

## **Erläuterungen zum**

# **Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe gem. § 115 b SGB V im Krankenhaus**

Deutsche Krankenhausgesellschaft  
Dezernat Medizin

## INHALTSVERZEICHNIS

1) Einleitung .....	3
2) Entwicklung des neuen Kataloges .....	3
3) Aufbau des Kataloges .....	4
3.1. Der Katalog.....	4
Abschnitt 1.....	5
Abschnitt 2.....	5
Abschnitt 3.....	5
3.2. Die Katalogspalten.....	6
OPS-Kode 2005 .....	6
OPS-Text 2005.....	7
Kategorie .....	7
EBM-Nummer.....	7
EBM-Leistung.....	8
4) Regelungen des neuen EBM.....	9

## 1) Einleitung

Der vorliegende Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe (Stand 18.03.2005) wurde zwischen den Vertragspartnern DKG, KBV und GKV verhandelt und vom erweiterten Bundesschiedsamt am 18. März 2005 festgesetzt. Er tritt zum 01.04.2005 in Kraft. Eine aktualisierte Fassung wurde nach Absprache zwischen den Vertragspartnern am 25.04.2005 bekannt gegeben (siehe hierzu DKG-Rundschreiben 117/2005 unter [www.dkgev.de](http://www.dkgev.de)). Sie wurde in Folge einer EBM-Änderung erforderlich.

Der Katalog beinhaltet ausschließlich Operationen und Eingriffe im engeren Sinne. Begleitleistungen, wie beispielsweise Anästhesien, werden abweichend zum Vorjahr nicht gesondert aufgeführt. Neben der Übersetzung des alten Kataloges in den neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) erfolgte zusätzlich die Neuaufnahme von Prozedurenkodes (OPS) zur näheren Leistungsbeschreibung. Sofern möglich, wurden die alten EBM-Ziffern sinngemäß auf den OPS übertragen. Aufgrund fachlich inhaltlicher Aspekte und abweichender Positionen der einzelnen Vertragspartner konnte dieses Konzept jedoch nicht in Gänze umgesetzt werden, vereinzelt sind Leistungen entfallen sowie neue Leistungen hinzugeetreten.

## 2) Entwicklung des neuen Kataloges

Die Erstellung des neuen Kataloges beinhaltete zahlreiche Arbeitsschritte, die aufeinander folgend in 2004 umgesetzt wurden. Dies waren insbesondere:

- Auswahl und Zuordnung zutreffender OPS-Kodes Version 2004 zu den EBM-Ziffern des alten Kataloges ambulantes Operieren.
- Verhandlung mehrerer tausend OPS-Kodes in Bezug darauf, ob sie in den Katalog aufgenommen werden und wenn ja, ob sie der Kategorie „in der Regel ambulant“ zugeordnet werden können.
- Zuordnung aller ausgewählten OPS-Kodes zum neuen EBM. Dabei konnte eine automatisierte Überleitung ausschließlich für Leistungen des Kapitel 31 (ambulante und belegärztliche Operationen) erfolgen.
- Verhandlung aller ausschließlich für Zwecke des § 115 b SGB V vorzunehmenden Zuordnungen von OPS-Kodes zu einzelnen EBM Leistungen, die nicht in Kapitel 31 des neuen EBM aufgeführt sind.
- Überleitung des OPS Version 2004 auf den OPS Version 2005 und erneute Überprüfung auf inhaltliche Stimmigkeit, korrekte EBM-Zuordnung sowie grundsätzliche Aufnahme der Leistungen in den Katalog.
- Katalogzusammenstellung und Abstimmung

Fachlich betrachtet stellte die Entwicklung eine enorme Herausforderung dar, da mehrere tausend OPS-Kodes bezüglich ihrer grundsätzlichen Aufnahme in den Katalog, ihrer Übereinstimmung mit den Definitionen des alten und des neuen EBM sowie ihrer Einstufung, ob es sich um eine in der Regel ambulante oder eine sowohl ambulant als auch stationär durchführbare Leistung handelt, beurteilt und dreiseitig verhandelt werden mussten. Erschwerend kamen parallele Anpassungen des neuen EBM mit Auswirkungen auf den Katalog hinzu. Darüber hinaus mussten die Prozedurenkodes auf Basis des OPS Version 2004 beraten werden, da die Verhandlungen bereits im Frühjahr 2004 aufgenommen wurden. Ein Wechsel auf die Version 2005 im laufenden Verhandlungsprozess war fachlich inhaltlich nicht möglich. Aus diesem Grunde musste für die weitreichende Systemumstellung des OPS Version 2004 auf 2005 in Bezug auf ein- und beidseitige Eingriffe eine kurzfristig pragmatische Lösung im Katalog gefunden werden. Da im Vorhinein nicht bekannt war, welche Leistungen im OPS Version 2005 eine Differenzierung in ein- und beidseitige Eingriffe erfahren, konnten bei den Verhandlungen zumeist nur einseitige Eingriffe bezüglich der Aufnahme in den Katalog und der Kategorieeinteilung berücksichtigt werden.

### **3) Aufbau des Kataloges**

Der neue Katalog hat aus Gründen der Übersichtlichkeit sowie der EBM-Systematik einen vollständig geänderten Aufbau erfahren und ist folgendermaßen untergliedert:

- Deckblatt
- Präambel
- Abschnitt 1
- Abschnitt 2
- Abschnitt 3

Nachfolgend werden die Änderungen sowie der neue Katalog näher erläutert:

#### **3.1. Der Katalog**

Die Präambel beschreibt u.a. die einzelnen Abschnitte des Kataloges (s.u.). Von Bedeutung ist in diesem Zusammenhang, dass für die Operationen und Eingriffe in den einzelnen Abschnitten unterschiedliche Regelungen bezüglich der Leistungsbeschreibung gelten. In Abschnitt 1 und 2 gilt die Leistungsbeschreibung des OPS, in Abschnitt 3 die Leistungsbeschreibung des EBM. Hintergrund ist die Tatsache, dass einzelne EBM-Ziffern zahlreiche unterschiedliche Einzelleistungen beinhalten. Diejenigen Leistungen, die im Krankenhaus gem. § 115 b SGB ambulant erbracht werden können, wurden, sofern möglich, mittels OPS näher spezifiziert. Nur in denjenigen Fällen, in denen keine OPS-Zuordnung erfolgen konnte, gilt allein die Leistungsbeschreibung des EBM (siehe Abschnitt 3).

Darüber hinaus wird in der Präambel die Einteilung der Leistungen in die bereits bestehenden Kategorien näher erläutert. Während im alten Katalog diejenigen Leistungen, die in der Regel ambulant erbracht werden können mit einem Sternchen (\*) ge-

kennzeichnet sind, wurde in dem neuen Katalog für diese Leistungen die Ziffer „1“ gewählt. Diejenigen Leistungen, die im alten Katalog keine Kennzeichnung besitzen, wurden nunmehr mit der Ziffer „2“ gekennzeichnet. Es handelt sich hierbei um Leistungen, die sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden können.

### **Abschnitt 1**

Der Abschnitt 1 beinhaltet ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe gem. § 115 b SGB V, die im neuen EBM in Anhang 2 zu Kapitel 31 enthalten sind. Kapitel 31 des EBM enthält die Leistungen des ambulanten und belegärztlichen Operierens sowie konservativ orthopädisch-chirurgische Leistungen. Anhang 2 des EBM ordnet die operativen Prozeduren (OPS) den EBM-Leistungen des Kapitels 31 eindeutig und abschließend zu. Darüber hinaus werden dort gleichzeitig abrechenbare EBM-Ziffern beispielsweise für Narkose- und Überwachungsleistungen aufgeführt. In Abschnitt 1 des Kataloges ambulanter Operationen finden sich ausschließlich OPS-Kodes sowie deren Zuordnung zu den Kategorien 1 oder 2. Die mit den OPS-Kodes abrechenbaren EBM-Ziffern sind nicht aufgeführt. GKV und KBV befanden sich bei Vertragsfestsetzung durch das erweiterte Bundesschiedsamt noch in Verhandlungen über Änderungen zu Kapitel 31 mit Auswirkungen auf die Zuordnung der einzelnen OPS-Kodes zu den jeweiligen EBM-Leistungen. Insofern konnte in Abschnitt 1 nur auf den jeweils gültigen EBM verwiesen werden. In Abschnitt 1 gilt für Operationen und Eingriffe, die gem. § 115 b SGB V abgerechnet werden können die Leistungsbeschreibung des OPS.

### **Abschnitt 2**

Abschnitt 2 beinhaltet ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe gem. § 115 b SGB V, die im EBM außerhalb des Anhangs 2 zu Kapitel 31 aufgeführt sind. In diesem Abschnitt finden sich zumeist nicht operative (z.B. Koloskopien, Arteriographien) oder kleinchirurgische Eingriffe (z.B. operative Zahnentfernung (durch Osteotomie), ein Zahn, Durchtrennung des Frenulum linguae). Für diese Leistungen existiert im neuen EBM keine Zuordnung von OPS-Kodes zu den einzelnen EBM-Leistungen, so dass hier eine Zuordnung im Rahmen der Verhandlungen zu § 115 b SGB V vorgenommen werden musste. Insofern finden sich in Abschnitt 2 im Gegensatz zu Abschnitt 1 neben dem OPS und den Kategorien auch Angaben über die dazugehörige EBM-Leistungen. Auch hier gilt, wie in Abschnitt 1, für Operationen und Eingriffe die Leistungsbeschreibung des OPS.

### **Abschnitt 3**

Abschnitt 3 enthält ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Leistungen gem. § 115 b SGB V ohne OPS-Zuordnung. D.h., in Abschnitt 3 werden ausschließlich EBM-Leistungen mit vereinzelt Angaben zu Kategorien aufgeführt. Aufgrund inhaltlicher Unterschiede in der Leistungsbeschreibung von EBM und OPS konnte eine sachgerechte und eindeutige Zuordnung von OPS-Kodes zu den einzelnen EBM-Ziffern nicht vorgenommen werden. In Abschnitt 3 gilt für Operationen und Eingriffe daher die Leistungsbeschreibung des EBM. Abschnitt 3 beinhaltet

tet insbesondere Leistungen der In-vitro-Fertilisation, das Anfertigen von Abdrücken und Modellen, sowie die Phakoemulsifikation.

### 3.2. Die Katalogspalten

Der Katalog beinhaltet in den 3 Abschnitten in jeweils unterschiedlicher Zusammensetzung folgende Spalten:

#### OPS-Kode 2005

Hier werden die zutreffenden Codes des OPS aufgeführt. In einigen Fällen werden für die Seitenlokalisierung die Zusatzkennzeichen R = rechts, L = links, B = beidseits mit angegeben. In anderen Fällen findet sich ein Zusatzkennzeichen ( $\leftrightarrow$ ). Da die Verhandlungen innerhalb der Selbstverwaltung auf Basis des OPS 2004 erfolgten, musste bezüglich der Seitigkeit von Eingriffen eine pragmatische Lösung für 2005 gesucht werden. Insofern bitten wir Sie, die Fußnote zum OPS-Kode 2005 die im Folgenden wiedergegeben wird, dringend zu beachten:

„Bei OPS-Kodes, die mit einem  $\leftrightarrow$  gekennzeichnet sind, handelt es sich um Prozedurenkodes, die im offiziellen OPS Version 2005 eine Seitenangabe vorsehen. Im Katalog ambulantes Operieren bedeutet der  $\leftrightarrow$ , dass es sich hier grundsätzlich um einseitige Eingriffe handelt. Beidseitige Eingriffe können zu diesen Codes nur dann von Krankenhäusern im Rahmen des Vertrags nach § 115 b SGB V erfolgen, wenn diese Leistungen in der Vergangenheit bereits üblicher Weise von den Krankenhäusern ambulant erbracht und abgerechnet wurden. Die abschließende Definition beidseitiger Eingriffe mit Kategoriezuordnung, die in dem Katalog ambulantes Operieren aufgenommen werden sollen, wird bei der nächsten Überarbeitung erfolgen. Bei OPS-Kodes, mit den im Katalog aufgeführten Zusatzkennzeichen R für rechts, L für links oder B für beidseits können einseitige oder beidseitige Eingriffe im Rahmen des Vertrages nach § 115 b SGB V erbracht werden. Abrechnungsgrundlage sind die Regelungen des EBM.“

Hintergrund der unterschiedlichen Darstellung von Eingriffen mit Seitenlokalisierung ist, dass OPS-Kodes mit Zusatzkennzeichen R, L oder B bereits in der OPS Version 2004 über Angaben zur Seitenlokalisierung verfügten und somit auch verhandelt wurden. Die mit dem Zusatzkennzeichen  $\leftrightarrow$  gekennzeichneten Leistungen verfügen erst seit 2005 über diese Differenzierung.

Die oben genannte Differenzierung soll sicherstellen, dass einerseits beidseitige Leistungen auch weiterhin erbracht werden können, wenn sie in der Vergangenheit durchgeführt wurden. Andererseits werden durch dieses Vorgehen, nicht alle betroffenen Eingriffe mit dem Zusatzkennzeichen  $\leftrightarrow$  auch bei beidseitiger Durchführung ohne fachlich inhaltliche Prüfung automatisch in den Katalog aufgenommen. Zudem sind hier die Kategorien gesondert zu verhandeln, da beidseitige Eingriffe zumeist aufwändiger sind als einseitige. Insofern ist mit einer diesbezüglich dezidierten Regelung erst für 2006 zu rechnen.

Bei der Abrechnung beidseitiger Eingriffe sind die Regelungen des EBM entsprechend zu berücksichtigen. Folgende Konstellationen sind beispielsweise möglich:

- 1) ein- und beidseitige Eingriffe werden mit derselben EBM-Ziffer abgerechnet
- 2) ein- und beidseitige Eingriffe werden mit unterschiedlichen EBM-Ziffern abgerechnet
- 3) beidseitige Eingriffe werden mit einem ergänzenden Zuschlag zur EBM-Ziffer für einseitige Eingriffe abgerechnet.

#### Beispiele:

Während die reine Parazentese ohne Legen einer Paukendrainage sowohl ein- als auch beidseits nur einmal mit der EBM-Ziffer 09361 (kleine operative Eingriffe im HNO-Bereich) abgerechnet werden kann, gilt für die Parazentese mit Einlegen einer Paukendrainage, dass die gleiche EBM-Ziffer bei beidseitigem Eingriff zweimal abgerechnet werden kann.

Hintergrund ist die Tatsache, dass in der EBM-Ziffer 09361 (Parazentese) aufgeführt ist, dass diese nur einmal am Behandlungstag und in der EBM-Ziffer 09351 (Anlage einer Paukenhöhlendrainage) diese höchstens zweimal am Behandlungstag abrechenbar ist.

### **OPS-Text 2005**

Beschreibung der Leistungen des OPS

#### **Kategorie**

Wie bereits unter der Präambel dargestellt werden hier die Kategorien mit den Ziffern „1“ und „2“ dargestellt. Kategorie „1“ bedeutet „in der Regel ambulant“, Kategorie „2“, dass Leistungen sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden können. Nicht in allen Fällen war eine eindeutige Zuordnung zu einer Ziffer möglich, so dass vereinzelt nach weiteren Kriterien (z.B. Alter, onkologische Patienten, anatomische Regionen, Einfach-/Komplexeingriffe usw.) differenziert wurde. In diesem Zusammenhang ist der Begriff „stationär“ dahingehend zu verstehen, dass es sich in diesen Fällen nicht um Leistungen im Rahmen von § 115 b SGB V sondern um stationäre Leistungen handelt.

#### **EBM-Nummer**

Sofern EBM-Nummern angegeben wurden, beziehen sie sich auf den EBM, Stand 04.03.2005.

In einzelnen Fällen war eine eindeutige Zuordnung eines OPS-Kodes zu einer EBM-Leistung aus fachlichen Gründen nicht möglich. In diesen Fällen wurde der OPS-Kode zweimal in den Katalog, mit jeweils unterschiedlicher EBM-Zuordnung, aufgenommen.

Beispiel:

OPS-Kode	OPS-Text	EBM-Nummer	EBM-Leistung
1-460.3	Transurethrale Biopsie an Harnorganen und Prostata: Urethra	26310	Urethro (-Zysto)skopie des Mannes
1-460.3	Transurethrale Biopsie an Harnorganen und Prostata: Urethra	26311	Urethro (-Zysto)skopie der Frau

In anderen Fällen wurden mehrere EBM-Leistungen einem OPS-Kode zugeordnet. Dies erfolgte dann, wenn die Abrechnung mehrerer EBM-Leistungen bei diesem OPS-Kode obligat ist. D.h., in diesen Fällen wird im OPS häufig eine Leistung beschrieben, die primär auf die Abrechnung eines ergänzenden Zuschlages zu einer EBM-Ziffer abzielt.

Beispiel:

OPS-Kode	OPS-Text	EBM-Nummer	EBM-Leistung
8-137.0	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife: Einlegen	26310 + 26322	Urethro (-Zysto)skopie des Mannes + Zuschlag zu den Leistungen nach Nr. 26310 und 26311 für das Einlegen einer Ureterverweilschiene mit Endoskopie.

In seltenen Fällen musste bei nicht eindeutiger EBM-Zuordnung eine Oder-Verknüpfung gewählt werden. Dies war dann der Fall, wenn der OPS sowohl der einen als auch der anderen EBM zugeordnet werden konnte und hierauf aus inhaltlichen Gründen besonders aufmerksam gemacht werden sollte.

OPS-Kode	OPS-Text	EBM-Nummer	EBM-Leistung
5-635	Vasotomie des Ductus Deferens	31271 oder 01854 bei Sterilisation	Urologischer Eingriff der Kategorie Q 1 oder Sterilisation des Mannes
In Abhängigkeit vom Zweck der Vasotomie muss eine abweichende EBM-Zuordnung erfolgen.			

**EBM-Leistung**

Darstellung der EBM-Leistung im Kurztextformat. Sie soll lediglich einen kurzen Überblick über den Leistungsinhalt geben.

#### **4) Regelungen des neuen EBM**

Die Einführung des neuen EBM bedeutet eine umfangreiche Umstellung in der Abrechnung ambulanter Leistungen. Für die sachgerechte Abrechnung ist eine genauere Kenntnis des neuen EBM daher dringend erforderlich. Hier finden sich beispielsweise wichtige Angaben dazu, wie oft am Behandlungstag eine EBM abgerechnet werden darf (siehe hierzu auch OPS-Kode 2005).

Gleichermaßen finden sich in der Präambel zu Anhang 2 wichtige Informationen zur Abrechnung von Simultaneingriffen (auch von Bedeutung für beidseitige Eingriffe) sowie zusätzlich abrechenbare Leistungen.

Eine Darstellung der relevanten Regelungen des EBM kann an dieser Stelle nicht erfolgen. Sie sind daher dem EBM zu entnehmen.