

Nachtrag vom 20.12.2023

mit Wirkung zum 01.01.2024

für Tag des Zugangs ab dem 01.01.2024

zur Fortschreibung der § 301 – Vereinbarung

Dieser Nachtrag dient der technischen Umsetzung des Vertrages nach § 115b Absatz 1 SGB V – Ambulantes Operieren, sonstige stationersetzende Eingriffe und stationersetzende Behandlungen im Krankenhaus – (AOP-Vertrag) 2024 vom 18.12.2023.

## Erläuterungen zu einzelnen Nachträgen

---

### Teil 1

#### **Nachträge 1-2:**

Der neue AOP-Vertrag vom 18.12.2023 sieht gemäß Anlage 3 die Abrechnung von Frakturzuschlägen vor. Hierzu sind durch Angabe von Zusatzziffern (85501–85505, 85514, 85520–85522) und unter Angabe der zuschlagsberechtigten EBM Ziffern feste Eurobeträge für Frakturzuschläge abrechenbar. Diese werden wie gewohnt an der 4.–8. Stelle des Entgeltartenschlüssels angegeben. Dies wird hiermit klargestellt. Des Weiteren ist ein EZV Schlüssel für Sachmittel zu ergänzen.

### Teil 2

Durch den AOP-Vertrag vom 18.12.2023 sind redaktionell die Bezüge anzupassen.

## Teil 1 (Tag des Zugangs ab 01.01.2024):

### Nachträge zu Anlage 2

#### Nachtrag 1 neue Schlüsselausprägung sowie redaktionelle Korrektur der Hinweise

#### Schlüssel 3: Einzelvergütung, Erläuterung

1. u. 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	01	Im Körper verbleibende Implantate in Summe (siehe Hinweis)
	02	Röntgenkontrastmittel (siehe Hinweis)
	03	Pauschalvergütung Qualitätssicherung
	04	Pauschalvergütung Sachmittel (auch für §§ 116b, 117, 118, 119 SGB V)
	...	...
	<u>19</u>	<u>Diagnostische und interventionelle Katheter einschl. Führungsdraht, Ureterschleusen (Führungshülsen) im Zusammenhang mit urologischen Leistungen</u>
	...	...

Materialien, soweit sie ~~+2,506,25~~ € je aufgeführter Sachmittelposition übersteigen (§ 9-11 Abs. 5 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V....

**Nachtrag 2 Abbildung Zusatzziffern im Entgeltartenschlüssel****Schlüssel 4 Teil II: Entgeltart ambulant**

1. Stelle	Einrichtungsart			
0	Ambulantes Operieren nach § 115b SGB V, Ambulante Behandlung nach § 116b SGB V			
1	–			
2	Hochschulambulanzen nach § 117 Abs. 1. und Abs. 2 SGB V			
3	Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V			
4	Sozialpädiatrische Zentren nach § 119 SGB V			
5	Integrierte Versorgung nach § 140a SGB V			
6	Kinderspezialambulanzen (ergänzende fall- oder einrichtungsbezogene Pauschale) nach § 120 Abs. 1a SGB V			
7	Ambulanzen an Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG – § 117 Abs. 3 SGB V			
8	Medizinische Behandlungszentren (MBZ) nach § 119c SGB V			
2. Stelle	Abrechnungsart			
0	EBM*			
	3. Stelle	0	ohne Differenzierung	
		2	Abschlag	
		A-Z	regionale Buchstabenkennung (regionale Eurogebührenordnung)	
	4. – 8. Stelle	01100 ff.	EBM-Ziffern, Schlüssel 20, bzw. für § 116b (neu) Leistungen: regionale Eurogebührenordnungen bzw. Pseudo-/Zusatzziffern*, für § 92 Abs. 6b SGB V Leistungen aus Abschnitt 37.5 EBM	

...

\*Für Leistungen, die in Anlage 3 des AOP-Vertrages als Frakturzuschlag aufgeführt sind, finden die dort aufgeführten zu kodierenden Zusatzziffern ihre Anwendung. Hierzu werden diese an den ersten drei Stellen mit `000` und an der 4.–8. Stelle mit der 5stelligen Zusatzziffer gemäß Anlage 3 AOP-Vertrag übermittelt.

## Teil 2 (Tag des Zugangs ab 01.01.2024):

Redaktionelle Änderungen durch den neuen AOP–Vertrag vom 18.12.2023

### Anlage 5

#### redaktionelle Korrektur Medizinische Begründung

#### 1.2.3 Medizinische Begründung:

Die Medizinische Begründung ist vom Krankenhaus auf Verlangen der Krankenkasse zu übermitteln, falls die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung überschritten wird.

Die medizinische Begründung kann wahlweise in maschinenlesbarer oder in nicht maschinenlesbarer Form übermittelt werden. Zu nicht maschinenlesbarer Übermittlung s. Anlage 3.

In den Fällen, in denen abweichend von § 8 Abs. 2 des AOP–Vertrages [vom 21.12.2022](#) und den in Anlage 2 genannten Kontextfaktoren medizinische Gründe oder soziale Gründe vorliegen, die dazu führen, dass die Versorgung des Patienten oder der Patientin in der Häuslichkeit nicht sichergestellt werden kann und dadurch der medizinische Behandlungserfolg gefährdet ist, so sind diese Gründe bei einer stationären Durchführung der Leistung nach Anlage 1 des AOP–Vertrages fallindividuell durch Übermittlung einer Nachricht `Medizinische Begründung` (MBEG) darzustellen.

## 1.2.8.1 Ambulante Operationen nach § 115b und Behandlungen nach § 116b SGB V:

### § 115b SGB V – Ambulante Operationen im Krankenhaus

Mit dem Rechnungssatz Ambulante Operation stellt das Krankenhaus der Krankenkasse die Vergütung für eine ambulante Operation in Rechnung. Die Entgelte sind entsprechend EBM-Katalog Schlüssel 20 (zuzüglich Pauschale und ggf. Einzelvergütung) zu berechnen. Die behandelnde Fachabteilung ist nach Schlüssel 6 anzugeben. Im Rahmen einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit einem Vertragsarzt bei Leistungen nach §115b SGB V ist die Arztnummer des am Krankenhaus tätigen Belegarztes bzw. kooperierenden Vertragsarztes, ggf. auch eines weiteren kooperierenden Vertragsarztes, im Segment RZA entsprechend ~~§ 18-20~~ Abs. 2 bzw. 3 des AOP-Vertrages auszuweisen. Die belegärztliche Leistung ist im Rechnungssatz Ambulante Operation im ENA-Segment als gesonderter Rechnungsposten mit Entgeltanzahl „0“ auszuweisen. Das Segment ZLG entfällt bei ambulanten Krankenhausbehandlungen (Rechnungssatz und Zahlungssatz Ambulante Operation, siehe aber Abschnitt 1.2.8.3).

Bei Durchführung von Leistungen des Kapitels 31 des EBM sind die Bestimmungen der Präambel des Anhangs 2 zum EBM zu beachten. Bei Simultaneingriffen ist bei beidseitigen Eingriffen an paarigen Organen oder Körperteilen als Prozeduren-Lokalisationsangabe "B" anzugeben. Bei der Abrechnung dieser Eingriffe kommt für diejenigen EBM-Positionen, für die im AOP-Katalog nicht bereits ausdrücklich eine beidseitige Prozedur angegeben, sondern der OPS-Kode mit einem Doppelrichtungspfeil gekennzeichnet ist, bei gesonderten operativen Zugangswegen die zusätzliche Abrechnung einer entsprechenden Zuschlagsposition für eine Überschreitung der Schnitt-Naht-Zeit in Betracht.

Ausschließlich EBM-Positionen, die für die Berechnung des pauschalen Zuschlages nach § 9-11 Abs. 3 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V herangezogen werden, sind im Feld „in Honorarsumme für Pauschale enthalten“ mit „J“ zu kennzeichnen. Zur Berechnung der Felder „Honorarsumme (für Pauschale)“ und „Pauschale“ siehe Anlage 5 Abschnitt 2 Punkt 2.22 Nr. 9 und 10. Die Summe der ENA-Entgeltwerte (Entgeltbetrag x Entgeltanzahl) wird im Feld „Honorarsumme (für Pauschale)“ ausgewiesen (ggf. wird die „Honorarsumme (für Pauschale)“ um die „Honorarsummenrelevanten Anteile“ erhöht, die über EZV (Einzelvergütung x Anzahl) in Rechnung gestellt werden). Der hieraus errechnete pauschale Zuschlag wird im Feld „Pauschale“ ausgewiesen. Wird eine in Kapitel 40 des EBM ausgewiesene leistungsbezogene Kostenpauschale in Rechnung gestellt, ist die entsprechende ärztliche Leistung des EBM von der Berechnung der Zuschlagshöhe „auszuklammern“. Die EBM-Positionen für die Kostenpauschale und die entsprechende ärztliche Leistung werden nicht in die „Honorarsumme (für Pauschale)“ eingerechnet, daher muss das Feld „in Honorarsumme für Pauschale enthalten“ leer bleiben.

## 2.8 ENA Segment Entgelt Ambulante Operation (999 x möglich)

### 4. In Honorarsumme für Pauschale enthalten

Das Feld ist dann mit „J“ zu befüllen, wenn die entsprechende EBM-Position (Entgeltart) zur Berechnung des pauschalen Zuschlags nach § [9-11](#) Abs. 3 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V (AOP-Vertrag) herangezogen wird.

Ansonsten bleibt das Feld leer.

## 2.11 EZV Segment Einzelvergütung (99 x möglich)

### 1. Einzelvergütung

Nach § 11 Abs. 5 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V werden spezielle Materialien (siehe Schlüssel 3 der Anlage 2 zur § 301–Vereinbarung) nach Einzelaufwand erstattet, soweit sie 6,25 Euro je aufgeführter Sachmittelposition (Schlüssel 3) übersteigen. Zur Rechnungslegung ist für die angefallenen Sachkosten der um den Selbstbehalt von 6,25 Euro reduzierte Betrag anzugeben.

Übersteigt der Preis eines Arzneimittels im Einzelfall einen Betrag von 40,00 Euro und ist es nicht Bestandteil der Vergütungen gemäß § ~~9-11~~ Abs. 2 bis 5 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V erfolgt nach § ~~9-11~~ Abs. 7 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V eine zusätzliche Erstattung in Höhe von 75 % des Apotheken-Einkaufspreises nach Lauertaxe zuzüglich Mehrwertsteuer. Für Photosensibilisatoren bei der photodynamischen Therapie und Hormonpräparate bei Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung erfolgt nach § ~~9-11~~ Abs. 8 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V hiervon abweichend eine zusätzliche Erstattung in Höhe von 80 % des Apotheken-Einkaufspreises nach Lauertaxe zuzüglich Mehrwertsteuer der tatsächlich für den Behandlungsfall verbrauchten Einheiten des jeweiligen Arzneimittels ohne Berücksichtigung eines Mindestbetrages. Der Rechnungsbetrag für Hormonpräparate zur In-vitro-Fertilisation ist um den Eigenanteil der Patienten gekürzt anzugeben

Anzugeben ist jeweils der Betrag für die Anzahl „1“. Die Summe aus den Produkten von Einzelvergütung und Anzahl Einzelvergütung fließt in REC ein.

## 2.27 REC Segment Rechnung

### 9. Honorarsumme (für Pauschale) (nur bei Rechnungssatz Ambulante Operation)

Die Honorarsumme (für Pauschale) ist die Summe der Beträge, die sich aus den Entgeltsegmenten im Rechnungssatz ambulante OP ergeben (in der Regel Summe aus Entgeltbetrag x Entgeltanzahl) zuzüglich mit dem Segment Einzelvergütung (EZV) mit Merkmal ,05' (honorarsummenrelevante Pauschalvergütung) oder ,06' (teilweise honorarsummenrelevante Pauschalvergütung) nach Schlüssel 3 (Einzelvergütung Ambulante Operation, Erläuterung) im Feld „Honorarsummenrelevanter Anteil“ in Rechnung gestellter Entgelte. Die aus den ENA-Segmenten in die Honorarsumme (für Pauschale) eingehenden Beträge sind im Feld „in Honorarsumme für Pauschale enthalten“ mit „J“ zu kennzeichnen. In das Feld „Honorarsumme (für Pauschale)“ ist die Summe der Beiträge, dieser EBM-Ziffern einzutragen. Ggf. wird „Honorarsumme (für Pauschale)“ um die EZV-Summe des Feldes „honorarsummenrelevante Anteile“ erhöht, die über EZV in Rechnung gestellt werden. Sofern eine leistungsbezogene Kostenpauschale des Kapitels 40 des EBM in Rechnung gestellt wird, ist die entsprechende ärztliche Leistung des EBM für die Berechnung der Zuschlagshöhe nach § 9-11 Abs. 3 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V auszuklammern. Nach §-11\_9 Abs. 4 sind für die Berechnung der Zuschlagshöhe unter anderem die Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM ebenfalls nicht zu berücksichtigen.

Für Leistungen nach §§ 116b (alt), 117, 118 und 119 SGB V, für Leistungen im Rahmen eines Vertrages nach § 140a SGB V oder bei Abrechnung einer Pauschale nach § 120 Abs. 1a SGB V ist als Honorarsumme 0,00 anzugeben.

### 10. Pauschale (nur bei Rechnungssatz Ambulante Operation)

Nach § 9-11 Abs. 3 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V werden die Sachkosten, die nicht anderweitig abgegolten sind, durch einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 7 % vergütet. Die Berechnung erfolgt auf Basis des Wertes im Feld „Honorarsumme (für Pauschale)“.

Bei ambulanten Behandlungen nach § 116b, Leistungen nach §§ 117, 118 und 119 SGB V, Leistungen im Rahmen eines Vertrages nach § 140a SGB V oder bei Abrechnung einer Pauschale nach § 120 Abs. 1a SGB V wird dieses Feld nicht verwendet oder mit 0,00 gefüllt.