

Rundschreiben Nr. 813/2023 vom 8. Dezember 2023

Referate I und III

Ansprechpartner*in: Susanne Clemens, Vincent Berger

Tel.: 06196-4099-59 / -64

Mail: susanne.clemens@hkg-online.de; vincent.berger@hkg-online.de

Neuer AOP-Katalog und Vergütung zum 01. Januar 2024

➤➤ ***Die Vertragspartner des AOP-Vertrages haben sich auf einen Vertrag zur Durchführung ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen gem. § 115b Abs. 1 SGB V inklusive der dazugehörigen Anlagen mit Wirkung zum 01. Januar 2024 verständigt.***

Die DKG informiert wie folgt:

DKG, KBV und GKV-SV haben sich auf einen Vertrag zur Durchführung ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen gem. § 115b Abs. 1 SGB V inklusive der dazugehörigen Anlagen mit Wirkung zum 01. Januar 2024 verständigt.

Mit der vorliegenden Neufassung des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V haben die Vertragsparteien eine weitere Umsetzung des gesetzlichen Auftrags aus dem MDK-Reformgesetz vom 14. Dezember 2019 vorgenommen. Zwischen DKG, KBV und GKV-SV besteht Einigkeit, dass die Regelungen des vorliegenden beschlossenen Vertrages kein Präjudiz für die weitere Umsetzung des gesetzlichen Auftrages, bspw. Differenzierung der Vergütung nach § 115b Abs. 1 Satz 4 SGB V, darstellen.

Die vorliegenden Anlagen 1 bis 3 zum Vertrag nach § 115b SGB V befinden sich derzeit in abschließender (redaktioneller) Abstimmung zwischen den Vertragspartnern. Die dem Rundschreiben beigelegten Unterlagen entsprechen daher diesem (Entwurfs-)Stand.

I. AOP-Katalog (Anlage 1 zum AOP-Vertrag)

Der Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V beinhaltet eine Anlage 1, welche aus drei Abschnitten besteht und die Leistungen enthält, die ambulant am Krankenhaus erbracht werden können (sog. AOP-Katalog).

In den AOP-Katalog werden in den Abschnitten 1 und 2 insgesamt 171 neue OPS-Kodes neu aufgenommen. Darunter befinden sich 69 OPS-Kodes, die bereits im Anhang 2 des EBM

enthalten waren und neu in den Abschnitt 1 des AOP-Kataloges integriert werden. Für diese OPS-Kodes liegt damit bereits eine Vergütung auf Grundlage des EBM vor.

Weiterhin werden 31 neue OPS-Kodes in die Anlage 1 zum AOP-Vertrag aufgenommen, die bisher nicht Bestandteil des Anhangs 2 des EBM waren. Für diese OPS-Kodes erfolgte im Rahmen der AOP-Verhandlungen eine Bewertungszuordnung durch Zuweisung zu vergütungsrelevanten Zeitkategorien des Anhangs 2 des EBM.

Somit werden insgesamt 100 OPS-Kodes neu in den Abschnitt 1 des AOP-Kataloges aufgenommen.

Darüber hinaus werden 71 neue OPS-Kodes in den Abschnitt 2 des AOP-Kataloges aufgenommen. Leistungen des Abschnitts 2 werden nicht über den Anhang 2 EBM einer EBM-Gebührenordnungsposition zugeordnet, sondern für diese Leistungen werden EBM-Gebührenordnungspositionen außerhalb des Anhangs 2 EBM zur Vergütungsabbildung herangezogen. Eine Zuordnung dieser neu aufgenommenen OPS-Kodes zu den Gebührenordnungspositionen erfolgte im Rahmen der dreiseitigen Verhandlungen.

Alle *neu* in den Abschnitten 1 und 2 aufgenommenen OPS-Kodes sind in der Anlage 1 (**Anlage 1**) zum Vertrag nach § 115b SGB V gelb ausgewiesen.

Ergänzend finden sich in der Anlage 1 gelb markierte OPS-Kodes, die bereits Teil des AOP-Kataloges sind, jedoch durch die Weiterentwicklung des OPS-Kataloges 2023 auf 2024 ausdifferenziert wurden. Im Rahmen der Weiterentwicklung des OPS-Kataloges von 2023 auf 2024 wurde der OPS 5-431.21 *Gastrostomie: Perkutan-endoskopisch (PEG): Durch Direktpunktionstechnik mit Gastropexie* wie folgt geändert:

5-431.40	Gastrostomie: Perkutan durch Direktpunktionstechnik mit Fixierung durch Naht und Steuerung durch bildgebende Verfahren: Ohne jejunale Sonde
5-431.41	Gastrostomie: Perkutan durch Direktpunktionstechnik mit Fixierung durch Naht und Steuerung durch bildgebende Verfahren: Mit jejunaler Sonde

Da es sich hier infolge der Ergänzung „durch bildgebende Verfahren“ um neue Leistungsinhalte handelt, wurden diese beiden neuen OPS-Kodes nicht aufgenommen und somit der OPS 5-431.21 aus dem AOP-Katalog gestrichen.

II. Kontextfaktoren (Anlage 2 zum AOP-Vertrag)

Die Kontextfaktoren (KF) dienen der Begründung einer stationären Durchführung von Leistungen, die in der Regel ambulant erbracht werden können. Im Verhandlungsjahr 2023 wurde der zwischen dem GKV-SV und der DKG vereinbarte, gemeinsame Katalog von KF mit Wirkung zum 01. Januar 2024 geringfügig weiterentwickelt.

Die Anlage 2 zum AOP-Vertrag wird weitergeführt und um folgende Punkte ergänzt: Neben der Verlängerung der Übergangsregelung für beidseitig erbrachte Eingriffe an den Augen und

die Erbringung bestimmter Augeneingriffe bei Vorliegen von ausgewählten ophthalmologischen Begleiterkrankungen für das Jahr 2024 konnte eine Anhebung der unteren Altersgrenze vereinbart werden. Dieser KF „Untere Altersgrenze“ wird wie folgt erweitert:

- Seit 2023: Bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres kann eine stationäre Durchführung einer Leistung begründet sein.
- Ab 2024: Ab Beginn des 2. Lebensjahres bis Vollendung des 12. Lebensjahres und Vorliegen eines Pflegegrades 2 - 5 ist eine stationäre Durchführung einer Leistung begründet.
- Ab 2024: Bei folgenden Eingriffen ist bei angeborenen Herzfehlern (ICD Q20-Q26) eine stationäre Durchführung der Leistung bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres begründet.

OPS-Kode	Bezeichnung (2024)
1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen
1-275.1	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel
1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel
1-275.3	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung
1-275.4	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung
1-275.5	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie von Bypassgefäßen

Darüber hinaus wird der KF „K6 ICD ambulant“ erweitert, um bereits in den G-AEP-Kriterien hinterlegte Komorbiditäten, die mittels eines ICD-Kodes operationalisiert werden können und im IGES-Gutachten mit einem erhöhten Aufwand gekennzeichnet sind. Folgende ICD-Kodes wurden als KF aufgenommen:

- D66 Hereditärer Faktor-VIII-Mangel
- D67 Hereditärer Faktor-IX-Mangel
- D68.00 Hereditäres Willebrand-Jürgens-Syndrom
- D68.01 Erworbenes Willebrand-Jürgens-Syndrom

- D69.0 Purpura anaphylactoides
- D69.1 Qualitative Thrombozytendefekte
- D69.3 Idiopathische thrombozytopenische Purpura
- D69.40 Sonstige primäre Thrombozytopenie, als transfusionsrefraktär bezeichnet
- D69.53 Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II
- K72.72! Hepatische Enzephalopathie Grad 2
- K72.73! Hepatische Enzephalopathie Grad 3
- K72.74! Hepatische Enzephalopathie Grad 4
- K74.71! Leberzirrhose, Stadium Child-Pugh B
- K74.72! Leberzirrhose, Stadium Child-Pugh C

In den Fällen, in denen abweichend von den in Anlage 2 genannten Kontextfaktoren medizinische Gründe oder soziale Gründe vorliegen, die dazu führen, dass die Versorgung des Patienten oder der Patientin 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 des AOP-Vertrages fallindividuell weiterhin durch Übermittlung einer Nachricht `Medizinische Begründung` (MBEG) darzustellen.

Darüber hinaus sehen DKG und GKV-SV im Jahr 2024 eine Evaluation zur Weiterentwicklung der Kontextfaktoren vor. Hierzu erfolgen die Abstimmungen zum Vorgehen und zur Umsetzung der Evaluation.

III. Vergütung

a) Sachkostenregelung

Mit der Umsetzung der AOP-Vertragsanpassungen zum 01. Januar 2023 wurde der Selbstbehalt bei der Erstattung von Sachmitteln in Höhe von 12,50 Euro auf 6,25 Euro halbiert. Diese Regelung wird unverändert fortgeführt.

In den im Jahr 2023 dreiseitig fortgeführten Verhandlungen wurde in § 11 Abs. 5 AOP-Vertrag eine Ergänzung der bestehenden Spiegelstrichaufzählung um urologische Sachkosten vorgenommen. Aufgenommen wird folgender Spiegelstrich:

„diagnostische und interventionelle Katheter einschließlich Führungsdraht, Ureterschleusen (Führungshülsen) im Zusammenhang mit urologischen Leistungen“

Die Sachmittelpauschale in Höhe von 7 % (§ 11 Abs. 3 AOP-Vertrag), die der Vergütung von Sachmitteln dient, die keine gesonderte Vergütungsregelung im AOP-Vertrag haben, wird unverändert beibehalten.

b) Schweregraddifferenzierung

Die erstmals zum 01. Januar 2023 eingeführte Schweregraddifferenzierung wird beibehalten und ausdifferenziert. Nach § 10 AOP-Vertrag werden weiterhin Re-Operationen, soweit diese nicht bereits über einen spezifischen OPS-Kode abgebildet und bewertet sind, mit einem Vergütungszuschlag versehen. Dieser Zuschlag orientiert sich dabei weiterhin an den im Anhang 2 des EBM ausgewiesenen (Zeit-) Kategorien und kombiniert diese Kategorien mit einem mehrfach berechnungsfähigen (zeitlich definierten) Zuschlag.

Ergänzend wird ein „Frakturzuschlag“ neu eingeführt, welcher für OPS-Kodes des AOP-Vertrages einen Zuschlag auf die Eingriffsleistung in Höhe von 20 Prozent vorsieht. Dieser Zuschlag findet auf 372 sowohl operative als auch konservative OPS-Kodes Anwendung, die bereits Teil des bestehenden AOP-Kataloges sind.

Der Zuschlag umfasst Leistungen, die einen Zusammenhang zur Frakturversorgung haben. Die Vertragspartner sehen für diesen Schweregrad eine neue Anlage 3 zum AOP-Vertrag vor, in welcher die Eingriffsleistungen mit einem OPS-Kode des „Frakturzuschlages“ und den jeweiligen berechnungsfähigen Frakturzuschlägen verknüpft sind (**Anlage 2**).

Ergänzend zu den berechnungsfähigen Entgelten können damit folgende Zuschläge zusätzlich abgerechnet werden (die Abrechnung des Frakturzuschlages erfolgt dabei über die kodierte Zusatzziffer, vgl. Anlage 2 des Rundschreibens):

Eingriffsleistung (GOP)	Zuschlag Fraktur
31131	25,97 €
31132	42,34 €
31133	62,99 €
31134	83,56 €
31135	126,00 €
31144	98,50 €
31910	1,36 €
31912	2,67 €
31914	6,68 €

c) Anpassung AOP-Vergütung

- Die Vergütung für die Umsetzung des Vertrages erfolgt ab dem 01. Januar 2024 weiterhin auf **Grundlage des EBM**.
- Durch den Beschluss des (zweiseitig besetzten) Bewertungsausschusses vom 14. Dezember 2022 wurden zur **Förderung der Ambulantisierung** sieben Zuschlagspositionen in den Abschnitt 31.2.20 EBM eingeführt, die jeweils im Zusammenhang mit der Erbringung spezifischer OPS-Kodes stehen. Die Höhe der Zuschlagsvergütung variiert in Abhängigkeit des jeweiligen Eingriffs zwischen rund 26 Euro und 220 Euro.

Für 55 zum 01. Januar 2024 neu in den AOP-Vertrag aufzunehmende OPS-Kodes, welche bislang nicht Teil der Förderung der Ambulantisierung nach Abschnitt 31.2.20 EBM sind, konnte eine Zuweisung zu diesen Zuschlägen vereinbart werden. Diese Forderung wurde von der DKG in die dreiseitigen AOP-Beratungen eingebracht; eine Umsetzung erfolgt durch den Bewertungsausschuss, welcher am 06. Dezember 2023 den Beschluss zur Aufnahme dieser OPS-Kodes in Abschnitt 31.2.20 getroffen hat.

Der entsprechende Beschluss des Bewertungsausschusses ist unter http://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2023-12-06_ba693_1.pdf zu finden.

- Zwischen der Leistungsbeschreibung von **OPS-Kodes** und den **Abrechnungsbestimmungen des EBM** bestehen Abweichungen. Im Abschnitt 2 des AOP-Kataloges finden sich OPS-Kodes, die eine medizinische Maßnahme beschreiben und dabei allgemein auf „bildgebende Verfahren“ verweisen. Mit diesen OPS-Kodes verknüpfte Gebührenordnungspositionen des EBM, welche zur Abrechnung der Leistung heranzuziehen sind, greifen demgegenüber teilweise nur auf spezifische Bildgebung zurück, d. h. die Abrechnungsbestimmungen des EBM sind enger gefasst. Auch bei den neu aufzunehmenden OPS-Kodes finden sich diagnostische Leistungen, die allgemein auf eine Bildgebung verweisen.

Im Ergebnis haben sich die Vertragspartner darauf verständigt, dass abweichend vom bisherigen Verfahren im AOP-Vertrag, sowohl für im AOP-Katalog bereits vorhandene OPS-Kodes als auch bei allen neu aufzunehmenden OPS-Kodes, bei denen eine Bildgebung ausgewiesen wird, anstelle *einer* für den OPS-Kode berechnungsfähigen Leistung des EBM (etwa nur die GOP 34505 „CT-gesteuerte Intervention“) eine Differenzierung der Abrechnungsmöglichkeiten erfolgt, um unterschiedliche bildgebende Verfahren abbilden zu können.

Beispiel: Der neu aufzunehmende OPS-Kode 1-426.3 ((Perkutane) Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Lymphknoten, mediastinal) weist verschiedene Abrechnungsoptionen aus, welche sich am jeweiligen bildgebenden Verfahren orientieren:

- *Punktion plus Sonographie Thorax plus Zuschlag opt. Führungshilfe oder*

- *CT-gesteuerte Intervention oder*
- *Punktion plus MRT-Untersuchung Thorax*
- Mit Beschluss des Bewertungsausschusses vom 14. Dezember 2022 wurde eine **verlängerte Nachbeobachtungsleistung** definiert. Hierbei handelt es sich um die GOP 31530 (Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31501 bis 31507 bei sich anschließender Nachbeobachtung), deren Berechnungsmöglichkeit an bestimmte Parameter geknüpft ist. Die Nachbeobachtungsziffer ist für Leistungen aus dem Kapitel 31.2 bzw. 31.3, d. h. für Leistungen der Anlage 1, **Abschnitt 1** des AOP-Kataloges berechnungsfähig.

Leistungen der Anlage 1, **Abschnitt 2** des AOP-Kataloges unterliegen nicht der Nachbeobachtung durch die GOP 31530. Die Vertragsparteien haben sich für Leistungen des Abschnitts 2 erneut darauf verständigt, Gebührenordnungspositionen zur Abbildung von Nachbeobachtungsleistungen heranzuziehen, auch wenn deren Leistungsinhalt nicht oder nicht vollständig erfüllt ist. Damit wird die geltende Regelung aus dem Jahr 2023 fortgeführt, allerdings wird die Zeitdauer für diese Regelung bis zum 30. Juni 2024 befristet, da der Bewertungsausschuss anstrebt, entsprechende Anpassungen im EBM vorzunehmen.

Beispiel 1: Für den bereits seit dem 01. Januar 2023 in Abschnitt 2 aufgenommene OPS-Kode 1-204.2 [Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme] wird neben der Gebührenordnungsposition 02342 (Lumbalpunktion) gleichfalls die Gebührenordnungsposition 01510 (Zusatzpauschale Beobachtung und Betreuung, Dauer mehr als 2 Stunden) weiterhin als berechnungsfähige Leistungen ausgewiesen, obgleich der im EBM enthaltene obligate Leistungsinhalt der EBM-Ziffer 01510 eine Nachbeobachtung für Lumbalpunktionen nicht vorsieht.

Beispiel 2: Für den neu aufzunehmenden OPS-Kode 1-426.3 [(Perkutane) Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Lymphknoten, mediastinal] wird als Nachbeobachtungsleistung die Gebührenordnungsposition 01511 (Zusatzpauschale Beobachtung und Betreuung, Dauer mehr als 4 Stunden) ausgewiesen, obwohl auch hier der obligate Leistungsinhalt der Gebührenordnungsposition keine Biopsie am Lymphknoten beinhaltet.

- Unter den neu aufzunehmenden OPS-Kodes befinden sich drei Leistungen zur *therapeutischen Koronarangiographie*:
 - 8-837.00 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie
 - 8-837.k0 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines nicht medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie

→ 8-837.m0 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen:
Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie

Diese Leistungen sind den Gebührenordnungspositionen 34291 (Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie) sowie 34292 (Zuschlag Intervention (PTCA, Stent)) zuordenbar. Ferner ist für diese Leistungen im EBM eine Nachbeobachtung vorgesehen, welche gemäß der EBM-Abrechnungsbestimmungen mehr als 12 Stunden betragen müsse. Basierend auf den dreiseitigen Beratungen zur Anpassung des AOP-Kataloges wurde vorgesehen, eine Nachbeobachtung bei Einlage *eines* Stents von sechs Stunden durch Beschluss des Bewertungsausschusses im EBM aufzunehmen.

Der Bewertungsausschuss hat am 06. Dezember 2023 hierzu den Beschluss zur Aufnahme der Gebührenordnungsposition 01522 (Zusatzpauschale Nachbeobachtung) getroffen. Der entsprechende Beschluss des Bewertungsausschusses ist unter http://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2023-12-06_ba693_3.pdf zu finden.

- Unter den neu aufzunehmenden Leistungen wurden OPS-Kodes identifiziert, die den im EBM enthaltenen kleinchirurgischen Leistungen zuordenbar sind. Jedoch erfordern diese Leistungen im individuellen Einzelfall ein Narkoseverfahren. Die kleinchirurgischen Leistungen sind bislang jedoch nicht parallel zu einem **Narkoseverfahren** aus dem anästhesiologischen Kapitel 5.3 EBM berechnungsfähig.

Dreiseitig haben sich die Vereinigungspartner darauf verständigt, dass der EBM folglich Regelungen zur Abrechnung von Narkoseverfahren für die Kleinchirurgie benötige. Der Bewertungsausschuss hat am 06. Dezember 2023 einen entsprechenden Beschluss zur Aufnahme der neuen lfd. Nr. 13 in die Präambel 5.1 EBM getroffen. Hiernach können anästhesiologische Leistungen aus Kapitel 5.3 EBM im Zusammenhang mit Gebührenordnungspositionen der Kleinchirurgie berechnet werden, wenn Kontraindikationen im Zusammenhang bei den mit der Kleinchirurgie bislang vorhandenen anästhesiologischen Verfahren (Lokalanästhesie/Leitungsanästhesie) im jeweiligen Fall vorliegen und zudem eine anästhesiologische Gebührenordnungsposition aus Kapitel 5.3 EBM in der Spalte 6 des Abschnitt 2 des AOP-Kataloges bei der jeweiligen Leistung ausgewiesen ist.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses ist unter http://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2023-12-06_ba693_3.pdf zu finden.

VI. Vertrag nach § 115b SGB V

Der Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V tritt mit Wirkung zum 01. Januar 2024 in Kraft. Um eine Umsetzung der mit dem Vertrag geltenden Regelungen zu ermöglichen, wurden mit dem § 24 AOP-Vertrag Übergangsregelungen aufgenommen. Diese regeln, dass bis einschließlich 31. März 2024 für in das Krankenhaus aufgenommene Patienten zur stationären Durchführung einer Leistung, die in Anlage 1 mit „neu“ gekennzeichnet ist, die Abrechnung des Krankenhauses für diese Leistung *nicht* im Hinblick darauf überprüft wird, ob die Leistung im Rahmen des

§ 115b SGB V erbracht werden konnte. Dies entspricht der Regelung, welche Anfang 2023 Anwendung gefunden hat.

Ferner wird in § 24 Abs. 2 AOP-Vertrag erneut klargestellt, dass das Meldeformular, welches gemäß § 115b Abs. 2 Satz 2 SGB V für die Teilnahme der Krankenhäuser am AOP-Vertrag notwendigerweise abzugeben ist, bis zum 31. Januar 2024 nachgereicht werden kann. Damit wird den Krankenhäusern ermöglicht, dass bereits mit Wirkung zum 01. Januar 2024 Leistungen nach Anlage 1 erbracht werden können und die Durchführung der Eingriffe nicht mit dem Argument abgelehnt werden kann, dass die formalen Voraussetzungen der fehlenden Meldung der OPS-Kodes aufgrund der kurzfristigen Umsetzung nicht erfüllt sind.

Auch ist darauf hinzuweisen, dass die Kündigungsmöglichkeiten unverändert übernommen wurden, d. h. nach § 22 Abs. 1 kann der Vertrag mit einer Frist von einem Jahr jeweils zum 30.06. oder zum 31.12. eines jeden Jahres gekündigt werden. Hiervon abweichend kann gem. § 22 Abs. 2 in dem Zeitraum bis zum 31. Dezember 2024 der Vertrag mit einer deutlich verkürzten Frist von sechs Wochen jeweils zum Quartalsende gekündigt werden. Aufgrund der hohen Dynamik in der Thematik der Ambulantisierung und den oft kurzfristigen Änderungen wird hier den Vertragsparteien eine kürzere Reaktionszeit eingeräumt.

Neu gefasst wurde § 9 Abs. 5 AOP-Vertrag, der die AOP-Abrechnung bei anschließender stationärer Versorgung regelt. Vor dem Hintergrund der im EBM Mitte 2022 getroffenen Regelungen zur Nachbeobachtung wurde eine Anpassung eingefordert, um mögliche Doppelvergütungsmöglichkeiten auszuschließen. Die Vertragsparteien haben sich darauf verständigt, die bestehende Regelung um einen weiteren Satz zu ergänzen. § 9 Abs. 5 AOP-Vertrag lautet demnach wie folgt:

„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 Krankenhaus 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.“

Gemäß § 9 Abs. 5 Satz 1 AOP-Vertrag erfolgt die Vergütung in Fällen einer stationären Aufnahme des Patienten an demselben Tag und in unmittelbarem Zusammenhang mit einer AOP-Leistungserbringung, z.B. infolge einer Komplikation, insgesamt nur nach den Regelungen für

die stationäre Vergütung. Eine zusätzliche Abrechnung der Leistung gemäß § 115b SGB V ist in diesen Fällen nicht möglich.

Durch den neu angefügten § 9 Abs. 5 Satz 2 AOP-Vertrag wird nun darüber hinaus klargestellt, dass in den Fällen, in denen ein Patient am Tag nach der AOP-Leistungserbringung, z.B. infolge einer Komplikation, stationär aufgenommen wird, die Vergütung nur dann ausschließlich nach den Regelungen für die stationäre Vergütung erfolgt, wenn sich die tatsächliche postoperative Nachbeobachtung auf den Tag nach der AOP-Leistungserbringung erstreckt und zusätzlich dazu zwischen dem Ende der Leistung nach § 115b SGB V inklusive der tatsächlich erfolgten postoperativen Nachbeobachtung und der stationären Aufnahme des Patienten nicht mehr als zwölf Stunden liegen. Wird demgegenüber nach mehr als 12 Stunden nach der AOP-Leistungserbringung inklusive der tatsächlich erfolgten postoperativen Nachbeobachtung eine stationäre Versorgung des Patienten notwendig, kann neben der vollstationären DRG auch die Leistung nach § 115b SGB V abgerechnet werden.

Der AOP-Vertrag sowie die dazugehörigen Anlagen befinden sich aktuell in abschließender redaktioneller Abstimmung.

Das Unterschriftenverfahren soll am 18. Dezember 2023 abgeschlossen werden. Der angepasste AOP-Katalog wird im Anschluss hieran gemäß § 115b Abs. 1 Satz 8 SGB V dem BMG zur Prüfung vorgelegt. Über den weiteren Verfahrensgang werden wir entsprechend informieren.