

Dr. Bernhard Rochell/Holger Bunzemeier/PD Dr. Norbert Roeder

# Ambulante Operationen und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus nach § 115 b SGB V – eine Einstiegshilfe (I)

**Am 15. Juli 2003 haben die Selbstverwaltungspartner einen dreiseitigen Vertrag zu ambulanten Operationen und stationersetzenden Eingriffen im Krankenhaus (AOP) geschlossen, welcher am 1. Januar 2004 in Kraft getreten ist. Nach dem Willen der Selbstverwaltungspartner zielt dieser neue Vertrag darauf ab, „auf der Basis des § 39 SGB V zur Vermeidung nicht notwendiger vollstationärer Krankenhausbehandlungen eine patientengerechte und wirtschaftliche Versorgung zu sichern und die Kooperation zwischen dem niedergelassenen Bereich und dem Krankenhausbereich zu verbessern, einschließlich der gemeinsamen Nutzung von Operationskapazitäten im Krankenhaus“. <sup>1)</sup> Krankenhausärzte und niedergelassene Ärzte sollen die im Katalog ausgewiesenen Leistungen gleichberechtigt, aber auch zu gleichen Vergütungen erbringen dürfen. Nachfolgend werden wesentliche Regelungen der Vereinbarung erläutert und die daraus resultierenden Konsequenzen aufgezeigt.**

Der seit 1. Januar 2004 in Kraft befindliche Vertrag nach § 115 b Absatz 1 SGB V „Ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus“ (AOP-Vertrag)<sup>1)</sup> löst den vom 1. April 1993 bis zum 31. Dezember 2003 wirksamen Vorgängervertrag „Ambulantes Operieren im Krankenhaus“ vom 22. März 1993 ab. Der auf die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz vom 21. Dezember 1992 eingeführte Regelung zum Ambulanten Operieren im Krankenhaus nach § 115 b SGB V aufbauende Vorgängervertrag war durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung zum 31. Dezember 2003 gekündigt worden. Mit dem Neuvertrag setzen die Vertragspartner nach § 115 b Absatz 1 Satz 1 SGB V (die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam, die DKG oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam sowie die Kassenärztliche Bundesvereinigung) die vom Gesetzgeber durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22. Dezember 1999 diesbezüglich neu gefasste und mit dem Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz 2003 angepasste Regelung nach § 115 b SGB V um.

## § 115 b SGB V Ambulantes Operieren im Krankenhaus

(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam, die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren

1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe,
2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte und
3. Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit.

In der Vereinbarung nach Satz 1 Nr. 1 sind bis zum 31. Dezember 2000 die ambulant durchführbaren Operationen und stationersetzenden Eingriffe gesondert zu benennen, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, und allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. In der Vereinbarung sind die Qualitätsvoraussetzungen nach § 135 Absatz 2, die Vereinbarungen nach § 137 Absatz 1 und die Richtlinien nach § 136 a und § 136 b Absatz 1 und 2 zu berücksichtigen sowie Vergütungsabschlüsse für Krankenhäuser und Vertragsärzte zu bestimmen, die ihre Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht einhalten.

(2) Die Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog genannten Operationen und stationersetzenden Eingriffe zugelassen. Hierzu bedarf es einer Mitteilung des Krankenhauses an die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuss (§ 96 SGB V); die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet die Landeskrankenhausgesellschaft über den Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung. Das Krankenhaus ist zur Einhaltung des Vertrages nach Absatz 1 verpflichtet. Die Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. 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.

(3) Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht zu Stande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das Bundesschiedsamt nach § 89 Absatz 4 festgesetzt. Dieses wird hierzu um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft in der gleichen Zahl erweitert, wie sie jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vorgesehen ist (erweitertes Bundesschiedsamt). Das erweiterte Bundesschiedsamt beschließt mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder. § 112 Absatz 4 gilt entsprechend.

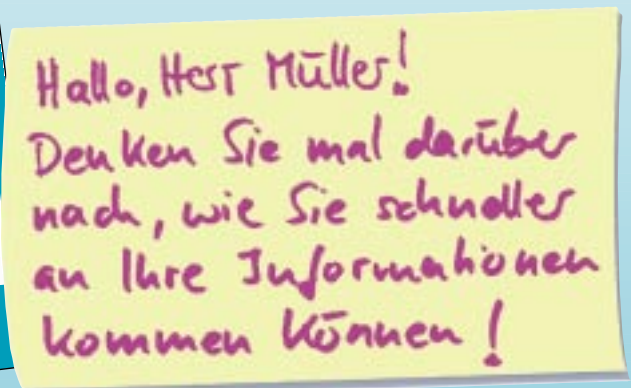
# Aktuelle Informationen aus erster Hand



## Zögern Sie nicht!

Sicher haben Sie sich längst von der Kompetenz und Aktualität der Beiträge von »das Krankenhaus« überzeugt. Möchten Sie das Heft frühzeitig erhalten und nicht auf den Umlauf warten? Dann sichern Sie sich heute noch Ihr Probeabo! Zu Ihrem eigenen Vorteil!

Als Dankeschön für Ihre Bestellung erhalten Sie den hochwertigen Kugelschreiber »Floating Pen«, den Sie auf jeden Fall behalten dürfen.



## Ihr Vorteil: 3 Hefte + 1 Geschenk!

»das Krankenhaus« berichtet in ausgewählten, exklusiv publizierten Fachartikeln über:

- modernes Krankenhausmanagement,
- Organisationsmethoden,
- Anwendung und Umsetzung neuer Rechtsnormen,
- Budgetierung, Finanzierung, Controlling, Datenverarbeitung,
- Krankenhausarchitektur und -technik, Personalführung.

Widerrufsrecht: Wenn mir »das Krankenhaus« gefällt, brauche ich nichts weiter zu tun. Ich erhalte »das Krankenhaus« nach den 3 Probemonaten 12 x im Jahr für € 174,60 (zzgl. Porto- und Versandkosten € 8,40). Ansonsten kündige ich 14 Tage nach Erhalt des 3. Probeheftes. Eine formlose Mitteilung an den Abo-Service genügt. Sie haben das Recht, Ihr Jahresabo innerhalb von 14 Tagen nach Lieferung zu widerrufen. Der Widerruf bedarf keiner Begründung, hat jedoch schriftlich oder durch Rücksendung der Ware an Ihren Buchhändler oder an den W. Kohlhammer Verlag, 70549 Stuttgart, zu erfolgen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs oder der Ware (Datum des Poststempels). Bei einem Warenwert unter € 40,- liegen die Kosten der Rücksendung beim Rücksender.

### Bestellcoupon

(bitte ausschneiden oder kopieren und einsenden an:  
Verlag W. Kohlhammer, 70549 Stuttgart; oder per Fax: 0711/78 63-81 41)



Ja, ich teste »das Krankenhaus« von der nächsten Ausgabe an probeweise für 3 Monate zum Vorzugspreis von nur € 38,85 statt € 54,30 im Einzelverkauf. (zzgl. Versandkosten € 8,40)

Jetzt bestellen!  
Sie erhalten einen hochwertigen Kugelschreiber als Geschenk.

Name, Vorname

Behörde/Abteilung/Telefon-Nr.

Straße/PLZ/Ort

Datum

Unterschrift

Widerrufsrecht: Wenn mir »das Krankenhaus« gefällt, brauche ich nichts weiter zu tun. Ich erhalte »das Krankenhaus« nach den 3 Probemonaten 12 x im Jahr für € 174,60 (zzgl. Porto- und Versandkosten € 8,40). Ansonsten kündige ich 14 Tage nach Erhalt des 3. Probeheftes. Eine formlose Mitteilung an den Abo-Service genügt.

Sie haben das Recht, Ihr Jahresabo innerhalb von 14 Tagen nach Lieferung zu widerrufen. Der Widerruf bedarf keiner Begründung, hat jedoch schriftlich oder durch Rücksendung der Ware an Ihren Buchhändler oder an den W. Kohlhammer Verlag, 70549 Stuttgart, zu erfolgen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs oder der Ware (Datum des Poststempels). Bei einem Warenwert unter € 40,- liegen die Kosten der Rücksendung beim Rücksender.

Datum

Unterschrift

[www.daskrankenhaus.de](http://www.daskrankenhaus.de)



Kohlhammer

(4) Bis zum In-Kraft-Treten einer Regelung nach Absatz 1 oder 3, jedoch längstens bis zum 31. Dezember 1994, sind die Krankenhäuser zur Durchführung ambulanter Operationen auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (§ 87 SGB V) berechtigt. Hierzu bedarf es einer Mitteilung des Krankenhauses an die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuss, in der die im Krankenhaus ambulant durchführbaren Operationen bezeichnet werden; Absatz 2 Satz 2 zweiter Halbsatz gilt entsprechend. Die Vergütung richtet sich nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab mit den für die Versicherten geltenden Vergütungssätzen. Absatz 2 Satz 4 und 5 gilt entsprechend.

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

Der wegen der begleitenden Vereinbarungen auch als Grundvertrag bezeichnete AOP-Vertrag<sup>1)</sup> regelt die Zulassung von Krankenhäusern zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog nach Anlage 1 des Vertrags vorgegebenen Leistungen. In Anlage 2 des Vertrags finden sich so genannte Allgemeine Tatbestände, die für die Begründung einer nicht ambulanten, sondern stationären Durchführung von besonders gekennzeichneten Katalogleistungen ausschlaggebend sind. In einer separaten „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und bei sonstigen stationsersetzenden Leistungen gemäß § 15 des Vertrags nach § 115 b Absatz 1 SGB V“ werden die für die begleitende Qualitätssicherung relevanten Aspekte für Krankenhäuser und Vertragsärzte geregelt.<sup>2)</sup> Die Anlagen 1 (fachgebietspezifisch zu dokumentierende Daten) und 2 (Finanzierungsvereinbarung) der Vereinbarung zu Qualitätssicherungsmaßnahmen waren bei Redaktionsschluss noch offen. In einer „Vereinbarung zu den regelungsbedürftigen Tatbeständen des Vertrags nach § 115 b Absatz 1 SGB V“ (so genannter RT-Vertrag) werden schließlich die zweiseitig zwischen der DKG und den Spitzenverbänden der Krankenkassen zu vereinbarenden Details für die Leistungserbringung nach § 115 b SGB V am Krankenhaus geregelt, zum Beispiel die pauschale Erstattung von Arzneimittelkosten oder Zahlungsfristen.<sup>3)</sup> Weil die seit dem 1. Juli 1993 in Kraft befindliche Vereinbarung zu den regelungsbedürftigen Tatbeständen von den Spitzenverbänden der Krankenkassen zum 30. Juni 2004 gekündigt wurde, bleiben deren Festlegungen auch im ersten Halbjahr 2004 noch bestehen. Die Vertragspartner werden sich um eine frühestmögliche Regelung der noch offenen Punkte bzw. der notwendigen Anschlussvereinbarung bemühen.<sup>4)</sup>

Während der seit 1. Januar 2004 in Kraft getretene AOP-Vertrag einerseits die Kernregelungen des Vorgängervertrags fort schreibt, bringt er entsprechend den geänderten gesetzlichen Vorgaben andererseits jedoch auch maßgebliche Neuerungen. Diese bestehen insbesondere in folgenden Änderungen:

- Überarbeitung und Erweiterung des AOP-Katalogs auch um nichtoperative Leistungen („stationsersetzende Eingriffe“), (Anlage 1 des AOP-Vertrags),
- Kennzeichnung derjenigen Leistungen, die „in der Regel ambulant durchgeführt werden können“ („Sternchenleistungen“, „Kategorie“-Spalte des AOP-Katalogs),
- Umkehr der Beweislast zu Lasten des Krankenhauses bei der Begründung der Notwendigkeit der stationären Behandlung im Falle einer stationären Erbringung von Sternchenleistungen (Allgemeine Tatbestände nach Anlage 2 des AOP-Vertrags),
- Aufnahme von Kommentaren zur Präzisierung des Katalogs bei weitgefassten EBM-Definitionen („Kommentare“-Spalte des AOP-Katalogs),
- Klarstellungen und Ergänzungen zu Fristen und zum Zeitpunkt der Behandlung, zu Dokumentationstatbeständen, zur Abrechnung von Anästhesieleistungen und intraoperativen Leistungen, zur Verordnung häuslicher Krankenpflege, zum Zeitpunkt der Behandlung, zur Datenübermittlung sowie zur Gleichstellung von Krankenhäusern und Vertragsärzten bei der Vergütung von ambulanten Leistungen im Zusammenhang mit einer Behandlung nach § 115 b SGB V
- Vorhaben der Umstellung des Leistungskataloges nach § 115 b SGB V auf EBM-unabhängige Fallpauschalen auf Basis des OPS-301 sowie der ICD-10-GM mit Wirkung ab dem Jahr 2005 (§ 20 des AOP-Vertrags).

Die sich aus dem neuen AOP-Vertrag ergebenden wesentlichen Neuerungen und Fragestellungen für die Umsetzung werden im Folgenden unter besonderer Berücksichtigung von aus der Krankenhauspraxis an die Autoren herangetragenen Fragen erläutert.

## Der neue AOP-Katalog

Der als Anlage 1 des AOP-Vertrags vereinbarte neue AOP-Katalog enthält insgesamt 321 EBM-Abrechnungspositionen. Darunter befinden sich 292 Operationen und nichtoperative stationsersetzende Eingriffe sowie im Katalog besonders gekennzeichnete 12 Anästhesieleistungen und 17 unspezifische Zuschläge. Damit wurde für das Jahr 2004 noch weiter am bisherigen Prinzip der Einzelleistungsvergütung nach EBM festgehalten. Die DKG hat zur Unterstützung der Anwender im Januar Abrechnungshinweise für ambulante Operationen und stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus nach § 115 b SGB V<sup>5)</sup> veröffentlicht, welche insbesondere den Gebrauch einzelner EBM-Ziffern im Zusammenhang mit der Leistungserbringung durch Krankenhäuser kommentieren.

Eine Übersicht über die Verteilung der Abrechnungspositionen des AOP-Katalogs über die entsprechenden EBM-Abschnitte gibt Tabelle 1. Im Vergleich mit der bis zum 31. Dezember 2003 gültigen Katalogversion sind 81 Leistungen entfallen, die nur in der Minderzahl ambulant erbracht werden (Tabelle 2). 92 EBM-Abrechnungspositionen wurden dagegen neu in den AOP-Katalog 2004 aufgenommen (Tabelle 3). Dabei handelt es sich hauptsächlich um nichtoperative Leistungen, die nach der gesetzlichen Erweiterung der Regelung gemäß § 115 b SGB V über ambulante

**Tabelle 1: AOP-Leistungskatalog 2004 Verteilung der Leistungen**

EBM-Abschnitt	Eingriffe	Unspezifischer Zuschlag	Anästhesie-Leistung	Kategorie (*)	Kategorie (-)	Kommentare
B VI Ambulante Operationen	-	8	-	-	-	-
B VII Ambulante Anästhesien / Narkosen	-	1	-	-	-	-
B IX Prävention	3	3	-	3	-	-
B X Empfängnisregelung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (sonstige Hilfen)	4	5	5	3	-	-
D Anästhesien / Narkosen	-	-	7	-	-	-
F IV Gastroenterologie	10	-	-	Erw.: 7 Kinder: 2	Kinder: 5	1
J Gynäkologie und Geburtshilfe	17	-	-	13	-	1
K Augenheilkunde	30	-	-	8	-	1
L I Nase, Nasennebenhöhlen	14	-	-	8	-	3
L II Mundhöhle, Rachen, Kehlkopf	11	-	-	Erw.: 5 Kinder: 4	Kinder: 2	-
L III Ohr, Gleichgewichts- und Gehörorgan, Stimme und Sprache	13	-	-	11	-	-
M Urologie	17	-	-	Erw.: 10 Kinder: 9	Kinder: 1	2
N I Wundversorgung	1	-	-	-	-	-
N II Chirurgie der Körperoberfläche	17	-	-	5	-	6
N III Extremitätenchirurgie	25	-	-	10	-	1
N IV Knochenchirurgie	21	-	-	Erw.: 5 Kinder: 4	Kinder: 1	3
N V Gelenkchirurgie	32	-	-	17	-	5
N VI Hals- und Abdominalchirurgie	12	-	-	Erw.: 5 Kinder: 4	Kinder: 1	-
N VII Thorax- und Gefäßchirurgie	11	-	-	5	-	-
N VIII Neurochirurgie	10	-	-	8	-	-
N IX Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie	23	-	-	18	-	-
N X Orthopädisch-chirurgische konservative Leistungen	12	-	-	11	-	-
Q I Röntgendiagnostik	9	-	-	2	-	-
<b>Gesamt</b>	292	17	12	Erw.: 154 Kinder: 145	Kinder: 10	23

Kategorie (\*) = in der Regel ambulant durchführbar; Kategorie (-) = bei Kindern zumeist nicht ambulant durchgeführt;  
 Kommentare = Präzisierungen / Anwendungs-Hinweise zu weit gefassten EBM-Ziffern im Hinblick auf den Kontext von § 115 b SGB V

Operationen hinaus nun erstmals als sonstige „stationersetzende Eingriffe“ berücksichtigt wurden. In diesem Zusammenhang ergibt sich für Krankenhäuser durch den AOP-Katalog 2004 insbesondere in folgenden Bereichen erstmals die Möglichkeit, auch konservativ-interventionelle Leistungen ambulant nach § 115 b SGB V zu erbringen:

- Anästhesieverfahren zuzüglich postoperativem Monitoring,
- Gastroenterologie,
- konservative Frakturversorgung und Gelenkeinrichtung,
- technische Orthopädie,
- perkutane Gefäßinterventionen,
- Angiographien,
- Herzkatheteruntersuchung.

Damit entstehen gerade für betroffene Leistungsbereiche wie die Gastroenterologie Probleme, die sich an der Schnittstelle stationär/ambulant ergeben. Ein Teil der bislang voll- oder teilstationär (Tagesklinik) erbrachten Leistungen wird ab 2004 ambulant entsprechend dem angeführten Katalog zu erbringen sein. Beispielsweise haben die im AOP-Katalog ausgewiesenen Leistungen der Gastroenterologie ein erhebliches Überschneidungspotenzial mit den neuen Eintages-DRGs im G-DRG-System 2004. Insbesondere sind Überschneidungen mit der G-DRG G49Z *Koloskopie und Gastroskopie, ein Belegungstag* darstellbar. Es stellt sich daher die Frage, wonach ab 2004 zum Beispiel eine Koloskopie mit Polypektomie abgerechnet werden muss. Was ist führend: der Eintagesfall entsprechend der G-DRG G49Z oder der EBM 764/765 nach § 115 b? Die Problematik der unscharfen Abgrenzung des AOP-Katalogs gegenüber dem G-DRG-System betrifft ins-

Text wird auf Seite 181 fortgesetzt

**Tabelle 2: Im Vergleich zu dem Vorgängerkatalog vom 1. Januar 2002 wegfallende AOP-Leistungen**

Katalog nach § 115 b Absatz 1 SGB V – 81 mit Wirkung ab 1. Januar 2004 wegfallende Leistungen –		Katalog nach § 115 b Absatz 1 SGB V – 81 mit Wirkung ab 1. Januar 2004 wegfallende Leistungen –	
EBM Nr.	Leistungs-Beschreibung	EBM Nr.	Leistungs-Beschreibung
<b>J – Gynäkologie und Geburtshilfe</b>		<b>J – Gynäkologie und Geburtshilfe</b>	
1048	Operation einer Extrauterinschwangerschaft mit Entfernung des Eileiters und/oder des Ovars	1801	Ausräumung einer Bluttamponade der Harnblase
1049	Operation einer Extrauterinschwangerschaft unter Erhaltung des Eileiters	1802	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 1784 oder 1785 für einen zusätzlichen transurethralen Eingriff in der Harnblase, z.B. Koagulation von Blutungsherden und/oder Entfernung von kleinen Fremdkörpern und/oder kleinen Tumoren, oder Blasenhalresektion
1125	Vordere Scheidenplastik, ggf. mit Blasenhalplastik	1803	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 1784 oder 1785 für einen zusätzlichen transurethralen Eingriff in der Harnblase, zur Entfernung von großen Fremdkörpern und/oder großen Tumoren
1126	Hintere Scheidenplastik mit Beckenbodenplastik	1815	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 1784 oder 1785 für eine zusätzliche Schlingenextraktion oder den Versuch der Extraktion von Harnleitersteinen
1136	Hintere Kolpozöliotomie, ggf. als Eröffnung eines Douglas-Abszesses	1821	Operative Anlage einer Nierenfistel, als selbständige Leistung
1140	Operative Versorgung einer konservativ nicht stillbaren vaginalen Nachblutung, als selbständige Leistung	<b>N II – Chirurgie der Körperoberfläche</b>	
1150	Operation an den Adnexen einer Seite und/oder an der Gebärmutter durch vaginale oder abdominale Eröffnung der Bauchhöhle oder durch Laparoskopie/Pelviskopie	2107	Exzision einer großen Geschwulst mit Entfernung von Muskeln oder Muskelteilen und Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes
<b>K – Augenheilkunde</b>		2115	Mastektomie oder Teilresektion einer Brustdrüse (z.B. Quadrantenresektion), ggf. mit Entfernung von Brustmuskelgewebe
1326	Naht einer perforierenden Hornhaut- oder Lederhautwunde, ggf. mit Reposition oder Abtragung der Regenbogenhaut oder mit Bindehautdeckung	2121	Ausräumung des regionären Lymphstromgebiets, einschl. der Leistung nach Nr. 2120, ggf. zusätzlich zur Leistung nach Nr. 2115
<b>L I – Nase, Nasennebenhöhlen</b>		2125	Reduktionsplastik der Mamma
1432	Beseitigung eines knöchernen Choanenverschlusses bzw. einer Stenose	2130	Aufbauplastik der Mamma, ggf. einschl. Implantation einer Mammaprothese
1453	Radikaloperation einer Kieferhöhle	2131	Rekonstruktive Aufbauplastik nach Mammaamputation, ggf. einschl. Implantation einer Mammaprothese oder eines Haut-Expanders
1460	Keilbeinhöhlenoperation oder Ausräumung der Siebbeinzellen von der Nase aus, ggf. einschl. teilweiser oder vollständiger Abtragung einer oder mehrerer Nasenmuscheln und/oder operative Eröffnung und Ausräumung einer Stirn- oder Kieferhöhle oder der Siebbeinzellen von außen	2132	Rekonstruktive Aufbauplastik nach Mammaamputation, einschl. Verschiebelappenplastik, ggf. einschl. Implantation einer Mammaprothese oder eines Haut-Expanders
<b>L II – Mundhöhle, Rachen, Kehlkopf</b>		2147	Tiefreichende, die Faszie und ggf. die darunterliegenden Körperschichten durchtrennende Entlastungsinzision(en), ggf. mit Drainage(n), oder Eröffnung einer Phlegmone
1478	Operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Nachblutung nach Tonsillektomie und/oder Adenotomie	<b>N III – Extremitätenchirurgie</b>	
1495	Exstirpation der Unterkiefer- und/oder Unterzungspeicheldrüse(n)	2212	Operative Versorgung einer Hohlhandphlegmone
1522	Endolaryngeale Resektion oder frontolaterale Teilresektion eines Stimmbandes, einschl. der Leistung nach Nr. 1506	2247	Naht der Achillessehne oder Quadrizepssehne, ggf. einschl. plastischer Versorgung der Sehne
1525	Verschluss des Tracheostomas	2281	Amputation eines Fingerstrahles in der Mittelhand, eines Zehenstrahles im Mittelfuß oder eines Mittelhand- oder Mittelfußknochens oder Exartikulation einer Hand oder eines Fußes, einschl. plastischer Deckung
<b>L III – Ohr, Gleichgewichts- und Gehörorgan, Stimme und Sprache</b>		<b>N IV – Knochenchirurgie</b>	
1570	Operative Eröffnung des Warzenfortsatzes	2342	Osteosynthese des Schlüsselbeins, des Olekranons, der Knie- scheibe, des Innen- oder Außenknöchels oder eines Hand- oder Fußwurzelknochens
1571	Operative Eröffnung des Warzenfortsatzes mit Freilegung sämtlicher Mittelohrräume (Radikaloperation)	2371	Nekrotomie oder Operation einer Exostose oder einer Knochen- zyste, an großen Knochen, als selbständige Leistung
1572	Operation eines Mittelohrtumors oder Cholesteatoms, ggf. einschl. der Leistungen nach den Nrn. 1570 oder 1571	2391	Operative Behandlung des Bandscheibenvorfalles in einem Segment, ggf. mikrochirurgisch, ggf. einschl. Fensterung oder (Teil-) Resektion des Wirbelbogens, Nervenwurzellösung, Prolapsab- tragung und/oder Bandscheibenausräumung
<b>M – Urologie</b>		2392	Operative Behandlung des Bandscheibenvorfalles in zwei oder drei Segmenten, ggf. mikrochirurgisch, ggf. einschl. Wirbel- bogenresektion(en), Nervenwurzellösung(en), Prolapsab- tragung(en) und/oder Bandscheibenausräumung(en)
1760	Varikozelenoperation mit hoher Unterbindung der Vena sper- matica (Bauchschnitt)		
1777	Teilresektion der Prostata		
1778	Operative Entfernung eines Prostataadenoms		
1788	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 1784 oder 1785 für eine zusätzliche Ureterorenoskopie mit Harnleiterbougie- rung, ggf. mit Stein- und/oder Tumorentfernung		
1796	Operative Anlage einer Harnblasenfistel, als selbständige Lei- stung		
1800	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 1784 oder 1785 für eine zusätzliche Zertrümmerung und Entfernung von Blasen- steinen, je Sitzung		

noch Tabelle 2

Katalog nach § 115 b Absatz 1 SGB V – 81 mit Wirkung ab 1. Januar 2004 wegfallende Leistungen –			
EBM Nr.	Leistungs-Beschreibung	EBM Nr.	Leistungs-Beschreibung
<b>N V – Gelenkchirurgie</b>		<b>N VIII – Neurochirurgie</b>	
2412	Operative Einrenkung der Luxation eines Ellenbogen-, Schulter-, Knie- oder Hüftgelenks	2825	Freilegung und Unterbindung tiefer Venen und/oder Arterien an den Gliedmaßen, als selbständige Leistung, je Sitzung
2422	Primäre Naht oder Reinsertion eines Bandes und/oder Naht der Gelenkkapsel eines Schulter-, Ellenbogen-, Hüft- oder Kniegelenks	2826	Rekonstruktion einer durch Verletzung eröffneten tiefen Vene oder einer Arterie an den Gliedmaßen durch Gefäßnaht
2437	Operative Entfernung einer Kniekehlezyste (Bakerzyste)	2827	Freilegung eines Blutgefäßes am Hals und Unterbindung oder Naht, als selbständige Leistung
2457	Eröffnung eines Ellenbogen- oder Kniegelenks, ggf. einschl. Drainage, als selbständige Leistung	2870	Rekonstruktive Operation an den Körpervenen unter Ausschluss der Hohlvenen (Thrombektomie, Transplantatersatz, Bypassoperation)
2458	Eröffnung eines Schulter- oder Hüftgelenks, ggf. einschl. Drainage, als selbständige Leistung	2871	Rekonstruktive Operation an den Körpervenen unter Ausschluss der Hohlvenen (Thrombektomie, Transplantatersatz, Bypassoperation) mit Anlegen einer temporären arterio-venösen Fistel
2482	Arthroplastik eines Ellenbogen-, Schulter- oder Kniegelenks	<b>N IX – Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie</b>	
2497	Entfernung einer Kniescheibenprothese oder Patellectomie	3006	Operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Blutung im Mund-Kiefer-Bereich, als selbständige Leistung
<b>N VI – Hals- und Abdominalchirurgie</b>		3047	Mundboden- oder totale Vestibulumplastik, je Kieferhälfte
2600	Tracheotomie	3051	Partielle Resektion des Ober- oder Unterkiefers, auch Segmentosteotomie
2605	Exstirpation einer lateralen Halszyste oder Halsfistel oder Divertikelresektion im Halsbereich	3057	Überbrückungsosteosynthese eines Kieferdefektes unter Verwendung von Knochen oder alloplastischem Material
2606	Exstirpation einer medianen Halszyste oder Halsfistel, ggf. einschl. Teilresektion des Zungenbeins	3060	Operation einer Lippenspalte oder Naseneingangsplastik bei Lippen-Kieferspaltformen oder Verschluss des weichen oder harten Gaumens
2626	Operation eines eingeklemmten Leisten- oder Schenkelbruches, oder Operation eines Narbenbruches, ggf. einschl. plastischer Maßnahmen zum Verschluss der Bruchpforte	3062	Operativer Verschluss von perforierenden Defekten im Bereich von Gaumen oder Vestibulum
2690	Exstirpation des Meckel'schen Divertikels, ggf. einschl. Appendektomie	3073	Allmähliche Reposition einer Mehrfach-, Trümmer- oder Defektfraktur des Ober- oder Unterkiefers oder von dislozierten Transversal- und/oder Sagittalfrakturen des Oberkiefers
2700	Exstirpation des Wurmfortsatzes (Appendektomie)	3080	Fixation eines gebrochenen Kiefers durch Osteosynthese und/oder Aufhängungen oder operative Einrichtung eines gebrochenen Gesichtsknochens
2725	Verschluss eines Anus praeter	3082	Operative Einrichtung eines gebrochenen Kiefer- oder Gesichtsknochens und Fixation durch Osteosynthese und/oder Aufhängungen
2742	Operative Versorgung einer Mastdarmverletzung		
2746	Operation einer intersphinkteren (intermuskulären) perianalen Fistel		
2747	Operation einer transsphinkteren (ischio-rektalen) perianalen Fistel		
<b>N VII – Thorax- und Gefäßchirurgie</b>			
2800	Operative Anlage einer Pleuradrainage, ggf. einschl. Rippenteilresektion		
2807	Thorakoskopie oder Mediastinoskopie, ggf. mit Skalenoskopie und/oder Probeexzision und/oder Probepunktion		

# Die Spezialisten für Orientierung



Fax **040 - 521 00 675**



**Wir sind Ihre Berater im Krankenhaus für**

- Qualitätsmanagement
- Sterilgutversorgung
- Outsourcing
- Hygiene/Arbeitssicherheit

**Jetzt abfordern!**  
Ihr kostenloses Info-Paket liegt für Sie bereit.

Akkreditiert durch  
**DGSV**  
Deutsche Gesellschaft für  
Sterilgutversorgung e.V.

Vollmitglied der  
**EFQM**

OPAL Service GmbH • 22840 Norderstedt  
Fon 040 - 52 10 06 70 • www.opal-gmbh.com • info@opal-gmbh.com

**OPAL**

Optimized Potentials

**Tabelle 3: Im Vergleich mit dem Vorgängerkatalog vom 1. Juli 2002 neu aufgenommene AOP-Leistungen**

Katalog nach § 115 b Absatz 1 SGB V – 92 mit Wirkung ab 1. Januar 2004 neu hinzukommende Leistungen –			
EBM Nr.	Leistungs-Beschreibung	EBM Nr.	Leistungs-Beschreibung
<b>B X</b>	<b>Empfängnisregelung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (sonstige Hilfen)</b>		
182	Infiltrationsanästhesie zur Durchführung der Sterilisation beim Mann		24 h vor dem Eingriff, Aufklärung zum Vorgehen und zu einer möglichen Polypenabtragung und anderer therapeutischer Maßnahmen in derselben Sitzung, Information zu Ablauf und Dauer der Darmreinigung, Aushändigung aller Substanzen zur Darmreinigung, Laboruntersuchungen zur Überprüfung des Gerinnungsstatus, Foto/ Videodokumentation, Nachbeobachtung und -betreuung, Einhaltung der Maßnahmen der Überprüfung der Hygienequalität und Vorbehaltung der geeigneten Notfallausstattung, gemäß der Qualitätsvereinbarungen zur kurativen Koloskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, ggf. einschl. Probeexzision(en), ggf. einschl. Lagekontrolle durch ein bildgebendes Verfahren, ggf. einschl. Sedierung
189	Dokumentierte Überwachung über mindestens 15 Minuten Dauer im Anschluss an die Leistung nach Nr. 185 bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen, einschl. Zwischen- und Abschlussuntersuchungen	765	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 740, 741 und 755 bis 764 für die Abtragung eines Polypen und/oder Schlingenbiopsie(n) mittels Hochfrequenzelektroschlinge
199	Dokumentierte Überwachung über mindestens 15 Minuten Dauer im Anschluss an die Leistung nach Nr. 193 bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen, einschl. Zwischen- und Abschlussuntersuchungen		
<b>D</b>	<b>Anästhesien/ Narkosen</b>	<b>J</b>	<b>Gynäkologie und Geburtshilfe</b>
452	Leitungsanästhesie eines Nerven oder Ganglions an der Schädelbasis (nicht Nn. Occipitales oder aurikulares), Nerv oder Ganglion ist anzugeben, oder retrobulbäre Anästhesie	1084	Temperaturgesteuerte Thermokoagulation oder Kryokoagulation der Portio und/oder kryochirurgischer Eingriff im Bereich der Vagina und/oder der Vulva
461	Intravenöse, intramuskuläre und/oder rektale Narkose, einschl. Anlegen eines i. v.-Zuganges, kontinuierlichem EKG-Monitoring und kontinuierlicher Pulsoxymetrie, ggf. einschl. Infusion(en) nach Nr. 273, gesteuerter Blutdrucksenkung, Legen einer Magensonde	1188	In-vitro-Fertilisation (IVF) mit anschließendem Embryo-Transfer (ET), ggf. als Zygotentransfer und/oder als intratubaner Embryo-Transfer (EIFT) gemäß 10.3 der Richtlinien zur künstlichen Befruchtung, einschl. aller zur Durchführung erforderlichen Leistungen im Zyklusfall außer den Maßnahmen nach 12.1, 12.2 und 12.6, einschl. der Kosten für Nährmedien und Transferkatheter, einmal im Zyklusfall. Die Leistung nach der Nr. 1188 ist im Reproduktionsfall bei Maßnahmen nach 10.3 höchstens viermal berechnungsfähig. Die Leistung nach der Nr. 1188 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nummern 378, 381, 384, 388, 398, 1181, 1182, 1190, 1192, 1194, 1195 und – mit Ausnahme der in 12.1 der Richtlinien über Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung aufgeführten Laboruntersuchungen – nicht neben Leistungen des Kapitels 0 berechnungsfähig.
463	Fortsetzung einer Anästhesie/Narkose nach Nr. 462, je vollendete weitere 15 Minuten	1190	Maßnahmen zur In-vitro-Fertilisation (IVF) entsprechend der Leistung nach der Nr. 1188 bis zum Ausbleiben der Zellteilung, einmal im Zyklusfall. Die Leistung nach der Nr. 1190 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nummern 378, 381, 384, 388, 398, 1181, 1182, 1188, 1192, 1194, 1195 und – mit Ausnahme der in 12.1 der Richtlinien über Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung aufgeführten Laboruntersuchungen – nicht neben Leistungen des Kapitels 0 berechnungsfähig.
464	Zuschlag zur Leistung nach Nr. 462 für eine Plexus-, Spinal- oder Periduralanalgesie mittels Katheter zur postoperativen Analgesie nach operativen Eingriffen in Kombinationsnarkose, einschl. dokumentierter Überwachung, Zwischen- und Abschlussuntersuchungen	1192	Maßnahmen zur In-vitro-Fertilisation (IVF) entsprechend der Leistung nach Nr. 1188 bis frühestens zwei Tage vor der geplanten Follikelpunktion, vom 1. Zyklustag bis zum Tag des Abbruchs, einmal im Zyklusfall. Die Leistung nach der Nr. 1192 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nummern 378, 381, 384, 388, 398, 1181, 1182, 1188, 1192, 1194, 1195 und – mit Ausnahme der in 12.1 der Richtlinien über Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung aufgeführten Laboruntersuchungen – nicht neben Leistungen des Kapitels 0 berechnungsfähig.
490	Dokumentierte Überwachung über mindestens 15 Minuten Dauer im Anschluss an die Leistungen nach den Nrn. 462 und ggf. 463, bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen, einschl. Zwischen- und Abschlussuntersuchungen	1194	In-vitro-Fertilisation (IVF) mit anschließendem Embryo-Transfer (ET), einschl. intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI), ggf. als Zygotentransfer und/oder als intratubarer Embryo-Transfer (EIFT) gemäß 10.5 der Richtlinien zur künstlichen Befruchtung, einschl. aller zur Durchführung erforderlichen Leistungen im Zyklusfall außer den Maßnahmen nach 12.1, 12.2 und 12.6, einschl. der Kosten für Nährmedien und Transferkatheter, einmal im Zyklusfall. Die Leistung nach der Nr. 1194 ist im Reproduktionsfall bei Maßnahmen nach 10.5 höchstens viermal berechnungsfähig. Die Leistung nach der Nr. 1194 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nummern 378, 381, 384, 388, 398, 1181, 1182, 1192, 1194, 1195 und – mit Ausnahme der in 12.1 der Richtlinien über Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung aufgeführten Laboruntersuchungen – nicht neben Leistungen des Kapitels 0 berechnungsfähig.
496	Kontinuierliche Überwachung der Vitalfunktionen durch den Arzt für Anästhesiologie, ggf. einschl. EKG-Monitoring, während eines diagnostischen und/oder therapeutischen Eingriffs eines anderen Arztes, einschl. Bereitstellung der Ausrüstung zur Behandlung von Zwischenfällen, je vollendete 15 Minuten		
<b>F IV</b>	<b>Gastroenterologie</b>		
730	Einführen einer Magenverweilsonde zur enteralen Ernährung		
735	Bougierung der Speiseröhre, je Sitzung, und/oder Dehnung des unteren Ösophagus sphinkters (Kardiasprengung), je Sitzung		
738	Einsetzen einer Ösophagusprothese, einschl. Ösophagoskopie		
741	Gastroskopie und/oder partielle Duodenoskopie, ggf. einschl. Ösophagoskopie, Probeexzision und/oder Urease-Nachweis (einschl. Kosten)		
750	Endoskopische Sondierung der Papilla Vateri mit Einbringung von Kontrastmittel, ggf. einschl. Entnahme von Sekret und/oder Probeexzision		
751	Papillotomie, ggf. einschl. Zertrümmerung und/oder Exzision von Steinen und/oder Legen einer Verweilsonde, zusätzlich zur Leistung nach Nr. 750		
752	Platzierung einer Drainage in den Gallen- oder Pankreasgang oder Entfernung, zusätzlich zur Leistung nach Nr. 750		
760	Partielle Koloskopie mit flexiblem Instrument, ggf. einschl. Probeexzision(en), ggf. einschl. Lagekontrolle des Endoskops durch ein bildgebendes Verfahren		
764	Totale Koloskopie einschl. des Zökums, einschließlich Patientenaufklärung zur Koloskopie und zur Prämedikation, mindestens		

# ICD-10-GM

Version 2004

Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD)

## Band I: Systematisches Verzeichnis

Stand: 15. August 2003



**Band I: Systematisches Verzeichnis, Version 2004**  
Stand: 15. August 2003, Kart. 984 Seiten  
€ 27,-  
Kooperationsausgabe mit der DKVG  
ISBN 3-17-018266-8

Herausgegeben vom **Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)**, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung.

Die Abrechnung mit dem neuen Entgeltsystem (G-DRG), welches seit 1.1.2004 – bis auf wenige Bereiche wie z.B. Psychiatrie und Psychosomatik – verpflichtend für alle Kliniken gilt, erforderte eine Modifikation der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10). In diesem Zusammenhang wurden die zuvor getrennten Bereiche der stationären und ambulanten Versorgung wieder in einem Band zusammengeführt, so dass mit der nun vorliegenden Version der ICD-10-GM eine einheitliche Grundlage für die Diagnosenverschlüsselung in beiden Bereichen des deutschen Gesundheitswesens existiert. Nach den international üblichen ICD-Kürzeln steht „GM“ dabei für „German Modification“. Die neue gemeinsame Version tritt an die Stelle der SGB-V-Ausgabe und ersetzt sie in den Versionen 1.3 (ambulante vertragsärztliche Versorgung) und 2.0 (stationäre Versorgung). Die vorliegende Ausgabe beinhaltet alle Aktualisierungen, die die WHO für den Einsatz im Jahr 2004 freigegeben hat.

[www.dkv.de](http://www.dkv.de)



**Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH**

Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH  
Münsterstraße 169 · 40476 Düsseldorf  
Fax 0211/179 235 - 20 · [bestellung@dkvg.de](mailto:bestellung@dkvg.de)

# ICD-10-GM

Version 2004

Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD)

## Band II: Diagnosenthesaurus

Stand: 15. August 2003



**Band II: Diagnosenthesaurus, Version 2004**  
Stand: 15. August 2003, Kart. 1.144 Seiten  
€ 30,-  
Kooperationsausgabe mit der DKVG  
ISBN 3-17-018267-6

Herausgegeben vom **Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)**, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung.

Der ICD-10-GM-Diagnosenthesaurus basiert auf der ICD-10-GM-Systematik und stellt das zugehörige alphabetische Verzeichnis dar. Auch diese Ausgabe gilt in der Version 2004 (nun wieder) für den ambulanten und stationären Bereich gemeinsam. Gegenüber den Vorversionen enthält die aktuelle Ausgabe zahlreiche quantitative und qualitative Verbesserungen. So wurden u.a. erkannte Verschlüsselungsfehler korrigiert und alle Text- und Schlüsselnummeränderungen der aktuellen Version 2004 der ICD-10-GM berücksichtigt.

[www.kohlhammer.de](http://www.kohlhammer.de)

**Kohlhammer**

W. Kohlhammer GmbH · Verlag für Krankenhaus und Pflege  
70549 Stuttgart · Tel. 0711/7863 - 7280  
Fax 0711/7863 - 8430 · [vertrieb@kohlhammer.de](mailto:vertrieb@kohlhammer.de)

noch Tabelle 3

<b>Katalog nach § 115 b Absatz 1 SGB V</b> – 92 mit Wirkung ab 1. Januar 2004 neu hinzukommende Leistungen –			
EBM Nr.	Leistungs-Beschreibung	EBM Nr.	Leistungs-Beschreibung
<b>K Augenheilkunde</b>		1787	Einlegen, Wechsel oder Entfernung einer Ureterverweilschiene, zusätzlich zu den Leistungen nach den Nrn. 1784 oder 1785
1250	Photodynamische Therapie(n) mit Verteporfin bei altersabhängiger feuchter Makuladegeneration mit subfoveolärer überwiegend klassischer chorioidaler Neovaskularisation gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V, einschl. Funduskopie, Spaltlampenmikroskopie der vorderen und hinteren Augenabschnitte, Fluoreszenzangiographie(n), Aufklärung des Patienten, Vorbereitung und Applikation von Verteporfin, Berechnung und Einstellung des Areal, Laserbeleuchtung, Nachbetreuung, Lichtschutzmaßnahmen, ggf. einschließlich tonometrischer Untersuchung(en), nachfolgender fluoreszenzangiographischer Untersuchung(en) bei akuter Visusverschlechterung, einschließlich Sachkosten mit Ausnahme von Verteporfin, einmal im Behandlungsfall. Die Leistung nach Nr. 1250 ist in demselben Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nummern 1249, 1251, 1364 und 1365 berechnungsfähig. Die Leistung nach der Nr. 1250 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 17, 1242 und 1256 bis 1258 berechnungsfähig.	1795	Perkutane Anlage einer Harnblasenfistel, einschl. Spülung, Katheterfixation und Verband
1282	Entfernung einer Bindehaut- oder Lidgeschwulst	<b>N II Chirurgie der Körperoberfläche</b>	
1303	Kanthotomie, einschl. plastischer Rekonstruktion des äußeren Lidwinkels, als selbständige Leistung	2151	Verschiebeplastik zur Deckung eines Hautdefektes
1331	Zuschlag zur Leistung nach Nr. 1330 oder 1332 bei zusätzlicher Verlängerung, Verkürzung oder Verlagerung jedes weiteren Augenmuskels an demselben Auge	<b>N III Extremitätenchirurgie</b>	
<b>L I Nase, Nasennebenhöhlen</b>		2213	Abtragung ausgedehnter Nekrosen im Hand- oder Fußbereich, je Sitzung, als selbständige Leistung
1412	Operativer Eingriff in der Nase (z. B. Entfernung von bis zu zwei Nasenpolypen, anderen Neubildungen einer Nasenseite, Muschelkappung, Muschelfrakturierung, Muschelquetschung, Muschelkaustik, Synechielösung und/oder Probeexzision), als selbständige Leistung	2274	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 2271 oder 2273 bei Operation eines Rezidivs
1430	Operative Verschmälerung des Nasensteges	<b>N IV Knochenchirurgie</b>	
<b>L II Mundhöhle, Rachen, Kehlkopf</b>		2300	Einrichtung der gebrochenen knöchernen Nase, ggf. einschl. Tamponade und Wundverband
1471	Eröffnung eines Zungenabszesses	2310	Einrichtung gebrochener Fingerendglied- oder Zehenknochen oder Einrichtung eines gebrochenen Fingergrundglied-, Finger-mittelglied- oder Großzehenknochens
1480	Eröffnung oder Wiedereröffnung eines peritonsillären Abszesses	2315	Einrichtung eines gebrochenen Handwurzel-, Mittelhand-, Fußwurzel- oder Mittelfußknochens
1516	Galvanokaustik oder Kürettament im Kehlkopf	2320	Einrichtung eines gebrochenen Oberarm- oder Oberschenkelknochens oder des gebrochenen Beckens
<b>L III Ohr, Gleichgewichts- und Gehörorgan, Stimme und Sprache</b>		2321	Einrichtung eines gebrochenen Unterarm- oder Unterschenkelknochen, je Seite
1543	Entfernung eines festsitzenden Fremdkörpers aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle, als selbständige Leistung	<b>N V Gelenkchirurgie</b>	
1545	Spaltung von Furunkeln im äußeren Gehörgang oder Kaustik im Gehörgang und/oder in der Paukenhöhle	2400	Einrenkung der Luxation eines Finger- oder Zehengelenks
1548	Entfernung eines oder mehrerer Polypen aus dem Gehörgang und/oder der Paukenhöhle, ggf. in mehreren Sitzungen	2401	Einrenkung der Luxation des Unterkiefers, eines Daumengelenks, eines eingeklemmten Meniskus, der Subluxation eines Radiusköpfchens (Chassaignac) oder der Luxation eines Sterno-klavikulargelenks oder einer Kniescheibe
1555	Entfernung von Granulationen vom Trommelfell und/ oder aus der Paukenhöhle, als selbständige Leistung	2402	Einrenkung der Luxation eines Hand- oder Fußgelenks
1556	Inzision des Trommelfelles (Parazentese), als selbständige Leistg.	2405	Einrenkung der Luxation eines Ellenbogen-, Schulter- oder Kniegelenks
1567	Zuschlag für die plastische Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand im Zusammenhang mit anderen Operationen	2460	Mobilisierung eines kontrakten Kiefer-, Schulter-, Ellenbogen-, Hüft- oder Kniegelenks in Narkose oder Regionalanästhesie, als selbständige Leistung
<b>M Urologie</b>		<b>N VI Hals- und Abdominalchirurgie</b>	
1703	Fremdkörperentfernung aus der männlichen Harnröhre unter urethroskopischer Sicht	2721	Anus praeter-Bougierung, je Sitzung
1784	Zystoskopie, ggf. einschl. Urethroskopie und/oder Probeexzision(en), ggf. einschl. Schlitzung des Harnleiterostiums, bei der Frau	<b>N VII Thorax- und Gefäßchirurgie</b>	
1785	Zystoskopie, ggf. einschl. Urethroskopie und/oder Probeexzision(en), ggf. einschl. Schlitzung des Harnleiterostiums, beim Mann	2817	Zuschlag zur Leistung nach Nr. 2815 für das Einbringen einer zweiten Elektrode bei Zweikammerschrittmachern
		<b>N IX Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie</b>	
		3030	Exstirpation von Kieferzysten durch Präparation von der Alveole aus
		3095	Wiederanbringung einer gelösten Apparatur oder Änderungen an derselben oder teilweise Erneuerung von Schienen oder Stützapparaten oder Entfernung einer Schiene
		<b>N X Orthopädisch-chirurgische konservative Leistungen</b>	
		3205	Modellierende Stellungskorrektur einer schweren Hand- oder Fußverbildung
		3206	Jede weitere Stellungenänderung im Verlauf der Behandlung nach Nr. 3205
		3207	Stellungskorrektur der angeborenen Luxation eines Hüftgelenks

noch Tabelle 3

Katalog nach § 115 b Absatz 1 SGB V – 92 mit Wirkung ab 1. Januar 2004 neu hinzukommende Leistungen –			
EBM Nr.	Leistungs-Beschreibung	EBM Nr.	Leistungs-Beschreibung
3208	Jede weitere Stellungsänderung im Verlauf der Behandlung nach Nr. 3207	5100	Serienangiographie, einschl. aller Begleitleistungen, Kontrastmitteleinbringung(en) und Dokumentation, einmal im Behandlungsfall
3220	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für eine Hand oder für einen Fuß, mit oder ohne Positiv	5101	Zuschlag zur Leistung nach Nr. 5100 bei selektiver Darstellung hirnversorgender Gefäße, einschl. Kontrastmitteleinbringung(en)
3221	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für einen Unterarm mit Hand, für einen Unterschenkel mit Fuß, für einen Ober- oder Unterarm, für einen Unterschenkel- oder Oberschenkelstumpf (mit Tubersitzausarbeitung)	5102	Zuschlag zur Leistung nach Nr. 5100 bei selektiver Darstellung anderer als in Nr. 5101 genannter Gefäße, einschl. Kontrastmitteleinbringung(en)
3225	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für den ganzen Arm, ggf. mit Schulter, oder für das ganze Bein	5103	Zuschlag zur Leistung nach Nr. 5100 bei Durchführung einer interventionellen Maßnahme (PTA, Stent, Embolisation, Atherektomie, Rotationsablatio, Lyse), einschl. Kontrastmitteleinbringung(en)
3226	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für das Bein mit Becken	5120	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie, einschl. aller Begleitleistungen, ggf. einschl. Gerinnungsuntersuchungen (z. B. aktivierte Gerinnungszeit), Kontrastmitteleinbringung(en), selektiver Darstellung auch bei Patienten mit einem oder mehreren Bypässen und/oder bei Patienten mit Herzvitium, Angiokardiographie, Vorbereitung und Nachbetreuung, einmal im Behandlungsfall
3230	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für den Rumpf	5122	Zuschlag zur Leistung nach Nr. 5120 bei Durchführung einer interventionellen Maßnahme (z. B. PTCA, Stent)
3231	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für Rumpf und Kopf oder Rumpf und Arm oder Rumpf, Kopf und Arm	5140	Phlebographie und/oder Lymphographie der Extremität(en), einschl. regionaler Abflussgebiete, einschl. Kontrastmitteleinbringung(en)
3240	Gemeinsame Besprechung(en) mit dem Orthopädiemechaniker und dem Patienten zur Erstellung des Konstruktionsplanes für ein großes orthopädisches Hilfsmittel (z. B. Kunstglied)	5142	Zuschlag zur Leistung nach Nr. 5140 für die computergestützte Analyse
3245	Praktische Schulung im Gebrauch von Kunstgliedern, Fremdkraftprothesen oder großen orthopädischen Hilfsmitteln, ggf. einschl. Unterweisung der Betreuungsperson, je Sitzung	5145	Embolisations- bzw. Sklerosierungsbehandlung von Varikozelen, einschl. aller Begleitleistungen, einschl. Kontrastdarstellung
<b>Q I Röntgendiagnostik</b>			

besondere auch die Eintages-DRG D14Z *Eingriffe bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, ein Belegungstag*. Wer legt fest, ob es sich um einen vollstationären, einen Eintagesfall oder eine ambulant durchzuführende Diagnostik handelt? Diese Frage muss wohl dahingehend beantwortet werden, dass immer dann, wenn keine Indikation zur stationären Behandlung gemäß § 39 SGB V oder den in Anlage 2 der Vereinbarung aufgeführten Kriterien besteht, die Leistung nach EBM entsprechend dem Katalog abzurechnen ist. Die Klärung dieser Frage anhand der noch nicht in der Praxis eingesetzten Beurteilungskriterien wird angesichts bestehender Ermessensspielräume ganz besonders bei der stationären Erbringung von AOP-Leistungen zu Konflikten führen.

Bewusst ausgeschlossen aus dem AOP-Katalog bleiben Leistungen der „kleinen Chirurgie“, zum Beispiel die kleine Wundversorgung oder die Ausschneidung eng umschriebener Hautareale. Solche in aller Regel ambulant durchgeführten Eingriffe, welche nicht in den AOP-Katalog aufgenommen wurden, dürfen am Krankenhaus also nur dann

als ambulante Leistungen abgerechnet werden, sofern über die Zulassung nach § 115 b Absatz 2 SGB V hinaus eine entsprechende institutionelle, vertrags- oder belegärztliche Zulassung bzw. Ermächtigung zur ambulanten Behandlung vorliegt.

### Kategorien des AOP-Katalogs

Ein Novum bedeuten die in den AOP-Katalog aufgenommenen Spalten „Kategorie“ und „Kommentare“. Tabelle 4 zeigt einen Ausschnitt des AOP-Katalogs mit den dort enthaltenen Leistungen des EBM-Abschnitts FIV. *Gastroenterologie*.

In der „Kategorie“-Spalte wurden entsprechend § 115 b Absatz 1 Satz 2 SGB V diejenigen Leistungen, die „in der Regel ambulant erbracht werden können“ explizit durch ein Sternchen gekennzeichnet („Sternchenleistungen“). Sofern sich bei einer AOP-Leistung innerhalb der „Kategorie“-Spalte ein Sternchen ohne weiteren Zusatz findet, gilt der Grundsatz, dass diese Leistung in der Regel für sämtliche

**Tabelle 4: Gastroenterologische AOP-Leistungen (Auszug aus dem AOP-Katalog mit Fußnoten)**

EBM-Nr.	Leistungsbeschreibung	Kategorie	Kommentare <sup>2)</sup>
<b>F IV.</b>	<b>Gastroenterologie</b>		
<b>730</b>	Einführen einer Magenverweilsonde zur enteralen Ernährung	*	
<b>735<sup>1)</sup></b>	Bougierung der Speiseröhre, je Sitzung, und/oder Dehnung des unteren Ösophagusphinkters (Kardiasprengung), je Sitzung	*/-	
<b>738<sup>1)</sup></b>	Einsetzen einer Ösophagusprothese, einschl. Ösophagoskopie	*/-	
<b>741</b>	Gastroskopie und/oder partielle Duodenoskopie, ggf. einschl. Ösophagoskopie, Probeexzision und/oder Urease-Nachweis (einschl. Kosten)	*	Als Zusatzleistung in Verbindung mit weiteren Maßnahmen nach den Nrn: 750, 751 oder 752
<b>750</b>	Endoskopische Sondierung der Papilla Vateri mit Einbringung von Kontrastmittel, ggf. einschl. Entnahme von Sekret und/oder Probeexzision		
<b>751</b>	Papillotomie, ggf. einschl. Zertrümmerung und/oder Extraktion von Steinen und/oder Legen einer Verweils-sonde, zusätzlich zur Leistung nach Nr. 750		
<b>752</b>	Plazierung einer Drainage in den Gallen oder Pankreasgang oder Entfernung, zusätzlich zur Leistung nach Nr. 750		
<b>760<sup>1)</sup></b>	Partielle Koloskopie mit flexiblem Instrument, einschl. Patientenaufklärung zur Koloskopie und zur Prämedikation, mindestens 24 Stunden vor dem Eingriff, Aufklärung zum Vorgehen und zu einer möglichen Polypenabtragung und anderer therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung, Information zu Ablauf und Dauer der Darmreinigung, Aushändigung aller Substanzen zur Darmreinigung, Laboruntersuchung zur Überprüfung des Gerinnungsstatus, Foto-/Videodokumentation, Nachbeobachtung und -betreuung, Einhaltung der Maßnahmen der Überprüfung der Hygienequalität und Vorhaltung der geeigneten Notfallausrüstung, gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, ggf. einschl. Probeexzision(en), ggf. einschl. Lagekontrolle durch ein bildgebendes Verfahren, ggf. einschl. Sedierung	*/-	
<b>764<sup>1)</sup></b>	Totale Koloskopie, einschl. des Zökums, einschl. Patientenaufklärung zur Koloskopie und zur Prämedikation, mindestens 24 Stunden vor dem Eingriff, Aufklärung zum Vorgehen und zu einer möglichen Polypenabtragung und anderer therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung, Information zu Ablauf und Dauer der Darmreinigung, Aushändigung aller Substanzen zur Darmreinigung, Laboruntersuchung zur Überprüfung des Gerinnungsstatus, Foto-/Videodokumentation, Nachbeobachtung und -betreuung, Einhaltung der Maßnahmen der Überprüfung der Hygienequalität und Vorhaltung der geeigneten Notfallausrüstung, gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur kurativen Koloskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, ggf. einschl. Probeexzision(en), ggf. einschl. Lagekontrolle durch ein bildgebendes Verfahren, ggf. einschl. Sedierung	*/-	
<b>765<sup>1)</sup></b>	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 740, 741 und 755 bis 764 für die vollständige Abtragung eines oder mehrerer Polypen und/oder Schlingenbiopsie(n) mittels Hochfrequenzelektroschlinge	*/-	

Patientenaltersgruppen ambulant erbracht werden kann. Findet sich in der „Kategorie“-Spalte jedoch unabhängig von dem Sternchen ein Schrägstrich mit einem Minuszeichen, dann gilt nach Fußnote 1 des AOP-Katalogs, dass die jeweilige Leistung „bei Kindern zumeist nicht ambulant durchgeführt wird“. Insgesamt wurden 154 Abrechnungspositionen des AOP-Katalogs als „Sternchenleistung“ gekennzeichnet und gelten damit bei Erwachsenen als in der Regel ambulant erbringbar. Von diesen 154 Abrechnungspositionen wurden 9 zusätzlich mit einem Minuszeichen kategorisiert, so dass davon nur 145 gleichermaßen auch bei Kindern als in der Regel ambulant erbringbar eingestuft wurden. Die EBM-Leistung 1515 *Fremdkörperentfernung aus dem Kehlkopf* wurde als einzige ausschließlich mit einem Minuszeichen für Kinder gekennzeichnet. Somit gilt für insgesamt 10 Leistungen des AOP-Katalogs, dass diese bei Kindern zumeist nicht ambulant erbracht werden (Tabelle 1). Eine Altersgrenze für die Zuordnung der Leistungskategorie für Kinder bzw. Erwachsene wurde weder im AOP-Vertrag noch in dessen Leistungskatalog festgelegt.

Tabelle 4 zeigt, dass 7 der insgesamt 10 gastroenterologischen Abrechnungspositionen des AOP-Katalogs in der „Kategorie“-Spalte mit einem Sternchen gekennzeichnet sind (730, 735, 738, 741, 760, 764 und 765). 5 dieser 7 Abrechnungspositionen sind darüber hinaus mit einem Minuszeichen (\*/-) gekennzeichnet (735, 738, 760, 764 und 765), weil sie bei Kindern zumeist nicht ambulant erbracht werden. Im Ergebnis bedeutet dies, dass innerhalb des Abschnitts Gastroenterologie des AOP-Katalogs davon ausgegangen wird, dass die Leistungen 730 und 741 bei Patienten aller Altersstufen in der Regel ambulant erbracht werden können, während dies bei den Leistungen 735, 738, 760, 764 und 765 nur für Erwachsene zutrifft.

1) In Fällen mit 2 Kategorien ist in eine Einstufung für Kinder und Erwachsene zu unterscheiden. Die zuerst aufgeführte Kategorie bezieht sich ausschließlich auf Erwachsene, die nachfolgend genannte auf Kinder. Die Kennzeichnung [-] bedeutet in diesem Falle, dass die Leistung bei Kindern zumeist nicht ambulant durchgeführt wird.

2) Aufgrund der enormen Heterogenität der Leistungsbeschreibung zahlreicher EBM-Ziffern wurde eine ergänzende Kommentierung einzelner Ziffern unumgänglich. Die Kommentare sollen Klarheit darüber verschaffen, welche Aspekte aus der EBM-Ziffer möglicherweise gar nicht ambulant oder nicht in der Regel ambulant erbracht werden können.

## Umkehrung der Beweislast bei Sternchenleistungen

Aus § 2 Absatz 3 Satz 1 des AOP-Vertrags ergibt sich zwar eindeutig, dass aus dem AOP-Leistungskatalog „nicht die Verpflichtung hergeleitet werden“ kann, „dass die dort aufgeführten Eingriffe ausschließlich ambulant zu erbringen sind“. Die Kennzeichnung von Abrechnungspositionen des AOP-Katalogs als „Leistungen, die in der Regel ambulant erbracht werden können“ gemäß § 115 b Absatz 1 Satz 2, 1. Halbsatz SGB V bringt jedoch eine entscheidende Änderung mit sich. Die betroffenen Leistungen können bei gesetzlich krankenversicherten Patienten der betroffenen Altersstufen ab 1. Januar 2004 nur noch dann als stationäre Behandlung im alleinigen Zusammenhang mit der AOP-Leistung abgerechnet werden, wenn der stationäre Aufenthalt insbesondere durch das Vorliegen von mindestens einem der in Anlage 2 des AOP-Vertrags vorgegebenen allgemeinen Tatbestände nach § 115 b Absatz 1 Satz 2, 2. Halbsatz SGB V begründet werden kann. Dies ergibt in der Konsequenz eine Beweislastumkehr zu Lasten der Krankenhäuser. Ohne nachvollziehbare Begründung der Notwendigkeit der stationären Behandlung gilt für Sternchenleistungen des AOP-Katalogs bei den betroffenen Altersgruppen die „Regelannahme“, dass diese im jeweiligen Fall ambulant erbracht werden kann. Unter einer solchen Voraussetzung hat das Krankenhaus mangels eines stationären Versorgungsanspruchs der gesetzlich krankenversicherten Patienten nach § 39 Absatz 1 Satz 2 SGB V und der Nichterfüllung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 Absatz 1 SGB V keinen Anspruch auf die Vergütung als stationäre Behandlung. Aufgrund dieser neuen Ausgangslage müssen Krankenhäuser, welche die Notwendigkeit der stattgefundenen stationären Erbringung einer als in der Regel ambulant durchführbar gekennzeichneten AOP-Leistung nicht anhand der allgemeinen Tatbestände als erfüllt begründen können, bei allen betroffenen Fällen mit Rückfragen von Seiten der Kostenträger rechnen.

Hält ein solcher Fall der Überprüfung nicht stand, geht das Krankenhaus zwar nicht zwangsläufig leer aus. Es muss jedoch damit rechnen, dass das für die stationäre Behandlung in Rechnung gestellte Entgelt auf die im Rahmen der Leistungserbringung nach § 115 b SGB V zulässige Vergütung gekürzt wird. Neben der Rechnungskürzung bringen solche Fälle auch das Erreichen des prospektiv vereinbarten stationären Erlösbudgets in Gefahr. Jeder im Nachhinein stornierte und in einen § 115 b SGB V-Fall umgewidmete stationäre Behandlungsfall ist von der Anrechnung auf das stationäre Erlösbudget ausgeschlossen und bedeutet einen Mindererlös. Wird dieser Mindererlös am Ende des Budgetzeitraums 2004 realisiert, wird dieser für das Jahr 2004 gemäß § 12 Absatz 2 Satz 1 BpflV bzw. gemäß § 3 Absatz 6 Satz 2 KHEntgG zu 40 Prozent ausgeglichen. 60 Prozent der am Ende realisierten DRG-Mindererlöse trägt das Krankenhaus somit selbst.

Das maximale wirtschaftliche Risiko des Krankenhauses durch eine nicht notwendige stationäre Erbringung einer AOP-Leistung beläuft sich demgemäß auf die Differenz aus dem 60-prozentigen Mindererlöselbstbehalt des Krankenhauses von dem nicht realisierten stationären Entgelt sowie

dem tatsächlich realisierten Erlös nach § 115 b SGB V. Es lässt sich für jede AOP-Leistung abschätzen und soll an einem Beispiel durchgerechnet werden: Ein Krankenhaus (individueller Basisfallwert 2004 = 2 600 €) stellt nach stationärer Erbringung einer Zirkumzision bei Phimose (OPS 5-640.2 Zirkumzision) über 2 Belegungstage die DRG-Fallpauschale M05Z *Zirkumzision* (Bewertungsrelation Hauptabteilungen: 0,521) mit 1 355 € in Rechnung. Weil die erbrachte Leistung der AOP-Leistung 1741 *Plastische Operation der Vorhaut und/oder des Frenulums* entspricht, welche im AOP-Katalog als Sternchenleistung als in der Regel ambulant erbringbar gekennzeichnet ist, verlangt der Kostenträger vom Krankenhaus den Nachweis anhand der allgemeinen Tatbestände nach § 115 b Absatz 1 Satz 2 SGB V, dass die stationäre Behandlung im vorliegenden Einzelfall begründet war. Nachdem das Krankenhaus diesen Nachweis nicht erbringen kann, wird die Rechnung auf 320 € gekürzt. Das maximale wirtschaftliche Risiko, welches dem Krankenhaus aus der nicht im Sinne der allgemeinen Tatbestände nach § 115 b Absatz 1 Satz 2 SGB V begründbaren stationären Behandlung des Beispielfalles entsteht, berechnet sich wie folgt:

Maximales wirtschaftliches Risiko =  
60 Prozent des DRG-Erlöses M05Z – realisierter Erlös  
nach § 115b SGB V =  
813 € - 320 € = **493 €**

Das maximale wirtschaftliche Risiko kann natürlich durch das Krankenhaus durch Mehrerlöse an anderer Stelle der

Wir kennen die Praxis aus der Praxis  
[www.gsd.de](http://www.gsd.de)

stationären Versorgung teilweise oder vollständig kompensiert werden. Die Platzierung von sich später als nur ambulant vergütet herausstellenden Fällen im stationären Bereich mindert aber nicht nur die stationären Erlöse, sondern gleichzeitig auch die stationäre Fallzahl. Das bereits durch einen eigentlichen AOP-Fall belegte Bett kann in demselben Zeitraum nicht mehr durch einen eigentlichen stationären Behandlungsfall belegt werden. Daher wird jeder weitere im Sinne der allgemeinen Tatbestände nach § 115 b Absatz 1 Satz 2 SGB V fehlplazierte Fall den Ausgleich der so entstehenden Mindererlöse zusätzlich erschweren. Das Beispiel zeigt, dass das maximale wirtschaftliche Risiko eines Krankenhauses je nach Höhe der zu stornierenden DRG-Fallpauschale den Erlös aus der AOP-Leistung deutlich übertreffen kann. Demgemäß ergibt sich für Krankenhäuser aus ökonomischer Sicht bei vielen AOP-Leistungen ein höherer Nutzen aus der Vermeidung der insbesondere nicht nach den allgemeinen Tatbeständen nach § 115 b Absatz 1 Satz 2 SGB V zu begründenden stationären Durchführung von AOP-Leistungen als aus der Teilnahme am ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V selbst. Die neue Kategorisierung der AOP-Leistungen greift also deutlich in die stationäre Budgetfindung mit ein. Krankenhäuser, die dies bei der Budget- und Leistungsplanung für den Budgetzeitraum 2004 falsch einschätzen, werden es be-

**Tabelle 5: Allgemeine individuelle Tatbestände nach § 115 b Absatz 1 Satz 2 SGB V im Vergleich mit dem AEP**

Allgemeine individuelle Tatbestände nach § 115 b Absatz 1 Satz 2 SGB V	Appropriateness Evaluation Protocol (AEP) <sup>6)</sup>
	Soziale Faktoren, aufgrund derer eine sofortige medizinische Versorgung des Patienten im Falle postoperativer Komplikationen nicht möglich wäre
a) fehlende Kommunikationsmöglichkeit des Patienten im Fall von postoperativen Komplikationen und/oder	Fehlende Kommunikationsmöglichkeit, da Patient allein lebt oder kein Telefon erreichen kann
b) fehlende sachgerechte Versorgung im Haushalt des Patienten.	Fehlende Versorgungsmöglichkeiten im Privathaushalt
-	Keine Transportmöglichkeit; große Entfernung von Stellen, die Notfallhilfe leisten könnten
-	Mangelnde Einsichtsfähigkeit des Patienten

deutend schwerer haben. Ob der sich hier aufbauende ökonomische Druck auch der Qualität und Menschlichkeit der Patientenversorgung vorbehaltlos zur Verbesserung gereichen wird, bleibt abzuwarten.

### Allgemeine Tatbestände nach § 115 b Absatz 1 Satz 2 SGB V (Anlage 2 des AOP-Vertrags)

Nach § 115 b Absatz 1 Satz 2, 2. Halbsatz SGB V sind neben der gesonderten Benennung ambulant durchführbarer Operationen und stationsersetzender Eingriffe, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, auch „allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann“. Der Gesetzestext gibt nicht vor, dass diese allgemeinen Tatbestände die Gründe für eine stationäre Durchführung der Behandlung abschließend erfassen müssen. Deswegen sind die allgemeinen Tatbestände als Positivkriterien zu verstehen. Sind einer oder mehrere der allgemeinen Tatbestände bei einem Fall mit stationärer Erbringung einer Leistung des AOP-Katalogs erfüllt, dann bedeutet dies, dass die stationäre Durchführung erforderlich sein kann. Das bedeutet im Umkehrschluss nicht: Es kann automatisch davon ausgegangen werden, dass in sämtlichen Fällen, bei denen keiner der allgemeinen Tatbestände erfüllt ist, keine Notwendigkeit für die stationäre Behandlung gegeben war. Rechtfertigungsgrundlage der stationären Aufnahme bleibt letztlich auch hier das Prüfen und Befinden der Erforderlichkeit der stationären Behandlung im Einzelfall durch das Krankenhaus gemäß § 39 Absatz 1 Satz 2 SGB V. Kann diese die Notwendigkeit der stationären Durchführung der AOP-Leistung außerhalb der allgemeinen Tatbestände nachvollziehbar begründen, ist die stationäre Behandlung ebenfalls berechtigt. Durch die Vorgabe der allgemeinen Tatbestände ist allerdings zu erwarten, dass es Krankenhäuser, die den stationären Behandlungsbedarf nur unabhängig von diesen Tatbeständen rechtfertigen können, künftig deutlich schwerer haben werden, ihren stationären Vergütungsanspruch durchzusetzen.

Umgekehrt geben die allgemeinen Tatbestände jedoch auch keine abschließende Sicherheit darüber, dass im Falle ihrer Erfüllung die Notwendigkeit der stationären Behand-

lung im Einzelfall als gegeben angesehen werden muss. Krankenhäuser können sich daher keineswegs darauf verlassen, dass sämtliche anhand der allgemeinen Tatbestände begründeten stationären Behandlungsfälle widerspruchsfrei zu der entsprechenden stationären Vergütung kommen. Ob die allgemeinen Tatbestände so in der Praxis tatsächlich zu einem in der Regel reibungsfreien Abrechnungsgeschehen führen werden, bleibt abzuwarten.

Entsprechend ihres Verweises in § 3 Absatz 3 des AOP-Vertrags haben die Vertragsparteien die allgemeinen Tatbestände nach § 115 b Absatz 1 Satz 2 KHG in Anlage 2 des AOP-Vertrags nach Absatz 2 Satz 3 dieser Anlage als diskriminierende Kriterien vorgegeben. Daraus folgt, dass die Erfüllung bereits eines einzelnen Kriteriums die stationäre Durchführung der AOP-Leistung begründen kann. Die allgemeinen Tatbestände sind in 2 „allgemeine individuelle Tatbestände“ und 4 „morbiditäts-/diagnosebedingte allgemeine Tatbestände“ untergliedert und wurden sämtlich aus dem 1999 veröffentlichten deutschen Appropriateness Evaluation Protocol (AEP)<sup>6)</sup> entlehnt (Tabellen 5 und 6). Im Unterschied zu den AEP-Kriterien wurden die morbiditäts-/diagnosebedingten allgemeinen Tatbestände jedoch nicht abschließend, sondern nur beispielhaft definiert. Dies vergrößert einerseits die Ermessensspielräume. Es macht die allgemeinen Tatbestände insbesondere bei nicht ausdrücklich genannten Tatbeständen und Kriterien mit großen Schweregradunterschieden andererseits aber auch „weicher“. Auch deshalb kann sich kein Krankenhaus darauf verlassen, dass die Erfüllung eines einzigen allgemeinen Tatbestandes, vor allem bei sehr weiter Ausschöpfung des Ermessensspielraums, vom Kostenträger auch als hinreichende Begründung für die stationäre Leistungserbringung anerkannt wird. Die Prüfung und Erfassung der allgemeinen Tatbestände sollte durch das Krankenhaus daher nicht schon beim ersten als im Sinne der stationären Aufnahme erfüllt angesehenen Kriterium abgebrochen, sondern stets vollständig vorgenommen werden. Auch hier gilt, dass die stationäre Aufnahmeindikation umso sicherer gerechtfertigt werden kann, je mehr Kriterien erfüllt sind. Da es sich bei Leistungen nach § 115 b SGB V in der Regel um Elektivbehandlungen handelt, sollten hinsichtlich der Notwendigkeit einer stationären Durchführung unsichere Fälle zur Vermeidung von Abrechnungsproblemen bereits vor der Erbringung der Leistung mit den Kostenträgern besprochen werden. Mit dem individuellen allgemeinen Tatbestand „*fehlende Kommunikationsmöglichkeit des Patienten im Fall von postoperativen Komplikationen*“ sollten Krankenhäuser nicht leichtfertig verfahren, weil dies gleichzeitig als Bestätigung einer ggf. durch das Krankenhaus zu verantwortenden eingetretenen Komplikation ausgelegt werden könnte.

Während der Gesetzgeber in § 115 b Absatz 1 Satz 2 SGB V kein besonderes Junktim zwischen den allgemeinen Tatbe-

**Tabelle 6: Morbiditäts-/diagnosebezogene allgemeine Tatbestände nach § 115 b Absatz 1 Satz 2 SGB V im Vergleich zum AEP**

Morbiditäts-/diagnosebezogene allgemeine Tatbestände nach § 115 b Absatz 1 Satz 2 SGB V	Appropriateness Evaluation Protocol (AEP) <sup>®</sup>
<p>a) Klinisch relevante Begleiterkrankungen, zum Beispiel aufgrund:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gerinnungsstörungen</li> <li>- Koronarsyndrom</li> <li>- Herzinsuffizienz (III/IV Grades),</li> <li>- Anamnestisch maligne Hyperthermie</li> <li>- (relevante) Lungenfunktionsstörung,</li> <li>- sonstige überwachungspflichtige Behandlung</li> </ul>	<p>Klinisch relevante Begleiterkrankungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Blutkrankheiten</li> <li>- Operationsrelevante Gerinnungsstörungen (angeboren u./o. erworben)</li> <li>- Operationsrelevante, therapiepflichtige Blutkrankheiten</li> <li>- Herzerkrankungen</li> <li>- Manifeste Angina pectoris Grad III oder IV (NYHA)</li> <li>- Manifeste Herzinsuffizienz Grad III oder IV (NYHA)</li> <li>- Maligne Hyperthermie in der Eigen- oder Familienanamnese</li> <li>- Patienten, bei denen eine besonders überwachungspflichtige Behandlung der folgenden Erkrankungen dokumentiert ist: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Endokrine Erkrankungen (z.B. Diabetes, Morbus Addison, Thyreotoxikose)</li> <li>- Bluthochdruck</li> <li>- Bronchospastische Lungenerkrankungen</li> <li>- Schlaganfall und/oder Herzinfarkt</li> <li>- Sonstige Gründe (Dokumentation)</li> </ul> </li> </ul>
<p>b) Besondere postoperative Risiken, zum Beispiel aufgrund von postoperativer Überwachungspflichtigkeit von mehr als 8 Stunden nach Beendigung des Eingriffs (zum Beispiel kritischer endokriner oder metabolischer Status)</p>	<p>Besondere postoperative Risiken</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Operationseingriff außerhalb des Kataloges für ambulant durchführbare Operationen</li> <li>- Überwachungspflichtig &gt; 8 h nach Narkoseende</li> </ul>
<p>c) Schwere der Erkrankung, zum Beispiel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bewusstlosigkeit</li> <li>- Verwirrheitszustand</li> <li>- Akute Lähmung</li> <li>- Akuter Sehverlust</li> <li>- Akuter Hörverlust</li> <li>- Akute Blutung</li> </ul>	<p>Kriterien über die Schwere der Erkrankung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plötzliche Bewusstlosigkeit oder Verwirrheitszustand Koma oder Nichtansprechbarkeit)</li> <li>- Pulsfrequenz a) &lt; 50 / min, b) &gt; 140 / min</li> <li>- Blutdruck <ul style="list-style-type: none"> <li>a) systolisch &lt; 90 mmHg oder &gt; 200 mmHg</li> <li>b) diastolisch &lt; 60 mmHg oder &gt; 120 mmHg</li> </ul> </li> <li>- Akuter Verlust der Seh- oder Hörfähigkeit</li> <li>- Akute Lähmung eines Körperteils</li> <li>- Anhaltendes Fieber &gt; 38,0°C (axillär) oder &gt; 38,8°C (rektal/aurikulär) für mehr als 5 Tage oder intermittierende Fieberschübe</li> <li>- Aktive Blutung</li> <li>- Schwere Elektrolytstörung oder Blutgasentgleisung (zum Beispiel eine der folgenden) <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Na &lt; 123 mEq/L oder &gt; 156 mEq/L</li> <li>b) K &lt; 2,5 mEq/L oder &gt; 6,0 mEq/L</li> <li>c) Bikarbonat &lt; 20 mEq/L oder &gt; 36 mEq/L (nicht chronisch)</li> <li>d) Arterieller pH &lt; 7,30 oder &gt; 7,45</li> </ul> </li> <li>- Patient vital bedroht: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Akute oder progrediente sensorische, motorische, funktionelle, zirkulatorische, metabolische oder respiratorische Funktionsstörung, die den Patienten nachdrücklich behindert (Unfähigkeit, sich zu bewegen, zu atmen, Wasser zu lassen, etc. auch akutes Abdomen)</li> </ul> </li> <li>- Zusätzlich muss ein Kriterium für die Intensität der Behandlung erfüllt sein</li> <li>- Myokardiale Ischämie</li> </ul>
<p>d) Erhöhter Behandlungsaufwand, zum Beispiel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontinuierliche intravenöse Medikation/Infusion</li> <li>- Kontinuierliche intensive Überwachungsnotwendigkeit</li> <li>- Kontinuierliche assistierte oder kontrollierte Beatmung</li> <li>- Bedrohliche Infektion, anhaltendes Fieber</li> <li>- Andere akute Funktionsstörungen</li> <li>- gegenüber dem Regelfall sehr komplexe Eingriffe</li> </ul>	<p>Intensität der Behandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontinuierliche bzw. mehrfache intravenöse Medikamentengabe und/oder Flüssigkeitseratz <ul style="list-style-type: none"> <li>- schließt Sondennahrung nicht ein</li> <li>- gleichzeitig muss ein Kriterium für die Schwere der Erkrankung erfüllt sein</li> </ul> </li> <li>- OP oder andere Maßnahme innerhalb der nächsten 24 h, die eine Verwendung von Geräten, Einrichtungen oder Verfahren, die nur in Krankenhäusern verfügbar sind, voraussetzt</li> <li>- Mehrfache Kontrolle der Vitalzeichen, mindestens alle 2 h oder häufiger (ggf. unter Bildschirmkontrolle oder EKG-Monitor am Bett)</li> <li>- Behandlung mit onkologischen Chemotherapeutika, die eine kontinuierliche Beobachtung von potenziell lebensbedrohlichen toxischen Arzneimittelreaktionen erfordert (gleichzeitig muss ein Kriterium für die Schwere der Erkrankung erfüllt sein)</li> <li>- Behandlung auf einer Intensivstation</li> <li>- Intermittierende oder kontinuierliche Verwendung eines Beatmungsgerätes mindestens alle 8 h bei dokumentierter, zumindest partieller respiratorischer Insuffizienz (gleichzeitig muss ein Kriterium für die Schwere der Erkrankung erfüllt sein)</li> </ul> <p>Notwendigkeit intensiver postoperativer Betreuung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Amputationen</li> <li>- Gefäßchirurgische Operationen</li> <li>- Einsatz von stabilisierenden Implantaten</li> <li>- Einsatz von Drainageschläuchen mit kontinuierlicher Funktionskontrolle</li> </ul> <p>Status der Atmung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Signifikant pathologische Lungenfunktionsparameter</li> <li>- Funktionelle Vitalkapazität (FVC) &lt; 1,0 l</li> <li>- Expiratorische Einsekundenkapazität (FEV<sub>1</sub>) &lt; 50 % x FVC</li> <li>- Arterieller pCO<sub>2</sub> &gt; 50 mmHg</li> <li>- Arterieller pO<sub>2</sub> &lt; 50 mmHg</li> <li>- Klinisch relevantes Schlafapnoe-Syndrom</li> </ul>

ständen und denjenigen Leistungen des AOP-Katalogs hergestellt hat, die darin als in der Regel ambulant durchführbar gekennzeichnet sind, haben die Vertragsparteien ein solches Junktim de facto hergestellt. § 3 Absatz 2 des AOP-Vertrags gibt dazu Folgendes vor: „Leistungen, die in der Regel ambulant erbracht werden sollen, sind gesondert gekennzeichnet. Bei Vorliegen bzw. Erfüllung der Kriterien der allgemeinen Tatbestände gemäß § 3 Absatz 3 kann jedoch eine stationäre Durchführung dieser Eingriffe erforderlich sein.“ In Anlage 2 des AOP-Vertrags heißt es hierzu weiter in Absatz 2 Satz 1: „Nachfolgend werden allgemeine individuelle Tatbestände bzw. Kriterien definiert, die eine stationäre Durchführung der vereinbarten in der Regel ambulant durchführbaren Operationen und sonstigen stationsersetzenden Eingriffe erforderlich machen können.“

Dieses Junktim wird voraussichtlich auch praktische Folgen haben, auf die sich Krankenhäuser und Kostenträger einstellen müssen. Unabhängig von den allgemeinen Tatbeständen nach § 115 b Absatz 1 Satz 2 SGB V sollen die DKG und die Spitzenverbände der Krankenkassen eine Empfehlung zur Durchführung von Fallprüfungen nach § 17 c KHG vereinbaren, auf deren methodischer Grundlage Stichprobenanalysen von stationären Krankenhausfällen erfolgen sollen. Teil dieser Empfehlung wird nach dem derzeitigen Verhandlungsstand auch ein Kriterienkatalog sein, welcher bei der Prüfung der primären Fehlbelegung, das heißt der Prüfung der Notwendigkeit der stationären Aufnahme an sich, zugrunde gelegt werden soll. Weil die Prüfkriterien für die primäre Fehlbelegungsprüfung nach § 17 c KHG voraussichtlich nicht deckungsgleich mit den allgemeinen Tatbeständen nach § 115 b Absatz 1 Satz 2 SGB V sein werden, werden sich ggf. unterschiedliche Maßstäbe für die Beurteilung der Notwendigkeit der stationären Durchführung von Leistungen des AOP-Katalogs ergeben. Zwar wird durch eine ergänzende Protokollnotiz zu § 3 des AOP-Vertrags sichergestellt, dass die allgemeinen Tatbestände eine Mindestbasis zu Fallprüfungen nach § 17 c KHG bzw. nach § 275 SGB V sind. Dies gilt durch das genannte Junktim allerdings zwingend nur für diejenigen Fälle, bei denen eine als in der Regel ambulant durchführbar gekennzeichnete AOP-Leistung (Sternchenleistung) stationär erbracht wird. Je nach Ausgestaltung des Prüfverfahrens gemäß § 17 c KHG kann dies für alle anderen Leistungen des AOP-Katalogs, die nicht als Sternchenleistung gekennzeichnet sind, anders werden. Unter solchen Voraussetzungen würde das Prüfverfahren nach § 17 c KHG die anhand der allgemeinen Tatbestände nach § 115 b Absatz 1 Satz 2 SGB V hinreichend begründete stationäre Durchführung von Sternchenleistungen des AOP-Katalogs zwar nicht sekundär in Frage stellen, im Unterschied dazu aber mit voller Konsequenz auf alle stationär erbrachten Leistungen des AOP-Katalogs angewendet werden, die dort nicht als Sternchenleistung markiert wurden. Die Vorgabe unterschiedlicher Beurteilungsmaßstäbe für die Notwendigkeit der stationären Behandlung durch nicht identische allgemeine Tatbestände nach § 115 b Absatz 1 Satz 2 SGB V und Prüfkriterien nach § 17 c KHG ist durch die zeitliche Abfolge der Verhandlungen und die unterschiedliche Zusammensetzung der Vertragsparteien nach § 115 b SGB V und § 17 c KHG erklärbar und nachvollziehbar. Sie wird die praktische Umsetzung jedoch nicht einfacher machen und

zu einer zusätzlichen bürokratischen Belastungsprobe für Krankenhäuser und Kostenträger werden.

Es wird in der Praxis kaum vermittelbar sein, die Begründung der stationären Aufnahme zur Durchführung einer Leistung des AOP-Katalogs freitextlich im Rahmen der Aufnahmedokumentation bei Sternchenleistungen entsprechend der allgemeinen Tatbestände nach § 115 b SGB V darzulegen und diese bei nicht als Sternchenleistung ausgewiesenen AOP-Prozeduren gemäß den Prüfkriterien nach § 17 c KHG auszuführen. Andererseits wird die Erfüllung der allgemeinen Tatbestände nach § 115 b Absatz 1 Satz 2 SGB V in Ergänzung zu den künftigen Prüfkriterien nach § 17 c KHG und umgekehrt die Erfüllung von Prüfkriterien für primäre Fehlbelegungsanalysen nach § 17 c KHG in Ergänzung zu den allgemeinen Tatbeständen nach § 115 b Absatz 1 Satz 2 SGB V bei der Überprüfung der Notwendigkeit der stationären Behandlung schwer unberücksichtigt bleiben können. Aus diesem Grund sowie zur Vermeidung von Fehlern durch eine unterschiedliche Handhabung der stationären Aufnahmedokumentation entsprechend unterschiedlicher AOP- und sonstiger Leistungen sollte die Notwendigkeit einer jeden stationären Aufnahme mit Hilfe eines Formblatts oder eines EDV-Dokuments, welches sowohl die allgemeinen Tatbestände nach § 115 b SGB V als auch – sobald wirksam vereinbart – die Prüfkriterien nach § 17 c KHG für primäre Fehlbelegungsanalysen ausweist, geprüft und dokumentiert werden. Durch Ankreuzfelder und die automatische Übernahme relevanter Informationen aus der Primärdokumentation in das Formular bei EDV-gestützter Dokumentation sollten redundante Dokumentationsgänge vermieden werden. Daneben muss ausreichend Raum für eine kurze ergänzende klartextliche Begründung der stationären Aufnahme bestehen, die insbesondere dann erforderlich sein wird, wenn weder allgemeine Tatbestände nach § 115 b Absatz 1 Satz 2 SGB V noch Prüfkriterien nach § 17 c KHG erfüllt sind. In Ergänzung der nur beispielhaft vorgegebenen morbiditäts-/diagnosebezogenen allgemeinen Tatbestände sollte jede aufnehmende Fachabteilung krankenhausindividuell ergänzende Tatbestände in den Erfassungsbogen integrieren, die dort ebenfalls besonders häufig eine stationäre Behandlung begründen. Im Interesse aller Anwender sollten die Vertragspartner die Prüfkriterien nach § 17 c KHG und die allgemeinen Tatbestände nach § 115 b Absatz 1 Satz 2 SGB V möglichst bald nicht nur rechtsformal, sondern auch inhaltlich homogenisieren.

## Kommentare des AOP-Katalogs

Neben der Spalte „Kategorie“, in welcher bestimmte AOP-Leistungen mit einem Sternchen als in der Regel ambulant erbringbar gekennzeichnet werden, wurde auch eine weitere Spalte „Kommentare“ neu in den AOP-Katalog aufgenommen (Tabelle 4). Nach Fußnote 2 des AOP-Katalogs sollen die Kommentare zu einzelnen Abrechnungspositionen „Klarheit darüber verschaffen, welche Aspekte aus der EBM-Ziffer möglicherweise gar nicht ambulant oder nicht in der Regel ambulant erbracht werden können“. Der AOP-Katalog weist insgesamt 23 Kommentare aus, die zum Teil auch in Hinsicht auf die Kategorisierung einer sehr heterogen definierten EBM-Leistung als Sternchen-Leistung aufgenommen wurden. In der Regel betrifft die Kommentie-

**Tabelle 7: Systematik der Kommentare des AOP-Katalogs**

Kommentar zu	Kommentartext	Betroffene Abrechnungspositionen (EBM-Ziffer)
Ausnahmen	„stationär erbracht werden“	1129, 1457, 2266, 2320, 2345, 2363, 2405, 2481
	„vorrangig stationär erbracht werden“	2155, 2162, 2164, 2165, 2167
	„nicht in der Regel ambulant erbracht werden“	1302, 1412, 1414, 2151, 2435, 2467
	„in der Regel ambulant erbracht werden“	1784, 1785, 2445
Kombination mit anderen AOP-Leistungen	„Als Zusatzleistung in Verbindung mit weiteren Maßnahmen, nach den Nm: 750, 751 oder 752“	741

Die Tabelle zeigt die Systematik der Kommentare des AOP-Katalogs. Sie ist in vier Hauptzeilen unterteilt. Die erste Zeile, 'Ausnahmen', ist weiter unterteilt in vier Zeilen, die jeweils einen Kommentarartext und die betroffenen EBM-Ziffern auflisten. Die zweite Zeile, 'Kombination mit anderen AOP-Leistungen', enthält einen Kommentarartext und die betroffene EBM-Ziffer 741.

Die Tabelle zeigt die Systematik der Kommentare des AOP-Katalogs. Sie ist in vier Hauptzeilen unterteilt. Die erste Zeile, 'Ausnahmen', ist weiter unterteilt in vier Zeilen, die jeweils einen Kommentarartext und die betroffenen EBM-Ziffern auflisten. Die zweite Zeile, 'Kombination mit anderen AOP-Leistungen', enthält einen Kommentarartext und die betroffene EBM-Ziffer 741.

2481 als „stationär erbracht“ zieht den Schluss nach sich, dass die so kommentierten Leistungen kein eigentlicher Bestandteil des AOP-Katalogs sind. Sollte eine dieser Leistungen dennoch ambulant erbracht werden, setzen sich die verantwortlichen Ärzte und Krankenhäuser weniger einem Vergütungs- als einem infolge der Kommentierung erhöhten Haftungsrisiko aus (siehe unten).

Während die Kommentierung von 13 Leistungen als „vorrangig stationär“ oder „stationär erbracht“ den Rechtfertigungsdruck für die stationäre Durchführung der betroffenen Eingriffe im Vergleich mit den Sternchenleistungen deutlich senkt, wird dieser Rechtfertigungsdruck dadurch für alle weder durch Sternchen noch durch entsprechende Kommentare erläuterten AOP-Leistungen erhöht. Die gesonderte Kommentierung einzelner Leistungen als „vorrangig stationär erbracht“ zieht den Umkehrschluss nach sich, dass alle nicht besonders gekennzeichneten Leistungen des AOP-Katalogs zumindest nicht als „vorrangig stationär erbracht“ gelten. Kostenträger werden diesen Umstand

**WERTVOLLES GUT**

Sicher und zuverlässig aufbewahrt in Blutkonserven-Kühlschränken von **Kirsch**

**AB Rhesus positiv**

Modell BL 100

Fordern Sie unsere Unterlagen an oder rufen Sie uns an – mir beraten Sie gerne!

**Kirsch** 77608 Offenbach • Postfach 18 40  
 Telefon 07 81/92 27 0  
 Fax 07 81/92 27 - 200

**Erfahrung & Technik für eine langjährig zuverlässige Kühlung.**

...denn Sie müssen sich um Wichtigeres kümmern!

bei ihren Frequenzanalysen an bestimmten Krankenhäusern hinsichtlich stationär erbrachter AOP-Leistungen nutzen. Daher müssen auch Krankenhäuser, die eine nicht besonders im AOP-Katalog gekennzeichnete EBM-Leistung im Verlauf eines Budgetzeitraumes ganz überwiegend stationär erbringen, im Falle einer Überprüfung Gründe für ihr Vorgehen vorweisen können. Auch aus diesem Grund sollte die Dokumentation der stationären Aufnahmeindikation einheitlich für alle AOP-Leistungen – ob Sternchenleistung oder nicht – sowohl nach den allgemeinen Tatbeständen als auch entsprechend den Prüfkriterien nach § 115 b Absatz 1 Satz 2 SGB V erfolgen.

Eine Besonderheit bietet schließlich die Kommentierung der Leistung 741 *Gastroskopie u./o. partielle Duodenoskopie, ggf. einschl. Ösophaguskopie, Probeexzision u./o. Urease-Nachweis (einschl. Kosten)*. Hier wird aus der Praxis immer wieder die Frage gestellt, ob die Erbringung einer Gastroskopie infolge der Kommentierung ausschließlich dann als AOP-Leistung von Krankenhäusern angeboten werden kann, wenn diese als Zusatzleistung in Kombination mit der AOP-Leistung 750, 751 oder 752 erfolgt.

Obwohl nach Auskunft von Seiten der Vertragsparteien die Aufnahme der alleinigen diagnostischen Gastroskopie in den AOP-Katalog nicht beabsichtigt war, ergibt sich der Ausschluss einer von den EBM-Leistungen 750, 751 oder 752 unabhängigen Gastroskopie nach der EBM-Nummer 741 aus der Leistungserbringung nach § 115 b SGB V jedoch keineswegs eindeutig.

Entsprechend Fußnote 2 des AOP-Katalogs stellt dessen Kommentar nur besondere Aspekte der jeweils betroffenen EBM-Ziffer in Bezug auf die Möglichkeit der ambulanten oder stationären Erbringung besonderer Leistungen, nicht aber in Bezug auf ihre Abrechenbarkeit dar. Der Kommentar zur allgemein als Sternchenleistung gekennzeichneten EBM-Nummer 741 stellt dementsprechend lediglich klar, dass diese auch als Zusatzleistung zu den nicht mit einem Sternchen gekennzeichneten AOP-Leistungen 750 bis 752 stationär erbracht werden kann, ohne dass die für eine alleinige Gastroskopie geltende Voraussetzung der in der Regel ambulanten Erbringung auf die Durchführung der Leistungskombinationen 750+741, 751+741 oder 752+741 übertragen werden kann. Hätte die isolierte Erbringung der EBM-Leistung 741 aus dem AOP-Katalog und damit als ambulante Maßnahme am Krankenhaus ausgeschlossen werden sollen, wäre deren Kennzeichnung als Sternchenleistung unlogisch und die Fassung des Kommentars als „nur als Zusatzleistung in Verbindung mit weiteren Maßnahmen nach den Nrn. 750, 751 und 752 abrechenbar“ logisch gewesen. Im Übrigen würde es verwundern, wenn Koloskopien als AOP-Leistungen durch Krankenhäuser erbracht werden dürfen, diagnostische Gastroskopien aber nicht.

Zur Ausräumung letzter Zweifel sollten die insbesondere bei einer ansonsten bestehenden regionalen Unterversorgung an der isolierten Erbringung der EBM-Leistung 741 interessierten Krankenhäuser ihr Vorhaben mit den für die Zulassung nach § 1 AOP-Vertrag zuständigen Institutionen abklären. Im Falle einer positiven Übereinkunft können die

se dann im Rahmen ihrer Zulassungsmitteilung ausdrücklich darauf hinweisen, dass sie die Leistung 741 sowohl isoliert als auch in Kombination mit anderen Leistungen entsprechend den Vorgaben nach § 115 b SGB V anbieten wollen. Kann diese Übereinkunft vorab nicht erzielt werden, gehen Krankenhäuser, welche die EBM-Leistung 741 nicht im Zusammenhang mit einer der Leistungen 750, 751 und 752 als AOP-Leistung erbringen, allerdings das Risiko ein, ihren Vergütungsanspruch allenfalls über den gerichtlichen Weg durchsetzen zu können. In so einem Fall erscheint das wirtschaftliche Risiko für Krankenhäuser zu hoch, bei unsicherer Aussicht auf die Vergütung der diagnostischen Gastroskopie nach dem „Alles-oder-Nichts-Prinzip“ gegen den Widerspruch der für die Zulassung zuständigen Stellen in „Vorleistung“ zu gehen.

Ein weiterer Konflikt bahnt sich angesichts der nicht in den AOP-Katalog mit aufgenommenen vertragsärztlichen EBM-Kommentierung zur Leistung 740 und 741 an, welche lautet: „Neben der Leistung nach Nr. 750 sind die Leistungen nach den Nrn. 740, 741 und 6050 nicht berechnungsfähig.“ Während manche Krankenhäuser davon ausgehen, dass die Regelung im vereinbarten Katalog nach § 115 b SGB V Vorrang vor den Ausführungen des EBM hat und damit eine kombinierte Berechnung der Leistungen 741 und 750 möglich sei, werden Kostenträger in dieser Frage unter Hinweis auf die nach § 115 b Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V (siehe oben) sowie insbesondere in § 7 Absatz 1 AOP-Vertrag (siehe unten) geregelte abrechnungstechnische Gleichstellung von Krankenhäusern und Vertragsärzten verweisen.

## Literatur/Anmerkungen

- 1) Vertrag nach § 115 b Absatz 1 SGB V – Ambulantes Operieren und stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus – vom 1. Juli 2003 sowie Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und bei sonstigen stationsersetzenden Leistungen gemäß § 15 des Vertrags nach § 115 b Absatz 1 SGB V vom 1. Juli 2003 (siehe [http://www.dkgev.de/1\\_pub.htm](http://www.dkgev.de/1_pub.htm))
- 2) Vereinbarung zu den regelungsbedürftigen Tatbeständen des Vertrags nach § 115 b Absatz 1 SGB V
- 3) Schwarz, K.; Schreck, J.-U.; Brenske, M.; Schlottmann, N.; Walger, M.: Ambulante Behandlung im Krankenhaus – Abschluss des dreiseitigen Vertrags nach § 115 b SGB V; das Krankenhaus 8/2003, Seite 599 ff.
- 4) DKG-Abrechnungshinweise für ambulante Operationen und stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus nach § 115 b SGB V (2004), [http://www.dkgev.de/pub/newpdf/pdf-2004/RS17-04\\_Anlage-Abrechnungshinweise\\_115b.pdf](http://www.dkgev.de/pub/newpdf/pdf-2004/RS17-04_Anlage-Abrechnungshinweise_115b.pdf)
- 5) Sangha, O. et al.: Fehlbelegung im Krankenhaus, BDC-Chirurg 38 (8/1999), Seite 201 ff.

(wird fortgesetzt)

Anschriften der Verfasser:

Dr. Bernhard Rochell, Bundesärztekammer,  
Herbert-Lewin-Straße 1, 50931 Köln/  
Holger Bunzemeier/PD Dr. Norbert Roeder,  
DRG-Research-Group, Universitätsklinikum Münster,  
Stabsstelle Medizincontrolling des Klinikumsvorstandes,  
Westfälische Wilhelms-Universität,  
Domagkstraße 20,  
48129 Münster ■