

## Einleitung

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

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

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

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



# Teil I

Ambulant durchführbare Operationen,  
sonstige stationsersetzender Eingriffe  
und stationsersetzende Behandlungen  
nach § 115b SGB V



## 1 Gesetzliche Grundlage (§ 115b SGB V)

### § 115b Ambulantes Operieren im Krankenhaus<sup>1</sup>

(1) <sup>1</sup>Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren auf der Grundlage des Gutachtens nach Absatz 1a bis zum 31. Januar 2022

1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationsersetzender Eingriffe und stationsersetzender Behandlungen,
2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte.

<sup>2</sup>Die Vereinbarung nach Satz 1 tritt mit ihrem Wirksamwerden an die Stelle der am 31. Dezember 2019 geltenden Vereinbarung. <sup>3</sup>In die Vereinbarung nach Satz 1 Nummer 1 sind die in dem Gutachten nach Absatz 1a benannten ambulant durchführbaren Operationen und die stationsersetzenden Eingriffe und stationsersetzenden Behandlungen aufzunehmen, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, sowie allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. <sup>4</sup>Die Vergütung nach Satz 1 Nummer 2 ist nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren und erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage, ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen. <sup>5</sup>In der Vereinbarung sind die Qualitätsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 sowie die Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 und den §§ 136 bis 136b zu berücksichtigen. <sup>6</sup>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. <sup>7</sup>Die Vereinbarung nach Satz 1 ist mindestens alle zwei Jahre, erstmals zum 31. Dezember 2023, durch Vereinbarung an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen. <sup>8</sup>Der Vereinbarungsteil nach Satz 1 Nummer 1 bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

- (1a) <sup>1</sup>Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen leiten bis zum 30. Juni 2020 das Verfahren für die Vergabe eines gemeinsamen Gutachtens ein, in dem der Stand der medizinischen Erkenntnisse zu ambulant durchführbaren Operationen, stationsersetzenden Eingriffen und stationsersetzenden Behandlungen untersucht wird.  
<sup>2</sup>Das Gutachten hat ambulant durchführbare Operationen, stationsersetzende Eingriffe und stationsersetzende Behandlungen konkret zu benennen und in Verbindung damit verschiedene Maßnahmen zur Differenzierung der Fälle nach dem

---

<sup>1</sup> Zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG) vom 25.02.2025 (BGBl. 2025 I Nr. 64)

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

(2) <sup>1</sup>Die Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog genannten Operationen, stationersetzen Eingriffe und stationersetzen Behandlungen zugelassen. <sup>2</sup>Hierzu bedarf es einer Mitteilung des Krankenhauses an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuss (§ 96); die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet die Landeskrankenhausgesellschaft über den Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung. <sup>3</sup>Das Krankenhaus ist zur Einhaltung des Vertrages nach Absatz 1 verpflichtet. <sup>4</sup>Die Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. <sup>5</sup>Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität erfolgt durch die Krankenkassen; die Krankenhäuser übermitteln den Krankenkassen die Daten nach § 301, soweit dies für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen erforderlich ist. <sup>6</sup>Leistungen, die Krankenhäuser auf Grundlage des Katalogs nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 ambulant erbringen, unterliegen nicht der Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275c Absatz 1 in Verbindung mit § 275 Absatz 1 Nummer 1.

(3) <sup>1</sup>Kommt eine der Vereinbarungen nach Absatz 1 nicht fristgerecht zustande oder wird eine Vereinbarung nach Absatz 1 ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a. <sup>2</sup>Absatz 1 Satz 7 gilt entsprechend für die Festsetzung nach Satz 1 durch das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.

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

## 2 AOP-Vertrag

### Vertrag nach § 115b Absatz 1 SGB V

#### – Ambulantes Operieren, sonstige stationsersetzende Eingriffe und stationsersetzende Behandlungen im Krankenhaus – (AOP-Vertrag)

zwischen

dem GKV-Spitzenverband, Berlin, und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin, sowie

der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Berlin

vom 18.12.2024

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband schließen auf Grund des in § 115b SGB V enthaltenen Auftrages folgenden Vertrag:

#### Präambel

Dieser Vertrag soll dazu dienen, einheitliche Rahmenbedingungen zur Durchführung ambulanter Operationen, sonstiger stationsetzender Eingriffe und stationsersetzender Behandlungen – nachfolgend „Leistungen gemäß § 115b SGB V“ genannt – im niedergelassenen Bereich und im Krankenhaus zu schaffen und die Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten<sup>2</sup> und Krankenhäusern zu fördern. Dies umfasst auch die nach dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz und dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz zulässigen Kooperationsmöglichkeiten.

Er zielt darauf ab, auf der Basis des § 39 SGB V zur Vermeidung nicht notwendiger vollstationärer Krankenhausbehandlung eine patientengerechte und wirtschaftliche Versorgung zu sichern und die Kooperation zwischen niedergelassenem Bereich und Krankenhausbereich zu verbessern, einschließlich der gemeinsamen Nutzung von Operationskapazitäten im Krankenhaus.

Die Vertragspartner sind sich bewusst, dass die Leistungserbringung nach wirtschaftlichen Grundsätzen zu erfolgen hat und sowohl die Leistungen nach § 115b SGB V erbringenden Vertragsärzte als auch die nach § 115b SGB V zugelassenen Krankenhäuser gleichberechtigt hierzu befugt sind.

Soweit in den einzelnen Bestimmungen dieses Vertrages nicht ausdrücklich Vertragsärzte als Adressaten genannt werden, gelten diese ausschließlich für Krankenhäuser.

---

<sup>2</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Vertrag durchgängig die grammatisch männliche Form (Ärzte, Patienten etc.) benutzt. Sie bezieht sich gleichermaßen auf die Geschlechter männlich, weiblich und divers.

Für Vertragsärzte sind die für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Vorgaben maßgeblich, insbesondere das SGB V, der Bundesmantelvertrag für Ärzte (BMV-Ä) und der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM).

Die Vertragspartner werden die Beratungen zur weiteren Umsetzung des gesetzlichen Auftrages sowie zur Umsetzung der Ergebnisse des Gutachtens nach § 115b Abs. 1a SGB V und zur Weiterentwicklung der Schweregraddifferenzierung im Jahr 2025 fortsetzen.

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

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

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

## **§ 1 Zulassung von Krankenhäusern zur Erbringung von Leistungen gemäß § 115b SGB V**

(1) Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog nach § 3 aufgeführten Leistungen gemäß § 115b SGB V in den Leistungsbereichen zugelassen, in denen sie auch stationäre Krankenhausbehandlung erbringen. Hierzu bedarf es einer maschinenlesbaren Mitteilung des Krankenhauses an die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuss.

(2) In dieser Mitteilung sind die entsprechenden einzelnen Leistungen, die in diesem Krankenhaus ambulant durchgeführt werden sollen, auf der Grundlage des gemeinsamen Katalogs maschinenlesbar zu benennen. Die Krankenhäuser verwenden für diese Mitteilung das zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft abgestimmte Formular in der jeweils aktuellen Fassung.

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

## **§ 2 Zugang der Patienten zu Leistungen nach § 115b SGB V**

(1) Leistungen gemäß § 115b SGB V sollen in der Regel auf Veranlassung eines Vertragsarztes unter Verwendung eines Überweisungsscheins durchgeführt werden. Falls ein Patient ohne Überweisungsschein das Krankenhaus oder den leistungserbringenden Vertragsarzt zur Erbringung einer Leistung nach § 115b SGB V aufsucht, gilt die elektronische Gesundheitskarte in Verbindung mit einem amtlichen Lichtbildausweis als Nachweis für die Mitgliedschaft. Der für die Leistung gemäß § 115b

SGB V verantwortliche Arzt entscheidet über Art und Umfang der ambulanten Leistung.

(2) Aus dem als Anlage 1 des Vertrages beigefügten „Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationsersetzender Eingriffe und stationsersetzender Behandlungen“ kann nicht die Verpflichtung hergeleitet werden, dass die dort aufgeführten Eingriffe ausschließlich ambulant zu erbringen sind. Der Arzt ist verpflichtet, in jedem Einzelfall zu prüfen, ob Art und Schwere der beabsichtigten Leistung unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes des Patienten die ambulante Durchführung nach den Regeln der ärztlichen Kunst mit den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten erlauben. Zugleich muss sich der verantwortliche Arzt vergewissern und dafür Sorge tragen, dass der Patient nach Entlassung aus der unmittelbaren Betreuung des behandelnden Arztes auch im häuslichen Bereich sowohl ärztlich als gegebenenfalls auch pflegerisch angemessen versorgt wird. Die Entscheidung ist zu dokumentieren.

### § 3

#### **Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationsersetzender Eingriffe und stationsersetzender Behandlungen**

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

### § 4

#### **Präoperative Leistungen**

(1) Zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen stellt der überweisende Arzt dem die Leistung nach § 115b SGB V durchführenden Arzt die im Zusammenhang mit der vorgesehenen Leistung gemäß § 115b SGB V bedeutsamen Unterlagen zur Verfügung. Der die Leistung gemäß § 115b SGB V durchführende Arzt/Anästhesist hat diese Unterlagen bei seiner Entscheidung zu berücksichtigen. Werden bereits durchgeführte Untersuchungen nochmals veranlasst, so sind diese in medizinisch begründeten Fällen von den Kostenträgern zu vergüten. Diese sind bei der Abrechnung zu kennzeichnen und auf Nachfrage zu begründen.

(2) Erfolgt eine vollstationäre Behandlung, so sind die diagnostischen Maßnahmen, die der Vorbereitung dieser stationären Behandlung dienen und innerhalb der Fristen gemäß § 115a Absatz 2 SGB V erbracht werden, nicht als Leistungen gemäß § 115b SGB V abzurechnen.

(3) Der die Leistung nach § 115b SGB V durchführende Krankenhausarzt/Anästhesist ist berechtigt, die gegebenenfalls zusätzlich erforderlichen, auf das eigene Fachgebiet bezogenen diagnostischen Leistungen im Krankenhaus durchführen zu lassen, so weit das Krankenhaus über die hierfür erforderlichen Einrichtungen verfügt. Diese Leistungen sind mit den Krankenkassen nach Maßgabe der Abrechnungsbestimmungen des EBM und des § 9 abzurechnen.

(4) Handelt es sich um notwendige fachgebietsbezogene Leistungen, die vom Krankenhaus nicht erbracht werden können, hat der die Leistung gemäß § 115b SGB V durchführende Krankenhausarzt den Patienten an einen niedergelassenen Vertragsarzt dieses Fachgebietes, einen ermächtigten Krankenhausarzt, eine ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung oder eine zugelassene Einrichtung mittels Definitionsauftrag durch Verwendung des entsprechenden Vordrucks gemäß § 18 zu überweisen.

(5) Soweit es sich um notwendige, nicht fachgebietsbezogene Leistungen handelt, hat der die Leistung gemäß § 115b SGB V durchführende Krankenhausarzt den Patienten an einen Vertragsarzt dieses anderen Fachgebietes, einen ermächtigten Krankenhausarzt, eine ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung oder eine zugelassene Einrichtung mittels Definitionsauftrag durch Verwendung des entsprechenden Vordrucks gemäß § 18 zu überweisen.

### **§ 5 Intraoperative Leistungen**

In Verbindung mit einer Leistung nach § 115b SGB V können intraoperative Leistungen erbracht oder veranlasst werden, die in einem unmittelbaren zeitlichen und medizinischen Zusammenhang mit der Leistung stehen (insbesondere Laboruntersuchungen, Leistungen der konventionellen Radiologie, Histologie oder der Pathologie).

### **§ 6 Postoperative Leistungen**

Postoperative, auf das eigene Fachgebiet des die Leistung gemäß § 115b SGB V durchführenden Krankenhausarztes/Anästhesisten bezogene ärztliche Leistungen, einschließlich der Leistungen des Abschnitts 31.3 des EBM, die erforderlich sind, um den Behandlungserfolg der im Krankenhaus durchgeführten Leistung nach § 115b SGB V zu sichern bzw. zu festigen, sind auch von fachlich verantwortlichen Krankenhausärzten durchzuführen. Die Behandlungsdauer soll 21 Tage nicht überschreiten, ohne dass es einer erneuten Überweisung bedarf.

### **§ 7 Unterrichtung des weiterbehandelnden Vertragsarztes**

Nach Durchführung der Leistung gemäß § 115b SGB V ist dem Patienten eine für den weiterbehandelnden Vertragsarzt bestimmte Kurzinformation mitzugeben, aus der die Diagnose, die Therapieangaben, die angezeigten Rehabilitationsmaßnahmen sowie die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hervorgehen. Diese Information ist obligater Bestandteil der Leistung und somit nicht gesondert abrechenbar.