



AOP-KATALOG 2026

AMBULANTES OPERIEREN IM KRANKENHAUS – ZUKUNFT ODER AUSLAUFMODELL?

Franz + Wenke GmbH

Prof. Dr. med. Dominik Franz
d.franz@dasgesundheitswesen.de

Mendelstraße 11
Tel.: 0251-149 824 10



Andreas Wenke
a.wenke@dasgesundheitswesen.de

48149 Münster
www.dasgesundheitswesen.de



FRANZ + WENKE
Beratung im Gesundheitswesen



Die Unternehmen der
Medizintechnologie
www.konrad.de

Webinar
21. April 2026

AOP-Katalog 2026 Ambulante Operationen im vertragsärztlichen Bereich

Ambulantes Operieren im Krankenhaus – Zukunft oder
Auslaufmodell?

13:45 - Teilnehmerregistrierung und Technik-Check

14:00 - Begrüßung und Einführung

Olaf Winkler

14:05 - Der neue AOP-Katalog

Prof. Dr. med. Dominik Franz & Andreas Wenke

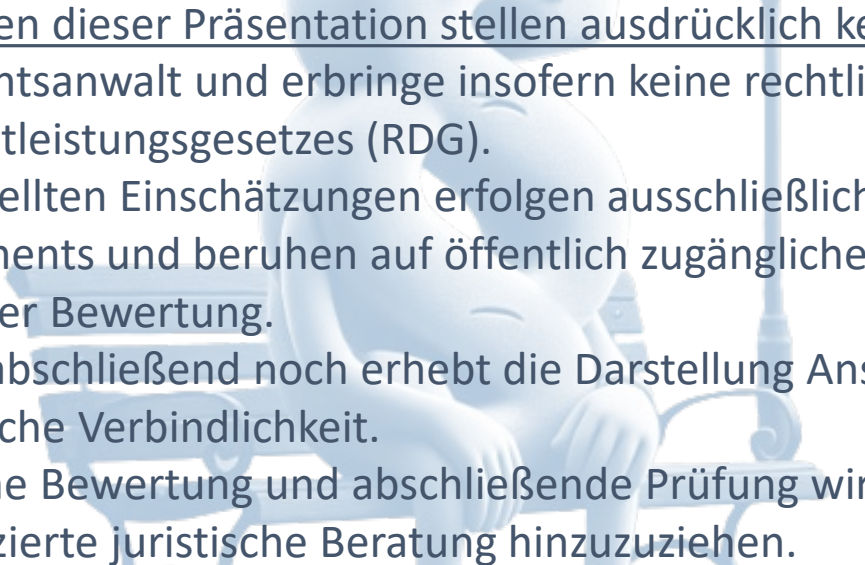
- Welche Erweiterungen fanden statt?
- Welche Leistungsbereiche und Indikationen sind betroffen?
- Was ist jetzt wichtig?
- Wo sind die Schnittstellen zu EBM und Hybrid-DRGs? Herausforderung für Med-Tech-Hersteller
- Auswirkungen auf die stationäre Leistungserbringung

15:45 - Fragen der Teilnehmer:innen

16:00 - Ende

Weil wir uns immer wieder in Grenzbereichen bewegen

Hinweis / Disclaimer:

- Die Ausführungen dieser Präsentation stellen ausdrücklich keine Rechtsberatung dar.
 - Ich bin kein Rechtsanwalt und erbringe insofern keine rechtliche Beratung im Sinne des Rechtsdienstleistungsgesetzes (RDG).
 - Die hier dargestellten Einschätzungen erfolgen ausschließlich aus Sicht des medizinischen Managements und beruhen auf öffentlich zugänglichen Informationen sowie eigener fachlicher Bewertung.
 - Sie sind weder abschließend noch erhebt die Darstellung Anspruch auf Vollständigkeit oder rechtliche Verbindlichkeit.
 - Für die rechtliche Bewertung und abschließende Prüfung wird ausdrücklich empfohlen, eine qualifizierte juristische Beratung hinzuzuziehen.
- 



AOP - ABGRENZUNGEN

Stationär, Hybrid und AOP §115b

Stationär:

- Abrechnung nach DRG mit den Kostenträgern, Datenübermittlung über §301 (RECH)
- der Patient wird in die Strukturen der Klinik komplett integriert
- Sachkosten in den aG-DRGs enthalten, z. T. additiv über Zusatzentgelte vergütet

Hybrid:

- VWD maximal 2 BT
- Hybrid-DRG-Pauschale für ausgewählte Eingriffe
- PCCL <3, Pflegegrad > 3, Alter < 18J.
- Ausschluss Kontextfaktoren
- Sachkosten in Hybrid-DRGs enthalten, keine Zusatzvergütung

AOP §115b:

- Abrechnung nach EBM direkt mit den Kostenträgern, Datenübermittlung über §301er (AMBO)
- der Patient wird nur teilweise in die Strukturen der Klinik integriert (Ambulanz, Zentral-OP, Aufwachraum...) oder außerhalb der Krankenhausstruktur in einem ambulanten OP-Zentrum der Klinik
- kann nur von Kliniken erbracht werden, die in den Fachbereichen auch bettenführende Abteilungen haben
- OPS-Kodes müssen über die offizielle Meldeliste der Klinik gemeldet werden
- OPS muss im AOP-Katalog aufgeführt sein
- Sachkosten über Pauschalen abgebildet oder separat abrechenbar



AOP 2026

Änderungen AOP-Katalog 2026 - Zusammenfassung

- Der AOP-Katalog 2026 bringt keinen vollständigen Neustart des Systems, aber er enthält technisch relevante Änderungen
- Der wichtigste Punkt ist die Verzahnung von OPS 2026, Anhang 2 zum EBM und AOP-Abrechnung
- Besonders relevant ist die neue Behandlung von Seitenlokalisationen bei paarigen Organen bzw. Körperteilen
- Für MedTech-Anwender ist das relevant, weil Änderungen in der Kodierlogik sehr schnell zu Änderungen in Dokumentation, IT-Mapping, Fallzählung, Marktanalysen und Wirtschaftlichkeitsbewertungen führen können
- Neuer OPS hinzugefügt:
OPS 5-569.62 – Injektion bei Ostiuminsuffizienz: Transurethral

Regelmäßige Überarbeitung des AOP-Katalogs

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung § 115b Ambulantes Operieren im Krankenhaus

§ 1: „(...) Die Vereinbarung nach Satz 1 ist mindestens alle zwei Jahre, erstmals zum 31. Dezember 2023, durch Vereinbarung an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen.(...)“



Während der ambulante OP-Katalog bisher nur in Ausnahmefällen angepasst wurde, findet sich seit der Neufassung eine, wenn auch meist nur noch mäßige Anpassung im Jahresrhythmus.

OPS-Änderung: Kodierung der Beidseitigkeit OPS

Bilaterale Prozeduren

Der OPS sieht für Prozeduren an paarigen Organen oder Körperteilen die Angabe eines Zusatzkennzeichens für die Seitigkeit (R=rechts, L=links) verpflichtend vor. Wenn eine Prozedur beidseitig durchgeführt wird, ist jeweils ein Kode für die linke und für die rechte Seite anzugeben.

Allgemeine Änderungen

Um eine einheitliche Anwendung der Zusatzkennzeichen für die Seitenangabe im Zusammenhang mit der Zählung von Implantaten (z.B. im Codebereich 8-84 „(Perkutan-)transluminale Stentimplantation“) sicherzustellen, wurde das Zusatzkennzeichen „B für beidseitig“ gestrichen. Es verbleiben nur noch die Zusatzkennzeichen für links und rechts.

Operationen- und Prozedurenschlüssel Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (OPS), Stand: 17. Oktober 2025

Änderungen AOP-Katalog 2026

Allgemeines zur Aktualisierung (ab 1. Januar)

- Jährliche Anpassung des Anhangs 2 zum EBM an den neuen OPS durch den Bewertungsausschuss
- Enthält alle ambulant bzw. belegärztlich abrechenbaren Operationen (Kapitel 31.2 und 36.2)
- Aktualisierung: neue OPS-Kodes, Streichungen ungültiger Kodes, redaktionelle Änderungen

Neuregelung: Seitenlokalisierung bei paarigen Organen

- Bei beidseitigen Eingriffen: künftig zweifache OPS-Angabe (je ein Kode mit „R“ und „L“)
- Neue Kennzeichnung im Anhang 2: „P“ für paarig (vorher „B“ für beidseitig)
- „J“ bleibt als Kennzeichnung bestehen, wenn eine Seitenangabe generell erforderlich ist
- Hintergrund: OPS streicht das Seitenkennzeichen „B“
- Sicherstellung: weiterhin höher bewertete GOP bei beidseitigen Eingriffen an paarigen Organen

Änderungen AOP-Katalog 2026

Änderungen bei Operationen an den Augenmuskeln

- Keine Seitenangabe mehr erforderlich
- OPS 2026 entfernt Seitenlokalisierung für Augenmuskel-OPs
- OPS-Kode richtet sich nur noch nach der Gesamtzahl der operierten Muskeln
- Kennzeichnung im Anhang 2 künftig: „N“ = keine Seitenangabe erforderlich (vorher „J“)
- Folge: keine Abrechnung als Simultaneingriff mehr möglich

Bei OPS-Kodes mit dem Kennzeichen „P“ für „Paarig“ ist bei einem beidseitigen Eingriff in einer Sitzung der entsprechende OPS-Kode pro Seite jeweils mit dem Zusatzkennzeichen für die Seitenlokalisierung „R“ und „L“ zu übermitteln. Für diesen beidseitigen Eingriff ist die im Anhang 2 unter der Rubrik „OP-Leistung“ ausgewiesene Gebührenordnungsposition abzurechnen.

Beispiel Augenheilkunde (Quelle: KBV)

Beispiel: Kombinierte Operationen der Augenmuskeln

Für kombinierte Operationen an den Augenmuskeln mit den Codes 5-10k.0, 5-10k.1, 5-10k.2, 5-10k.3, 5-10k.4, 5-10k.5, 5-10k.6, 5-10k.7, 5-10k.8 und 5-10k.9 die in der Rubrik „Seite“ mit einem „N“ gekennzeichnet sind, gilt: Alle Augenmuskeln werden zusammgezählt und entsprechend der Anzahl der operierten Muskeln der spezifische OPS-Kode verschlüsselt – unabhängig davon, ob ein Auge oder beide Augen operiert werden.

Beispiel: Es werden insgesamt 4 gerade Augenmuskeln operiert (2x gerade links und 2x gerade rechts).

OPS-Kode	Seite	Bezeichnung	Kategorie	OP-Leistung
5-10k.1	N	Kombinierte Operationen an den Augenmuskeln: Operation an mindestens 3 geraden Augenmuskeln	U3	31323 (belegärztlich: 36323)

Hinweis: Die Möglichkeit, die Eingriffe aus dem oben genannten Bereich als Simultaneingriffe abzurechnen entfällt. Es ist nicht mehr ersichtlich, ob ein- oder beidseitig operiert wird.

Allgemeine Neuerungen AOP nach §115b SGB V / 2026

- Der Orientierungswert wurde auf 12,7404 Cent angehoben (KV-Bereich). Im Bereich ambulanter Operationen nach §115b wird der Punktwert in jedem Bundesland zwischen den Krankenkassen und der Krankenhausgesellschaft verhandelt
- Förderzuschläge aus 2023 bleiben bestehen
- Frakturzuschläge für bestimmte Frakturversorgungen bleiben ebenfalls bestehen



INHALTE DES AOP-VERTRAGS NACH §115B SGB V

Wie kommt der Patient in Ihre Klinik?

- Überweisung durch einen niedergelassenen Arzt
- Wenn der Patient direkt in Ihre Klinik kommt, entscheidet der behandelnde Klinikarzt über die Art der ambulanten Leistung nach § 115b SGB V
- Der AOP-Katalog verpflichtet nicht zur Durchführung einer ambulanten OP. Der behandelnde Klinik-Arzt entscheidet unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes des Patienten ob ein Eingriff ambulant oder stationär durchgeführt werden kann. **Der behandelnde Arzt ist ebenfalls verpflichtet sich zu vergewissern, dass der Patient nach einer ambulanten OP im häuslichen Umfeld anschließend angemessen versorgt wird. Wichtig: Dokumentation!!!**

Vor dem Eingriff...

- Der überweisende Arzt stellt dem durchführenden Arzt und dem Anästhesisten die Unterlagen zur Verfügung, welche für den geplanten Eingriff von Bedeutung sind
- Sind zusätzliche Untersuchungen notwendig, welche durch das Krankenhaus erbracht werden, werden diese Leistungen von den Kostenträgern vergütet (Sonographie, Labor, EKG, Röntgen...)
- Leistungen, welche nicht vom Krankenhaus erbracht werden können (z. B. Bildgebung), aber notwendig für den Eingriff sind, können an einen niedergelassenen Arzt, einen ermächtigten Krankenhausarzt, eine ermächtigte oder zugelassene Einrichtung überwiesen werden
- Erfolgt eine Fallumwandlung ambulant zu stationär können diese erbrachten Leistungen nicht nach § 115b SGB V abgerechnet werden

(§ 4 Präoperative Leistungen)

Vermeidung von Doppelvergütungen AOP vs. stationär

- "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 (in-klusive 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."



Während des Eingriffs...

- Intraoperative Leistungen welche in Zusammenhang mit der Leistung nach § 115b SGB V stehen, können erbracht und abgerechnet werden
- **Histologie, Pathologie, Labor und Sachkosten können separat abgerechnet werden / großer Unterschied zu den Hybrid-DRGs!**

(§ 5 Intraoperative Leistungen)

Nach dem Eingriff...

- Innerhalb 21 Tagen kann durch den durchführenden Krankenhausarzt/ Anästhesisten oder durch fachlich verantwortliche Krankenhausärzte, eine postoperative Kontrolle der eigenen Leistung ohne erneute Überweisung erfolgen.

(§ 6 Postoperative Leistungen)

Wie wird mit der Kasse abgerechnet?

- Die im AOP-Katalog aufgeführten Leistungen werden nach dem zu Grunde liegenden Punktwerten und Punktzahlen des EBM vergütet. Es gelten die Abrechnungsbestimmungen des EBM
- Gibt es Abweichungen zwischen AOP-Vertrag und EBM-Bestimmungen, stehen die im AOP-Vertrag festgelegten Regelungen vor den EBM-Bestimmungen
- Können Leistungen nicht durchgeführt oder vollständig erbracht werden, können nur die Leistungen vergütet werden, welche vollständig erbracht wurden
- Krankenhäuser sind in der Vergütung ambulanter Leistungen, den niedergelassenen Ärzten gleich gestellt.

Besondere Relevanzen: Reoperation

- Definition Reoperation: Wiedereröffnung eines OP-Gebietes zur Behandlung einer Komplikation, Durchführung einer Rezidivtherapie oder Durchführung einer anderen OP in diesem OP-Gebiet
- Reoperation werden, soweit sie nicht schon mit einem eigenen OPS abgebildet sind, mit einem Aufschlag vergütet.
- Für die Abrechnung der Zuschlagspositionen wird zusätzlich zum eigentlichen Eingriff der OPS *5-983 Reoperation* kodiert.
- 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.

Welche Materialien dürfen zusätzlich abgerechnet werden?

- 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 gastrokopischen (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-Reaktoren, 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

Arznei- und Sachmittel werden durch einen pauschalen Zuschlag von 7% auf die gesamte Honorarsumme vergütet. Überschreitet der Preis eines Arzneimittels den Betrag von 40,-€, erfolgt eine Vergütung auf der Grundlage des ausgewiesenen Apotheken-Einkaufspreises mit einem Abschlag in Höhe von 25% zzgl. Mehrwertsteuer.

(§ 11 Vergütung von Sachkosten)

... Sachkostenpauschale bei endoskopischen und arthroskopischen Eingriffen

- Die im Kapitel 40 des EBM ausgewiesenen Kostenpauschalen nach BMÄ sind berechnungsfähig. Die Kostenpauschalen sind nicht in die Honorarsumme zur Berechnung des pauschalen Zuschlags nach Absatz 3 einzurechnen.

Ziffer	Zuschlag zu Ziffer	Entgelt
40750	31141, 31142	122 €
40752	31143, 31144	200 €
40754	31145, 31146, 31147	333 €

- Sachkostenpauschale für endoskopische und arthroskopische Eingriffe der Kategorie E
- Neben den Sachkostenpauschalen dürfen Implantate und Nahtmaterial >25,65 € (-6,25 € Selbstbehalt) abgerechnet werden

... ebenso bei Koronarangiographien sind Sachkostenpauschalen abrechenbar

Ziffer	Zuschlag zu Ziffer	Entgelt
40300	34291	181,50 €
40301	34298	660,00 €
40302	34292	1.058,40 €
40304	34292	690,20 €
40306	34291	2,50 €

Die Kostenpauschale nach 40301 enthält alle Sachkosten, einschl. der Kosten für
Kontrastmittel und Sprechstundenbedarf.

Die Leistungen der FFR werden zu den Leistungen der diagnostischen Herzkatheter hinzugegeben.
= 40300 + 40301

Gliederung des AOP Kataloges §115b SGB V

- **Abschnitt I: Leistungen gemäß §115b SGB V aus Anhang 2 zu Kapitel 31 des EBM:** Leistungen entsprechend der OPS-Kodes. Eingriffe werden in 26 Kategorien unterteilt mit jeweils 7 Schnitt-Naht-Zeit-Gruppen.
- **Abschnitt II: Leistungen gemäß §115b SGB V außerhalb Anhang 2 zu Kapitel 31 des EBM:** Den Leistungen aus Abschnitt II werden EBM-Leistungen zugeordnet. Für einen Teil der OPS-Kodes, wurden zur besseren Vergütungsabbildung EBM-Leistungen aufgenommen, deren obligater Leistungsinhalt nicht bzw. vollständig erbracht werden muss (analoge Anwendung)
- **Abschnitt III: Leistungen gemäß §115b SGB V des EBM ohne OPS-Zuordnung:** z.Bsp.: künstliche Befruchtungen

Die Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 31.2 umfassen:

- sämtliche durch den Operateur erbrachten ärztlichen Leistungen am Operationstag
- Untersuchungen am Operationstag, incl. Beratung
- Verbände, Anpassung von Gipsschienen und anderen Hilfsmitteln
- ärztliche Abschlussuntersuchung(en)
- einen post-operativen Arzt-Patienten-Kontakt ab dem ersten Tag nach der Operation
- Dokumentation(en) und Beratungen einschließlich des Abschlussberichtes an den weiterbehandelnden Vertragsarzt und Hausarzt



AOP - IDENTIFIKATION

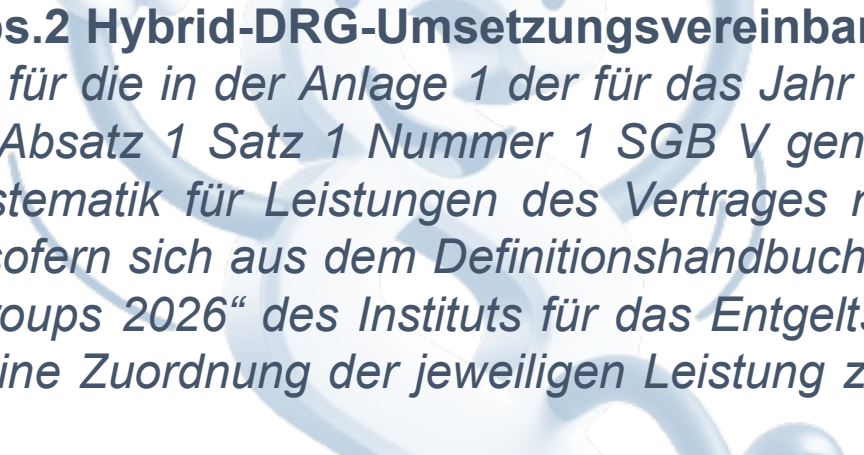


HYBRID-DRG ODER AOP???



WER DIE WAHL HAT, HAT DIE QUAL...
ABER – HABEN WIR EINE WAHL?

KEINE WAHLFREIHEIT – AOP ODER HYBRID-DRG!!!



Für KH gilt § 1 Abs.2 Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung vom 17.12.2025
„Eine Abrechnung für die in der Anlage 1 der für das Jahr 2026 gültigen Vereinbarung nach § 115f Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V genannten Leistungen über die Vergütungssystematik für Leistungen des Vertrages nach § 115b SGB V ist ausgeschlossen, sofern sich aus dem Definitionshandbuch „aG-DRG German Diagnosis Related Groups 2026“ des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus vom 10.12.2025 eine Zuordnung der jeweiligen Leistung zu der jeweiligen Hybrid-DRG ergibt.“

Keine MBeg zur Abgrenzung AOP vs. Hybrid-DRG

- Existiert für Hybrid-DRGs eine Begründungspflicht? (Einige Kassen fordern eine med. Begründung (MBeg) an, da es sich um einen Eingriff nach § 115b handelt und der Patient stationär aufgenommen und mit einer Hybrid-DRG abgerechnet wurde).
- *Die Vergütungspflicht ergibt sich aus § 109 Abs. 4 SGB V i. V. m. dem jeweiligen Landesvertrag.*
- *Ist die Rechnung vollständig, formal prüffähig, korrekt gruppiert, tritt Fälligkeit nach Ablauf der vertraglichen Zahlungsfrist ein (5 Werkzeuge).*
- ***Bei Hybrid-DRG gilt: stationäre Behandlungsbedürftigkeit ist kein Tatbestandsmerkmal.***
- ***Eine MBEG zur stationären Erforderlichkeit ist daher nicht fälligkeitsrelevant.***
- *Bestreitet die Kasse die Fälligkeit allein mit dem Argument „ambulantes Potenzial nicht begründet“, ist das bei Hybrid-DRG kein tragfähiger Fälligkeitsmangel.*
- *Zahlt die Kasse trotz fälliger Rechnung nicht, tritt Verzug ein (§ 286 BGB analog)*
- *Krankenhaus kann Leistungsklage beim Sozialgericht erheben.*
- *Es ist keine vorgelagerte „Widerspruchsstufe“ erforderlich, da es sich um eine Leistungsklage aus dem Vergütungsanspruch handelt.*

Zusammenfassung für einfache Eingriffe (ein OPS-Kode)

OPS	Text		DRG 2025	HYDRG 2026
5-377.50	Implantation HSM, Defi und Ereignis-Rekorders	Defi mit 1KS: Oh atr Det	F01F	F01O
5-377.6		Defi mit 2KS	F01E	F01N
5-377.70		Defi mit biventr Stim: Ohne VHElekt	F01C	F01M
5-377.71		Defi mit biventr Stim: Mit VHElekt	F01C	F01M
5-378.55	Entfernung, Wechsel und Korrektur HSM und Defi	AggrWechsel (oh Änd Sonde): Defi mit 2KS	F02A	F02M
5-378.5c		AggrWechsel (oh Änd Sonde): Defi mit 1KS, ohne atriale Detektion	F02B	F02N
5-378.5d		AggrWechsel (oh Änd Sonde): Defi mit 1KS, mit atrialer Detektion	F02B	F02N
5-378.5e		AggrWechsel (oh Änd Sonde): Defi mit biventr Stim, ohne VHElekt	F02A	F02M
5-378.5f		AggrWechsel (oh Änd Sonde): Defi mit biventr Stim, mit VHElekt	F02A	F02M
5-378.5g		AggrWechsel (oh Änd Sonde): Defi mit SC Elekt	F01C	F01M
5-378.b8	SystUmst HSM auf Defi mit 1KS, ohne atriale Detektion	F01F	F01O	
5-378.ba	SystUmst HSM auf HSM, Defi od intrakard ImpGen: HSM auf Defi mit 2KS	F01E	F01N	
5-378.bb	SystUmst HSM auf Defi mit biventr Stim, ohne VHElekt	F01C	F01M	
5-378.bc	SystUmst HSM auf Defi mit biventr Stim, mit VHElekt	F01C	F01M	
5-378.c0	SystUmst Defi mit 1KS auf Defi mit 2KS	F01E	F01N	
5-378.c1	SystUmst Defi mit 1KS auf Defi mit biventr Stim, ohne VHElekt	F01C	F01M	
5-378.c2	SystUmst Defi mit 1KS auf Defi mit biventr Stim, mit VHElekt	F01C	F01M	
5-378.c5	SystUmst Defi mit 2KS auf Defi mit biventr Stim, ohne VHElekt	F01C	F01M	
5-378.c6	SystUmst Defi mit 2KS auf Defi mit biventr Stim, mit VHElekt	F01C	F01M	
5-378.c9	SystUmst Defi mit biventr Stim auf Defi mit 2KS	F01E	F01N	
5-378.cf	SystUmst Defi mit SC Elekt auf Defi mit 1KS, ohne atriale Detektion	F01F	F01O	
5-378.ch	SystUmst Defi mit SC Elekt auf Defi mit 2KS	F01E	F01N	
5-378.cj	SystUmst Defi mit SC Elekt auf Defi mit biventr Stim, ohne VHElekt	F01C	F01M	
5-378.ck	SystUmst Defi mit SC Elekt auf Defi mit biventr Stim, mit VHElekt	F01C	F01M	
5-378.d4	SystUmst intrakard ImpGen auf Defi mit 1KS, ohne atriale Detektion	F01F	F01O	
5-378.d6	SystUmst intrakard ImpGen auf HSM oder Defi: Intrakard ImpGen auf Defi mit 2KS	F01E	F01N	
5-378.d7	SystUmst intrakard ImpGen auf Defi mit biventr Stim, ohne VHElekt	F01C	F01M	
5-378.d8	SystUmst intrakard ImpGen auf Defi mit biventr Stim, mit VHElekt	F01C	F01M	

F01

F02

AOP-Katalog



Es wird nicht unbedingt einfacher...

5-378.5d Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion

- Ambulant:** Im AOP-Katalog, keine Wahlfreiheit → Hybrid-DRG F02N
- Ab VWD = 3:** Stationäre DRG F02B
 → Sekundäre Fehlbelegungsprüfung → Stationäre DRG ggf. Abschlag (VWD = 1)
KEINE HYBRID-DRG!
 → Primäre Fehlbelegungsprüfung → Hybrid-DRG F02N
 Hier resultiert theoretisch eine AOP-Leistung. Ohne Wahlfreiheit mündet diese Konstellation dann aber auch in die Hybrid-DRG. Das ist nicht unstrittig...
- VWD = 1 od. 2:** Hybrid-DRG F02N
 → Kostenträgerprüfungen primär meist nicht sinnvoll.
- Cave:** Bei strittigem OPS-Kode könnte eine Verschiebung in den AOP-Bereich erfolgen. Was passiert, wenn keine AOP möglich ist, bleibt noch offen. § 8 Abs. 3 KHEntgG¹ bezieht sich streng genommen auf stationäre Fälle. Wenn Hybrid-DRGs aber kein eigener Sektor, sondern nur eine Abrechnungsart sind, dann wäre bei VWD = 1 bzw. 2 prinzipiell ein stationärer Fall vorhanden. Das ist rechtlich aber noch unklar.

¹(3) Hat nach dem Ergebnis einer Prüfung nach § 275c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eine vollstationäre Behandlungsbedürftigkeit nicht vorgelegen, sind die vom Krankenhaus erbrachten Leistungen nach den für vorstationäre Behandlungen nach § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch getroffenen Vereinbarungen zu vergüten, soweit keine andere Möglichkeit zur Abrechnung der erbrachten Leistung besteht.



WICHTIGES SEIT DER „AOP-RENOVIERUNG“ 2024

Erweiterung des AOP-Kataloges 2026

Abschnitt 1: Leistungen gemäß § 115b SGB V aus Anhang 2 zu Kapitel 31 des EBM

Die Zuordnung der jeweils zutreffenden EBM-Leistung erfolgt laut gültigem Anhang 2 des EBM.

OPS 2026	Zusatzkennzeichen 2026(!)	OPS-Text 2026
5-569.62	↔	Andere Operationen am Ureter: Injektion bei Ostiuminsuffizienz: Transurethral

- Mit dem Jahr 2026 kann auch diese Leistung als AOP-Leistung abgerechnet werden.
- Damit entfällt vielfach der Streit um die Leistungserbringung im stationären Rahmen.
- Auch wenn die Vergütung geringer ausfällt als bei einem Tag vollstationär, macht diese Erweiterung das Procedere für manche Kliniken voraussichtlich einfacher.

Neuerungen seit 2024 in den Fachgebieten

Kardiologie

- Kardioversionen wurde 2024 unterjährig in den AOP-Katalog aufgenommen
- zusätzlich zur diagnostischen Herzkatheteruntersuchung und FFR, ist ab dem 01.01.2024 nun auch eine Ballonintervention oder Stentimplantation an **einem** Herzkranzgefäß nach AOP §115b abrechenbar. Die postoperative Nachbeobachtung kann mehr als 6 Stunden (01522) oder über 12 Stunden(01521) betragen

Urologie

- Perkutane oder transrektale Prostatabiopsie mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, jedoch gedeckelt auf < 20 Proben

Schweregradzuschlag bei Frakturen ab 01.01.2024

- Im neuen Anhang 3 ab AOP-Vertrag 2024 werden alle OPS-Kodes mit Frakturzuschlag aufgelistet
- Die Höhe des Zuschlags beträgt ca 20% auf die operative Leistung
- Vertragsärzte **und** Kliniken können die Zuschläge abrechnen

Zuschläge zur AOP-Förderung ab 2023 möglich

- Es wurden seit 2023 zur Förderung der Ambulantisierung sieben Zuschlagspositionen neu in den EBM eingeführt, die jeweils im Zusammenhang mit der Erbringung spezifischer OPS-Kodes stehen, d. h. sobald ein dem jeweiligen Zuschlag zugewiesener OPS-Kode erbracht wird, ist der Zuschlag berechnungsfähig. Die Höhe der Zuschlagsvergütung variiert in Abhängigkeit des jeweiligen Eingriffs. Die Zuschlagsleistungen sind auch für Krankenhäuser berechnungsfähig.

Die unter Nr. 1 dieses Beschlusses aufgeführten Gebührenordnungspositionen werden im Anhang 2 in der neuen Spalte „Zuschlag Förderung“ bei den zugeordneten OPS-Kodes aufgenommen.

3. Aufnahme von Gebührenordnungspositionen in den Anhang 3 zum EBM

GOP	Kurzlegende	EBM Punktzahl	Erlös	Kalkulationszeit [min]	Prüfzeit [min]	Eignung der Prüfzeit
31451*	Zuschlag I	223	28,41 €	KA	./.	Keine Eignung
31452*	Zuschlag II	263	33,51 €	KA	./.	Keine Eignung
31453*	Zuschlag III	360	45,87 €	KA	./.	Keine Eignung
31454*	Zuschlag IV	810	103,20 €	KA	./.	Keine Eignung
31455*	Zuschlag V	961	122,44 €	KA	./.	Keine Eignung
31456*	Zuschlag VI	1.323	168,56 €	KA	./.	Keine Eignung
31457*	Zuschlag VII	1.923	245,00 €	KA	./.	Keine Eignung

Neue Spalte für den Förderungszuschlag seit 2023

OPS 2025	Seite	Bezeichnung OPS 2025	Kategorie	Ambul. Operation	Belegärztl. Operation	Überw.-komplex ambulant	Überw.-komplex belegärztlich	Behandl.komplex Überweisung nur ambulant	Behandl.komplex Operateur nur ambulant	Ambul. Anästh.	Belegärztl. Anästhesie	Zuschlag Förderung
5-057.0	J	Neurolyse und Dekompression eines Nerven mit Transposition: Hirnnerven extrakraniell	O3	31243	36243	31504	36504	31616	31617	31823	36823	31453
5-057.2	J	Neurolyse und Dekompression eines Nerven mit Transposition: Nerven Schulter	O3	31243	36243	31504	36504	31616	31617	31823	36823	31453
5-057.3	J	Neurolyse und Dekompression eines Nerven mit Transposition: Nerven Arm	O2	31242	36242	31503	36503	31614	31615	31822	36822	31452
5-057.4	J	Neurolyse und Dekompression eines Nerven mit Transposition: Nerven Hand	O2	31242	36242	31503	36503	31614	31615	31822	36822	31452
5-057.9	J	Neurolyse und Dekompression eines Nerven mit Transposition: Nerven Fuß	O2	31242	36242	31503	36503	31614	31615	31822	36822	31452
5-214.0	N	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Submuköse Resektion	N1	31231	36231	31502	36502	31656	31657	31821	36821	31452
5-214.3	N	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Septumunterfütterung (z.B. bei Ozaena)	N5	31235	36235	31505	36505	31660	31661	31825	36825	31456
5-214.4	N	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Verschluss einer Septumperforation mit Schleimhaut-Verschiebelappen	N4	31234	36234	31504	36504	31660	31661	31824	36824	31455

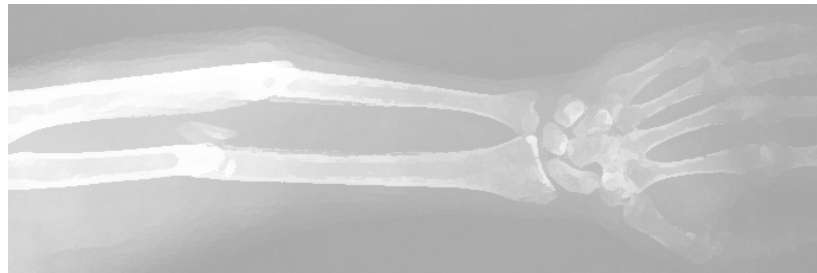
https://www.kbv.de/html/anhang_2.php



Frakturzuschläge als Schweregrad-Abbildung

Eingriffsleistung	Zuschlag Fraktur
85520	1,45 €
85521	2,85 €
85522	7,13 €
85501	27,72 €
85502	45,20 €
85503	67,24 €
85504	89,21 €
85514	105,16 €
85505	134,51 €

- Der Frakturzuschlag sieht für OPS-Kodes des AOP-Vertrages einen Zuschlag auf die Eingriffsleistung in Höhe von 20 % vor
- Dieser Zuschlag findet auf 372 operative bzw. konservative OPS-Kodes Anwendung, die bereits Teil des bestehenden AOP-Kataloges sind.
- Der Zuschlag umfasst Leistungen, die einen Zusammenhang zur Frakturversorgung haben.
- Es existiert eine neue Anlage 3 zum AOP-Vertrag, in welcher die Eingriffsleistungen mit einem OPS-Kode des "Frakturzuschlages" und den jeweiligen berechnungsfähigen Frakturzuschlägen verknüpft sind.
- Ergänzend zu den berechnungsfähigen Entgelten können damit die nebenstehenden Zuschläge über die kodierte Zusatzziffer zusätzlich abgerechnet werden.





OPTIMIERUNG DER AMBULANTEN OP-ABRECHNUNG

Simultaneingriffe

2. Erfolgen mehrere operative Prozeduren unter einer Diagnose und/oder über einen gemeinsamen operativen Zugangsweg, so kann nur der am höchsten bewertete Eingriff berechnet werden.
3. Abweichend von 2. kann bei Simultaneingriffen (zusätzliche, vom Haupteingriff unterschiedliche Diagnose und gesonderter operativer Zugangsweg) die durch das OP- und/oder das Narkoseprotokoll nachgewiesene Überschreitung der Schnitt-Naht-Zeit des Haupteingriffes durch die zusätzliche Berechnung der entsprechenden Zuschlagspositionen berechnet werden. Die berechnungsfähige Höchstzeit bei Simultaneingriffen entspricht der Summe der Zeiten der Einzeleingriffe. Als Berechnungsgrundlagen für Simultaneingriffe gelten folgende Zeiten:
 - Kategorie 1: 15 Minuten,
 - Kategorie 2: 30 Minuten,
 - Kategorie 3: 45 Minuten,
 - Kategorie 4: 60 Minuten,
 - Kategorie 5: 90 Minuten,
 - Kategorie 6: 120 Minuten.

Wesentlich für die Abrechnung:

- Eine Diagnose – eine GOP
- Ein Zugang – Eine GOP
- Für jede Prozedur, die abgerechnet werden soll, braucht es eine eigenständige ICD
- Definition Haupteingriff – der Eingriff, der am höchsten bewertet wird

Simultaneingriffe

2. Erfolgen mehrere operative Prozeduren unter einer Diagnose und/oder über einen gemeinsamen operativen Zugangsweg, so kann nur der am höchsten bewertete Eingriff berechnet werden.
3. Abweichend von 2. kann bei Simultaneingriffen (zusätzliche, vom Haupteingriff unterschiedliche Diagnose und gesonderter operativer Zugangsweg) die durch das OP- und/oder das Narkoseprotokoll nachgewiesene Überschreitung der Schnitt-Naht-Zeit des Haupteingriffes durch die zusätzliche Berechnung der entsprechenden Zuschlagspositionen berechnet werden. Die berechnungsfähige Höchstzeit bei Simultaneingriffen entspricht der Summe der Zeiten der Einzeleingriffe. Als Berechnungsgrundlagen für Simultaneingriffe gelten folgende Zeiten:
 - Kategorie 1: 15 Minuten,
 - Kategorie 2: 30 Minuten,
 - Kategorie 3: 45 Minuten,
 - Kategorie 4: 60 Minuten,
 - Kategorie 5: 90 Minuten,
 - Kategorie 6: 120 Minuten.

Simultaneingriff:

- Neue Diagnose
- Neuer Zugangsweg oder Erweiterung des Zugangswegs
- Bei arthroskopischen oder endoskopischen Eingriffen Wechsel der Portale
- Dokumentation der Schnitt-Naht-Zeiten. Zuschläge für Simultaneingriffe sind erst bei Überschreitung der Kalkulationszeit abrechenbar

Simultaneingriffe

2. Erfolgen mehrere operative Prozeduren unter einer Diagnose und/oder über einen gemeinsamen operativen Zugangsweg, so kann nur der am höchsten bewertete Eingriff berechnet werden.
3. Abweichend von 2. kann bei Simultaneingriffen (zusätzliche, vom Haupteingriff unterschiedliche Diagnose und gesonderter operativer Zugangsweg) die durch das OP- und/oder das Narkoseprotokoll nachgewiesene Überschreitung der Schnitt-Naht-Zeit des Haupteingriffes durch die zusätzliche Berechnung der entsprechenden Zuschlagspositionen berechnet werden. Die berechnungsfähige Höchstzeit bei Simultaneingriffen entspricht der Summe der Zeiten der Einzeleingriffe. Als Berechnungsgrundlagen für Simultaneingriffe gelten folgende Zeiten:
 - Kategorie 1: 15 Minuten, 1 SME
 - Kategorie 2: 30 Minuten, 2 SME
 - Kategorie 3: 45 Minuten, 3 SME
 - Kategorie 4: 60 Minuten, 4 SME
 - Kategorie 5: 90 Minuten, 5 SME
 - Kategorie 6: 120 Minuten. 6 SME

Simultaneingriff – Dokumentation der Zeiten:

- Entweder durch Operateur oder Anästhesist
- Berechnungsgrundlage 15 Minuten – d.h. der Haupteingriff sollte 15 Minuten überschreiten, der Simultaneingriff muss obligat mindestens 15 Minuten dauern
- Anzahl der Simultaneingriffe von Haupteingriff abhängig

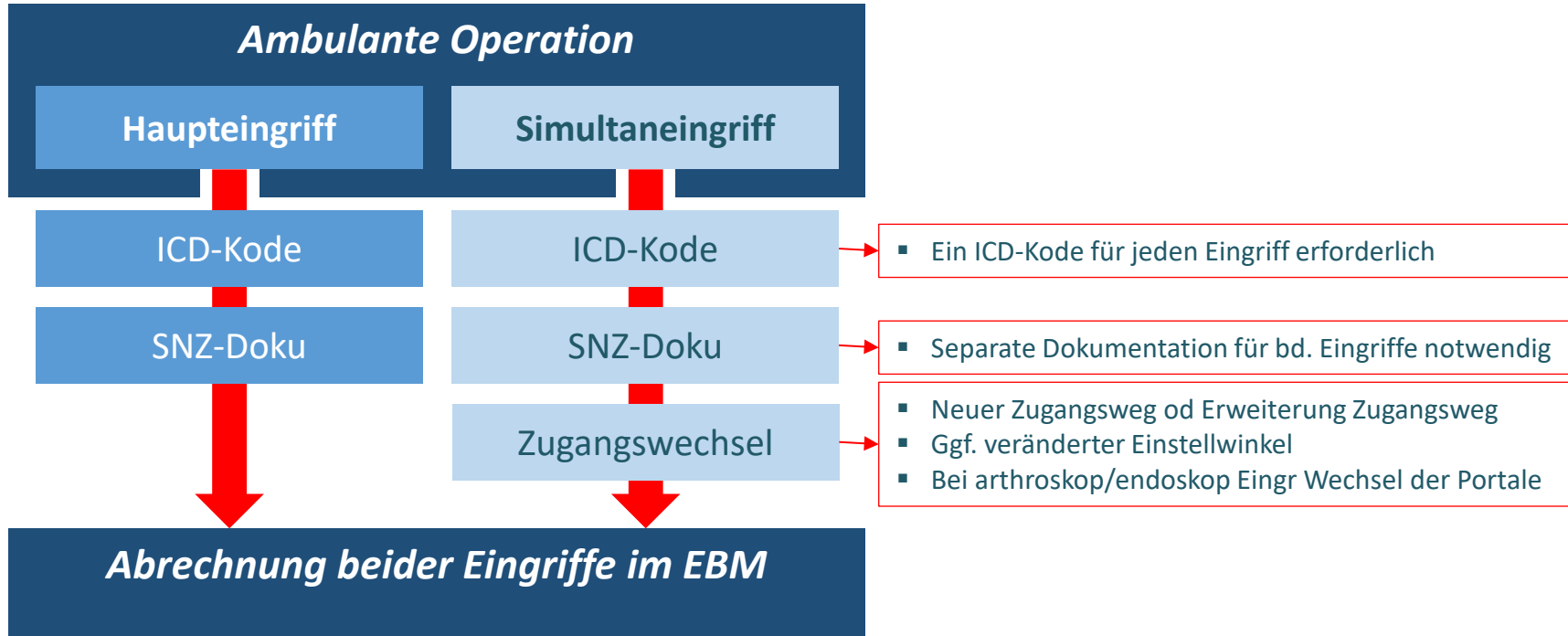
Simultaneingriffe

- **Grundlage**
 - Simultaneingriffe nur aus Abschnitt I des AOP-Kataloges
 - Regelungen: Präambel 2.1 Anhang 2 und Präambel 31.2
- **Ein Simulataneingriff kann abgerechnet werden, wenn**
 - eine 2. OP in derselben Sitzung stattfindet und für diese Zweit-OP eine zusätzlich vom Haupteingriff unterschiedliche Diagnose, ein OPS aus dem AOP-Katalog und ein gesonderter operativer Zugangsweg dokumentiert sind

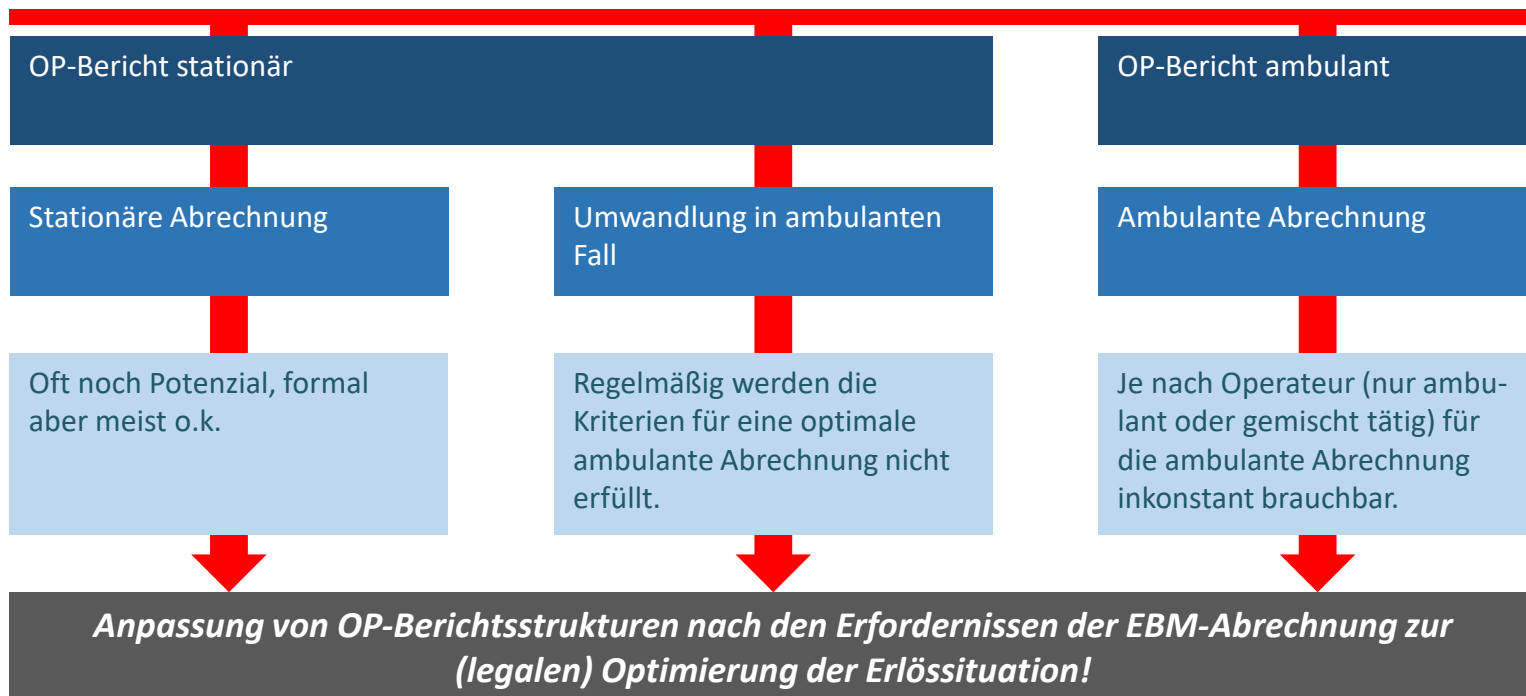
Simultaneingriffe

- **Gesonderte Diagnose?**
 - Seitendifferenz, Etagendifferenz (auch bei gleicher Grunderkrankung)
 - nahegelegenen anatomisch aber differenten Strukturen, die nicht grundsätzlich gemeinsam behandlungsbedürftig sind
- **Gesonderter Zugangsweg?**
 - deutliche Erweiterung des primären Zugangs, die für den Ersteingriff allein nicht erforderlich geworden wäre
 - Eingriff an einem anderen Organsystem bzw. in einer anderen OP-Region
- **OP-Zeiten?**
 - Die Überschreitung der Schnitt-Naht-Zeit des Haupteingriffs durch das OP- oder Narkoseprotokoll muss dokumentiert sein. Wichtig ist auch die Beschreibung von Wechselzeiten

Haupt- und Simultaneingriff – Doku entscheidet!



Optimierung auch beim OP-Bericht oft erforderlich



Dokumentation ist alles

Simultaneingriff:

- Neue Diagnose für den Simultaneingriff erforderlich
- Für jede Prozedur, die abgerechnet werden soll braucht es eine eigenständige ICD
- Neuer Zugangsweg oder Erweiterung des Zugangswegs
- Bei arthroskopischen oder endoskopischen Eingriffen Wechsel der Portale
- Dokumentation der Schnitt-Naht-Zeiten getrennt nach Haupt- und Simultaneingriff

Simultaneingriff – Dokumentation der Zeiten:

- Dokumentation entweder durch Operateur oder Anästhesist
- Berechnungsgrundlage 15 Minuten – d.h. der Haupteingriff sollte 15 Minuten überschreiten, der Simultaneingriff muss obligat mindestens 15 Minuten dauern
- Anzahl der Simultaneingriffe von Haupteingriff abhängig
- OP-Zeiten sollten vom Operateur dokumentiert werden. Eine Minute kann über viel Erlös entscheiden (Simultaneingriff)
- Diese sollten im Einklang mit den KISS-Daten stehen!

OP-Bericht

Schnitt-Naht-Zeit:

OP-Bericht:

Die Operation erfolgt in Rückenlage mit Anlage der Blutsperre rechts. Nach sterilem Abwaschen hoher anterolateraler Zugang und Rundumblick im Kniegelenk. Retropatellar II.°ige Chondropathie, ebenso in der Gleitbahn. Keine Patellalateralisation. Schaffung eines medialen Arbeitszuganges. Hier zeigt sich bereits in der Pars intermedia ein ausgedehnter Riss des Innenmeniskus mit konsekutivem Knorpelschaden IV.°ig. Die Knorpelglatze wird fotografiert. Weiterer Rundumblick. Vorderes und hinteres Kreuzband sind fest, ebenso auf Hakenzug. Im äußeren Kompartiment noch vergleichsweise unauffällige Knorpelflächen, max. I.° bis II.°ig geschädigt und eine Auffaserung am Außenmeniskus. Dieser ist jedoch fest und ohne größere Risse. Der Innenmeniskusriss wird mit Stanze und Shaver zum Teil reseziert und geglättet. Eine Knorpeltransplantation kommt auch aufgrund des Alters und der Ausdehnung des Defektes in der Hauptbelastungszone nicht in Frage. Mit einer 45°-Stanze werden Pridie-Bohrungen in das Knie eingebracht bis Fettaggen und leichte Blutungen entstehen. Spülung. Abschluss des Eingriffes.

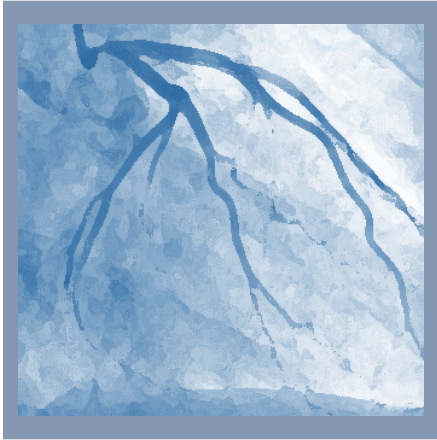
Diagnose:

Innenmeniskusriss (Pars intermedia) mit IV.°igem Knorpelschaden

Therapie:

diagnostische und therapeutische Arthroskopie mit Teilmeniskusresektion und Glättung sowie Pridie-Knocheneröffnung

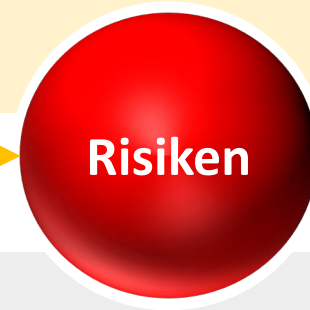
- Abrechnung Simultaneingriff nicht möglich
- Keine Dokumentation SN-Zeit im OP-Bericht
- Simultaneingriff erst ab einer Überschreitung der SN-Zeit von 49min möglich



BEISPIEL ABRECHNUNG INTERVENTIONELLE KARDIOLOGIE

Erweiterung des AOP-Kataloges für die Kardiologie seit '24

OPS	OPS-Text			Neu seit 2024
8-837.00	PT GefInterv Herz u KorGef	Ballon-Angioplastie	Eine Koronararterie	X
8-837.k0		Einlegen eines nicht medikamentefreisetzenden Stents	Ein Stent in eine Koronararterie	X
8-837.m0		Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents	Ein Stent in eine Koronararterie	X

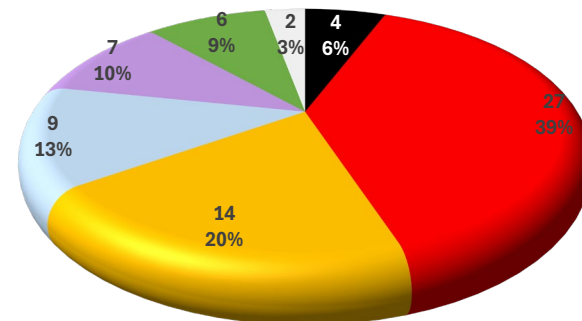


- Leistung kann mit geringeren Kosten erbracht werden.
- Ambulante Leistungserbringung auch für Krankenhäuser möglich.
- Ggf. Abrechnung höher als kurzstationäre DRG

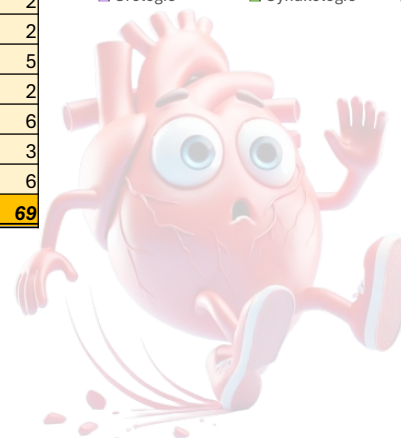
- Verlust der Leistungen aus dem Klinikbudget
- Logistischer Aufwand ist erheblich.
- Ambulante Strukturen und Prozesse oft nicht etabliert.
- Abrechnung teilweise geringer als kurzstationäre DRG

Ein Großteil der Leistungen seit 2026 in den Hybrid-DRGs

Lymphknotenbiopsien	E02M	Q03M	R11M	R14M							4
Diagnost./Koronarinterventionen	F49M	F49N	F49O	F49P	F49Q	F49R					6
	F19M	F24M	F52M	F56M	F56N	F58M	F58N				7
	F95M	F95N									2
Bestimmte Herzschrittmacher und Defibrillatoren	F01M	F01N	F01O	F02M	F02N						5
Ablationen bei Herzrhythmusstörungen	F50M	F50N	F50O								3
Bestimmte Gefäßinterventionen	F59M	F59N	F59O	F59P							4
Exzision Sinus pilonidalis	J09M										1
Bestimmte Hernieeingriffe	G08M	G09M	G09N	G24M	G24N	G24O	G24P	G24Q	G24R		9
Laparoskop. Ingr. an Gallenblase/Blinddarm	H08M	G23M									2
Eingriffe an Analfisteln	G26M	G26N									2
Eingriffe Galle, Leber, Pankreas	H41M	H41N									2
Entfernung Harnleitersteine	L06M	L17M	L17N	L20M	L20N						5
Eingriffe Hoden/Nebenhoden	M04M	M05M									2
Ovariectomien	N05M	N07M	N21M	N21N	N23M	N25M					6
Arthrodesen Zehengelenk	I20M	I20N	I20O								3
Bestimmte Osteosynthesen bei Frakturen	I13M	I13N	I21M	I29M	I31M	I31N					6
											69



■ Onkologie
 ■ Kardio/Angio
 ■ All. Chirurgie
 ■ Unfall/Ortho
■ Urologie
 ■ Gynäkologie
 ■ Gastro



Fall 1: Koronarangiografie ohne weitere Maßnahmen

I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung
1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel

ICD: I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris		
OPS: 1-275.2	Transarterielle Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel		
HKT mit Koronarangiographie	404,51 €	34291 Punkte:	3175
Zusatzp Beobachtung n diagn Koro	111,86 €	01520 Punkte:	878
Zusatzpauschale Kardiologie: Duplex-Echokardiographische Untersuchung	94,15 €	13545 Punkte:	739
Grundpauschale Kardiologie	27,39 €	13541 Punkte:	215
Erlös	637,91 €		
Arznei- und Sachkosten 7%	44,65 €		
Sachkosten für eine Koronarangiografie	181,50 €		40300
Gesamterlös	864,06 €	inkl. 7% Arznei- und Sachkosten	
Materialkosten (-6,25€)	keine, da Sachkostenpauschale 40300		

DRG 2026	BWR	Erlös
F49F	0,678	2.979 €

Abschläge bei Unterschreiten uGVD		
Tag 1 Abschl	1	0,248
Abschl/Tag	0,248	1.090 €
Erlös 1 BT	0,430	1.890 €

DRG 2025	F49G
DRG 2026	F49F

Hybrid-DRG 2026	F49Q	F49R

Hybrid-Erlös 2026	1.928 €	1.144 €
-------------------	---------	---------

F49F

F49P/Q

Fall 2: Koronarangiografie + 1 DES

120.8	Sonstige Formen der Angina pectoris
1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen
8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz u Koronargef: Einlegen eines medikamentefreis Stents in eine Koronararterie

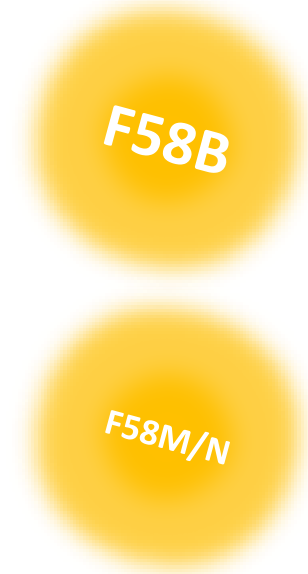
OPS: 8-837.m0	PT Einlegen DES: 1 Stent in eine Koronararterie		
HKT mit Koronarangiographie	404,51 €	34291	Punkte: 3175
Zuschlag Intervention (PTCA, Stent)	484,01 €	34292	Punkte: 3799
Zusatzp Beob/Betr (Vereinb z inv Kardio gem § 135 Abs. 2 SGB V)	166,52 €	01522	Punkte: 1307
Grundpauschale Kardiologe	27,39 €	13541	Punkte: 215
Erlös	1.082,43 €		
Arznei- und Sachkosten 7%	75,77 €		
Sachkosten für eine Koronarangiografie	181,50 €	40300	
Sachkosten für PTCA / Stent an einem Gefäß bei Koronarangiografie	1.058,40 €	40302	
Gesamterlös	2.398,10 €	inkl. 7% Arznei- und Sachkosten	
Materialkosten (-6,25€)	keine, da Sachkostenpauschale 40300		

DRG 2026	BWR	Erlös
F58B	0,898	3.946 €

Abschläge bei Unterschreiten uGVD		
Tag 1 Abschl	1	0,306
Abschl/Tag	0,306	1.345 €
Erlös 1 BT	0,592	2.601 €

DRG 2025	F58B
DRG 2026	F58B

Hybrid-DRG 2026	F58M	F58N
Hybrid-Erlös 2026	2.939 €	2.310 €





ZUSATZENTGELTE UND KONTEXTFAKTOREN

Kontextfaktoren sind nicht gleich Kontextfaktoren



Kontextfaktoren AOP – einfach und insuffizient

Linksherzkatheter mit 3 Stents – wo die AOP-Logik *nicht* aufgeht

OPS 1-275*

Linksherzkatheter (AOP-Zugangskriterium)

 OPS 1-275*

Kein Stent



Hybrid-DRG

- AOP-Katalog positiv.
 - Gleichzeitig Hybrid-DRG-relevant.
- keine Wahlfreiheit nach § 115f SGB V.

 OPS 8-837.m0

OPS 8-837.m0



Hybrid-DRG

- Eindeutige Hybrid-Zuordnung.
 - AOP-System ohne Relevanz.
- algorithmisch, prüfbar.

 OPS 8-837.m3

OPS 8-837.m3

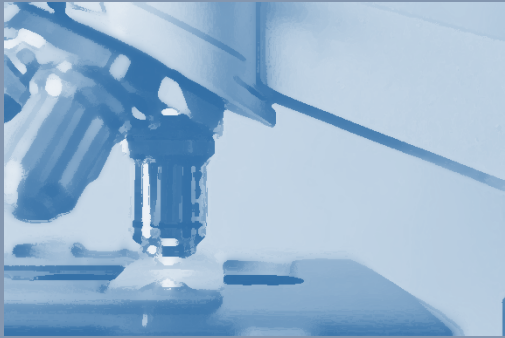


Stationäre DRG

- Linksherzkatheter = AOP-Zugangskriterium.
 - Stentimplantation = kein AOP-Kriterium.
- Weder Hybrid-DRG noch AOP sicher stationär.

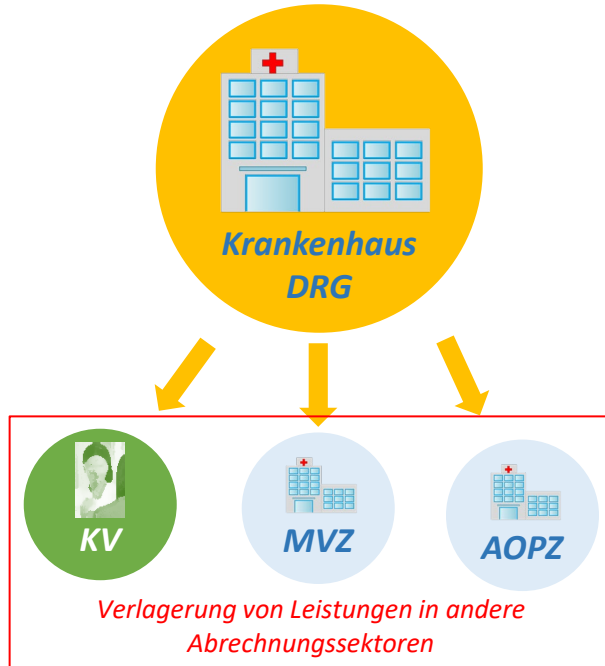
Medizinisch konsequent – systemisch offen.

Die ausgedünnten AOP-Kontextfaktoren bilden die Eskalation bei komplexen PCI-Fällen nicht vollständig ab.



DIE MEDTECH-PERSPEKTIVE

Zuständigkeiten werden sich verschieben



- Viele Leistungen werden den bisherigen Leistungssektor verlassen.
- Dabei werden auch die Leistungserbringer andere werden.
- Solange Leistungen am Krankenhaus verbleiben, wird sich am Einkauf voraussichtlich nicht viel ändern.
- Spätestens bei Verlagerung in den KV-Bereich kommen aber für viele Produkte auch andere Kontakte zum Tragen.

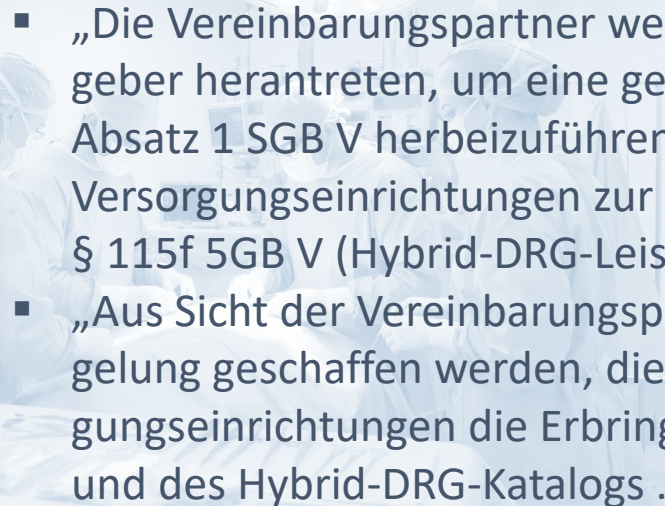
Sachkostenthema auch immer von Bedeutung



- Sachkosten im ambulanten Sektor oftmals zusätzlich vergütet.
- Dabei muss der Wirtschaftlichkeitsgrundsatz beachtet werden.
- Viele im AOP-Bereich etablierten Leistungen sind dabei nicht unkritisch hinsichtlich der Sachkostenabrechnung.
- Hier muss neben der Einzelsachkostenabrechnung auch immer das Vorhandensein von Sachkostenpauschalen geprüft werden.
- Bei den Hybrid-DRGs sieht die Welt bzgl. der Sachkosten wieder anders aus...

SÜV - auch ein wichtiges Thema

Vereinbarung
zu den stationären Leistungen
der sektorenübergreifenden
Versorgungseinrichtungen
gemäß § 115g Absatz 3 SGB V
(süV-Leistungskatalog-Vereinbarung)
vom 02.03.2026

- 
- „Die Vereinbarungspartner werden gemeinsam an den Gesetzgeber herantreten, um eine gesetzliche Klarstellung in § 115h Absatz 1 SGB V herbeizuführen, wonach sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen zur Erbringung von Leistungen nach § 115f 5GB V (Hybrid-DRG-Leistungen) berechtigt sind.“
 - „Aus Sicht der Vereinbarungspartner sollte eine gesetzliche Regelung geschaffen werden, die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen die Erbringung von Leistungen des AOP- und des Hybrid-DRG-Katalogs ... ermöglicht.“

Bei unklarer Rechtslage vermutlich restriktive Umsetzung

Obwohl § 115b SGB V AOP-Leistungen durch Krankenhäuser grundsätzlich erlaubt, gehen die maßgeblichen Vertragspartner selbst davon aus, dass für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen derzeit keine hinreichend abgesicherte Rechtsgrundlage besteht; ohne gesetzliche Klarstellung sind AOP- und Hybrid-DRG-Leistungen daher rechtlich hoch angreifbar.



- Das bedeutet, dass Kliniken mit Umwandlung in eine SÜV vermutlich (vorerst?) nicht mehr an der operativen Versorgung teilnehmen werden.
- Für den AOP-Bereich ist das durchaus aus der gesetzlichen Situation nicht eindeutig ablesbar, da Krankenhäuser für die Leistungen nach §115b SGB V zugelassen sind.
- Der Vertrag zur AOP fordert allerdings eine Zulassung im stationären Rahmen als Voraussetzung zur AOP-Leistung.
- Damit wäre erst einmal die Selbstverwaltung in der Pflicht, diesen Punkt aufzulösen...

Die Folgen bleiben abzuwarten...



- Wo nicht operiert wird, wird auch kein Material benötigt.
- Merkwürdig nur, dass der KV-Arzt AOP-Leistungen erbringen darf...



FAZIT

Systembruch statt Systemanpassung

Der Markt fragmentiert sich – aber nicht gleichmäßig

- Drei Vergütungslogiken parallel (DRG / Hybrid / AOP) → kein einheitlicher Absatzmarkt mehr
- Leistung wandert nicht nur von stationär nach ambulant, sondern auch:
 - zwischen Sektoren
 - zwischen Leistungserbringern
- Ergebnis: Markt wird kleinteiliger, aber auch selektiver

→ **Implikation: Klassische „Krankenhaus-Vertriebslogik“ reicht nicht mehr**

Ambulantisierung ≠ automatisch Marktverlust

Chancen:

- Neue Settings (MVZ, ambulante Zentren, ggf. SÜV perspektivisch)
- Teilweise bessere Sachkostenrefinanzierung als im DRG-System
- Niedrigere Prozesskosten → ökonomische Argumente für Innovation möglich

Risiken:

- Andere Entscheider (KV-Logik, Wirtschaftlichkeitsgebot)
- Höhere Preissensibilität
- Verlust von „impliziten DRG-Quersubventionen“

Viele Herausforderungen – aber notwendige Produkte!

Fazit für die MedTech-Industrie

Erfolg in einem fragmentierten Markt

Marktdynamik



- ▶ Sektorwechsel
- ▶ Ambulantisierung

Kosten & Kodierung



- ▶ Preisdruck
- ▶ Abrechnungssysteme

Strategische Unsicherheit



- ▶ Regulatorik
- ▶ Flexibilität

Reimbursement & Versorgung als Schlüssel zum Erfolg!



**PATIENT GESUNDHEITSSYSTEM
DIE RICHTIGEN OPERATEURE?**



MedTech

Ihr Produkt im Fokus – unsere Expertise für Market Access und Reimbursement in DACH

Market Access

Unterstützung beim Eintritt neuer Produkte in den Markt.

Reimbursement

Gesundheitsökonomische Analyse und Optimierung der Abbildung bestehender Produkte.

Anträge

Wir begleiten Sie mit fundierter Erfahrung durch komplexe Verfahren.

Inhouse Workshops

Individuell zugeschnittene Trainings für Ihre Teams.

Franz + Wenke.

Beratung im
Gesundheitswesen.

