

Einleitung

Ausgangspunkt für dieses Werk ist die Materialsammlung zum ambulanten Operieren, die im Jahr 2021 letztmalig in der 25. Auflage erschienen ist. Diese hatte das Ziel, einen vollständigen Überblick über den Bereich des ambulanten Operierens und eine Hilfestellung bei der Umsetzung im Krankenhaus zu geben.

Durch das MDK-Reformgesetz vom 14.12.2019 (BGBl. I, Seite 2789) wurde das ambulante Operieren gemäß § 115b SGB V zum 01.01.2020 grundlegend neu geregelt. Danach waren die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) verpflichtet, das Verfahren für die Vergabe eines gemeinsamen Gutachtens einzuleiten, in dem der Stand der medizinischen Erkenntnisse zu ambulant durchführbaren Operationen sowie stationersetzenden Eingriffen und Behandlungen untersucht wird. Das Gutachten hatte ambulant durchführbare Operationen, stationersetzende Eingriffe und stationersetzende Behandlungen konkret zu benennen und in Verbindung damit verschiedene Maßnahmen zur Differenzierung der Fälle nach dem Schweregrad zu analysieren. Auf Basis dieses Gutachtens waren DKG, KBV und GKV-SV verpflichtet, einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen sowie einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte zu vereinbaren. Da diese neue Systematik zunächst umgesetzt werden musste, erschien vorerst keine neue Auflage der AOP-Materialiensammlung. Die Umsetzung der grundlegenden Änderungen durch das MDK-Reformgesetz nahm einige Zeit in Anspruch und dauert bis heute an.

Zwischenzeitlich wurde darüber hinaus durch das Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfIEG) vom 20.12.2022 (BGBl. I, Seite 2793) § 115f SGB V neu in das SGB V aufgenommen. Dort ist eine spezielle sektorengleiche Vergütung (sogenannte Hybrid-DRG) für bestimmte in einem Katalog genannte Leistungen vorgesehen, die unabhängig davon erfolgt, ob die vergütete Leistung ambulant oder stationär erbracht wird. Ausgangspunkt war dabei zunächst, dass die im Katalog genannten Leistungen gemäß § 115f SGB V ausschließlich aus dem AOP-Katalog gemäß § 115b SGB V entnommen werden. Ende 2023 wurde jedoch durch den Gesetzgeber in § 115f SGB V ergänzt, dass in den § 115f-Leistungskatalog auch Leistungen aufgenommen werden können, die nicht im AOP-Katalog genannt sind. Trotzdem bleiben die Regelungsbereiche des § 115b SGB V und § 115f SGB V weiterhin eng miteinander verknüpft, da beide Bereiche zur Ambulantisierung von Leistungen beitragen sollen.

Daraus entstand die Idee, in einer Neuauflage der ehemaligen AOP-Materialiensammlung über beide Bereiche umfassend zu informieren und Hilfestellungen für die Umsetzung im Krankenhaus zu geben.

Teil I

Ambulant durchführbare Operationen,
sonstige stationersetzender Eingriffe
und stationersetzende Behandlungen
nach § 115b SGB V

1 Gesetzliche Grundlage (§ 115b SGB V)

§ 115b Ambulantes Operieren im Krankenhaus¹

(1) ¹Der 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 stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen,
2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte.

²Die Vereinbarung nach Satz 1 tritt mit ihrem Wirksamwerden an die Stelle der am 31. Dezember 2019 geltenden Vereinbarung. ³In die Vereinbarung nach Satz 1 Nummer 1 sind die in dem Gutachten nach Absatz 1a benannten ambulant durchführbaren Operationen und die stationersetzenden Eingriffe und stationersetzenden Behandlungen aufzunehmen, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, sowie allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. ⁴Die 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. ⁵In 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. ⁶In 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. ⁷Die Vereinbarung nach Satz 1 ist mindestens alle zwei Jahre, erstmals zum 31. Dezember 2023, durch Vereinbarung an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen. ⁸Der Vereinbarungsteil nach Satz 1 Nummer 1 bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

(1a) ¹Der 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, stationersetzenden Eingriffen und stationersetzenden Behandlungen untersucht wird. ²Das Gutachten hat ambulant durchführbare Operationen, stationersetzende Eingriffe und stationersetzende Behandlungen konkret zu benennen und in Verbindung damit verschiedene Maßnahmen zur Differenzierung der Fälle nach dem

¹ Zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes zur Änderung des Finanzausgleichsgesetzes 2024 und zur Änderung des Stabilisierungsfondsgesetzes vom 30.07.2024 (BGBl. 2024 I Nr. 254)

Schweregrad zu analysieren. ³Im Gutachtensauftrag ist vorzusehen, dass das Gutachten spätestens innerhalb eines Jahres, nachdem das Gutachten in Auftrag gegeben worden ist, fertigzustellen ist.

(2) ¹Die Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog genannten Operationen, stationersetzenden Eingriffe und stationersetzenden Behandlungen zugelassen. ²Hierzu 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 Landeskrankenhausesgesellschaft über den Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung. ³Das Krankenhaus ist zur Einhaltung des Vertrages nach Absatz 1 verpflichtet. ⁴Die Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. ⁵Die 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. ⁶Leistungen, 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) ¹Kommt 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. ²Absatz 1 Satz 7 gilt entsprechend für die Festsetzung nach Satz 1 durch das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.

(4) ¹In der Vereinbarung nach Absatz 1 können Regelungen über ein gemeinsames Budget zur Vergütung der ambulanten Operationsleistungen der Krankenhäuser und der Vertragsärzte getroffen werden. ²Die Mittel sind aus der Gesamtvergütung und den Budgets der zum ambulanten Operieren zugelassenen Krankenhäuser aufzubringen.

2 AOP-Vertrag

Vertrag nach § 115b Absatz 1 SGB V – Ambulantes Operieren, sonstige stationersetzende Eingriffe und stationersetzende Behandlungen im Krankenhaus – (AOP-Vertrag)

zwischen

dem GKV-Spitzenverband, Berlin, und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin, sowie

der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Berlin

vom 18.12.2023

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 Vertragsärzten² 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.

² 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.

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 beigelegten „Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationärsersetzender Eingriffe und stationärsersetzender 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 stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen

In der Anlage 1 dieses Vertrages sind abschließend die Leistungen aufgeführt, die Operationen, stationersetzende Eingriffe und stationersetzende 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 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 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 stationärsersetzenden Eingriffe und stationärsersetzenden 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 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 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.

(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.