

# **AOP Umsetzungshinweise 2006**

Umsetzungshinweise der DKG

zum

Vertrag gemäß § 115 b Abs. 1 SGB V  
in der am 17. August 2006 durch das erweiterte  
Bundesschiedsamt festgesetzten Fassung

**Stand: 13. Oktober 2006**

## **Vorbemerkung**

Das erweiterte Bundesschiedsamt traf am 18. März 2005 erstmals eine Festsetzung über den Vertrag gemäß § 115 b Abs. 1 SGB V (im folgenden AOP-Vertrag 2005). Da dieser Vertrag die Krankenhäuser gegenüber den Vertragsärzten insbesondere im Bereich der Arznei- und Sachmittelvergütung deutlich benachteiligte, hat die DKG im Juni 2005 Klage gegen die Festsetzung beim Sozialgericht Berlin eingereicht und parallel hierzu mit Wirkung zum 30. Juni 2006 den Vertrag gekündigt.

Nachdem die dreiseitigen Verhandlungen über eine Anschlussregelung gescheitert waren, reichte die DKG am 4. Mai 2006 gemeinsam mit der KBV einen Antrag zur Festsetzung eines Anschlussvertrages gemäß § 115 b Abs. 1 SGB V beim erweiterten Bundesschiedsamt ein. Das erweiterte Bundesschiedsamt hat am 17. August 2006 einen Anschlussvertrag gemäß § 115 b Abs. 1 SGB V festgesetzt, der am 1. Oktober 2006 in Kraft getreten ist (im folgenden AOP-Vertrag 2006).

Die grundsätzliche Systematik des AOP-Vertrages hat sich nicht geändert. Es wurden jedoch einige Änderungen vorgenommen und einzelne Bestimmungen vollständig neu geregelt. Zur besseren Verständlichkeit des neuen Vertrages werden die einzelnen Regelungen im folgenden erläutert. Die Umsetzungshinweise zum alten AOP-Vertrag 2005 wurden zu den Punkten, die auch weiterhin relevant sind, übernommen und redaktionell überarbeitet. Zur besseren Übersicht sind die für die Krankenhäuser wesentlichen Neuregelungen des neuen AOP-Vertrages 2006 und Ergänzungen der Hinweise durch eine Randmarkierung hervorgehoben

## **§ 1: Zulassung von Krankenhäusern und Meldung der Leistungen**

Die Regelung für die Zulassung von Krankenhäusern zur Leistungserbringung im Rahmen von § 115 b SGB V ist im Wesentlichen unverändert geblieben. Im Vertrag vom 18. März 2005 wurde sowohl in § 1 Absatz 1 als auch in Absatz 2 lediglich das Erfordernis der Maschinenlesbarkeit der Mitteilung des Krankenhauses aufgenommen. Da die inhaltlichen Anforderungen an die Mitteilung jedoch unverändert geblieben sind, müssen Krankenhäuser wie bisher ausschließlich die abteilungsbezogenen Leistungsbereiche (Abteilungen) und die einzelnen Leistungen benennen. Es besteht keinerlei Verpflichtung, die jeweilige Abteilung zu einzelnen Leistungen anzugeben bzw. die Ärzte zu benennen, die AOP-Leistungen durchführen.

Bereits im April 2005 wurde eine Exceltabelle für die maschinenlesbare Meldung zwischen der DKG und den Spitzenverbänden der Krankenkassen abgestimmt. Gegen die Verwendung dieses abgestimmten Formulars bestanden aus Sicht der DKG keine fachlichen Bedenken. Rechtlich waren die Krankenhäuser jedoch nicht verpflichtet, diese Exceltabelle zu verwenden.

Auch mit dem neuen AOP-Vertrag vom 17. August 2006 ist weiterhin das Erfordernis der Maschinenlesbarkeit der Leistungsmittlung durch Krankenhäuser vorgesehen. In § 1 Abs. 2 AOP-Vertrag 2006 ist jedoch ergänzt worden, dass Krankenhäuser für die Mitteilung von Leistungen nach § 3 das zwischen den Spitzenverbänden der

Krankenkassen und der DKG abgestimmte Formular in der jeweils aktuellen Fassung verwenden müssen.

Die verbindliche Verwendung des Formulars gilt ab Inkrafttreten des Vertrages am 1. Oktober 2006 und bezieht sich daher lediglich auf Leistungsmeldungen, die nach dem 1. Oktober 2006 vorgenommen werden. Die vor diesem Datum nach den bis dahin geltenden Vertragsregelungen ordnungsgemäß erfolgten Leistungsmeldungen bleiben unabhängig von der Verwendung des Formulars bestehen, da die Leistungsmeldung bis einschließlich 30. September 2006 auch in anderer, maschinenlesbarer Form möglich war. Das nunmehr verbindliche Formular ist in der jeweils aktuellen Fassung auf der Homepage der DKG abrufbar.

## **§ 2: Zugang der Patienten**

Gemäß Absatz 1 sollen die Eingriffe nach § 115 b SGB V in der Regel auf Veranlassung eines niedergelassenen Vertragsarztes unter Verwendung des Überweisungsvordruckes durchgeführt werden. Der Grundsatz des freien Zugangs ist – unabhängig vom Vorliegen eines Überweisungsscheines – gesetzlich und auch weiterhin in § 2 Abs. 1 des AOP-Vertrages geregelt. Ergänzend zur Überweisung wurde bereits mit dem AOP-Vertrag 2005 klargestellt, dass ein Versicherter ohne Überweisungsschein die Zuzahlung gemäß § 28 Abs. 4 SGB V („Praxisgebühr“) zu leisten hat.

Mit dem AOP-Vertrag 2005 erfolgte eine Streichung der Regelung, mit der auf den Zeitpunkt der Behandlung zur Abgrenzung eines Notfalleingriffes Bezug genommen wurde. Auch die GKV-Spitzenverbände stellten in ihrem Vertragsleitfaden vom 8. Juni 2005 klar, dass ein Krankenhaus immer dann gemäß § 115 b SGB V abrechnen kann (auch bei ambulanter Notfallversorgung), wenn der Eingriff im Katalog enthalten ist und die Bestimmungen des AOP-Vertrages eingehalten werden.

Gemäß Absatz 2 (bis 2005 Absatz 3) besteht weiterhin keine Verpflichtung, die im Leistungskatalog aufgeführten Leistungen ausschließlich ambulant zu erbringen. Der behandelnde Arzt ist verpflichtet, im Einzelfall zu prüfen, ob die ambulante Durchführung der Operation möglich ist und der Patient im häuslichen Bereich angemessen versorgt wird.

## **§ 3: Katalog ambulanter Operationen und stationärer Eingriffe**

Bereits mit dem AOP-Vertrag 2005 ist der Verweis auf die ursprüngliche Anlage 2 (allgemeine Tatbestände) entfallen. Nach Absatz 3 wird seitdem für die Beurteilung allgemeiner Tatbestände auf die Anlage 2 zu den gemeinsamen Empfehlungen zum Prüfverfahren nach § 17 c KHG in der Fassung vom 15. April 2004 verwiesen (G-AEP-Kriterien). Dadurch ist eine Vereinheitlichung der maßgeblichen Tatbestände zwischen § 115 b SGB V und den Prüfkriterien nach § 17 c KHG erfolgt. Damit wurden die Prüfmechanismen sowohl des ambulanten Operierens als auch des § 17 c KHG für rein stationäre Fälle zusammengeführt.

Nach Auffassung der GKV-Spitzenverbände (Vertragsleitfaden vom 8. Juni 2005) können Leistungen, die nicht im AOP-Katalog aufgeführt sind, auch nicht nach § 115 b SGB V abgerechnet werden. Diese Aussage ist missverständlich und kann sich lediglich auf die einzelnen Hauptleistungen beziehen. Notwendige Begleitleistungen gemäß den §§ 4 bis 6 des AOP-Vertrages sind zwar nicht Bestandteil des Kataloges, können aber gemäß den vertraglichen Regelungen abgerechnet werden.

Der Katalog ambulanter Operationen und stationersetzender Eingriffe ist als Anhang 1 zum AOP-Vertrag 2006 durch das Schiedsamt am 17. August 2006 in der zu diesem Zeitpunkt gültigen Fassung festgesetzt worden und somit unverändert geblieben.

#### **§ 4: Präoperative Leistungen**

Der Krankenhausarzt/Anästhesist kann präoperativ die erforderlichen, auf das eigene Fachgebiet bezogenen, diagnostischen Leistungen nach „Maßgabe der Abrechnungsbestimmungen des EBM“ erbringen. Neben den Leistungen des fachgebiets-spezifischen Kapitels des Operateurs sowie des Anästhesisten (einschließlich der jeweiligen Ordinationskomplexe) sind somit auch sämtliche diagnostischen Leistungen aus den arztgruppenübergreifenden Kapiteln des EBM 2000plus abrechenbar, auf die in der Präambel des jeweiligen Facharztkapitels verwiesen wird (z. B. Laboratoriumsuntersuchungen, Ultraschall und Radiologie).

Bei AOP-Leistungen aus dem Kapitel 31.2 sind die Einschränkungen für den Operateur gemäß Präambel Nr. 8 am OP-Tag für präoperative Leistungen zu berücksichtigen. Sofern vom Operateur präoperative diagnostische Leistungen noch am Operationstag erbracht werden, können vom Operateur gemäß Nr. 8 nur die Leistungen nach den aufgeführten Nrn. gesondert berechnet werden. Beispielsweise kann bei einem Eingriff durch einen Chirurgen eine präoperative diagnostische Ultraschalluntersuchung (Kap. 33) vor dem OP-Tag durch den Operateur bzw. das Krankenhaus erbracht und abgerechnet werden. Am OP-Tag ist die Abrechnung gemäß Nr. 8 ausgeschlossen. Für AOP-Leistungen außerhalb des Kapitels 31.2 (z. B. stationersetzende Leistungen) besteht diese Einschränkung nicht.

Auch wenn sich die Zulassung der Krankenhäuser zur ambulanten Leistungserbringung gemäß § 1 Abs. 1 auf die AOP-Katalogleistungen gemäß § 3 beschränkt, ist eine isolierte Abrechnung der präoperativen Leistungen (ohne AOP-Katalogleistung) nicht gänzlich ausgeschlossen. Mit § 4 des AOP-Vertrages wurde die Möglichkeit zur Erbringung und Abrechnung präoperativer Leistungen geschaffen, um einen Eingriff gemäß § 3 vorzubereiten. Eine Vorschrift, nach der präoperative Leistungen ausschließlich im Zusammenhang mit der Durchführung eines Eingriffs nach § 3 abgerechnet werden könnten, findet sich im AOP-Vertrag nicht.

In Einzelfällen kommt es vor, dass nach der präoperativen Diagnostik die Indikation zur OP revidiert werden muss oder der Patient (ohne Verschulden des Krankenhauses) nicht zum OP-Termin erscheint. Auch in diesen Fällen besteht ein Vergütungsanspruch des Krankenhauses gegenüber der Krankenkasse des Patienten für die erbrachten Leistungen. Die Krankenhäuser müssen in diesem Zusammenhang allerdings nachweisen können, dass die abzurechnende Untersuchung des Patienten

letztlich das Ziel hatte, einen Eingriff nach § 3 durchzuführen, zu dessen Erbringung das Krankenhaus zugelassen ist. Eine isolierte Abrechnung von präoperativen Leistungen läßt sich aus dem AOP-Vertrag nicht herleiten, wenn ein derartiger Zusammenhang zwischen den erfolgten Voruntersuchungen und einem Eingriff nach § 3 nicht besteht.

## **§ 5: Intraoperative Leistungen**

Unabhängig von der Fachrichtung des Operateurs sind im Rahmen der Sonderregelung nach § 5 grundsätzlich alle notwendigen intraoperativ erbrachten oder veranlassten Leistungen berechnungsfähig. Auch der Vertragsleitfaden der Krankenkassen vom 8. Juni 2005 bestätigt, dass „zulässig ist, was im Zusammenhang mit der Operation notwendig ist“. Intraoperativ können somit auch Leistungen über die Leistungen nach Präambel Nr. 8 des Kapitels 31.2 hinaus erbracht oder veranlasst werden. Hierzu gehören insbesondere die in der Klammer aufgelisteten Laboruntersuchungen, die Leistungen der konventionellen Radiologie, der Histologie oder der Pathologie. Die Aufzählung in der Klammer ist, wie die Formulierung „insbesondere“ klarstellt, nicht abschließend

Intraoperative Leistungen können durch das Krankenhaus erbracht werden, auf Überweisung an einen zugelassenen Arzt bzw. ein zugelassenes Institut erfolgen oder vom Krankenhaus bei externen Anbietern beauftragt werden. Erfolgt die veranlasste Leistung auf Überweisung, rechnet der zugelassene Arzt bzw. das Institut mit der zuständigen KV ab. Sofern ein externer Anbieter mit der Erbringung intraoperativer Leistungen durch das Krankenhaus beauftragt wird, rechnet das Krankenhaus die veranlassten Leistungen wie eigene Leistungen gegenüber der Krankenkasse ab; der externe Anbieter wird durch das Krankenhaus vergütet.

## **§ 6: Postoperative Leistungen**

Gemäß der Formulierung im Vertrag sind postoperative Leistungen (neben Vertragsärzten) auch von fachlich verantwortlichen Krankenhausärzten durchzuführen. Es besteht keine Verpflichtung der Krankenhäuser zur postoperativen Behandlung. Das Krankenhaus kann den Patienten auch zur postoperativen Weiterbehandlung an einen niedergelassenen Vertragsarzt überweisen. Die für die Überweisung von prä-, intra- und postoperativen Leistungen erforderlichen Formulare sind gemäß § 13 von den KVen zur Verfügung zu stellen.

Diese Rechtsauffassung wird auch durch den Leitfaden der GKV vom 8. Juni 2005 sowie von der KBV bestätigt. Die KBV hat den KVen mit Rundschreiben „D3-36-VI 31/2005“ vom 25. April 2005 mitgeteilt, dass die Formulierung des § 6 die regelhafte Erbringung der postoperativen Leistungen durch Vertragsärzte beinhaltet und den Krankenhäusern die erforderlichen Überweisungsformulare von den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung gestellt werden. Anstelle der KV-Arztnummer ist das Institutskennzeichen des Krankenhauses einzutragen.

Postoperativ sind grundsätzlich die Leistungen des Fachgebietskapitels des Operateurs und des Anästhesisten sowie die arztgruppenübergreifenden Leistungen abrechenbar, auf die in der jeweiligen Präambel des Facharztkapitels verwiesen wird. Bei Leistungen aus dem Kapitel 31.2 ist jedoch für den Operateur die Abrechenbarkeit auf die in der Präambel Nr. 8 des Kapitels 31.2 aufgeführten Leistungen für die beiden auf die Operation folgenden Tage eingeschränkt. Zudem ist gemäß der Präambel Nr. 5 des Kapitels 31.2 EBM ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt nach dem OP-Tag fakultativer Leistungsinhalt der OP-Komplexe. Bei ambulanten Operationen des Kapitels 31.2 kann der postoperative Behandlungskomplex daher nicht bereits für den ersten postoperativen Kontakt nach dem OP-Tag in Rechnung gestellt werden.

Für diesen ersten postoperativen Kontakt kann jedoch ein Konsultationskomplex in Ansatz gebracht werden. Auch wenn Nr. 5 der Präambel vorgibt, dass ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt im OP-Komplex enthalten ist, stellt Nr. 8 ergänzend die Abrechenbarkeit des Konsultationskomplexes klar. Zudem ist sowohl im Krankenhaus als auch im vertragsärztlichen Bereich die Dokumentation des Arzt-Patienten-Kontaktes auf der Abrechnung in Form des Konsultationskomplexes notwendig, damit bei der Rechnungsprüfung die Einhaltung der Bestimmung gemäß Nr. 5 erkennbar ist.

In Kapitel 31.4 des EBM sind postoperative Behandlungskomplexe definiert, die für einen Zeitraum von 21 Tagen, beginnend mit dem Operationstag, gelten. Die postoperative Behandlungsmöglichkeit für das Krankenhaus ist jedoch gemäß der festgesetzten vertraglichen Regelung auf 14 Tage begrenzt. Bei Abrechnung durch das Krankenhaus sind die postoperativen Behandlungskomplexe daher gemäß § 7 Abs. 2 mit einem Abschlag abzurechnen.

Nach den Bestimmungen des EBM sind die postoperativen Pauschalen des Kapitels 31.4 entweder durch den Operateur oder den weiterbehandelnden Arzt ansatzfähig. Analog muss das Krankenhaus die postoperative Behandlung bis zu 14 Kalendertagen sicherstellen, wenn der postoperative Behandlungskomplex durch das Krankenhaus abgerechnet wird. Bei Überweisung an einen niedergelassenen Arzt zur postoperativen Behandlung, kann das Krankenhaus den Behandlungskomplex nicht berechnen.

## **§ 7 – Vergütung**

### **§ 7 Abs. 1: Punktwert**

Der Punktwert wurde im AOP-Vertrag 2005 in § 18 „Abrechnungsverfahren“ geregelt. Der § 18 Abs. 5 sah vor, dass die zu vergütenden Leistungen nach dem kassenspezifischen Punktwert des entsprechenden Leistungsbereichs des letzten verfügbaren Quartals gemäß Formblatt 3 der für den Krankenhausstandort zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung vergütet werden. Das Formblatt 3 ist gemäß § 54 Abs. 2 des Bundesmantelvertrages/Ärzte bzw. § 53 Abs. 2 des Ersatzkassenvertrages die Zusammenstellung über die Zahl der Behandlungs- bzw. Abrechnungsfälle und über den nach Leistungsarten aufgegliederten anerkannten Leistungsbedarf

und die Gesamtvergütung. Das Formblatt 3 wird nach Quartalsabschluss von jeder KV erstellt.

Durch den Ansatz der erst nach Quartalsabschluss zu ermittelnden Punktwerte nach § 18 Abs. 5 entstand in der Umstellungsphase vom alten EBM 96 auf den neuen EBM 2005 zum 1. April 2005 eine systembedingte inhaltliche Inkongruenz von Gebührenwerk und Punktwerten. Daher war in § 18 Abs. 6 des AOP-Vertrages 2005 eine „entsprechende Anpassung“ der Punktwerte vorgesehen. Ab dem 1. Oktober 2006 ist diese Regelung nicht mehr Bestandteil des AOP-Vertrages 2006.

Mit dem neuen AOP-Vertrag 2006 wurde die Punktwertregelung als vergütungsbestimmender Faktor in § 7 „Vergütung“ aufgenommen. Die Vergütung der Eingriffe nach § 3 sowie der prä-, intra- und postoperativen Leistungen nach den §§ 4 bis 6 auf der Grundlage des EBM, seiner Abrechnungsbestimmungen und ggf. des BMÄ und der E-GO bleibt unverändert bestehen. Die Punktwertregelung erfuhr hingegen eine vollständige Neufassung.

Der gemeinsame Antrag von DKG und KBV auf Festsetzung des neuen AOP-Vertrages 2006 sah die Vergütung sämtlicher Leistungen mit einem für Vertragsärzte und Krankenhäuser einheitlichen Punktwert i.H.v. 5,11 Cent vor. Das Schiedsamt sah die Zuständigkeit für die Festlegung eines Punktwerts für den vertragsärztlichen Sektor jedoch ausschließlich bei den Partnern der Gesamtverträge gemäß § 83 SGB V. Die festgesetzte Neuregelung sieht dennoch die Anwendung eines festen Punktwerts vor, der allerdings von den Gesamtvertragspartnern (KVen und Landesverbände der Krankenkassen) zu vereinbaren ist. Zur Konfliktlösung kann das Schiedsamt gemäß § 89 Abs. 1 SGB V angerufen werden, da es sich bei der Punktwertvereinbarung grds. um einen Vertrag über vertragsärztliche Versorgung handelt. Eine Beteiligung der Krankenseite an den Verträgen oder dem Schiedsamtverfahren ist mangels Rechtsgrundlage jedoch nicht vorgesehen. Die Regelung tritt gemäß § 22 AOP-Vertrag erst zum 1. Januar 2007 in Kraft. Bis dahin gilt für die Krankenhäuser die Punktwertregelung des alten AOP-Vertrages 2005.

### **§ 7 Abs. 2: Abschlag für postoperative Behandlungskomplexe**

In Kapitel 31.4 des EBM sind postoperative Behandlungskomplexe definiert, die für einen Zeitraum von 21 Tagen, beginnend mit dem Operationstag, gelten. Die postoperative Behandlungsmöglichkeit für das Krankenhaus ist jedoch gemäß der festgesetzten vertraglichen Regelung auf 14 Tage begrenzt. Mit § 7 Abs. 2 wurde im AOP-Vertrag 2005 ein normativer Abschlag i.H.v. 35% festgesetzt.

Da der Behandlungsaufwand i.d.R. überwiegend in den ersten Tagen der Nachbehandlung anfällt und somit keine lineare Abhängigkeit zwischen Behandlungsdauer und dem tatsächlichen Behandlungsaufwand im zeitlichen Verlauf besteht, wird der Abschlag mit dem AOP-Vertrag 2006 auf 27,5% reduziert.

Im EBM-Bewertungsausschuss wird derzeit über eine Anpassung der postoperativen Behandlungskomplexe von 21 auf 14 Tage auch für Vertragsärzte diskutiert. Gemäß Abs. 2 entfällt der Abschlag für die Krankenhäuser, sobald eine entsprechende Anpassung des EBM erfolgt.

## **§ 7 Abs. 5: Strukturverträge und abweichende Verträge auf der Landesebene**

Der im AOP-Vertrag 2006 neu formulierte § 7 Abs. 5 AOP-Vertrag gibt vor, dass sofern die Krankenkassen auf Landesebene zweiseitige, zusätzliche Vereinbarungen zur Vergütung von Leistungen nach § 3 treffen, die Übertragung auf den jeweils anderen Sektor zu prüfen ist. Voraussetzung für eine Übertragung ist, dass sofern an die Vereinbarung Kriterien geknüpft sind, diese erfüllt werden. Ein unmittelbarer Anspruch auf Übertragung auf den jeweils anderen Sektor kann hieraus zwar nicht abgeleitet werden, im Ergebnis soll die Regelung aber eine einheitliche Vergütung von Vertragsärzten und Krankenhäusern sicherstellen.

Die Regelung stellt darüber hinaus klar, dass es auf Landesebene grundsätzlich möglich ist, abweichende Vereinbarungen über die Vergütung (beispielsweise den Punktwert) zu treffen. Die Landesverbände der Krankenkassen können derartige Vereinbarungen sowohl für den vertragsärztlichen Bereich (mit der KV) als auch für den Krankenhausbereich (mit der Landeskrankenhausgesellschaft) treffen.

## **§ 8: Unterrichtung des Vertragsarztes**

Diese Regelung ist im Wesentlichen unverändert geblieben. Im letzten Satz wurde bereits mit dem AOP-Vertrag 2005 aufgenommen, dass die Unterrichtung des Vertragsarztes nach dem geltenden EBM bereits obligater Leistungsbestandteil ist und daher nicht gesondert abrechenbar ist.

## **§ 9: Vergütung von Sachkosten**

### **§ 9 Abs. 1: Abrechnung von Sachmitteln**

Die Neufassung des § 9 Abs. 1 AOP-Vertrag gibt vor, dass die für die Durchführung der Katalogleistungen nach § 3 sowie der prä-, intra- und postoperativen Leistungen benötigten Verbrauchsmaterialien, Verbandmaterialien, Arznei- und Hilfsmittel vom Krankenhaus zur Verfügung gestellt werden.

Hierdurch erfolgte eine Klarstellung, dass auch Hilfsmittel vom Krankenhaus bereit zu stellen sind. Die in § 9 Abs. 6 des alten AOP-Vertrages 2005 enthaltene Regelung, nach der die ggf. erforderlichen Materialien mitzugeben sind und dabei die mitgegebene Menge so bemessen sein soll, dass die Versorgung des Patienten in der Regel für den Zeitraum von bis zu drei Tagen nach Durchführung des Eingriffs gesichert ist, ist in der Neuregelung aufgegangen. Es dürfte jedoch bereits aus haftungsrechtlichen Gründen weiterhin durch das Krankenhaus sicherzustellen sein, dass der Patient im Einzelfall über die erforderlichen Mittel verfügt, um den Zeitraum von der Beendigung der Behandlung durch das Krankenhaus bis zur ggf. erforderlichen Weiterbehandlung durch einen Vertragsarzt überbrücken zu können.

Das Verfahren zur Abrechnung der Sachmittel wird, wie für die Eingriffe nach § 3 und die Begleitleistungen gemäß §§ 4 bis 6, auch für die Sachmittel in § 18 vorgegeben.

Eine Rezeptiermöglichkeit des Krankenhauses besteht beim ambulanten Operieren gemäß § 115 b SGB V nach wie vor nicht.

### **§ 9 Abs. 2: Praxisbedarf**

Die Regelung zum Praxisbedarf, der grundsätzlich mit den Vergütungsziffern des EBM für die ärztliche Leistung abgegolten ist, entspricht im Wesentlichen den Vorgaben des § 9 Abs. 1 des bisherigen AOP-Vertrages 2005. Eine Klarstellung erfolgte dahingehend, dass für die Definition des Praxisbedarfs auf Nr. 7.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM verwiesen wird. Darüber hinaus sind auch einzelne Sachmittel, die explizit Inhalt der EBM-Honorarziffern sind, mit den Honorarziffern abgegolten.

### **§ 9 Abs. 3: Sachmittelpauschale in Höhe von 7% der Honorarsumme**

Wie bisher werden notwendige Arznei- und Sachmittel, die nicht über eine spezifische Regelung der Absätze 4 bis 8 abgerechnet werden und keinen Praxisbedarf nach § 9 Abs. 2 darstellen, durch einen pauschalen Zuschlag i.H.v. 7% auf die gesamte Honorarsumme vergütet. Mit der Pauschale erfolgt somit eine „Abschlagszahlung“ auf die Artikel des Sprechstundenbedarfs und die im vertragsärztlichen Bereich verordnungsfähigen Arznei- und Hilfsmittel, die von den Krankenhäusern nicht gesondert nach § 9 Abs. 4 bis 8 in Rechnung gestellt werden können.

Sowohl die Berechnungsgrundlage als auch die Höhe der Pauschale ist bis auf die im nächsten Absatz beschriebene Ausnahme unverändert geblieben. Eine „Verrechnung“ mit ggf. separat berechnungsfähigen Sachmitteln ist nicht vorzunehmen. Auf Rechnungspositionen, die nicht dem ärztlichen Honorar zuzuordnen sind, sondern explizit und ausschließlich zur Vergütung von Sachmitteln angeführt werden, kann jedoch nicht nochmals eine Sachmittelpauschale berechnet werden. Nicht in die Bezugsgröße „Honorarsumme“ einzubeziehen sind daher die Kostenpauschalen nach EBM-Kapitel 40, die gemäß § 9 Abs. 5 nach Einzelaufwand in Rechnung zu stellenden Sachgüter sowie die nach § 9 Abs. 7 und 8 abgerechneten Arzneimittel.

Für den Fall, dass gemäß § 9 Abs. 4 AOP-Vertrag eine leistungsbezogene Kostenpauschale des Kapitels 40 des EBM in Rechnung gestellt wird, ist die entsprechende ärztliche Leistung des EBM für die Berechnung der Sachmittelpauschale aus der Honorarsumme auszuklammern.

Beispielsweise ist bei der Erbringung der Leistung „Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion einer Plica synovialis: Kniegelenk“ (OPS: 5-811.0h), die in Abschnitt 1 des als Anlage 1 zum Vertrag festgesetzten AOP-Kataloges aufgeführt ist, die EBM-Ziffer 31141 (Endoskopischer Gelenkeingriff der Kategorie E1) in Rechnung zu stellen. Diese ist derzeit mit 3.740 Punkten bewertet. Die für die Erbringung des operativen Eingriffs notwendigen Sachkosten werden über die leistungsbezogene EBM-Kostenpauschale 40750 (122,00 EUR) abgerechnet. Die Bestimmung des § 9 Abs. 3 AOP-Vertrag gibt für diese Konstellation vor, dass die 3.740 Punkte für die Katalogleistung aus der Honorarsumme für die Berechnung der Sachmittelpauschale i.H.v. 7% auszuklammern ist. In der Honorarsumme als Bezugsgröße verbleiben aber sämtliche Leistungen nach den §§ 4, 5 und 6 AOP-

Vertrag. Eine Ausklammerung der ärztlichen Leistung aus der gesamten Honorarsumme kann aus sachlogischen Gründen nur beim Ansatz einer leistungsbezogenen Kostenpauschale des Kapitels 40 erfolgen. Sofern beispielsweise die „Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen und/oder schriftlichen Unterlagen bis 20g oder für die Übermittlung eines Telefaxes“ gemäß der Ziffer 40120 i.H.v. 0,55 EUR abgerechnet wird, mangelt es hierbei an einer korrespondierenden ärztlichen Leistung. Eine Kürzung der Bezugsgröße „Honorarsumme“ ist demzufolge nicht vorzunehmen.

In der Vergangenheit gab es verschiedene Auffassungen zu der Frage, ob die in den Kapiteln 32.2 und 32.3 des EBM aufgeführten Kosten für Laboratoriumsuntersuchungen in die Honorarsumme mit einzubeziehen sind. Anders als die Kostenpauschalen des EBM-Kapitels 40 stellen diese keine vergleichbare Sachkostenerstattung dar. Mit der EBM-Laborreform im Jahr 1999 wurde das Honorar für laboratoriumsmedizinische Analysen lediglich in die Grund-/Wirtschaftlichkeitsgebühren und die leistungsbezogenen Abrechnungsziffern gesplittet. Mit den leistungsbezogenen Laborziffern werden seitdem alle mit der Leistungserbringung einhergehenden Kosten vergütet, die in den Allgemeinen Bestimmungen unter Punkt 7.1 des EBM aufgeführt sind. Hierzu zählen insbesondere die allgemeinen Praxiskosten (einschließlich Kosten des Praxispersonals) und die Kosten des Praxisbedarfs. Außerhalb des Laborkapitels 32 sind diese Kosten in sämtlichen, mit Punkten bewerteten Gebührenziffern, die zweifelsfrei dem Honorar bzw. der Honorarsumme zugerechnet werden, enthalten. Entsprechend sind auch die leistungsbezogenen, mit Eurobeträgen ausgewiesenen Laborziffern dem Honorar zuzurechnen und in die Honorarsumme einzubeziehen.

§ 9 Abs. 3 AOP-Vertrag gibt ausschließlich die oben dargestellte Ausklammerung der ärztlichen Leistung bei Abrechnung einer in Kapitel 40 EBM ausgewiesenen leistungsbezogenen Sachkostenpauschale aus der Bezugsgröße „Honorarsumme“ vor. Somit ist indirekt auch formal klargestellt worden, dass die abrechnungsfähigen Beträge der Kapitel 32.2 und 32.3 in die Honorarsumme einzubeziehen sind, da diese mit der Festsetzung des erweiterten Bundesschiedsamtes bewusst nicht in diese neue Sonderregelung aufgenommen wurden.

#### **§ 9 Abs. 4: Kostenpauschalen gemäß Kapitel 40 EBM**

Bisher konnte lediglich dem Abs. 2 implizit entnommen werden, dass die Sachkostenpauschalen des Kapitels 40 des EBM 2000plus auch für Krankenhäuser bei der Erbringung von Leistungen im Rahmen des § 115 b SGB V abrechnungsfähig sind. § 9 Abs. 4 AOP-Vertrag 2006 sieht in diesem Punkt eine Klarstellung vor. Dies gilt sowohl für leistungsbezogene (beispielsweise bei endoskopischen Gelenkeingriffen) als auch für leistungsunabhängige Kostenpauschalen (z. B. Porto).

#### **§ 9 Abs. 5: Kostenerstattung für aufgelistete Sachmittelgruppen**

Die Neuregelung zu den separat abrechnungsfähigen Sachmitteln beinhaltet sowohl eine Wertgrenze als auch weiterhin einen Selbstbehalt der Krankenhäuser. Wertgrenze und Selbstbehalt werden mit dem neuen AOP-Vertrag 2006 jedoch von 15,00

auf 12,50 Euro reduziert. Beides ist auf die aufgeführten Sachmittelpositionen (je Spiegelstrich) zu beziehen.

Sofern beispielsweise ein Implantat mit einem Preis von 100 Euro sowie Nahtmaterial im Wert von 20 Euro bei der durchzuführenden Leistung benötigt werden, ist der Selbstbehalt i.H.v. 12,50 Euro zweimal in Ansatz zu bringen. In diesem Fall kann der Krankenkasse gemäß § 9 Abs. 5 AOP-Vertrag demzufolge ein Betrag i.H.v. 95 Euro (100 € - 12,50 € + 20 € - 12,50 €) in Rechnung gestellt werden. Der Selbstbehalt würde auch bei der Verwendung von Mehrkomponentenimplantaten (z. B. Schrauben und Platten) bzw. mehreren einzelnen Implantaten keine Änderung erfahren, da der Selbstbehalt je Spiegelstrich vorgegeben ist und darüber hinaus speziell bei den Implantaten nochmals klargestellt wurde, dass diese in Summe zu betrachten sind.

Die Liste der gesondert abrechnungsfähigen Sachmittel, die weiterhin abschließend ist, erfuhr eine Erweiterung gegenüber der bisherigen Regelung, insbesondere durch die Ergänzung um Nahtmaterial, Verschlussysteme bei Gefäßeingriffen, Katheter und Führungsdrähten bei Leistungen an den Gallenwegen, Materialien bei laparoskopischen Leistungen, Katheter und Führungsdrähten bei Leistungen zur In-vitro-Fertilisation, Viskoelastika bei ophthalmochirurgischen Leistungen sowie Schienen und Kompressionsstrümpfen.

Die Ergänzungen sind im Einzelnen in der nachfolgenden Auflistung der gesondert erstattungsfähigen Sachmittel durch Unterstreichung kenntlich gemacht.

- 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 einschl. Führungsdraht im Zusammenhang mit Leistungen zur In-Vitro-Fertilisation abzüglich des Patientenanteils,
- Iris-Retraktoren, Kapselspannringe, Injektionshalterungen bei ophthalmochirurgischen Leistungen,
- Ophthalmica (Viskoelastika, Perfluordecaline, Silikonöl, C3F8-Gas) bei ophthalmochirurgischen Leistungen,
- Schienen, Kompressionsstrümpfe (nicht Anti-Thrombosestrümpfe).

Neben den dargestellten Erweiterungen erfuhr die Liste eine Änderung dahingehend, dass Narkosegase und Sauerstoff jetzt gemeinsam in einem Spiegelstrich aufgeführt

sind. In Einzelfällen könnte die Zusammenfassung der bisherigen Einzelpositionen ggf. Relevanz erlangen.

Implantate sind die „*zusammenfassende Bezeichnung für all jene Stoffe und Teile, die zur Erfüllung bestimmter Ersatzfunktionen für einen begrenzten Zeitraum oder auf Lebenszeit in den menschlichen Körper eingebracht werden.*“ ( Pschyrembel). Unter „im Körper verbleibende Implantate“ sind im Sinne des AOP-Vertrages sämtliche Implantate zu verstehen, die – unabhängig von der zeitlichen Dauer – nach dem Eingriff bzw. Verlassen des OP-Bereiches im Körper des Patienten verbleiben. Mit der neu aufgenommenen Ergänzung des Begriffs „in Summe“ wurde zusätzlich zur Spiegelstrichregelung nochmals betont, dass ein Implantat auch bei mehreren Komponenten (z. B. Nägel, Platten, Schrauben oder Drähte) als Gesamtheit der eingesetzten Materialien abrechnungsfähig ist.

### **§ 9 Abs. 6: Nachweis der nach Abs. 5 abgerechneten Materialien**

Die bei der Berechnung der Materialien nach § 9 Abs. 5 AOP-Vertrag an die Krankenkasse weiterzugebenden Rückvergütungen, die im bisherigen AOP-Vertrag in § 9 Abs. 5 geregelt wurden, sind entsprechend den Bestimmungen des Bundesmantelvertrages – Ärzte (BMV-Ä) sowie des Arzt-/Ersatzkassenvertrages (EKV) um Bonifikationen und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen erweitert worden. Die Krankenhäuser sind analog den Vorschriften für den vertragsärztlichen Sektor verpflichtet, die tatsächlich realisierten Preise in Rechnung zu stellen. Der Nachweis erfolgt nach Maßgabe der Krankenkasse. Diese Maßgabe muss allerdings angemessen und verhältnismäßig sein und darf sich ausschließlich auf die tatsächlich abgerechneten Artikel beziehen. Des Weiteren erfolgte eine Klarstellung dahingehend, dass von einem Barzahlungsrabatt nur der Anteil weiterzugeben ist, der 3 % übersteigt. Zudem ist jetzt klargestellt, dass es sich bei einem Barzahlungsrabatt um einen Preisnachlass für eine fristgerechte Zahlung handelt. Ob das Krankenhaus die Rechnung bar zahlt, wie von einigen Krankenkassen in der Vergangenheit für die Gewährung der Ausnahme vorausgesetzt oder eine bargeldlose Zahlung vornimmt, hat hierbei keine Relevanz.

### **§ 9 Abs. 7: Vergütung von hochpreisigen Arzneimitteln**

Gemäß § 9 Abs. 7 AOP-Vertrag werden Arzneimittel, die nicht Bestandteil der Vergütungen gemäß § 9 Abs. 2 bis 5 AOP-Vertrag sind, gesondert vergütet, wenn der Preis des Arzneimittels einen Betrag von 40,00 Euro übersteigt (bisher 65 Euro). Die Vergütung erfolgt auf Grundlage des in der Großen Deutschen Spezialitätentaxe (Lauertaxe) ausgewiesenen Apotheken-Einkaufspreises mit einem Abschlag in Höhe von 25% (bisher 50%) 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.

Für die praktische Umsetzung gibt § 9 Abs. 7 AOP-Vertrag ein zweistufiges Verfahren vor. In einem ersten Schritt wird geprüft, ob das Arzneimittel unter die gesonderte Vergütungsregelung fällt. Hierfür wird der Apotheken-Einkaufspreis der größten in der Lauertaxe angegebenen Packungseinheit des Arzneimittels für den Verbrauch im

konkreten Behandlungsfall berechnet und mit der Wertgrenze verglichen. Sofern der errechnete Betrag den Wert von 40 Euro übersteigt, ist eine gesonderte Abrechnung des Arzneimittels nach der Regelung des § 9 Abs. 7 AOP-Vertrag möglich. Der Vergütungsbetrag wird anschließend hergeleitet, indem von dem errechneten Betrag ein prozentualer Abschlag i.H.v. 25% vorgenommen wird und der jeweils geltende Umsatzsteuersatz aufgeschlagen wird. Gemäß diesem Vorgehen kann es im Einzelfall selbstverständlich auch zu Abrechnungsbeträgen kommen, die geringfügig unter der 40-Euro-Grenze liegen.

*Beispiel:*

Für einen Behandlungsfall (inkl. prä-, intra- und postoperativen Leistungen) wurden 5 Tabletten des Medikaments A verbraucht. Nach Lauertaxe enthält die größte Packungseinheit des Medikaments A 100 Tabletten, der Apo-EK dieser Packungseinheit beträgt 900 Euro. Der Preis einer Tablette (Verbrauchseinheit) beträgt somit 9 Euro. Der Preis des „Arzneimittels im Einzelfall“ zum Abgleich mit der Wertgrenze beträgt 45 Euro (5 Tabletten x 9 Euro). Dieser Preis übersteigt 40 Euro, so dass die Regelung greift. Es wird der Betrag von 45 Euro abzgl. 25% (Abschlag) und zzgl. geltendem Umsatzsteuersatz (derzeit i.d.R. 16%) vergütet. Somit ergibt sich ein Vergütungsanspruch i.H.v. 39,15 Euro (45 Euro – 25% = 33,75 Euro + 16% = 39,15 Euro).

### **§ 9 Abs. 8: Sonderregelung für Photosensibilisatoren und Hormonpräparate**

Aufgrund der besonders hohen Kosten für Arzneimittel, die in Zusammenhang mit der Photodynamischen Therapie und den Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung entstehen, wurde für diese in § 9 Abs. 8 AOP-Vertrag 2006 eine Sonderregelung geschaffen. Diese bezieht sich bei der Photodynamischen Therapie auf die Photosensibilisatoren (z. B. Verteporfin) sowie bei der künstlichen Befruchtung auf die notwendigen Hormonpräparate. Diese Arzneimittel werden ohne Ansatz einer Wertgrenze mit einem Abschlag in Höhe von 20% (bislange 50%) auf den Apotheken-Einkaufspreis zuzüglich Mehrwertsteuer vergütet. Auch hierbei sind die tatsächlich für den Behandlungsfall verbrauchten Einheiten des jeweiligen Arzneimittels mit dem Apotheken-Einkaufspreis einer Einzeldosis der größten, in der Lauertaxe angegebenen Packungseinheit zugrunde zu legen. Bei den Hormonpräparaten zur In-vitro-Fertilisation ist der Vergütungsbetrag um den Eigenanteil der Patienten zu reduzieren.

### **§ 10: Arbeitsunfähigkeit / häusliche Krankenpflege**

Der Krankenhausarzt kann Arbeitsunfähigkeit im Anschluss an einen Eingriff gemäß § 115b SGB V im Regelfall bis zu 5 Tagen bescheinigen. Die Verordnung häuslicher Krankenpflege ist für den Krankenhausarzt bis zu einer Dauer von 3 Tagen möglich, sofern sie im Zusammenhang mit der Sicherstellung des Behandlungserfolges im häuslichen Umfeld des Patienten erfolgt. Hierfür sind die entsprechenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege maßgeblich. Die Richtlinien sind in der jeweils gültigen Fassung auf der Homepage des Gemeinsamen Bundesausschusses unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) abrufbar. Die

erforderlichen Formulare für die Verordnungen sind gemäß § 13 von der Kassenärztlichen Vereinigung zur Verfügung zu stellen.

### **§ 15: Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen**

Durch das erweiterte Bundesschiedsamt wurde am 17. August 2006 auch die „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen“ als Anlage zum AOP-Vertrag 2006 festgesetzt.

In § 15 des neuen AOP-Vertrages 2006 wurde dementsprechend die im Vertrag vom 18. März 2005 enthaltene Protokollnotiz zur Qualitätssicherung in den Vertragstext aufgenommen und dahingehend ergänzt, dass Leistungen, die unter unmittelbarer Aufsicht und Weisung von Fachärzten mit der Möglichkeit des unmittelbaren Eingreifens erbracht werden, von diesen auf die eigene Leistungsfrequenz angerechnet werden können.

### **§ 18: Abrechnungsverfahren**

In Absatz 1 ist zunächst nochmals geregelt, dass einbehaltene Zuzahlungen gemäß § 28 Abs. 4 SGB V gesondert auszuweisen sind. Dadurch wird dem Erfordernis der gesonderten Erfassung geleisteter Praxisgebühren Rechnung getragen. Die Vorgabe des letzten Satzes des Absatzes 1, wonach die AOP-Katalogleistung (Hauptleistung) eines belegärztlich tätigen Vertragsarztes in der abschließenden Rechnung gesondert auszuweisen ist, soll den Krankenkassen bei der Rechnungsprüfung die Möglichkeit eröffnen, die durch den Belegarzt erbrachte ärztliche Leistung mit der durch das Krankenhaus erbrachten Anästhesieleistung im Sinne der Regelungen des EBM 2000plus abgleichen zu können.

In Fällen einer verspäteten Rechnungsbegleichung durch die Krankenkasse kann das Krankenhaus entsprechend der gesetzlichen Regelungen Verzugszinsen geltend machen. Eine zusätzliche Regelung durch den AOP-Vertrag ist nicht erforderlich. In Anwendung des § 69 S. 3 SGB V i.V.m. § 288 BGB wird empfohlen, ab dem Fälligkeitstag ohne vorherige Mahnung Zinsen i.H.v. 8 % über dem Basiszinssatz in Rechnung zu stellen (beachte: Gegenüber Selbstzahlern könnten grundsätzlich nur Zinsen in Höhe von 5 % über dem Basiszinssatz geltend gemacht werden). Eine Mahnung ist gemäß § 286 Abs. 2 Nr. 1 BGB nicht erforderlich, da in § 18 Abs. 4 S. 1 AOP-Vertrag für die Rechnungsbegleichung der Krankenkasse ein bestimmter Zeitpunkt vorgesehen ist (innerhalb von vier Wochen nach Rechnungseingang).

### **§ 19: Datenübermittlung**

Gem. § 19 Abs. 1 AOP-Vertrag haben die zugelassenen Krankenhäuser den Krankenkassen die Daten nach § 301 SGB V zu übermitteln. Für die Abrechnung ambulanter Operationen im § 301 – Datenübermittlungsverfahren nach den ab dem

1. Oktober 2006 geltenden neuen Regelungen ist ein entsprechender Nachtrag vom 18. September 2006 mit Wirkung zum 1. Oktober 2006 veröffentlicht worden.

### **§ 21: Anpassung der Operationenschlüssel**

In § 21 des AOP-Vertrages findet sich nach wie vor die Regelung, dass die Vertragspartner die erforderlichen Anpassungen der Operationen und sonstigen Prozeduren (OPS) im Katalog der Eingriffe gemäß § 115 b Abs. 1 SGB V vornehmen. Soweit eine Einigung über diese Anpassungen nicht zustande kommt, nehmen von den Vertragspartnern bestellte Sachverständige im Wege der Schlichtung zu offenen Fragen Stellung. Im neuen AOP-Vertrag 2006 ist der § 21 nunmehr dahingehend geändert worden, dass soweit die Vertragspartner einen Sachverständigenvorschlag zur Anpassung der Operationen und sonstigen Prozeduren (OPS) im Katalog der Eingriffe gemäß § 115 b Abs. 1 SGB V nicht annehmen oder sich einvernehmlich auf Änderungen des Sachverständigenvorschlags einigen, der Vorschlag des Sachverständigen als abgelehnt gilt. Durch die nunmehr festgesetzte Änderung ist das erweiterte Bundesschiedsamt auch in diesem Bereich als regelhafter Konfliktlösungsmechanismus vorgesehen. Gilt der Vorschlag des Sachverständigen im Falle der Nichteinigung als abgelehnt, kommt letztlich eine Vereinbarung gemäß § 115 b Abs. 1 SGB V ganz oder teilweise nicht zustande, so dass für deren Festsetzung gemäß § 115 b Abs. 3 SGB V das erweiterte Bundesschiedsamt zuständig ist.

### **§ 22: Geltung des Vertrages**

Gemäß § 22 tritt der Vertrag am 1. Oktober 2006 in Kraft. Dies gilt allerdings mit Ausnahme von § 7 Abs. 1 (Punktwertregelung), der erst zum 1. Januar 2007 in Kraft tritt. Hintergrund dieser Regelung ist, dass die Gesamtvertragspartner diesen Zeitraum benötigen, um die entsprechenden Punktwerte im Sinne des § 7 Abs. 1 AOP-Vertrages 2006 festzulegen. Als Übergangsregelung gelten vom 1. Oktober 2006 bis zum 31. Dezember 2006 die Regelungen der §§ 7 Abs. 1 und 18 Abs. 5 in der Fassung des Vertrages vom 18. März 2005 (AOP-Vertrag 2005) fort.

Im Hinblick auf das Inkrafttreten des Vertrages dürfte bei quartalsübergreifenden Behandlungen (z. B. präoperative Behandlung noch im September, Erbringung der AOP-Katalogleistung erst im Oktober) bei dem für die einheitliche Abrechnung geltenden Punktwert bzw. der für die Sachkostenerstattung und Arzneimittelvergütung geltenden Regelungen in Zweifelsfällen auf den Erstkontakt zum Patienten abzustellen sein. Da auch bei mehreren Behandlungstagen insgesamt nur eine Rechnung gestellt wird, erscheint es nahe liegend, für die Rechnungsstellung auf den Beginn der gesamten Behandlung abzustellen.

### **§ 23: Salvatorische Klausel**

Mit § 23 AOP-Vertrag wurde eine salvatorische Klausel angefügt, nach der die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt wird, sollten einzelne Klauseln oder

Bestimmungen des Vertrages ganz oder teilweise unwirksam sein. Diese Regelung soll sicherstellen, dass im Falle der Unwirksamkeit einzelner Bestimmungen des Vertrages kein vertragsloser Zustand bezüglich der nicht betroffenen Regelungen eintritt.