

## Ambulantes Operieren nach § 115b SGB V

Gemäß § 115 b SGB V vereinbaren der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) jährlich einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe sowie einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte. Der Vertrag nach § 115 b Absatz 1 SGB V - Ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus - (AOP-Vertrag) regelt die Grundsätze der Abrechnung. Anlage zum AOP-Vertrag ist der Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe gemäß § 115 b SGB V im Krankenhaus. Zusätzlich existiert ein Meldeformular gemäß § 1 Absatz 2 AOP-Vertrag, mit dem die Krankenhäuser ihre Teilnahme am ambulanten Operieren gegenüber der Krankenkasse anzeigen müssen.

Mit der Neufassung des AOP-Vertrags und der Erweiterung des AOP-Katalogs für das Jahr 2024 auf Grundlage des Gutachtens des IGES Instituts setzen die Vertragsparteien den gesetzlichen Auftrag aus dem MDK-Reformgesetz vom 14.12.2019 weiter um und erweitern den AOP-Katalog mit Wirkung zum 01.01.2024 um 171 OPS-Kodes, insbesondere um Leistungen mit komplexerem Regelungserfordernis.

Es gilt weiterhin die [Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 115 b SGB V \(PDF, 241 KB\)](#) . GKV-Spitzenverband, DKG und KBV haben sich in der weiteren Umsetzung des Auftrags aus dem MDK-Reformgesetz nach § 115b Absatz 1 SGB V auf eine Weiterentwicklung des AOP-Katalogs verständigt.

### Vereinbarung der Katalogerweiterung

Die Leistungen des AOP-Katalogs sind Anlage 1 des AOP-Vertrags. In den AOP-Katalog werden 171 OPS-Kodes neu aufgenommen; diese umfassen ein Fallvolumen von insgesamt ca. 300.000 vollstationären Fällen. Von diesen sind 100 OPS-Kodes dem Abschnitt 1 AOP-Katalog zuzuordnen (ca. 35.000 Fälle). 71 Kodes (ca. 265.000 Fälle) werden in den Abschnitt 2 AOP-Katalog aufgenommen. Im Abschnitt 3 wurde keine Änderung vorgenommen. Der AOP-Katalog wurde zudem im Rahmen der jährlichen Überleitung auf Grundlage der veröffentlichten OPS-Überleitungstabellen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) auf den OPS 2024 angepasst. Damit umfasst der AOP-Katalog nunmehr insgesamt 3.312 OPS-Kodes.

### Anpassung der Kontextfaktoren

Nach § 115b Absatz 1 Satz 3 SGB V sind allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen die stationäre Durchführung von Leistungen gemäß § 115b SGB V erforderlich sein kann. Die allgemeinen Tatbestände, im Folgenden Kontextfaktoren, sind Anlage 2 des AOP-Vertrags. In 2023 hatten sich die Vertragsparteien darauf verständigt, spätestens bis zum 31.12.2024 eine Evaluation der Kontextfaktoren durchzuführen. Im Ergebnis hat man sich in diesem Jahr auf eine Erweiterung der Kontextfaktoren geeinigt. So werden die Kontextfaktoren, insbesondere für Kinder mit Pflegegrad sowie mit angeborenen Herzfehlern, erweitert sowie die Liste der stationär zu behandelnden Diagnosen um definierte Gerinnungsstörungen und Lebererkrankungen ergänzt.

### Schweregraddifferenzierung der Patientenfälle

Für die Schweregraddifferenzierung im Rahmen der einheitlichen Vergütung für Krankenhäuser und Vertragsärzte wurde 2023 vereinbart, dass Reoperationen mit einem Vergütungsaufschlag versehen werden. An dieser Regelung soll weiterhin festgehalten werden. Darüber hinaus haben sich DKG,

KBV und GKV auf einen weiteren Ansatz verständigt: Für die operative und konservative Versorgung von Frakturen und Luxationen ist mit Wirkung zum 01.01.2024 ein Zuschlag in Höhe von 20 % auf die Vergütung der Operationsleistung bzw. der konservativen Behandlung berechnungsfähig. Die entsprechenden OPS-Kodes, die kodierte Zusatzziffer und die Vergütungshöhe sind neu in der Anlage 3 des AOP-Vertrages aufgeführt. Je erbrachter Leistung ist auch bei Vorliegen unterschiedlicher Schweregradkriterien je Behandlungstag nur ein Schweregradzuschlag berechnungsfähig.

### **Vergütung von Sachkosten**

Vor dem Hintergrund der Rechtsverordnung zur speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f SGB V wurden eine Vereinbarung von Sachkostenpauschalen, insbesondere zu urologischen Sachkosten, ausgesetzt, da relevante urologische Leistungen in den Katalog nach § 115f SGB V aufgenommen werden sollen. Die Einzelkostenerstattung nach AOP-Vertrag für die im AOP-Katalog verbleibenden urologischen Leistungen wurde um definierte urologische Sachkosten ergänzt. Die weiteren bestehenden Regelungen zur Vergütung von Sachkosten werden übergangsweise beibehalten.

### **Übergangsregelung**

Aufgrund von Vorlaufzeiten in der Umstellung des AOP-Katalogs samt Kontextfaktoren werden ähnlich zu 2023 folgende Übergangsregelungen getroffen:

- Sofern Patienten bis einschließlich 31.03.2024 zur stationären Durchführung einer Leistung, die in Anlage 1 mit „neu“ gekennzeichnet ist, in ein Krankenhaus aufgenommen werden, wird die Abrechnung des Krankenhauses für diese Leistung nicht im Hinblick darauf überprüft, ob die Leistung im Rahmen des § 115b SGB V erbracht werden konnte.
- Meldeformular: Gemäß § 1 Absatz 1 des AOP-Vertrags sind die ambulanten Leistungen über ein Meldeformular an die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuss zu melden. Für Leistungen nach Anlage 1 kann das Meldeformular für die Mitteilung nach § 1 Absatz 1 des AOP-Vertrags bis zum 31.01.2024 nachgereicht werden.

Die Vereinbarung des AOP-Katalogs steht unter dem Genehmigungsvorbehalt durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Unter der Voraussetzung der Genehmigung durch das BMG tritt der AOP-Katalog zum 01.01.2024 in Kraft.

Quelle:

[Ambulantes Operieren am Krankenhaus - GKV-Spitzenverband](#)