

# Kodierung und Vergütung in der ambulanten Versorgung 2024

Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es in diesem  
Jahr ankommt

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-  
behandlung  
§ 39 SGB V

§ 115b SGB V  
Ambulantes Operieren  
im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation  
im AOP-Katalog

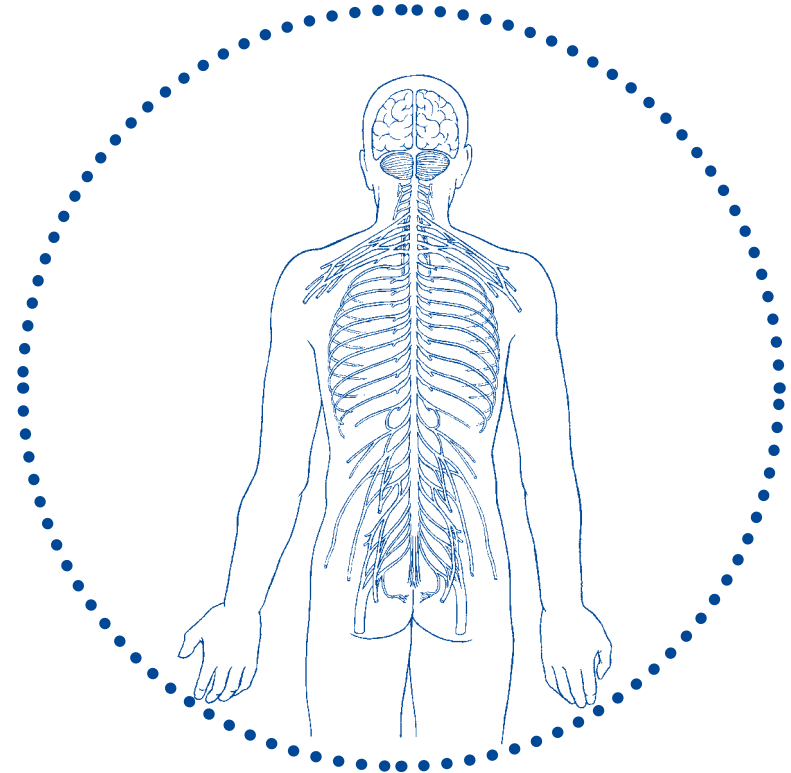
Kontextfaktoren

Mitteilungs-  
empfänger

Abkürzungen

## Handbuch ambulantes Operieren im berechtigten Krankenhaus

### Implantierbare Therapiesysteme zur Neuromodulation



Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es in diesem  
Jahr ankommt

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-  
behandlung  
§ 39 SGB V

§ 115b SGB V  
Ambulantes Operieren  
im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation  
im AOP-Katalog

Kontextfaktoren

Mitteilungs-  
empfänger

Abkürzungen

## Vorwort



**Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,**

wir bewegen uns heute in einem zunehmend komplexer werdenden Umfeld. Zu den ständigen Herausforderungen auf medizinischer Seite berücksichtigen Sie vor dem Hintergrund von Diskussionen und Maßnahmen zur Kostenbegrenzung im Gesundheitswesen zudem täglich Fragen nach Kosten und Effektivität der von Ihnen gewählten Behandlungsverfahren. Häufig genug sind selbst die Wege der Finanzierung dieser Behandlungsverfahren unklar und einem stetigen Wandel unterworfen. Budgetlimitierungen, Informationsdefizite und die ständig wachsende administrative Belastung bei allen Beteiligten im Gesundheitswesen können vor diesem Hintergrund nur durch eine partnerschaftliche Kooperation der Akteure im Gesundheitswesen geschultert werden.

Dieses Handbuch soll eine Hilfestellung für den täglichen Umgang im Hinblick auf eine sachgerechte Vergütung der von Ihnen eingesetzten Verfahren sein. In kompakter Form finden Sie hier die für eine sachgerechte Vergütung notwendigen Kodier- und Abbildungshinweise für die ambulante Leistungserbringung gem. §115b SGB V unserer Behandlungsverfahren und unserer Produkte. Hierbei sei erwähnt, dass es sich um beispielhafte Abrechnungsmuster handelt.

Wir wollen einer der größten Herausforderungen unserer Zeit transparent und überzeugend entgegenreten. Das Vermögen, für Fragestellungen in Bezug auf die Finanzierung unserer Produkte und Therapien Antworten zu finden, ist eine der größten Verantwortungen im Wandel der Gesundheitssysteme.

Mit freundlichen Grüßen

**Isabell M. Schliebener**  
Assoc Reimbursement Analyst DACH  
Health Economics, Policy & Reimbursement



Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es in diesem  
Jahr ankommt

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-  
behandlung  
§ 39 SGB V

§ 115b SGB V  
Ambulantes Operieren  
im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation  
im AOP-Katalog

Kontextfaktoren

Mitteilungs-  
empfänger

Abkürzungen

## Inhaltsverzeichnis

1. **Unser Reimbursement Leistungsangebot**
2. **Worauf es in diesem Jahr ankommt**
3. **Ablaufdiagramme**
4. **Krankenhausbehandlung § 39 SGB V**
5. **§ 115b SGB V Ambulantes Operieren im Krankenhaus**
6. **AOP-Vertrag**
7. **Neuromodulation im AOP-Katalog**
8. **Kontextfaktoren**
9. **Mitteilungsempfänger**
10. **Abkürzungen**

# 1. Unser Reimbursement Leistungsangebot

## Was bedeutet Reimbursement für uns?

Unter Reimbursement verstehen wir nicht nur eine adäquate Refinanzierung unserer Therapien, sondern auch Leistungen oder Informationen, die unseren Kunden eine solche Refinanzierung ermöglichen.

### ZU DIESEN LEISTUNGEN GEHÖREN ZUM BEISPIEL



EBM, GOÄ und  
DRG Hinweise  
zu unseren Pro-  
dukten/Services



Informationen  
zu Abrechnung  
und Kodierung



Hinweise zu Än-  
derungs- und  
Weiterentwick-  
lungsanträgen



Informationen  
zu Fragen des  
MD und der  
Kassen



Hinweise bei  
Strategie &  
Leistungs-  
portfolio



Informationen  
zu NUB-Verfah-  
ren inkl. §137h  
SGB V



Hinweise zu  
gesundheits-  
politischen  
Entwicklungen

### UNSER REIMBURSEMENT-SERVICE IM ÜBERBLICK



#### Kostenbetrachtungen, Erlösbetrachtungen

Wir unterstützen Sie mit Erlös- und Kostenanalysen bei der Planung, Anpassung und Weiterentwicklung Ihres Leistungsangebots. Diese Konzepte entwickeln wir in Zusammenarbeit mit medizinischem Fachpersonal und Klinikverwaltungen. DRG Kodierhilfen, Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen oder Prozesskostenanalysen sind einige Beispiele.



#### Weiterbildung und Training

Unsere Weiterbildungs- und Trainingsprogramme vermitteln die Grundlagen der stationären (DRG) und ambulanten (EBM, GOÄ, AOP) Abrechnung, sowie den aktuellen Stand der Kodierung und Kostenerstattung. Dabei steht die Kodierung und Refinanzierung unserer Therapien im Mittelpunkt.

Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es in diesem  
Jahr ankommt

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-  
behandlung  
§ 39 SGB V

§ 115b SGB V  
Ambulantes Operieren  
im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation  
im AOP-Katalog

Kontextfaktoren

Mitteilungs-  
empfänger

Abkürzungen

## 2. Worauf es in diesem Jahr ankommt

### Neu bzw. wichtig in 2024

 **AOP VERTRAG, GÜLTIG AB 01.01.2024**

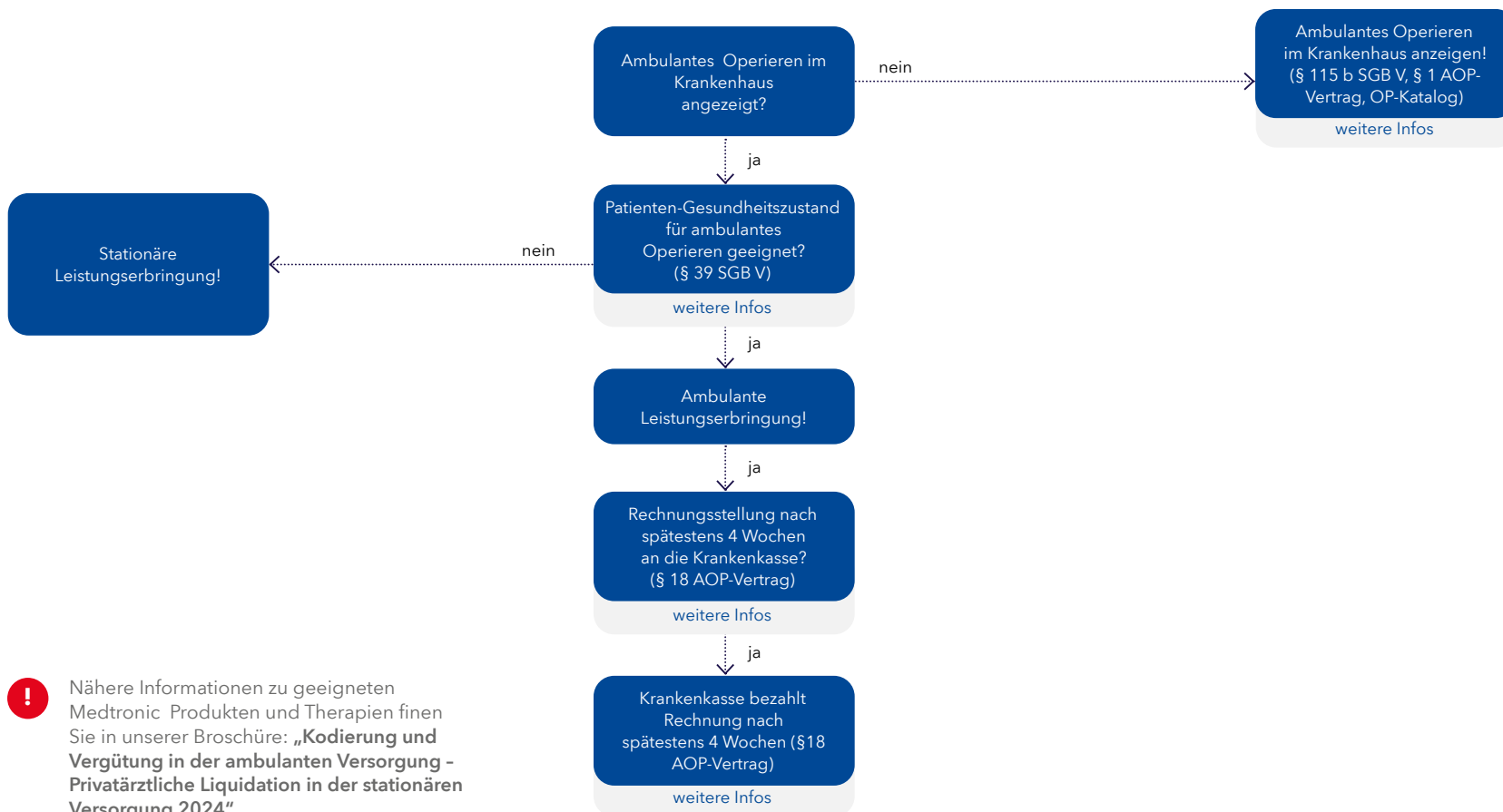
Siehe Kapitel 6

 **KONTEXTFAKTOREN ERSETZTEN DEN G-AEP KRITERIENKATALOG**

Siehe Kapitel 8

### 3. Ablaufdiagramme

#### Ambulantes Operieren im zugelassenen Krankenhaus (AOP)



## Ambulantes Operieren im zugelassenen Krankenhaus - Beziehungsverhältnisse



Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es in diesem  
Jahr ankommt

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-  
behandlung  
§ 39 SGB V

§ 115b SGB V  
Ambulantes Operieren  
im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation  
im AOP-Katalog

Kontextfaktoren

Mitteilungs-  
empfänger

Abkürzungen

Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es in diesem  
Jahr ankommt

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-  
behandlung  
§ 39 SGB V

§ 115b SGB V  
Ambulantes Operieren  
im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation  
im AOP-Katalog

Kontextfaktoren

Mitteilungs-  
empfänger

Abkürzungen

## 4. Krankenhausbehandlung § 39 SGB V

(1) Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, stationsäquivalent, **tagesstationär**, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht; sie umfasst auch Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, zu denen der Gemeinsame Bundesausschuss bisher keine Entscheidung nach § 137c Absatz 1 getroffen hat und die das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre, stationsäquivalente **oder tagesstationäre** Behandlung durch ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus, wenn die Aufnahme oder die Behandlung im häuslichen Umfeld nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation. Die stationsäquivalente Behandlung umfasst eine psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld durch mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams; **die tagesstationäre Behandlung umfasst einen täglich mindestens sechsstündigen Aufenthalt der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus, währenddessen überwiegend ärztliche oder pflegerische Behandlung erbracht wird, ohne Übernachtung im Krankenhaus. Die stationsäquivalente Behandlung und die tagesstationäre Behandlung entsprechen hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung.** Zur Krankenhausbehandlung gehört auch eine qualifizierte ärztliche Einschätzung des Beatmungsstatus im Laufe der Behandlung und vor der Verlegung oder Entlassung von Beatmungspatienten.

(1a) Die Krankenhausbehandlung umfasst ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung. § 11 Absatz 4 Satz 4 gilt. Das Krankenhaus kann mit Leistungserbringern nach § 95 Absatz 1 Satz 1 vereinbaren, dass diese Aufgaben des Entlassmanagements wahrnehmen. § 11 des Apothekengesetzes bleibt unberührt. Der Versicherte hat gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements nach Satz 1; soweit Hilfen durch die Pflegeversicherung in Betracht kommen, kooperieren Kranken- und Pflegekassen miteinander. Das Entlassmanagement umfasst alle Leistungen, die für die Versorgung nach Krankenhausbehandlung erforderlich sind, insbesondere die Leistungen nach den §§ 37b, 38, 39c sowie alle dafür erforderlichen Leistungen nach dem Elften Buch. Das Entlassmanagement umfasst auch die Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung durch Krankenhausbehandlung in einem anderen Krankenhaus. Soweit dies für die Versorgung des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist, können die Krankenhäuser Leistungen nach § 33a und die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und 12 genannten Leistungen verordnen und die Arbeitsunfähigkeit feststellen; hierfür gelten die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung mit der Maßgabe, dass bis zur Verwendung der Arztnummer nach § 293 Absatz 7 Satz 3 Nummer 1 eine im Rahmenvertrag nach Satz 9 erster Halbsatz zu vereinbarende alternative Kennzeichnung zu verwenden ist. Bei der Verordnung von Arzneimitteln können Krankenhäuser eine Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen gemäß der Packungsgrößenverordnung verordnen; im Übrigen können die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 genannten Leistungen für die Versorgung in einem Zeitraum von bis zu sieben Tagen verordnet und die Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden (§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7). Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6, 7 und 12 die weitere Ausgestaltung des Ordnungsrechts nach Satz 7. Die weiteren Einzelheiten zu den Sätzen 1 bis 8, insbesondere zur Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den Krankenkassen, regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch als





Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es in diesem  
Jahr ankommt

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-  
behandlung  
§ 39 SGB V

§ 115b SGB V  
Ambulantes Operieren  
im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation  
im AOP-Katalog

Kontextfaktoren

Mitteilungs-  
empfänger

Abkürzungen

Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft unter Berücksichtigung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in einem Rahmenvertrag. Wird der Rahmenvertrag ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf des Vertrages kein neuer Rahmenvertrag zustande, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a. Vor Abschluss des Rahmenvertrages ist der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisation der Apotheker sowie den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Das Entlassmanagement und eine dazu erforderliche Verarbeitung personenbezogener Daten dürfen nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. Die Information sowie die Einwilligung müssen schriftlich oder elektronisch erfolgen.

(2) Wählen Versicherte ohne zwingenden Grund ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus, können ihnen die Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden.

(3) Die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See gemeinsam erstellen unter Mitwirkung der Landeskrankenhausesellschaft und der Kassenärztlichen Vereinigung ein Verzeichnis der Leistungen und Entgelte für die Krankenhausbehandlung in den zugelassenen Krankenhäusern im Land oder in einer Region und passen es der Entwicklung an (Verzeichnis stationärer Leistungen und Entgelte). Dabei sind die Entgelte so zusammenzustellen, daß sie miteinander verglichen werden können. Die Krankenkassen haben darauf hinzuwirken, daß Vertragsärzte und Versicherte das Verzeichnis bei der Verordnung und Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlung beachten.

(4) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen vom Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag je Kalendertag an das Krankenhaus. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete Zahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 2 des Sechsten Buches sowie die nach § 40 Abs. 6 Satz 1 geleistete Zahlung sind auf die Zahlung nach Satz 1 anzurechnen.

(5) (weggefallen)

Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es in diesem  
Jahr ankommt

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-  
behandlung  
§ 39 SGB V

§ 115b SGB V  
Ambulantes Operieren  
im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation  
im AOP-Katalog

Kontextfaktoren

Mitteilungs-  
empfänger

Abkürzungen

## 5. § 115b SGB V ambulantes Operieren im Krankenhaus

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren auf der Grundlage des Gutachtens nach Absatz 1a bis zum 31. Januar 2022

1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationsersetzender Eingriffe und stationsersetzender Behandlungen,
2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte.

Die Vereinbarung nach Satz 1 tritt mit ihrem Wirksamwerden an die Stelle der am 31. Dezember 2019 geltenden Vereinbarung. In die Vereinbarung nach Satz 1 Nummer 1 sind die in dem Gutachten nach Absatz 1a benannten ambulant durchführbaren Operationen und die stationsersetzenden Eingriffe und stationsersetzenden Behandlungen aufzunehmen, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, sowie allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. Die Vergütung nach Satz 1 Nummer 2 ist nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren und erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage, ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen. In der Vereinbarung sind die Qualitätsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 sowie die Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 und den §§ 136 bis 136b zu berücksichtigen. In der Vereinbarung ist vorzusehen, dass die Leistungen nach Satz 1 auch auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten ambulant im Krankenhaus erbracht werden können. Die Vereinbarung nach Satz 1 ist mindestens alle zwei Jahre, erstmals zum 31. Dezember 2023, durch Vereinbarung an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Der Vereinbarungsteil nach Satz 1 Nummer 1 bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

(1a) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen leiten bis zum 30. Juni 2020 das Verfahren für die Vergabe eines gemeinsamen Gutachtens ein, in dem der Stand der medizinischen Erkenntnisse zu ambulant durchführbaren Operationen, stationsersetzenden Eingriffen und stationsersetzenden Behandlungen untersucht wird. Das Gutachten hat ambulant durchführbare Operationen, stationsersetzende Eingriffe und stationsersetzende Behandlungen konkret zu benennen und in Verbindung damit verschiedene Maßnahmen zur Differenzierung der Fälle nach dem Schweregrad zu analysieren. Im Gutachtauftrag ist vorzusehen, dass das Gutachten spätestens innerhalb eines Jahres, nachdem das Gutachten in Auftrag gegeben worden ist, fertigzustellen ist.

(2) Die Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog genannten Operationen, stationsersetzenden Eingriffe und stationsersetzenden Behandlungen zugelassen. Hierzu bedarf es einer Mitteilung des Krankenhauses an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuß (§ 96); die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet die Landeskrankenhausgesellschaft über den Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung. Das Krankenhaus ist zur Einhaltung des Vertrages nach Absatz 1 verpflichtet. Die Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität erfolgt durch die Krankenkassen; die Krankenhäuser übermitteln den Krankenkassen die Daten nach § 301, soweit dies für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen erforderlich ist.

Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es in diesem  
Jahr ankommt

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-  
behandlung  
§ 39 SGB V

§ 115b SGB V  
Ambulantes Operieren  
im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation  
im AOP-Katalog

Kontextfaktoren

Mitteilungs-  
empfänger

Abkürzungen

Leistungen, die Krankenhäuser auf Grundlage des Katalogs nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 ambulant erbringen, unterliegen nicht der Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275c Absatz 1 in Verbindung mit § 275 Absatz 1 Nummer 1.

(3) Kommt eine der Vereinbarungen nach Absatz 1 nicht fristgerecht zustande oder wird eine Vereinbarung nach Absatz 1 ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a. Absatz 1 Satz 7 gilt entsprechend für die Festsetzung nach Satz 1 durch das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.

(4) In der Vereinbarung nach Absatz 1 können Regelungen über ein gemeinsames Budget zur Vergütung der ambulanten Operationsleistungen der Krankenhäuser und der Vertragsärzte getroffen werden. Die Mittel sind aus der Gesamtvergütung und den Budgets der zum ambulanten Operieren zugelassenen Krankenhäuser aufzubringen.



Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es in diesem  
Jahr ankommt

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-  
behandlung  
§ 39 SGB V

§ 115b SGB V  
Ambulantes Operieren  
im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation  
im AOP-Katalog

Kontextfaktoren

Mitteilungs-  
empfänger

Abkürzungen

## 6. AOP-Vertrag

### Vertrag nach § 115 b Absatz 1 SGB V

#### AMBULANTES OPERIEREN, SONSTIGE STATIONSERSETZENDE EINGRIFFE UND STATIONSERSETZENDE BEHANDLUNGEN IM KRANKENHAUS

##### AOP Vertrag

zwischen

**dem GKV-Spitzenverband, Berlin**

und

**der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin**

sowie

**der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Berlin**

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband schließen auf Grund des in § 115b SGB V enthaltenen Auftrages folgenden Vertrag:

##### PRÄAMBEL

Dieser Vertrag soll dazu dienen, einheitliche Rahmenbedingungen zur Durchführung ambulanter Operationen, sonstiger stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen – nachfolgend „Leistungen gemäß § 115b SGB V“ genannt – im niedergelassenen Bereich und im Krankenhaus zu schaffen und die Zusammenarbeit zwischen **Vertragsärzten**<sup>1</sup> und Krankenhäusern zu fördern. Dies umfasst auch die nach dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz und dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz zulässigen Kooperationsmöglichkeiten.

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Vertrag durchgängig die grammatikalisch männliche Form (Ärzte, Patienten, etc.) benutzt. Sie bezieht sich gleichermaßen auf die Geschlechter männlich, weiblich und divers.



Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es in diesem  
Jahr ankommt

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-  
behandlung  
§ 39 SGB V

§ 115b SGB V  
Ambulantes Operieren  
im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation  
im AOP-Katalog

Kontextfaktoren

Mitteilungs-  
empfänger

Abkürzungen

Er zielt darauf ab, auf der Basis des § 39 SGB V zur Vermeidung nicht notwendiger vollstationärer Krankenhausbehandlung eine patientengerechte und wirtschaftliche Versorgung zu sichern und die Kooperation zwischen niedergelassenem Bereich und Krankenhausbereich zu verbessern, einschließlich der gemeinsamen Nutzung von Operationskapazitäten im Krankenhaus.

Die **Vertragspartner** sind sich bewusst, dass die Leistungserbringung nach wirtschaftlichen Grundsätzen zu erfolgen hat und sowohl **die** Leistungen nach § 115b SGB V erbringenden **Vertragsärzte** als auch die nach § 115b SGB V zugelassenen Krankenhäuser gleichberechtigt hierzu befugt sind.

Soweit in den einzelnen Bestimmungen dieses Vertrages nicht ausdrücklich Vertragsärzte als Adressaten genannt werden, gelten diese ausschließlich für Krankenhäuser. Für Vertragsärzte sind die für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Vorgaben maßgeblich, insbesondere das SGB V, der Bundesmantelvertrag für Ärzte (BMV-Ä) und der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM).

Die Vertragspartner werden die Beratungen zur weiteren Umsetzung des gesetzlichen Auftrages sowie zur Umsetzung der Ergebnisse des Gutachtens nach § 115b Abs. 1a SGB V und zur Weiterentwicklung der Schweregraddifferenzierung im Jahr 2024 fortsetzen. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass die Regelungen dieses Vertrages kein Präjudiz für die weitere Umsetzung des gesetzlichen Auftrages darstellen.

## § 1 ZULASSUNG VON KRANKENHÄUSERN ZUR ERBRINGUNG VON LEISTUNGEN GEMÄSS § 115B SGB V

(1) Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog nach § 3 aufgeführten Leistungen gemäß § 115b SGB V in den Leistungsbereichen zugelassen, in denen sie auch stationäre Krankenhausbehandlung erbringen. Hierzu bedarf es einer maschinenlesbaren Mitteilung des Krankenhauses an die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuss.

(2) In dieser Mitteilung sind die entsprechenden abteilungsbezogenen Leistungsbereiche und einzelnen Leistungen, die in diesem Krankenhaus ambulant durchgeführt werden sollen, auf der Grundlage des gemeinsamen Katalogs maschinenlesbar zu benennen. Die Krankenhäuser verwenden für diese Mitteilung das zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft abgestimmte Formular in der jeweils aktuellen Fassung.

## § 2 ZUGANG DER **PATIENTEN** ZU LEISTUNGEN NACH § 115B SGB V

(1) Leistungen gemäß § 115b SGB V sollen in der Regel auf Veranlassung **eines Vertragsarztes** unter Verwendung eines Überweisungsscheins durchgeführt werden. Falls **ein Patient** ohne Überweisungsschein das Krankenhaus oder **den leistungserbringenden Vertragsarzt** zur Erbringung einer Leistung nach § 115b SGB V aufsucht, gilt die elektronische Gesundheitskarte in Verbindung mit einem amtlichen Lichtbildausweis als Nachweis für die Mitgliedschaft. **Der** für die Leistung gemäß § 115b SGB V **verantwortliche Arzt** entscheidet über Art und Umfang der ambulanten Leistung.

(2) Aus dem als Anlage 1 des Vertrages beigefügten „Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationärsersetzender Eingriffe und stationärsersetzender Behandlungen“ kann nicht die Verpflichtung hergeleitet werden, dass die dort aufgeführten Eingriffe ausschließlich ambulant zu



Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es in diesem  
Jahr ankommt

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-  
behandlung  
§ 39 SGB V

§ 115b SGB V  
Ambulantes Operieren  
im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation  
im AOP-Katalog

Kontextfaktoren

Mitteilungs-  
empfänger

Abkürzungen

erbringen sind. **Der Arzt** ist verpflichtet, in jedem Einzelfall zu prüfen, ob Art und Schwere der beabsichtigten Leistung unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes **des Patienten** die ambulante Durchführung nach den Regeln der ärztlichen Kunst mit den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten erlauben. Zugleich muss sich **der verantwortliche Arzt** vergewissern und dafür Sorge tragen, dass **der Patient** nach Entlassung aus der unmittelbaren Betreuung **des behandelnden Arztes** auch im häuslichen Bereich sowohl ärztlich als gegebenenfalls auch pflegerisch angemessen versorgt wird. Die Entscheidung ist zu dokumentieren.

## § 3 KATALOG AMBULANT DURCHFÜHRBARER OPERATIONEN, SONSTIGER STATIONSERSETZENDER EINGRIFFE UND STATIONSERSETZENDER BEHANDLUNGEN

(1) In der Anlage 1 dieses Vertrages sind abschließend die Leistungen aufgeführt, die Operationen, stationersetzende Eingriffe und stationersetzende Behandlungen gemäß § 115b SGB V darstellen.

~~(2) Gemäß § 115b Absatz 1 Satz 7 SGB V ist der Katalog mindestens alle zwei Jahre, erstmals zum 31.12.2023 an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Das Nähere hierzu regelt § 14 dieses Vertrages.~~

## § 4 PRÄOPERATIVE LEISTUNGEN

(1) Zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen stellt **der überweisende Arzt dem** die Leistung nach § 115b SGB V **durchführenden Arzt** die im Zusammenhang mit der vorgesehenen Leistung gemäß § 115b SGB V bedeutsamen Unterlagen zur Verfügung. **Der** die Leistung gemäß § 115b SGB V **durchführende Arzt/Anästhesist** hat diese Unterlagen bei **seiner** Entscheidung zu berücksichtigen. 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 und auf Nachfrage zu begründen.

(2) Erfolgt eine vollstationäre Behandlung, so sind die diagnostischen Maßnahmen, die der Vorbereitung dieser stationären Behandlung dienen und innerhalb der Fristen gemäß § 115a Absatz 2 SGB V erbracht werden, nicht als Leistungen gemäß § 115b SGB V abzurechnen.

(3) **Der** die Leistung nach § 115b SGB V **durchführende Krankenhausarzt/Anästhesist** ist berechtigt, die gegebenenfalls zusätzlich erforderlichen, auf das eigene Fachgebiet bezogenen diagnostischen Leistungen im Krankenhaus durchführen zu lassen, soweit das Krankenhaus über die hierfür erforderlichen Einrichtungen verfügt. Diese Leistungen sind mit den Krankenkassen nach Maßgabe der Abrechnungsbestimmungen des EBM und des § 9 abzurechnen.

(4) Handelt es sich um notwendige fachgebietsbezogene Leistungen, die vom Krankenhaus nicht erbracht werden können, hat **der** die Leistung gemäß § 115b SGB V **durchführende Krankenhausarzt den Patienten** an einen niedergelassenen Vertragsarzt dieses Fachgebietes, **einen ermächtigten Krankenhausarzt**, eine ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung oder eine zugelassene Einrichtung mittels Definitionsauftrag durch Verwendung des entsprechenden Vordrucks gemäß § 18 zu überweisen.



Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es in diesem  
Jahr ankommt

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-  
behandlung  
§ 39 SGB V

§ 115b SGB V  
Ambulantes Operieren  
im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation  
im AOP-Katalog

Kontextfaktoren

Mitteilungs-  
empfänger

Abkürzungen

(5) Soweit es sich um notwendige, nicht fachgebietsbezogene Leistungen handelt, hat **der** die Leistung gemäß § 115b SGB V **durchführende Krankenhausarzt den Patienten** an **einen Vertragsarzt** dieses anderen Fachgebietes, **einen ermächtigten Krankenhausarzt**, eine ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung oder eine zugelassene Einrichtung mittels Definitionsauftrag durch Verwendung des entsprechenden Vordrucks gemäß § 18 zu überweisen.

## § 5 INTRAOPERATIVE LEISTUNGEN

In Verbindung mit einer Leistung nach § 115b SGB V können intraoperative Leistungen erbracht oder veranlasst werden, die in einem unmittelbaren zeitlichen und medizinischen Zusammenhang mit der Leistung stehen (insbesondere Laboruntersuchungen, Leistungen der konventionellen Radiologie, Histologie oder der Pathologie).

## § 6 POSTOPERATIVE LEISTUNGEN

Postoperative, auf das eigene Fachgebiet **des** die Leistung gemäß § 115b SGB V **durchführenden Krankenhausarztes/Anästhesisten** bezogene ärztliche Leistungen, einschließlich der Leistungen des Abschnitts 31.3 des EBM, die erforderlich sind, um den Behandlungserfolg der im Krankenhaus durchgeführten Leistung nach § 115b SGB V zu sichern bzw. zu festigen, sind auch von fachlich verantwortlichen **Krankenhausärzten** durchzuführen. Die Behandlungsdauer soll 21 Tage nicht überschreiten, ohne dass es einer erneuten Überweisung bedarf.

## § 7 UNTERRICHTUNG DES WEITERBEHANDELNDEN VERTRAGSARZTES

Nach Durchführung der Leistung gemäß § 115b SGB V ist **dem Patienten** eine für **den weiterbehandelnden Vertragsarzt** bestimmte Kurzinformation mitzugeben, aus der die Diagnose, die Therapieangaben, die angezeigten Rehabilitationsmaßnahmen sowie die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hervorgehen. Diese Information ist obligater Bestandteil der Leistung und somit nicht gesondert abrechenbar.

## § 8 ALLGEMEINE TATBESTÄNDE, BEI DEREN VORLIEGEN DIE STATIONÄRE DURCHFÜHRUNG VON LEISTUNGEN GEMÄSS ANLAGE 1 ERFORDERLICH SEIN KANN (KONTEXTFAKTOREN)

(1) Allgemeine Tatbestände, bei deren Vorliegen die stationäre Durchführung von Leistungen gemäß § 115b Absatz 1 Satz 3 SGB V erforderlich sein kann (im Folgenden Kontextfaktoren), sind Anlage 2 zu entnehmen. Die Kontextfaktoren dienen der Begründung einer stationären Durchführung von Leistungen nach § 3 dieses Vertrags, die regelhaft ambulant erbracht werden können. Das Vorliegen eines Kontextfaktors nach Satz 1 ist ausreichend für die Begründung einer stationären Durchführung einer Leistung nach § 3. Dennoch kann jede Leistung auch bei Vorliegen **eines Kontextfaktors oder mehrerer Kontextfaktoren** weiterhin ambulant erbracht werden, sofern dies aus medizinischen Gründen vertretbar ist.

(2) Die Kontextfaktoren sind vom Krankenhaus zu dokumentieren und im Rahmen der Abrechnung eines vollstationären Krankenhaufalles nach § 301 SGB V zu übermitteln. Für die Dokumentation der Kontextfaktoren gelten die Regelungen der Deutschen Kodierrichtlinien in der jeweils aktuellen



Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es in diesem  
Jahr ankommt

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-  
behandlung  
§ 39 SGB V

§ 115b SGB V  
Ambulantes Operieren  
im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation  
im AOP-Katalog

Kontextfaktoren

Mitteilungs-  
empfänger

Abkürzungen

Fassung.

(3) Liegen abweichend von den in Anlage 2 genannten Kontextfaktoren medizinische Gründe oder soziale Gründe vor, die dazu führen, dass die Versorgung **des Patienten** in der Häuslichkeit nicht sichergestellt werden kann und dadurch der medizinische Behandlungserfolg gefährdet ist, so sind diese Gründe bei einer stationären Durchführung der Leistung nach Anlage 1 fallindividuell darzustellen **und der Krankenkasse elektronisch zu übermitteln.**

(4) Die Vertragspartner werden die Anwendung der Kontextfaktoren bis spätestens 31.12.2024 evaluieren und auf dieser Grundlage eine Weiterentwicklung der Kontextfaktoren vornehmen.

## § 9 VERGÜTUNG

(1) Die im Katalog nach § 3 aufgeführten ambulant durchführbaren Operationen, sonstigen stationersetzenden Eingriffe und stationersetzenden Behandlungen sowie die nach den §§ 4, 5 und 6 erbrachten Leistungen des Krankenhauses und **der Vertragsärzte** werden mit den Preisen für den Regelfall der für den Standort des Krankenhauses geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung nach § 87a Absatz 2 SGB V bzw. den diesen zu Grunde liegenden Punktwerten und den Punktzahlen des EBM vergütet. Die Abrechnungsbestimmungen des EBM gelten für die Krankenhäuser entsprechend.

(2) Sieht dieser Vertrag abweichende Regelungen zur Vergütung der Leistungen von Vertragsärztinnen bzw. -ärzten und Krankenhäusern vor, gehen diese Absatz 1 bzw. den EBM-Bestimmungen vor.

(3) Die Vergütung nach den Absätzen 1 und 2 kann nach Maßgabe des § 10 für **Vertragsärzte** und Krankenhäuser nach Schweregraden differenziert werden.

(4) Werden geplante Eingriffe nicht durchgeführt oder während der Durchführung vorzeitig abgebrochen, werden **den Krankenhäusern und den Vertragsärzten** nur diejenigen Leistungen vergütet, deren Leistungsinhalt vollständig erbracht worden sind.

(5) Wird ein **Patient** an demselben Tag in unmittelbarem Zusammenhang mit der Leistungserbringung gemäß § 115b SGB V eines Krankenhauses stationär aufgenommen, erfolgt die Vergütung nur nach Maßgabe der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes. **Wird ein Patient am Folgetag in unmittelbarem Zusammenhang mit der Leistungserbringung nach § 115b SGB V eines Krankenhauses stationär aufgenommen, erfolgt die Vergütung nur nach Maßgabe der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes, sofern die tatsächliche postoperative Nachbeobachtung über den Kalendertag der Leistung nach § 115b SGB V hinausgeht und zwischen dem Ende der Leistung nach § 115b SGB V (inklusive tatsächlich erfolgter postoperativer Nachbeobachtung) und der stationären Aufnahme des Patienten nicht mehr als zwölf Stunden liegen. In diesen Fällen gilt das Datum der Leistung nach § 115b SGB V als Aufnahmedatum.**

(6) Krankenhäuser sind bei der Vergütung ambulanter Leistungen wie **Vertragsärzte** der entsprechenden Fachrichtung einzustufen. Dies gilt insbesondere auch für die separate Abrechenbarkeit anästhesiologischer Leistungen/Narkosen, sofern im Krankenhaus bei Leistungen gemäß § 115b SGB V sowohl **ein Operateur** als auch **ein Anästhesist** des Krankenhauses beteiligt sind oder die Leistung nach § 115b SGB V durch einen **belegärztlich tätigen**





Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es in diesem  
Jahr ankommt

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-  
behandlung  
§ 39 SGB V

§ 115b SGB V  
Ambulantes Operieren  
im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation  
im AOP-Katalog

Kontextfaktoren

Mitteilungs-  
empfänger

Abkürzungen

**Vertragsarzt** erfolgt und das Krankenhaus nur die Anästhesieleistung erbringt. Krankenhäuser können die im Katalog nach § 3 aufgeführten Leistungen nach § 115b SGB V und anästhesiologische Leistungen/Narkosen auch auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit **Vertragsärzten** ambulant im Krankenhaus erbringen.

## § 10 SCHWEREGRADDIFFERENZIERUNG

- (1) Die Vergütung gemäß § 9 Absätze 1 und 2 für die Leistungen des Krankenhauses und der **Vertragsärzte** nach Anlage 1 wird **nach Maßgabe der folgenden Absätze mit einem Vergütungsaufschlag versehen**.
- (2) **Die Vergütung wird insoweit nach Schweregraden differenziert, dass Reoperationen, soweit sie nicht bereits über eigenständige OPS-Schlüssel abgebildet und spezifisch bewertet sind, mit einem Vergütungsaufschlag versehen werden**. Eine Reoperation ist die Wiedereröffnung eines Operationsgebietes zur Behandlung einer Komplikation, Durchführung einer Rezidivtherapie oder **zur** Durchführung einer anderen Operation in diesem Operationsgebiet.
- (3) Für Reoperationen gemäß Absatz 2 sind die jeweiligen Zuschlagspositionen im EBM für die Erbringung von Simultaneingriffen bis zu zweimal bei Eingriffen der Zeitkategorien 1, 2, 3 oder 4 sowie bis zu viermal bei Eingriffen der Zeitkategorien 5, 6 oder 7 berechnungsfähig.
- (4) Für **eine Abrechnungsfähigkeit** der Zuschlagspositionen ist zusätzlich zum Eingriff gemäß Abschnitt 1 AOP-Katalog der OPS-Zusatzcode 5-983 Reoperation zu dokumentieren. Die Schnitt-Naht-Zeit ist durch das OP- oder Narkoseprotokoll nachzuweisen.
- (5) **Für die operative Versorgung von Frakturen sowie die geschlossenen Repositionen von Frakturen ohne Osteosynthesen ist ein Zuschlag in Höhe von 20 % auf die Vergütung der Operationsleistung aus 31.2 EBM. bzw. der konservativen Behandlung aus Abschnitt 31.6 EBM berechnungsfähig. Die entsprechenden OPS-Kodes, die kodierte Zusatzziffer und die Vergütungshöhe sind in der Anlage 3 aufgeführt.**
- (6) **Je erbrachter Leistung gemäß § 115b SGB V ist auch bei Vorliegen unterschiedlicher Schweregradkriterien je Behandlungstag nur ein Schweregradzuschlag berechnungsfähig. Es erfolgt die Abrechnung des relevanten höchstwertigen Zuschlags.**

## § 11 VERGÜTUNG VON SACHKOSTEN (VERBRAUCHSMATERIALIEN, VERBANDMITTEL, ARZNEIMITTEL, HILFSMITTEL)

- (1) Die für die Durchführung der Leistungen gemäß § 3 und der Leistungen nach den §§ 4 bis 6 benötigten Verbrauchsmaterialien, Verbandmittel, Arzneimittel und Hilfsmittel werden vom Krankenhaus zur Verfügung gestellt. Die Abrechnung der Sachkosten und Arzneimittel erfolgt zwischen dem Krankenhaus und den Krankenkassen gemäß § 20. **Der Krankenhausarzt** ist nicht berechtigt, die in diesem Absatz aufgeführten Mittel auf Kassenrezept zu verordnen.
- (2) Sachmittel nach Absatz 1, deren Kosten gemäß Nr. 7.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM (Praxisbedarf) mit der Gebühr für die ärztliche

Leistung abgegolten sind, oder Sachmittel, die explizit Leistungsinhalt der Leistungen des EBM sind, sind nicht gesondert berechnungsfähig.

(3) Arznei- und Sachmittel, die weder nach Absatz 2 Bestandteil der berechnungsfähigen ärztlichen Leistungen des EBM sind noch gemäß der Absätze 4 bis 7 gesondert abgerechnet werden können, werden durch einen pauschalen Zuschlag auf die gesamte Honorarsumme in Höhe von 7 % vergütet. Sofern eine leistungsbezogene Kostenpauschale nach Absatz 4 in Rechnung gestellt wird, ist die entsprechende ärztliche Leistung des EBM für die Berechnung der Zuschlagshöhe aus der Honorarsumme auszuklammern.

(4) Die im Kapitel 40 des EBM ausgewiesenen Kostenpauschalen ~~nach BMA~~ sind berechnungsfähig. Die Kostenpauschalen sind nicht in die Honorarsumme zur Berechnung des pauschalen Zuschlags nach Absatz 3 einzurechnen.

(5) Nachfolgende Sachmittel werden dem Krankenhaus zusätzlich zu der Vergütung nach den Absätzen 3 und 4 nach Aufwand erstattet, soweit sie je nachfolgend aufgeführter Sachmittelposition (je Spiegelstrich) einen Betrag von 6,25 Euro im Behandlungsfall überschreiten:

- im Körper verbleibende Implantate in Summe
- Röntgenkontrastmittel
- Nahtmaterial
- diagnostische und interventionelle Katheter einschließlich Führungsdraht, Gefäßschleuse, Einführungsbesteck und Verschlussysteme im Zusammenhang mit angiologisch-diagnostischen und -therapeutischen, gefäßchirurgischen und phlebologischen Leistungen
- diagnostische und interventionelle Katheter einschließlich Führungsdraht, im Zusammenhang mit gastrokopischen Leistungen (inklusive Leistungen an den Gallenwegen)
- Trokare, Endoclips und Einmalapplikatoren für Clips, im Zusammenhang mit laparoskopischen Leistungen
- Narkosegase, Sauerstoff
- diagnostische und interventionelle Katheter (ausgenommen Transferkatheter) einschließlich Führungsdraht im Zusammenhang mit Leistungen zur In-vitro-Fertilisation abzüglich des Patienteneigenanteils
- Iris-Reraktoren, Kapselspannringe, Injektionshalterungen bei ophthal-mochirurgischen Leistungen
- Ophthalmica (Viskoelastika, Perfluordecaline, Silikonöl, C3F8-Gas) bei ophthalmochirurgischen Leistungen
- Schienen, Kompressionsstrümpfe (nicht Anti-Thrombosestrümpfe)
- diagnostische und interventionelle Katheter einschließlich Führungsdraht, Ureterschleusen (Führungshülsen) im Zusammenhang mit urologischen Leistungen



#### Hinweis des Implantatherstellers

Bei den von Medtronic hergestellten und vertriebenen Neuromodulationssystemen handelt es sich gemäß Konformitätserklärung um zugelassene Behandlungssysteme, deren Zertifizierung das für die Funktionsfähigkeit essentielle Systemzubehör wie beispielsweise Patientenprogrammiergeräte oder Ladegeräte beinhaltet. Dieses Zubehör ist ebenso als AIMD (Active Implantable Medical Device) klassifiziert, da es zum Funktionserhalt untrennbar mit dem Implantat verbunden ist. Dieses für den Betrieb der Neuromodulationssysteme zwingend notwendige Zubehör wird als Systembestandteil leistungs- und abrechnungstechnisch dem Implantatsystem zugeordnet.



Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es in diesem  
Jahr ankommt

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-  
behandlung  
§ 39 SGB V

§ 115b SGB V  
Ambulantes Operieren  
im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation  
im AOP-Katalog

Kontextfaktoren

Mitteilungs-  
empfänger

Abkürzungen

(6) Das Krankenhaus wählt die gesondert berechnungsfähigen Materialien nach Absatz 5 unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der medizinischen Notwendigkeit aus. Es hat die rechnungsbegründenden Unterlagen in Form der Originalrechnungen für die Dauer von fünf Jahren aufzubewahren und vorzuhalten. Aus den Originalrechnungen muss der Name des Herstellers bzw. des Lieferanten, die Artikelbezeichnung sowie die vom Hersteller bzw. Lieferanten festgelegte Artikelnummer hervorgehen. Das Krankenhaus ist verpflichtet, die tatsächlich realisierten Preise in Rechnung zu stellen und nach Maßgabe der Krankenkasse nachzuweisen. Gegebenenfalls vom Hersteller bzw. Lieferanten gewährte Rückvergütungen, wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligungen, Bonifikationen und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten, sind weiterzugeben. Ein Barzahlungsrabatt (Preisnachlass bei fristgerechter Zahlung) ist weiterzugeben, soweit dieser 3 % übersteigt. Werden die Materialien bei mehreren **Patienten** verbraucht, so ist ein durchschnittlicher Preis je **Patient** zu ermitteln und nach Maßgabe der Krankenkasse nachzuweisen.

(7) Übersteigt der Preis eines Arzneimittels, das nicht Bestandteil der Vergütungen gemäß der Absätze 2 bis 5 ist, einen Betrag von 40,00 Euro, erfolgt eine Vergütung auf der 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.

(8) Abweichend von Absatz 7 erfolgt für Photosensibilisatoren (z. B. Verteporfin) bei der Photodynamischen Therapie und Hormonpräparate bei Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung eine Vergütung auf der Grundlage des **in der Lauertaxe** ausgewiesenen Apotheken-Einkaufspreises mit einem Abschlag in Höhe von 20 % 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. Der Rechnungsbetrag für Hormonpräparate zur In-vitro-Fertilisation ist um den Eigenanteil der **Patienten** zu reduzieren. Der Betrag nach Absatz 7 Satz 1 (40,00 Euro) gilt für Photosensibilisatoren (z. B. Verteporfin) bei der Photodynamischen Therapie und Hormonpräparate bei Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nicht.

## § 12 FACHARZTSTANDARD

Ärztliche Leistungen gemäß § 115b SGB V werden nach dem jeweilig zum Behandlungszeitpunkt geltenden Facharztstandard erbracht. Danach sind die ärztlichen Leistungen gemäß § 115b SGB V nur von **Fachärzten**, unter Assistenz von **Fachärzten** oder unter deren unmittelbarer Aufsicht und Weisung mit der Möglichkeit des unverzüglichen Eingreifens zu erbringen. Werden die im Katalog nach § 3 aufgeführten Leistungen nach § 9 Absatz 6 auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit **Vertragsärzten** ambulant im Krankenhaus erbracht, so ist das Krankenhaus für die Einhaltung des Facharztstandards verantwortlich.

## § 13 QUALITÄTSSICHERUNG

Leistungen des Katalogs gemäß § 115b SGB V, für die Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 135 SGB V existieren, sind auch unter den gleichen Maßgaben von den Krankenhäusern zu erbringen. Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (**G-BA**) nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V und nach §§ 136 bis 136b SGB V sind zu berücksichtigen. Dies betrifft insbesondere die Durchführung von Hygienekontrollen, die Einhaltung der weiteren Strukturqualität sowie auch die Einhaltung von Frequenzregelungen. Frequenzregelungen sind arztbezogen zu erfüllen, wobei alle Leistungen, unabhängig zu wessen Lasten und in welcher Behandlungsform diese erbracht wurden, An-



Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es in diesem  
Jahr ankommt

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-  
behandlung  
§ 39 SGB V

§ 115b SGB V  
Ambulantes Operieren  
im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation  
im AOP-Katalog

Kontextfaktoren

Mitteilungs-  
empfänger

Abkürzungen

rechnung finden können, insbesondere im Rahmen einer vertraglichen Zusammenarbeit nach § 9 Absatz 6. Leistungen, die unter unmittelbarer Aufsicht und Weisung von Fachärzten mit der Möglichkeit des unmittelbaren Eingreifens erbracht werden, können von diesen auf die eigene Leistungsfrequenz angerechnet werden.

## § 14 ANPASSUNG DER OPERATIONEN- UND PROZEDURENSCHLÜSSEL

Die Vertragspartner vereinbaren, die erforderlichen Anpassungen der Operationen und sonstigen Prozeduren (OPS) im Katalog der Leistungen gemäß § 115b Absatz 1 SGB V vorzunehmen. Soweit eine Einigung nicht zustande kommt, stellen die Vertragspartner spätestens vier Wochen nach Vorabbe-  
kanntgabe des OPS eine gemeinsame Liste von Sachverständigen auf, die im Wege der Schlichtung zu offenen Fragen Stellung nehmen sollen; jeder Vertragspartner kann einen Sachverständigen benennen. Kommt es zu keiner Einigung über die Person des Sachverständigen, entscheidet innerhalb einer Woche das Los, welcher Sachverständige den Auftrag erhält, die Anpassung des OPS innerhalb von vier Wochen zu erstellen. Die Kosten der Beauftragung tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. Soweit die Vertragspartner nicht innerhalb von zwei Wochen den Sachverständigenvorschlag annehmen oder sich einvernehmlich auf Änderungen des Sachverständigenvorschlags einigen, gilt der Vorschlag des Sachverständigen als abgelehnt.

## § 15 ARBEITSUNFÄHIGKEIT/HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE

- (1) Ist die Patientin bzw. der Patient bedingt durch die durchgeführte Leistung arbeitsunfähig, kann Arbeitsunfähigkeit vom Krankenhausarzt in der Regel bis zu sieben Tagen bescheinigt werden.
- (2) Die Verordnung häuslicher Krankenpflege durch den Krankenhausarzt ist bis zu einer Dauer von sieben Tagen möglich, sofern sie in Zusammenhang mit der Sicherstellung des Behandlungserfolges im häuslichen Umfeld des Patienten erfolgt (Sicherungspflege). Die entsprechenden Richtlinien des G-BA über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege gelten. Folgeverordnungen sind durch den weiterbehandelnden Vertragsarzt vorzunehmen.

## § 16 TRANSPORT DES PATIENTEN

Ist ein Krankentransport zu Lasten einer Krankenkasse nach Durchführung einer Leistung gemäß § 115b SGB V notwendig, ist er von dem Krankenhausarzt unter Beachtung der Krankentransport-Richtlinien des G-BA in der jeweils gültigen Fassung anzuordnen.

## § 17 DATENSCHUTZ UND ÄRZTLICHE SCHWEIGEPFLICHT

Die datenschutzrechtlichen Vorschriften, insbesondere die einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Fünften und Zehnten Buches



Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es in diesem  
Jahr ankommt

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-  
behandlung  
§ 39 SGB V

§ 115b SGB V  
Ambulantes Operieren  
im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation  
im AOP-Katalog

Kontextfaktoren

Mitteilungs-  
empfänger

Abkürzungen

Sozialgesetzbuch, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) und die ärztliche Schweigepflicht sind zu beachten.

## § 18 DOKUMENTATION UND DATENÜBERMITTLUNG

- (1) Soweit Vordrucke erforderlich sind, **verwenden die Krankenhäuser die für die vertragsärztliche Versorgung vereinbarten Formulare**. Sie werden **ihnen** von den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung gestellt.
- (2) Die zugelassenen Krankenhäuser haben den Krankenkassen die Daten nach § 301 SGB V zu übermitteln.
- (3) Für die Abrechnung der Leistungen gemäß diesem Vertrag sind von Krankenhäusern und **Vertragsärzten** auf den Abrechnungsunterlagen zwingend die Behandlungsdiagnosen sowie die abrechnungsrelevanten Prozeduren anzugeben. Die Datenübermittlung durch teilnehmende Krankenhäuser erfolgt nach § 301 SGB V.
- (4) Bei Vertragsänderungen, die Auswirkungen auf den Datenaustausch nach § 301 SGB V (Rechnungssatz Ambulantes Operieren sowie die korrespondierenden Schlüsselverzeichnisse) haben, ist das Verfahren zum Datenaustausch anzupassen.

## § 19 MASSNAHMEN ZUR SICHERUNG DER WIRTSCHAFTLICHKEIT

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

## § 20 ABRECHNUNGSVERFAHREN DER KRANKENHÄUSER

- (1) Es ist nur eine Rechnung **des Krankenhauses** zulässig, die sämtliche abrechenbaren Leistungen gemäß § 115b SGB V gemäß den Anlagen sowie gegebenenfalls der §§ 4, 5, 6 und 11 umfasst.
- (2) Erfolgen die Leistung gemäß § 115b SGB V oder die anästhesiologische Leistung/Narkose durch **einen Vertragsarzt** im Rahmen einer vertraglichen Zusammenarbeit nach § 9 Absatz 6, so sind seine Leistungen vom Krankenhaus in Rechnung zu stellen. Die lebenslange Arztnummer **des Vertragsarztes** ist auf der Rechnung des Krankenhauses auszuweisen. Eine gesonderte Vergütung **des Vertragsarztes** erfolgt in diesem Fall weder durch die Krankenkasse noch durch die Kassenärztliche Vereinigung.

Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es in diesem  
Jahr ankommt

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-  
behandlung  
§ 39 SGB V

§ 115b SGB V  
Ambulantes Operieren  
im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation  
im AOP-Katalog

Kontextfaktoren

Mitteilungs-  
empfänger

Abkürzungen

(3) Erfolgt die Leistung nach § 115b SGB V durch **einen** am Krankenhaus **tätigen Belegarzt**, sind **seine** Leistungen ausschließlich nach den vertragsärztlichen Regelungen mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung abzurechnen. Die Leistung der Belegärztin bzw. des Belegarztes nach § 3 sowie die lebenslange Arztnummer **des Belegarztes** sind auf der Rechnung des Krankenhauses gesondert auszuweisen, **jedoch nicht in Rechnung zu stellen**.

(4) Die Leistungen gemäß § 115b SGB V und gegebenenfalls der §§ 4, 5, 6 und 11 dieses Vertrages werden dem Krankenhaus von der für die **Patienten** zuständigen Krankenkasse vergütet.

(5) Nach Abschluss des Falles einer Leistung nach § 115b SGB V wird der zuständigen Krankenkasse innerhalb von vier Wochen eine Rechnung übersandt. Als Versandtag gilt der Tag der Absendung der Rechnung. Ist der letzte Tag der Vier-Wochen-Frist ein arbeitsfreier Tag, verlängert sich die Frist auf den nächstfolgenden Arbeitstag.

(6) Die Krankenkassen haben die Rechnung innerhalb von vier Wochen nach Rechnungseingang zu bezahlen. Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrags an ein Geldinstitut oder der Versendung von Zahlungsmitteln an das Krankenhaus. Ist der Fälligkeitstag ein Samstag, Sonntag oder gesetzlicher Feiertag, so verschiebt er sich auf den nächstfolgenden Arbeitstag.

## § 21 SCHRIFTFORM, NEBENABREDEN

Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen zu dieser Vereinbarung sind nur gültig, wenn sie schriftlich vereinbart worden sind; sie müssen ausdrücklich als Vertragsänderung bzw. Vertragsergänzung bezeichnet sein. Dies gilt auch für die Aufhebung der Schriftformklausel.

## § 22 GELTUNG DES VERTRAGES

(1) Der Vertrag tritt am **01.01.2024** in Kraft. Er kann mit einer Frist von einem Jahr jeweils zum 30.06. oder zum 31.12. eines jeden Jahres durch einen Vertragspartner gegenüber den anderen Vertragspartnern gekündigt werden. Die Kündigung bedarf der Schriftform. Maßgeblich für die Einhaltung der Kündigungsfrist ist der Zeitpunkt des Zugangs der Kündigung.

(2) Abweichend von Absatz 1 kann der Vertrag bis zum **31.12.2024** mit einer Frist von sechs Wochen zum Quartalsende schriftlich gekündigt werden.

(3) Die Vertragspartner verpflichten sich dazu, innerhalb von drei Monaten nach Kündigung Verhandlungen über einen neuen Vertrag aufzunehmen. Kommt nach Kündigung bis Ablauf der Vereinbarungszeit kein neuer Vertrag zustande, gelten die Bestimmungen des bisherigen Vertrages bis zur Vereinbarung oder zur Festsetzung eines neuen Vertrages weiter.

Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es in diesem  
Jahr ankommt

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-  
behandlung  
§ 39 SGB V

§ 115b SGB V  
Ambulantes Operieren  
im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation  
im AOP-Katalog

Kontextfaktoren

Mitteilungs-  
empfänger

Abkürzungen

## § 23 SALVATORISCHE KLAUSEL

Sollten einzelne Klauseln oder Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmung, werden die Vertragsparteien eine Bestimmung vereinbaren, die dem zulässiger Weise am nächsten kommt, was die Vertragspartner gewollt haben oder gewollt hätten, wenn sie die Regelungsbedürftigkeit bedacht hätten.

## § 24 ÜBERGANGSREGELUNG

(1) 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. ~~Sofern Patientinnen bzw. Patienten bis einschließlich 15.02.2023 zur stationären Durchführung einer Leistung nach Anlage 1 in ein Krankenhaus aufgenommen werden, wird die Abrechnung des Krankenhauses für diese Leistung nicht im Hinblick darauf überprüft, ob ein Kontextfaktor nach Anlage 2 vorgelegen hat.~~

(2) Für Leistungen nach Anlage 1 kann das Meldeformular für die Mitteilung nach § 1 Absatz 1 bis zum **31.01.2024** nachgereicht werden.

## 7. Neuromodulation im AOP-Katalog

**Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe gemäß § 115 b SGB V im Krankenhaus, für z.B. Rückenmarkstimulation (SCS), z.B. Inceptiv™ mit closed-loop Technologie, Vanta™ mit AdaptiveStim™ SureScan™ MRI**

Abschnitt 1: Ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe gemäß § 115 b SGB V aus Anhang 2 zu Kapitel 31 des EBM  
Die Zuordnung der OPS-Kodes zu EBM-Ziffern erfolgt jeweils gemäß laut gültigem Anhang 2 des EBM.

OPS 2024 Kode	OPS 2024 Text
<b>5-038</b>	<b>Operationen am spinalen Liquorsystem</b> <i>Exkl.:</i> Therapeutische Punktion des spinalen Liquorsystems (8-151.4)
5-038.20	Implantation oder Wechsel eines Katheters zur intrathekalen und/oder epiduralen Infusion <i>Inkl.:</i> Ersteinstellung, Temporärer Katheter zur Testinfusion
5-038.21	Implantation oder Wechsel eines Katheters zur intrathekalen und/oder epiduralen Infusion <i>Inkl.:</i> Ersteinstellung, Permanenter Katheter zur Dauerinfusion
5-038.40	Implantation oder Wechsel einer Medikamentenpumpe zur intrathekalen und/oder epiduralen Infusion <i>Inkl.:</i> Ersteinstellung, Vollimplantierbare Medikamentenpumpe mit konstanter Flussrate
5-038.41	Implantation oder Wechsel einer Medikamentenpumpe zur intrathekalen und/oder epiduralen Infusion <i>Inkl.:</i> Ersteinstellung, Vollimplantierbare Medikamentenpumpe mit programmierbarem variablen Tagesprofil
5-038.d	Entfernung einer Medikamentenpumpe zur intrathekalen und/oder epiduralen Infusion
<b>5-039</b>	<b>Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen</b> <i>Exkl.:</i> Implantation, Revision und Entfernung einer Medikamentenpumpe (5-038 ff.) <i>Hinw.:</i> Der Zugang ist gesondert zu kodieren (5-030 ff., 5-031 ff., 5-032 ff.). Die Verwendung MRT-fähiger Materialien ist gesondert zu kodieren (5-934 ff.)
5-039.32	Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation Implantation einer temporären Elektrode zur epiduralen Teststimulation
5-039.33	Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation Implantation mehrerer temporärer Elektroden zur epiduralen Teststimulation
5-039.34	Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation Implantation oder Wechsel einer permanenten Elektrode zur epiduralen Dauerstimulation, perkutan
5-039.35	Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation Implantation oder Wechsel mehrerer permanenter Elektroden zur epiduralen Dauerstimulation, perkutan





Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es in diesem  
Jahr ankommt

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-  
behandlung  
§ 39 SGB V

§ 115b SGB V  
Ambulantes Operieren  
im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation  
im AOP-Katalog

Kontextfaktoren

Mitteilungs-  
empfänger

Abkürzungen

OPS 2024 Kode	OPS 2024 Text
5-039.a	<b>Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Entfernung von Elektroden</b>
5-039.a2	Eine epidurale Stabelektrode
5-039.a3	Mehrere epidurale Stabelektroden
5-039.a5	Mehrere epidurale Plattenelektroden
5-039.d	<b>Entfernung von Neurostimulatoren zur epiduralen Rückenmarkstimulation oder zur Vorderwurzelstimulation</b>
5-039.e	<b>Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode</b> <i>Inkl.:</i> Ersteinstellung <i>Exkl.:</i> Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode (5-039.f ff.) Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode (5-039.n ff.) Anlegen oder Wechsel eines extrakorporalen Neurostimulators (8-631.5) <i>Hinw.:</i> Die Implantation oder der Wechsel der Neurostimulationselektrode zur epiduralen Rückenmarkstimulation sind gesondert zu kodieren (5-039.3 ff.). Ein Kode aus diesem Bereich ist auch zu verwenden bei zweizeitiger Implantation einer Neurostimulationselektrode und eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation während desselben stationären Aufenthaltes.
5-039.e1	Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
5-039.e2	Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator
5-039.f	<b>Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode,</b> <i>Inkl.:</i> Ersteinstellung <i>Exkl.:</i> Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode (5-039.e ff.) Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode (5-039.n ff.) <i>Hinw.:</i> Der Zugang ist hier nicht gesondert zu kodieren
5-039.f1	Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
5-039.f2	Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator

Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es in diesem  
Jahr ankommt

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-  
behandlung  
§ 39 SGB V

§ 115b SGB V  
Ambulantes Operieren  
im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation  
im AOP-Katalog

Kontextfaktoren

Mitteilungs-  
empfänger

Abkürzungen

OPS 2024 Kode	OPS 2024 Text
5-039. n	<b>Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode</b> <i>Inkl.:</i> Ersteinstellung <i>Exkl.:</i> Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode (5-039.e ff.) Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode (5-039.f ff.) <i>Hinw.:</i> Der Zugang ist hier nicht gesondert zu kodieren. Ein Kode aus diesem Bereich ist zu verwenden bei zweizeitiger Implantation einer Neurostimulationselektrode und eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation für die Implantation des Neurostimulators während des zweiten stationären Aufenthaltes.
5-039.n1	Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
5-039.n2	Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator

**!** **Hinweis:** Die Implantation einer Plattenelektrode ist nicht Bestandteil des AOP-Kataloges für das ambulante Operieren durch das zugelassene Krankenhaus (OPS-Kodes 5-039.36 und 5-039.37). Die Therapien „Neurostimulation Schmerz PNS“, „Sakrale Nervenstimulation zur Behandlung von Harn- bzw. Stuhlinkontinenz“ und „Neurostimulation Schmerz sPNS“ sind ebenfalls nicht Bestandteil des AOP-Katalogs (OPS-Kodes 5-059.ff.). Die Revision ist nicht Bestandteil des AOP-Kataloges.

Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es in diesem  
Jahr ankommt

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-  
behandlung  
§ 39 SGB V

§ 115b SGB V  
Ambulantes Operieren  
im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation  
im AOP-Katalog

Kontextfaktoren

Mitteilungs-  
empfänger

Abkürzungen

## 8. Kontextfaktoren

### Präambel

Der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben sich auf einen gemeinsamen Katalog von Kontextfaktoren verständigt. Die Kontextfaktoren dienen der Begründung einer stationären Durchführung von Leistungen nach § 3 dieses Vertrages die regelhaft ambulant erbracht werden können. Das Vorliegen eines Kontextfaktors ist ausreichend für die Begründung einer stationären Leistung. Dennoch kann jede Leistung auch bei Vorliegen einer oder mehrere Kontextfaktoren weiterhin ambulant erbracht werden, sofern dies aus medizinischen Gründen vertretbar ist.

Die Kontextfaktoren sind vom Krankenhaus zu dokumentieren und im Rahmen der Abrechnung eines vollstationären Krankenhausfalles nach § 301 SGB V zu übermitteln. Für die Dokumentation der Kontextfaktoren gelten die Regelungen der Deutschen Kodierrichtlinien in der jeweils aktuellen Fassung.

Liegen abweichend von den in Anlage 2 genannten Kontextfaktoren medizinische Gründe oder soziale Gründe vor, die dazu führen, dass die Versorgung des Patienten in der Häuslichkeit nicht sichergestellt werden kann und dadurch der medizinische Behandlungserfolg gefährdet ist, so sind diese Gründe bei einer stationären Durchführung der Leistung nach Anlage 1 fallindividuell darzustellen.

**GKV-Spitzenverband, DKG und KBV haben sich hierfür insbesondere auf die Aufnahme der nachfolgend genannten Kontextfaktoren in den AOP-Vertrag geeinigt:**

- Liste von stationär durchführbaren OPS-Kodes
- Beatmungspflichtige Patienten, operationalisiert über Beatmungsstunden im Datenaustausch nach § 301 SGB V
- Liste von stationär zu behandelnden Diagnosen (ICD-Kodes)
- Gebrechlichkeit, operationalisiert über Pflegegrad und Barthel-Index
- Untere Altersgrenze: bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres

Nähere Informationen: [AOP Katalog 2023, Anlage 2](#)

Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es in diesem  
Jahr ankommt

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-  
behandlung  
§ 39 SGB V

§ 115b SGB V  
Ambulantes Operieren  
im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation  
im AOP-Katalog

Kontextfaktoren

Mitteilungs-  
empfänger

Abkürzungen

## 9. Mitteilungsempfänger

### Anschriften der für den Empfang der Mitteilung zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen, Landesverbände der Krankenkassen, Verbände der Ersatzkassen und Zulassungsausschüsse

Um die Berechtigung zur Durchführung ambulanter Operationen zu erlangen, bedarf es gemäß § 115b §1 Absatz 2 einer maschinenlesbaren Mitteilung des Krankenhauses an die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuss.

Hierzu ist das zwischen dem GKV-Spitzenverband und der DKG abgestimmte Meldeformular zu verwenden:  
[https://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/ambulant\\_versorgung/amb\\_operieren/index.html](https://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/ambulant_versorgung/amb_operieren/index.html)

#### LANDESVERBÄNDE DER KRANKENKASSEN UND VERBÄNDE DER ERSATZKASSEN

Es bestehen sechs Krankenkassenarten:  
Ortskrankenkassen (§ 143 SGB V)  
Betriebskrankenkassen (§ 144 SGB V)  
Innungskrankenkassen (§ 145 SGB V)  
Landwirtschaftliche Krankenkassen (§ 146 SGB V)  
Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (§ 147 SGB V)  
Ersatzkassen (§ 148 SGB V)

#### KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG

Zur Erfüllung der ihnen durch das SGB V übertragenen Aufgaben der vertragsärztlichen Versorgung bilden die Vertragsärzte für den Bereich jedes Landes eine Kassenärztliche Vereinigung (§ 77 Absatz 1 Satz 1 SGB V).



Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es in diesem  
Jahr ankommt

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-  
behandlung  
§ 39 SGB V

§ 115b SGB V  
Ambulantes Operieren  
im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation  
im AOP-Katalog

Kontextfaktoren

Mitteilungs-  
empfänger

Abkürzungen

## ZULASSUNGS-AUSSCHUSS

Um an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen zu können, bedarf der Arzt einer Zulassung (§ 95 Absatz 1 SGB V). Zur Beschlussfassung und Entscheidung in Zulassungssachen errichten die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen für den Bezirk jeder Kassenärztlichen Vereinigung oder für Teile dieses Bezirks (Zulassungsbezirk) einen Zulassungsausschuss für Ärzte (§ 96 Absatz 1 SGB V).

Die Geschäfte der Zulassungsausschüsse werden bei den Kassenärztlichen Vereinigungen geführt (§ 96 Absatz 3 Satz 1 SGB V), daher sind die Anschriften der Zulassungsausschüsse nachfolgend nicht extra aufgeführt, weil sie identisch sind mit denen der Kassenärztlichen Vereinigungen.



Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es in diesem  
Jahr ankommt

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-  
behandlung  
§ 39 SGB V

§ 115b SGB V  
Ambulantes Operieren  
im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation  
im AOP-Katalog

Kontextfaktoren

Mitteilungs-  
empfänger

Abkürzungen

## 10. Abkürzungen

<b>AEB</b>	Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung
<b>aG-DRG</b>	German Diagnosis Related Groups (nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten)
<b>BfArM</b>	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
<b>BFW</b>	Basisfallwert
<b>BR</b>	Bewertungsrelation
<b>CC</b>	Komplikationen und/oder Komorbiditäten
<b>DIMDI</b>	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
<b>DRG</b>	Diagnosis Related Group
<b>EBM</b>	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
<b>EKV</b>	Entgelt-Katalog-Verordnung
<b>FDA</b>	Fixkostendegressionsabschlag
<b>FPV</b>	Fallpauschalenvereinbarung
<b>G-AEP</b>	German Appropriateness Evaluation Protocol
<b>G-DRG</b>	German Diagnosis Related Group
<b>HD</b>	Hauptdiagnose
<b>ICD</b>	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
<b>InEK</b>	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es in diesem  
Jahr ankommt

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-  
behandlung  
§ 39 SGB V

§ 115b SGB V  
Ambulantes Operieren  
im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation  
im AOP-Katalog

Kontextfaktoren

Mitteilungs-  
empfänger

Abkürzungen

<b>KHEntgG</b>	Krankenhausentgeltgesetz
<b>KHG</b>	Krankenhausfinanzierungsgesetz
<b>KIE</b>	Krankenhausindividuelles Entgelt
<b>LBFW</b>	Landesbasisfallwert
<b>MD(K)</b>	Medizinischer Dienst der Krankenversicherer
<b>MDS</b>	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
<b>MVD</b>	Mittlere Verweildauer
<b>ND</b>	Nebendiagnose
<b>NUB</b>	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
<b>OGVD</b>	obere Grenzverweildauer
<b>OPS</b>	Operationen- und Prozeduren Schlüssel
<b>UGVD</b>	untere Grenzverweildauer
<b>ZE</b>	Zusatzentgelt

Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es in diesem  
Jahr ankommt

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-  
behandlung  
§ 39 SGB V

§ 115b SGB V  
Ambulantes Operieren  
im Krankenhaus

AOP-Vertrag

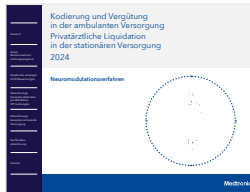
Neuromodulation  
im AOP-Katalog

Kontextfaktoren

Mitteilungs-  
empfänger

Abkürzungen

## Weitere Informationsbroschüren



Kodierung und Vergütung in  
der ambulanten Versorgung

Die Broschüren erhalten Sie ebenso im Download unter: [www.medtronic-reimbursement.de](http://www.medtronic-reimbursement.de)





Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es in diesem  
Jahr ankommt

Ablaufdiagramme

Krankenhaus-  
behandlung  
§ 39 SGB V

§ 115b SGB V  
Ambulantes Operieren  
im Krankenhaus

AOP-Vertrag

Neuromodulation  
im AOP-Katalog

Kontextfaktoren

Mitteilungs-  
empfänger

Abkürzungen

## Medtronic

Medtronic GmbH  
Earl-Bakken-Platz 1  
40670 Meerbusch

Telefon: +49-2159-81 49-0  
Telefax: +49-2159-81 49-100  
E-Mail: [rs.dusreimbursement@medtronic.com](mailto:rs.dusreimbursement@medtronic.com)

[www.medtronic-reimbursement.de](http://www.medtronic-reimbursement.de)

de-12368125-EMEA  
© Medtronic GmbH  
All Rights Reserved. 03/2024

### Rechtlicher Hinweis

Alle Angaben sind Empfehlungen von Medtronic, beziehen sich ausschließlich auf von Medtronic vertriebene Produkte und Therapien und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder Richtigkeit. Die verwendeten Kodierbeispiele lassen keine allgemein gültigen Rückschlüsse auf deren Anwendung zu. Informationen über die Anwendung bestimmter Produkte und Therapien von Medtronic finden Sie in der jeweiligen Gebrauchsanweisung. Medtronic übernimmt daher in diesem Zusammenhang keine Haftung.

Detaillierte Informationen über die Gebrauchsanweisung, Implantationsverfahren, Indikationen, Kontraindikationen, Warnhinweise, Vorsichtsmaßnahmen und mögliche Komplikationen sind dem Produkthandbuch zu entnehmen. Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrem zuständigen Medtronic-Vertreter und/oder auf der Medtronic Website unter [medtronic.de](http://medtronic.de).

Informationen zu den jeweiligen Produkten finden Sie in der Gebrauchsanweisung unter [www.medtronic.com/manuals](http://www.medtronic.com/manuals). Handbücher können unter Verwendung der aktuellen Version eines gängigen Internet-Browsers eingesehen werden. Für optimale Ergebnisse verwenden Sie den Adobe Acrobat® Reader zusammen mit dem Browser.