

Medizinprodukte in der sektorenübergreifenden Versorgung

RA Dr. Christian Stallberg, LL.M.

Was ist Ambulantes Operieren gemäß § 115b SGB V?

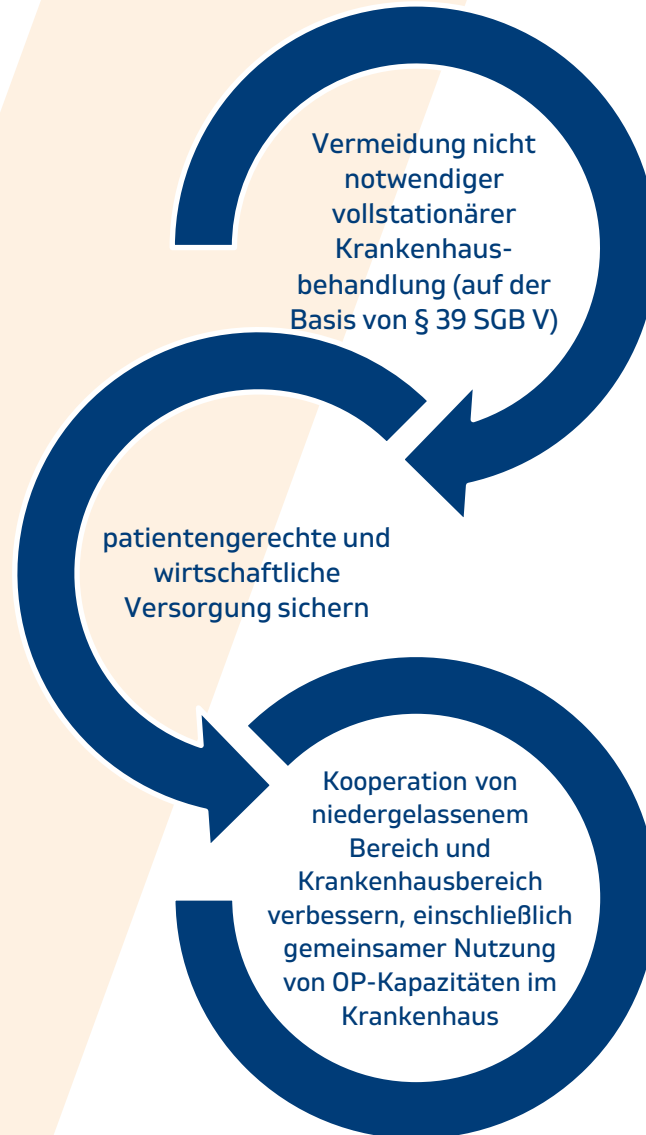
Ambulantes Operieren (AOP)

durch den Vertragsarzt
§ 87 SGB V iVm. Kap. 31
EBM

im Krankenhaus
§ 115 b SGB V

im Krankenhaus durch
Belegärzte
§ 121 SGB V
iVm. Kap. 36 EBM

im Krankenhaus durch
nieder-gelassene Ärzte
§ 115 b Abs. 1 S. 6 SGB V



Wie werden Medizinprodukten als Sachkosten im Rahmen von AOP vergütet?

§ 115b Abs. 1 Satz 4 SGB V

„Die Vergütung [für Krankenhäuser und Vertragsärzte] 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.“ (Hervorhebung von mir)

Krankenhaus stellt Verbrauchsmaterialien, Verbandmittel, Arzneimittel und Hilfsmittel (Sachkosten) zur Verfügung

Abrechnung der Sachkosten und Arzneimittel zwischen Krankenhaus und Krankenkassen gemäß § 18 AOP-Vertrag

Die in § 11 aufgeführten Mittel dürfen vom Krankenhausarzt nicht auf Kassenrezept verordnet werden

AOP-Vertrag

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

zwischen

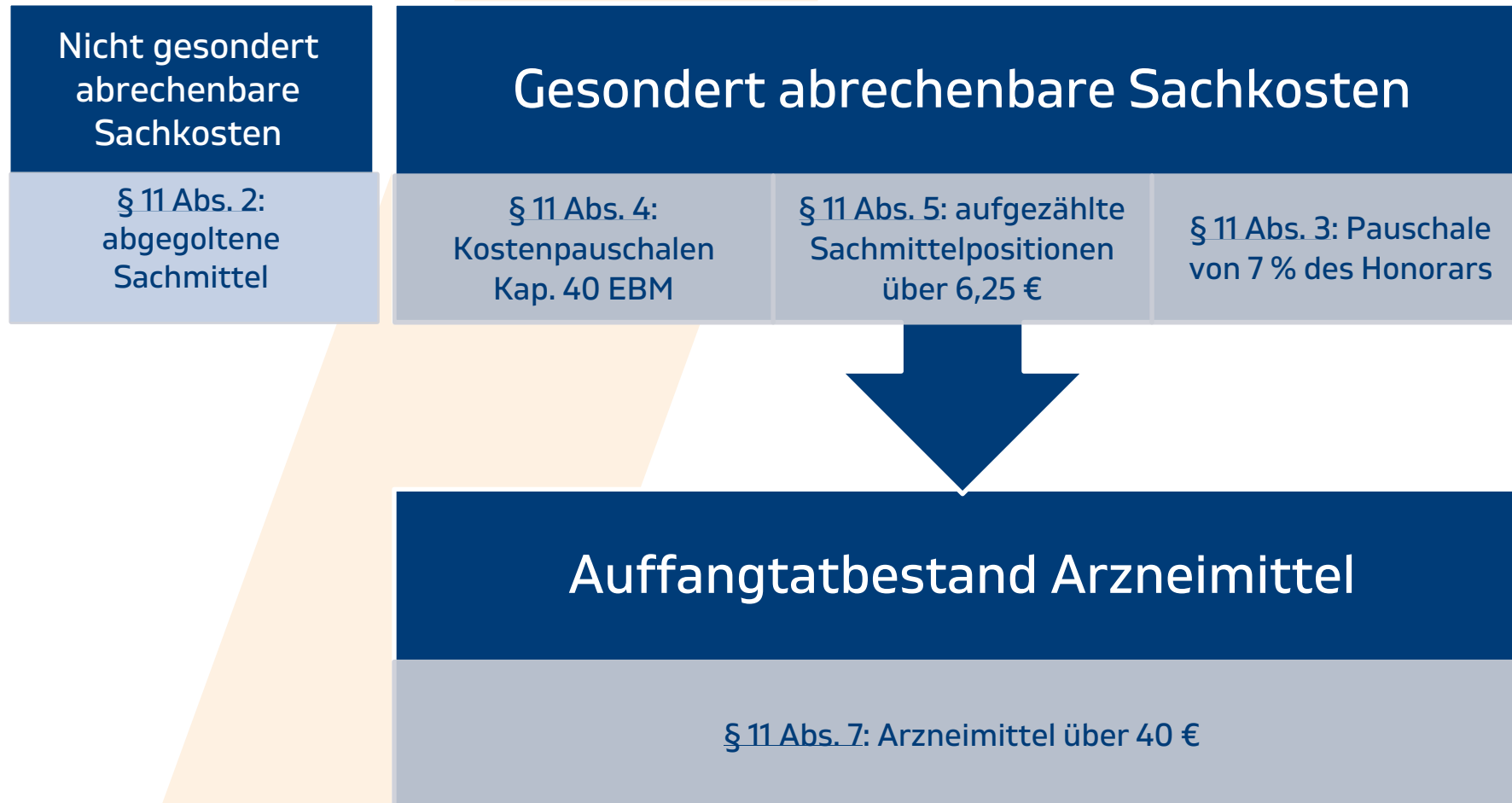
dem GKV-Spitzenverband, Berlin,

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin,

sowie

der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Berlin



Die einzelnen Vergütungstatbestände

§ 11 Abs. 2 AOP-Vertrag

- nach Kap. 7.1 EBM bereits mit der Gebühr für die ärztliche Leistung abgegoltene Sachmittel (Praxisbedarf)

ODER

- Sachmittel, die explizit Leistungsinhalt der einzelnen Leistungen des EBM sind
- sind **nicht** gesondert berechnungsfähig



7.1 In den Gebührenordnungspositionen enthaltene Kosten

In den Gebührenordnungspositionen sind - soweit nichts anderes bestimmt ist - enthalten:

- Allgemeine Praxiskosten,
- Kosten, die durch die Anwendung von ärztlichen Instrumenten und Apparaturen entstanden sind,
- Kosten für Einmalspritzen, Einmalkanülen, Einmaltrachealtuben, Einmalabsaugkatheter, Einmalhandschuhe, Einmalrasierer, Einmalharnblasenkatheter, Einmalskalpelle, Einmalproktoskope, Einmaldarmrohre, Einmalspekula, Einmalküretten, Einmal-Abdecksets,
- Kosten für Reagenzien, Substanzen und Materialien für Laboratoriumsuntersuchungen,
- Kosten für Filmmaterial,
- Versand- und Transportkosten, insbesondere Kosten für die Versendung bzw. den Transport von Briefen und/oder schriftlichen Unterlagen, Telefaxen, digitalen Befunddatenträgern sowie Kosten für fotokopierte oder EDV-technisch reproduzierte Befundmitteilungen, Berichte, Arztbriefe und andere patientenbezogene Unterlagen ausschließlich für den mit- oder weiterbehandelnden oder konsiliarisch tätigen Arzt oder den Arzt des Krankenhauses.

§ 11 Abs. 4 AOP-Vertrag

- leistungsbezogene Kostenpauschalen in Kap. 40 EBM
- bei Erbringung der entsprechenden ärztlichen Leistung gesondert abrechenbar
- Beispiel: Sachkosten bei der Vakuumversiegelungstherapie
EBM 40.17 (GOP 40900 – GOP 40903)

§ 11 Abs. 5 AOP-Vertrag (gesonderte Abrechnung)

- **anwendbar für aufgezählte Sachmittel**
- **sofern die Sachmittelposition 6,25 € im Behandlungsfall übersteigt**
- **Erstattung des tatsächlichen Rechnungsbetrages abzüglich 6,25 € Selbstbehalt**
d.h. Rückvergütungen des Herstellers / Lieferanten müssen weitergegeben werden
 - z.B. Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligungen, Bonifikationen und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen
 - Ausnahme: ein Barzahlungsrabatt (Preisnachlass bei fristgerechter Zahlung) nur, falls er 3 % übersteigt
- **Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots und der medizinischen Notwendigkeit bei der Auswahl der berechnungsfähigen Materialien (§ 11 Abs. 6 S. 1)**

§ 11 Abs. 3 AOP-Vertrag:

- **Arznei- und Sachmittel, die nicht von Abs. 2, 4 – 7 erfasst werden**
 - d.h. auf die keine andere Vergütungsregelung in § 11 AOP-Vertrag anwendbar ist
 - dies sollen insbesondere die gemäß Kap. 7.3 EBM nicht in den Gebührenordnungspositionen enthaltenen Mittel sein
- **pauschaler Zuschlag von 7 % auf die gesamte Honorarsumme (Sachmittelpauschale)**
- **Ausgenommen von der Berechnung der Honorarsumme:**
 - die ärztliche Leistung des EBM, wenn die Kostenpauschale in Kap. 40 EBM in Anspruch genommen
 - die abgerechnete Kostenpauschale nach Kap. 40 EBM selbst



7.3 Nicht in den Gebührenordnungspositionen enthaltene Kosten

In den Gebührenordnungspositionen sind - soweit nichts anderes bestimmt ist - nicht enthalten:

- Kosten für Arzneimittel, Verbandmittel, Materialien, Instrumente, Gegenstände und Stoffe, die nach der Anwendung verbraucht sind oder die der Kranke zur weiteren Verwendung behält,
- Kosten für Einmalinfusionsbestecke, Einmalinfusionskatheter, Einmalinfusionsnadeln und Einmalbiopsienadeln.

§ 11 Abs. 7 AOP-Vertrag (Auffangtatbestand Arzneimittel)

Arzneimittel über 40 €, die nicht von Abs. 2 – 5 erfasst sind,
d.h. auf die keine andere Vergütungsregelung in § 11 AOP-Vertrag anwendbar ist

Vergütung anhand der Lauertaxe mit Abschlag von 25 % zzgl. Mehrwertsteuer

Sonderregelung (Abs. 8) für Photosensibilisatoren bei der Photodynamischen
Therapie und Hormonpräparate bei Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung

**Wie läuft die Lieferung und Vergütung von Medizinprodukten
als Sachkosten im Rahmen von AOP ab?**



- Beschaffung der Medizinprodukte als Sachkosten durch das Krankenhaus, § 11 Abs. 1 AOP-Vertrag
- Bezahlung der Rechnung des Lieferanten für die Medizinprodukte durch das Krankenhaus
- Abrechnung des Krankenhauses mit der für den Patienten zuständigen Krankenkasse
- Vergütung durch die Krankenkasse auf Grundlage des AOP-Vertrags

Was bedeutet das für die Preisgestaltung?

- **Lieferanten sind in der Preisgestaltung des Vertriebs von Medizinprodukten als Sachkosten im Rahmen von AOP gem. § 115 b SGB V grundsätzlich frei**
- **Kunden sind die Krankenhäuser**
 - sind an kostengünstigem Erwerb interessiert, da die Erstattung grundsätzlich nicht nach dem Rechnungsbetrag erfolgt, sondern davon unabhängig
 - im Sonderfall der Erstattung aufgelisteter Sachmittel nach dem Rechnungsbetrag gem. § 11 Abs. 5 AOP-Vertrag hat das Krankenhaus das Wirtschaftlichkeitsgebot zu wahren

- **Bedeutung des Wirtschaftlichkeitsgebot für den Bezug der Sachmittel nach § 11 Abs. 5 durch das Krankenhaus**
 - das Krankenhaus muss die Sachmittel nach dem Grundsatz einer ausreichenden, zweckmäßigen und im engeren Sinne wirtschaftlichen Versorgung beziehen
 - kommen mehrere erstattungsfähige, medizinisch gleichwertige Sachmittel für die verschiedenen Therapieoptionen in Betracht, ist danach zu entscheiden, welches Präparat am preisgünstigsten ist
 - Außerdem müssen hier jegliche Rabatte weitergegeben werden (§ 11 Abs. 6 AOP-Vertrag), Ausnahme Barzahlungsrabatt (Preisnachlass bei fristgerechter Zahlung) unter 3 %

Welche Auswirkungen haben Hybrid-DRG's?

Was ist der Hintergrund?

- Internationaler Vergleich zeigt, dass in Deutschland noch große Ambulantisierungspotenziale bestehen
- Mit Vergütung, deren Höhe zwischen ambulanten (EBM) und stationären (DRG) Niveau liegt, soll ambulante Leistungserbringung incentiviert und unnötiger stationärer Behandlungsaufwand vermieden werden
- § 115f SGB V (Spezielle sektorengleiche Vergütung)
- Verordnung über eine spezielle sektorengleiche Vergütung (**Hybrid-DRG-Verordnung**) vom 19. Dezember 2023 (gültig bis zum 31. Dezember 2024)
- Vereinbarung zu der speziellen sektorengleichen Vergütung (HybridDRG) gemäß § 115f SGB V für das Jahr 2025 vom 18. Dezember 2024 (**Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung**)
- Vereinbarung zur Umsetzung des Abrechnungsverfahrens der speziellen sektorengleichen Vergütung gemäß § 115f SGB V (Hybrid-DRG) im Rahmen der Datenübermittlung gemäß § 301 Absatz 1 und 2 SGB V (**Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung**)
- Vereinbarung zur Umsetzung des Abrechnungsverfahrens der speziellen sektorengleichen Vergütung gemäß § 115f SGB V (**Hybrid-DRG-AV**)

- In Anlage 2 der Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung) gibt es 22 Hybrid-DRG, die Vertrags- und Klinikärzte abrechnen können
- Neu hinzu gekommen sind Hybrid-DRG für Eingriffe an Analfisteln, endoskopische Eingriffe an Galle, Leber und Pankreas, Eingriffe an Hoden und Nebenhoden sowie Lymphknotenbiopsien
- Sofern Hybrid-DRG existiert, muss diese abgerechnet werden / Abrechnung über andere Regime (EBM / AOP) ausgeschlossen (vgl. § 5 Abs. 1)
- Die in der Anlage 2 aufgeführten Hybrid-DRGs sind für die gesamte Dauer der erbrachten Leistungen insgesamt einmal berechnungsfähig (vgl. § 5 Abs. 4)
- Mit Hybrid-DRG sind alle Leistungen und Aufwände im Zusammenhang mit der Behandlung des Versicherten abgegolten; Abrechnung von weiteren Entgelten ist ausgeschlossen (§ 5 Abs. 5 Nr. 1)

- Mit Hybrid-DRG sind sämtliche Aufwände im Zusammenhang mit Behandlung abgegolten, auch Sachkosten und Arzneimittel
- Gesonderte Sachkostenabrechnung nicht möglich
- Ausnahme gemäß § 5 Abs. 5 Nr. 9 allein für Sprechstundenbedarf
- In der Hybrid-DRG-Weiterentwicklungsvereinbarung sollen Regelungen zur angemessenen Abbildung der Streuung der Sach- und Laborkosten in den Fallpauschalen vereinbart werden

Die aktuelle Hybrid-DRG-Regelungen

Deutsche Krankenhausgesellschaft, GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung

Fassung mit Stand 25. November 2025

Zusammengefasste Regelungen zu § 115f SGB V (Hybrid-DRG) für das Jahr 2026 gemäß den Beschlüssen des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!