

AOP Umsetzungshinweise 2010

Umsetzungshinweise der DKG

zum

Vertrag gemäß § 115 b Abs. 1 SGB V

in der am 04. Dezember 2009 zwischen dem GKV-Spitzenverband, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vereinbarten Fassung

Stand: 24. Februar 2010

Vorbemerkung

Das Erweiterte Bundesschiedsamt traf am 18. März 2005 erstmals eine Festsetzung über den Vertrag gemäß § 115b 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 vor dem Sozialgericht Berlin Klage gegen die Festsetzung beim Sozialgericht Berlin eingereicht und parallel hierzu mit Wirkung zum 30. Juni 2006 den Vertrag gekündigt. Eine Entscheidung dieses Verfahrens liegt bislang noch nicht vor.

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 § 115b Abs. 1 SGB V beim Erweiterten Bundesschiedsamt ein. Dieses setzte am 17. August 2006 einen Anschlussvertrag gemäß § 115b Abs. 1 SGB V fest, der am 1. Oktober 2006 in Kraft getreten ist (im folgenden AOP-Vertrag 2006). Am 26. Juni 2008 wurde dieser Vertrag durch die ehemaligen GKV-Spitzenverbände mit Wirkung zum 31. Dezember 2009 gekündigt. Im Rahmen mehrerer Verhandlungsrunden haben der GKV-Spitzenverband, die KBV und die DKG einen neuen Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V geschlossen, der am 1. Januar 2010 in Kraft getreten ist (im folgenden AOP-Vertrag 2010).

Die grundsätzliche Systematik des AOP-Vertrages wurde bei diesen Verhandlungen nicht geändert. Eine inhaltlich wesentliche Änderung ergab sich insbesondere bei der Regelung zur Vergütung in § 7 Abs. 1, da diese an die geänderte Gesetzeslage angepasst werden musste. Daneben wurden lediglich einige redaktionelle sowie weitere kleinere inhaltliche Änderungen vorgenommen. Zur besseren Verständlichkeit des Vertrages werden die einzelnen Regelungen im Folgenden erläutert. Die Umsetzungshinweise zum AOP-Vertrag 2006 wurden zu den Punkten, die auch weiterhin relevant sind, übernommen und redaktionell überarbeitet.

Grundsätze

Die den vertraglichen Regelungen vorangestellten Grundsätze des AOP-Vertrages 2010 enthalten nunmehr eine Klarstellung zur Zulässigkeit von Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Vertragsärzten im Rahmen der Leistungserbringung nach § 115b SGB V.

Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Vertragsärzten, im Rahmen derer die Vertragsärzte für das Krankenhaus ambulante Operationen und/oder sonstige stationärsersetzende Leistungen nach § 115b SGB V erbringen, werden somit von sämtlichen Vertragspartnern des AOP-Vertrages ausdrücklich für zulässig erachtet. Dies bezieht sich zumindest auf die nach dem Inkrafttreten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes zulässigen neuen Kooperationsmöglichkeiten, wonach niedergelassene Vertragsärzte Leistungen nach § 115b SGB V für das Krankenhaus beispielsweise auf Honorarbasis oder sogar im Rahmen eines Angestelltenverhältnisses erbringen können.

Aus Sicht der DKG war es auch bereits vor Inkrafttreten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes zulässig, Leistungen des Krankenhauses nach § 115b SGB V durch

niedergelassene Vertragsärzte erbringen zu lassen, die Vertragsärzte im Innenverhältnis zu vergüten und die Leistungen als Krankenhausleistungen mit den Krankenkassen abzurechnen. Immerhin kann jedes Krankenhaus im Rahmen seiner Organisationsfreiheit und in Ermangelung entgegenstehender gesetzlicher Regelungen des Bundes- und Landesrechts selbst entscheiden, ob es seine Krankenhausleistungen mit eigenem angestellten Personal oder hinzugezogenen externen Kräften erbringt. In dem Urteil des LSG Sachsen vom 30.04.2008 (Az.: L 1 KR 103/07) wurden entsprechende Kooperationen zwischen Krankenhaus und niedergelassenem Vertragsarzt als unzulässig bewertet. Diese Entscheidung ist durch Klagerücknahme insgesamt – nicht lediglich durch Rücknahme der Revision – zwar nicht in Rechtskraft erwachsen. Dennoch schien eine entsprechende Klarstellung zur Zulässigkeit von Kooperationen dieser Art im AOP-Vertrag 2010 erforderlich.

§ 1: Zulassung von Krankenhäusern und Meldung der Leistungen

Die Regelung für die Zulassung von Krankenhäusern zur Leistungserbringung im Rahmen von § 115b SGB V ist unverändert geblieben. Somit sind Krankenhäuser auch weiterhin nur in den Leistungsbereichen zugelassen, in denen sie bereits stationäre Krankenhausleistungen erbringen. Damit soll sichergestellt werden, dass in dem die ambulante Leistung erbringenden Krankenhaus das notwendige fachliche Know-how und die infrastrukturellen Voraussetzungen vorhanden sind, um die Leistung in einer hohen Qualität erbringen zu können.

Nach wie vor ist eine maschinenlesbare Mitteilung des Krankenhauses an die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen, des Verbandes der Ersatzkassen, die für den Standort des Krankenhauses zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) sowie den Zulassungsausschuss über die abteilungsbezogenen Leistungsbereiche und die einzelnen Leistungen zu übermitteln. Seit dem AOP-Vertrag 2006 ist hierfür ein einheitliches Formular im Excel-Format zu verwenden, das zwischen dem GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) abgestimmt ist und in der jeweils aktuellen Fassung von der Website der DKG (www.dkgev.de) abgerufen werden kann. Es besteht keinerlei Verpflichtung über die in dem Formular enthaltenen Vorgaben hinausgehende zusätzliche Angaben zu machen. So ist bspw. eine Zuordnung der jeweiligen Fachabteilung zu einzelnen Leistungen bzw. eine Nennung der Ärzte, die die AOP-Leistungen durchführen, nicht erforderlich.

Im aktuellen Meldeformular zum AOP-Vertrag 2010 ist im Tabellenblatt "Daten zum Krankenhaus" derzeit zwar noch ein Feld zur Bekundung der Erfüllung der Anforderungen der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 115 b SGB V enthalten. Allerdings obliegt es seit dem 01.07.2008 dem G-BA, Maßnahmen zur Qualitätssicherung für ambulante Operationen und stationärsersetzende Leistungen zu beschließen, weswegen die Partner des AOP-Vertrages 2010 keine gesonderte Qualitätssicherungsvereinbarung mehr getroffen haben. Das derzeit noch im Meldeformular sich auf die Qualitätssicherungsvereinbarung beziehende Datenfeld ist somit für die Meldung des Jahres 2010 obsolet; eine entsprechende Meldung kann und muss daher auch nicht erfolgen. Es ist vorgesehen, das Meldeformular für das Jahr 2011 entsprechend anzupassen.

Auch ist eine jährliche Meldung aller Leistungen durch das Krankenhaus nicht notwendig. Die Meldeverpflichtung beschränkt sich grds. auf die Neu- und Abmeldung von im Rahmen des § 115b SGB V zu erbringenden Leistungen. Jedoch wird das Formular jährlich an den aktuell gültigen AOP-Katalog sowie an die jeweils zur Anwendung kommende OPS-Version angepasst. Daher ist neben den vorgenannten Anlässen auch eine Meldung des Krankenhauses notwendig, sofern sich ggf. erfolgte Neuaufnahmen in bzw. Herausnahmen von Leistungen aus dem AOP-Katalog auf das Leistungsangebot des jeweiligen Krankenhauses auswirken. Gleiches gilt für die jährliche Revision des OPS.

§ 2: Zugang der Patienten

Gemäß Absatz 1 sollen die Eingriffe nach § 115b 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 ehemaligen GKV-Spitzenverbände stellten in ihrem Vertragsleitfaden vom 20. Oktober 2006, der in den unveränderten Passagen des AOP-Vertrages weiterhin die Position der Kassenseite darstellen dürfte, klar, dass ein Krankenhaus immer dann gemäß § 115b 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 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 stationersetzender Eingriffe

Der Katalog ambulanter Operationen und stationersetzender Eingriffe ist als Anlage zum AOP-Vertrag zwischen den Vertragsparteien vereinbart und gegenüber dem Vorjahr inhaltlich weitgehend unverändert geblieben. Die Überarbeitung hatte im Wesentlichen die Anpassung an den OPS 2010 zum Inhalt.

Nach Auffassung der damaligen GKV-Spitzenverbände (Vertragsleitfaden vom 20. Oktober 2006) können Leistungen, die nicht im AOP-Katalog aufgeführt sind, auch nicht nach § 115b SGB V abgerechnet werden. Die Auflistung der AOP-Leistungen im Katalog ist zwar abschließend, dennoch ist diese Aussage 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.

Nach Absatz 3 wird für die Beurteilung allgemeiner Tatbestände, bei deren Vorliegen eine stationäre Leistungserbringung auch bei in der Regel ambulant zu erbringenden Leistungen erforderlich sein kann, auf die Anlage 2 zu den gemeinsamen Empfehlungen zum Prüfverfahren nach § 17c KHG in der Fassung vom 15. April 2004 verwiesen (G-AEP-Kriterien). Damit sind einheitliche Regelungen zur Anwendung der maßgeblichen Tatbestände zwischen § 115b SGB V und den Prüfkriterien nach § 17c KHG gegeben. Somit ist sichergestellt, dass die Prüfmechanismen sowohl des ambulanten Operierens als auch des § 17c KHG für rein stationäre Fälle miteinander kompatibel sind.

Mit dem AOP-Vertrag 2010 sind die Vertragspartner in Absatz 4 überein gekommen, dass der Katalog zum 01.01.2011, also noch innerhalb des Jahres 2010, überarbeitet werden soll. Der Katalog hat daher lediglich eine befristete Laufzeit bis zum 31.12.2010 (§ 22 Satz 3 AOP-Vertrag).

§ 4: Präoperative Leistungen

Zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen stellt nach Absatz 1 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. Dies setzt ein aktives Tun des überweisenden Arztes voraus und begründet im Umkehrschluss keine Verpflichtung des Krankenhauses, die betreffenden Unterlagen bei diesem anzufordern. 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. Diese schon seit langem bestehende Kennzeichnungspflicht wurde im AOP-Vertrag 2010 nunmehr dahingehend erweitert, dass die nochmalige Durchführung bereits veranlasster präoperativer Leistungen vom Krankenhaus auf Nachfrage der Krankenkasse auch zu begründen ist. Dadurch soll lediglich die Überprüfbarkeit der grundsätzlich erforderlichen medizinischen Begründetheit nochmals veranlasster präoperativer Untersuchungen sichergestellt werden.

Nach Absatz 3 kann der Krankenhausarzt/Anästhesist präoperativ die erforderlichen, auf das eigene Fachgebiet bezogenen diagnostischen Leistungen nach „Maßgabe der Abrechnungsbestimmungen des EBM“ erbringen. Neben den Leistungen des fachgebietsspezifischen Kapitels des Operateurs sowie des Anästhesisten (grds. einschließlich der jeweiligen fachspezifischen Grundpauschale) sind somit auch sämtliche diagnostischen Leistungen aus den arztgruppenübergreifenden Kapiteln des EBM 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 Nummern 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. Diese Rechtsauffassung wurde zwischenzeitlich auch durch das Sozialgericht Darmstadt mit Urteil vom 26.06.2009 – Az.: S 10 KR 29/09 – in erfreulicher Deutlichkeit bestätigt. Dieses wies nochmals darauf hin, dass sich ein Abrechnungsausschluss präoperativer Leistungen bei im Anschluss nicht stattgefundenen ambulanter Operation weder aus § 115b SGB V noch aus dem AOP-Vertrag entnehmen lasse. Die isolierte Abrechenbarkeit präoperativer Leistungen betreffe insbesondere Fälle, in denen die Entscheidung gegen die Durchführung des operativen Eingriffes allein durch den Patienten getroffen werde.

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 20. Oktober 2006 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 intraoperati-

ver 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 20. Oktober 2006 sowie von der KBV bestätigt. Die KBV hatte 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 Betriebsstättennummer 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 Abschnitts 31.2 EBM ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt nach dem OP-Tag fakultativer Leistungsinhalt der OP-Komplexe. Bei ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 kann der postoperative Behandlungskomplex gemäß Abschnitt 31.4 daher nicht bereits für den ersten postoperativen Kontakt nach dem OP-Tag in Rechnung gestellt werden.

Die postoperative Behandlungsmöglichkeit für das Krankenhaus ist gemäß der vertraglichen Regelung grds. auf 14 Tage begrenzt. Im Einzelfall kann diese Frist auch überschritten werden, sofern eine längere postoperative Betreuung des Patienten durch das Krankenhaus notwendig ist. Jedoch sollte in diesem Fall bei Patienten, die auf Überweisung eines niedergelassenen Leistungserbringers behandelt wurden, möglichst eine erneute Überweisung angefordert werden.

In Kapitel 31.4 des EBM sind postoperative Behandlungskomplexe definiert. Diese sind nach den Bestimmungen des Tarifwerks entweder durch den Operateur oder den weiterbehandelnden Arzt ansatzfähig. Analog muss das Krankenhaus die postoperative Behandlung bis zu 14 Kalendertage 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

Die zum 01.01.2009 in wesentlichen Teilen in Kraft getretene Honorarreform für den vertragsärztlichen Sektor machte eine umfangreiche Neuregelung der Vergütungsregelung auch für Krankenhäuser beim ambulanten Operieren notwendig. Seit dem genannten Zeitpunkt rechnen Vertragsärzte ihre erbrachten Leistungen gegenüber der zuständigen KV grds. nach den Preisen einer regionalen Euro-Gebührenordnung ab. Dieses Grundprinzip musste mit der Neufassung des § 7 Abs. 1 auf die AOP-Abrechnung von Krankenhäusern übertragen werden. Grundlage hierfür ist der in § 115b Abs. 1 SGB V verankerte Grundsatz der einheitlichen Vergütung für Krankenhäuser und Vertragsärzte.

Die Vergütung der Eingriffe nach § 3 sowie der prä-, intra- und postoperativen Leistungen nach den §§ 4 bis 6 erfolgt somit nunmehr auf der Grundlage der für den Standort des Krankenhauses geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung. Da die Umsetzung der Gesetzesvorgaben bezüglich der Euro-Gebührenordnung in den einzelnen KV-Bezirken unterschiedlich gehandhabt wird, die Vereinbarung eines Punktwertes durch die Gesamtvertragspartner jedoch zwingend ist, wurde alternativ auch die Preisermittlung durch Multiplikation von EBM-Punktzahl und Punktwert in die Regelung aufgenommen. Die Geltung der Abrechnungsbestimmungen des EBM und ggf. des BMA und der E-GO bleibt unverändert bestehen. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass der EBM ausschließlich für die vertragsärztliche Versorgung konzipiert wurde und es daher in der Abrechnungspraxis zu Widersprüchen zwischen EBM-Leistungsbeschreibung bzw. EBM-Abrechnungsbestimmung und den Regelungen des AOP-Vertrages kommen kann. In diesem Fall haben letztere für das ambulante Operieren im Krankenhaus Vorrang. Sofern sich darüber hinaus eine EBM-Bestimmung nicht sachgerecht umsetzen lässt und auch der AOP-Vertrag keine Regelung zu der Problematik enthält, ist die Abrechnungspraxis der niedergelassenen Ärzte zu berücksichtigen.

Für die Leistungsabrechnung der Vertragsärzte ist analog der bisherigen Regelung der Grundsatz enthalten, dass die von dem Vertrag erfassten Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung honoriert werden. Diese Regelung basiert auf der Festsetzung des AOP-Vertrages 2006 durch das Erweiterte Bundesschiedsamt am 17. August 2006. Nach Auffassung der Krankenkassen widerspricht diese Regelung jedoch den gesetzlichen Vorgaben zur Vergütung vertragsärztlicher Leistungen und wurde daher von den GKV-Spitzenverbänden vor dem SG Berlin beklagt und auch der Weg des einstweiligen Rechtsschutzes beschritten. In der letzten Instanz des Verfahrens zum einstweiligen Rechtsschutz gab das LSG Berlin-Brandenburg in seiner Sitzung am 15. Juli 2009 den Krankenkassen in diesem Punkt Recht und suspendierte § 7 Abs. 1 AOP-Vertrag 2006. Die Entscheidung im Hauptsacheverfahren vor dem SG Berlin steht zwar derzeit noch aus, allerdings würde es überraschen, wenn das Gericht in der Hauptsache anders entscheiden würde als das LSG im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes. Mit einer endgültigen Klärung dieser Frage dürfte daher erst vor dem Bundessozialgericht gerechnet werden. Aufgrund dieser Unsicherheiten ist die vorgenannte Regelung des § 7 Abs. 1 AOP-Vertrag 2010 für Vertragsärzte bis zu einer rechtskräftigen Entscheidung und der Vereinbarung dadurch ggf. erforderlicher Vertragsanpassungen ausgesetzt.

Zur besseren Steuerung des Niederlassungsverhaltens von Vertragsärzten wurde durch das GKV-WSG in § 87 Abs. 2e SGB V vorgegeben, dass künftig im EBM (und somit auch in der regionalen Euro-Gebührenordnung) Preise für den Regelfall, für (drohende) Unterversorgung sowie Überversorgung aufzuführen sind. Diese Regelung sollte ursprünglich zum 01. Januar 2010 in Kraft treten. Daher hat sich der Erweiterte Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner Sitzung am 02. September 2009 mit dieser Thematik befasst. Der daraus resultierende Beschlussteil D der Sitzung, in dem die Umsetzung der Gesetzesvorgabe grundsätzlich geregelt werden sollte, hat sich jedoch in der Zwischenzeit als schwer umsetzbar dargestellt. Die Entscheidung der Vertragspartner des AOP-Vertrages, ob bzw. wie eine ggf. modifizierte Regelung ab dem Jahr 2011 auf die Krankenhäuser adaptiert werden kann, soll daher erst bis zum 30. September 2010 erfolgen. Für das Jahr 2010 gelten daher für den Krankenhausbereich die Preise für den Regelfall, unabhängig davon, ob ggf. im Laufe des Jahres im vertragsärztlichen Bereich noch differenzierte Punktwerte zur Anwendung kommen.

Unabhängig von den differierenden Punktwerten für Unter- und Überversorgung hat der Erweiterte Bewertungsausschuss für den vertragsärztlichen Bereich den Gesamtvertragspartnern auf KV-Ebene zur Sicherstellung einer ausreichenden und bedarfsgerechten Versorgung sowohl für das Jahr 2009 als auch für das Jahr 2010 die Verpflichtung vorgegeben, für besonders förderungswürdige Leistungen, zu denen u.a. die Leistungen des ambulanten Operierens gemäß der EBM-Abschnitte 31.2 und 31.5 zählen, leistungsbezogene Punktwertzuschläge zu vereinbaren, sofern ohne diese Maßnahme für diese Leistungen nicht mindestens das Vergütungsniveau des Jahres 2008 erreicht wird. Nach Rechtsauffassung der DKG war es auch auf Basis des AOP-Vertrages 2006 und dem Grundsatz der einheitlichen Vergütung für Krankenhäuser und Vertragsärzte bereits im Jahr 2009 möglich, die Zuschläge abzurechnen. Jedoch wurde die Vorgabe des Erweiterten Bewertungsausschusses von den Gesamtvertragspartnern auf Landesebene nur vereinzelt umgesetzt, sodass dieser Empfehlung in der Abrechnungspraxis keine große Relevanz zukam. Im Jahr 2010 ist jedoch mit einer vermehrten Vereinbarung leistungsbezogener Punktwertzuschläge zu rechnen. Daher erfolgte im neuen AOP-Vertrag eine Klarstellung, dass vereinbarte Zuschläge auch von Krankenhäusern im Rahmen der Leistungserbringung nach § 115b SGB abgerechnet werden können.

Die zögerliche Vereinbarung o.g. Zuschläge auf Landesebene liegt im Wesentlichen in der Rechtsauffassung der Krankenkassen begründet, wonach der (Erweiterte) Bewertungsausschuss keine gesetzliche Legitimation habe, den Gesamtvertragspartnern auf Landesebene entsprechende Vorgaben zu einer verpflichtenden Zuschlagsvereinbarung zu machen. Daher hat der GKV-Spitzenverband die diesbezüglichen Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses vor dem LSG Berlin-Brandenburg beklagt. Sofern sich bei den Klageverfahren rechtskräftig die Unzulässigkeit entsprechender Vorgaben durch den Erweiterten Bewertungsausschuss ergibt, müssen die Krankenhäuser in Abhängigkeit entsprechender Regelungen für die Vertragsärzte mit Rückzahlungsforderungen der Krankenkassen rechnen. Dieser Tatsache sollte bei der Abrechnung und Verbuchung ambulanter Operationen durch die Bildung angemessener Rückstellungen entsprechend Rechnung getragen werden. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass sich die Verpflichtung zu einer etwaigen Rückzahlung aufgrund der Geltung des AOP-Vertrages 2010 ab dem 1.1.2010 für die Zukunft ausschließlich auf im Jahr 2010 abgerechnete Zuschläge beziehen kann.

§ 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 vertraglichen Regelung in § 6 grds. auf 14 Tage begrenzt. Daher wird in Absatz 2 des § 7 ein normativer Abschlag i.H.v. 27,5% vorgegeben. Diese Höhe basiert noch auf der Festsetzung des AOP-Vertrages 2006 durch das Erweiterte Bundesschiedsamt.

Im EBM-Bewertungsausschuss wurde vor einiger Zeit über eine Anpassung der postoperativen Behandlungskomplexe von 21 auf 14 Tage auch für Vertragsärzte diskutiert. Gemäß Absatz 2 entfällt der Abschlag für die Krankenhäuser, sofern diese Anpassung in den EBM aufgenommen würde.

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

§ 7 Abs. 5 gibt weiterhin 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.

§ 8: Unterrichtung des Vertragsarztes

Diese Regelung ist 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. Hieran hat sich auch durch die sukzessive Überarbeitung des EBM keine Änderung ergeben.

§ 9: Vergütung von Sachkosten

§ 9 Abs. 1: Abrechnung von Sachmitteln

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

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 bereits in der Neuregelung der Festsetzung des Erweiterten Bundesschiedsamts 2006 aufgegangen. Es dürfte jedoch nach wie vor bereits aus haftungsrechtlichen Gründen

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 den §§ 4 bis 6, auch für die Sachmittel in § 18 vorgegeben. Eine Rezeptiermöglichkeit des Krankenhauses besteht beim ambulanten Operieren gemäß § 115b SGB V nach wie vor nicht.

§ 9 Abs. 2: Praxisbedarf

Der Praxisbedarf ist vom Grundsatz her mit den Vergütungsziffern des EBM für die ärztliche Leistung abgegolten. In § 9 Abs. 2 findet sich eine Klarstellung 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. Eine „Verrechnung“ der Pauschale 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 zum Vertrag festgesetzten AOP-Kataloges aufgeführt ist, die EBM-Ziffer 31141 (Endoskopischer Gelenkeingriff der Kategorie E1) in Rechnung zu stellen. Diese ist derzeit mit 4.400 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 4.400 Punkte für die Katalogleistung aus der Honorarsumme für die Berechnung der Sachmittelpauschale i.H.v. 7% auszuklammern sind. 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 Gebührensätzen, 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. Diese Vorgabe stellt indirekt auch formal klar, dass die abrechnungsfähigen Beträge der Kapitel 32.2 und 32.3 in die Honorarsumme einzubeziehen sind.

§ 9 Abs. 4: Kostenpauschalen gemäß Kapitel 40 EBM

§ 9 Abs. 4 stellt klar, dass die Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM auch von Krankenhäusern im Rahmen der Leistungserbringung gemäß § 115b SGB V abgerechnet werden können. 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 Regelung zu den separat abrechnungsfähigen Sachmitteln beinhaltet eine Wertgrenze sowie einen Selbstbehalt der Krankenhäuser von 12,50 Euro. Beides ist je Fall 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 wird, dass diese in Summe zu betrachten sind.

Die Liste der gesondert abrechnungsfähigen Sachmittel, die weiterhin abschließend ist, erfuhr im AOP-Vertrag 2010 lediglich eine Änderung bei den abrechenbaren Kathetern im Zusammenhang mit Leistungen zur In-Vitro-Fertilisation. Hier wurden die Transferkatheter von der Kostenerstattungsregelung ausgenommen, da diese bereits mit der entsprechenden EBM-Gebührenziffer (08550, 08560) abgegolten sind. In der nachfolgenden Auflistung der gesondert erstattungsfähigen Sachmittel ist die Änderung 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 (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).

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. Durch die Anfügung des Begriffs „in Summe“ wird 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 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. Die Regelung sieht abweichend vom vorgenannten Grundsatz der tatsächlich realisierten Preise aber vor, dass von einem Barzahlungsrabatt nur der Anteil weiterzugeben ist, der 3% übersteigt. Zudem ist 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 keinerlei 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. Die Vergütung erfolgt auf 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.

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 40,00 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 6 Tabletten des Medikaments A verbraucht. Nach Lauertaxe enthält die größte Packungseinheit des Medikaments A 100 Tabletten, der Apo-EK dieser Packungseinheit beträgt 700 Euro. Der Preis einer Tablette (Verbrauchseinheit) beträgt somit 7 Euro. Der Preis des „Arzneimittels im Einzelfall“ zum Abgleich mit der Wertgrenze beträgt 42 Euro (6 Tabletten x 7 Euro). Dieser Preis übersteigt 40 Euro, so dass die Regelung greift. Es wird der Betrag von 42 Euro abzgl. 25% (Abschlag) und zzgl. geltendem Umsatzsteuersatz (derzeit i.d.R. 19%) vergütet. Somit ergibt sich ein Vergütungsanspruch i.H.v. 37,49 Euro (42 Euro – 25% = 31,50 Euro + 19% = 37,49 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, sieht § 9 Abs. 8 AOP-Vertrag eine Sonderregelung hierfür vor. 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% 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 Lauer- und 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 abrufbar. Die erforderlichen Formulare für die Verordnungen sind gemäß § 13 von der Kassenzentralen Vereinigung zur Verfügung zu stellen. Entsprechend der Verfahrensweise bei den Überweisungsformularen sollte anstelle der Betriebsstättennummer auch in diesen Formularen jeweils das Institutskennzeichen des Krankenhauses eingetragen werden.

§ 15: Qualitätssicherung

Mit Inkrafttreten des § 137 SGB V in der Fassung des GKV-WSG obliegt es seit dem 01.07.2008 dem G-BA, Maßnahmen zur Qualitätssicherung für ambulante Operationen und stationärsersetzende Leistungen zu beschließen. Bis zum 31.03.2007 waren dazu noch die Vertragspartner des AOP-Vertrages berechtigt und verpflichtet. Dementsprechend hatte das Erweiterte Bundesschiedsamt am 17.08.2006 auch noch eine Qualitätssicherungsvereinbarung festgesetzt, während die Vertragspartner für das Jahr 2010 keine gesonderte Qualitätssicherungsvereinbarung mehr treffen konnten. Stattdessen wird in § 15 AOP-Vertrag 2010 nunmehr auf die Richtlinien und Beschlüsse des G-BA nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 13 SGB V und nach § 137 Abs. 1 S. 1 SGB V verwiesen, was der geltenden Rechtslage gem. § 115b Abs. 1 S. 3 SGB V entspricht. Leistungen, die Frequenzregelungen unterliegen, und unter unmittelbarer Aufsicht und Weisung von Fachärzten mit der Möglichkeit des unmittelbaren Eingreifens erbracht werden, können weiterhin von diesen auf die eigene Leistungsfrequenz angerechnet werden.

§ 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 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. 4 SGB V i. V. m. § 288 BGB wird empfohlen, ab dem Fälligkeitstag ohne vorherige Mahnung Zinsen in Höhe von 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

Gemäß § 19 Abs. 1 AOP-Vertrag haben die zugelassenen Krankenhäuser den Krankenkassen die Daten nach § 301 SGB V zu übermitteln. Hierbei sind Diagnosen und Prozeduren zwingend kodiert gemäß der jeweils gültigen Fassung anzugeben.

§ 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 § 115b 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. Soweit die Vertragspartner einen Sachverständigenvorschlag zur Anpassung der Operationen und sonstigen Prozeduren (OPS) im Katalog der Eingriffe gemäß § 115b Abs. 1 SGB V nicht annehmen oder sich einvernehmlich auf Änderungen des Sachverständigenvorschlags einigen, gilt der Vorschlag des Sachverständigen als abgelehnt. Gilt der Vorschlag des Sachverständigen im Falle der Nichteinigung als abgelehnt, kommt letztlich eine Vereinbarung gemäß § 115b Abs. 1 SGB V ganz oder teilweise nicht zustande, so dass für deren Festsetzung gemäß § 115b Abs. 3 SGB V das Erweiterte Bundesschiedsamt zuständig ist.

§ 22: Geltung des Vertrages

Der AOP-Vertrag 2010 nebst Katalog der ambulanten Operationen und sonstigen stationsersetzenden Leistungen ist am 01.01.2010 in Kraft getreten. Während der Vertrag unbefristet gilt, wurde für den Katalog der ambulanten Operationen und sonstigen stationsersetzenden Leistungen nach § 3 AOP-Vertrag lediglich eine befristete Geltung bis zum 31.12.2010 vereinbart.

§ 23: Salvatorische Klausel

Mit § 23 AOP-Vertrag ist 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.