

Die Unternehmen der
Medizintechnologie :
www.bvmed.de

Informationsbroschüre

Rahmenbedingungen ambulanter Operationen im GKV-System

Wir danken den Autoren, die diese Broschüre in Abstimmung mit dem BVMed (PG MVV) überarbeitet haben:

Rainer Bannenberg, BSN medical GmbH
Susanne Görg, Lohmann & Rauscher GmbH & Co. KG
Jörg Hausburg, Medtronic GmbH
Kerstin Mende, pfm medical ag
Steffi Nawrath, Smith & Nephew GmbH
Daniela Piossek, PAUL HARTMANN AG
Juliane Pohl, Bundesverband Medizintechnologie e. V.
Maren Rohr, Johnson & Johnson MEDICAL GmbH
Olaf Winkler, Bundesverband Medizintechnologie e. V.
Doreen Wunderlich, B. Braun Melsungen AG

© Copyright by
BVMed – Bundesverband Medizintechnologie e. V.
August 2016

Vervielfältigungen, auch auszugsweise, sind nur mit ausdrücklicher Genehmigung des BVMed gestattet.

Alleinverkauf durch:
MedInform c/o BVMed,
Reinhardtstr. 29 b, 10117 Berlin,
Tel.: +49 (0)30 246 255-0
Fax: +49 (0)30 280 416 53
E-Mail: krankenversicherung@bvmed.de

Rahmenbedingungen ambulanter Operationen im GKV-System

Vorwort

Ein operativer Eingriff ist heute nicht zwingend mit einem längeren Krankenhausaufenthalt verbunden. Moderne Narkoseverfahren, Fortschritte in der Medizintechnik und neue Operationsverfahren ermöglichen immer mehr Operationen unter ambulanten Bedingungen. Daraus ergeben sich Vorteile für den Patienten – er muss sein Zuhause nur kurz verlassen und kann in vertrauter Umgebung gesunden. Der gesetzlich vorgeschriebene Grundsatz „ambulant vor stationär“ wird erfüllt und Kosten für das Gesundheitssystem erheblich gesenkt, indem Krankenhausaufenthalte vermieden werden und Diagnosestellung, Operation und Nachbehandlung aus einer Hand erfolgen, sodass keine Doppeldiagnostik anfällt. Außerdem senkt eine ambulante Operation das Infektionsrisiko, weil krankenhaustypische, medizinisch oft problematische Keime (nosokomiale Infektionen) nicht auftreten. Vor die Wahl gestellt, ziehen viele Patienten ambulante Operationen längeren Krankenhausaufenthalten vor.

Seit 1989 hat die Zahl ambulanter Operationen besonders zugenommen. Ambulante Operationen erfolgen in Einzel- bzw. Gruppenpraxen, aber auch in hierfür speziell eingerichteten Zentren sowie Tages- und Praxiskliniken. Bis 1992 war die Durchführung ambulanter Operationen auf den vertragsärztlichen Bereich beschränkt.

Die gesetzliche Grundlage für das ambulante Operieren durch das Krankenhaus hat erstmalig das 1993 in Kraft getretene „Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der Gesetzlichen Krankenversicherung“ (GSG) geschaffen. Der neu eingeführte § 115 b SGB V eröffnete den Krankenhäusern die Möglichkeit, ambulante Operationen durchzuführen. Damit verfolgte der Gesetzgeber klar seine Intention, dem stationären Sektor ambulante Versorgungsformen anzubieten und diese aus der stationären Vergütung herauszunehmen, um sie nach ambulanten Konditionen zu vergüten.

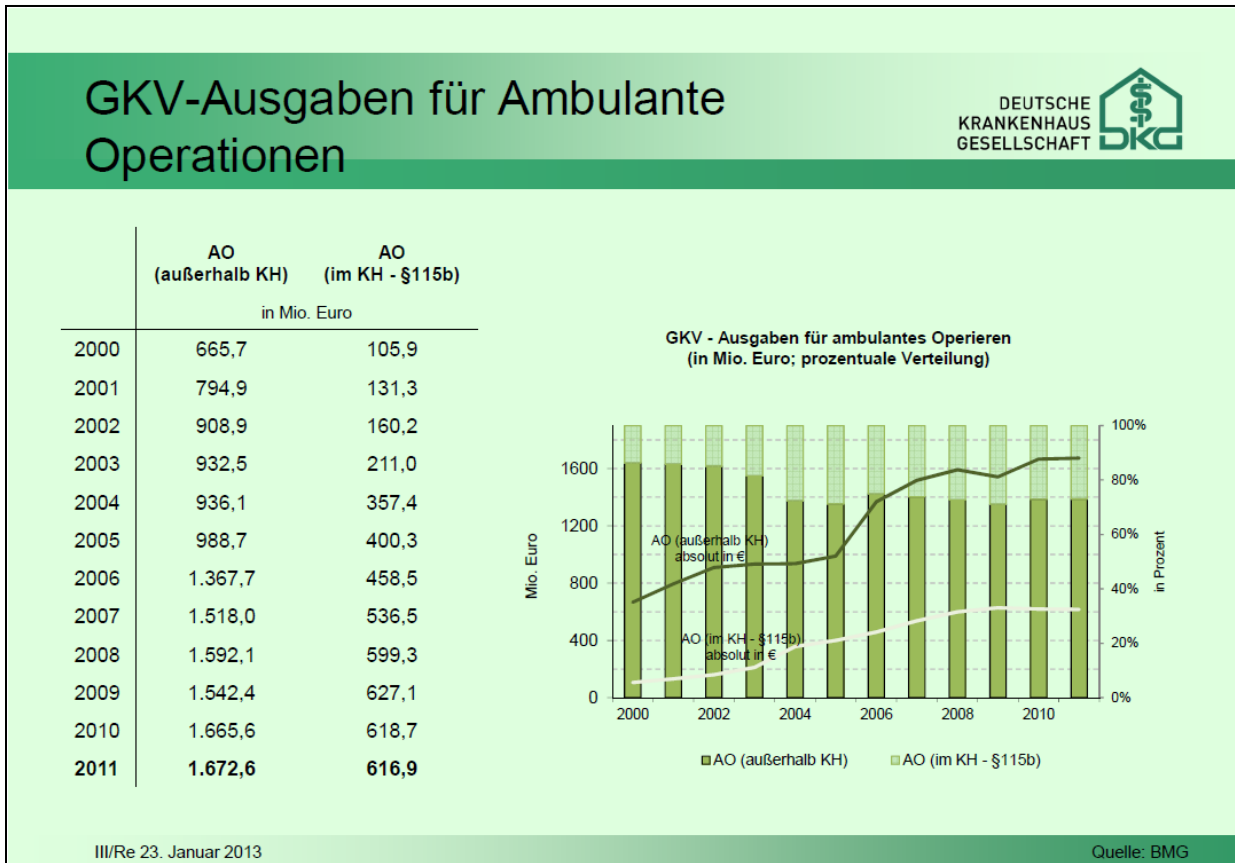
Nicht alle Eingriffe eignen sich dafür, ambulant durchgeführt zu werden. Vertreter von Ärzten, Kliniken und Krankenkassen erarbeiten gemeinsam sowohl einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärsersetzender Eingriffe (Anlage zum AOP-Vertrag) als auch eine Vergütung der jeweiligen Krankenhäuser bzw. Vertragsärzte.

Die Leistungsbewertung des jeweils gültigen Katalogs ambulant durchführbarer Operationen ist im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) definiert. Hier sind auch die Zuschläge für ambulante Operationen in der vertragsärztlichen Versorgung festgelegt, die den besonderen sachlichen und personellen Aufwand abgelten.

Um ambulante Operationen durchführen zu können, müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein. Die räumlichen und hygienischen Anforderungen für ambulante Eingriffe sind im AOP-Vertrag bis ins Detail geregelt. Darüber hinaus ist jede Operation eine Individual-Entscheidung zwischen Arzt und Patient. Ebenso verhält sich dies bei der Entscheidung, ob ein Eingriff unter ambulanten Bedingungen durchgeführt werden kann. Die Eingriffe, die am häufigsten ambulant durchgeführt werden, sind endoskopische Magen-Darm-Spiegelungen, Operationen des grauen Stars, orthopädische und arthroskopische Maßnahmen, Krampfader-Operationen sowie Leistenbruch-Verschlüsse.

Obwohl eine steigende Tendenz bei ambulanten Operationen erkennbar ist, gibt es bislang keine Gesamtstatistik der Eingriffe in Deutschland, nur Statistiken einzelner Institutionen im Rahmen der jeweiligen Abrechnungssystematik.

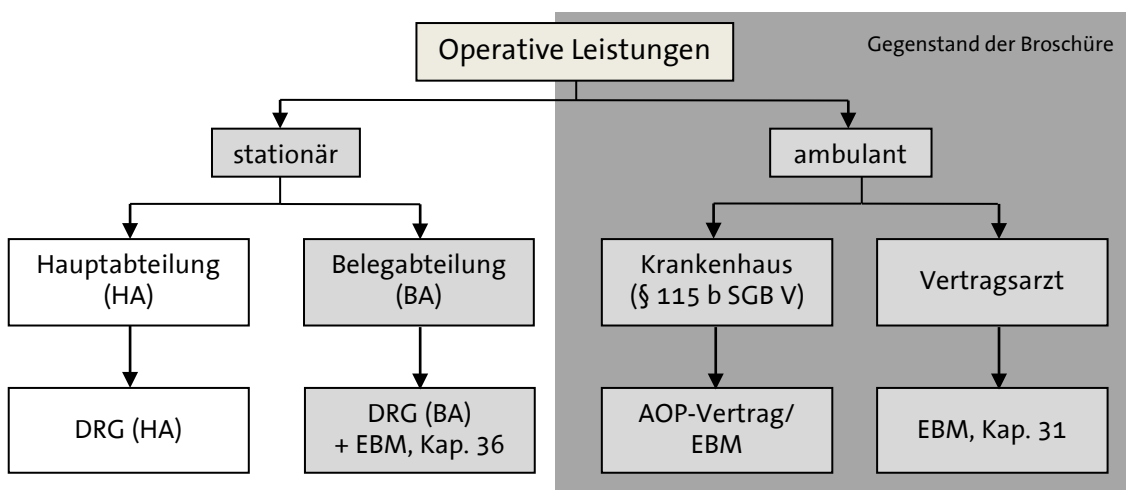
Grafik 1: GKV-Ausgaben für Ambulante Operationen¹



Die o. a. Grafik macht deutlich, dass die Krankenhäuser von ihrer Möglichkeit, Leistungen ambulant durchführen zu können, rege Gebrauch machen. Der medizinisch-technische Fortschritt hat zu dieser Verlagerung von Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich sicherlich beigetragen. Die Folge davon ist, dass die Zahl der ambulanten Operationen, die durch Krankenhäuser durchgeführt wurden, kontinuierlich ansteigt, während die ambulanten Operationen durch Vertragsärzte stagnieren.

Lesen Sie im Folgenden die Grundsätze des ambulanten Operierens sowohl für den Vertragsarzt als auch für den Operateur am Krankenhaus. Detailliert werden die zulassungs-, vertrags- und vergütungstechnischen Rahmenbedingungen dieser Thematik erläutert.

Grafik 2: Vergütung der medizinischen Leistungen beim Ambulanten Operieren



¹ Quelle: Foliensatz der Deutschen Krankenhausgesellschaft
www.dkgev.de/media/file/13108.Foliensatz_Krankenhausstatistik_20130123.pdf

Inhalt

	Seite
Abkürzungsverzeichnis	6
1. Ambulantes Operieren (AOP) durch den Vertragsarzt	7
1.1 Grundsätze des ambulanten Operierens für den Vertragsarzt	7
1.1.1 Rechtsgrundlage – § 87 SGB V in Verbindung mit Kapitel 31 EBM	7
1.1.2 Zulassungsbedingungen für den Vertragsarzt	7
1.2 Welche AOPs gibt es?	7
1.3 Vergütung der AOP	8
1.3.1 Vergütung der ärztlichen Leistung	8
1.3.2 Vergütung der Sachkosten	8
1.4 Qualitätssicherung (Vertragsärzte)	10
2. AOP im Krankenhaus	12
2.1 Grundsätze des ambulanten Operierens für das Krankenhaus	12
2.1.1 Rechtsgrundlage (§ 115 b SGB V)	12
2.1.2 Zulassungsbedingung für das Krankenhaus	13
2.1.3 Vertragliche Regelungen	13
2.2 Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) im AOP-Katalog	16
2.3 Vergütung beim Ambulanten Operieren	17
2.3.1 Vergütung der ärztlichen Leistung für Krankenhäuser	17
2.3.2 Vergütung der Sachkosten (Verbrauchsmaterialien, Verbandmittel, Arzneimittel, Hilfsmittel)	17
2.4 Qualitätssicherung (Krankenhaus)	19
3. AOP im Krankenhaus durch Belegärzte	19
3.1 Grundsätze des ambulanten Operierens für Belegärzte	19
3.1.1 Rechtsgrundlage – § 121 SGB V in Verbindung mit Kapitel 36 EBM	19
3.2 Zulassungsbedingungen für den Belegarzt	20
3.3 Vergütung der belegärztlichen Leistungen	20
3.3.1 Vergütung der Sachkosten	20
3.4 Qualitätssicherung (Belegärzte)	21
4. AOP im Krankenhaus durch niedergelassene Ärzte	21
4.1 Grundsätze des ambulanten Operierens für niedergelassene Ärzte	21
4.1.1 Rechtsgrundlage – § 115 b SGB V Abs. 1 S. 4	21
4.2 Zulassungsbedingungen für AOP im Krankenhaus durch niedergelassene Ärzte	22
4.3 Vergütung der ärztlichen Leistungen	22
4.3.1 Vergütung der Sachkosten (Verbrauchsmaterialien, Verbandmittel, Arzneimittel, Hilfsmittel)	22
5. Fazit	23
6. Links/Quellenverzeichnis	24
Anhang 1: Anlage 2 des Vertrags nach § 115 b Abs. 1 SGB V – Allgemeine Tatbestände vom 15.07.2003, in Kraft getreten: 01.01.2005	
Anhang 2: G-AEP-Kriterien vom 06.04.2004, in Kraft getreten: 01.01.2005	
Anhang 3: Formblatt G-AEP-Kriterien	

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AEP	Appropriateness Evaluation Protocol Die AEP-Kriterien dienen zur Überprüfung (evaluation) der Angemessenheit (appropriateness) stationärer Krankenhausbehandlung (eine Art Checkliste), siehe Anhang 2: G-AEP-Kriterien
AOP	ambulantes Operieren
BMV-Ä	Bundemantelvertrag - Ärzte
BG	Berufsgenossenschaft
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut e. V.
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
E-GO	Ersatzkassengebührenordnung
einschl.	einschließlich
G-AEP	German Appropriateness Evaluation Protocol
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV	GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen)
GOP	Gebührenordnungsposition (EBM-Ziffer)
HS	Halbsatz
i. d. R.	in der Regel
i. H. v.	in Höhe von
i. V. m.	in Verbindung mit
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KV	Kassenärztliche Vereinigung
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
OP	Operation
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PKV	private Krankenversicherung
S.	Satz
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung

1. Ambulantes Operieren (AOP) durch den Vertragsarzt

1.1 Grundsätze des ambulanten Operierens für den Vertragsarzt

Niedergelassene Ärzte können viele chirurgische Eingriffe ambulant durchführen. Alle Operationen und stationärsersetzenden Eingriffe, wie etwa Arthroskopien, Kataraktoperationen und Biopsien, die ambulant durchgeführt werden können, sind in einem Katalog aufgelistet. Diesen haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) zusammengestellt.

1.1.1 Rechtsgrundlage – § 87 SGB V in Verbindung mit Kapitel 31 EBM

Der EBM regelt die zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse zu erbringenden ärztlichen Leistungen. Gemäß § 87 Abs. 1 SGB V wird dieser durch den Bewertungsausschuss (KBV und GKV-Spitzenverband) erstellt. Für das ambulante Operieren gilt das Kapitel 31.

1.1.2 Zulassungsbedingungen für den Vertragsarzt

Für das ambulante Operieren benötigen Vertragsärzte eine Genehmigung ihrer jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung. Der Operateur muss z. B. bestimmte Qualifikationen nachweisen, sowie entsprechende Operationsräume vorhalten. Ausschließlich geschultes und kompetentes Fachpersonal darf bei Operationen assistieren. Des Weiteren muss ein hoher hygienischer Standard eingehalten und besondere Operationsinstrumente vorgehalten werden. Sind sämtliche Vorgaben erfüllt, darf der niedergelassene Facharzt in den genehmigten Bereichen ambulant operieren.²

1.2 Welche AOPs gibt es?

Zu den häufigsten ambulanten Operationen zählen zum Beispiel:³

- > Arthroskopische Gelenkoperationen an Schulter, Knie und Hand
- > Operationen von Knochenbrüchen und Sehnenverletzungen
- > Vorfußoperationen (Hallux Valgus, Hammerzehen)
- > Operationen bei Erkrankungen der Hand
- > Leistenbruch-Operationen (auch bei Kindern)
- > Operationen von Bauchwandbrüchen
- > Krampfader-Operationen
- > Operationen von Hauttumoren
- > Operationen an Nase, Nasennebenhöhlen und Rachenraum
- > Operationen am Uterus (Muttermund, Myome)
- > Sterilisationen
- > Operationen am Genital und an den Harnwegen
- > Nierensteinzertrümmerung
- > Kieferoperationen

Im Anhang 2 des EBM sind alle OPS-Codes gelistet, Stand 09.06.2016 waren es 9.419 (www.kbv.de/html/anhang_2.php).

² Siehe: Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren vom 28.11.2011

³ aus: „Ambulant oder stationär - entscheiden Sie selbst! Wesentliches und Wissenswertes zu ambulanten Operationen“, Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, April 2010

1.3 Vergütung der AOP

1.3.1 Vergütung der ärztlichen Leistung

Die Abrechnungsgrundlage für das ambulante Operieren beim niedergelassenen Arzt ist Kapitel 31 EBM.

Die Abrechnungsgrundlagen für das ambulante Operieren sind gemäß § 115 b SGB V im Krankenhaus und im niedergelassenen Bereich im Wesentlichen gleich. Laut AOP-Vertrag ist die Grundlage hierfür Kapitel 31 des EBM.

Hinweis: Für Belegärzte, die ambulant operieren, gelten die gleichen Abrechnungsmodalitäten wie für niedergelassene Ärzte.

Die im EBM gelisteten ambulanten Operationen werden nach den Abrechnungsbestimmungen mit einem festen Punktwert vergütet. Der Orientierungs-Punktwert beträgt 10,4361 Cent in 2016.⁴ Der tatsächliche Punktwert wird jedoch auf der Landesebene von den Gesamtvertragspartnern (Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigung) festgelegt. Bei Nichteinigung entscheidet die Schiedsstelle. Der Wert ist für alle Kassen und Krankenhäuser in dem Bezirk der kassenärztlichen Vereinigung verbindlich und einheitlich, es sei denn, es werden abweichende Verträge auf der Landesebene verhandelt.

Die Abrechnung erfolgt über die KV.

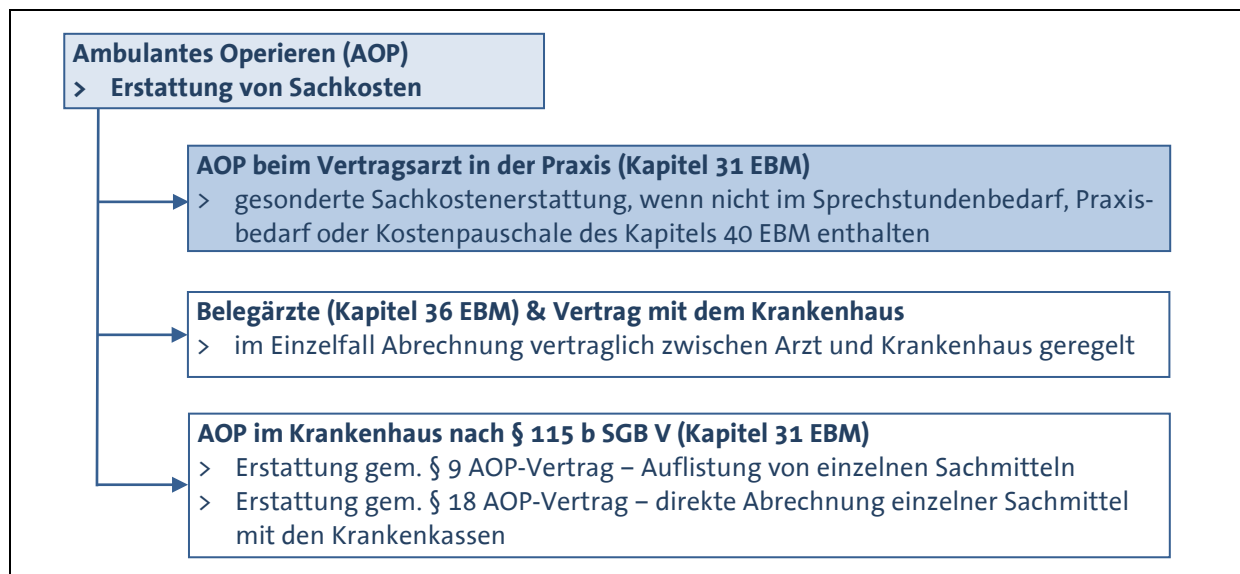
Die AOP-Vergütung erfolgt außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung. D. h. ambulante Operationen werden ohne Mengenbegrenzung außerhalb des Budgets bezahlt.

Abweichend von den Vergütungsregelungen im EBM können die Vertragspartner Strukturverträge nach § 73 a SGB V schließen.

1.3.2 Vergütung der Sachkosten

Die Abrechnungsmodalitäten für die verwendeten Sachkosten ergeben sich aus dem Allgemeinen Kapitel des EBM Punkt 7 „Kosten“. Im Einzelnen gelten für Praxisbedarf Punkt 7.1, Sachkostenkapitel 40 und Sprechstundenbedarf sowie gesonderte Sachkostenregelung Punkt 7.3. Darüber hinaus haben die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen die Möglichkeit, gesonderte Strukturverträge (§ 73 a SGB V) zu schließen.

Grafik 3: Erstattung von Sachkosten beim Ambulanten Operieren, insbesondere beim Vertragsarzt



⁴ Absenkung der jeweiligen Gesamtpunktzahl im Vergleich zum EBM vor Oktober 2013

Näheres zu den gesonderten Sachkosten:

Es gelten gesonderte Abrechnungsbedingungen (Nr. 7.3) für nicht in den Gebührenordnungspositionen (GOP) enthaltene Materialkosten.

Diese Bedingungen gelten nur, wenn die Kosten von Materialien

- > **nicht** Praxisbedarf (Einmalhandschuhe, Einmalspritzen etc.) sind (Nr. 7.1); bereits in EBM-Ziffer enthalten
- > **nicht** in den Kostenpauschalen des Kapitel 40 geregelt sind,
- > **nicht** als Sprechstundenbedarf (SSB) abgerechnet werden können,
- > **keine** verordnungsfähige (arzneimittelähnliche) Medizinprodukte sind sowie
- > **keine** Hilfs- und Verbandmittel

sind.

Diese Medizinprodukte sind nach der Sonderregelung des EBM Nr. 7.3 abzurechnen.

Beispiele für Medizinprodukte außerhalb der Gebührenordnungspositionen:

- > Herzschrittmacher (aktive Implantate)
- > Portkathetersysteme, Zentralvenenkatheter
- > Blasen-, Nierenfistel- und Ureterkatheter (i. d. R. als Dauerkatheter)
- > Fadenanker, Knochenimplantate, Hernien-Netze, gynäkologische Bänder
- > Einmal-Infusionsbestecke, -Infusionskatheter, -Infusionsnadeln und -Biopsienadeln (wenn diese keine Hilfsmittel oder Sprechstundenbedarf sind)

Der Vertragsarzt wählt das Medizinprodukt unter Beachtung der medizinischen Notwendigkeit und des Wirtschaftlichkeitsgebotes aus.

Die Versorgung der Patienten mit diesen Medizinprodukten ist zuzahlungsfrei!

Die gesonderten Sachkosten werden in der Regel direkt mit der jeweiligen KV abgerechnet. Es gibt jedoch einzelne Krankenkassen, die die gesonderten Sachkosten direkt abrechnen. Es sind vom Arzt die tatsächlich entstandenen Kosten in Rechnung zu stellen.

Rechtsgrundlage:

Die Abrechnung der sonstigen Sachkosten wird in § 44 Abs. 6 des Bundesmantelvertrages – Ärzte geregelt.

Auszug aus dem Bundesmantelvertrag – Ärzte (BMV-Ä), Stand: 1. Januar 2015⁵

§ 44 Sonstige Abrechnungsregelungen

(6) ¹Die Kosten für Materialien, die gemäß Kapitel 7.3 Allgemeine Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) nicht in den berechnungsfähigen Leistungen enthalten sind und auch nicht über Sprechstundenbedarf bezogen werden können, werden gesondert abgerechnet.

²Der Vertragsarzt wählt diese gesondert berechnungsfähigen Materialien unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der medizinischen Notwendigkeit aus.

³Die rechnungsbegründenden Unterlagen, wie z. B. die Originalrechnungen, sind bei der rechnungsbegleichenden Stelle einzureichen.

⁴Die Bestimmung der rechnungsbegleichenden Stelle ist durch die Partner der Gesamtverträge zu regeln.

⁵Die einzureichenden Unterlagen müssen mindestens folgende Informationen beinhalten:

- > Name des Herstellers
- > Produkt-/Artikelbezeichnung inkl. Artikel- und Modellnummer

⁵ www.kbv.de/media/sp/BMV_Aerzte.pdf

> Versichertennummer des Patienten, im Rahmen dessen Behandlung die Materialien gesondert berechnet werden.

⁶Über die Notwendigkeit weiterer für die Prüfung der Abrechnung erforderlicher Angaben (z. B. die GOP der erbrachten Leistungen, den ICD, den OPS und das Datum der Leistungserbringung) entscheidet die rechnungsbegleichende Stelle.

⁷Der Vertragsarzt ist verpflichtet, die tatsächlich realisierten Preise in Rechnung zu stellen und ggf. vom Hersteller bzw. Lieferanten gewährte Rückvergütungen, wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligungen, Bonifikationen und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten bis zu 3 % weiterzugeben.

⁸Der Vertragsarzt bestätigt dies durch Unterschrift gegenüber der rechnungsbegleichenden Stelle.

⁹Die Partner der Gesamtverträge können abweichende Regelungen treffen, insbesondere für einzelne gesondert berechnungsfähige Materialien Maximal- oder Pauschalbeträge vereinbaren.

Im Folgenden ist eine Beispielrechnung aufgeführt.

Tabelle 1: Beispiel AOP-Abrechnung über EBM

Diagnose: K40.90 Hernia inguinalis

Prozedur: 5-530.31 Verschluss einer Hernia inguinalis, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material, Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]

Berechnungsgrundlage: bundeseinheitlicher Orientierungspunktwert 10,4361 Cent (Stand 1/2016); der Punktwert kann je nach KV-Bezirk variieren

Leistungen	EBM-Ziffer	EBM-Punkte	Erlös (€)
Chirurgische Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	07211	221	23,06 €
Anästhesiologische Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	05211	95	9,91 €
Präanästhesiologische Untersuchung bei einer ambulanten oder belegärztlichen Operation	05310	179	18,68 €
Anästhesie und/oder Narkose, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend einer der Gebührenordnungspositionen...31163...	31823	1.542	160,92 €
Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G3	31163	2.447	255,37 €
Postoperative <i>Überwachung</i> im Anschluss an die Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen...31163...	31505	1.031	107,60 €
Postoperative <i>Behandlung</i> nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen...31163...	31609	173	18,05 €
Gesamt-Punkte und Gesamterlös bei Multiplikation mit Orientierungspunktwert Stand 1/2016 (10,4361 Cent)		5.688	593,59 €
Einzelerstattung Sachmittel nach EBM Kapitel 7.3 "Nicht in den Gebührenordnungspositionen enthaltene Kosten"⁶			
Das Implantat (Herniennetz) kann über gesonderte Sachkosten mit den Kostenträgern direkt abgerechnet werden. Es sind die tatsächlich entstandenen Kosten den Kostenträgern in Rechnung zu stellen.			

1.4 Qualitätssicherung (Vertragsärzte)

Damit die Qualität bei ambulanten Operationen sowohl im stationären als auch im ambulanten Sektor durch Vertragsärzte gesichert ist, sind die Selbstverwaltungspartner verpflichtet, eine Vereinbarung spezieller Qualitätssicherungsmaßnahmen (§ 135 Abs. 2 SGB V) zum ambulanten Operieren zu schließen. Sie dient der Sicherung der Qualität und Wirtschaftlichkeit des ambulanten Operierens und regelt die fachlichen, organisatorischen, hygienischen, räumlichen und apparativ-technischen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von ambulanten Operationen (Leistungen nach Kapitel 31.2 EBM und nach Anlage 1 zum Vertrag nach 115 b SGB V).

⁶ applications.kbv.de/ebm/html/000/VH0000EOV610QG0.html

Wesentliche Inhalte der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V:

§ 2 Genehmigung

Der Vertragsarzt benötigt eine Zulassung bzw. Genehmigung von der Kassenärztlichen Vereinigung zur Ausführung und Abrechnung von Eingriffen gem. § 115 b SGB V. Die Kassenärztliche Vereinigung erteilt eine Genehmigung, wenn die notwendigen Zulassungskriterien erfüllt sind.

§ 3 Fachliche Befähigung

Eingriffe werden nach dem geltenden Facharztstandard erbracht.

§ 4 Organisatorische Voraussetzungen

- > ständige Erreichbarkeit der Einrichtung oder des Operators bzw. behandelnden Arztes für den Patienten
- > Dokumentation der ausführlichen und umfassenden Information des Patienten über den operativen Eingriff und die ggf. notwendige Anästhesie (alternative Möglichkeiten der Durchführung und Nachbehandlung)
- > geregelter Informations- und Dokumentenfluss zwischen den beteiligten Ärzten
- > sind der vorbehandelnde Arzt und der Operator bzw. behandelnde Arzt nicht identisch, muss eine Kooperation für die Weiterbehandlung gewährleistet sein
- > sind der Operator bzw. behandelnde Arzt und der nachbehandelnde Arzt nicht identisch, muss eine Kooperation für die Nachbehandlung gewährleistet sein
- > geregelte Abfallentsorgung entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen
- > Die Einrichtung muss über einen Organisationsplan für Notfälle/Notfallplan für Zwischenfälle verfügen. Das Personal muss an regelmäßigen Fortbildungen im Notfall-Management teilnehmen. Entsprechend dem Leistungsspektrum ist die Durchführung geeigneter Reanimationsmaßnahmen zu gewährleisten.
- > Einrichtungen müssen die Notfallversorgung sicherstellen.
- > Ist ärztliche Assistenz erforderlich, so hat der Arzt sicherzustellen, dass hinzugezogene Assistenten über die bei jedem individuellen Eingriff erforderliche Erfahrung und den medizinischen Kenntnisstand verfügen. Falls keine ärztliche Assistenz erforderlich ist, muss mindestens ein qualifizierter Mitarbeiter mit abgeschlossener Ausbildung in einem nichtärztlichen Heilberuf oder im Beruf als Medizinische Fachangestellte als unmittelbare Assistenz anwesend sein. Weiterhin muss eine Hilfskraft (mindestens in Bereitschaft) sowie, falls medizinisch erforderlich, auch für Anästhesien ein Mitarbeiter mit entsprechenden Kenntnissen anwesend sein.

§ 5 Hygienische Voraussetzungen

- > Anwendung fachgerechter Reinigungs-, Desinfektions- und Sterilisationsverfahren
- > sachgerechte Aufbereitung der Medizinprodukte
- > Dokumentation über Infektionen nach Infektionsschutzgesetz
- > Hygieneplan nach Infektionsschutzgesetz

§ 6 Räumliche apparativ-technische Voraussetzungen

Die Eingriffe gem. § 115 b SGB V gliedern sich nach Ausmaß und Gefährdungsgrad auf der Grundlage der Empfehlungen des RKI (Robert Koch-Institut) in:

1. Operationen
2. kleine invasive Eingriffe
3. invasive Untersuchungen, vergleichbare Maßnahmen und Behandlungen
4. Endoskopien

Die räumlichen und apparativ-technischen Voraussetzungen werden je nach Eingriff detailliert aufgeführt:⁷

a) Räumliche Ausstattung

- > Operationsraum
- > Personalumkleidebereich mit Waschbecken und Vorrichtung zur Durchführung der Händedesinfektion
- > Raum für die Aufbereitung von Geräten und Instrumenten, Entsorgungsübergaberaum für unreine Güter, Raum für Putzmittel. Eine Kombination dieser drei Räume ist möglich.
- > Räume oder Flächen für das Lagern von Sterilgut und reinen Geräten
- > ggf. Ruheraum/Aufwachraum für Patienten
- > ggf. Umkleidebereich für Patienten

b) Apparativ-technische Voraussetzungen

- > Operationsraum (Raumoberflächen, Lichtquellen zur fachgerechten Ausleuchtung des Operationsraumes, Entlüftungsmöglichkeiten)
- > Wascheinrichtung (entsprechen Vorrichtungen zur chirurgischen Händedesinfektion)
- > Instrumentarium und Geräte (z. B. zur Sauerstoffversorgung und Absaugung, Infusions- und Schockbehandlung, OP-Tisch/-Stuhl, fachspezifische Operationsinstrumentarien etc.)
- > Arzneimittel, Operationstextilien, Verband- und Verbrauchsmaterial

§ 7 Genehmigungsverfahren

Anträge auf Genehmigung sind an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zu richten.

§ 8 Übergangsregelung, Inkrafttreten

Berechtigungen zur Durchführung und Abrechnung von Eingriffen entsprechend den Vorgaben der dreiseitigen „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und stationärsersetzenden Eingriffen einschließlich der notwendigen Anästhesien gem. § 115 b Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V“ die vom 18.09.2006 gelten fort.

Die aktuelle **Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren** ist am 1. Dezember 2011 in Kraft getreten.

2. AOP im Krankenhaus

2.1 Grundsätze des ambulanten Operierens für das Krankenhaus

Die Krankenhäuser können neben ihrer originären Aufgabe, stationäre Leistungen zu erbringen, auch ambulante Behandlungen durchführen.

2.1.1 Rechtsgrundlage (§ 115 b SGB V)

Erst seit Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) im Jahre 1993 haben Krankenhäuser die Möglichkeit, ambulante Operationen durchzuführen. Ziel dieser gesetzlichen Regelung war die Substitution stationärer Leistungen durch weniger ressourcenverbrauchende ambulante Leistungserbringung. Die rechtliche Grundlage bildet der Vertrag gem. § 115 b Abs. 1 SGB V zwischen den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV).

⁷ Aufgeführt in Bundesgesundheitsblatt 8/2000 (Seiten 644-648) und 4/2002 (Seiten 412-414)

Der Vertrag regelt:

- > den Katalog ambulant durchführbarer Operationen,
- > die einheitliche Vergütung für Krankenhäuser und Vertragsärzte sowie
- > Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und Wirtschaftlichkeit.

2.1.2 Zulassungsbedingung für das Krankenhaus

Zur Zulassung der Krankenhäuser zur Durchführung von ambulanten Operationen und stationersetzenden Eingriffen bedarf es einer Anzeige bei den zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung und dem Zulassungsausschuss (§ 1 AOP-Vertrag). Es existiert dafür ein Meldeformular, das vom GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft jährlich angepasst wird.⁸

2.1.3 Vertragliche Regelungen

GKV-Spitzenverband, DKG und KBV haben mit Wirkung zum 01.06.2012 einen neuen Vertrag nach § 115 b Abs. 1 SGB V ausgehandelt. Der neue Leistungskatalog zum Ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V wurde zwischen den Vertragspartnern neu verhandelt und trat mit Wirkung zum 19.01.2015 in Kraft.

2.1.3.1 AOP-Vertrag

Der AOP-Vertrag dient dazu, einheitliche Rahmenbedingungen zur Durchführung ambulanter Operationen und stationersetzender Eingriffe im niedergelassenen Bereich und im Krankenhaus zu schaffen und die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Vertragsärzten und Krankenhäusern zu fördern. Dies umfasst auch die nach dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) zulässigen neuen Kooperationsmöglichkeiten. Kernpunkt des AOP-Vertrages ist die Festlegung eines Kataloges ambulant durchführbarer Operationen und stationersetzender Eingriffe (§ 3 AOP-Vertrag) sowie deren Vergütung (§§ 7, 9 AOP-Vertrag). Der Vertrag definiert auch Vorgaben, die die Ärzte bei präoperativen, intraoperativen und postoperativen Leistungen zu beachten haben (§§ 4-6 AOP-Vertrag). Weiterhin ist im AOP-Vertrag festgelegt, dass alle ärztlichen Leistungen gemäß § 115 b SGB V nach Facharztstandard zu erbringen sind. Die derzeit gültige Fassung des AOP-Vertrages ist zum 16. Mai 2014 in Kraft getreten. (Quelle: GKV-Spitzenverband)

Erläuterungen der wichtigsten Inhalte des AOP-Vertrages⁹

§ 1

Zulassung von Krankenhäusern zur Erbringung von Eingriffen gemäß § 115 b SGB V

- > Siehe Abschnitt 2.1.2 in dieser Broschüre.

§ 2

Zugang der Patienten zu Eingriffen nach § 115 b SGB V

- > Der Zugang des Patienten zu ambulanten Eingriffen erfolgt durch Überweisung eines niedergelassenen Vertragsarztes (Überweisungsschein) oder auf eigene Veranlassung. Der Arzt ist verpflichtet zu prüfen, ob die ambulante Durchführung der Operation, unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes des Patienten, möglich ist und die häusliche Nachversorgung sicher gestellt ist.

§ 3

Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe (AOP-Katalog)

- > Der AOP-Katalog ist eine abschließende Liste der Operationen und stationersetzenden Leistungen und bildet die Anlage 1 des AOP-Vertrages.

⁸ Meldeformular § 115 b für 2016 unter www.dkgev.de/dkg.php/cat/66/aid/14408/title/AOP-Katalog_2016_und_Meldeformular_2016

⁹ www.kbv.de → Service → Rechtsquellen → weitere Rechtsquellen → zu besonderen Leistungen; www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/ambulante_kh_leistungen/ambulantes_operieren_115_b/ambulantes_operieren_115_b.jsp

§ 4 – 6

Präoperative/Intraoperative und Postoperative Leistungen

- > Der Vertrag definiert Vorgaben, die Ärzte bei präoperativen, intraoperativen und postoperativen Leistungen zu beachten haben (§§ 4 - 6 AOP-Vertrag).

§ 7

Vergütung

- > Die Vergütung der ärztlichen Leistung erfolgt auf der Grundlage des EBM nach einem regional vereinbarten Punktwert. Diese Leistungen werden extrabudgetär vergütet. D. h. es gibt keine Mengengrenzungen für diese Leistungen. Erläuterung hierzu siehe Abschnitt 1.3.1 in dieser Broschüre.

§ 8

Unterrichtung des Vertragsarztes

- > Dem Patienten ist nach dem Eingriff ein Kurzbericht für seinen weiterbehandelnden Arzt auszuhändigen.

§ 9

Vergütung von Sachkosten (Verbrauchsmaterialien, Verbandmittel, Arzneimittel, Hilfsmittel)

- > Die Vergütung der Sachkosten richtet sich nach der Art der für den Eingriff erforderlichen Materialien und Arzneimittel. Erläuterungen hierzu siehe Abschnitt 2.3.2 in dieser Broschüre.

§ 10

Arbeitsunfähigkeit/Häusliche Krankenpflege

- > Der Krankenhausarzt darf dem Patienten eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung bis zu 5 Tagen ausstellen. Die Verordnung häuslicher Krankenpflege durch den Krankenhausarzt ist bis zu 3 Tagen möglich.

Weitere Inhalte des AOP-Vertrages sind: Transport des Patienten (§ 11), Datenschutz und ärztliche Schweigepflicht (§ 12), Vordrucke (§ 13), Facharztstandard (§ 14), Qualitätssicherung (§ 15), Maßnahmen zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit (§ 16), Beteiligung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (§ 17), Abrechnungsverfahren (§ 18), Datenübermittlung (§ 19), Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems (§ 20) und Anpassung der Operationenschlüssel (§ 21).

Aktueller AOP-Vertrag unter: www.kbv.de → Service → Rechtsquellen → weitere Rechtsquellen → zu besonderen Leistungen

Katalog zum AOP-Vertrag (Abschnitt 1 bis 3 der Anlage 1 zum Vertrag nach § 115b SGB V) unter: www.kbv.de → Service → Rechtsquellen → EBM

2.1.3.2 AOP-Katalog

Bei der AOP wird im Gegensatz zum DRG-System keine Fallpauschale abgerechnet, sondern es können weitestgehend alle Leistungen einzeln abgerechnet werden. Anmerkung: Es ist jedoch bereits heute im AOP-Vertrag § 20 vereinbart, dass auch für AOP ein pauschaliertes Entgeltsystem eingeführt werden soll. Wann dieses umgesetzt wird ist aktuell nicht bekannt.

Im AOP-Katalog sind alle Leistungen definiert, die ambulant erbracht und abgerechnet werden dürfen. Die Höhe der Vergütung dieser Einzelleistungen richtet sich nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), einem Katalog, in dem alle abrechenbaren Leistungen definiert und mit Punkten bzw. Eurobeträgen versehen sind. Somit spiegelt sich der AOP-Katalog in den verschiedenen Kapiteln des EBM wieder.

In der Regel erfolgt eine jährliche Überarbeitung des AOP-Kataloges.

Aufbau des AOP-Katalogs:

Der AOP-Katalog ist in die drei folgenden Abschnitte unterteilt. Mit der **Kategorie** wird jeweils angegeben, ob die Leistung „**nur ambulant**“ (1) oder „**ambulant oder stationär**“ (2) erbracht werden darf.

Abschnitt 1: Ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe gemäß § 115 b SGB V aus Anhang 2 zu Kapitel 31 des EBM (Die Zuordnung der jeweils zutreffenden EBM Leistung erfolgt laut gültigem Anhang 2 des EBM).

Beispiele:

OPS-Code 2016 ¹⁰	Zusatzkennzeichen 2016	OPS-Text 2016	Kategorie
5-092.2	↔	Operationen an Kanthus und Epikanthus: Kanthopexie, lateral	1
5-092.40	↔	Operationen an Kanthus und Epikanthus: Korrekturoperation bei Epikanthus: Y-V-Plastik	2
5-092.41	↔	Operationen an Kanthus und Epikanthus: Korrekturoperation bei Epikanthus: Doppel-Z-Plastik	2
5-092.5	↔	Operationen an Kanthus und Epikanthus: Eröffnen einer Tarsorrhaphie	1

Abschnitt 2: Ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe gemäß §115b SGB V **außerhalb** Anhang 2 zu Kapitel 31 des EBM (Die Zuordnung der zutreffenden EBM-Leistungen zu den einzelnen OPS-Codes ist diesem Abschnitt 2 zu entnehmen).

Beispiele:

OPS-Code 2016	Zusatzkennzeichen 2016	OPS-Text 2016	EBM-Ziffer	EBM-Leistung	Kategorie
1-275.0		Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	34291	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie	2
1-275.1		Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel	34291	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie	2
1-275.2		Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	34291	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie	2

Abschnitt 3: Ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe gemäß § 115 b SGB V des EBM **ohne** OPS-Zuordnung.

Beispiele:

EBM-Ziffer	EBM-Leistung	Kategorie ⁽¹⁾
01857	Beobachtung und Betreuung nach Sterilisation	
08541	Ultraschallgezielte und/oder laparoskopische Eizellentnahme	¹ (Es gelten die Vorgaben des § 121 a SGB V.)
08550	In-vitro-Fertilisation (IVF) mit anschließendem Embryo-Transfer (ET), ggf. als Zygotenttransfer und/oder als intratubarer Embryo-Transfer (EIFT)	¹ (Es gelten die Vorgaben des § 121 a SGB V.)

2.1.3.3 Prüfverfahren für Kategorie 1 – G-AEP-Kriterien

Eingriffe der Kategorie 1 auf der Liste im Anhang des Vertrages zum § 115 b SGB V sollen in der Regel ambulant durchgeführt werden. Es gibt jedoch Situationen bei einzelnen Patienten, die eine stationäre Erbringung der Leistungen rechtfertigen. Um nun nicht jeden Fall in seinen Einzelheiten diskutieren zu müssen, haben sich die Vertragsparteien auf die G-AEP-Kriterien als konsentierten Kriterienkatalog geeinigt.

¹⁰ OPS Version 2016 unter www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/index.htm

Die Kriterien sollen Transparenz darüber schaffen, wann eine stationäre Aufnahme in ein Krankenhaus nach Auffassung der Vertragspartner erforderlich ist. D. h. es handelt sich hierbei um eine nicht abschließende Positivliste zum Ausschluss unstrittiger notwendigerweise vollstationär zu behandelnder Fälle. Bei der Anwendung der Kriterien ist die ex-ante-Sichtweise des behandelnden Arztes zu Grunde zu legen. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass die Gesamtbewertung des Krankheitsbildes im Einzelfall zu abweichenden Entscheidungen führen kann. In diesen Fällen ist sowohl für den behandelnden Krankenhausarzt im Rahmen seiner Behandlungsentscheidung als auch für den MDK-Prüfarzt im Rahmen seiner Beurteilungsentscheidung das ärztliche Ermessen ausschlaggebend (override option). Eine Ausübung dieser abweichenden Ermessensentscheidung ist im Einzelfall zu begründen und zu dokumentieren. (Verkürzt zitiert aus der Präambel zu dem Katalog der G-AEP-Kriterien).¹¹

Die Prüfkriterien teilen sich in folgende Abschnitte:

- 1) Präambel zu den G-AEP-Kriterien
- 2) Schwere der Erkrankung
- 3) Intensität der Behandlung
- 4) Operation / invasive Maßnahmen (außer Notfallmaßnahmen)
- 5) Komorbiditäten in Verbindung mit Operationen oder krankenhausspezifischen Maßnahmen
- 6) Notwendigkeit intensiver Betreuung in Verbindung mit Operationen oder anderen krankenhausspezifischen Maßnahmen
- 7) Soziale Faktoren, aufgrund derer eine medizinische Versorgung des Patienten nicht möglich wäre, in Verbindung mit Operationen und anderen krankenhausspezifischen Maßnahmen

BSG-Rechtsprechung zu Leistungen der Kategorie 2

Ein Krankenhaus ist verpflichtet bei Leistungen der Kategorie 2 (ambulante oder stationäre Durchführung) des AOP-Vertrages den **Grund der stationären Aufnahme** gegenüber den Krankenkassen anzugeben.¹²

2.2 Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) im AOP-Katalog

In den Abschnitten 1 und 2 sind diagnostische und bildgebende Verfahren, Operationen im klassischen Sinne sowie sonstige therapeutische Verfahren entsprechend der OPS-Systematik aufgeführt. In Abschnitt 3 finden sich wenige sonstige Maßnahmen, die in dieser Form nicht im OPS-Katalog abgebildet sind.

Beispiele:

Unterteilung	OPS-Code
diagnostische Verfahren (aus Abschnitt 1 bzw. 2)	1-275.0 Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen
	1-460.2 Transurethrale Biopsie Harnblase
	1-697.2 Diagnostische Arthroskopie Ellenbogengelenk
bildgebende Verfahren (aus Abschnitt 2)	3-601 Arteriographie der Gefäße des Halses
	3-603 Arteriographie der thorakalen Gefäße
	3-614 Phlebographie der Gefäße einer Extremität (...)
Operationen (aus Abschnitt 1 bzw. 2)	5-212.0 Exzision (...) von erkranktem Gewebe der Nase (...)
	5-671.0 Konisation der Cervix uteri
	5-513.d (...) Operationen an den Gallengängen (...)
sonstige therapeutische Verfahren (aus Abschnitt 1 bzw. 2)	8-100.d Fremdkörperentfernung durch Hysteroskopie
	8-200 Geschlossene Reposition einer Fraktur (...)
	8-110 Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie [ESWL] (...)

¹¹ Siehe hierzu: www.mds-ev.de/media/pdf/Praeambel_zu_G-AEP-Kriterien1.pdf

¹² Urteil des BSG vom 21.03.2013, Az.: B 3 KR 28/12 R

	EBM-Gebührenordnungsposition	
sonstige Maßnahmen (aus Abschnitt 3)	08541	Ultraschallgezielte (...) Eizellentnahme
	34297	(...) Sklerosierungsbehandlung von Varikozelen
	31932	Behandlung mit einer orthopädischen Hilfsvorrichtung

Eingriffe gemäß § 115 b SGB V sollen in der Regel auf Veranlassung eines niedergelassenen Vertragsarztes unter Verwendung eines Überweisungsscheins durchgeführt werden. Falls ein Versicherter ohne Überweisungsschein das Krankenhaus zur ambulanten Operation aufsucht, gilt die Krankenversichertenkarte in Verbindung mit einem amtlichen Lichtbildausweis als Nachweis für die Mitgliedschaft. Der für den Eingriff gemäß § 115 b SGB V verantwortliche Arzt entscheidet über Art und Umfang des ambulanten Eingriffs.¹³

2.3 Vergütung beim Ambulanten Operieren

2.3.1 Vergütung der ärztlichen Leistung für Krankenhäuser

Die Vergütung der ärztlichen Leistung erfolgt für Krankenhäuser auf Grundlage des AOP-Vertrags nach § 115 b SGB V gemäß Kap. 31 EBM. Krankenhäuser sind bei der Vergütung wie niedergelassene Fachärzte der entsprechenden Fachrichtung einzustufen. Narkosen und anästhesiologische Leistungen sind separat abrechenbar.

Die Krankenhäuser rechnen direkt mit der für den Patienten zuständigen Krankenkasse ab.

Die AOP-Vergütung erfolgt ohne Mengenbegrenzung außerhalb des krankenhausesindividuellen Budgets.

Für die im AOP-Katalog gelisteten abrechnungsfähigen Leistungen gilt der regional vereinbarte Punktwert (AOP-Vertrag § 7). Der Punktwert wird jedoch auf der Landesebene von den Gesamtvertragspartnern (Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigung) festgelegt. Bei Nichteinigung entscheidet die Schiedsstelle. Der Wert ist für alle Kassen und Krankenhäuser in dem Bezirk der kassenärztlichen Vereinigung verbindlich und einheitlich, es sei denn es werden abweichende Verträge auf der Landesebene verhandelt.

Gibt es keinen regionalen Punktwert, dann gilt der bundesweite „Orientierungs“-Punktwert von 10,4361 Cent (Stand: 1/2016).

2.3.2 Vergütung der Sachkosten (Verbrauchsmaterialien, Verbandmittel, Arzneimittel, Hilfsmittel)

Die Grundlage für die Sachkostenabrechnung bildet § 9 AOP-Vertrag. Diese ist wie folgt geregelt:

- › Die für die Eingriffe 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. Der Krankenhausarzt ist nicht berechtigt, die in diesem Absatz aufgeführten Mittel auf Kassenrezept zu verordnen.
- › **Für Artikel analog des Sprechstundenbedarfs kann das Krankenhaus eine Sachmittelpauschale in Höhe von 7 % der ärztlichen Honorarsumme in Rechnung stellen. Zusätzlich besteht für das Krankenhaus die Möglichkeit, die Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM abzurechnen.**
- › **Darüber hinaus können bestimmte Sachmittel separat abgerechnet werden, z. B. im Körper verbleibende Implantate in Summe, Nahtmaterial, Trokare/Endoclips, diagnostische und interventionelle Katheter, Schienen/Kompressionsstrümpfe. Diese gesondert abrechnungsfähigen Sachmittel können in voller Höhe des Rechnungsbetrages abzüglich eines Selbstbehalts von 12,50 € je aufgeführter Produktkategorie vom Krankenhaus in Ansatz gebracht werden. Es können nur Sachmittel abgerechnet werden, die teurer als 12,50 € sind.**

¹³ Vgl. § 2 Abs. 1 AOP-Vertrag (Vertrag nach § 115 b Abs. 1 SGB V – Ambulantes Operieren und sonstige stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus); Dtsch Arztebl 2012; 109(29-30): A-1513 / B-1301 / C-1281; aktuelle Fassung unter: www.kbv.de/media/sp/AOP_Vertrag.pdf

- > Das Krankenhaus wählt die gesondert berechnungsfähigen Materialien unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der medizinischen Notwendigkeit aus. Die diesbezüglichen Rechnungsunterlagen müssen fünf Jahre lang aufbewahrt werden. Aus den Originalrechnungen muss der Name des Herstellers bzw. des Lieferanten, die Artikelbezeichnung sowie die vom Hersteller bzw. Lieferanten festgelegte Artikelnummer hervorgehen. Eventuelle Preisnachlässe, Rabatte etc. müssen bei der Abrechnung mit den Krankenkassen angegeben werden (Ausnahme Preisnachlass bei fristgerechter Zahlung bis 3 %).
- > Hinsichtlich der Vergütung von Arzneimitteln, die einen Betrag von 40,00 Euro übersteigen und die nicht Bestandteil der o. g. Regelungen sind, erfolgt eine Vergütung auf der Grundlage des in der Lauertaxe ausgewiesenen Apotheken-Einkaufspreises mit einem Abschlag in Höhe von 25 % zuzüglich Mehrwertsteuer. Eine hiervon abweichende Regelung gilt für Photosensibilisatoren (z. B. Verteporfin) bei der Photodynamischen Therapie und Hormonpräparate bei Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung.¹⁴

Im Folgenden ist eine Beispielrechnung aufgeführt.

Tabelle 2: Beispiel AOP-Abrechnung nach AOP-Katalog § 115 b SGBV

Diagnose: K40.90 Hernia inguinalis

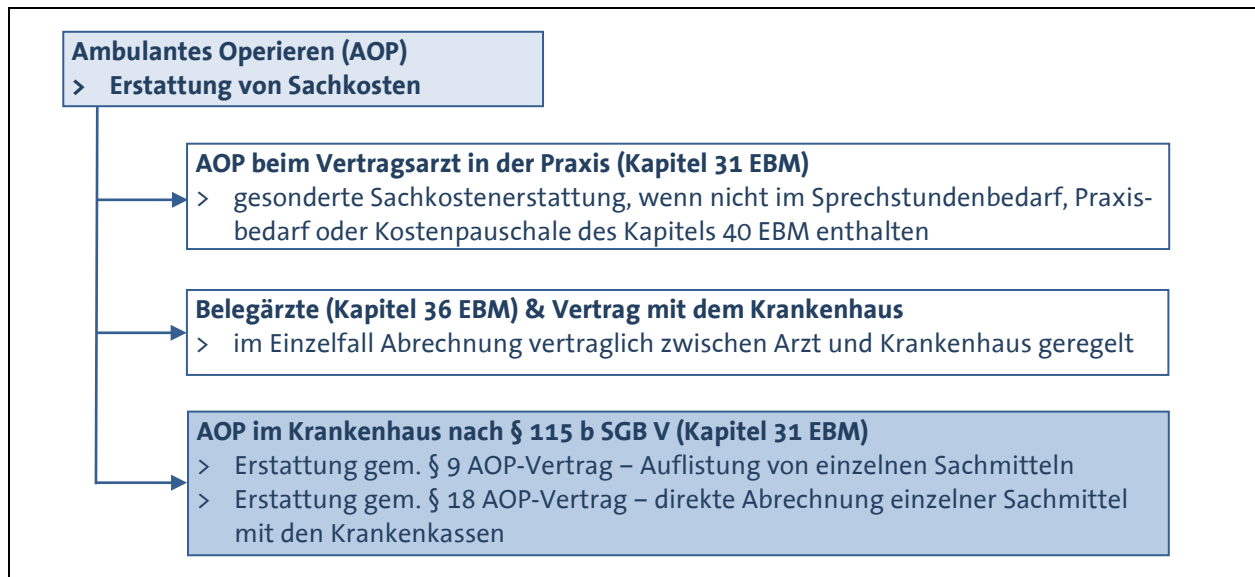
Prozedur: 5-530.31 Verschluss einer Hernia inguinalis, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material, Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]

Berechnungsgrundlage: bundeseinheitlicher Orientierungspunktwert 10,4361 Cent (Stand 1/2016); der Punktwert kann je nach KV-Bezirk variieren

Leistungen	EBM-Ziffer	EBM-Punkte	Erlös (€)
Chirurgische Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	07211	221	23,06 €
Anästhesiologische Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	05211	95	9,91 €
Präanästhesiologische Untersuchung bei einer ambulanten oder belegärztlichen Operation	05310	179	18,68 €
Anästhesie und/oder Narkose, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend einer der Gebührenordnungspositionen...31163...	31823	1.542	160,92 €
Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G3	31163	2.447	255,37 €
Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen...31163...	31505	1.031	107,60 €
Gesamt-Punkte und Gesamterlös bei Multiplikation mit Orientierungspunktwert Stand 1/2016 (10,4361 Cent)		5.515	575,74 €
Einzelstattung Sachkosten nach § 115 b AOP-Vertrag			
Pauschale Sachkostenvergütung in Höhe von 7 % auf die Honorarsumme gem. § 9 Abs. 3 AOP-Vertrag			39,65 €
Das Implantat (Herniennetz) kann über gesonderte Sachkosten mit den Kostenträgern direkt abgerechnet werden. Es sind die tatsächlich entstandenen Kosten abzüglich 12,50 € den Kostenträgern in Rechnung zu stellen.			

¹⁴ Für Details siehe: Vertrag nach § 115 b Abs. 1 SGB V – Ambulantes Operieren und sonstige stationäresetzen- de Eingriffe im Krankenhaus (AOP Vertrag), zuletzt geändert am 08.04.2014, § 9

Grafik 4: Erstattung von Sachkosten beim Ambulanten Operieren, insbesondere im Krankenhaus



2.4 Qualitätssicherung (Krankenhaus)

Die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren ist ein wichtiger Bestandteil zur Sicherung der Qualität beim ambulanten Operieren im stationären und ambulanten Sektor durch Vertragsärzte. Sie regelt die fachlichen, organisatorischen, hygienischen, räumlichen und apparativ-technischen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen nach Kapitel 31.2 EBM und die Leistungen der Anlage 1 zum Vertrag nach 115 b SGB V. Da die Qualitätssicherungsmaßnahmen für den Vertragsarzt und das Krankenhaus gleichermaßen gelten, siehe ausführliche Erläuterung unter Abschnitt 1.4 dieser Broschüre.

3. AOP im Krankenhaus durch Belegärzte

3.1 Grundsätze des ambulanten Operierens für Belegärzte

Belegärzte sind Vertragsärzte, die nicht am Krankenhaus angestellt sind. Sie behandeln ihre Patienten voll- oder teilstationär unter Nutzung der Infrastruktur des Krankenhauses.

3.1.1 Rechtsgrundlage – § 121 SGB V in Verbindung mit Kapitel 36 EBM

Die belegärztliche Tätigkeit ist im § 121 SGB V geregelt.

§ 121 Belegärztliche Leistungen

(1) Die Vertragsparteien nach § 115 Abs. 1 wirken gemeinsam mit Krankenkassen und zugelassenen Krankenhäusern auf eine leistungsfähige und wirtschaftliche belegärztliche Behandlung der Versicherten hin. Die Krankenhäuser sollen Belegärzten gleicher Fachrichtung die Möglichkeit geben, ihre Patienten gemeinsam zu behandeln (kooperatives Belegarztwesen).

(2) Belegärzte im Sinne dieses Gesetzbooks sind nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte, die berechtigt sind, ihre Patienten (Belegpatienten) im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel vollstationär oder teilstationär zu behandeln, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten.

(3) Die belegärztlichen Leistungen werden aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet. Die Vergütung hat die Besonderheiten der belegärztlichen Tätigkeit zu berücksichtigen. Hierzu gehören auch leistungsgerechte Entgelte für

1. den ärztlichen Bereitschaftsdienst für Belegpatienten und
 2. die vom Belegarzt veranlassten Leistungen nachgeordneter Ärzte des Krankenhauses, die bei der Behandlung seiner Belegpatienten in demselben Fachgebiet wie der Belegarzt tätig werden.
- (4) Der Bewertungsausschuss hat in einem Beschluss nach § 87 mit Wirkung zum 1. April 2007 im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen Regelungen zur angemessenen Bewertung der belegärztlichen Leistungen unter Berücksichtigung der Vorgaben nach Absatz 3 Satz 2 und 3 zu treffen.
- (5) Abweichend von den Vergütungsregelungen in Absatz 2 bis 4 können Krankenhäuser mit Belegbetten zur Vergütung der belegärztlichen Leistungen mit Belegärzten Honorarverträge schließen.

3.2 Zulassungsbedingungen für den Belegarzt

Der Vertragsarzt muss einen Antrag auf Anerkennung als Belegarzt bei seiner zuständigen KV stellen. In diesem werden diverse Voraussetzungen abgefragt (z. B. Wohnortnähe zum Krankenhaus, Abdeckung des Bereitschaftsdienstes, Honorarvertrag nach § 121 Abs. 5 SGB V). Über den Antrag entscheidet die KV im Einvernehmen mit den Krankenkassenverbänden auf Landesebene.

3.3 Vergütung der belegärztlichen Leistungen

Die Abrechnung der belegärztlichen Leistung ist vom Vertrag zwischen Krankenhaus und Belegarzt abhängig. Es gibt zwei Möglichkeiten ambulante Operationen als Belegarzt abzurechnen.

1. Das Krankenhaus rechnet die ambulante Operation mit der Krankenkasse des Patienten ab und der Belegarzt erhält die Vergütung seiner Leistung vom Krankenhaus.
2. Der Belegarzt rechnet sein Arzthonorar selbst, gemäß Kapitel 36 EBM, ab und bezahlt dem Krankenhaus ein Nutzungsentgelt.

3.3.1 Vergütung der Sachkosten

Die Sachkosten werden je nach Vereinbarung im Vertrag zwischen Krankenhaus und Belegarzt entweder über AOP Vertrag oder über Kapitel 7.3 EBM abgerechnet.

Kapitel 7.3 EBM: Nicht in den Gebührenordnungspositionen enthaltene Kosten

Die in Kapitel 7.3 aufgeführten Materialien (z. B. Herniennetz) können über gesonderte Sachkosten mit den Kostenträgern direkt abgerechnet werden. Es sind die tatsächlich entstandenen Kosten den Kostenträgern in Rechnung zu stellen. (Siehe auch Punkt 1.3.2 dieser Broschüre.)

AOP-Vertrag § 9:

Es können bestimmte Sachmittel (z. B. Herniennetz) über gesonderte Sachkosten mit den Kostenträgern direkt abgerechnet werden. Es sind die tatsächlich entstandenen Kosten abzüglich 12,50 € den Kostenträgern in Rechnung zu stellen. (Siehe auch Abschnitt 2.3.2 dieser Broschüre.)

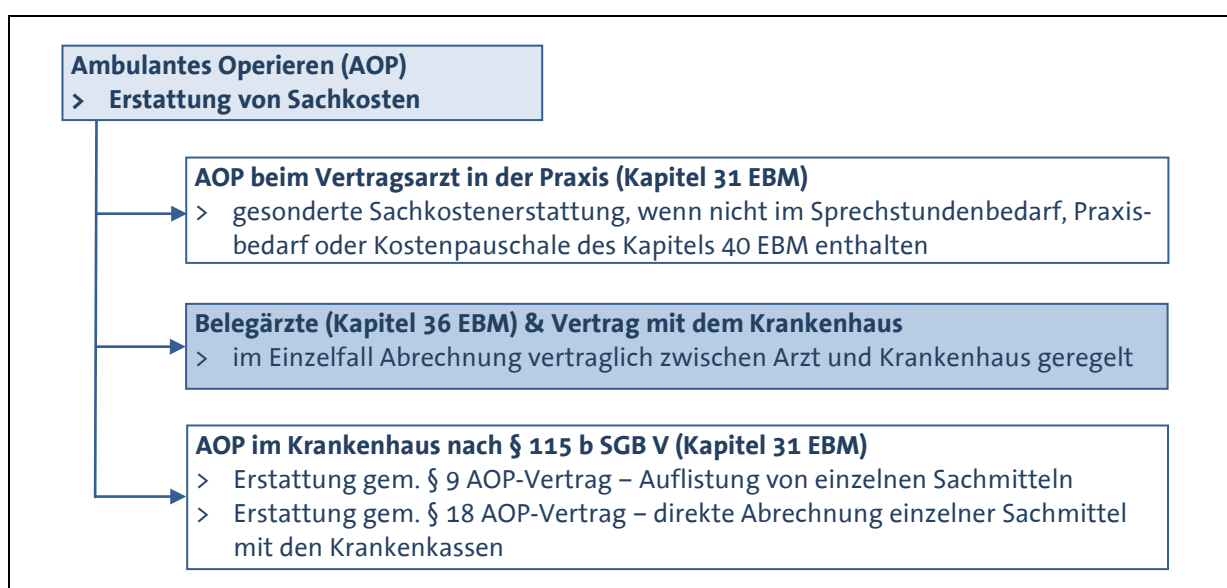
Tabelle 3: Beispiel AOP-Abrechnung Belegarzt nach Kapitel 36 EBM

Diagnose: K40.90 Hernia inguinalis

Prozedur: 5-530.31 Verschluss einer Hernia inguinalis, mit alloplastischem Material, laparoskopisch transperitoneal

Leistungen	EBM-Nr.	EBM-Punkte	Betrag für OP bei festgelegtem Punktwert (€)
Anästhesie und/oder Narkose, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend einer der Gebührenordnungspositionen ...36163...	36823	949	99,04 €
Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G3	36163	1.630	170,11 €
Postoperative Überwachung im Anschluss an die Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen...36163...	36505	120	12,52 €
Gesamt Punkte und Gesamterlös bei Multiplikation mit Orientierungspunktwert 2013 (0,10 €):		2.699	281,67 €
Einzelerrstattung Sachkosten entweder nach § 115b AOP Vertrag oder nach EBM Kapitel 7.3 Nicht in den Gebührenordnungspositionen enthaltene Kosten			

Grafik 5: Erstattung von Sachkosten beim Ambulanten Operieren, insbesondere bei Belegärzten



3.4 Qualitätssicherung (Belegärzte)

Die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren ist ein wichtiger Bestandteil zur Sicherung der Qualität beim ambulanten Operieren im stationären und ambulanten Sektor durch Vertragsärzte. Sie regelt die fachlichen, organisatorischen, hygienischen, räumlichen und apparativ-technischen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen nach Kapitel 31.2 EBM und die Leistungen der Anlage 1 zum Vertrag nach 115 b SGB V. Da die Qualitätssicherungsmaßnahmen für den Vertragsarzt und das Krankenhaus gleichermaßen gelten, siehe ausführliche Erläuterung unter Abschnitt 1.4 dieser Broschüre.

4. AOP im Krankenhaus durch niedergelassene Ärzte

4.1 Grundsätze des ambulanten Operierens für niedergelassene Ärzte

Seit dem Versorgungsstrukturgesetz 2012 hat das Krankenhaus die Möglichkeit, niedergelassene Ärzte vertraglich zur Durchführung ambulanter Operationen an das Krankenhaus zu binden.

4.1.1 Rechtsgrundlage – § 115 b SGB V Abs. 1 S. 4

AOP im Krankenhaus durch niedergelassene Ärzte sind in § 115 b Abs. 1 S. 4 SGB V geregelt.

§ 115 b SGB V
Ambulantes Operieren im Krankenhaus

(1) ... In 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.

Fassung aufgrund des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) vom 22.12.2011 (BGBl. I S. 2983) m.W.v. 01.01.2012.

4.2 Zulassungsbedingungen für AOP im Krankenhaus durch niedergelassene Ärzte

Ärztliche Leistungen gemäß § 115 b SGB V dürfen nur nach dem jeweiligen aktuellen Facharztstandard erbracht werden. Arbeitet das Krankenhaus vertraglich mit einem niedergelassenen Arzt zusammen, ist das Krankenhaus für die Einhaltung des Facharztstandards zuständig (§ 14 AOP-Vertrag).

4.3 Vergütung der ärztlichen Leistungen

Die ärztliche Vergütung ist von der vertraglichen Regelung zwischen Arzt und Krankenhaus abhängig.

Das Krankenhaus rechnet die Leistungen nach § 115 b SGB V ab. Näheres siehe Punkt: 2.3.1.

4.3.1 Vergütung der Sachkosten (Verbrauchsmaterialien, Verbandmittel, Arzneimittel, Hilfsmittel)

Die Sachkosten rechnet das Krankenhaus auf der Grundlage des § 9 AOP-Vertrag ab:

- > Die für die Eingriffe 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. Die in diesem Absatz aufgeführten Mittel dürfen nicht auf Kassenrezept verordnet werden.
- > **Für Artikel analog des Sprechstundenbedarfs kann das Krankenhaus eine Sachmittelpauschale in Höhe von 7 % der ärztlichen Honorarsumme in Rechnung stellen. Zusätzlich besteht für das Krankenhaus die Möglichkeit, die Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM abzurechnen.**
- > **Darüber hinaus können bestimmte Sachmittel separat abgerechnet werden, z. B. im Körper verbleibende Implantate in Summe, Nahtmaterial, Trokare/Endoclips, diagnostische und interventionelle Katheter, Schienen/Kompressionsstrümpfe. Diese gesondert abrechnungsfähigen Sachmittel können in voller Höhe des Rechnungsbetrages abzüglich eines Selbstbehalts von 12,50 € je aufgeführter Produktkategorie vom Krankenhaus in Ansatz gebracht werden. Es können nur Sachmittel abgerechnet werden, die teurer als 12,50 € sind.**
- > Das Krankenhaus wählt die gesondert berechnungsfähigen Materialien unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der medizinischen Notwendigkeit aus. Die diesbezüglichen Rechnungunterlagen müssen fünf Jahre lang aufbewahrt werden. Aus den Originalrechnungen muss der Name des Herstellers bzw. des Lieferanten, die Artikelbezeichnung sowie die vom Hersteller bzw. Lieferanten festgelegte Artikelnummer hervorgehen. Eventuelle Preisnachlässe, Rabatte etc. müssen bei der Abrechnung mit den Krankenkassen angegeben werden (Ausnahme Preisnachlass bei fristgerechter Zahlung bis 3 %).
- > Hinsichtlich der Vergütung von Arzneimitteln, die einen Betrag von 40,00 Euro übersteigen und die nicht Bestandteil der o. g. Regelungen sind, erfolgt eine Vergütung auf der Grundlage des in der Lauertaxe ausgewiesenen Apotheken-Einkaufspreises mit einem Abschlag in Höhe von 25 % zuzüglich Mehrwertsteuer. Eine hiervon abweichende Regelung gilt für Photosensibilisatoren (z. B. Verteporfin) bei der Photodynamischen Therapie und Hormonpräparate bei Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung.¹⁵

¹⁵ Für Details siehe: Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V – Ambulantes Operieren und sonstige stationäresetzende Eingriffe im Krankenhaus (AOP Vertrag), zuletzt geändert am 08.04.2014, § 9

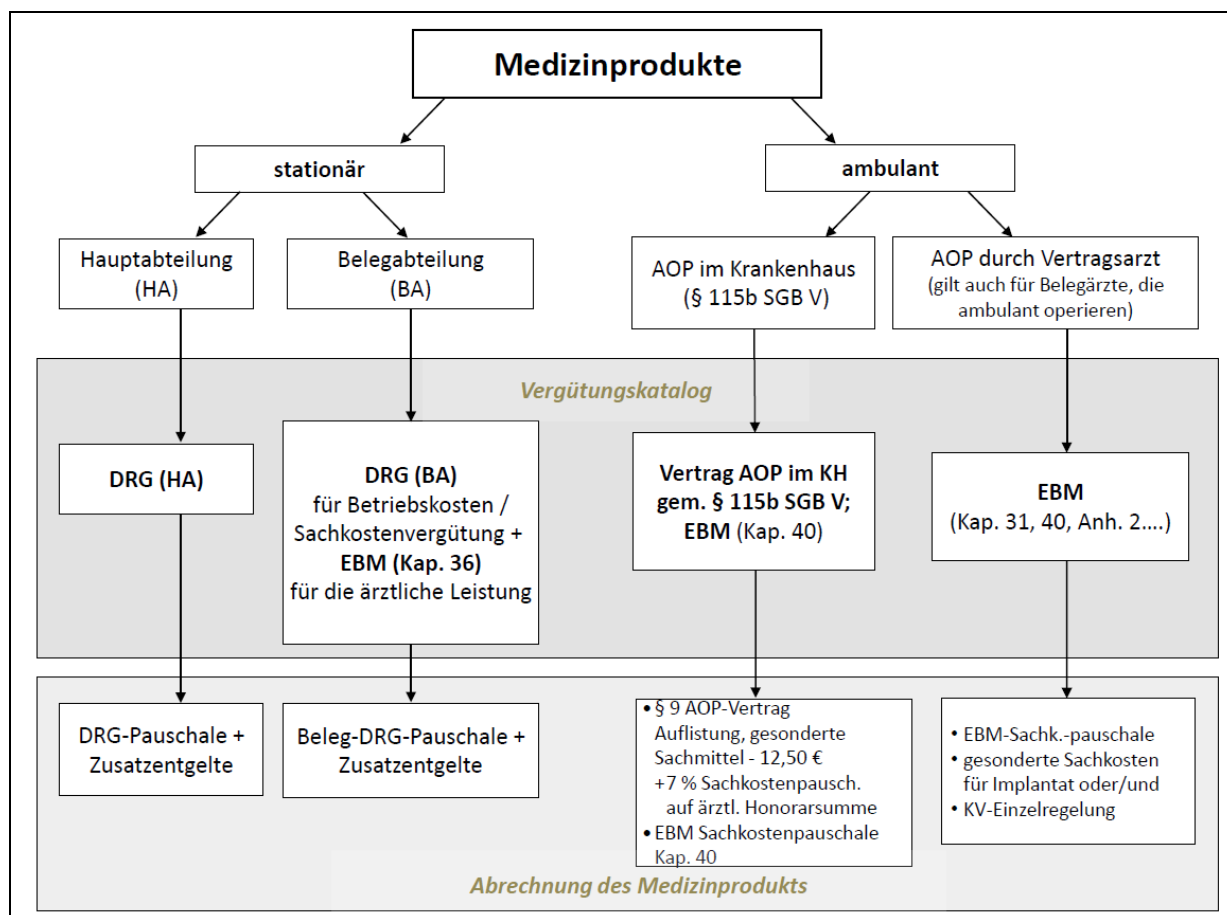
5. Fazit

Inzwischen führen die meisten Krankenhäuser ambulante Operationen nach § 115 b SGB V durch. Die Zahl der durchgeführten Operationen steigt stetig. Die Entwicklung der Zahl vor-, nach- und teilstationärer Behandlungen sowie der Zahl der ambulanten Operationen macht den Wandel im Leistungsspektrum der Krankenhäuser deutlich. Die traditionell strikte Trennung von stationärer und ambulanter Gesundheitsversorgung in Deutschland wird dadurch nach und nach aufgebrochen. In welchem konkreten Umfang Substitutions- und Leistungsverlagerungen aus dem stationären in den ambulanten Sektor und umgekehrt erfolgt sind, kann auf Basis der amtlichen Statistik nicht beziffert werden.

Für den niedergelassenen Bereich liegen nur sehr begrenzt Daten zur Verbreitung ambulanter Operationen vor. Der Grund dafür liegt in den fehlenden gesetzlichen Vorgaben zur Erfassung und Aufbereitung derartiger Zahlen. Die wenigen verfügbaren Zahlen deuten jedoch darauf hin, dass trotz des großen Zuwachses bei den Krankenhäusern immer noch der Großteil der ambulanten Eingriffe im Bereich der niedergelassenen Ärzte stattfindet.

Die Entwicklung im Bereich des ambulanten Operierens unterstreicht eine Forderung des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Dieser hatte in seinem Sondergutachten zum „Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung“ aus dem Jahr 2012 empfohlen, eine bessere Verzahnung der Patientenversorgung an der Schnittstelle ambulanter und stationärer Versorgung voranzutreiben.

Grafik 6: Medizinische Leistungen und Abrechnung von Medizinprodukten



6. Links/Quellenverzeichnis

- > **AOP-Vertrag inklusive Anlagen:** www.kbv.de → Service → Rechtsquellen → weitere Rechtsquellen → zu besonderen Leistungen
- > **Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren (Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren) vom 28.11.2011:**
www.bvf.de/pdf/richtlinien/AOP.pdf; www.aerzteblatt.de/download/files/2011/12/down158954.pdf
- > **G-AEP-Kriterien:** www.dkgev.de/media/file/2605.Anlage2_Empfehlungen_Pruefverfahren_17c_KHG.pdf
- > **EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab):** www.kbv.de/html/ebm.php
- > **Meldeformular für die Krankenhäuser:** www.dkgev.de/dkg.php/cat/66/aid/13018
- > **SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung):**
www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb_5/gesamt.pdf

Allgemeine Tatbestände

- (1) Bei den gemäß § 115b Abs. 1 Satz 2 SGB V zu bestimmenden allgemeinen Tatbeständen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann, wird nach allgemeinen individuellen Tatbeständen und morbiditäts-/diagnosebedingten allgemeinen Tatbeständen unterschieden.
- (2) Nachfolgend werden allgemeine individuelle Tatbestände bzw. Kriterien definiert, die eine stationäre Durchführung der vereinbarten in der Regel ambulant durchführbaren Operationen und sonstigen stationärsersetzenden Eingriffe erforderlich machen können. Dabei ist das Vorliegen bereits eines der nachfolgenden Tatbestände bzw. Kriterien als hinreichende Begründung für eine stationäre Durchführung anzusehen.

Als allgemeine individuelle Tatbestände sind die fehlende Sicherstellung der Versorgung des Patienten im familiären bzw. häuslichen Umfeld oder die pflegerische Nachbetreuung anzusehen. Diese sozialen Faktoren, die eine ambulante Versorgung postoperativ gefährden können sind:

- a) fehlende Kommunikationsmöglichkeit des Patienten im Fall von postoperativen Komplikationen und/oder
 - b) fehlende sachgerechte Versorgung im Haushalt des Patienten.
- (3) Neben den unter Abs. 2 genannten allgemeinen individuellen Tatbeständen, welche eine stationäre Durchführung von in der Regel ambulant durchführbaren Operationen und Eingriffen erforderlich machen können, bestehen auch morbiditäts-/diagnosebedingte allgemeine Tatbestände. Auch hier begründet das Vorliegen eines Tatbestandes bzw. Kriteriums die entsprechende stationäre Durchführung hinreichend.

Als morbiditäts-/diagnosebedingte allgemeine Tatbestände bzw. Kriterien, welche eine stationäre Durchführung von in der Regel ambulant durchführbaren Operationen und Eingriffen erforderlich machen kann, sind beispielsweise:

- a) Klinisch relevante Begleiterkrankungen, z.B. aufgrund:
 - Gerinnungsstörungen
 - Koronarsyndrom
 - Herzinsuffizienz (III/IV Grades)
 - Anamnestisch maligne Hyperthermie
 - (relevante) Lungenfunktionsstörung
 - sonstige überwachungspflichtige Behandlung
- b) Besondere postoperative Risiken, z.B. aufgrund von postoperativer Überwachungspflichtigkeit von mehr als 8 Stunden nach Beendigung des Eingriffs (z.B. kritischer endokriner oder metabolischer Status)
- c) Schwere der Erkrankung, z.B.
 - Bewusstlosigkeit
 - Verwirrtheitszustand
 - Akute Lähmung
 - Akuter Sehverlust
 - Akuter Hörverlust
 - Akute Blutung
- d) Erhöhter Behandlungsaufwand, z.B.
 - Kontinuierliche intravenöse Medikation/Infusion
 - Kontinuierliche intensive Überwachungsnotwendigkeit
 - Kontinuierliche assistierte oder kontrollierte Beatmung
 - Bedrohliche Infektion, anhaltendes Fieber
 - Andere akute Funktionsstörungen
 - Gegenüber dem Regelfall sehr komplexe Eingriffe

Präambel zu dem Katalog der G-AEP-Kriterien

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben sich auf einen gemeinsamen Katalog von Kriterien (G-AEP) für das Prüfverfahren gem. § 17 c Abs. 4 Satz 9 KHG verständigt. Die Kriterien sollen Transparenz darüber schaffen, wann eine stationäre Aufnahme in ein Krankenhaus nach Auffassung der Vertragspartner erforderlich ist. D.h. es handelt sich hierbei um eine nicht abschließende Positivliste zum Ausschluss unstrittiger notwendigerweise vollstationär zu behandelnder Fälle. Bei der Anwendung der Kriterien ist die ex-ante-Sichtweise des behandelnden Arztes zu Grunde zu legen. Die Vertragspartner stimmen überein, dass wegen der Individualität medizinischer Sachverhalte und aufgrund der Gesamtbewertung des Krankheitsbildes die Notwendigkeit der Krankenhausaufnahme oder eines Behandlungstages auch dann gegeben sein kann, wenn keines der Kriterien des Kataloges nach Anlage 1 erfüllt ist. Umgekehrt kann die Notwendigkeit verneint werden, obwohl ein Kriterium erfüllt ist. In diesen Fällen ist sowohl für den behandelnden Krankenhausarzt im Rahmen seiner Behandlungsentscheidung als auch für den MDK-Prüfarzt im Rahmen seiner Beurteilungsentscheidung das ärztliche Ermessen ausschlaggebend (override option). Eine Ausübung dieser abweichenden Ermessensentscheidung ist im Einzelfall zu begründen und zu dokumentieren.

Die Kriterien können nicht alle stationären Behandlungsnotwendigkeiten abbilden (z.B. subakute Zustände, akute Exazerbation chronischer Erkrankungen). Das kann auch auf Fälle zutreffen, in denen sich durch eine Verdichtung diagnostischer bzw. therapeutischer Maßnahmen ein deutlicher Zusatznutzen durch die stationäre Behandlung erwarten lässt und dies nachvollziehbar dokumentiert wird. Darüber hinaus sind die Kriterien für nachfolgend genannte Fachbereiche nicht geeignet: Psychiatrie, Psychosomatik, psychotherapeutische Medizin, Pädiatrie. Sollte sich aus der Anwendung der Override Option ergeben, dass weitere Bereiche nicht nur in Einzelfällen nicht angemessen abgebildet werden können, werden die Vertragspartner eine entsprechende Weiterentwicklung vornehmen.

Die festgelegten Kriterien dienen ausschließlich der Überprüfung der primären und nicht der sekundären Fehlbelegung bei akuten Erkrankungen. Sie bilden die Grundlage für die bundesweite Einheitlichkeit des Prüfverfahrens gem. § 17 c KHG.

Ergänzende haftungsrechtliche Erfordernisse zur stationären Aufnahme können sich beispielsweise in Situationen ergeben, wenn und solange der Krankenhausarzt nicht unverzüglich klären kann, ob und wie die aus seiner Sicht ausreichende ambulante Behandlung gewährleistet werden kann. Eine solche Situation entbindet den Krankenhausarzt nicht von einer Prüfung gemäß § 39 SGB V (Möglichkeiten der teil-, vorstationären sowie ambulanten Behandlung).

G-AEP-Kriterien

A SCHWERE DER ERKRANKUNG

Nr.	Kriterium	In Verbindung mit Zusatzkriterium + B (Intensität der Behandlung)
A1	Plötzliche Bewusstseinsstörung oder akuter Verwirrtheitszustand	Nein
A2	Pulsfrequenz: < 50/min oder > 140/min.	Ja
A3	Blutdruck: Systolisch < 90 oder > 200 mmHg Diastolisch <60 oder >120 mmHg	Ja
A4	Akuter Verlust der Sehfähigkeit oder des Gleichgewichtssinnes	Nein
A5	Akuter Verlust der Hörfähigkeit	Ja
A6	Akute oder progrediente Lähmung oder andere akute neurologische Symptomatik	Ja
A7	Lebensbedrohliche Infektion oder anhaltendes oder intermittierendes Fieber (> 38,0°C Kerntemperatur)	Ja
A8	Akute/ Subakute Blutung und / oder interventionsbedürftiger Hämoglobinabfall	Ja
A9	Schwere Elektrolytstörung oder Blutgasentgleisung oder aktuelle Entgleisung harnpflichtiger Substanzen	Ja
A10	Akute oder progrediente sensorische, motorische, funktionelle, zirkulatorische oder respiratorische oder dermatologische Störungen sowie Schmerzzustände, die den Patienten nachdrücklich behindern oder gefährden	Ja
A11	Dringender Verdacht oder Nachweis einer myokardialen Ischämie	Nein

A12	Krankheit, die eine Behandlung mit onkologischen Chemotherapeutika oder anderen potenziell lebensbedrohlichen Substanzen erfordert	Ja
-----	--	----

B INTENSITÄT DER BEHANDLUNG

Nr.	Kriterium	In Verbindung mit Zusatzkriterium + A (Schwere der Erkrankung)
B1	Kontinuierliche bzw. intermittierende intravenöse Medikation und / oder Infusion (schließt Sondenernährung nicht ein)	Ja
B2	Operation, Intervention oder spezielle diagnostische Maßnahme innerhalb der nächsten 24 Stunden, die die besonderen Mittel und Einrichtungen eines Krankenhauses erfordert	Nein
B3	Mehrfache Kontrolle der Vitalzeichen, auch mittels Monitor, mindestens alle 4 Stunden	Ja
B4	Behandlung auf einer Intensivstation	Nein
B5	Intermittierende, mehrmals tägliche oder kontinuierliche, assistierte oder kontrollierte Beatmung	Nein

C OPERATION / INVASIVE MAßNAHME (AUßER NOTFALLMAßNAHMEN)

Nr.	Kriterium	In Verbindung mit Zusatzkriterium A, D,E oder F
C1	Operation / Prozedur, die unstrittig nicht ambulant erbracht werden kann	Nein
C2	Leistungen, die gemäß des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V in der Regel ambulant erbracht werden sollen (mit [*] Sternchen gekennzeichnete Leistungen aus dem aktuellen Katalog ambulanter Operationen und stationersetzender Eingriffe nach Anlage 1) und ein Kriterium der allgemeinen Tatbestände gemäß § 3 Abs. 3 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V erfüllen	Nein

D KOMORBIDITÄTEN IN VERBINDUNG MIT OPERATIONEN ODER KRANKENHAUSSPEZIFISCHEN MAßNAHMEN

Nr.	Kriterium
D1	Signifikant pathologische Lungenparameter
D2	Schlafapnoe-Syndrom: Anamnestisch bekanntes mittelschweres oder schweres Schlafapnoe-Syndrom
D3	Blutkrankheiten: Interventionsrelevante Gerinnungsstörung oder therapiepflichtige Blutkrankheit
D4	Manifeste Herzerkrankungen: Angina pectoris Grad III oder IV (NYHA) Manifeste Herzinsuffizienz Grad III oder IV (NYHA)
D5	Maligne Hyperthermie in der Eigen- oder Familienanamnese
D6	Patienten, bei denen eine besonders überwachungspflichtige Behandlung der folgenden Erkrankungen dokumentiert ist z.B.: <ul style="list-style-type: none"> - endokrine Erkrankungen (z.B. Diabetes) - Obstruktive Lungenerkrankungen - Schlaganfall und/ oder Herzinfarkt - Behandlungsrelevante Nieren-/ Leberfunktionsstörung - schwere Immundefekte - Bluthochdruck mit Gefahr der Entgleisung

**E NOTWENDIGKEIT INTENSIVER BETREUUNG IN VERBINDUNG MIT
OPERATIONEN ODER ANDEREN KRANKENHAUSSPEZIFISCHEN
MAßNAHMEN**

Nr.	Kriterium
E1	Voraussichtliche Überwachungspflicht über 12 Stunden nach Narkose- oder Interventionsende
E2	Amputationen und Replantationen
E3	Gefäßchirurgische Operationen (arteriell und/oder zentral)
E4	Einsatz und Entfernung von stabilisierenden Implantaten, ausgenommen z.B. nach unkomplizierten Hand-, Handgelenks- sowie Fuß-, und Sprunggelenksoperationen
E5	Einsatz von Drainageschläuchen mit kontinuierlicher Funktionskontrolle
E 6	Kathetergestützte Schmerztherapie

F SOZIALE FAKTOREN, AUFGRUND DERER EINE MEDIZINISCHE VERSORGUNG DES PATIENTEN NICHT MÖGLICH WÄRE, IN VERBINDUNG MIT OPERATIONEN ODER ANDEREN KRANKENHAUSSPEZIFISCHEN MAßNAHMEN , -¹

Nr.	Kriterium
F1	Fehlende Kommunikationsmöglichkeit, z.B. da der Patient allein lebt und kein Telefon erreichen kann
F2	Keine Transportmöglichkeit oder schlechte Erreichbarkeit durch Stellen, die Notfallhilfe leisten könnten
F3	Mangelnde Einsichtsfähigkeit des Patienten
F4	Fehlende Versorgungsmöglichkeiten

¹ Hinweis: auch die Erfüllung dieser Kriterien muss dokumentiert sein

Anhang 3

Dokumentation der Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung

Für die Varizenchirurgie und Operationen an Hämodialysesesshunts ist i. d. R. eine besondere Begründung für die stationäre Durchführung der Maßnahme notwendig – vgl. allgemeine Tatbestände.

G-AEP-Kriterien

A Schwere der Erkrankung		
A11	Dringender Verdacht oder Nachweis einer myokardialen Ischämie	kein Zusatzkriterium notwendig
A1	Plötzliche Bewusstseinsstörung oder akuter Verwirrtheitszustand	
A4	Akuter Verlust der Sehfähigkeit oder des Gleichgewichtssinnes	
A2	Pulsfrequenz: <50 / min oder > 140 / min.	Zusatzkriterium aus Kapitel B notwendig
A3	Blutdruck: systolisch < 90 oder > 200 mmHg diastolisch <60 oder >120 mmHg	
A9	Akute oder progrediente Störung mit erkennbarer vitaler Gefährdung	
A7	Lebensbedrohliche Infektion oder anhaltendes oder intermittierendes Fieber (> 38,0° C Kerntemperatur)	
A8	Akute/Subakute Blutung und/oder interventionsbedürftiger Hämoglobinabfall	
A9	Schwere Elektrolytstörung oder Blutgasentgleisung oder aktuelle Entgleisung harnpflichtiger Substanzen	
A6	Akute oder progrediente Lähmung oder andere akute neurologische Symptomatik	
A10	Akute oder progrediente sensorische, motorische, funktionelle, zirkulato- rische oder respiratorische oder dermatologische Störungen sowie Schmerz- zustände, die den Patienten nachdrücklich behindern oder gefährden	
A5	Akuter Verlust der Hörfähigkeit	
A4	Akuter Verlust der Seh- oder Hörfähigkeit oder des Gleichgewichtssinnes	
A12	Krankheit, die eine Behandlung mit onkologischen Chemotherapeutika oder anderen potenziell lebensbedrohlichen Substanzen erfordert	
Bemerkungen:		

B Intensität der Behandlung		
B2	Operation, Intervention oder spezielle diagnostische Maßnahme innerhalb der nächsten 24 Stunden, die die besonderen Mittel und Einrichtungen eines Krankenhauses erfordert	kein Zusatzkriterium notwendig
B4	Behandlung auf einer Intensivstation	
B5	Intermittierende, mehrmals tägliche oder kontinuierliche, assistierte oder kontrollierte Beatmung	
B3	Mehrfache Kontrolle der Vitalzeichen, auch mittels Monitor, mindestens alle 4 Stunden	Zusatzkriterium aus Kapitel A notwendig
B1	Kontinuierliche bzw. intermittierende intravenöse Medikation und/oder Infusion (schließt Sondenernährung nicht ein)	
Bemerkungen:		

C Operation/Invasive Maßnahme (außer Notfallmaßnahme)

C1	Operation/Prozedur, die unstrittig nicht ambulant erbracht werden kann	kein Zusatzkriterium notwendig
C2	Leistungen, die gemäß des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V in der Regel ambulant erbracht werden sollen (mit [*] Sternchen gekennzeichnete Leistungen aus dem aktuellen Katalog ambulanter Operationen und stationärsersetzender Eingriffe nach Anlage 1) und ein Kriterium der allgemeinen Tatbestände gemäß § 3 Abs. 3 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V erfüllen	
Bemerkungen:		

D Komorbiditäten in Verbindung mit Operationen oder krankenhausspezifischen Maßnahmen

D4	Manifeste Herzerkrankungen: Angina pectoris Grad III oder IV (NYHA) Manifeste Herzinsuffizienz Grad III oder IV (NYHA)
D6	Patienten, bei denen eine besonders überwachungspflichtige Behandlung der folgenden Erkrankungen dokumentiert ist z. B.: > endokrine Erkrankungen (z. B. Diabetes) > obstruktive Lungenerkrankungen > Schlaganfall und/ oder Herzinfarkt > behandlungsrelevante Nieren-/ Leberfunktionsstörung > schwere Immundefekte > Bluthochdruck mit Gefahr der Entgleisung
D3	Blutkrankheiten: Interventionsrelevante Gerinnungsstörung oder therapiepflichtige Blutkrankheit
D1	Signifikant pathologische Lungenparameter
D2	Schlafapnoe-Syndrom: Anamnestisch bekanntes mittelschweres oder schweres Schlafapnoe-Syndrom
D5	Maligne Hyperthermie in der Eigen- oder Familienanamnese
Bemerkungen:	

E Notwendigkeit intensiver Betreuung in Verbindung mit Operationen oder anderen krankenhausspezifischen Maßnahmen

E3	Gefäßchirurgische Operationen (arteriell und/oder zentral)
E2	Amputationen/Replantationen
E1	Voraussichtliche Überwachungspflicht über 12 Stunden nach Narkose- oder Interventionsende
E6	Kathetergestützte Schmerztherapie
E5	Einsatz von Drainageschläuchen mit kontinuierlicher Funktionskontrolle
E4	Einsatz und Entfernung von stabilisierenden Implantaten, ausgenommen z.B. nach unkomplizierten Hand-, Handgelenks- sowie Fuß- und Sprunggelenksoperationen
Bemerkungen:	

F Soziale Faktoren, aufgrund derer eine medizinische Versorgung des Patienten nicht möglich wäre, in Verbindung mit einer Operation oder anderen krankenhausspezifischen Maßnahme (die Erfüllung dieser Kriterien muss dokumentiert sein)

F1	Fehlende Kommunikationsmöglichkeit, z. B. da der Patient allein lebt und kein Telefon erreichen kann
F2	Keine Transportmöglichkeit oder schlechte Erreichbarkeit durch Stellen, die Notfallhilfe leisten könnten
F3	Mangelnde Einsichtsfähigkeit des Patienten
F4	Fehlende Versorgungsmöglichkeiten
Bemerkungen:	

Für die im Vertrag nach § 115 b Abs. 1 (ambulantes Operieren) SGB V festgelegten Operationen, die mit einem Sternchen (*) versehen sind, gilt, dass für die Durchführung dieser Maßnahme unter stationären Bedingungen eine besondere Begründung nach den allgemeinen Tatbeständen (s. u.) notwendig ist.

Dies gilt bei uns für folgende Operationen:

- > Anlage eines arteriovenösen Shunts zur Hämodialyse
- > Anlage eines arteriovenösen Shunts zur Hämodialyse, mit freiem Transplantat
- > Beseitigung eines arteriovenösen Shunts
- > Exstirpation oder subfasziale Ligatur von Seitenastvarizen oder insuffizienten Perforansvenen, als selbständige Leistung
- > Crossektomie und/oder Exstirpation der Vena saphena parva, ggf. einschl. Exstirpation oder subfaszialer Ligatur von Seitenastvarizen oder insuffizienten Perforansvenen

Begründung nach den allgemeinen Tatbeständen (1 Kriterium reicht zur Begründung aus)

Individuelle allgemeine Tatbestände: fehlende Sicherstellung der Versorgung

	fehlende Kommunikationsmöglichkeit des Patienten im Fall von postoperativen Komplikationen
	fehlende sachgerechte Versorgung im Haushalt des Patienten
Bemerkungen:	

Morbiditäts-/diagnosebedingte allgemeine Tatbestände: Relevante Begleiterkrankungen

	Klinisch relevante Begleiterkrankungen, z. B. aufgrund:
	> Gerinnungsstörungen
	> Koronarsyndrom
	> Herzinsuffizienz (III/IV Grades)
	> anamnestisch maligne Hyperthermie
	> (relevante) Lungenfunktionsstörung
	> sonstige überwachungspflichtige Behandlung
Bemerkungen:	

Besondere postoperative Risiken

	Besondere postoperative Risiken, z. B. aufgrund von postoperativer Überwachungspflichtigkeit von mehr als 8 Stunden nach Beendigung des Eingriffs (z. B. kritischer endokriner oder metabolischer Status)
Bemerkungen:	

Schwere der Erkrankung

	Schwere der Erkrankung, z. B.:
	> Bewusstlosigkeit
	> Verwirrheitszustand
	> Akute Lähmung
	> Akuter Sehverlust
	> Akuter Hörverlust
	> Akute Blutung
Bemerkungen:	

Erhöhter Behandlungsaufwand

	Erhöhter Behandlungsaufwand, z. B.:	
	> Kontinuierliche intravenöse Medikation/Infusion	
	> Kontinuierliche intensive Überwachungsnotwendigkeit	
	> Kontinuierliche assistierte oder kontrollierte Beatmung	
	> Bedrohliche Infektion, anhaltendes Fieber	
	> Andere akute Funktionsstörungen	
	> Gegenüber dem Regelfall sehr komplexe Eingriffe	
Bemerkungen:		

Datum: _____

Unterschrift: _____

BVMed – Bundesverband
Medizintechnologie e. V.
Reinhardtstr. 29 b, 10117 Berlin
Tel.: +49 (0)30 246 255-0
Fax: +49 (0)30 246 255-99
www.bvmed.de