

**Vertrag zur besonderen Versorgung  
nach § 140a SGB V  
über die Versorgung mit  
stationersetzenden gynäkologischen Operationen**

**zwischen der**

Kaufmännische Krankenkasse — KKH  
Karl-Wiechert-Allee 61  
30625 Hannover

vertreten durch den Vorstand

(nachfolgend **KKH** genannt)

**und**



vertreten durch die Geschäftsführung

(nachfolgend **Managementgesellschaft** genannt)

und weitere kooperierende Leistungserbringer

**in der Fassung vom 14.07.2020**

**Vertragsnummer: 785  
Vertragskennzeichen: 121A12KK012**

## Vertragsinhalte und -bestandteile

Präambel.....	3
§ 1 Grundsätze und Ziele des Vertrages .....	3
§ 2 Managementgesellschaft.....	4
§ 3 Kooperierende Leistungserbringer.....	4
§ 4 Leistungen Managementgesellschaft .....	5
§ 5 Leistungen der prä- und postoperativ tätigen Leistungserbringer.....	6
§ 6 Leistungen der Operateure.....	6
§ 7 Revisionseingriffe und Komplikationen .....	7
§ 8 Teilnahme von Versicherten .....	8
§ 9 Vergütung.....	9
§ 10 Abrechnung.....	10
§ 11 Qualitätssicherungsmaßnahmen .....	11
§12 Beitritt weiterer Krankenkassen .....	13
§ 13 Datenschutz .....	13
§ 14 Öffentliche Darstellung und Öffentlichkeitsarbeit.....	14
§ 15 Inkrafttreten und Kündigung .....	14
§ 16 Schlussbestimmungen .....	15

### **Anlagen:**

Anlage 1: Leistungskatalog

Anlage 2: Teilnahmeunterlagen

Anlage 3: Übersicht Operateure, prä- und postoperative tätige LE

## **Präambel**

Dieser Vertrag regelt die besondere Versorgung (BesV) auf der Grundlage des § 140a SGB V.

Gegenstand des Vertrages ist die Behandlung von operativ behandlungsbedürftigen Versicherten im Rahmen des definierten gynäkologischen Leistungsspektrums mit dem Ziel, unnötige Eingriffe zu vermeiden, bei notwendigen Eingriffen stationäre Aufenthalte zu reduzieren und die Behandlungsabläufe zu verbessern.

Ziel ist es, eine qualitativ hochwertige Versorgung der Versicherten mittels interdisziplinär-fachübergreifender Vernetzung der beteiligten Fachärzte zu gewährleisten. Die Managementgesellschaft verpflichtet die kooperierenden Fachärzte, die Versicherten qualitativ gesichert, wirksam, ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu versorgen.

Die Vertragspartner gehen davon aus, dass die ambulante oder kurzstationäre Operation inklusive der Nachsorge unter hoher Qualitätssicherung eine vollstationäre Behandlung ersetzt und gegenüber dieser relevant kostengünstiger erbracht wird. Die kurzstationäre Operation inklusive Nachsorge umfasst keine offenen chirurgischen Eingriffe und erstreckt sich auf nicht mehr als 3 Nächte.

## **§ 1 Grundsätze und Ziele des Vertrages**

- (1) Der Vertrag gilt bundesweit.
- (2) Die operativen Eingriffe richten sich nach dem Leistungskatalog gem. Anlage 1.
- (3) Die besondere Versorgung soll eine stationsersetzende Wirkung für die festgelegten Eingriffe entfalten, die zwar ambulantes Potenzial haben, aber in der Regelversorgung (RV) überwiegend im stationären Bereich durchgeführt werden. Die KKH und die Managementgesellschaft streben eine Verlagerung der Leistungen aus der stationären Regelversorgung in die besondere Versorgung an.
- (4) Es sollen Kosteneinsparungen durch die Vermeidung von Doppeldiagnostik, kürzere Behandlungszeiten, Ausbau stationsersetzender Leistungen bei gleichzeitigem Rückgang stationärer Eingriffe und optimierte Nachsorgezeiten erreicht werden.
- (5) Durch die sichergestellte Behandlungs- und Betreuungsqualität soll das Risiko von Komplikationen und Rezidiven und die daraus resultierenden Folgekosten reduziert werden.
- (6) Die Versicherten sollen von den abgestimmten Behandlungsabläufen und den dadurch erzielten Qualitätsverbesserungen profitieren. Hierdurch soll die psychosoziale Belastung verringert und eine schnelle Genesung erreicht werden. Dies steigert die Patientenzufriedenheit und ermöglicht eine schnelle Wiedereingliederung in das Erwerbsleben.

## **§ 2 Managementgesellschaft**

- (1) Die Managementgesellschaft ist in einem öffentlichen Register (z. B. Handels- oder Berufsregister) eingetragen und weist dies durch eine Kopie nach (nicht älter als 6 Monate).
- (2) Die Managementgesellschaft verpflichtet sich, die ihr in diesem Vertrag zugewiesenen Leistungen selbst und die ärztlichen Leistungen unter vertraglicher Einbeziehung von kooperierenden Leistungserbringern zu erbringen.
- (3) Die Managementgesellschaft schließt mit kooperierenden Leistungserbringern gem. § 3 des Vertrages Kooperationsvereinbarungen, mit denen sich die kooperierenden Leistungserbringer verpflichten, die im Vertrag vereinbarten Leistungen zu erbringen.

## **§ 3 Kooperierende Leistungserbringer**

- (1) An der besonderen Versorgung dürfen prä- und postoperativ tätige Leistungserbringer sowie Operateure und Anästhesisten teilnehmen. Es handelt sich dabei um
  - a. niedergelassene Fachärzte, die gem. § 95 SGB V zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind,
  - b. Fachärzte, die an einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) tätig sind, sofern das MVZ Kooperationspartner von der Managementgesellschaft ist,
  - c. ermächtigte Fachärzte gemäß § 116 SGB V, welche nur im Rahmen ihres Ermächtigungsumfanges tätig werden dürfen,
  - d. am zugelassenen Krankenhaus tätige Fachärzte, sofern das Krankenhaus Kooperationspartner von der Managementgesellschaft ist.
- (2) Die Kooperationspartner verpflichten sich zur Einhaltung der aus diesem Vertrag sowie den Anlagen ergebenden Rechte und Pflichten. Nach dem Abschluss der Kooperationsvereinbarung mit der Managementgesellschaft gilt dieser Vertrag in seiner jeweils geltenden Fassung für die Kooperationspartner.
- (3) Die KKH ist berechtigt, die Zustimmung zur Kooperation mit bestimmten Leistungserbringern aus wichtigem Grund abzulehnen. Ein wichtiger Grund ist insbesondere die Auffälligkeit eines Arztes im Rahmen der Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung nach § 106 SGB V oder nachgewiesenes Fehlverhalten gem. § 81a SGB V. Die Rückmeldung der KKH an die Managementgesellschaft erfolgt innerhalb von 14 Tagen nach Feststellung der Auffälligkeit.
- (4) Kooperationspartner können von der KKH von der Teilnahme an dieser besonderen Versorgung mit sofortiger Wirkung ausgeschlossen werden, wenn gegen vertragliche Regelungen verstoßen und der den Ausschluss berechtigende Umstand trotz Aufforderung nicht beseitigt wurde.

## **§ 4 Leistungen Managementgesellschaft**

- (1) Die Managementgesellschaft schließt mit den interessierten Leistungserbringern gem. § 3 Kooperationsvereinbarungen gem. § 2 Abs. 2, mit denen sich die Leistungserbringer gegenüber der Managementgesellschaft zur Umsetzung der Rechte und Pflichten entsprechend dieses Vertrages verpflichten.
- (2) Eine flächendeckende und wohnortnahe Versorgung der teilnehmenden Versicherten ist zu gewährleisten. Die Managementgesellschaft stellt eine gleichmäßige Präsenz der beteiligten Operateure sicher.
- (3) Die Managementgesellschaft bindet nur solche Kooperationspartner vertraglich ein, die die Voraussetzungen gem. § 3 und die besonderen Qualitätskriterien gem. § 11 erfüllen. Die Managementgesellschaft überprüft die Einhaltung der Qualitätskriterien vor Abschluss der Kooperationsvereinbarungen und weist dies der KKH auf Verlangen nach.
- (4) Die Managementgesellschaft informiert die KKH über die Aufnahme neuer Kooperationspartner und die entsprechenden Praxis- und OP-Standorte.
- (5) Die Managementgesellschaft stellt eine einheitliche und vollständige Dokumentation der erbrachten Leistungen durch die Kooperationspartner sicher. Die Managementgesellschaft wertet in regelmäßigen Abständen die nachfolgenden Parameter aus, aggregiert und anonymisiert die Auswertungsergebnisse:
  - Diagnosen
  - Durchgeführte Prozeduren
  - Anzahl Fälle
  - Anzahl Komplikationen bzw. Revisionseingriffe
  - Gründe bzw. Art von Komplikationen
  - Kosten
  - Geschlecht
  - Alter
  - Verteilung nach Bundesland und Leistungserbringer
- (6) Die Managementgesellschaft stellt der KKH die Teilnahmeerklärungen gem. § 6 Abs. 4 eingescannt als passwortgeschütztes PDF-Dokument per E-Mail oder als Sammel-Download-Möglichkeit in einem datenschutzrechtlich geschützten Portal vor Rechnungslegung zur Verfügung. Darüber hinaus gewährt die Managementgesellschaft der KKH nach Aufforderung Einsicht in die Teilnahmeerklärungen oder sendet diese auf Anfordern der KKH zu.
- (7) Die Managementgesellschaft nimmt gem. § 10 die Abrechnung der Leistungen der Kooperationspartner gegenüber der KKH vor und übernimmt im Rahmen der ihr obliegenden Budgetverantwortung die Vergütung der Kooperationspartner. Vergütungsansprüche der Kooperationspartner gegenüber der KKH bestehen nicht.

## **§ 5 Leistungen der prä- und postoperativ tätigen Leistungserbringer**

- (1) Jeder dieser besonderen Versorgung teilnehmende Kooperationspartner gem. § 3 kann für die in Anlage 1 definierten Eingriffe die prä- und/oder postoperativen Leistungen erbringen.
- (2) Der prä-operativ tätige Leistungserbringer wird vom Operateur, der die OP-Indikation festgestellt hat, damit beauftragt, die für die Durchführung des operativen Eingriffs notwendigen Laborwerte zu erheben und die erforderlichen Voruntersuchungen vorzunehmen.
- (3) Der Operateur und der ggf. prä-operativ tätige Leistungserbringer tauschen sich vor Durchführung des Eingriffs über die OP-Indikation und das weitere Vorgehen aus.
- (4) Der postoperativ tätige Leistungserbringer nimmt die weitere postoperative Nachbetreuung im Operationsfeld bzw. Wundbereich einschließlich der Einleitung notwendiger Folgemaßnahmen vor. Bei eintretenden Komplikationen nimmt er Kontakt zum Operateur auf und überweist die Versicherte an den Operateur zurück.

## **§ 6 Leistungen der Operateure**

- (1) Der Operateur stellt eine Terminvergabe zur Erstvorstellung des Versicherten innerhalb von 14 Tagen nach Kontaktaufnahme durch den Versicherten sicher.
- (2) Der Operateur stellt eine gesicherte Diagnose bzw. überprüft die OP-Empfehlung des prä- operativ tätigen Leistungserbringers und gleicht diese mit den Leistungen der Anlage 1 ab.
- (3) Der Operateur klärt den KKH-Versicherten über die Möglichkeit der Teilnahme an der besonderen Versorgung auf und händigt dem KKH-Versicherten anschließend die Teilnahmeunterlagen (Anlage 2) zur Unterzeichnung aus.
- (4) Der Operateur ist berechtigt und verpflichtet, die Teilnahmeerklärung des Versicherten an diesem Vertrag für die KKH entgegenzunehmen. Die Teilnahmeerklärung ist für die Dauer von mindestens 6 Jahren aufzubewahren.
- (5) Sofern sich der teilnehmende Versicherte für den operativen Eingriff entschließt, stellt der Operateur in Abstimmung mit dem Patienten einen OP-Termin grundsätzlich innerhalb von 2 Wochen nach der Entscheidung des Versicherten über die Durchführung des operativen Eingriffs sicher. Die Wartezeit am Tag der Operation beträgt maximal 60 Minuten.
- (6) Der Operateur führt den vertraglich vereinbarten Eingriff gem. Anlage 1 durch und nimmt die Abrechnung gegenüber der Managementgesellschaft vor. Die erforderliche Anästhesie erfolgt durch Hinzuziehung eines Facharztes für Anästhesie auf Rechnung der Praxis. Die Gesamtverantwortung für den Eingriff obliegt der Praxis.
- (7) Mit seiner Abrechnung gegenüber der Managementgesellschaft gem. § 6 Abs. 9 bestätigt der Operateur die Einschreibung durch Unterschrift des Versicherten sowie die Aufbewahrung der Teilnahmeerklärung im Original.

- (8) Der Operateur stellt die unmittelbare postoperative Überwachung des teilnehmenden Versicherten sowie die Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer sicher, sofern dies medizinisch notwendig ist. Die Unterbringung ist für den Versicherten kostenfrei. Die kurzzeitpflegerische Betreuung findet in eigenen Räumen, für die eine Konzession nach § 30 GewO vorliegt, statt.
- (9) Der Operateur stellt eine 24h-Rufbereitschaft nach dem operativen Eingriff für längstens 7 Tage beginnend ab dem OP-Folgetag sicher.
- (10) Der Operateur stellt sicher, dass der prä- und postoperativ tätige Leistungserbringer über den OP-Verlauf informiert wird und alle notwendigen Behandlungsunterlagen erhält. Er stellt die Durchführung der weiteren postoperativen Nachsorge durch den prä- und postoperativ tätigen Leistungserbringer sicher.
- (11) Der Operateur informiert die KKH über die Managementgesellschaft unverzüglich,
- a. sofern eine Einweisung zur stationären Behandlung erforderlich ist;
  - b. sich ein Unfall während der Maßnahme (z. B. Unfall im Sinne des § 2 Abs.1 Nr. 15 SGB VII) ereignet hat;
  - c. beim Auftreten einer oder mehrerer Komplikationen während des Eingriffs oder danach, sofern das Ausmaß den Status einer Bagatelle überschreitet.
- (12) Der Operateur erstellt über jeden teilnehmenden Versicherten einen ärztlichen Bericht, der jedem Versicherten bei seiner Entlassung für den prä- und postoperativ tätigen Leistungserbringer ausgehändigt wird.
- (13) Die Praxis verpflichtet sich, die nach § 295 Abs. 1b SGB V i. V. m. § 295 Abs. 1 SGB V zu übermittelnden Diagnosen gemäß der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information (DIM-DI) anzugeben. Es sind alle Diagnosen zu erfassen, für die Leistungen erbracht worden sind oder die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen stehen. Die Diagnosen sind endstellig zu kodieren. Die Erkrankung ist, soweit es die Klassifikation ermöglicht, in deren Stadium, Schweregrad und soweit sachgerecht, mit der dazugehörigen Lokalisation anzugeben. Zu jeder ambulanten Diagnose werden die Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit nach den Vergabegrundsätzen angegeben.

## **§ 7 Revisionseingriffe und Komplikationen**

- (1) Als Revisionseingriffe gelten Eingriffe aufgrund indikationsspezifischer Komplikationen und jegliche Formen der Re-Operation, die in unmittelbarem und direktem Zusammenhang zur Primäroperation stehen oder durch diese ausgelöst werden. Nicht davon betroffen sind Eingriffe, die aufgrund des Fortschreitens der Erkrankung oder eines erneuten Traumas einen Folgeeingriff erforderlich machen.
- (2) Ist innerhalb eines Jahres nach dem Tag der operativen Behandlung nach diesem Vertrag ein Revisionseingriff im Sinne des Absatz 1 erforderlich, ist diese Leistung ohne zusätzliche Vergütung durch die Praxis durchzuführen.

- (3) Bei Komplikationen entscheidet der Operateur in Abstimmung mit dem prä- bzw. postoperativ tätigen Leistungserbringer, ob die weitere Behandlung der teilnehmenden Versicherten durch eine vollstationäre Versorgung im Krankenhaus erfolgen soll.
- (4) Die Notwendigkeit des Revisionseingriffs sowie der kausale Zusammenhang mit dem Ersteingriff können durch den MDK ermittelt werden.
- (5) Kommt es bei der Versorgung von teilnehmenden Versicherten zu Komplikationen, die eine reguläre stationäre Aufnahme erfordern, fällt keine Fallpauschale an. Die bis dahin angefallenen Sachkosten sind nachzuweisen und werden von der KKH erstattet, jedoch maximal in der Höhe der entsprechenden Fallpauschale. Bei der stationären Aufnahme im Krankenhaus wird als Aufnahmetag gem. § 1 Abs. 1 der Fallpauschalenvereinbarung nicht der Tag, an dem die Leistungen der besonderen Versorgung begonnen haben, zugrunde gelegt, sondern der Tag der regulären stationären Aufnahme gem. Abs.1.

## **§ 8 Teilnahme von Versicherten**

- (1) Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist freiwillig und für die Versicherte kostenfrei.
- (2) An dieser besonderen Versorgung können alle Versicherten unter folgenden Voraussetzungen teilnehmen.

### 1. Medizinische Voraussetzungen:

- a. Die Art der Erkrankung und der erforderliche operative Eingriff lassen sich in das Leistungsangebot dieser besonderen Versorgung gem. Anlage 1 einordnen.
- b. Der Operateur hat eine durch entsprechende Diagnostik begründete Indikation gem. Anlage 1 gestellt und die Notwendigkeit der Durchführung eines operativen Eingriffs festgestellt.

Der Operateur hat gemeinsam mit dem Anästhesisten entschieden, dass die individuelle Risikosituation des Versicherten die Durchführung eines Eingriffes in dieser stationsersetzenden Versorgungsform rechtfertigt und eine vollstationäre Behandlung im Krankenhaus nicht erforderlich ist. Zur Entscheidungsfindung und medizinischen Leistungsbegründung nach diesem Vertrag sind die AEP-Kriterien heranzuziehen und auf der Patientenmeldung zu dokumentieren. Jederzeit sind die Empfehlungen der entsprechenden Fachgesellschaften und Leitlinien zu beachten, um das Risiko und den Nutzen des Patienten bei ambulanter Operation abzuwägen. Folgende Punkte sind außerdem als Ausschlüsse für eine ambulante Operation zu berücksichtigen:

- ASA 3 oder höher;
- erhöhtes Infektions- und Blutungs- bzw. Nachblutungsrisiko;
- komplizierte Eingriffe;
- relevante Narkoseunverträglichkeit in Anamnese;
- Eingriffe, bei denen eine interdisziplinäre Versorgung indiziert bzw. notwendig ist;
- erhöhtes Risiko für Beatmungskomplikationen;

- offen chirurgische Operationen;
- psychische Erkrankungen, wenn eine Beeinträchtigung besteht;
- Demenz unterschiedlicher Genese;
- Adipositas bei Kindern und Jugendlichen von 3 Jahren bis unter 18 Jahren bzw.;
- Adipositas Grad III bei Erwachsenen; bei ungünstiger Verteilung von Gewicht und Körpergröße, die nicht mit einem erhöhten Operations- oder Narkoserisiko einhergeht (z. B. Lipödem), kann ein BMI bis 45 akzeptiert werden;
- fehlende oder mangelhafte postoperative Betreuung und Überwachung;
- bei der Patientin wurde ein Pflegegrad festgestellt, der die postoperative Versorgung beeinträchtigt und nicht ausreichend durch andere Personen kompensiert werden kann;
- bekannte Besiedelung mit multiresistenten Keimen.

## 2. Sachliche Voraussetzungen:

- a. Die Versicherte ist bei der KKH versichert und weist dies durch Vorlage seiner Krankenversicherungskarte nach.
  - b. Die Operationen nach diesem Vertrag werden nur auf Überweisung eines niedergelassenen Vertragsarztes oder eines Krankenhauses durchgeführt.
  - c. Die Versicherte willigt durch Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung (Anlage 2) ein, an der besonderen Versorgung teilzunehmen. Die Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung erfolgt beim Operateur, der die OP-Indikation festgestellt hat.
- (3) Die Teilnahme des Versicherten endet mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses bei der KKH, mit Ende des nachgehenden Anspruches bzw. spätestens ein Jahr nach durchgeführter Operation.
  - (4) Die Versicherte kann seine Teilnahme an der besonderen Versorgung innerhalb von 14 Tagen nach Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung gegenüber der KKH schriftlich oder zur Niederschrift widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an die KKH.
  - (5) Nach Ablauf dieser Frist kann der Versicherte seine Teilnahme an dem besonderen Versorgungsangebot im Wege einer außerordentlichen Kündigung beenden, sofern ein wichtiger Grund vorliegt. Ein wichtiger Grund ist z.B. der Wohnortwechsel des Versicherten, wenn vor Ort kein Leistungserbringer ansässig ist, der an diesem Vertrag teilnimmt.

## § 9 Vergütung

- (1) Die Vergütung der Leistungen im Rahmen dieser besonderen Versorgung erfolgt auf der Basis von Fallpauschalen. Für alle im Rahmen dieses Vertrages erbrachten Leistungen trägt die Managementgesellschaft die Budgetverantwortung. Die Managementgesellschaft nimmt die Vergütung der prä- und postoperativ tätigen Leistungserbringer sowie der Operateure und Anästhesisten vor. Die Höhe der Fallpauschalen ergibt sich aus der Anlage 1.

- (2) Mit der Fallpauschale sind die Kosten (inklusive Personal-, Betriebs-, Sachkosten und Sachmittel) für die Durchführung
- a. der Operation,
  - b. der Anästhesie,
  - c. der im Zusammenhang mit der kurzzeitpflegerischen Behandlung entstehenden Medikation,
  - d. der Unterbringungs- und Verpflegungsleistungen im Ein- oder Zweibettzimmer bis zu Abschluss der postoperativen Betreuung (Tagesklinik),
  - e. der ggf. notwendigen kurzzeitpflegerischen Überwachung,
  - f. der Nachbetreuung durch die Kliniken bzw. den nachbehandelnden Arzt,
  - g. aller prä- und postoperativen Leistungen sowie
  - h. der telefonischen Erreichbarkeit der Operateure bis zum 7. postoperativen Tag

abgegolten.

- (3) Weiterhin sind alle Verwaltungs- und Dokumentationskosten sowie die Kosten der Qualitätssicherung nach § 11 mit den Fallpauschalen abgegolten.
- (4) Der KKH obliegt das Recht die Höhe des Abschlags auf die vertraglich vereinbarten Leistungen (Anlage 1) einmal jährlich an die Marktsituation anzupassen. Die Anpassung wird den Vertragspartnern in schriftlicher Form bekanntgegeben; die Vertragspartner haben in diesem Fall ein Sonderkündigungsrecht.
- (5) Es findet eine jährliche Anpassung der Fallpauschalen auf Basis der für das Folgejahr gültigen Fassung der amtlichen Klassifikation ICD-10-GM und der Operationen- und Prozedurenschlüssel, der jeweiligen Deutschen Kodierrichtlinien sowie des aktuellen DRG-Fallpauschalenkataloges statt. Dazu übermittelt die Managementgesellschaft den notwendigen Anpassungsbedarf bis zum 15.11. eines Jahres an die KKH.

## **§ 10 Abrechnung**

- (1) Die Managementgesellschaft rechnet die Leistungen, die die Kooperationspartner im Rahmen dieses Vertrages gem. §§ 5 und 6 erbringen, gem. § 295 Abs.1b SGB V im Datenträgeraustauschverfahren mit der KKH ab. Voraussetzung für die Abrechnung ist die durchgeführte Operation sowie das Vorliegen der Teilnameerklärung der Versicherten gemäß § 4 Abs. 6.
- (2) Nach Abschluss des Behandlungsfalls übersendet die Managementgesellschaft der KKH innerhalb von 30 Kalendertagen eine Rechnung in Höhe der vereinbarten Fallpauschale unter der Angabe der persönlichen Daten des teilnehmenden Versicherten, der Versicherungsnummer und der jeweils geltenden ICD-10/OPS-Klassifikation mit entsprechender Qualifikation.

- (3) Die Vergütung für alle im Rahmen dieser besonderen Versorgung erbrachten Leistungen wird von der KKH innerhalb von 30 Kalendertagen nach Zugang der Rechnung und der Daten gemäß § 10 Abs. 1 und 2 mit befreiender Wirkung an die Managementgesellschaft gezahlt. Die KKH hat das Recht, aufgrund konkreter Zweifel an der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit oder Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistung, den MDK zur gutachtlichen Stellungnahme einzuschalten. Ergibt die Zweitbegutachtung des MDK (nach Stellungnahme durch die Managementgesellschaft), dass die Leistung zu Unrecht erbracht bzw. nicht sachgemäß abgerechnet wurde, kann die KKH den überzahlten Betrag mit nachfolgenden Vergütungsansprüchen von der Managementgesellschaft verrechnen.
- (4) Beanstandungen sachlicher oder rechnerischer Art können grundsätzlich auch nach Zahlung der Rechnung geltend gemacht werden. Beanstandungen sind innerhalb von 12 Monaten nach Eingang der Rechnung bei der KKH geltend zu machen.
- (5) Eine Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag gegenüber den Versicherten oder der Kassenärztlichen Vereinigung ist ausgeschlossen. Dies betrifft auch Leistungen der Kooperationspartner beispielsweise im Rahmen der prä- oder postoperativen Behandlung.
- (6) Nimmt die Versicherte die Operation nicht in Anspruch sind die bereits im Rahmen der präoperativen Behandlung erbrachten Leistungen keine Leistungen der besonderen Versorgung und können im Rahmen der Regelversorgung abgerechnet werden.

## **§ 11 Qualitätssicherungsmaßnahmen**

- (1) Die Managementgesellschaft übernimmt die Gewähr dafür, dass alle an der besonderen Versorgung beteiligten Kooperationspartner die organisatorischen, betriebswirtschaftlichen sowie die medizinischen und die medizinisch-technischen Voraussetzungen für die vereinbarte besondere Versorgung entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und des medizinischen Fortschritts erfüllen.
- (2) Die operativen Eingriffe gem. Anlage 1 dürfen nur durch Kooperationspartner gem. § 3 durchgeführt werden. Die teilnehmenden Kooperationspartner erfüllen die Voraussetzungen zum ambulanten Operieren nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren gemäß §§ 13 und 15 des Vertrages nach § 115 b SGB V Abs.1 SGB V in der jeweils gültigen Fassung. Weiterhin müssen die Operateure folgende Voraussetzungen erfüllen:
  - a. Abschluss einer Weiterbildung auf dem Gebiet der Chirurgie oder mit einer Weiterbildung auf dem Gebiet einer anderen Facharztbezeichnung jeweils mit der Zusatzbezeichnung Gynäkologie mit entsprechender Qualifikation;
  - b. regelmäßige Teilnahme an Qualitätszirkeln/Fortbildungsmaßnahmen.
- (3) Die Managementgesellschaft stellt sicher, dass die operierenden Kooperationspartner die Eingriffe gem. Anlage 1 nur dann durchführen, wenn sie der Managementgesellschaft den Nachweis über eine entsprechende Zertifizierung bzw. eine jahresbezogene Mindestanzahl an durchgeführten Operationen vorgelegt haben. Sofern ein kooperierender Operateur die Zertifizierung bzw. die Mindestmengen pro Jahr nicht nachweisen kann, darf er die vertragsgegenständlichen operativen Eingriffe nicht durchführen

(4) Jeder Operateur die nachfolgende Mindestanzahl an Fällen:

a) Hysterektomien (z. B. N21A, N21B, N14Z):

Bislang mindestens 100 erbracht. Im Folgenden 20 pro Jahr.

b) Myomentfernungen der Gebärmutter (z. B. N07A, N23Z):

Bislang mindestens 100 erbracht. Im Folgenden 20 pro Jahr.

c) Ovariektomien, komplexe Eingriffe an Uterus und Adnexen (z. B. N07Z, N25Z):

Bislang mindestens 100 erbracht. Im Folgenden 20 pro Jahr.

d) andere Eingriffe an Uterus und Adnexen (z. B. N25Z):

Bislang mindestens 100 erbracht. Im Folgenden 50 pro Jahr.

e) Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen (z. B. N09B):

Bislang mindestens 100 erbracht. Im Folgenden 50 pro Jahr.

f) komplexe rekonstruktive Eingriffe (z. B. N06Z):

Bislang mindestens 100 erbracht. Im Folgenden 20 pro Jahr.

(5) Die Managementgesellschaft legt der KKH die Nachweise gem. § 11 Abs. 3 und 4 auf Verlangen vor.

(6) Die Kooperationspartner erkennen die Empfehlungen zu den Anforderungen der Hygiene bei Operationen und anderen invasiven Eingriffen des Robert-Koch-Institutes sowie die Leitlinien der operativen Fachgesellschaft, die durch die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaft (AWMF) niedergelegt sind, an. Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin für ambulantes Operieren bzw. Tageschirurgie, für anästhesiologische Voruntersuchungen sowie für die postoperative Überwachung jeweils in der gültigen Fassung sind zu berücksichtigen. Ferner sind die jeweiligen Regelungen zur Qualitätssicherung der ärztlichen Leistungserbringung, insbesondere die §§ 95d, 135 Abs. 2, 135a und 137 SGB V, zu erfüllen. Die Managementgesellschaft verpflichtet sich, alle an der Versorgung Mitwirkenden an diese Bedingungen zu binden.

(7) Die Kooperationspartner erkennen die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin für ambulantes Operieren bzw. Tageschirurgie, für anästhesiologische Voruntersuchungen sowie für die postoperative Überwachung jeweils in der gültigen Fassung an.

(8) Als Mindeststandard hinsichtlich der baulichen, apparativ-technischen und hygienischen Anforderungen gilt die Anlage 1 der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung ambulanter Operationen.

- (9) Die Operateure verpflichten sich für die Dauer des Vertragsverhältnisses das Qualitätssicherungssystem für ambulante Operationen AQS oder vergleichbares einzusetzen. Die Managementgesellschaft stellt der KKH jeweils im zweiten Montag des Folgequartals einen Qualitätsbericht zur Verfügung.
- (10) Zur Überprüfung der Zufriedenheit der teilnehmenden Versicherten mit der besonderen Versorgung nach diesem Vertrag kann die KKH Kundenbefragungen durchführen. Die Ergebnisse werden gemeinsam mit der Managementgesellschaft bewertet. Sofern erforderlich, fließt der sich ggf. ergebende Anpassungsbedarf in Weiterentwicklungsmaßnahmen ein.

## **§12 Beitritt weiterer Krankenkassen**

- (1) Weitere Krankenkassen können diesem Vertrag mit Zustimmung der KKH beitreten. Der Beitritt kann mit einer Frist von 4 Wochen zum Monatsersten erklärt werden.
- (2) Die KKH informiert die teilnehmenden Managementgesellschaften im Falle des Beitritts anderer Krankenkassen unverzüglich über den Zeitpunkt des Wirksamwerdens des Beitritts.
- (3) Die Managementgesellschaft hat im Falle des Beitritts einer anderen Krankenkasse ein Sonderkündigungsrecht.

## **§ 13 Datenschutz**

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich, bei der Verarbeitung personenbezogener Daten alle geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften – insbesondere die der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO), der Sozialgesetzbücher (SGB) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) – einzuhalten und nur die personenbezogenen Daten zu verarbeiten, deren Verarbeitung zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben erforderlich ist.
- (2) Der jeweilige Vertragspartner ist für die sich im Rahmen seiner vertraglichen Aufgaben ergebende Datenverarbeitung verantwortlich. Die Mitarbeiter der Vertragspartner sind auf die Einhaltung des Datengeheimnisses zu verpflichten. Erforderliche technische und organisatorische Maßnahmen zur Einhaltung des Datenschutzes sind zu treffen und nachzuhalten.
- (3) Die Datenverarbeitung erfolgt auf der Grundlage der vorherigen Einwilligung des Versicherten. Im Rahmen der Information des Versicherten über die Versorgung ist dieser vor Abgabe seiner Einwilligungserklärung umfassend über die Reichweite der ihn betreffenden Datenverarbeitung aufzuklären. Die Transparenzverpflichtungen nach der EU-DSGVO gegenüber dem Versicherten sind von den Vertragspartnern zu erfüllen.

- (4) Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse des jeweils anderen Vertragspartners sind streng vertraulich zu behandeln und gegen Einsichtnahme Dritter zu schützen. Die Verpflichtung zur Einhaltung des Daten- und Sozialgeheimnisses und zur Wahrung der Vertraulichkeit bleibt auch nach Ende des Vertragsverhältnisses bestehen.

#### **§ 14 Öffentliche Darstellung und Öffentlichkeitsarbeit**

- (1) Die Managementgesellschaft verpflichtet sich, die Darstellung der teilnehmenden Leistungserbringer (operativ tätige Ärzte bzw. Praxiskliniken) auf einer Internetseite vorzunehmen. Die Seite erhält das Logo der KKH. Die Managementgesellschaft stellt eine taggleiche Aktualität der teilnehmenden Leistungserbringer sicher und übernimmt die Pflege und Wartung dieser Seite. Die Internetseite ist idealerweise mit einer Umkreissuche ausgestattet, die es erlaubt, eine Postleitzahlsuche vorzunehmen und je nach Umkreis teilnehmende Leistungserbringer im Listenformat darstellt.
- (2) Die Liste der teilnehmenden Leistungserbringer (prä- und postoperativ tätige Ärzte sowie Operateure) ist zu Beginn des Vertrages sowie bei Änderungen der Leistungserbringer an die KKH zu übersenden. Die Managementgesellschaft nimmt dies im Excel-Format gem. Anlage 3 (Übersicht Leistungserbringer und OP-Standorte) vor.
- (3) Über geplante Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit für diese besondere Versorgung informieren sich die Vertragspartner gegenseitig. Für gemeinsame Presseaktionen stimmen sich die Vertragspartner untereinander ab.

#### **§ 15 Inkrafttreten und Kündigung**

- (1) Dieser Vertrag tritt zum 01.09.2020 in Kraft.
- (2) Er kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende, frühestens zum 31.12.2021, gekündigt werden. Das Recht auf außerordentliche fristlose Kündigung eines Vertragspartners bleibt von dieser Regelung unberührt.
- (3) Dieser Grundvertrag bleibt durch Änderungen seiner Anlagen unberührt.
- (4) Eine außerordentliche Kündigung dieses Vertrages ist nur aus wichtigem Grund möglich. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor,
- a) wenn die Voraussetzungen dieser besonderen Versorgung aus Gründen der Rechtsentwicklung, wesentlichen medizinisch-wissenschaftlichen oder tatsächlichen Gründen entfallen,
  - b) wenn die Leistungen, die Gegenstand dieser besonderen Versorgung sind, in erheblichem Umfang mangelhaft, unwirtschaftlich oder unvollständig erbracht werden und hierdurch der Vorhabenzweck vereitelt, gefährdet oder beeinträchtigt wird.
  - c) wenn die zuständige Aufsichtsbehörde den Vertrag beanstandet.

- (5) Vor Erklärung einer außerordentlichen Kündigung haben die Vertragspartner – soweit möglich und zumutbar – auf eine Beseitigung des zur Kündigung berechtigenden Umstandes hinzuwirken.
- (6) Die Kündigung hat mit eingeschriebenem Brief an den Vertragspartner und im Fall der Außerordentlichkeit unter Angabe der Kündigungsgründe zu erfolgen.
- (7) Versicherte, deren Behandlung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Kündigung im Rahmen dieses Vertrags begonnen hat, jedoch noch nicht abgeschlossen ist, werden zu den Bedingungen dieser Vereinbarung auch über diesen Zeitpunkt hinaus behandelt. Die KKH verpflichtet sich zur Vergütung dieser Leistung entsprechend dieses Vertrages.

### **§ 16 Schlussbestimmungen**

- (1) Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages einschließlich der Anlagen bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform. Dies gilt auch für einen etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform.
- (2) Die Anlagen sind verbindlicher Teil des Vertrages.
- (3) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder durch gesetzliche Neuregelungen oder höchstrichterliche Rechtsprechung ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit dieses Vertrages im Übrigen nicht berührt, es sei denn, diese waren für einen Vertragspartner so wesentlich, dass ihm ein Festhalten am Vertrag nicht zugemutet werden kann. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über notwendige Neuregelungen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Kaufmännische Krankenkasse — KKH  
Abteilungsleitung

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Managementgesellschaft  
Geschäftsführung