Vertrag
nach § 115b 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 stationsersetzender Eingriffe und stationsersetzender Behandlungen – nachfolgend „Leistungen gemäß § 115b SGB V“ genannt – im niedergelassenen Bereich und im Krankenhaus zu schaffen und die Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten[1] und Krankenhäusern zu fördern. Dies umfasst auch die nach dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz und dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz zulässigen Kooperationsmöglichkeiten.

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 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 Absatz 1a SGB V und zur Weiterentwicklung der Schweregraddifferenzierung im Jahr 2026 fortsetzen.

Die Vertragspartner werden die Kontextfaktoren strukturiert analysieren und darauf aufbauend weiterentwickeln.

Die Vertragspartner prüfen im Jahr 2026, ob und inwieweit eine zusätzliche Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung im Rahmen der Vergütung von ambulanten Operationen notwendig ist und wie gegebenenfalls eine Finanzierung in der Vergütung sachgerecht ausgestaltet werden könnte.

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass die Regelungen dieses Vertrages kein Präjudiz für die weitere Umsetzung des gesetzlichen Auftrages darstellen.

[1] 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.

§ 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 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.

(3) Die Vertragsparteien werden das Meldeverfahren zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog nach § 3 aufgeführten Leistungen gemäß § 115b SGB V und die technische Umsetzung des Meldeverfahrens weiterentwickeln.

§ 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 stationsersetzender Eingriffe und stationsersetzender Behandlungen“ kann nicht die Verpflichtung hergeleitet werden, dass die dort aufgeführten Eingriffe ausschließlich ambulant zu 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

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

§ 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.

(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 der Anlage 2 zu entnehmen. Die Kontextfaktoren dienen ausschließlich der Begründung einer stationären Durchführung von Leistungen nach § 3 dieses Vertrages, 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) Liegt bei Patienten anhand der Hauptleistung erkennbar von vornherein eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit vor, besteht keine Notwendigkeit, diese anhand der für den Leistungsbereich des § 115b SGB V entwickelten Kontextfaktoren zu begründen.

(3) 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.

(4) Liegen anstelle 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.

§ 9 Vergütung

(1) Die im Katalog nach § 3 aufgeführten ambulant durchführbaren Operationen, sonstigen stationsersetzenden Eingriffe und stationsersetzenden 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 Vertragsärzten 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 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.

(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 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-Zusatzkode 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. Der jeweilige Zuschlag für die Versorgung von Frakturen ist Teil der Honorarsumme nach § 11 Absatz 3.

(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 Nummer 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 den Absätzen 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 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 Verschlusssysteme im Zusammenhang mit angiologisch-diagnostischen und -therapeutischen, gefäßchirurgischen und phlebologischen Leistungen
- diagnostische und interventionelle Katheter einschließlich Führungsdraht, im Zusammenhang mit gastroskopischen (inklusive Leistungen an den Gallenwegen) und/oder koloskopischen Leistungen
- 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-Retraktoren, Kapselspannringe, Injektionshalterungen bei ophthalmochirurgischen 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

(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 Skonto (Preisnachlass bei fristgerechter Zahlung) ist weiterzugeben, soweit dieses 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 den Absätzen 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, Anrechnung 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 Vorabbekanntgabe 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 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 im 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 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) Erfolgt 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.

(3) Erfolgt die Leistung nach § 115b SGB V durch einen am Krankenhaus tätigen Belegarzt, sind seine Leistungen ausschließlich nach den vertragsärztlichen Regelungen durch den Belegarzt mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung abzurechnen. Die Leistung 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 übermittelt. 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 01.01.2026 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 31.12.2026 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.

§ 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 Vertragspartner eine Bestimmung vereinbaren, die dem zulässigerweise am nächsten kommt, was die Vertragspartner gewollt haben oder gewollt hätten, wenn sie die Regelungsbedürftigkeit bedacht hätten.

§ 24 Übergangsregelung

Für Leistungen nach Anlage 1 kann das Meldeformular für die Mitteilung nach § 1 Absatz 1 bis zum 31.01.2026 nachgereicht werden.

Anlagen

1) Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationsersetzender Eingriffe und stationsersetzender Behandlungen (AOP-Katalog)
   a) AOP-Katalog Deckblatt 2026
   b) AOP-Katalog Präambel 2026
   c) AOP-Katalog 2026 Abschnitt 1
   d) AOP-Katalog 2026 Abschnitt 2
   e) AOP-Katalog 2026 Abschnitt 3
2) Allgemeine Tatbestände, bei deren Vorliegen die stationäre Durchführung von Leistungen gemäß Anlage 1 erforderlich sein kann (Kontextfaktoren)
3) Liste der Frakturzuschläge inklusive Vergütung

Vertrag nach § 115b 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

Berlin, 17.12.2025

GKV-Spitzenverband, Berlin

Vertrag nach § 115b 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

Berlin, 17.12.2025

Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin

Vertrag nach § 115b 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

Berlin, 17.12.2025

Deutsche Krankenhausgesellschaft, Berlin