

Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V

- Ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus -

zwischen

1. dem AOK-Bundesverband
dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen
dem IKK-Bundesverband
der See-Krankenkasse
dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen
der Bundesknappschaft
dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. sowie
dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
gemeinsam

und

2. der Deutschen Krankenhausgesellschaft

sowie

3. der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Köln

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen schließen aufgrund des in § 115b SGB V enthaltenen Auftrages folgenden Vertrag:

Grundsätze

Dieser Vertrag soll dazu dienen, einheitliche Rahmenbedingungen zur Durchführung ambulanter Operationen und stationersetzender Eingriffe einschließlich der notwendigen Anästhesien – nachfolgend „Eingriffe gemäß § 115b 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 § 115b SGB V zugelassenen Krankenhäuser gleichberechtigt diese Leistungen erbringen können.

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

- (1) Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog nach § 3 aufgeführten Eingriffen gemäß § 115b SGB V in den Leistungsbereichen zugelassen, in denen sie auch stationäre Krankenhausbehandlung erbringen. Hierzu bedarf es einer 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 zu benennen.

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

- (1) Eingriffe gemäß § 115b SGB V sollen in der Regel auf Veranlassung eines niedergelassenen Vertragsarztes unter Verwendung eines Überweisungsscheins durchgeführt werden. Der für den Eingriff gemäß § 115b SGB V verantwortliche Arzt entscheidet über Art und Umfang des ambulanten Eingriffs.
- (2) Der Zeitpunkt des Beginns der Behandlung ist - sofern keine stationäre Aufnahme erfolgt - für die Qualifizierung eines geplanten ambulanten Eingriffs, der nicht im Rahmen eines Notfalls erfolgt, unerheblich.
- (3) Aus dem als Anlage 1 zu diesem Vertrag beigefügten Katalog von Eingriffen gemäß § 115b SGB V (§ 3) 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 Gesundheitszustands des Patienten die ambulante Durchführung der Operation nach den Regeln der ärztlichen Kunst mit den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten erlauben. Zugleich muss sich der 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 ggf. auch pflegerisch angemessen versorgt wird. Die Entscheidung ist zu dokumentieren.

Ergänzende Protokollnotiz

Der Zugang zur ambulanten Leistungserbringung durch das Krankenhaus ist jedoch nicht von der Vorlage eines Überweisungsscheines abhängig.

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

- (1) In der Anlage 1 sind abschließend die Leistungen vereinbart, die ambulante Operationen oder stationersetzende Eingriffe im Sinne des § 115b SGB V darstellen und unter dem Begriff der „Eingriffe gemäß § 115b SGB V“ subsumiert werden. Der

Katalog beinhaltet die einschlägigen Zuschlagsziffern sowie ambulanten Anästhesien mit den entsprechenden Zuschlägen.

- (2) Leistungen, die in der Regel ambulant erbracht werden sollen, sind gesondert gekennzeichnet. Bei Vorliegen bzw. Erfüllung der Kriterien der allgemeinen Tatbestände gemäß § 3 Abs. 3 kann jedoch eine stationäre Durchführung dieser Eingriffe erforderlich sein.
- (3) Anlage 2 enthält die allgemeinen Tatbestände, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung der in der Regel ambulant durchzuführenden Leistungen erforderlich sein kann.

Ergänzende Protokollnotiz

Die allgemeinen Tatbestände sind eine Mindestbasis zu § 17c KHG/§ 275 SGB V.

§ 4 Präoperative Leistungen

- (1) Zur Vermeidung von Doppeluntersuchung stellt der überweisende Arzt dem den Eingriff nach § 115b SGB V durchführenden Arzt im Zusammenhang mit dem vorgesehenen Eingriff gemäß § 115b SGB V bedeutsamen Unterlagen zur Verfügung. Der Operateur/Anästhesist hat diese Unterlagen bei seinen Entscheidungen mitzuverwerten. Werden bereits durchgeführte Untersuchungen nochmals veranlasst, 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 § 115a Abs. 2 SGB V erbracht werden, nicht als Eingriffe gemäß § 115b SGB V abzurechnen.
- (3) Der den Eingriff nach § 115b SGB V durchführende Krankenhausarzt ist berechtigt, die ggf. 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 dem Krankenkassen nach Maßgabe 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 zu überweisen.
- (5) Soweit es sich um notwendige, nicht fachgebietsbezogene Leistungen handelt, hat der Krankenhausarzt den Patienten an einen niedergelassenen Vertragsarzt dieses Fachgebietes, einen ermächtigten Krankenhausarzt, eine ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung oder eine zugelassene Einrichtung zu überweisen.

§ 5 Intraoperative Leistungen

In Verbindung mit einem ambulanten Eingriff nach § 115b 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 Histologie oder der Pathologie).

§ 6 Postoperative Leistungen

Postoperative Leistungen, die erforderlich sind, um den Behandlungserfolg des im Krankenhaus durchgeführten Eingriffs nach § 115b 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 Leistungen und die nach den §§ 4, 5 und 6 erbrachten Leistungen werden auf der Grundlage des EBM und ggf. des BMÄ und der E-GO nach den für die Versicherten geltenden vertragsärztlichen Vergütungssätzen vergütet.
- (2) Wird ein Patient an demselben Tag in unmittelbarem Zusammenhang mit dem ambulanten Eingriff eines Krankenhauses stationär aufgenommen, erfolgt die Vergütung nach Maßgabe der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes.
- (3) 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 § 115b 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 nach § 115b SGB V ist dem Versicherten eine für den weiterbehandelnden Vertragsarzt bestimmte Kurzinformation mitzugeben, aus der die Diagnose, Therapieangaben, angezeigte Rehabilitationsmaßnahmen sowie die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hervorgeht.

§ 9 Arzneimittel, Verbandmittel, Hilfsmittel, Verbrauchsmaterialien

- (1) Die für die Durchführung der Eingriffe gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus einschließlich der für die erforderlichen Vor- bzw. Nachuntersuchungen benötigten

Arzneimittel, Verbandmittel, Hilfsmittel und Verbrauchsmaterialien entsprechend der zutreffenden Sprechstundenbedarfsvereinbarung werden vom Krankenhaus zur Verfügung gestellt. Für die Versorgung mit Arzneimitteln gilt § 14 Abs. 4 S. 2 des Apothekengesetzes. Die Abrechnung der aufgeführten Mittel und Materialien erfolgt zwischen dem Krankenhaus und den Krankenkassen. Die Einzelheiten der Abrechnung werden in einer gesonderten Vereinbarung zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der Krankenkassen geregelt.

- (2) Ambulant operierten Patienten werden erforderliche Arzneimittel, Verbandmittel 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 3 Tagen nach Durchführung des Eingriffs nach § 115b SGB V gesichert ist. Der Krankenhausarzt ist nicht berechtigt, die aufgeführten Mittel auf Kassenrezepten zu verordnen.

§ 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 5 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 Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von „häuslicher Krankenpflege“ sind zu beachten. Folgeverordnungen sind durch den nachbehandelnden Vertragsarzt vorzunehmen.

§ 11

Transport des Patienten

Ist ein Krankentransport zu Lasten einer Krankenkasse nach Durchführung eines Eingriffs nach § 115b SGB V notwendig, ist er von dem Krankenhausarzt unter Beachtung der Krankentransport-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen 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

Eingriffe nach § 115b SGB V werden nach dem jeweiligen Facharztstandard erbracht. Danach sind die Eingriffe gemäß § 115b 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 sind im Rahmen der Durchführung der Eingriffe gemäß § 115b SGB V zu beachten.

§ 16 Maßnahmen zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit

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

§ 17 Beteiligung der Deutschen Krankenhausgesellschaft

Soweit über die Bewertung der im Katalog nach § 3 aufgeführten Leistungen zu beraten ist, nehmen Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft an Sitzungen des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses teil.

§ 18 Abrechnungsverfahren

Die Leistungen und Nebenleistungen werden dem Krankenhaus von der für die Patienten zuständigen Krankenkasse vergütet, sofern zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und Deutschen Krankenhausgesellschaft nicht abweichende Abrechnungsverfahren vereinbart werden.

§ 19 Datenübermittlung

- (1) Die zugelassenen Krankenhäuser haben den Krankenkassen die Daten nach § 301 SGB V zu übermitteln, soweit dies für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen erforderlich ist.
- (2) Die von den Krankenhäusern abgerechneten Eingriffe gemäß § 115b SGB V werden durch die Krankenkassen in ihrer Leistungsfrequenz erfasst und vierteljährlich von den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den Verbänden der Ersatzkassen den Landeskrankenhausgesellschaften und Kassenärztlichen Vereinigungen gemeldet. Die Kassenärztlichen Vereinigungen geben den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den Verbänden der Ersatzkassen und der Landeskrankenhausgesellschaft vierteljährlich

einen Bericht über die Leistungsfrequenz der Eingriffe gemäß § 115b SGB V in der vertragsärztlichen Versorgung ab. Die Partner dieses Vertrages schließen zu vorgenanntem Sachverhalt eine gesonderte Vereinbarung ab.

§ 20

Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems

- (1) Auf den Abrechnungsunterlagen der Krankenhäuser und der Vertragsärzte sind die den Eingriffen gemäß § 115b SGB V zugrundeliegenden Operationenschlüssel nach § 301 (OPS 301) sowie der jeweils zu verwendende Diagnoseschlüssel (ICD) in der jeweils gültigen Fassung anzugeben. Bis zum 31. Dezember 2004 erfolgt die Angabe des OPS freiwillig. Ab dem 1. Januar 2005 ist die Angabe des Operationenschlüssels und des Diagnoseschlüssels zwingende Voraussetzung für die Leistungsabrechnung der Eingriffe gemäß § 115b SGB V gegenüber den Krankenkassen bzw. der Kassenärztlichen Vereinigung.
- (2) Die Vertragspartner vereinbaren, bis zum 30. Juni 2004 eine Zuordnung der relevanten Operationenschlüssel (OPS 301) im Katalog der Eingriffe gemäß § 115b SGB V vorzunehmen.
- (3) Die Vertragspartner beabsichtigen, bis zum 1. Januar 2005 die Umstellung der Abrechnungspositionen für die Eingriffe gemäß § 115b SGB V auf ein pauschaliertes Entgeltsystem vorzunehmen.

§ 21

Geltung des Vertrages

- (1) Der Vertrag tritt ab 1. Januar 2004 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 3 Monaten nach erfolgter Kündigung an der Verabschiedung eines Anschlussvertrages mitzuwirken.

