenbaren Leistungen der ambulanten Operation gemäß der Anlage 1 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 stationärer 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.
- (5) Die in § 3 zu vergütenden Leistungen werden nach einem Punktwert vergütet. Es gilt der kassenartenspezifische Punktwert des entsprechenden Leistungsbereichs des letzten verfügbaren Quartals gemäß Formblatt 3 (kassenseitige Rechnungslegung) der für den Krankenhausstandort zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung.
- (6) Die durch die Neukalkulation des EBM bedingten Punktsummen- und Punktwertverschiebungen der EBM-Leistungen (EBM 96/EBM 2000plus) sind bei der Vergütung der Krankenhäuser durch entsprechende Anpassungen der Punktwerte im Übergangszeitraum bis zur Anwendung des Punktwertes des zweiten Quartals 2005 zu berücksichtigen.

§ 19

Datenübermittlung

- (1) Die zugelassenen Krankenhäuser haben den Krankenkassen die Daten nach § 301 SGB V zu übermitteln.

- (2) Die von den Krankenhäusern abgerechneten Eingriffe gemäß § 115 b SGB V werden – sobald der Datenaustausch zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen vereinbart ist– durch die Krankenkassen in ihrer Leistungsfrequenz erfasst und vierteljährlich von den Landesverbänden der Krankenkassen beziehungsweise den Verbänden der Ersatzkassen den Landeskrankenhausgesellschaften und Kassenärztlichen Vereinigungen gemeldet. Die Kassenärztlichen Vereinigungen geben den Landesverbänden der Krankenkassen beziehungsweise den Verbänden der Ersatzkassen und der Landeskrankenhausgesellschaft vierteljährlich einen Bericht über die Leistungsfrequenz der Eingriffe gemäß § 115 b SGB V in der vertragsärztlichen Versorgung ab. Die Partner dieses Vertrages schließen zu vorgenanntem Sachverhalt eine gesonderte Vereinbarung ab.
- (3) 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 Vorabbenachrichtigung 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 Sachverständiger 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 sich die Vertragspartner nicht innerhalb von zwei Wochen einvernehmlich auf Änderungen des Sachverständigenvorschlags einigen, gilt der Vorschlag des Sachverständigen in unveränderter Form als vertraglich vereinbart.

§ 22

Geltung des Vertrages

- (1) Der Vertrag tritt am 1. April 2005 in Kraft. Er kann mit einer Frist von einem Jahr jeweils zum 30.6. oder 31.12. eines jeden Jahres durch einen der drei Vertragspartner durch eingeschriebenen Brief gekündigt werden.
- (2) Die Partner erklären ihre Bereitschaft, innerhalb von drei Monaten nach erfolgter Kündigung an der Verabschiedung eines Anschlussvertrages mitzuwirken.