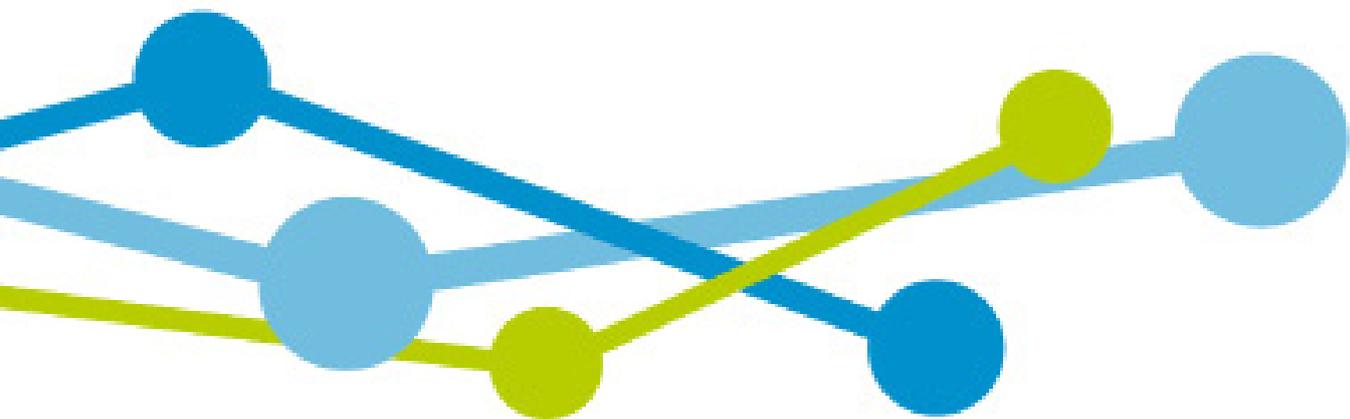


Verlagerungseffekte zwischen stationärem und ambulanten Sektor

Bundesweite Analyse im Zeitverlauf

Joachim Heuer



www.zi.de

**Zentralinstitut für die
kassenärztliche Versorgung
in der Bundesrepublik Deutschland**

Salzufer 8
10587 Berlin

E-Mail: jheuer@zi.de
Tel. +49 30 4005 2412
Fax +49 30 4005 27 2412

ISSN 2199-1480 (online)



Inhaltsverzeichnis

1	Hintergrund	7
2	Zielsetzung	7
3	Material und Methode	7
3.1	Auswertungsinhalte und Untersuchungsvariablen	7
3.2	Datengrundlagen	9
3.3	Statistische Analyse.....	9
3.4	Auswahl stationsersetzender und neuer Leistungen	10
3.5	Fachgruppengliederung	11
3.6	Leistungs- und Diagnosespektrum stationsersetzender Fälle	11
3.7	Leistungsbedarf je Fall	11
3.8	Untersuchungszeitraum	12
3.9	Gruppierung stationsersetzender und neu eingeführter Leistungen.....	14
3.9.1	Auswahl von Gebührenordnungspositionen im ADT-Panel	14
3.9.2	Erweiterung der Auswahl von Gebührenordnungspositionen über alle Kassenärztlichen Vereinigungen	14
3.10	Regionalbezug der Analyse kompletter Daten	15
3.11	Grenzen der Aussagekraft des gewählten Ansatzes	15
4	Ergebnisse für ausgewählte nordrheinische Praxen	15
4.1	Leistungsbedarf stationsersetzender und neu eingeführter vertragsärztlicher Leistungen im Zeitverlauf.....	15
4.1.1	Hausärzte ohne Kinderärzte	15
4.1.2	Anästhesisten	17
4.1.3	Augenärzte	19
4.1.4	Chirurgen	20
4.1.5	Gynäkologen	22
4.1.6	HNO-Ärzte	24
4.1.7	Hautärzte	26
4.1.8	Kardiologen.....	28
4.1.9	Kinderärzte	29
4.1.10	Nervenärzte	31
4.1.11	Orthopäden.....	32
4.1.12	Radiologen	34
4.1.13	Urologen	35

5	Sind neu eingeführte Leistungen stationärsersetzend?	37
6	Bundesweite Ergebnisse	38
6.1	Entwicklung ambulanter vertragsärztlicher Leistungen im Zeitverlauf.....	38
6.2	Entwicklung der Belegungstage ambulant sensitiver Krankenhausfälle im Zeitverlauf .	41
6.3	Vergleich der Trends im ambulanten und stationären Sektor	43
6.3.1	Trends 2011 bis 2013	43
6.3.2	Zusammenhang regionaler Unterschiede mittelbar stationärsersetzender Leistungen und stationärer Belegungstage im Jahr 2013	47
7	Fazit	51
8	Literatur	52
9	Anhang	53

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Systematik neuer Leistungsansprüche für GKV-Versicherte	10
Abb. 2: Identifikation und Merkmale stationsersetzender Fälle.....	12
Abb. 3: Umfang stationsersetzender Fälle.....	13
Abb. 4: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall ausgewählter Fachgruppen (1/2000=100)	13
Abb. 5: Gruppierung stationsersetzender und neu eingeführter Leistungen.....	14
Abb. 6: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall von Hausärzten (ohne Kinderärzte) 4/2005 bis 4/2014	15
Abb. 7: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall hausärztlicher stationsersetzender Leistungen.....	16
Abb. 8: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall neu eingeführter hausärztlicher Leistungen	17
Abb. 9: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall von Anästhesisten 4/2005 bis 4/2014.....	18
Abb. 10: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall anästhesistischer stationsersetzender Leistungen.....	18
Abb. 11: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall von Augenärzten 4/2005 bis 4/2014.....	19
Abb. 12: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall augenärztlicher stationsersetzender Leistungen.....	19
Abb. 13: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall augenärztlicher neu eingeführter Leistungen	20
Abb. 14: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall von Chirurgen 4/2005 bis 4/2014	21
Abb. 15: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall chirurgischer stationsersetzender Leistungen.....	21
Abb. 16: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall chirurgischer neu eingeführter Leistungen	22
Abb. 17: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall von Gynäkologen 4/2005 bis 4/2014	23
Abb. 18: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall gynäkologischer stationsersetzender Leistungen.....	23
Abb. 19: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall gynäkologischer neu eingeführter Leistungen	24
Abb. 20: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall von HNO-Ärzten 4/2005 bis 4/2014.....	24
Abb. 21: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall HNO-ärztlicher stationsersetzender Leistungen.....	25
Abb. 22: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall HNO-ärztlicher neu eingeführter Leistungen	26
Abb. 23: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall von Hautärzten 4/2005 bis 4/2014	26
Abb. 24: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall hautärztlicher stationsersetzender Leistungen	27
Abb. 25: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall hautärztlicher neu eingeführter Leistungen.....	27
Abb. 26: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall von Kardiologen 4/2005 bis 4/2014.....	28
Abb. 27: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall kardiologischer stationsersetzender Leistungen	29
Abb. 28: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall von Kinderärzten 4/2005 bis 4/2014.....	29
Abb. 29: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall kinderärztlicher stationsersetzender Leistungen	30
Abb. 30: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall kinderärztlicher neu eingeführter Leistungen.....	30
Abb. 31: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall von Nervenärzten 4/2005 bis 4/2014	31
Abb. 32: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall nervenärztlicher neu eingeführter Leistungen.....	32
Abb. 33: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall von Orthopäden 4/2005 bis 4/2014.....	32
Abb. 34: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall orthopädischer stationsersetzender Leistungen.....	33
Abb. 35: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall orthopädischer neu eingeführter Leistungen	33
Abb. 36: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall von Radiologen 4/2005 bis 4/2014	34
Abb. 37: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall radiologischer stationsersetzender Leistungen.....	34
Abb. 38: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall radiologischer neu eingeführter Leistungen	35
Abb. 39: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall von Urologen 4/2005 bis 4/2014	35
Abb. 40: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall urologischer stationsersetzender Leistungen.....	36
Abb. 41: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall urologischer neu eingeführter Leistungen	36
Abb. 42: Neue vertragsärztliche Leistungen: stationsersetzend?.....	37

Abb. 43: Anteil stationsersetzender/neuer Leistungen* am Leistungsbedarf** 2009 bis 2014	39
Abb. 44: Stärkste ambulante Leistungsbedarfsanstiege* stationsersetzender/neuer Leistungen 2014 im Vergleich zu 2009.....	39
Abb. 45: Belegungstage ambulant-sensitiver Krankenhausfälle 2011 und 2013.....	43
Abb. 46: Mittlere bundesdurchschnittliche ambulante Leistungsbedarfsänderung* und Änderung von Belegungstagen 2011 zu 2013	44
Abb. 47: Mittlere bundesdurchschnittliche ambulante Leistungsbedarfsänderung stationsersetzender/neuer Leistungen* und Änderung von Belegungstagen ambulant-sensitiver Krankenhausfälle (stationär) 2011 zu 2013.....	45
Abb. 48: Verteilung der Kreise (n=402) nach dem Trend von ambulantem Leistungsbedarf stationsersetzender/neuer Leistungen* und Belegungstagen ambulant-sensitiver Krankenhausfälle	46
Abb. 49:Veränderung von Leistungsbedarf stationsersetzender/neuer Leistungen* (ambulant demografiebereinigt, X-Achse) und Belegungstagen ambulant-sensitiver Krankenhausfälle (stationär demografiebereinigt, Y-Achse) von 2011 bis 2013 in % .	47
Abb. 50: Leistungsbedarf aus Pauschalen fachärztlicher Grundversorgung je Einwohner 4/2013 und Belegungstage ambulant-sensitiver Krankenhausfälle je Einwohner 2013 nach Kreisen	48
Abb. 51: Leistungsbedarf* aus Pauschalen fachärztlicher Grundversorgung je Einwohner (ambulant, X-Achse) und Belegungstage ambulant sensitiver Krankenhausfälle je Einwohner (stationär, Y-Achse) 2013 nach Kreisen	49
Abb. 52: Leistungsbedarf aus Pauschalen fachärztlicher Grundversorgung je Einwohner (ambulant, 4/2013).....	50
Abb. 53: Belegungstage ambulant-sensitiver Krankenhausfälle je Einwohner (stationär) 2013	50

1 Hintergrund

Medizinischer Fortschritt und Veränderungen in den ärztlichen Versorgungsstrukturen ziehen eine veränderte Arbeitsteilung zwischen niedergelassenen Ärzten und akutstationären Krankenhäusern nach sich. Zunehmend erbringen auch ambulant tätige Ärzte medizinische Leistungen, die bisher einen stationären Aufenthalt erforderten – etwa die Dialyse oder Linsenoperationen am Auge. Hieraus resultiert eine Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Versorgungssektor, der „neue“ Leistungen im ambulanten Bereich generiert.

Im Rahmen dieser Arbeit sollen diese Leistungen als „stationsersetzende“ Leistungen bezeichnet und gezielt analysiert werden. Daneben können weitere Leistungen verlagert werden; solche nämlich, die prinzipiell in beiden Sektoren erbracht werden können, aber im Zuge des Abbaus stationärer Versorgungsstrukturen und wegen geringerer Kosten zunehmend ambulant erbracht werden. Diese Art der Leistungsverlagerung wird in dieser Arbeit nicht untersucht.

Anlass vorliegender Darstellung ist die Absicht, Leistungsverlagerungen vom stationären in den ambulanten Sektor des Gesundheitswesens zum Gegenstand der vertragsärztlichen Bedarfsplanung zu machen (von Stillfried/Czihal 2015). Leistungsverlagerungen sind darin zu erkennen, dass insbesondere dort Anstiege vertragsärztlicher Leistungen sichtbar sind, wo ein entsprechender Rückgang der stationären Berechnungs- und Belegungstage berechnet wird, der für bestimmte Diagnosen bei Anstieg ambulanter Leistungen gezeigt wurde (Czihal et al 2013).

Denkbar wäre eine Weiterentwicklung dieses Ansatzes etwa mit einer Darstellung von abgerechneten Leistungen für Fälle mit den betreffenden Diagnosen. So könnte der Umfang verlagerter Leistungen spezifiziert und berechnet werden. Bedingt durch Komorbiditäten ambulanter Fälle und fehlende Unterscheidung von Haupt- und Nebendiagnosen in der vertragsärztlichen Leistungsabrechnung könnte es dabei zu Mehrfachzählungen von Leistungen bei den unterschiedlichen Diagnosen kommen.

Zunehmender ambulanter Leistungsbedarf wird für 17 von 20 ICD-10-Kapiteln berechnet (Czihal et al 2013). Da somit der steigende Trend vertragsärztlicher Leistungen in der überwiegenden Zahl der Diagnosekapitel zu finden ist, wäre es für die Fragestellung hilfreich, diesen auf bestimmte „stationsersetzende“ Leistungen eingrenzen zu können.

2 Zielsetzung

Die vorliegende Arbeit zielt auf die Erfassung, Analyse und Darstellung des Volumens stationsersetzender Leistungen bei niedergelassenen Haus- und Fachärzten. Als stationsersetzende Leistungen sollen dabei Leistungen verstanden werden, die ursprünglich (fast) ausschließlich im stationären Bereich erbracht wurden und die erst in den vergangenen Jahren als „neue“ Leistungen für den ambulanten Bereich zugelassen wurden.

Neben einer Darstellung des Volumens und der Art stationsersetzender Leistungen im Zeitverlauf soll darüber hinaus analysiert werden, ob mit zunehmendem Volumen stationsersetzender Leistungen auch eine Abnahme von stationären Leistungsmengen erkennbar ist (unter Berücksichtigung genereller Trends in der Versorgung).

3 Material und Methode

3.1 Auswertungsinhalte und Untersuchungsvariablen

Im Fokus der Untersuchung stehen drei Komponenten: das Volumen und die Entwicklung stationsersetzender Leistungen, die Entwicklung allgemeiner ambulanter Leistungen und die Inanspruchnahme stationärer Leistungen. Sie werden wie folgt gemessen:

Erfassung stationersetzender Leistungen: Auf Basis einer theoretischen Erörterung wurden unter Diskussion verschiedene Leistungen aus dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab als potentiell stationersetzend deklariert. Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) spezifiziert die Abrechnung und Vergütung von vertragsärztlichen Leistungen und enthält ungefähr 30.000 Codes, die sich auf die unterschiedlichen Leistungen und Prozeduren beziehen, die Voraussetzungen für deren Erbringung und deren Vergütung. Als potenziell stationersetzend gelten a-priori neue Leistungen im EBM, die inhaltlich analysiert und gegebenenfalls als stationersetzend erklärt werden. Weiterhin haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) im dreiseitigen Vertrag zum ambulanten Operieren und sonstigen stationersetzenden Eingriffen (AOP-Vertrag) nach § 115b Abs. 1 SGB V vereinbart. Der Vertrag regelt die in Kliniken erbrachten betreffenden Leistungen und bezieht sich somit auf den dort zu beobachtenden Teilbereich der Leistungsverlagerung von stationär zu ambulant. Das genaue Vorgehen zur Identifikation und Spezifikation stationersetzender Leistungen erfolgt in Kapitel 3.4.

Veränderungen in der Inanspruchnahme des ambulanten Sektors sollen in dieser Arbeit über Veränderungen in der Anzahl ärztlicher Leistungen erfasst werden. Zu Veränderungen in der Anzahl von Verordnungen oder der Anzahl rehabilitativer Leistungen oder der Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln sind keine für die Beantwortung der Fragestellung geeigneten Daten verfügbar. Steigende Inanspruchnahmen ambulanter Leistungen können Hinweise auf eine Leistungsverlagerung sein.

Die Inanspruchnahme des stationären Sektors wird bestimmt durch die Zahl der Krankenhaufälle sowie die Zahl von Berechnungs- und Belegungstagen. Erfasst wird die Veränderung dieser Komponenten über die Zeit. Hinweise auf Leistungsverlagerung bestehen vermutlich dann, wenn eine oder beide dieser Komponenten im Zeitverlauf rückläufig sind.

Weiterhin spielt das Konzept „ambulant-sensitive Krankenhaufälle“ (ASK) eine Rolle. ASK umfassen Diagnosen, bei denen Krankenhausaufenthalte durch eine effektive und rechtzeitige ambulante Versorgung verhindert werden können (Albrecht M et al 2014). Das Konzept zielt darauf ab, das ambulante Potenzial in der stationären Versorgung zu bestimmen und ist daher nicht im engeren Sinn der hier behandelten Fragestellung zuzuordnen, da sich diese nicht auf potenzielle Verlagerung bezieht. Für

Tabelle 1: Indikationen ambulant-sensitiver Krankenhaufälle und Umsetzung in vorliegender Analyse

Erkrankung	ICD10-Kode	daraus ICD10-Kode gebildet für vorliegende Arbeit
Asthma	J45,J46	J45,J46
Hypertonie, Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz	I10, I11.9	I10
Herzinsuffizienz, hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz	I50,I11.0	I50,I11
Diabetes	E10.1-E10.8, E11.0-E11.8, E13.0-E13.8, E14.0-E14.8	E10, E11, E13, E14
chronische Bronchitis, COPD, Bronchiektasen	J41-J44, J47	J41-J44, J47
Angina Pectoris	I20, I24.0, I24.8, I24.9	I20, I24
Dehydration	E86	E86
Hals-, Nasen-, Ohreninfektion	H66, H67, J02, J03, J06, J31.2	H66, H67, J02, J03, J06
Pneumonie (Lungenentzündung)	J12-J18	J12-J18
akute Bronchitis	J20	J20
Depression	F32	F32
Chronische ischämische		
Herzkrankheit	I25	I25
Demenz	FOO, F01, F02, F03	FOO, F01, F02, F03

Quelle: Albrecht M et.al. 2014, eig. Definition

die betreffenden Indikationen könnte jedoch auch der tatsächliche Trend der dafür angefallenen Belegungstage im Untersuchungszeitraum berechnet und korreliert werden mit dem Trend des ambulanten Leistungsvolumens aus stationärsersetzenden/neuen ärztlichen Leistungen, um Hinweise auf stattgefundenen Verlagerungen zu erhalten.

Für die beabsichtigte Korrelation mit ambulanten stationärsersetzenden Leistungen kann dabei nicht nur der Trend aller stationären Belegungstage, sondern auch für die Teilmenge der ambulant-sensitiven Krankenhausfälle mit den dafür definierten 13 Indikationen gebildet werden. Die Vorstellung ist, dass die hier analysierten Verlagerungen insbesondere für diese Indikationen einen rückläufigen Trend der dafür angefallenen Belegungstage auslösen.

Die betreffenden 13 Indikationen sind definiert sowohl durch dreistellige als auch vierstellige ICD-10-Schlüsselnummern (Albrecht M et al 2014). Da die DRG-Statistik für die Jahre 2011 bis 2013 nur mit dreistelligen ICD-10-Schlüsselnummern vorliegt, wird die Definition der Indikationen hier näherungsweise umgesetzt wie in Tabelle 1 dargestellt.

Bei der Auswertung können bestimmte Filter nicht verwendet werden, die nicht in den ausgewerteten Daten enthalten sind, z. B. „Kurzlieger“ oder „Selbsteinweisung“.

3.2 Datengrundlagen

Eine Datenquelle steht für vertragsärztliche Praxen in Form des Arzt-Patienten-Panels zur Morbiditätsanalyse „Zi-ADT-Panel“ zur Verfügung mit seiner Zufallsstichprobe der Patienten von ärztlichen Praxen aus 13 Fachgruppen (2 Teile Brandenburg und Nordrhein, jeweils 450 Praxen und rund 600.000 Behandlungsfälle je Quartal). Basisquartal ist das Quartal 1/2000, ergänzt wird die Zeitreihe durch die folgenden Quartale bis 4/2014. Somit kann hier eine Zeitreihe aus maximal 52 Quartalen gebildet werden.

Für einen Teil des Untersuchungszeitraums (Jahre 2009 bis 2014) stehen außerdem komplette Abrechnungsdaten aller vertragsärztlichen Praxen zur Verfügung („VDX-Daten“). Diese werden ebenfalls für die Fragestellung genutzt, insbesondere zur Darstellung der Trends auf Kreisebene.

Für ambulante Operationen und sonstige stationärsersetzende Eingriffe (AOP-Vertrag) im Krankenhaus ist keine Datenquelle verfügbar, die Angaben zu den einzelnen Leistungen enthält. Die Gesamtzahl ambulanter Operationen nach §115b SGB V beträgt 2013 rund 1,9 Mio. (Grunddaten der Krankenhäuser). Die Zahl der betreffenden Leistungsfälle wird mit 1,7 Mio. angegeben (KG 2-Statistik).

Eine Datenquelle für stationäre Leistungen müsste im Sinne der Fragestellung gegliedert nach Prozeduren verfügbar sein. Es müsste geklärt werden, ob dies im Rahmen von Sonderauswertungen über das Statistische Bundesamt möglich ist. Eine verfügbare Datenquelle erlaubt die Darstellung von Belegungstagen und vollstationären Fallzahlen (DRG-Statistik). Diese liegt für die Jahre 2011 bis 2013 vor, für die die DRG-Statistik mit den VDX-Daten auf Kreisebene zur Darstellung der Trends verlagerungsrelevanter Leistungen zusammengeführt wird.

3.3 Statistische Analyse

Die Analyse besteht aus zwei Teilen:

1. Definition „stationärsersetzender vertragsärztlicher Leistungen“ als Teilmenge aller ambulanten vertragsärztlichen Leistungen.
2. Vergleich der Trends des Leistungsvolumens stationärsersetzender vertragsärztlicher Leistungen im ambulanten Sektor mit denen von Belegungstagen im stationären Sektor.

Ein Hinweis auf eine Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Sektor ist ein steigendes Leistungsvolumen im ambulanten Sektor bei gleichzeitigem Rückgang stationärer Leistungen.

3.4 Auswahl stationersetzender und neuer Leistungen

Als relevant für die Fragestellung werden folgende Gebührenordnungspositionen (GOPs) aufgefasst:

1. Im Laufe des Untersuchungszeitraums neu eingeführte GOPs, deren Inhalt vorher nicht im EBM enthalten waren sowie
2. Als stationersetzend anzusehende GOPs.

Die Einführung neuer Leistungsinhalte wird hier als Stärkung des ambulanten Sektors und somit mittelbar stationersetzend eingeschätzt. Formal neue GOPs werden nur als neue Leistung angesehen, wenn deren Inhalt vorher nicht im EBM zu finden war (Abb. 1).

Insbesondere bei den 4/2013 eingeführten Zuschlägen fachärztlicher Grundversorgung handelt es sich um GOPs, die bereits 2005 bestanden, jedoch mit dem abweichenden Inhalt „Beratung, Erörterung, Aufklärung“, „Konsultationskomplex“ (16215). 2008 wurden diese gestrichen und 4/2013 als Zuschläge fachärztlicher Grundversorgung wieder eingeführt. Mit diesem Leistungsinhalt werden die Zuschläge als Neueinführung vorgeschlagen, da diese als solche 4/2013 deklariert wurden und mit zusätzlichen Finanzmitteln der Krankenkassen finanziert wurden. Die mit den gleichen GOPs im Jahr 2005 abgerechnete „Beratung, Erörterung, Aufklärung“ sowie „Konsultationskomplex“ (16215) werden für den betreffenden Zeitabschnitt nicht in den Leistungsbedarf der ausgewählten stationersetzenden und neuen GOPs eingerechnet.

Folgende Leistungsbereiche werden insbesondere als stationersetzend angesehen:

1. 'Dialyse(Zentrums-/Heimdialyse, EPO-Dialyse)'
2. Besuche, Wegepauschalen
3. Palliativvertrag, Palliativmedizinische Versorgung
4. Makuladegenerationsbehandlung
5. 'Onkologische Behandl.,Nachsorge'
6. Ambulante Operationen, Anästhesien, präoperative, postoperative und orthopädisch-chirurgische konservative Leistungen
7. Stationersetzende Gastroenterologie
8. Radiologie Gefäße, interventionelle Radiologie
9. Kleinchirurgie
10. Sonstige

Abb. 1: Systematik neuer Leistungsansprüche für GKV-Versicherte

Systematik neuer Leistungsansprüche für GKV-Versicherte

1. nicht bekanntes Verfahren/Gerät
2. bekanntes Verfahren/Gerät erstmalig in GKV
3. Weiterentwicklung von bekanntem Verfahren/Gerät
4. Erweiterter Leistungsinhalt bestehender Gebührenordnungsposition
5. neue präventive Leistung
6. Erweiterung des behandelten Personenkreises

Darin gehen unter anderem GOPs ein gemäß Vertrag zum ambulanten Operieren und sonstigen stationsersetzenden Eingriffen (AOP-Vertrag). Ergänzt wird dies durch die hier getroffene weitere Auswahl von GOPs des EBM.

Humangenetische Leistungen (Kap. 11 EBM) werden als stationsersetzend aufgefasst. Die Fachgruppengliederung der verwendeten Stichprobe enthält jedoch nicht diejenigen, die derartige Leistungen erbringen. Die GOP-Auswahl des entsprechenden Analyseteils enthält demnach diese Leistungen nicht.

Dabei wird die Leistungsdefinition laut AOP-Vertrag verwendet in folgender Aufteilung:

1. Ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationsersetzende Eingriffe gemäß §115b SGB V aus Anhang 2 zu Kapitel 31 EBM
2. Ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationsersetzende Eingriffe gemäß §115b SGB V außerhalb Anhang 2 zu Kapitel 31 EBM
3. Ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationsersetzende Eingriffe gemäß §115b SGB V des EBM ohne OPS-Zuordnung

Die getroffene Auswahl wird erweitert um stationsersetzende neu eingeführte oder neu interpretierte GOPs, sobald diese als solche klassifiziert sind.

Ein weiterer Ansatz besteht darin, den darzustellenden Leistungsumfang zu bilden für die Fälle, die Diagnosen nach dem Konzept ambulant-sensitive Krankenhausfälle aufweisen (Albrecht M, Schliwen A, Loos S 2014). Wie bereits ausgeführt, soll mit diesem Ansatz hier nicht der Umfang ambulanter stationsersetzender Leistungen sondern der Trend der für ambulant-sensitive Krankenhausfälle angefallenen Belegungstage im Untersuchungszeitraum berechnet werden.

3.5 Fachgruppengliederung

Die Definition „stationsersetzende vertragsärztliche Leistungen“ wird mit dem Zi-ADT-Panel bearbeitet, weil daraus die längste und aktuellste verfügbare Zeitreihe dafür gebildet werden kann. Der Fachgruppengliederung des ADT-Panels folgend werden Ergebnisse für die Fachgruppen berichtet, in denen die ausgewählten GOPs in relevantem Umfang abgerechnet werden.

3.6 Leistungs- und Diagnosenspektrum stationsersetzender Fälle

Je Fachgruppe lässt sich somit der mittlere Leistungsbedarf je Fall berechnen, der auf die ausgewählten GOPs entfällt. Darüber hinaus lassen sich damit die Fälle identifizieren, bei denen diese GOPs erbracht werden (hier als stationsersetzender Fall bezeichnet) (Abb. 2).

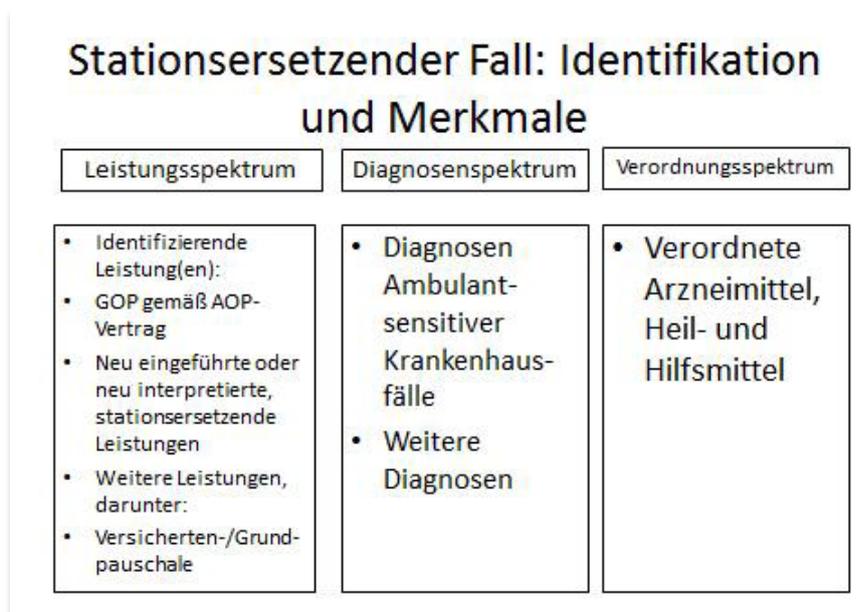
Überwiegend werden für diese Fälle außer den ausgewählten noch weitere GOPs des EBM gefunden, in der überwiegenden Zahl zumindest die Versicherten- bzw. Grundpauschale.

Für die so identifizierten Fälle lässt sich deren Diagnosenspektrum darstellen. Welche Diagnose als abrechnungsbegründende Diagnose der stationsersetzenden Leistung anzusehen ist, ist nicht klar erkennbar, da typischerweise mehrere GOPs sowie Diagnosen je Fall gefunden werden und keine Diagnose als hauptsächlich markiert ist.

3.7 Leistungsbedarf je Fall

Der Umfang stationsersetzender vertragsärztlicher Leistungen wird berechnet aus dem Leistungsbedarf je Behandlungsfall, also der Honoraranforderung der Praxen an die Kassenärztliche Vereinigung nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung, jedoch vor Anwendung von Regelleistungsvolumen. Um den Effekt unterschiedlicher Inanspruchnahme der Praxen im Zeitverlauf zu berücksichtigen, wird zusätzlich der Leistungsbedarf je Behandlungsfall berechnet, dieser ist entweder bezogen auf die gesamte Fachgruppe oder fachgruppenübergreifend auf alle Praxen einer Region.

Abb. 2: Identifikation und Merkmale stationsersetzender Fälle



3.8 Untersuchungszeitraum

Mit dem Zi-ADT-Panel kann die längste und aktuellste verfügbare Zeitreihe für diese Arbeit gebildet werden, um Hinweise auf Trends bezüglich der Fragestellung zu erhalten. Dabei ist ein Bruch in dieser Zeitreihe zu beachten, da im Jahr 2008 im Rahmen der seinerzeitigen EBM-Reform eine Erhöhung des kalkulatorischen Arztlohnes und damit eine Erhöhung der Punktmenge beschlossen wurde. Beispielfhaft ist zur Veranschaulichung des Niveaueffekts in der Zeitreihe hier der mittlere Leistungsbedarf von hausärztlichen, gynäkologischen und orthopädischen Praxen im ADT-Panel Nordrhein dargestellt (Abb. 4).

Aus dieser Darstellung geht darüber hinaus der bereits 2005 bei Einführung des EBM2000plus beobachtete EBM-Effekt bei Hausärzten und Gynäkologen als Niveausprung in der Zeitreihe hervor.

Vor diesem Hintergrund ist die Zunahme der Leistungsmenge seit der Jahrtausendwende (in Punkten oder als kalkulatorischer Leistungsbedarf umgerechnet in Euro) teilweise Ausdruck der EBM-Reform und entsprechend zu interpretieren.

Zum Vergleich der Trends im ambulanten und stationären Sektor werden Angaben der Jahre 2011 und 2013 verwendet, weil dafür die Vergleichsgrößen Leistungsbedarf (je ambulantem Behandlungsfall) und Belegungstage (je vollstationärem Fall) vorliegen.

Abb. 3: Umfang stationsersetzender Fälle

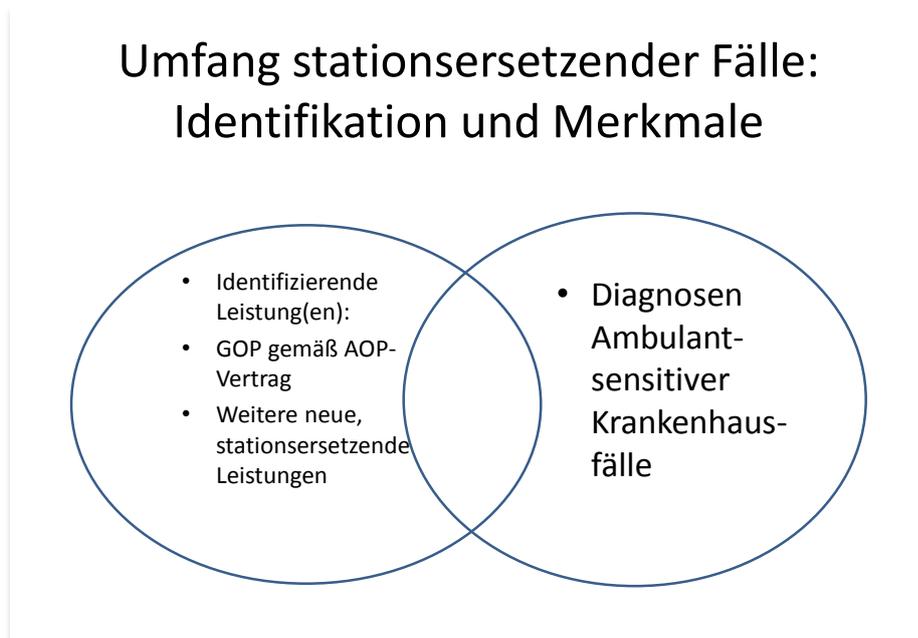
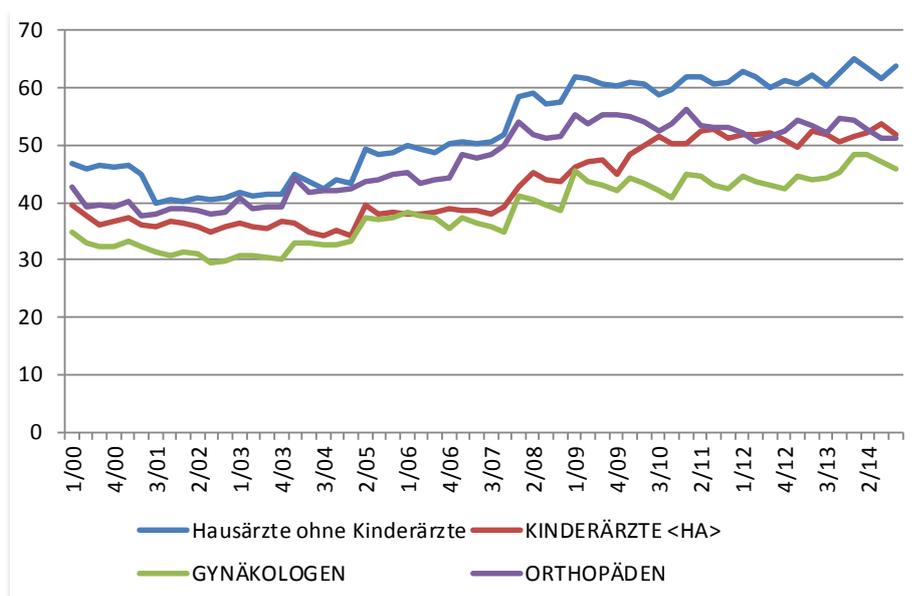


Abb. 4: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall ausgewählter Fachgruppen (1/2000=100)



Leistungsbedarf in Euro, vor 1/2002 DM-Beträge in Euro umgerechnet, bis 3/2013 Punktwert 3,5363 ct, ab 4/2013 10 ct gemäß EBM
 Quelle: KV Nordrhein, Zi-ADT-Panel

3.9 Gruppierung stationersetzender und neu eingeführter Leistungen

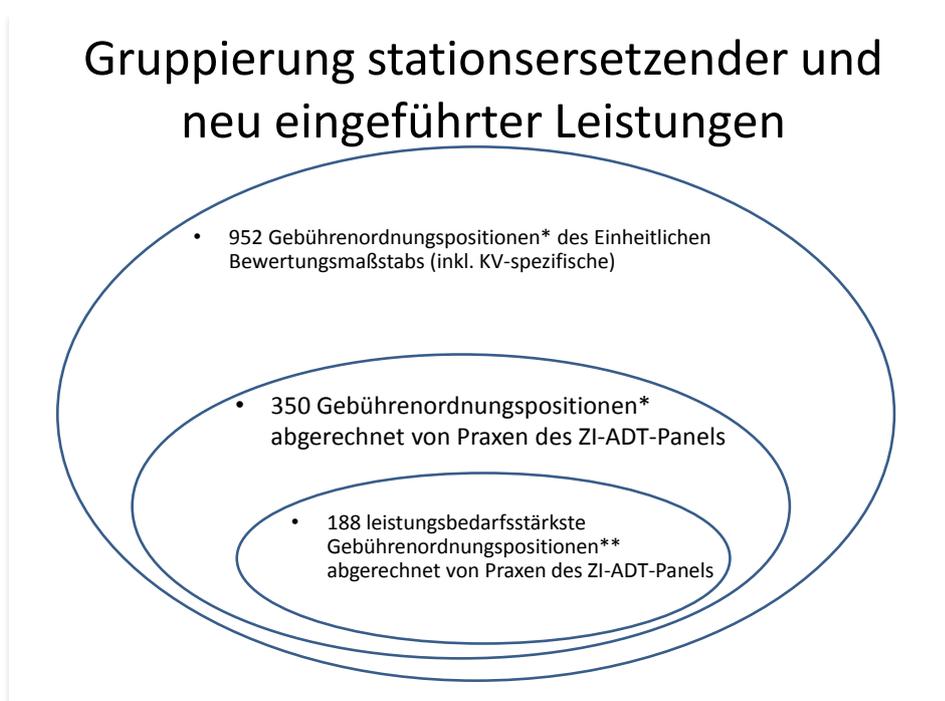
3.9.1 Auswahl von Gebührenordnungspositionen im ADT-Panel

Als stationersetzend oder neu eingeführt sind 952 GOPs des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs sowie der KV-spezifischen Gebührenordnungspositionen aller Kassenärztlichen Vereinigungen identifiziert worden (Abb. 5). Dabei sind humangenetische Leistungen nicht eingerechnet, die im Analyseteil kompletter bundesweiter Daten die GOP-Auswahl vervollständigen.

Etwas mehr als ein Drittel (350) dieser ausgewählten GOPs sind von Praxen des Zi-ADT-Panels abgerechnet worden. Dies resultiert daraus, dass die GOP-Auswahl zahlreiche KV-spezifische Leistungen als stationersetzend zuordnet, die nicht in Nordrhein sondern anderen KVen gelten und sich somit nicht im Material des Zi-ADT-Panels finden.

Da sich der Leistungsbedarf nicht gleichmäßig auf die GOPs verteilt, lassen sich 194 der 350 GOPs als leistungsbedarfsstärkste ausmachen (Anhang Tab. 4, Tab. 5).

Abb. 5: Gruppierung stationersetzender und neu eingeführter Leistungen



* fünfstellig ohne Buchstabe

** umfassen 95 % des Leistungsbedarfs der ausgewählten Gebührenordnungspositionen der betreffenden Fachgruppe, ohne humangenetische Leistungen

Quelle: Einheitlicher Bewertungsmaßstab, KV Nordrhein, Zi-ADT-Panel

3.9.2 Erweiterung der Auswahl von Gebührenordnungspositionen über alle Kassenärztlichen Vereinigungen

Die getroffene Auswahl wird vor der Analyse bundesweiter Abrechnungsdaten erweitert um KV-spezifische Leistungen der weiteren 16 Kassenärztlichen Vereinigungen. Die GOP-Auswahl stationersetzender/neuer Leistungen umfasst danach 4.234 GOPs, darunter 2.583 GOPs der Nummern 40000ff, also Kostenpauschalen und KV-spezifische Leistungen. Zu den bundeseinheitlichen GOPs kommen Modifikationen davon für KV-spezifische Zwecke hinzu, erkennbar an angehängten Buchstaben.

3.10 Regionalbezug der Analyse kompletter Daten

Die Trends im ambulanten und stationären Sektor lassen sich mit den verwendeten Datenbasen auf Kreisebene darstellen. Sie erlauben es jedoch nicht, für den einzelnen Versicherten dessen Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Leistungen zu berechnen. Der Auswertungsansatz wird für alle 402 deutschen Kreise (Gebietsstand 2011) berechnet.

3.11 Grenzen der Aussagekraft des gewählten Ansatzes

Eine alternative Bezugsgröße für den mittleren Leistungsbedarf stationärsersetzender Leistungen könnte dessen Verhältnis zur Zahl der Behandlungsfälle je Fachgruppe darstellen, für die mindestens eine der ausgewählten Leistungen abgerechnet wurde, die demnach eine Teilmenge aller Fälle der Fachgruppe bilden. Dies ist hier nicht Gegenstand und wäre an anderer Stelle zu leisten.

Die Zusammenführung von Behandlungs- und Arzneiverordnungsdaten ist mit dem vorliegenden Material auf Praxisebene möglich, bedingt durch die abweichende Pseudonymisierung jedoch nicht auf Patientenebene. Die für die hier identifizierten stationärsersetzenden Fälle verordneten Arzneimittel lassen sich also nicht exakt quantifizieren.

Der Rückgang von stationären Berechnungs- und Belegungstagen kann verschiedene Ursachen haben. Beispielsweise könnten behandelnde Ärzte auf eine Einweisung verzichten, weil sie mit einer Arzneiverordnungs-Behandlung eine Therapie im Krankenhaus ersetzen. Dies ist vorstellbar, ohne dass die hier ausgewählten stationärsersetzenden vertragsärztlichen Leistungen erbracht werden. Entsprechende Indikationen sind mit dem hier gewählten Ansatz nicht berücksichtigt und wären mit ärztlicher und pharmakologischer Expertise zu definieren.

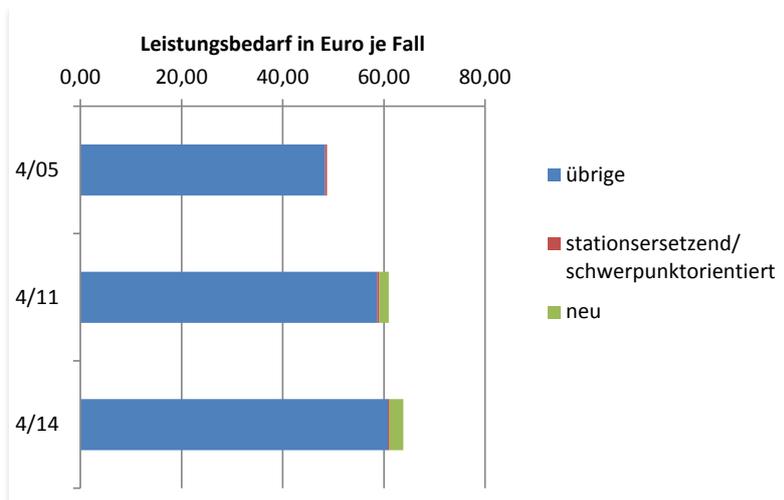
4 Ergebnisse für ausgewählte nordrheinische Praxen

4.1 Leistungsbedarf stationärsersetzender und neu eingeführter vertragsärztlicher Leistungen im Zeitverlauf

4.1.1 Hausärzte ohne Kinderärzte

Hausärzte ohne Kinderärzte rechnen im Untersuchungszeitraum einen steigenden mittleren Leistungsbedarf je Fall ab (Abb. 6). Dieser Anstieg ist zum überwiegenden Teil nicht auf stationärsersetzende oder neue Leistungen zurückzuführen.

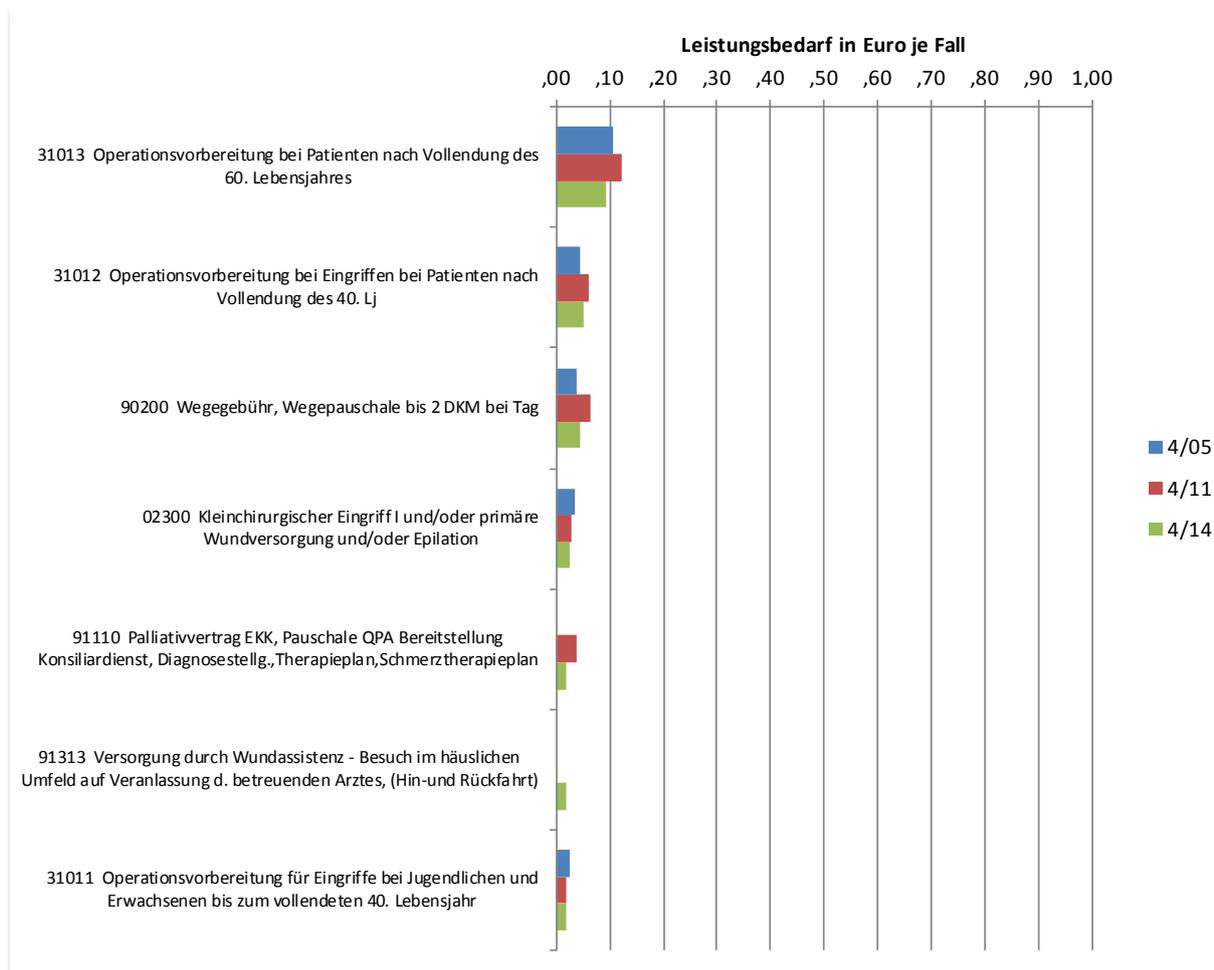
Abb. 6: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall von Hausärzten (ohne Kinderärzte) 4/2005 bis 4/2014



Leistungsbedarf in Euro, bis 3/2013 Punktwert 3,5363 ct, ab 4/2013 10 ct gemäß EBM
Quelle: KV Nordrhein, Zi-ADT-Panel

Stationersetzende Leistungen von Hausärzten sind u. a. Operationsvorbereitung und Kleinchirurgie, deren mittlerer Leistungsbedarf relativ gering und im Untersuchungszeitraum teilweise rückläufig ist (Abb. 7).

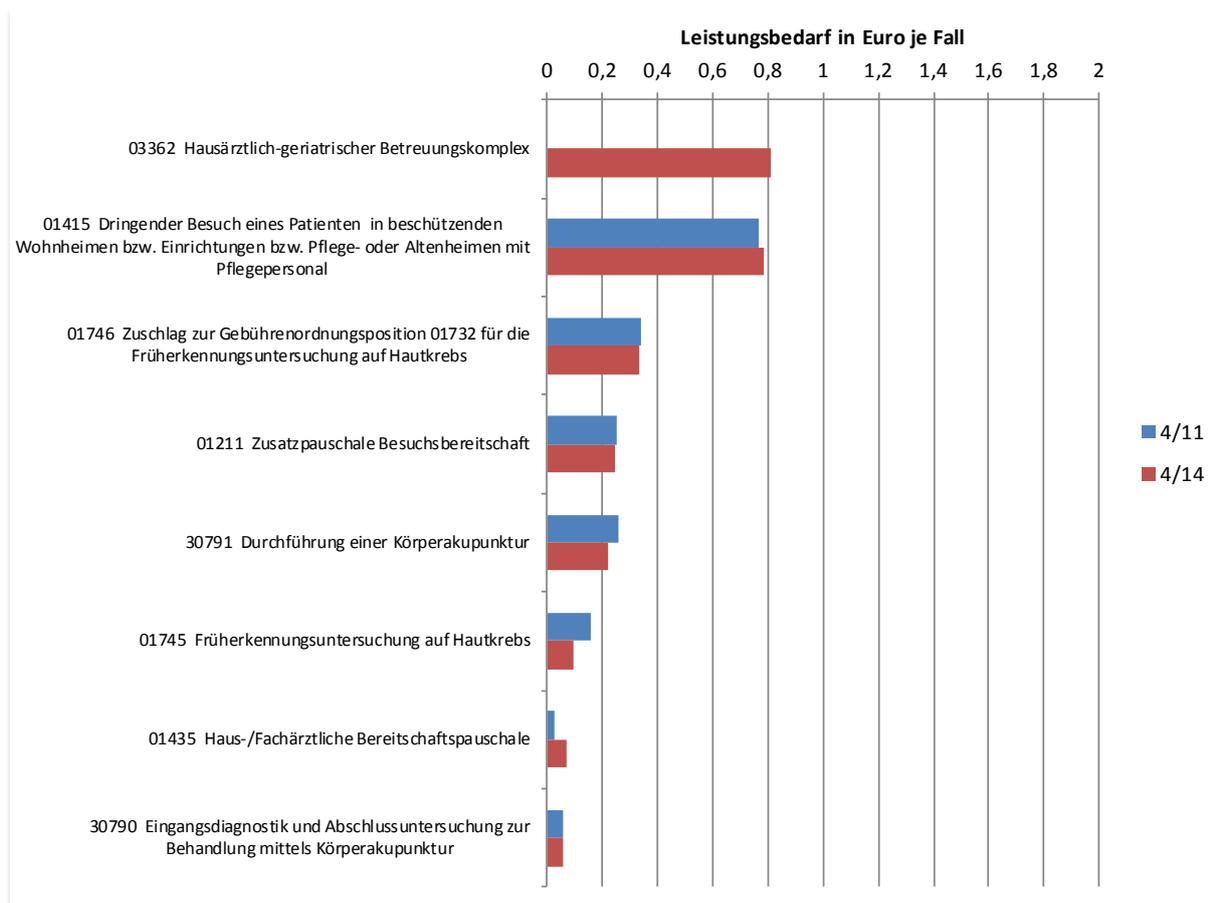
Abb. 7: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall hausärztlicher stationersetzender Leistungen



Leistungsbedarf in Euro, bis 3/2013 Punktwert 3,5363 ct, ab 4/2013 10 ct gemäß EBM, ohne belegärztl. Leist.
 Quelle: KV Nordrhein, Zi-ADT-Panel

Zu den neu eingeführten Leistungen mit dem stärksten mittleren Leistungsbedarf zählen der geriatrische Betreuungskomplex, dringender Besuch sowie der Zuschlag zur Früherkennung auf Hautkrebs (Abb. 8).

Abb. 8: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall neu eingeführter hausärztlicher Leistungen

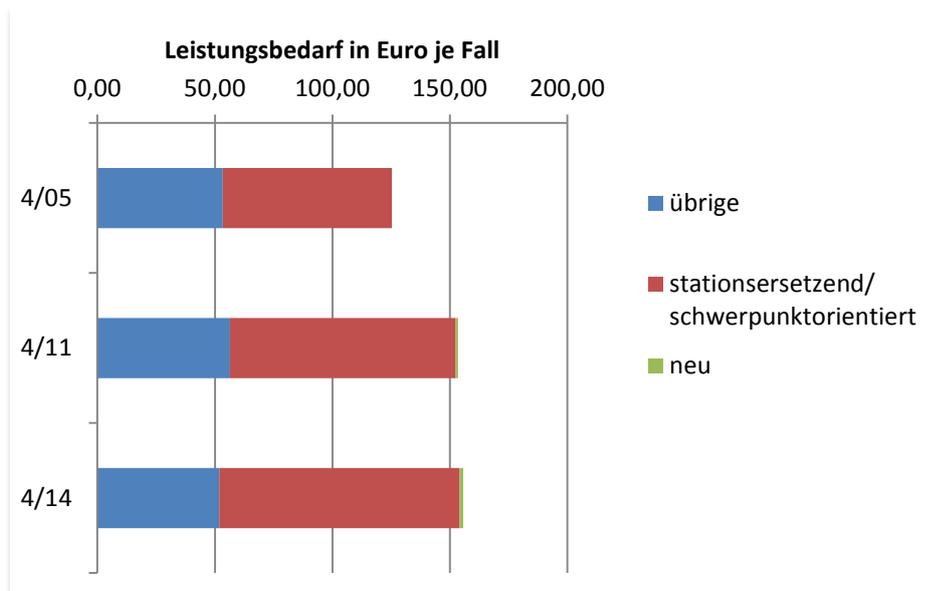


Leistungsbedarf in Euro, bis 3/2013 Punktwert 3,5363 ct, ab 4/2013 10 ct gemäß EBM, ohne belegärztl. Leist.
 Quelle: KV Nordrhein, Zi-ADT-Panel

4.1.2 Anästhesisten

Der deutliche Anstieg des mittleren Leistungsbedarfs je Fall von Anästhesisten im Vergleich der Quartale 4/2005 und 4/2011 wird ausgelöst durch einen erhöhten Leistungsbedarf stationsersetzender Leistungen in dieser Fachgruppe (Abb. 9). Danach steigt bis zum Quartal 4/2014 der mittlere Leistungsbedarf von Anästhesisten kaum, der mittlere Leistungsbedarf stationsersetzender Leistungen steigt noch leicht.

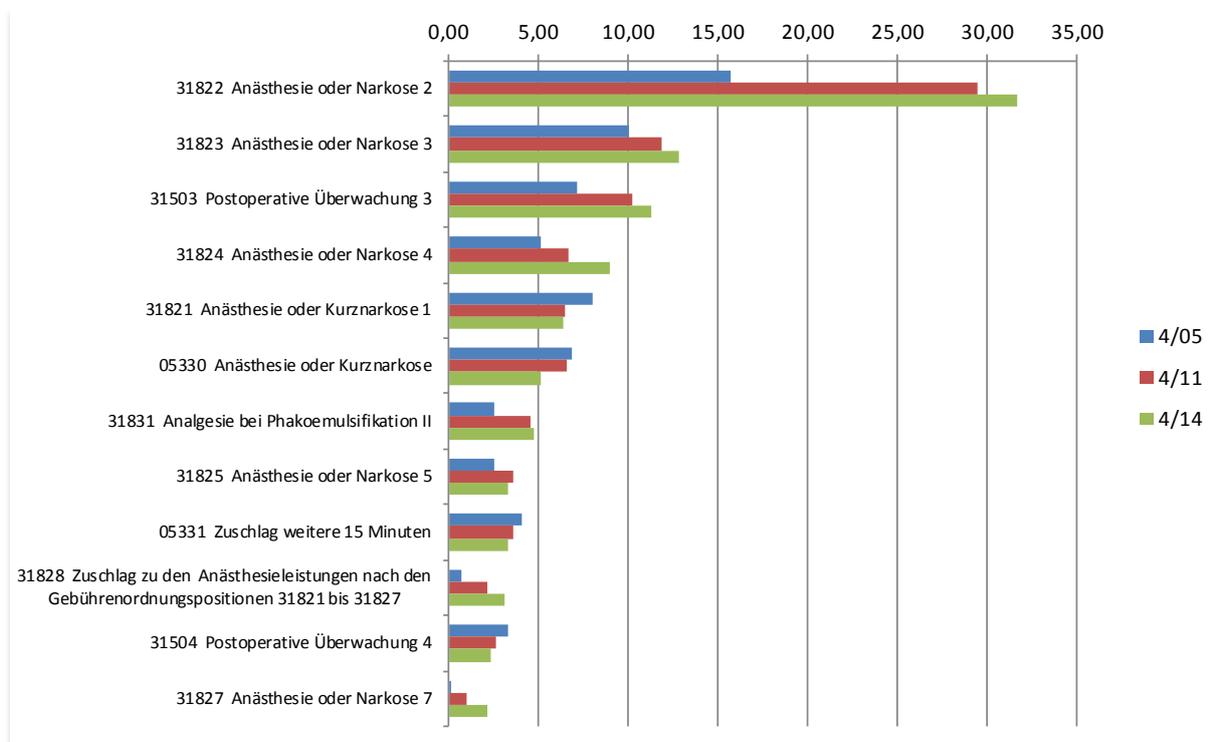
Abb. 9: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall von Anästhesisten 4/2005 bis 4/2014



Leistungsbedarf in Euro, bis 3/2013 Punktwert 3,5363 ct, ab 4/2013 10 ct gemäß EBM
 Quelle: KV Nordrhein, Zi-ADT-Panel

Davon sind zwölf leistungsbedarfstärkste GOPs zu erkennen, deren mittlerer Leistungsbedarf im Untersuchungszeitraum überwiegend ansteigt, am stärksten bis 4/2011 (Abb. 10).

Abb. 10: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall anästhesistischer stationsersetzender Leistungen

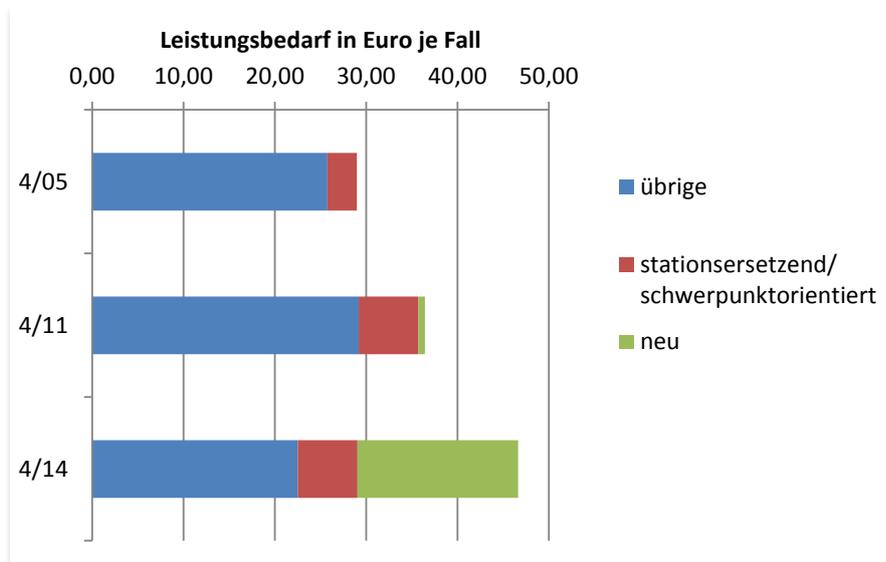


Leistungsbedarf in Euro, bis 3/2013 Punktwert 3,5363 ct, ab 4/2013 10 ct gemäß EBM, ohne belegärztl. Leist.
 Quelle: KV Nordrhein, Zi-ADT-Panel

4.1.3 Augenärzte

Für Augenärzte wird ein deutlich steigender mittlerer Leistungsbedarf im Untersuchungszeitraum berechnet (Abb. 11). Bis 4/2011 stammt der Zuwachs überwiegend aus stationersetzenden Leistungen, der Zuwachs bis 4/2014 aus neu eingeführten Leistungen.

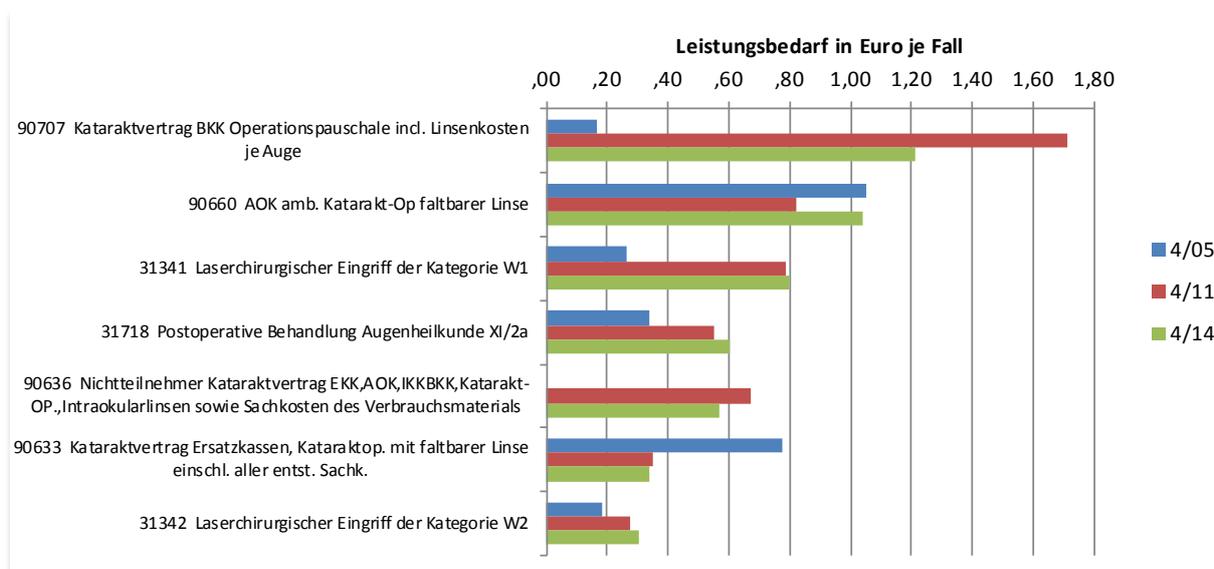
Abb. 11: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall von Augenärzten 4/2005 bis 4/2014



Leistungsbedarf in Euro, bis 3/2013 Punktwert 3,5363 ct, ab 4/2013 10 ct gemäß EBM
Quelle: KV Nordrhein, Zi-ADT-Panel

Die leistungsbedarfstärksten stationersetzenden Leistungen betreffen u. a. Katarakt-Operationen, deren mittlerer Leistungsbedarf teilweise nach Anstieg rückläufig, teilweise durchgängig rückläufig ist (Abb. 12). Für laserchirurgische Eingriffe wird ein steigender mittlerer Leistungsbedarf berechnet.

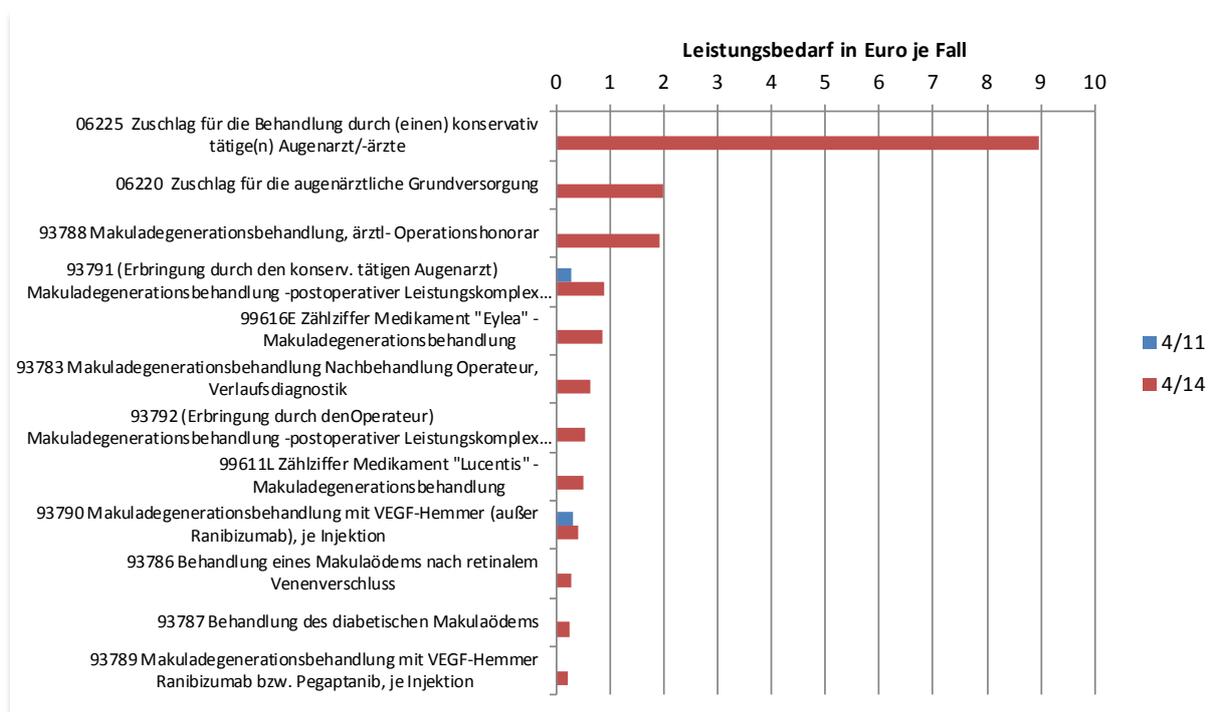
Abb. 12: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall augenärztlicher stationersetzender Leistungen



Leistungsbedarf in Euro, bis 3/2013 Punktwert 3,5363 ct, ab 4/2013 10 ct gemäß EBM, ohne belegärztl. Leist.
Quelle: KV Nordrhein, Zi-ADT-Panel

Der mittlere Leistungsbedarf neu eingeführter Leistungen besteht etwa zur Hälfte aus dem Zuschlag bei Behandlung durch den konservativ tätigen Augenarzt (Abb. 13). Ein weiterer Teil stammt aus der Makuladegenerationsbehandlung.

Abb. 13: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall augenärztlicher neu eingeführter Leistungen

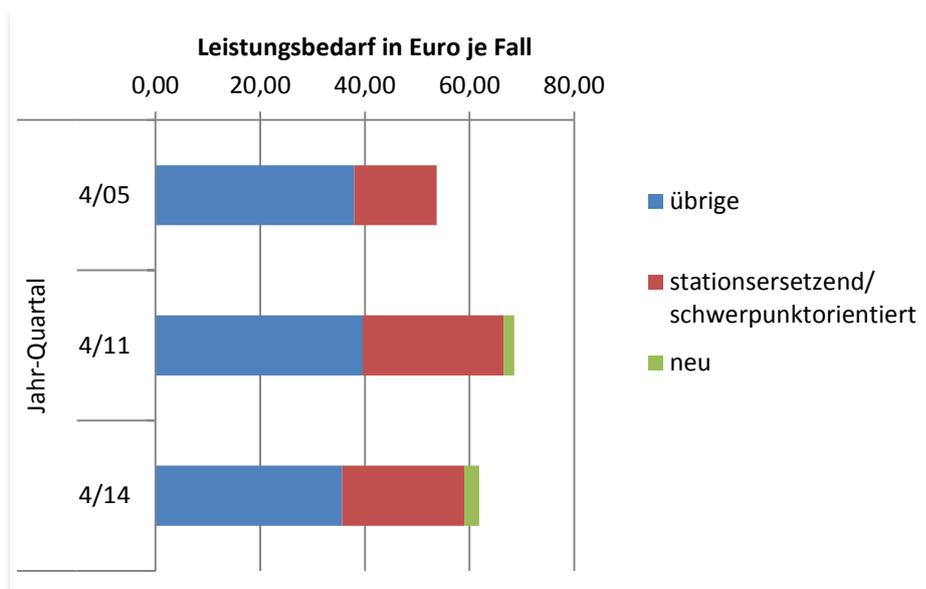


Operationshonorar: offenbar bezogen auf Medikamenteninjektion, nicht Makulachirurgie
 Leistungsbedarf in Euro, bis 3/2013 Punktwert 3,5363 ct, ab 4/2013 10 ct gemäß EBM, ohne belegärztl. Leist.
 Quelle: KV Nordrhein, Zi-ADT-Panel

4.1.4 Chirurgen

Der mittlere Leistungsbedarf von Chirurgen steigt im Untersuchungszeitraum zunächst an, um dann wieder etwas zurückzufallen (Abb. 14). Der Anstieg ist wesentlich durch stationsersetzende Leistungen begründet.

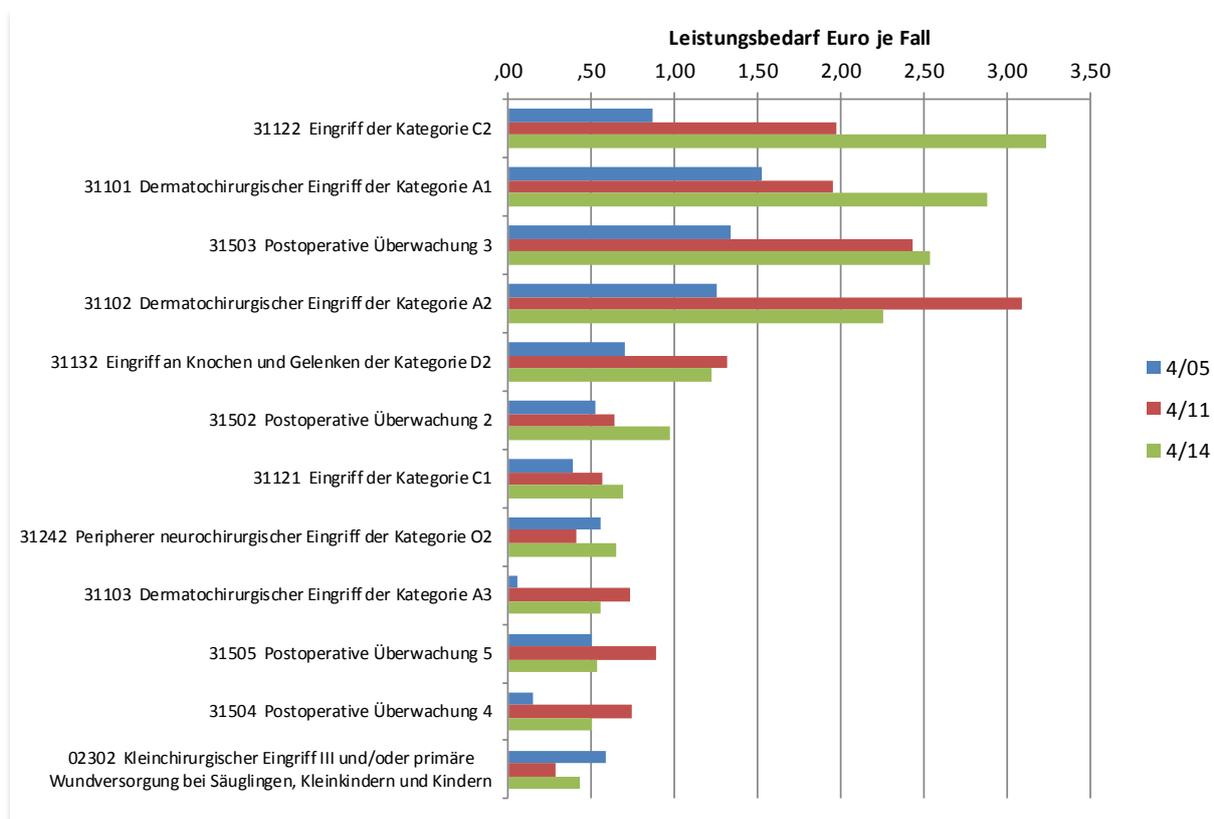
Abb. 14: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall von Chirurgen 4/2005 bis 4/2014



Leistungsbedarf in Euro, bis 3/2013 Punktwert 3,5363 ct, ab 4/2013 10 ct gemäß EBM
Quelle: KV Nordrhein, Zi-ADT-Panel

Die leistungsbedarfsstärksten dieser Leistungen sind Eingriffe verschiedener Kategorien sowie der Posten „postoperative Überwachung“ (Abb. 15).

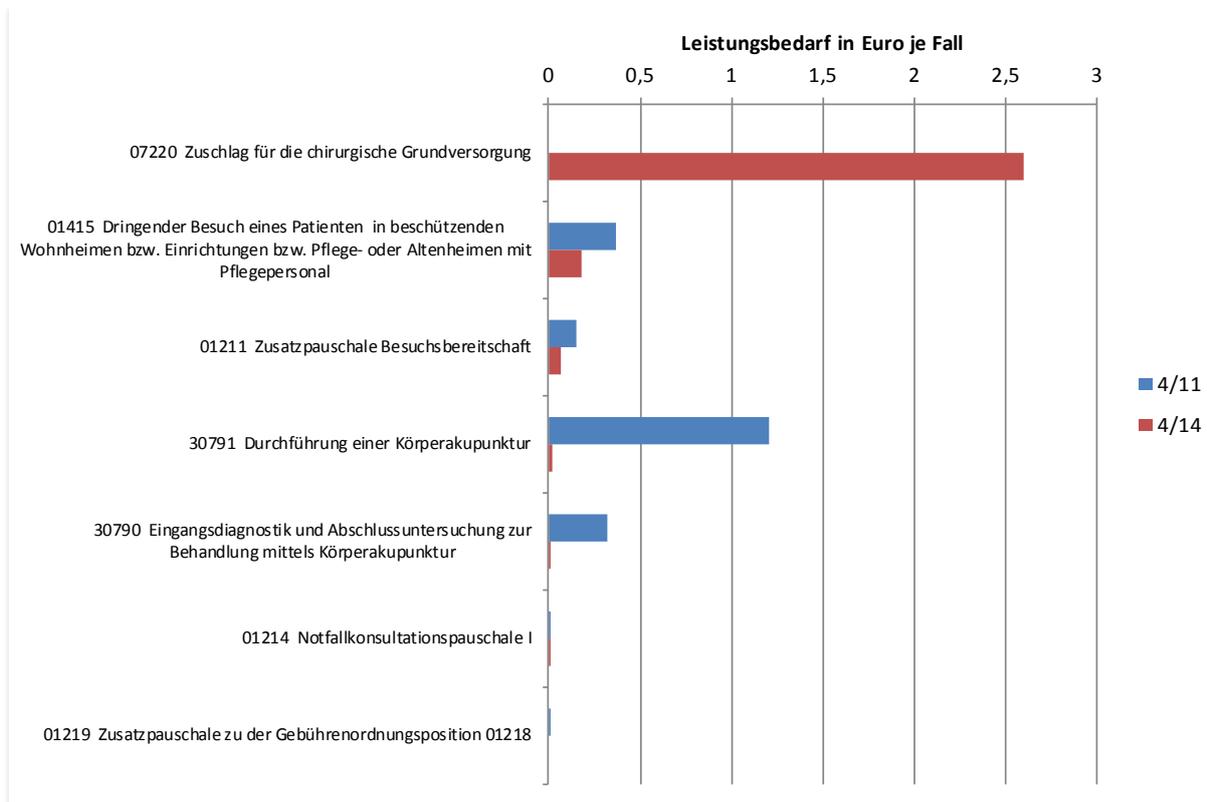
Abb. 15: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall chirurgischer stationersetzender Leistungen



Leistungsbedarf in Euro, bis 3/2013 Punktwert 3,5363 ct, ab 4/2013 10 ct gemäß EBM, ohne belegärztl. Leist.
Quelle: KV Nordrhein, Zi-ADT-Panel

Der Anstieg des mittleren Leistungsbedarfs ist weiterhin auf neu eingeführte Leistungen zurückzuführen, im Wesentlichen auf den Zuschlag für die chirurgische Grundversorgung (Abb. 16).

Abb. 16: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall chirurgischer neu eingeführter Leistungen

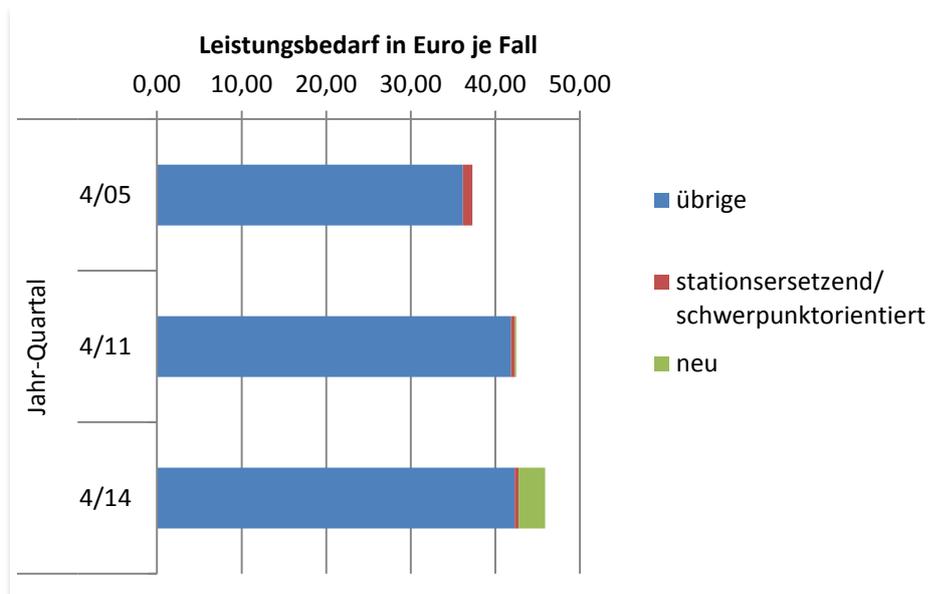


Leistungsbedarf in Euro, bis 3/2013 Punktwert 3,5363 ct, ab 4/2013 10 ct gemäß EBM, ohne belegärztl. Leist.
 Quelle: KV Nordrhein, Zi-ADT-Panel

4.1.5 Gynäkologen

Der mittlere Leistungsbedarf je Fall von Gynäkologen steigt im Untersuchungszeitraum stetig an (Abb. 17). Bis 4/2011 ist der Anstieg nicht auf stationsersetzende Leistungen zurückzuführen, die rückläufig sind. Bis 4/2014 tragen im Wesentlichen neu eingeführte Leistungen zum Anstieg bei.

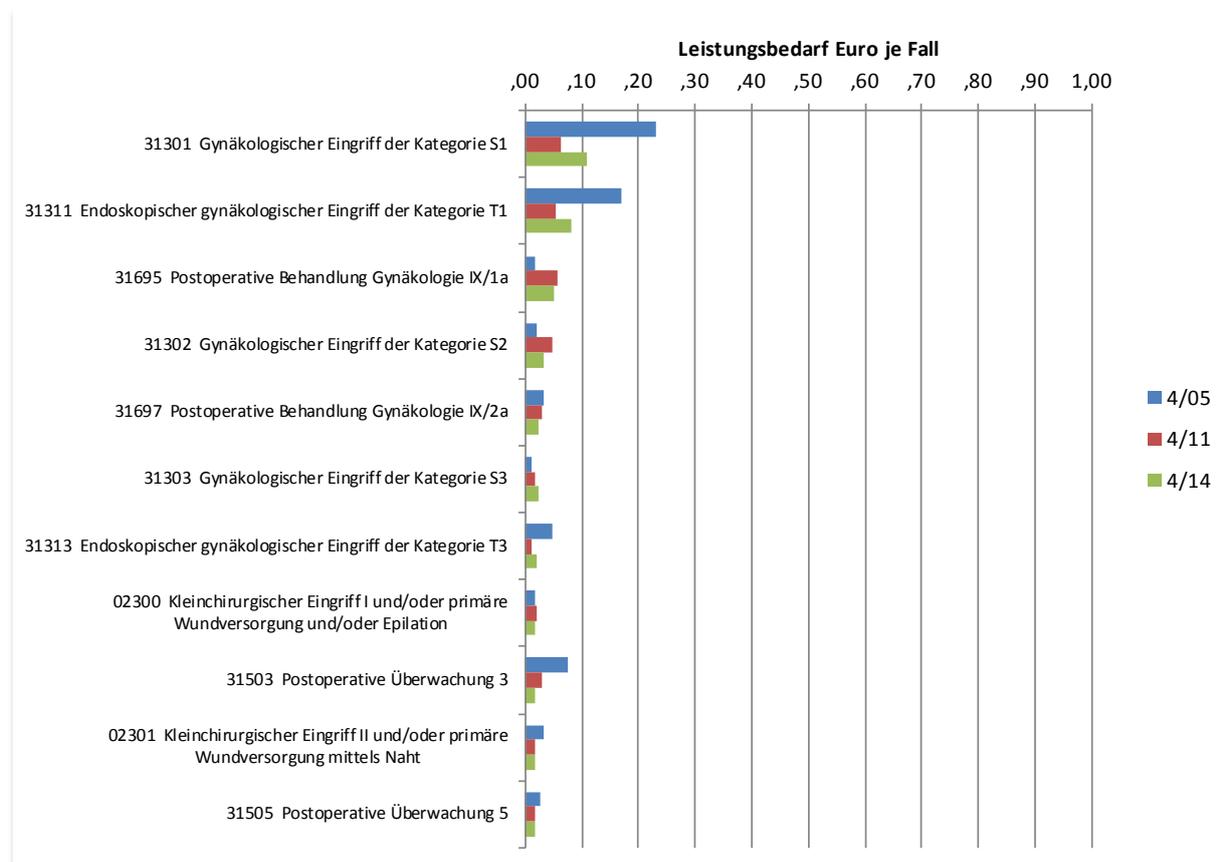
Abb. 17: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall von Gynäkologen 4/2005 bis 4/2014



Leistungsbedarf in Euro, bis 3/2013 Punktwert 3,5363 ct, ab 4/2013 10 ct gemäß EBM
 Quelle: KV Nordrhein, Zi-ADT-Panel

Bei stationersetzenden gynäkologischen Leistungen ist der mittlere Leistungsbedarf je Fall überwiegend rückläufig (Abb. 18).

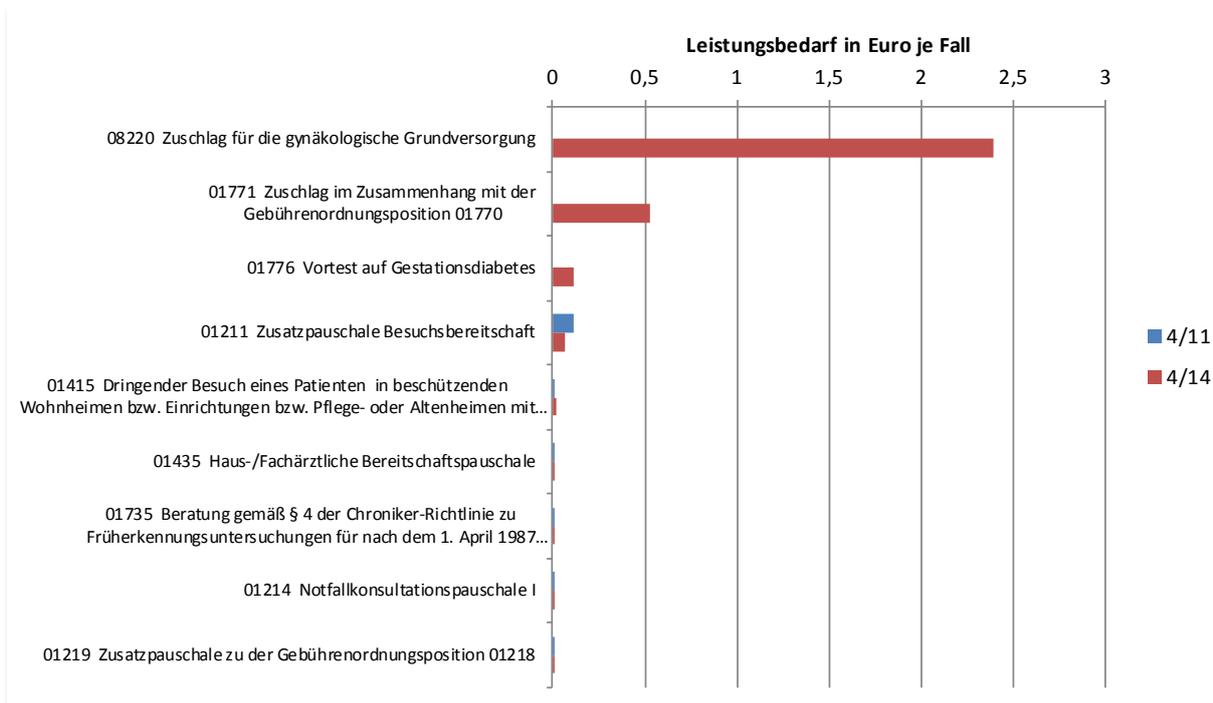
Abb. 18: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall gynäkologischer stationersetzender Leistungen



Leistungsbedarf in Euro, bis 3/2013 Punktwert 3,5363 ct, ab 4/2013 10 ct gemäß EBM, ohne belegärztl. Leist.
 Quelle: KV Nordrhein, Zi-ADT-Panel

Unter neu eingeführten gynäkologischen Leistungen hat der mittlere Leistungsbedarf des Zuschlags für die gynäkologische Grundversorgung einen wesentlichen Anteil (Abb. 19).

Abb. 19: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall gynäkologischer neu eingeführter Leistungen

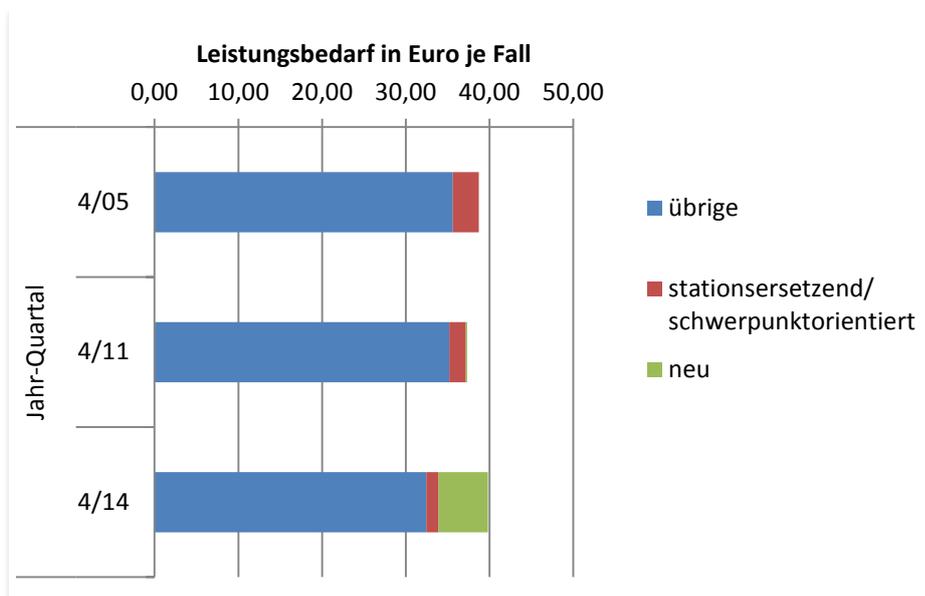


Leistungsbedarf in Euro, bis 3/2013 Punktwert 3,5363 ct, ab 4/2013 10 ct gemäß EBM, ohne belegärztl. Leist.
Quelle: KV Nordrhein, Zi-ADT-Panel

4.1.6 HNO-Ärzte

Nach zwischenzeitlichem Rückgang steigt der mittlere HNO-ärztliche Leistungsbedarf je Fall an (Abb. 20). Bei stationersetzenden Leistungen ist der mittlere Leistungsbedarf rückläufig, neu eingeführte Leistungen sorgen gegen Ende des Untersuchungszeitraums für einen steigenden mittleren Leistungsbedarf je Fall.

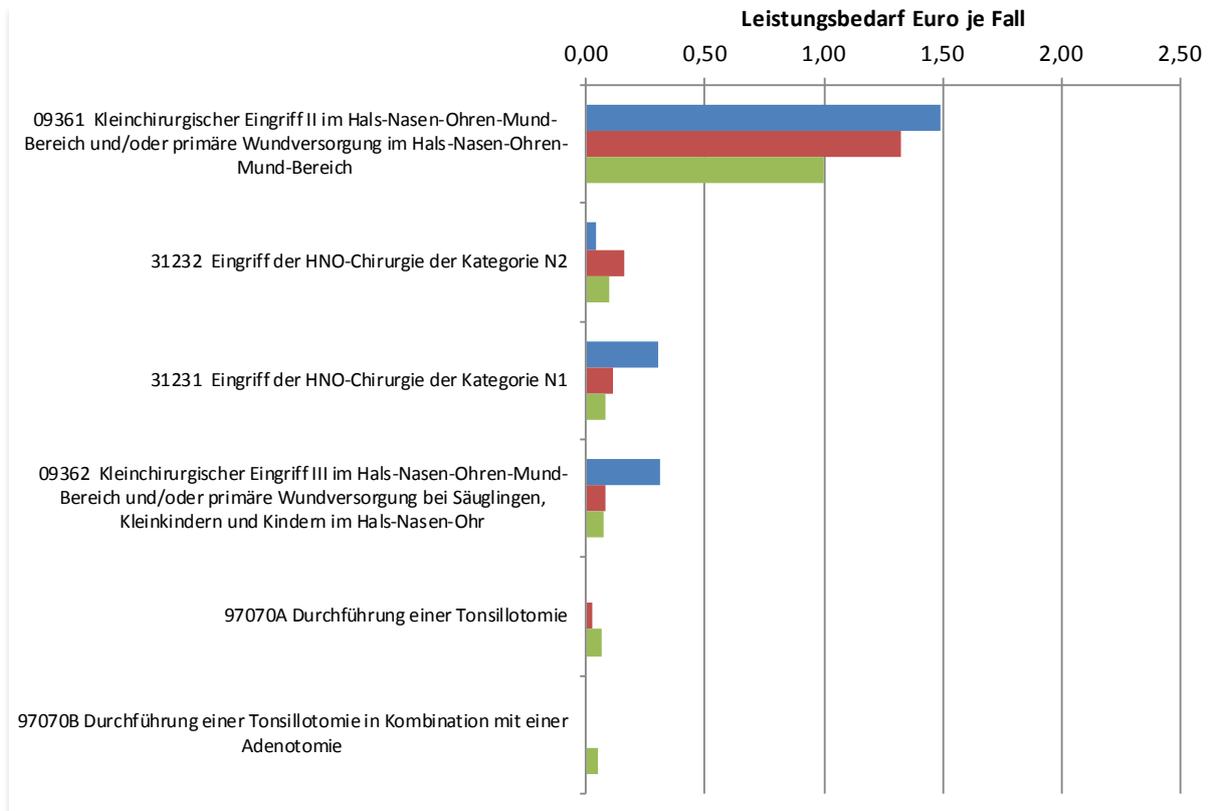
Abb. 20: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall von HNO-Ärzten 4/2005 bis 4/2014



Leistungsbedarf in Euro, bis 3/2013 Punktwert 3,5363 ct, ab 4/2013 10 ct gemäß EBM
Quelle: KV Nordrhein, Zi-ADT-Panel

Der mittlere Leistungsbedarf bei stationärsersetzende HNO-Leistungen ist überwiegend rückläufig (Abb. 21).

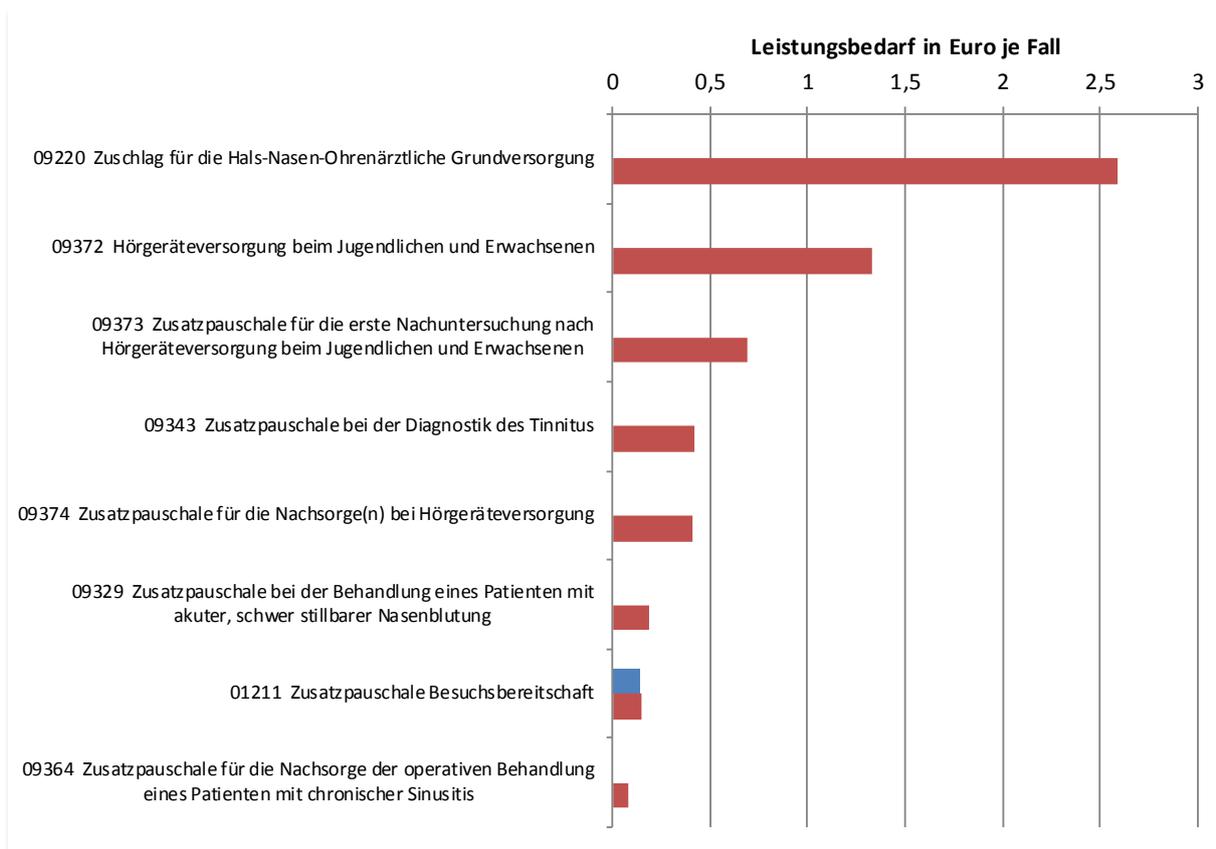
Abb. 21: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall HNO-ärztlicher stationärsersetzender Leistungen



Leistungsbedarf in Euro, bis 3/2013 Punktwert 3,5363 ct, ab 4/2013 10 ct gemäß EBM, ohne belegärztl. Leist.
 Quelle: KV Nordrhein, Zi-ADT-Panel

Neu eingeführte Leistungen mit dem höchsten mittleren Leistungsbedarf je Fall sind der Zuschlag für die HNO-ärztliche Grundversorgung sowie die Hörgeräteversorgung (Abb. 22).

Abb. 22: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall HNO-ärztlicher neu eingeführter Leistungen

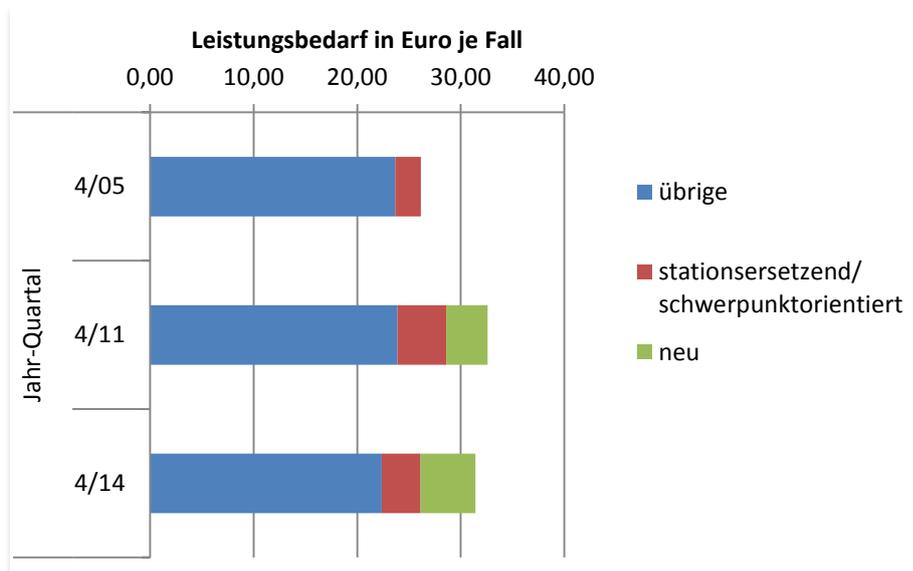


Leistungsbedarf in Euro, bis 3/2013 Punktwert 3,5363 ct, ab 4/2013 10 ct gemäß EBM, ohne belegärztl. Leist.
 Quelle: KV Nordrhein, Zi-ADT-Panel

4.1.7 Hautärzte

Der Anstieg des mittleren hautärztlichen Leistungsbedarfs je Fall ist im wesentlichen bis 4/2011 sichtbar, danach ist dieser wieder leicht rückläufig (Abb. 23). Sowohl stationsersetzende als auch neu eingeführte Leistungen sind Teil dieses Anstiegs.

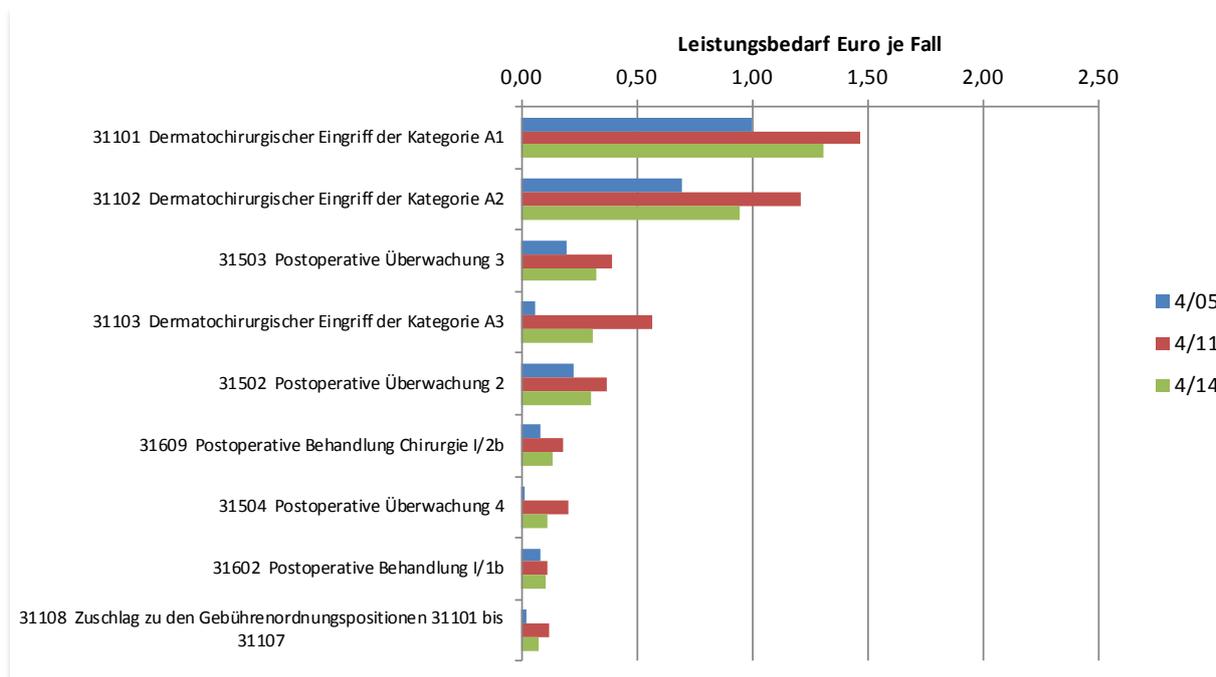
Abb. 23: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall von Hautärzten 4/2005 bis 4/2014



Leistungsbedarf in Euro, bis 3/2013 Punktwert 3,5363 ct, ab 4/2013 10 ct gemäß EBM
 Quelle: KV Nordrhein, Zi-ADT-Panel

Stationersetzende hautärztliche Leistungen sind insbesondere dermatochirurgische Eingriffe, postoperative Überwachung und Behandlung (Abb. 24).

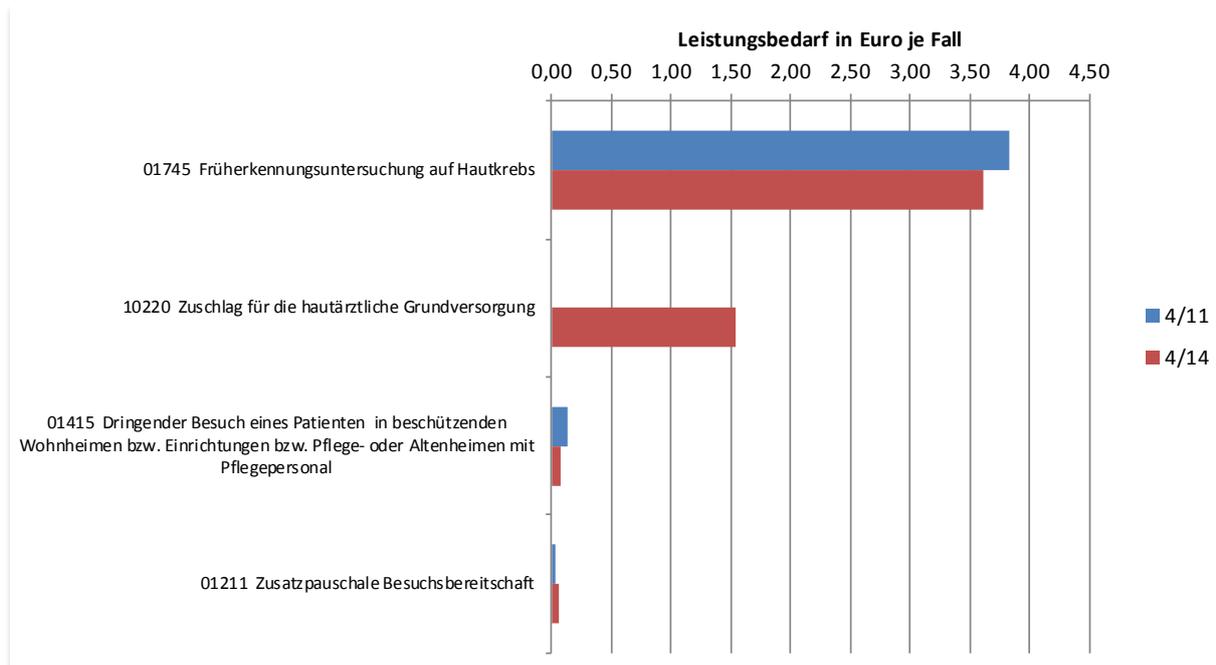
Abb. 24: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall hautärztlicher stationersetzender Leistungen



Leistungsbedarf in Euro, bis 3/2013 Punktwert 3,5363 ct, ab 4/2013 10 ct gemäß EBM, ohne belegärztl. Leist.
Quelle: KV Nordrhein, Zi-ADT-Panel

Der mittlere Leistungsbedarf neu eingeführter Leistungen resultiert insbesondere aus der Hautkrebsfrüherkennung und dem Zuschlag für die hautärztliche Grundversorgung (Abb. 25).

Abb. 25: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall hautärztlicher neu eingeführter Leistungen

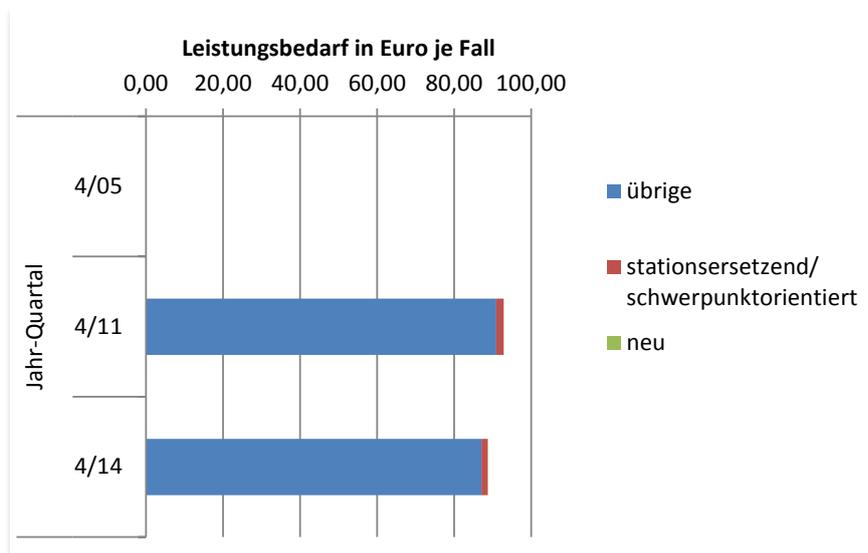


Leistungsbedarf in Euro, bis 3/2013 Punktwert 3,5363 ct, ab 4/2013 10 ct gemäß EBM, ohne belegärztl. Leist.
Quelle: KV Nordrhein, Zi-ADT-Panel

4.1.8 Kardiologen

Kardiologische Behandlungsfälle werden erst ab 2011 im ADT-Panel erfasst (Abb. 26). Bis 4/2014 ist der Leistungsbedarf rückläufig, wobei stationersetzende Leistungen überdurchschnittlich stark rückläufig sind.

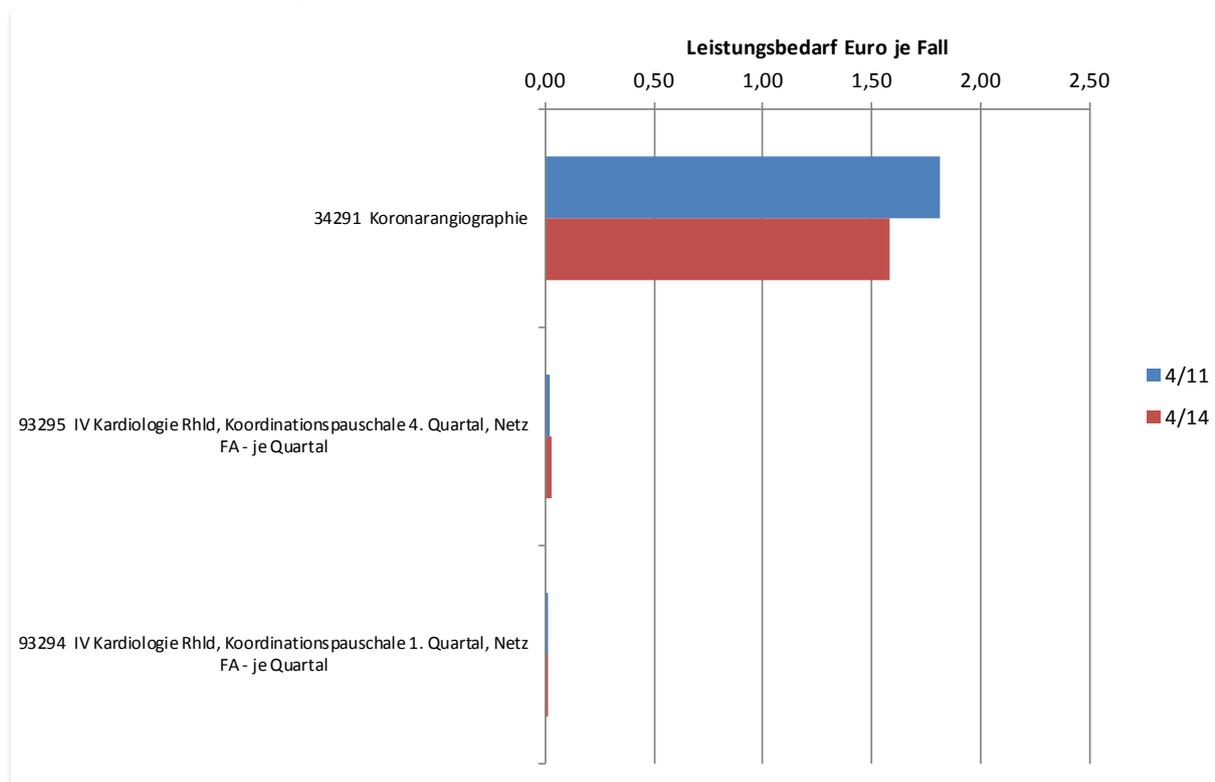
Abb. 26: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall von Kardiologen 4/2005 bis 4/2014



Leistungsbedarf in Euro, bis 3/2013 Punktwert 3,5363 ct, ab 4/2013 10 ct gemäß EBM
Quelle: KV Nordrhein, Zi-ADT-Panel

Stationersetzende kardiologische Leistungen sind insbesondere Koronarangiographien, deren mittlerer Leistungsbedarf bis 4/2014 deutlich rückläufig ist (Abb. 27).

Abb. 27: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall kardiologischer stationersetzender Leistungen

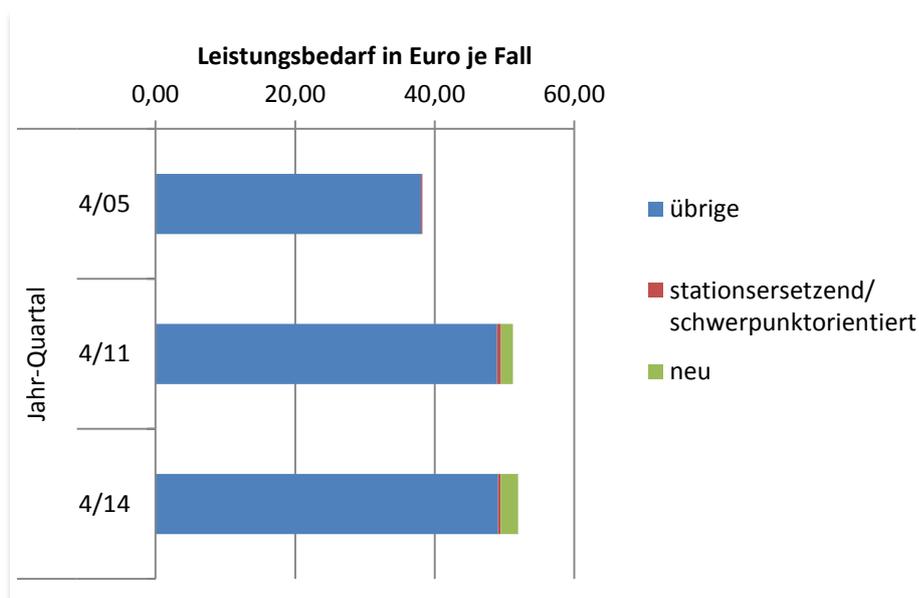


Leistungsbedarf in Euro, bis 3/2013 Punktwert 3,5363 ct, ab 4/2013 10 ct gemäß EBM, ohne belegärztl. Leist.
 Quelle: KV Nordrhein, Zi-ADT-Panel

4.1.9 Kinderärzte

Der Anstieg des mittleren kinderärztlichen Leistungsbedarfs je Fall ist im Wesentlichen im Zeitraum 4/2005 bis 4/2011 sichtbar (Abb. 28). Er resultiert überwiegend nicht aus stationersetzenden oder neu eingeführten Leistungen. Danach wird noch ein leichter Anstieg bis 4/2014 berechnet, der auf neu eingeführte Leistungen in diesem Zeitabschnitt zurückzuführen ist.

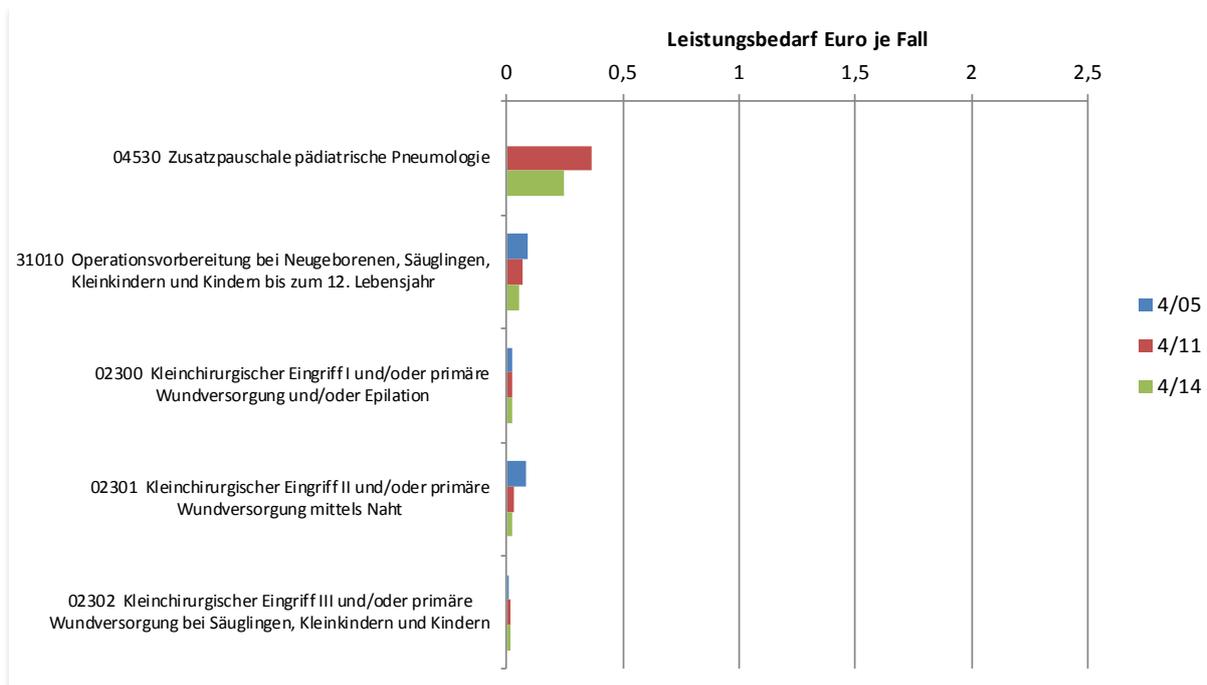
Abb. 28: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall von Kinderärzten 4/2005 bis 4/2014



Leistungsbedarf in Euro, bis 3/2013 Punktwert 3,5363 ct, ab 4/2013 10 ct gemäß EBM
 Quelle: KV Nordrhein, Zi-ADT-Panel

Stationsersetzende kinderärztliche Leistungen sind insbesondere Zusatzpauschalen pädiatrische Pneumologie, deren mittlerer Leistungsbedarf bis 4/2014 rückläufig ist (Abb. 29).

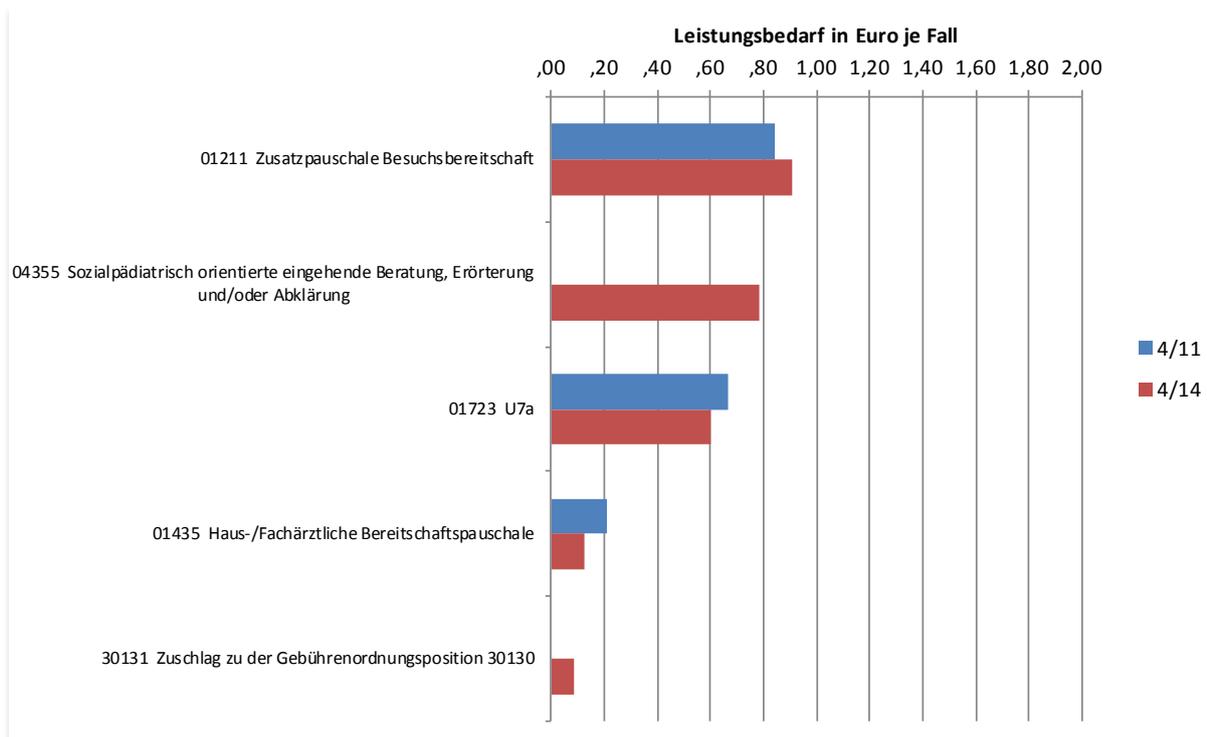
Abb. 29: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall kinderärztlicher stationsersetzender Leistungen



Leistungsbedarf in Euro, bis 3/2013 Punktwert 3,5363 ct, ab 4/2013 10 ct gemäß EBM, ohne belegärztl. Leist.
Quelle: KV Nordrhein, Zi-ADT-Panel

Der mittlere Leistungsbedarf neu eingeführter Leistungen resultiert insbesondere aus der Zusatzpauschale Besuchsbereitschaft, aus sozialpädiatrisch orientierter eingehender Beratung, Erörterung und/oder Abklärung sowie der Früherkennung „U7a“ (Abb. 30).

Abb. 30: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall kinderärztlicher neu eingeführter Leistungen

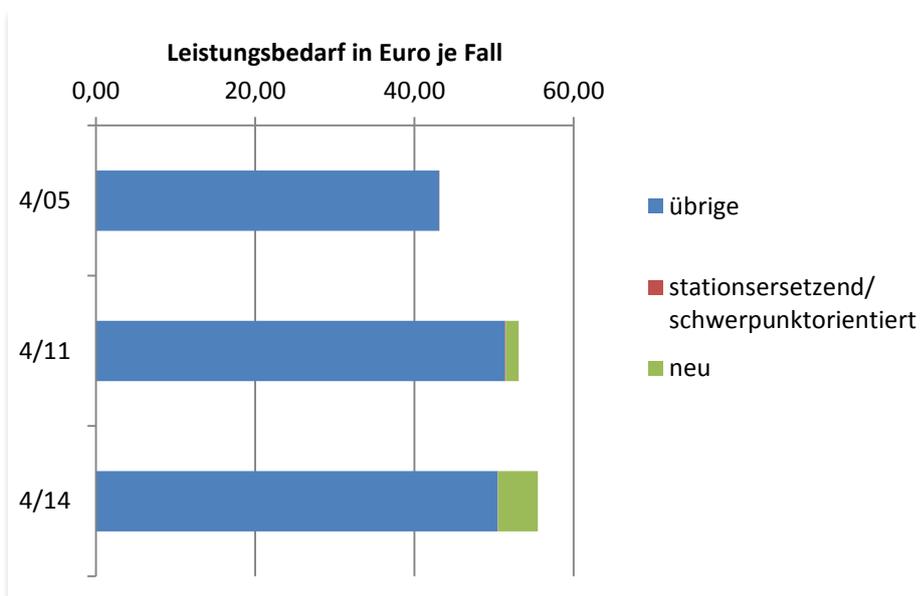


Leistungsbedarf in Euro, bis 3/2013 Punktwert 3,5363 ct, ab 4/2013 10 ct gemäß EBM, ohne belegärztl. Leist.
Quelle: KV Nordrhein, Zi-ADT-Panel

4.1.10 Nervenärzte

Im Untersuchungszeitraum wird ein steigender mittlerer nervenärztlicher Leistungsbedarf je Fall berechnet (Abb. 31). Er resultiert überwiegend nicht aus stationsersetzenden oder neu eingeführten Leistungen.

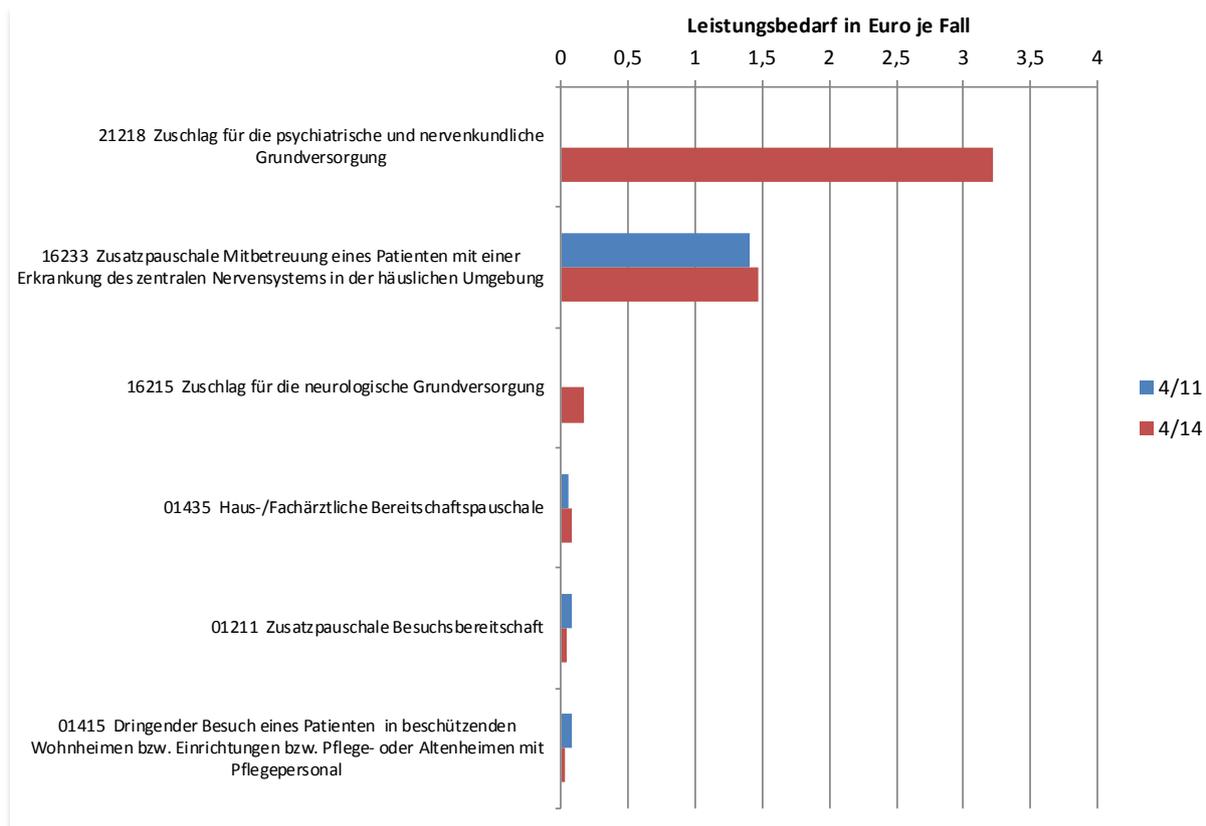
Abb. 31: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall von Nervenärzten 4/2005 bis 4/2014



Leistungsbedarf in Euro, bis 3/2013 Punktwert 3,5363 ct, ab 4/2013 10 ct gemäß EBM
Quelle: KV Nordrhein, Zi-ADT-Panel

Der mittlere Leistungsbedarf neu eingeführter Leistungen resultiert insbesondere aus dem Zuschlag für die psychiatrische und nervenkundliche Grundversorgung, der Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems in der häuslichen Umgebung, dem Zuschlag für die neurologische Grundversorgung sowie der Haus-/Fachärztlichen Bereitschaftspauschale (Abb. 32).

Abb. 32: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall nervenärztlicher neu eingeführter Leistungen

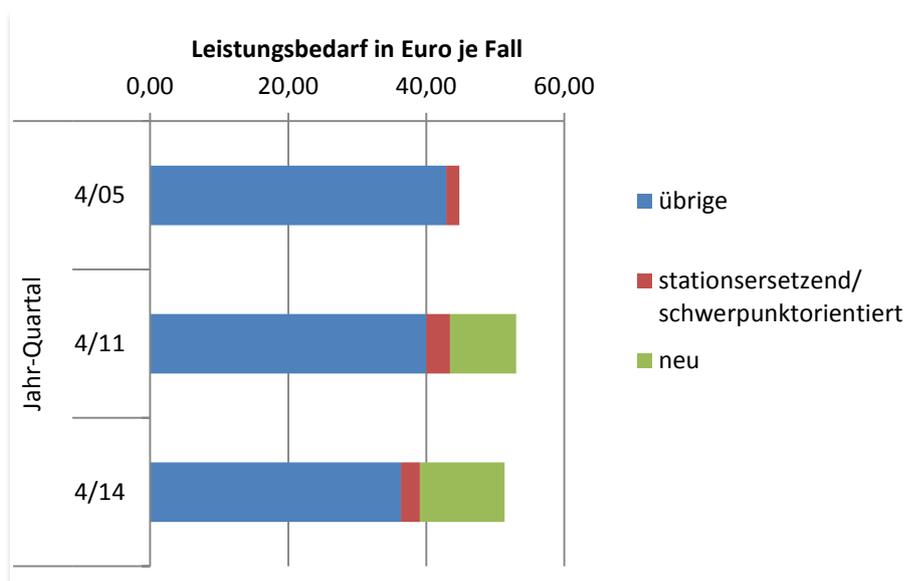


Leistungsbedarf in Euro, bis 3/2013 Punktwert 3,5363 ct, ab 4/2013 10 ct gemäß EBM, ohne belegärztl. Leist.
 Quelle: KV Nordrhein, Zi-ADT-Panel

4.1.11 Orthopäden

Im Untersuchungszeitraum steigt der mittlere orthopädische Leistungsbedarf je Fall bis 4/2011 an und fällt bis 4/2014 wieder etwas zurück (Abb. 33). Der Anstieg resultiert überwiegend aus neu eingeführten Leistungen und zu einem kleineren Teil aus stationsersetzenden Leistungen.

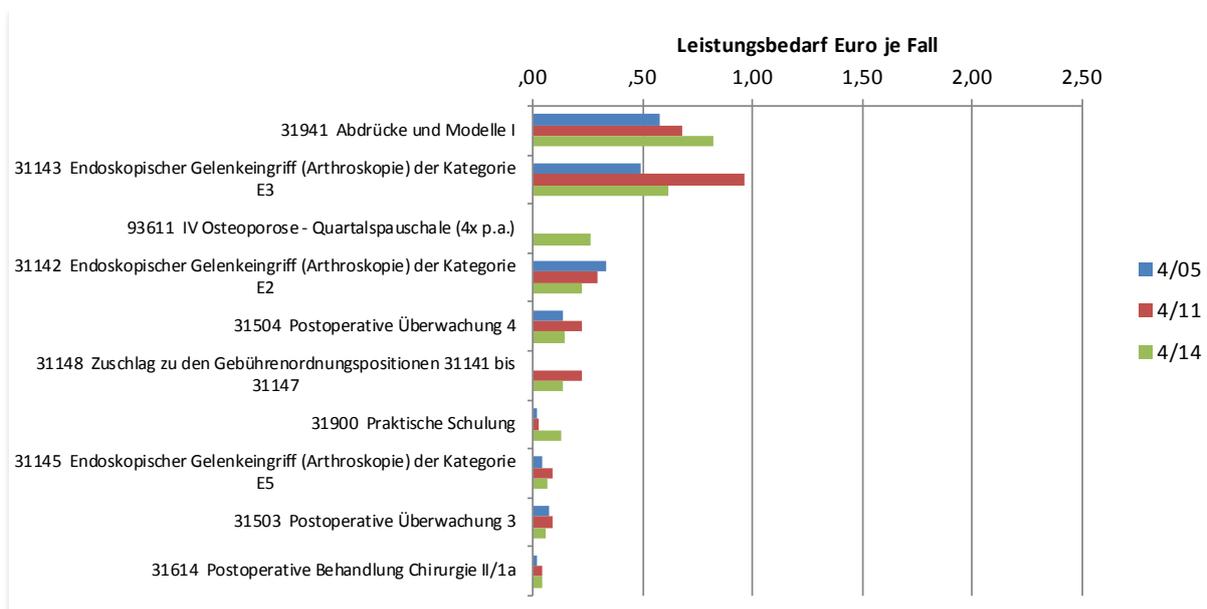
Abb. 33: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall von Orthopäden 4/2005 bis 4/2014



Leistungsbedarf in Euro, bis 3/2013 Punktwert 3,5363 ct, ab 4/2013 10 ct gemäß EBM
 Quelle: KV Nordrhein, Zi-ADT-Panel

Der mittlere Leistungsbedarf stationersetzender orthopädischer Leistungen steigt zunächst, sinkt aber bis 4/2014 wieder etwas. Diese Leistungen sind insbesondere Eingriffe, postoperative Überwachung und verschiedene orthopädisch-konservative Leistungen (Abb. 34).

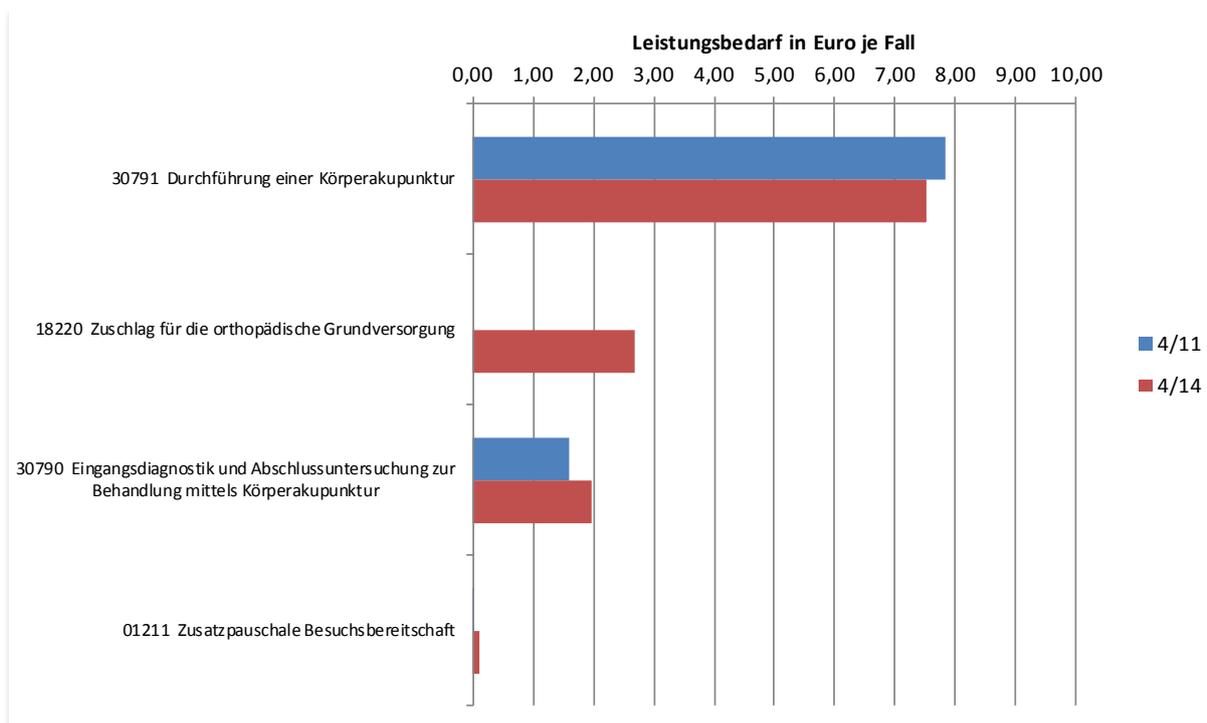
Abb. 34: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall orthopädischer stationersetzender Leistungen



Leistungsbedarf in Euro, bis 3/2013 Punktwert 3,5363 ct, ab 4/2013 10 ct gemäß EBM, ohne belegärztl. Leist.
Quelle: KV Nordrhein, Zi-ADT-Panel

Der mittlere Leistungsbedarf neu eingeführter Leistungen resultiert insbesondere aus Körperakupunktur sowie dem Zuschlag für die orthopädische Grundversorgung (Abb. 35).

Abb. 35: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall orthopädischer neu eingeführter Leistungen

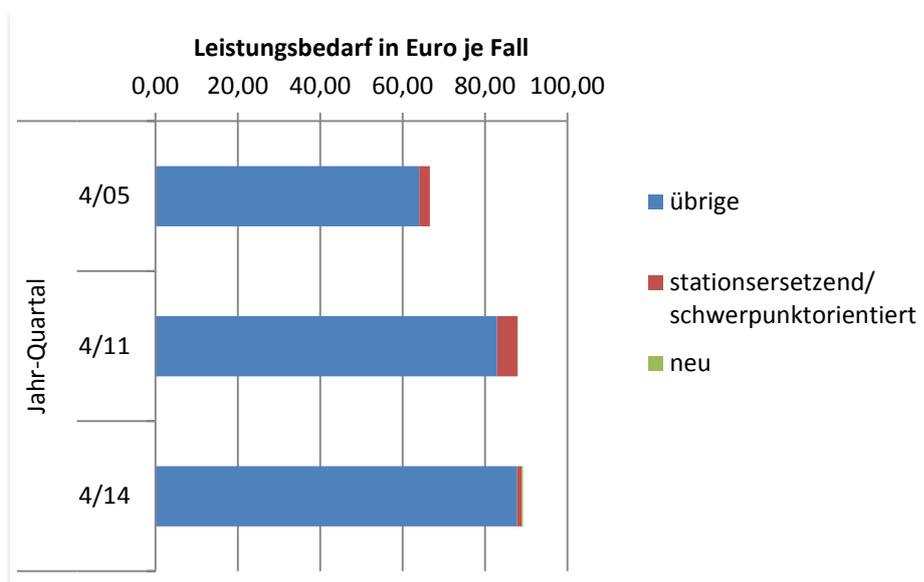


Leistungsbedarf in Euro, bis 3/2013 Punktwert 3,5363 ct, ab 4/2013 10 ct gemäß EBM, ohne belegärztl. Leist.
Quelle: KV Nordrhein, Zi-ADT-Panel

4.1.12 Radiologen

Im Untersuchungszeitraum steigt der mittlere radiologische Leistungsbedarf je Fall (Abb. 36). Der Anstieg resultiert überwiegend nicht aus neu eingeführten Leistungen oder stationersetzenden Leistungen.

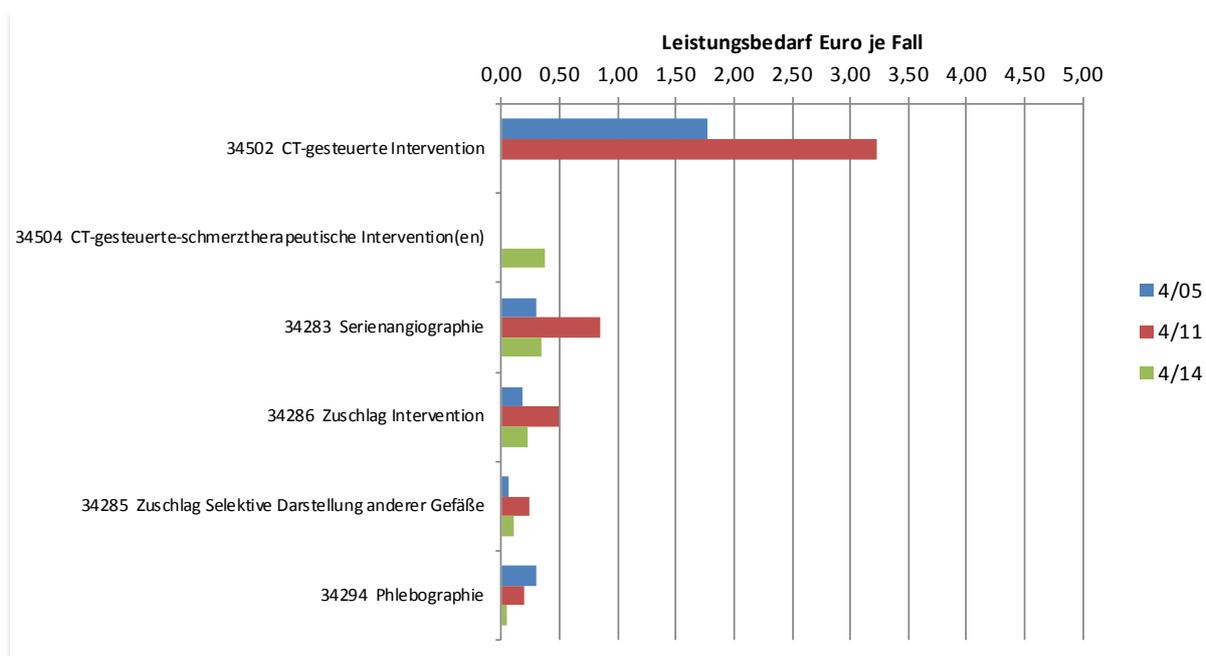
Abb. 36: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall von Radiologen 4/2005 bis 4/2014



Leistungsbedarf in Euro, bis 3/2013 Punktwert 3,5363 ct, ab 4/2013 10 ct gemäß EBM.
Quelle: KV Nordrhein, Zi-ADT-Panel

Der mittlere Leistungsbedarf stationersetzender radiologischer Leistungen steigt zunächst, sinkt aber bis 4/2014 wieder deutlich. Der Anstieg bis 4/2011 stammt zum Teil aus CT-gesteuerten Interventionen (Abb. 37). Die betreffende GOP wurde danach gestrichen. Von den dafür eingeführten GOPs 34504 und 34505 wird lediglich die 34504 von radiologischen Panelpraxen abgerechnet.

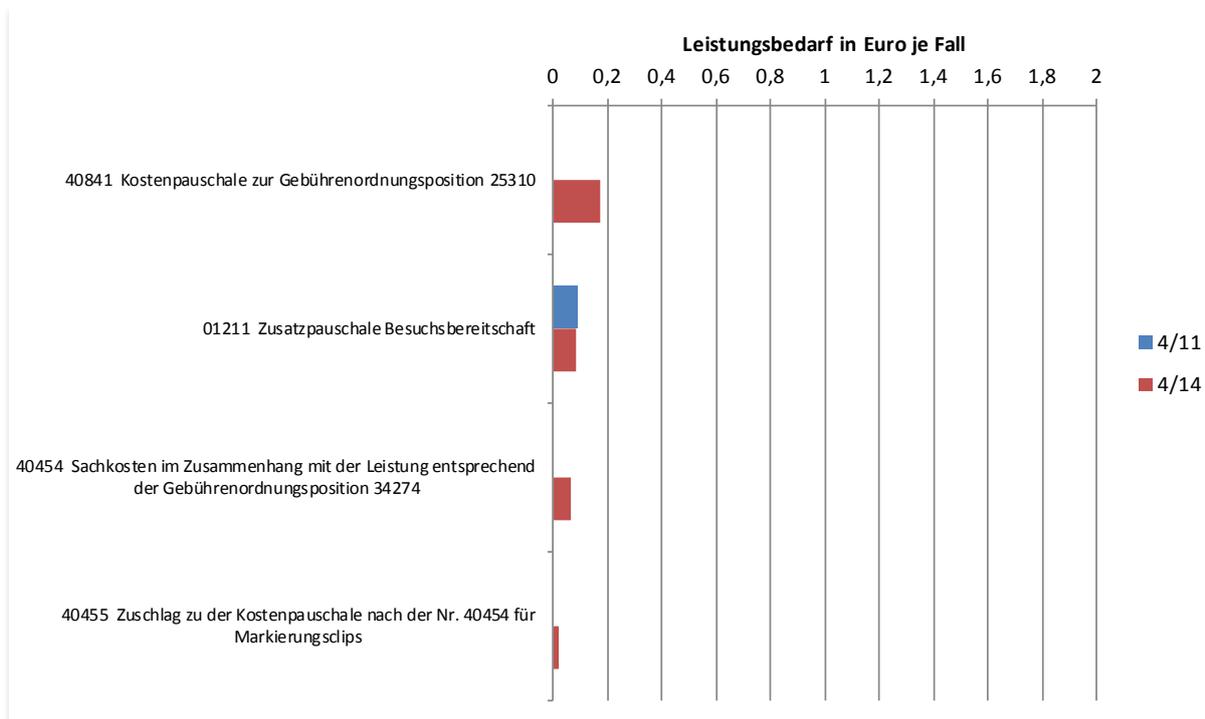
Abb. 37: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall radiologischer stationersetzender Leistungen



Leistungsbedarf in Euro, bis 3/2013 Punktwert 3,5363 ct, ab 4/2013 10 ct gemäß EBM, ohne belegärztl. Leist.
Quelle: KV Nordrhein, Zi-ADT-Panel

Der mittlere Leistungsbedarf neu eingeführter Leistungen resultiert insbesondere aus Kostenpauschalen und der Zusatzpauschale Besuchsbereitschaft (Abb. 38).

Abb. 38: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall radiologischer neu eingeführter Leistungen

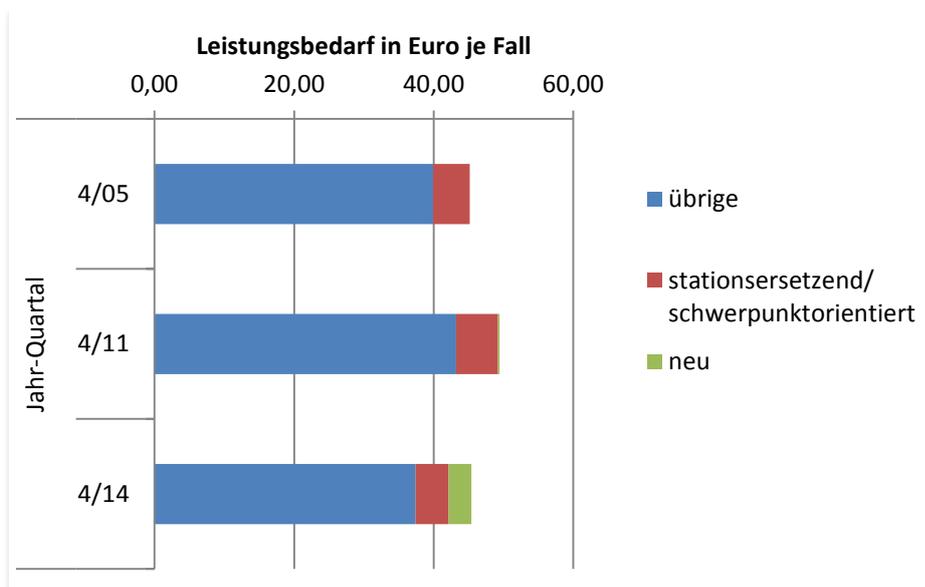


Leistungsbedarf in Euro, bis 3/2013 Punktwert 3,5363 ct, ab 4/2013 10 ct gemäß EBM, ohne belegärztl. Leist.
Quelle: KV Nordrhein, Zi-ADT-Panel

4.1.13 Urologen

Im Untersuchungszeitraum steigt der mittlere urologische Leistungsbedarf je Fall zunächst, um dann wieder auf Ausgangsniveau zurückzufallen (Abb. 39).

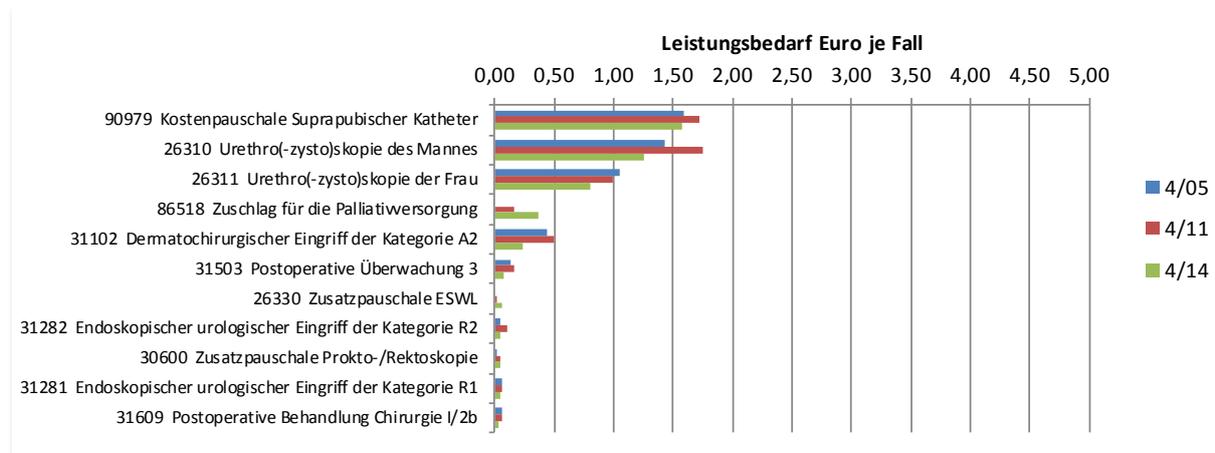
Abb. 39: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall von Urologen 4/2005 bis 4/2014



Leistungsbedarf in Euro, bis 3/2013 Punktwert 3,5363 ct, ab 4/2013 10 ct gemäß EBM
Quelle: KV Nordrhein, Zi-ADT-Panel

Der mittlere Leistungsbedarf stationsersetzender urologischer Leistungen steigt zunächst, sinkt aber bis 4/2014 wieder deutlich (Abb. 40).

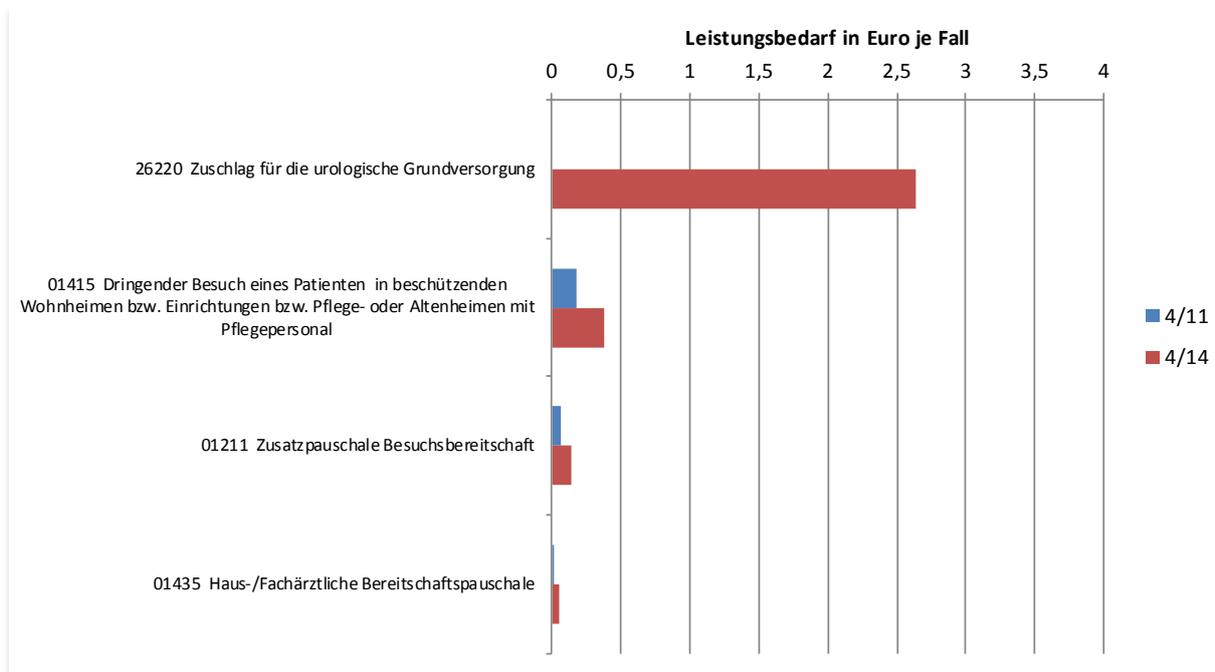
Abb. 40: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall urologischer stationsersetzender Leistungen



Leistungsbedarf in Euro, bis 3/2013 Punktwert 3,5363 ct, ab 4/2013 10 ct gemäß EBM, ohne belegärztl. Leist.
Quelle: KV Nordrhein, Zi-ADT-Panel

Der mittlere Leistungsbedarf neu eingeführter Leistungen resultiert insbesondere aus dem Zuschlag für die urologische Grundversorgung (Abb. 41).

Abb. 41: Mittlerer Leistungsbedarf je Fall urologischer neu eingeführter Leistungen



Leistungsbedarf in Euro, bis 3/2013 Punktwert 3,5363 ct, ab 4/2013 10 ct gemäß EBM, ohne belegärztl. Leist.
Quelle: KV Nordrhein, Zi-ADT-Panel

5 Sind neu eingeführte Leistungen stationsersetzend?

In mehrfacher Hinsicht können neu eingeführte vertragsärztliche Leistungen als stationsersetzend angesehen werden (Abb. 42). Die zusätzlichen Finanzmittel für diese Leistungen können als Stärkung des ambulanten Sektors gelten. Ein Beispiel sind die Pauschalen fachärztlicher Grundversorgung, die fällig sind, wenn die betreffenden Praxen bestimmte, als Grundversorgung definierte Leistungen erbringen. Die Vereinbarung der Selbstverwaltung, für diesen Zweck zusätzliche Finanzmittel aufzubringen, sichert also die Existenz grundversorgender Praxen und deren Fähigkeit, stationsersetzend Fälle zu behandeln.

Abb. 42: Neue vertragsärztliche Leistungen: stationsersetzend?

Neue vertragsärztliche Leistungen: stationsersetzend?	
<ul style="list-style-type: none"> • Ambulante Behandlungsmöglichkeit, die stationäre Behandlung entbehrlich oder weniger aufwändig macht <small>Bsp. GOP 01211 Zusatzpauschale Besuchsbereitschaft</small> • sichern die Existenz grundversorgender Praxen und deren Fähigkeit, stationsersetzend Fälle zu behandeln <small>Bsp. Pauschalen fachärztlicher Grundversorgung</small> 	
<ul style="list-style-type: none"> • Inverser Effekt möglich: Befunde anlässlich ambulanter (präventiver) Untersuchung führen auch zu stationärer Behandlung <small>Bsp. GOP 01745 Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs</small> 	

In einem engeren Sinn können neu eingeführte Leistungen als stationsersetzend angesehen werden, wenn deren Leistungsinhalt eine stationäre Behandlung entbehrlich oder weniger aufwändig macht. Für einige der leistungsbedarfsstärksten je Fachgruppe hier dargestellten neu eingeführten Leistungen sollen folgende Überlegungen in dieser Hinsicht angestellt werden.

- **01211 Zusatzpauschale Besuchsbereitschaft**
Die Pauschale ist zusätzlich zur Notfallpauschale nach GOP 01210 für „Vorhaltung der ständigen ärztlichen Besuchsbereitschaft für die aufsuchende Tätigkeit im Not(-fall)dienst“ abrechenbar. Somit ist ihr ein stationsersetzender Effekt zuzuschreiben, da auf diese Weise eine stationäre Aufnahme von Patienten vermieden werden kann.
- **01435 Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale**
Die GOP wird anlässlich telefonischer Beratung von Vertragsärzten abgerechnet ohne persönlichen Arzt-Patientenkontakt. Sie ist demnach eher mittelbar stationsersetzend anzusehen, weil die Bereitschaft von Praxen zu telefonischen Kontakten möglicherweise eine stationäre Aufnahme vermeidet.
- **01745 Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs**
Hautkrebsfrüherkennung ist teilweise stationsersetzend anzusehen. Eine stationsersetzende Wirkung tritt dann ein, wenn Hautkrebs entdeckt wird, der ambulant zu behandeln ist. Die Früherkennungsuntersuchung kann allerdings auch zu einem Hautkrebsbefund führen, der eine stationäre Behandlung nach sich zieht.
- **01771 Zuschlag im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 01770**
Diese sowie die folgende GOP 01776 sind Teil der Mutterschaftsvorsorge im EBM. Auch diese präventive Leistung ist nicht von vorne herein als stationsersetzend einzustufen, da nicht abzusehen ist, in welchem Umfang die Befunde anlässlich der betreffenden Untersuchungen zu einer Einweisung der Patientinnen führen.

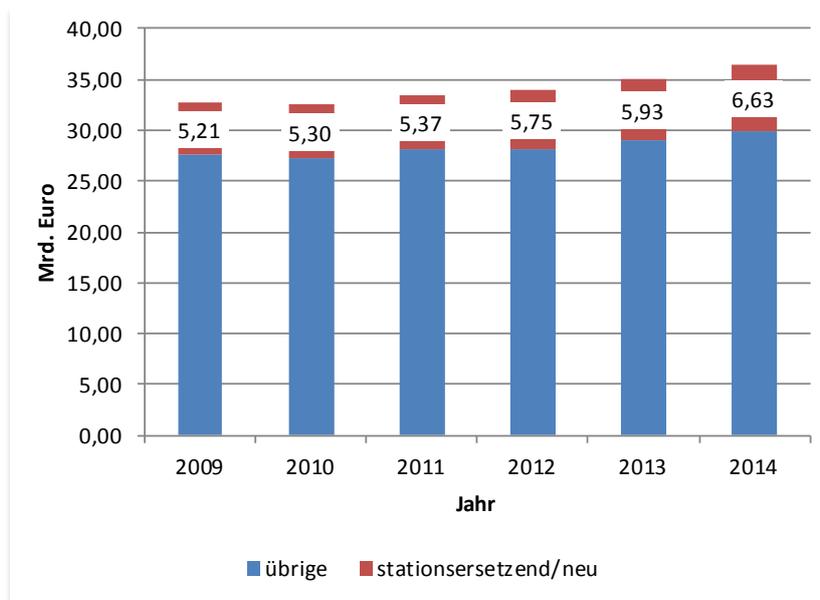
- **01776 Vortest auf Gestationsdiabetes**
Hier gilt das Gleiche wie bei GOP 01771.
- **03362 Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex**
Der Komplex wird zur Betreuung geriatrischer Patienten eingeführt, die aufgrund der Art, Schwere und Komplexität ihrer Krankheitsverläufe einen besonders aufwändigen Versorgungsbedarf haben (KBV 2013). Somit ist zu erwarten, dass damit für diese Patienten ansonsten nötige stationäre Aufnahmen vermieden werden.
- **04355 Sozialpädiatrisch orientierte eingehende Beratung, Erörterung und/oder Abklärung**
Die GOP ist bei bestimmten Diagnosen berechnungsfähig, ohne dass der Leistungsinhalt explizit auf ambulante oder stationäre Behandlung bezogen ist. Somit ist offen, ob die Beratung zur Vermeidung stationärer Aufnahmen führt.
- **16233 Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems in der häuslichen Umgebung**
Die mit dieser GOP eingeführte Abrechnungsmöglichkeit von Patientenbetreuung in der häuslichen Umgebung lässt erwarten, dass dadurch stationäre Aufenthalte dieser Patienten in gewissem Umfang entbehrlich werden.
- **30790 Eingangsdiagnostik und Abschlussuntersuchung zur Behandlung mittels Körperakupunktur; 30791 Durchführung einer Körperakupunktur**
Die Einführung dieser GOP erweitert die Möglichkeiten, nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab Schmerztherapie abzurechnen. Schmerztherapie nach dem EBM wurde schon teilweise ambulant erbracht, bevor Akupunktur abrechenbar wurde. Somit ist die GOP wohl eher mittelbar stationärsersetzend, sofern damit Einweisungen vermieden werden, die aus Schmerzsymptomatik resultieren würden, wenn keine Akupunktur gemacht würde.
- **Makuladegenerationsbehandlung, Makulaödem, choroidalen Neovaskularisation (GOP 93783-93792)**
Die Leistungen werden in der Regel ambulant durchgeführt, nur bei Makulachirurgie in der Regel stationär (Berufsverband der Augenärzte 2011). Da die Leistungstexte der GOPs die intravitreale Medikamenteninjektion und nicht die Makulachirurgie betreffen, ist durch deren ambulante Erbringung zu erwarten, dass dadurch stationäre Behandlung ersetzt wird.

6 Bundesweite Ergebnisse

6.1 Entwicklung ambulanter vertragsärztlicher Leistungen im Zeitverlauf

Für alle ausgewählten GOPs ergibt sich 2014 ein ambulanter Leistungsbedarf (ohne belegärztlich) von 6,6 Mrd. Euro oder 27,2 % mehr als 2009. Der Anstieg fällt überdurchschnittlich aus im Vergleich zum Anstieg des gesamten Leistungsbedarfs von 11,3 % im gleichen Zeitraum (Abb. 43).

Abb. 43: Anteil stationsersetzender/neuer Leistungen* am Leistungsbedarf** 2009 bis 2014



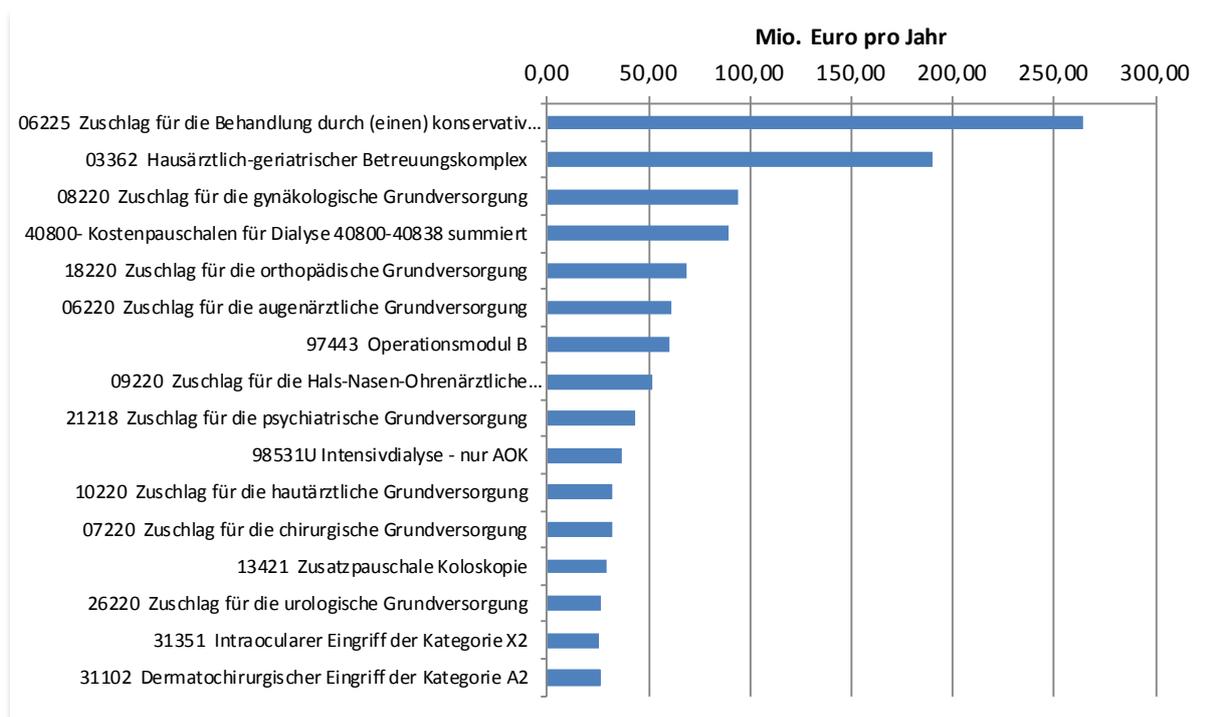
* ohne belegärztl. Leist.

** in Mrd. Euro, nach regionaler Euro-Geb.-ordn.,

Quelle: KBV

Wie bereits erwähnt, sind einige der hier ausgewählten neuen Leistungen als mittelbar stationsersetzend anzusehen, nämlich als Stärkung des ambulanten Sektors durch zusätzliche Finanzmittel. Beispiel ist der Zuschlag für die Behandlung durch (einen) konservativ tätige(n) Augenarzt/-ärzte (GOP 06225), der ab 2013 enthalten ist. Der Zuwachs entfällt somit zu einem wesentlichen Teil (264 Mio. Euro) auf den Leistungsbedarf dieser augenärztlichen Zuschlags-GOP (Abb. 44, Tab. 2). Weiterhin mittelbar stationsersetzend anzusehen sind die 4/2013 eingeführten Zuschläge fachärztlicher Grundversorgung, darunter mit dem höchsten Leistungsbedarfsanstieg die GOP 08220 „Zuschlag für die gynäkologische Grundversorgung“.

Abb. 44: Stärkste ambulante Leistungsbedarfsanstiege* stationsersetzender/neuer Leistungen 2014 im Vergleich zu 2009



* ohne belegärztl. Leist., nach regionaler Euro-Geb.-ordn.,

Quelle: KBV

Tab. 2: Stationersetzende/neue Leistungen mit stärkstem Leistungsbedarfsanstieg* 2009-2014

			Leistungsbedarfsänderung von 2009 bis 2014	Veränd. Leistungsbedarf in %*	Erstes Vorkommen im Untersuchungszeitraum Jahr **	Letztes Vorkommen im Untersuchungszeitraum Jahr **
			in Mio. Euro je Jahr	in %		
1	06225	Zuschlag für die Behandlung durch (einen) konservativ tätige(n) Augenarzt/-ärzte	264,02		2012	2014
2	03362	Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex	190,17		2013	2014
3	08220	Zuschlag für die gynäkologische Grundversorgung	93,82		2013	2014
4	40800	Kostenpauschalen für Dialyse 40800-40838 summiert	89,13	6,2	2009	2014
5	18220	Zuschlag für die orthopädische Grundversorgung	68,55		2013	2014
6	06220	Zuschlag für die augenärztliche Grundversorgung	61,34		2013	2014
7	97443	Operationsmodul B	59,85		2011	2014
8	09220	Zuschlag für die Hals-Nasen-Ohrenärztliche Grundversorgung	51,42		2013	2014
9	21218	Zuschlag für die psychiatrische Grundversorgung	43,21		2013	2014
10	98531U	Intensivdialyse - nur AOK	36,76	110,1	2009	2014
11	10220	Zuschlag für die hautärztliche Grundversorgung	31,85		2013	2014
12	07220	Zuschlag für die chirurgische Grundversorgung	31,70		2013	2014
13	13421	Zusatzpauschale Koloskopie	29,63	14,4	2009	2014
14	26220	Zuschlag für die urologische Grundversorgung	26,37		2013	2014
15	31351	Intraocularer Eingriff der Kategorie X2	25,73	18,9	2009	2014
16	31102	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2	25,64	41,4	2009	2014
17	09372	Hörgeräteversorgung beim Jugendlichen und Erwachsenen	25,18		2012	2014
18	04355	Sozialpädiatrisch orientierte eingehende Beratung, Erörterung und/oder Abklärung	24,57		2013	2014
19	11322	Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden genomischen Mutation mittels Sequenzierung menschlicher DNA nach der Kettenabbruchmethode	24,49	34,6	2009	2014
20	01771	Zuschlag im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 01770	23,13		2014	2014
21	16233	Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems in der häuslichen Umgebung	22,45	44,2	2009	2014
22	34504	CT-gesteuerte-schmerztherapeutische Intervention(en)	21,71		2013	2014
23	23216	Zuschlag für die psychotherapeutische Grundversorgung	20,49		2013	2014
24	86500-	Onkologische Behandlung 86500-86518 summiert	18,97	17,7	2009	2014
25	01746	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01732 für die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs	18,78	37,2	2009	2014
26	16215	Zuschlag für die neurologische Grundversorgung	18,61		2013	2014
27	31101	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A1	16,68	26,3	2009	2014
28	31503	Postoperative Überwachung 3	16,40	18,3	2009	2014
29	97444	Anästhesiemodul	16,28		2011	2014
30	09374	Zusatzpauschale für die Nachsorge(n) bei Hörgeräteversorgung	15,95		2012	2014
31	11440	Hereditäres Mamma- und Ovarialkarzinom (HBOC) - Mutationsanalyse im BRCA1-Gen	14,60		2011	2014
32	11441	Hereditäres Mamma- und Ovarialkarzinom (HBOC) - Mutationsanalyse im BRCA2-Gen	14,57		2011	2014
33	99868	Katarakt-OP Sachkosten: Implantation einer Acryl- oder Silikonlinse unter Anwendung von Hyaluron	14,05		2011	2014
34	09373	Zusatzpauschale für die erste Nachuntersuchung nach Hörgeräteversorgung beim Jugendlichen und Erwachsenen	13,86		2012	2014
35	01435	Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale	12,32	53,5	2009	2014
36	03372	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01410 oder 01413 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit	11,15		2013	2014
37	31341	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W1	11,04	38,1	2009	2014
38	09343	Zusatzpauschale bei der Diagnostik des Tinnitus	9,99		2012	2014
39	98532U	Standarddialyse -nur AOK	9,69	76,6	2009	2014
40	03370	Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungsplan	9,32		2013	2014
41	11500	Geistige Entwicklungsstörung ungeklärter Ätiologie	8,37		2011	2014
42	14214	Zuschlag für die kinder- und jugendpsychiatrische Grundversorgung	7,95		2013	2014
43	99600	LDL-Apherese	7,47	232,0	2009	2014
44	34503	Bildwandlergestützte Intervention Wirbelsäule	7,02	70,1	2009	2014
45	31103	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3	6,85	41,9	2009	2014
46	13220	Zuschlag für die allgemeine internistische Grundversorgung	6,19		2013	2014
47	91353	Ärztlicher Anteil Katarakt-OP (SNR 10353C), Wert wird durch KVAI gesetzt, ggf. quotiert, nur KT-seitig	5,86	24,9	2009	2014
48	99625	ambulante Venentherapie (endovenöse Lasertherapie, Radiofrequenzablation eines Beines) mit AOK BW	5,81		2012	2014
49	30920	Zusatzpauschale für die Behandlung von HIV-Infizierten	5,76	232,1	2009	2014
50	31145	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E5	5,66	35,6	2009	2014

* nach regionaler Euro-Geb.-ordn., ohne belegärztl. Leist.

Quelle: KBV

Weitere ausgewählte GOPs sind im engeren Sinn stationärsersetzend anzusehen, wie die GOPs zu Dialysepauschalen, zum hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex, zur Zusatzpauschale Koloskopie, sowie zu intraocularen oder dermatochirurgischen Eingriffen wie auch humangenetischen Leistungen.

Dem Leistungsbedarfsanstieg steht ein Leistungsbedarfsrückgang bei einigen der ausgewählten GOPs entgegen (Tab. 3). Der höchste Rückgang wird bei der GOP 34502 CT-gesteuerte Intervention berechnet. Deren Leistungsbedarfsrückgang wird durch Streichung dieser GOP ausgelöst und nur teilweise ausgeglichen durch den Leistungsbedarfsanstieg aus der neu eingeführten GOP 34504 CT-gesteuerte Intervention.

Die GOP-Auswahl lässt sich demnach gruppieren in mittelbar stationärsersetzende GOPs und die verbleibenden GOPs der getroffenen Auswahl.

Gruppierung stationärsersetzender/neuer Leistungen für die Korrelationsanalyse zu stationären Fällen/Behandlungstagen nach Kreisen

Mittelbar stationärsersetzend	Zuschlag für die Behandlung durch (einen) konservativ tätige(n) Augenarzt/-ärzte (GOP 06225) Zuschläge fachärztlicher Grundversorgung
Stationärsersetzend	Übrige ausgewählte Gebührenordnungspositionen

6.2 Entwicklung der Belegungstage ambulant sensibler Krankenhausfälle im Zeitverlauf

Filtert man aus allen Krankenhausfällen deren Teilmenge ambulant-sensibler Krankenhausfälle, so stiegen die darauf entfallenden Belegungstage im Bundesdurchschnitt von 2011 bis 2013 um 3,5 % an, entgegen dem rückläufigen Trend im Mittel aller Krankenhausfälle (Abb. 45). Der Anstieg setzt sich insbesondere aus steigenden Belegungstagen bei Pneumonie, chronisch obstruktiver Lungenkrankheit, akuter Bronchitis, Volumenmangel und Herzinsuffizienz zusammen.

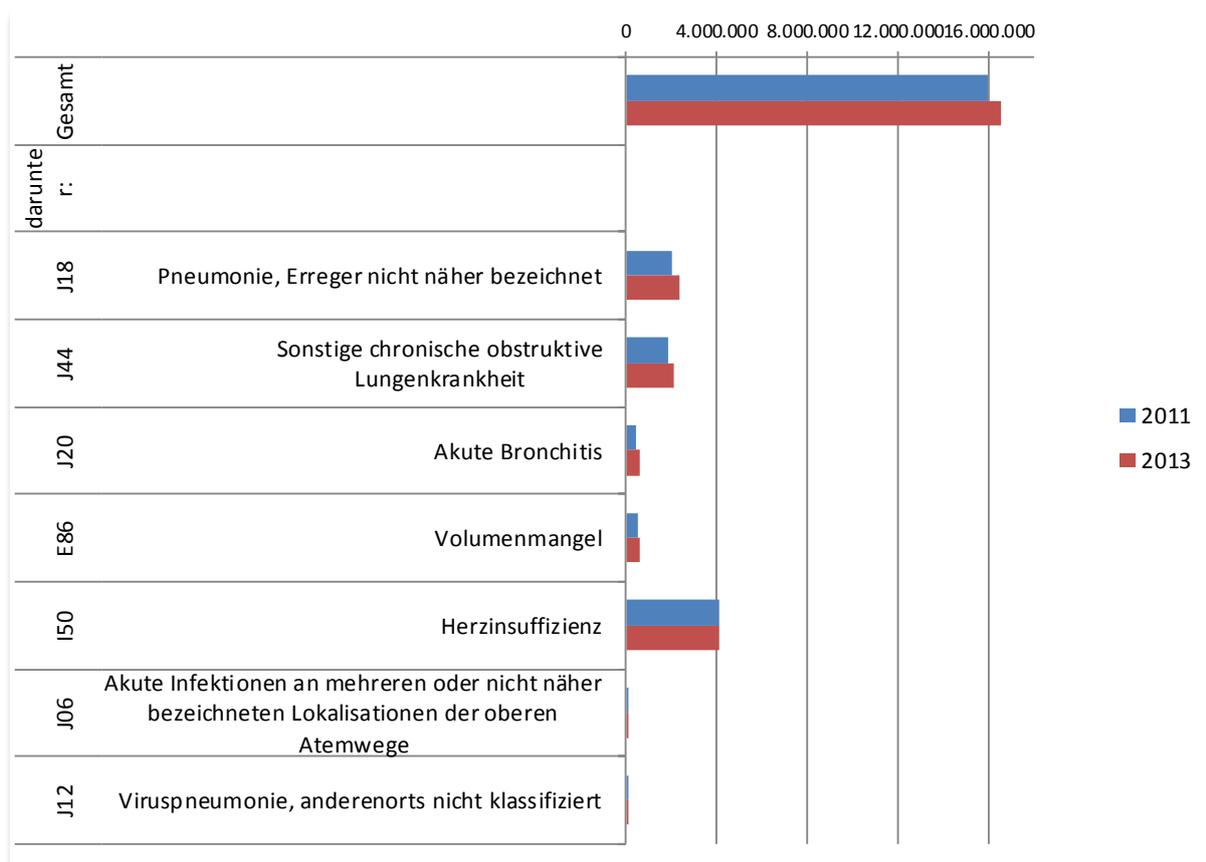
Tab. 3: Stationersetzende/neue Leistungen mit stärkstem Leistungsbedarfsrückgang* 2009-2014

			Leistungsbedarfsänderung von 2009 bis 2014	Veränd. Leistungsbedarf	Erstes Vorkommen im Untersuchungszeitraum Jahr	Letztes Vorkommen im Untersuchungszeitraum Jahr
			in Mio. Euro je Jahr	in %		
1	34502	CT-gesteuerte Intervention	-65,37	-100,0	2009	2014
2	30791	Durchführung einer Körperakupunktur	-46,94	-18,7	2009	2014
3	98531	Intensivdialyse	-32,69	-93,7	2009	2014
4	01415	Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal	-16,40	-12,7	2009	2014
5	98532	Standarddialyse	-12,45	-96,4	2009	2014
6	01211	Zusatzpauschale Besuchsbereitschaft	-10,86	-11,7	2009	2014
7	11321	Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden genomischen Mutation mittels sequenzspezifischer und nicht-trägergebundener Nukleinsäureamplifikation	-8,83	-28,0	2009	2014
8	40220	Pauschale für Besuche im Kernbereich, bis zu 2 km	-7,62	-25,9	2009	2014
9	30790	Eingangsdagnostik und Abschlussuntersuchung zur Behandlung mittels Körperakupunktur	-7,51	-14,0	2009	2014
10	11320	Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden genomischen Mutation mittels Hybridisierung mit einer mutationssequenzspezifischen Sonde	-6,64	-20,9	2009	2014
11	31342	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W2	-6,61	-31,2	2009	2014
12	31131	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D1	-6,13	-71,0	2009	2014
13	40222	Pauschale für Besuche im Randbereich, 2 km bis zu 5 km	-5,73	-25,5	2009	2014
14	98531Q	Intensivdialyse (bisher Zentrums-/Praxisdialyse) PHV	-5,42	-97,8	2009	2014
15	40224	Pauschale für Besuche im Fernbereich, mehr als 5 km	-4,43	-16,2	2009	2014
16	34291	Koronarangiographie	-4,36	-16,6	2009	2014
17	40302	Sachkosten für PTCA / Stent an einem Gefäß bei Koronarangiografie	-4,31	-29,9	2009	2014
18	31821	Anästhesie oder Kurznarkose 1	-4,23	-16,9	2009	2014
19	98531D	Intensivdialyse (bisher Zentrums-/Praxisdialyse) DTZ	-3,84	-96,4	2009	2014
20	31204	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K4	-3,65	-20,3	2009	2014
21	02302	Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	-3,55	-22,4	2009	2014
22	98532Q	Standarddialyse (bisherige Limited-Care-Dialyse) PHV	-3,07	-97,4	2009	2014
23	31231	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N1	-2,75	-22,8	2009	2014
24	40300	Sachkosten für eine Koronarangiografie	-2,74	-17,1	2009	2014
25	02301	Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung mittels Naht	-2,71	-10,3	2009	2014
26	91401L	Intravitreale Injektion (linkes Auge)	-2,53	-43,2	2009	2014
27	90403	Sachkosten faltbare Acryllinse	-2,45	-47,6	2009	2014
28	91401R	Intravitreale Injektion (rechtes Auge)	-2,39	-40,2	2009	2014
29	34283	Serienangiographie	-2,37	-46,6	2009	2014
30	96104B	Hydrophile Acryl-Linse: Anlage 4 Nr. 1	-2,16	-47,5	2009	2014
31	98532D	Standarddialyse (bisherige Limited-Care-Dialyse) DTZ	-2,02	-96,3	2009	2014
32	99102	PHV PK, Dialysesachkosten ab vollendeten 59. LJ ohne Diabetes	-1,72	-99,8	2009	2014
33	31142	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E2	-1,72	-7,7	2009	2014
34	31121	Eingriff der Kategorie C1	-1,62	-13,7	2009	2014
35	09361	Kleinchirurgischer Eingriff II im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich und/oder primäre Wundversorgung im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich	-1,60	-7,6	2009	2014
36	31138	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31131 bis 31137	-1,59	-35,9	2009	2014
37	34294	Phlebographie	-1,57	-58,6	2009	2014
38	31133	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D3	-1,57	-13,1	2009	2014
39	99120	PHV EK Dialysesachkosten Zentrumsdialyse	-1,52	-100,0	2009	2014
40	40750	Kostenpauschale für Sachkosten bei endoskopischen Gelenkeingriffen	-1,44	-11,8	2009	2014
41	31012	Operationsvorbereitung bei Eingriffen bei Patienten nach Vollendung des 40. Lj	-1,27	-8,1	2009	2014
42	97031D	KfH: Zentrumsdialyse - Hämodialyse Bicarbonat	-1,23	-17,5	2009	2014
43	26311	Urethro(-zysto)skopie der Frau	-1,18	-9,7	2009	2014
44	13422	Zusatzpauschale (Teil-)Koloskopie	-1,13	-11,2	2009	2014
45	99701	Intensivdialyse (bisher Zentrums-/Praxisdialyse) KfH - Erwachsene	-1,12	-81,4	2009	2014
46	31824	Anästhesie oder Narkose 4	-1,12	-5,3	2009	2014
47	31301	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S1	-1,01	-11,0	2009	2014
48	31013	Operationsvorbereitung bei Patienten nach Vollendung des 60. Lebensjahres	-,97	-3,5	2009	2014
49	31242	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O2	-,95	-4,1	2009	2014
50	31010	Operationsvorbereitung bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum 12. Lebensjahr	-,94	-25,1	2009	2014

* nach regionaler Euro-Geb.-ordn., ohne belegärztl. Leist.

Quelle: KBV

Abb. 45: Belegungstage ambulant-sensitiver Krankenhausfälle 2011 und 2013



Quelle: DRG-Statistik

6.3 Vergleich der Trends im ambulanten und stationären Sektor

6.3.1 Trends 2011 bis 2013

Für einen Vergleich der Trends auf Kreisebene werden zwei Korrelationen gebildet.

1. Zwischen dem gesamten ambulanten Leistungsbedarf und allen stationären Belegungstagen.
2. Zwischen dem ambulanten Leistungsbedarf stationsersetzender/neuer GOPs und stationären Belegungstagen ambulant-sensitiver Krankenhausfälle.

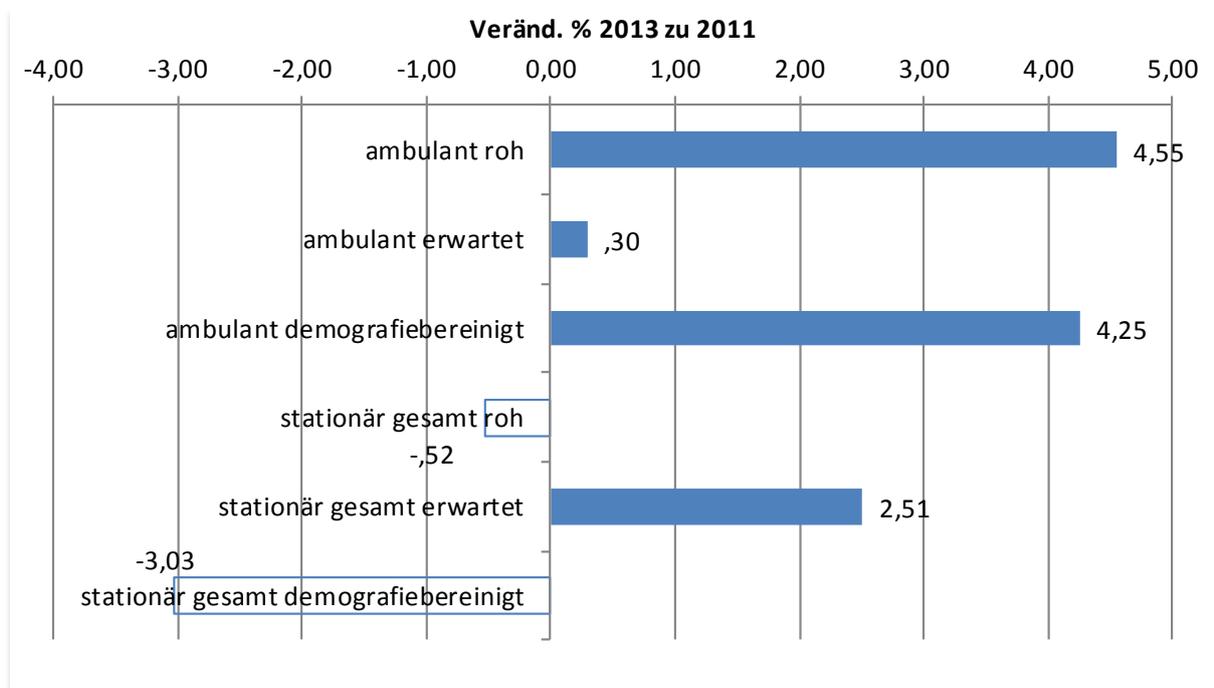
Die erste Korrelation bildet den Trend des Leistungsgeschehens in den gesamten Sektoren ambulant bzw. stationär ab. Die zweite Korrelation hingegen bildet die Indikationen bzw. Leistungen ab, deren Trend im Zeitverlauf als Ausdruck von Verlagerungseffekten anzusehen ist. Die Korrelation gibt Hinweise auf solche Effekte, wenn ein Rückgang von Belegungstagen ambulant-sensitiver Krankenhausfälle gefunden wird bei gleichzeitig ansteigendem Leistungsbedarf stationsersetzender/neuer GOPs.

Der Vergleich über die hier gewählten Jahre 2011 und 2013 für die ausgewählten stationsersetzenden/neuen GOPs wird ohne die Zuschläge für konservativ tätige Augenärzte sowie für fachärztliche Grundversorgung gemacht. Diese beiden letzten Gruppen von GOPs liegen für das gesamte Jahr 2014 nach Einführung 4/2013 vor und können in einer Querschnittsbetrachtung des Jahres 2014 im Vergleich der Kreise in Relation zu stationären Fällen/Behandlungstagen verwendet werden. Die Vergleichsjahre 2011 und 2013 sind diejenigen, für die als Vergleichsgröße im stationären Sektor die Belegungstage verfügbar sind.

Von 2011 bis 2013 steigt im Bundesdurchschnitt der gesamte ambulante Leistungsbedarf rund 4,6 % an (rohe Rate, Abb. 46). Setzt man fiktiv den mittleren ambulanten Leistungsbedarf je Einwohner konstant

auf den Wert von 2011, so lässt sich ein erwarteter Leistungsbedarf 2013 berechnen, der sich aus der Entwicklung des mittleren Alters der Bevölkerung ergibt. Dies ergibt einen erwarteten Leistungsbedarf um 0,3 % höher als 2011. Daraus resultiert ein demografiebereinigter Leistungsbedarf, der 4,3 % höher als 2011 berechnet wird.

Abb. 46: Mittlere bundesdurchschnittliche ambulante Leistungsbedarfsänderung* und Änderung von Belegungstagen 2011 zu 2013

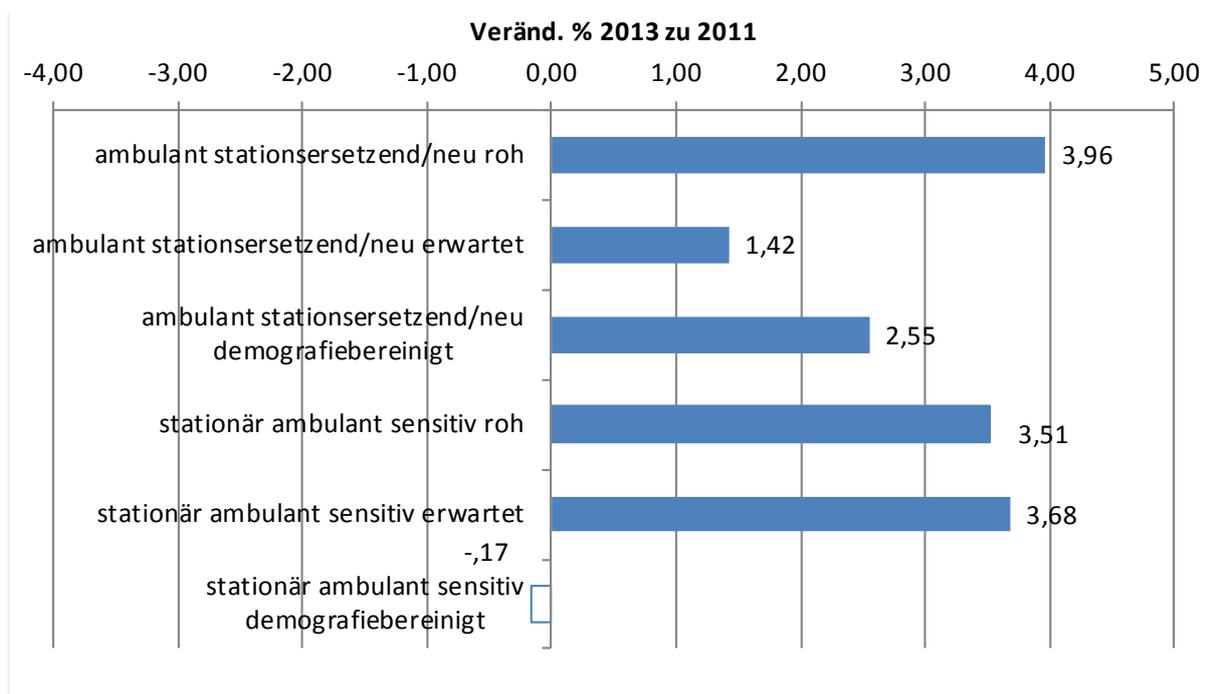


* nach regionaler Euro-Geb.-ordn., ohne belegärztl. Leist.
Quelle: KBV, DRG-Statistik

Die Belegungstage waren im Bundesdurchschnitt 0,5 % rückläufig. Bei einer erwarteten Steigerung aufgrund der demographischen Entwicklung von 2,5 % resultiert ein demografiebereinigter Rückgang um 3 %.

Die Teilmenge des ambulanten Leistungsbedarfs ausgewählter stationsersetzender/neuer GOPs ist im Bundesdurchschnitt von 2011 bis 2013 ebenfalls ansteigend (rohe Rate rund 4 %, Abb. 47). Der erwartete Leistungsbedarf dieser Leistungen fällt um 1,4 % höher aus als 2011. Daraus resultiert ein demografiebereinigter Leistungsbedarf, der 2,6 % höher als 2011 berechnet wird.

Abb. 47: Mittlere bundesdurchschnittliche ambulante Leistungsbedarfsänderung stationsersetzender/neuer Leistungen* und Änderung von Belegungstagen ambulant-sensitiver Krankenhaufälle (stationär) 2011 zu 2013

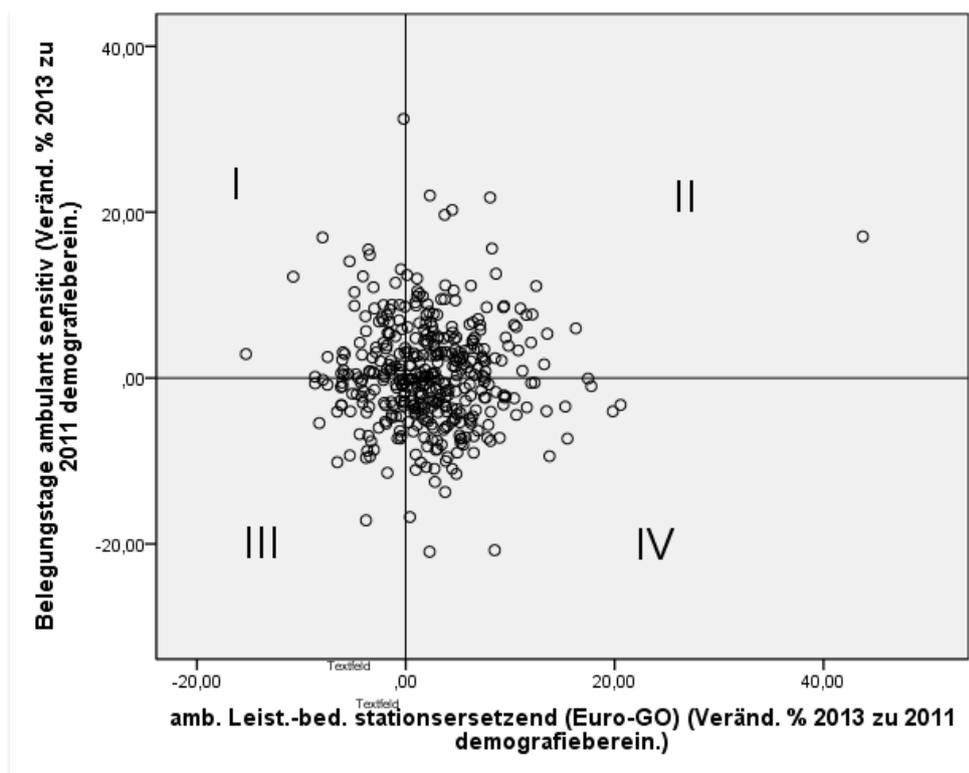


* nach regionaler Euro-Geb.-ordn., ohne belegärztl. Leist., ohne Zuschläge für konservativ tätige Augenärzte sowie für fachärztliche Grundversorgung
 Quelle: KBV, DRG-Statistik

Filtiert man aus allen Krankenhaufällen die Teilmenge ambulant-sensitiver Krankenhaufälle, so stiegen die darauf entfallenden Belegungstage im Bundesdurchschnitt um 3,5 % an, entgegen dem rückläufigen Trend im Mittel aller Krankenhaufälle. Bei einer erwarteten Steigerung aufgrund demographischer Entwicklungen von 3,7 % resultiert ein demografiebereinigter Rückgang um 0,2 %.

Somit zeigt sich demografiebereinigt ein steigender Leistungsbedarf stationsersetzender/neuer Leistungen bei gleichzeitigem Rückgang der Belegungstage ambulant-sensitiver Krankenhaufälle, was als Hinweis auf eine Verlagerung anzusehen ist. Diese Konstellation ist in 138 von 402 Kreisen zu finden (Abb. 48, Quadrant IV). In 132 Kreisen ist bei steigendem Leistungsbedarf ein Anstieg der Belegungstage sichtbar. Die Verteilung der Kreise zeigt eine schwache Korrelation bezüglich der beiden Trends von ambulantem Leistungsbedarf stationsersetzender/neuer Leistungen und Belegungstagen.

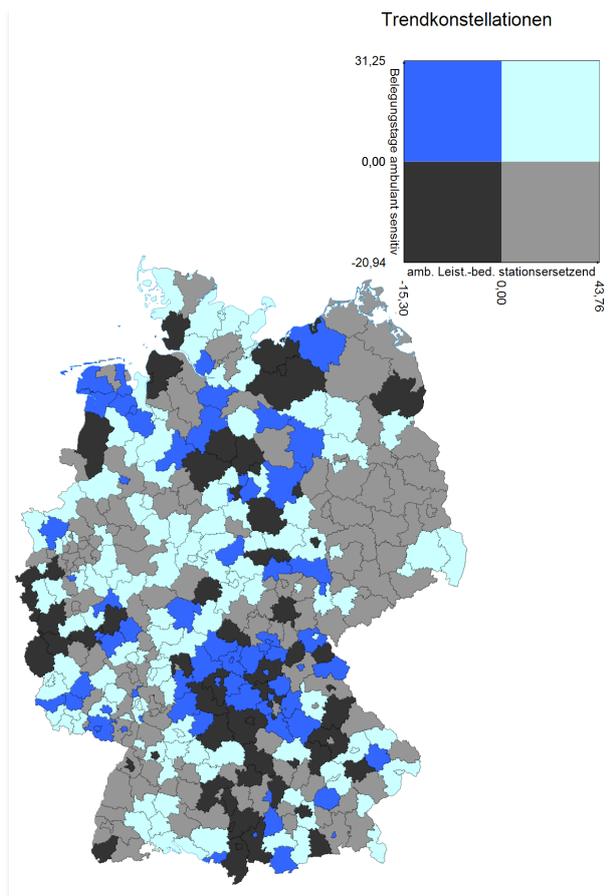
Abb. 48: Verteilung der Kreise (n=402) nach dem Trend von ambulantem Leistungsbedarf stationsersetzender/ neuer Leistungen* und Belegungstagen ambulant-sensitiver Krankenhausfälle



* nach regionaler Euro-Geb.-ordn., ohne belegärztl. Leist., ohne Zuschläge für konservativ tätige Augenärzte sowie für fachärztliche Grundversorgung
Quelle:KBV, DRG-Statistik

Die Trendkonstellation steigender Leistungsbedarf stationsersetzender/neuer Leistungen bei gleichzeitigem Rückgang der Belegungstage ist in der folgenden Abbildung in der Vierfeldertafel „Trendkonstellationen“ rechts unten platziert mit dem dort erkennbaren Farbton, der die betreffenden Kreise markiert (Abb. 49).

Abb. 49: Veränderung von Leistungsbedarf stationersetzender/neuer Leistungen * (ambulant demografiebereinigt, X-Achse) und Belegungstagen ambulant-sensitiver Krankenhausfälle (stationär demografiebereinigt, Y-Achse) von 2011 bis 2013 in %



* nach regionaler Euro-Geb.-ordn., ohne belegärztl. Leist., ohne Zuschläge für konservativ tätige Augenärzte sowie für fachärztliche Grundversorgung
Quelle: KBV, DRG-Statistik

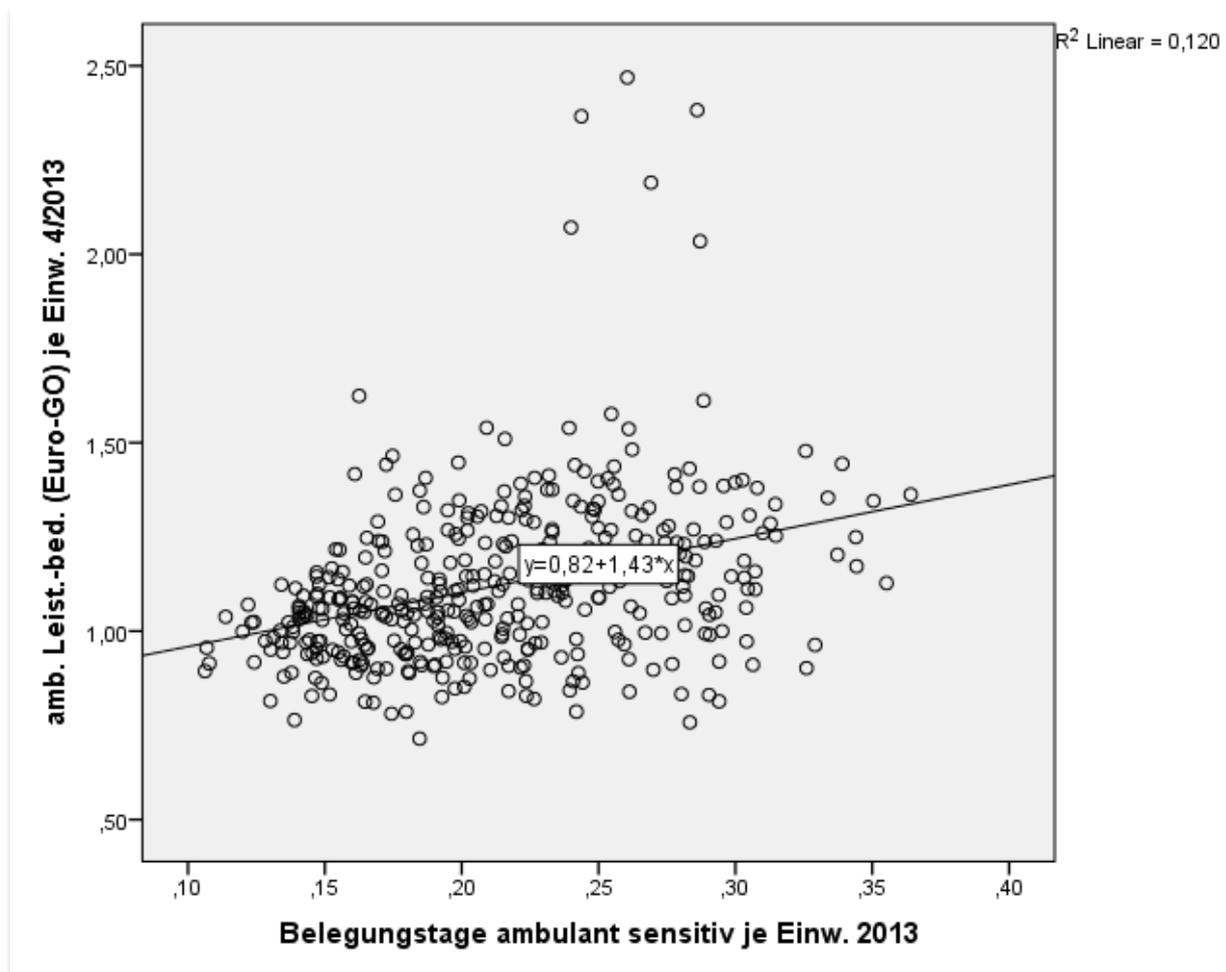
6.3.2 Zusammenhang regionaler Unterschiede mittelbar stationersetzender Leistungen und stationärer Belegungstage im Jahr 2013

Wie bereits ausgeführt, sind die Pauschalen fachärztlicher Grundversorgung eher als mittelbar stationersetzende Leistungen anzusehen, da diese fällig sind, wenn die betreffenden Praxen bestimmte, als Grundversorgung definierte Leistungen erbringen und somit die Existenz grundversorgender Praxen gesichert wird und deren Fähigkeit, stationersetzend Fälle zu behandeln. Abrechnungsdaten dieser Pauschalen liegen für das Jahr 2013 gemäß der Einführung der betreffenden GOPs ab dem 4. Quartal dieses Jahres vor. Um diese mit stationären Belegungstagen korrelieren zu können, sind entsprechende Daten für 2013 verfügbar. Belegungstage 2014 liegen noch nicht vor. Der hier mögliche Vergleich bezieht sich also auf das 4. Quartal 2013 im ambulanten Leistungsbedarf aus Pauschalen fachärztlicher Grundversorgung, während stationäre Belegungstage bezogen auf das Gesamtjahr berücksichtigt werden können. Auch hier werden die Belegungstage ambulant-sensitiver Krankenhausfälle zugrunde gelegt.

Hinweise auf den gesuchten Zusammenhang wären demnach in den verfügbaren Daten darin zu sehen, dass der mittlere Leistungsbedarf je Einwohner aus diesen Daten je nach Kreis umso höher ausfällt, je geringer die Belegungstage je Einwohner im gleichen Kreis berechnet werden.

Die Streuung der 402 Kreise des Bundesgebiets nach diesen beiden Kennzahlen (im Mittel je Einwohner) deutet nicht auf diesen Zusammenhang hin (Abb. 50). Der Zusammenhang scheint schwach ausgeprägt.

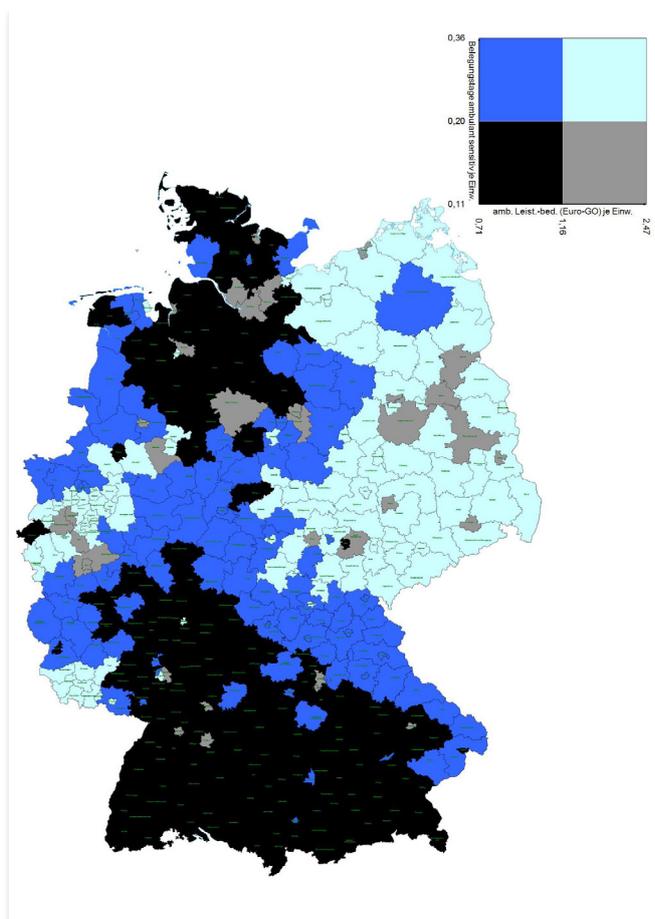
Abb. 50: Leistungsbedarf aus Pauschalen fachärztlicher Grundversorgung je Einwohner 4/2013 und Belegungstage ambulant-sensitiver Krankenhaüsälle je Einwohner 2013 nach Kreisen



* in Euro nach regionaler Euro-Geb.-ordn., ohne belegärztl. Leist.
Quelle: KBV, DRG-Statistik, Stat. Bundesamt

In 33 der 402 Kreise ist der mittlere ambulante Leistungsbedarf je Einwohner aus Pauschalen fachärztlicher Grundversorgung überdurchschnittlich hoch und die Belegungstage je Einwohner fallen unterdurchschnittlich aus (Abb. 51).

Abb. 51: Leistungsbedarf* aus Pauschalen fachärztlicher Grundversorgung je Einwohner (ambulant, X-Achse) und Belegungstage ambulant sensibler Krankenhausfälle je Einwohner (stationär, Y-Achse) 2013 nach Kreisen



* in Euro nach regionaler Euro-Geb.-ordn., ohne belegärztl. Leist.
Quelle: KBV, DRG-Statistik, Stat. Bundesamt

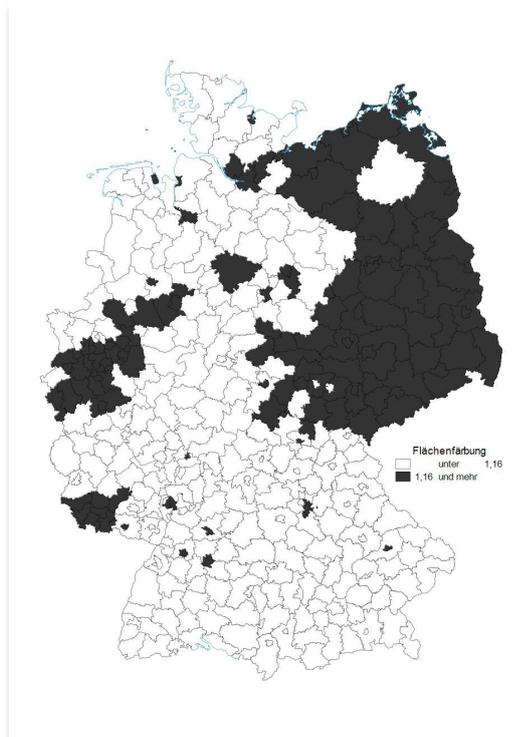
Sowohl der mittlere ambulante Leistungsbedarf je Einwohner aus Pauschalen fachärztlicher Grundversorgung als auch die Belegungstage je Einwohner sind regional unterschiedlich verteilt. Gemessen am gewichteten Bundesdurchschnitt ist im überwiegenden Teil der Kreise (269 von 402) der ambulante Leistungsbedarf aus Pauschalen fachärztlicher Grundversorgung je Einwohner niedriger als der Bundesdurchschnitt (Abb. 52). Die mittleren Belegungstage je Einwohner sind bezogen auf den gewichteten Bundesdurchschnitt nicht derart ungleich verteilt, da für etwas weniger als die Hälfte der Kreise (198 von 402) niedrigere mittlere Belegungstage ambulant-sensibler Krankenhausfälle je Einwohner als im Bundesdurchschnitt berechnet werden (Abb. 53).

Eine Risikoadjustierung der Verteilung des mittleren ambulanten Leistungsbedarfs ist sinnvoll, weil ein von dem tatsächlichen Leistungsbedarf abweichender Leistungsbedarf zu erwarten ist, der sich aufgrund von Besonderheiten in den hier verglichenen Kreisen ergibt, die als relevant für die Höhe des Leistungsbedarfs aus Pauschalen fachärztlicher Grundversorgung anzusehen sind. Für diese Adjustierung liegt je Kreis das Ergebnis einer Leistungsbedarfsberechnung mit dem Grouper des Instituts des Bewertungsausschusses (InBA) bezogen auf das Jahr 2010 vor. Damit wird ein erwarteter Leistungsbedarf aus Pauschalen fachärztlicher Grundversorgung je Einwohner gebildet, indem in linearer Regression der Erwartungswert nach dem InBA als erklärende Variable des tatsächlichen Leistungsbedarfs aus Pauschalen fachärztlicher Grundversorgung je Einwohner dient.

Je Kreis ergibt sich ein Residuum als Differenz zwischen erwartetem und tatsächlichem Leistungsbedarf aus Pauschalen fachärztlicher Grundversorgung je Patient. Der als Hinweis auf Verlagerungseffekte ge-

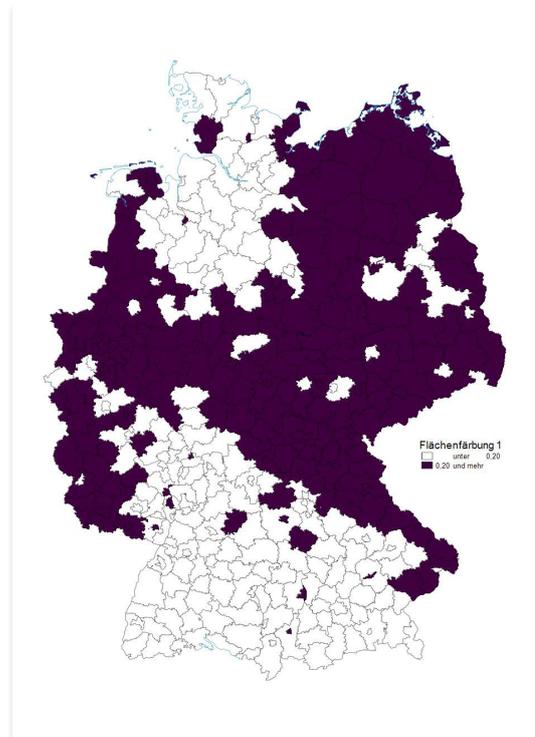
suchte negative Zusammenhang dieses Residuums mit den mittleren Belegungstagen je Einwohner über die Kreise lässt sich jedoch nicht finden.

Abb. 52: Leistungsbedarf aus Pauschalen fachärztlicher Grundversorgung je Einwohner (ambulant, 4/2013)



* in Euro nach regionaler Euro-Geb.-ordn., ohne belegärztl. Leist.
Quelle: KBV, Stat. Bundesamt

Abb. 53: Belegungstage ambulant-sensitiver Krankenhaushfälle je Einwohner (stationär) 2013



Quelle: DRG-Statistik, Stat. Bundesamt

7 Fazit

Die Zahl der Behandlungen, die ambulant statt stationär durchgeführt werden, ist im Untersuchungszeitraum messbar und deutlich angestiegen. Vergleicht man die Jahre 2011 und 2013, ergeben sich Veränderungen beim Leistungsvolumen insofern, als der Leistungsbedarf aus stationärsersetzenden/neuen Leistungen in allen vertragsärztlichen Praxen demografiebereinigt ansteigt und Belegungstage ambulant-sensitiver Krankenhausfälle entsprechend leicht rückläufig sind. Ohne Demografiebereinigung steigen sowohl Leistungsbedarf aus stationärsersetzenden/neuen Leistungen in vertragsärztlichen Praxen als auch Belegungstage ambulant-sensitiver Krankenhausfälle.

Eine tiefergehende Analyse nach Fachgruppen ergibt, dass stationärsersetzende Leistungen besonders hohen Anteil bei Anästhesisten sowie bei Chirurgen haben. In relevantem Umfang werden diese Leistungen auch von Augenärzten, HNO-Ärzten, Hautärzten, Kardiologen, Orthopäden, Radiologen sowie Urologen erbracht. Während der Anteil bei den meisten Fachgruppen allerdings zu Beginn ansteigt und später stagniert, verzeichnen Anästhesisten über den gesamten Zeitraum steigende Zahlen.

Einige der hier ausgewählten neuen Leistungen sind als mittelbar stationärsersetzend anzusehen, da die zusätzlichen Finanzmittel für diese Leistungen als Stärkung des ambulanten Sektors gelten können. Beispiel ist der Zuschlag für die Behandlung durch (einen) konservativ tätige(n) Augenarzt/-ärzte (GOP 06225), der ab 2013 enthalten ist. Der Zuwachs entfällt somit zu einem wesentlichen Teil (264 Mio. Euro) auf den Leistungsbedarf dieser augenärztlichen Zuschlags-GOP. Weiterhin mittelbar stationärsersetzend anzusehen sind die in Quartal 4/2013 eingeführten Zuschläge fachärztlicher Grundversorgung, darunter mit dem höchsten Leistungsbedarfsanstieg die GOP 08220 Zuschlag für die gynäkologische Grundversorgung. Weitere ausgewählte GOPs sind im engeren Sinn stationärsersetzend anzusehen, wie GOPs zu Dialysepauschalen, Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex, Zusatzpauschale Koloskopie, sowie intraoculare oder dermatochirurgische Eingriffe wie auch humangenetische Leistungen.

Der ambulante Leistungsbedarf dieser im engeren Sinn stationärsersetzenden/neuen GOPs ist auf Kreisebene für die Jahre 2011 und 2013 mit der ebenfalls vorliegenden Anzahl von Belegungstagen ambulant-sensitiver Krankenhausfälle zu korrelieren. Im Mittel aller Kreise steigt der Leistungsbedarf dieser GOPs etwa 4 % an bei einem Anstieg der Belegungstage von 3,5 % (rohe Rate). Ein Trend, der als Hinweis auf einen Verlagerungseffekt angesehen wird, findet sich bei demografiebereinigten Raten. Bei einem 2,6 % höheren ambulanten Leistungsbedarf stationärsersetzender/neuer GOPs ergibt sich im gleichen Zeitraum ein Rückgang der Belegungstage ambulant-sensitiver Krankenhausfälle von 0,2 %.

In etwa einem Drittel der Kreise wird demografiebereinigt eine steigende Rate des ambulanten Leistungsbedarfs im engeren Sinn stationärsersetzender GOPs bei rückläufigen Belegungstagen ambulant-sensitiver Krankenhausfälle von 2011 bis 2013 berechnet.

Die Korrelation mittelbar stationärsersetzender Leistungen in Form der Pauschalen fachärztlicher Grundversorgung im Vergleich zum Trend stationärer Belegungstage lässt sich nicht im Zeitverlauf darstellen, da die Pauschalen erst im 4. Quartal 2013 eingeführt wurden. Da Belegungstage noch nicht für 2014 vorliegen, ist die Betrachtung auf 2013 eingeschränkt. Dabei wird als Hinweis auf eine Verlagerung nach der Konstellation gesucht, dass der mittlere Leistungsbedarf je Einwohner je nach Kreis umso höher ausfällt, je geringer die Belegungstage je Einwohner im gleichen Kreis berechnet werden. Die Konstellation „mittlerer ambulanter Leistungsbedarf je Einwohner aus Pauschalen fachärztlicher Grundversorgung überdurchschnittlich hoch und Belegungstage je Einwohner unterdurchschnittlich“ wird lediglich in 33 von 402 Kreisen gefunden. Der gesuchte Zusammenhang zeigt sich auch nicht nach einer Risikoadjustierung des tatsächlichen Leistungsbedarfs.

Von dem entwickelten Studienplan sind hier die Ergebnisse zum Fachgruppenmittel der ausgewählten Leistungen dargestellt. Eine Fortführung könnte darin bestehen, den mittleren Leistungsbedarf der Behandlungsfälle je Fachgruppe darzustellen, für den mindestens eine der ausgewählten Leistungen abgerechnet wurde, der sich somit aus dem Leistungsbedarf der ausgewählten GOPs sowie allen übrigen GOPs zusammensetzt, die für diese Fälle abgerechnet wurden. Der mittlere Leistungsbedarf stationärs-

ersetzender Fälle (ggf. mit neuen Leistungen) könnte mit dem mittleren Leistungsbedarf aller Fälle je Fachgruppe verglichen werden, um zu erkennen, ob dieser relevant abweicht. Diese Fortführung wäre in einer zukünftigen Arbeit zu leisten.

Die hier definierte Auswahl stationsersetzender und neu eingeführter Gebührenordnungspositionen könnte verwendet werden, um davon ausgehend in anderen Datenbasen deren Umfang und zeitlichen Verlauf des Leistungsbedarfs aus diesen GOPs darzustellen.

8 Literatur

Albrecht M, Schliwen A, Loos S (2014): Forschungsvorhaben zur Umsetzung des § 221b Absatz 2 SGB V – Evaluierung der Auswirkungen von Zuschlägen zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in unterversorgten Gebieten (§ 87a Absatz 2 Satz 3 SGB V). Abschlussbericht.

Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e.V., Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft e.V.: Leitlinie Nr. 21 Altersabhängige Makuladegeneration AMD, o.O. 2011.

Czihal T, Özkan, A, Gerber, C, von Stillfried D (2013): Arbeitsteilung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, Link: [HTTP://WWW.VERSORGUNGSATLAS.DE/FILEADMIN/ZIVA_DOCS/53/BERICHT_ARBEITSTEILUNG_VA-53-2014_FINAL_NEU_2.PDF](http://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/53/BERICHT_ARBEITSTEILUNG_VA-53-2014_FINAL_NEU_2.PDF)

Grunddaten der Krankenhäuser 2013, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Statistisches Bundesamt.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) Neuerungen. Was sich ab Oktober 2013 für Hausärzte und Fachärzte ändert, PraxisWissen 2013.

KG 2-Statistik (gesetzliche Krankenversicherung: u.a. Leistungsfälle und -zeiten von Arbeitsunfähigkeit, Krankengeld, -hausbehandlung, häuslicher Krankenpflege, Leistungsfälle bei Schwanger- und Mutterschaft, von Entbindungs- und Sterbegeld), Bundesministerium für Gesundheit, in: Gesundheitsberichterstattung des Bundes.

Stillfried, D v/Czihal T 2015: Überlegungen zur Weiterentwicklung der Bestimmung des Versorgungsbedarfs unter besonderer Berücksichtigung der Bedarfsplanung, internes Diskussionspapier, Berlin.

9 Anhang

Tab. 4: Leistungsbedarfsstärkste Gebührenordnungspositionen einer Auswahl stationersetzender Gebührenordnungspositionen von ausgewählten nordrheinischen Praxen

01851	Untersuchung vor Sterilisation
02300	Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation
02301	Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung mittels Naht
02302	Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern
04530	Zusatzpauschale pädiatrische Pneumologie
05330	Anästhesie oder Kurznarkose
05331	Zuschlag weitere 15 Minuten
09361	Kleinchirurgischer Eingriff II im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich und/oder primäre Wundversorgung im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich
09362	Kleinchirurgischer Eingriff III im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern im Hals-Nasen-Ohr
13421	Zusatzpauschale Koloskopie
13422	Zusatzpauschale (Teil-)Koloskopie
26310	Urethro(-zysto)skopie des Mannes
26311	Urethro(-zysto)skopie der Frau
26330	Zusatzpauschale ESWL
30600	Zusatzpauschale Prokto-/Rektoskopie
31010	Operationsvorbereitung bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum 12. Lebensjahr
31011	Operationsvorbereitung für Eingriffe bei Jugendlichen und Erwachsenen bis zum vollendeten 40. Lebensjahr
31012	Operationsvorbereitung bei Eingriffen bei Patienten nach Vollendung des 40. Lj
31013	Operationsvorbereitung bei Patienten nach Vollendung des 60. Lebensjahres
31101	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A1
31102	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2
31103	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3
31104	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A4
31108	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31101 bis 31107
31112	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B2
31121	Eingriff der Kategorie C1
31122	Eingriff der Kategorie C2
31123	Eingriff der Kategorie C3
31124	Eingriff der Kategorie C4
31125	Eingriff der Kategorie C5
31127	Eingriff der Kategorie C7
31128	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31121 bis 31126 bei Simultaneingriffen sowie zu der Gebührenordnungsposition 31127
31131	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D1
31132	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D2
31133	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D3
31134	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D4
31142	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E2
31143	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E3
31144	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E4
31145	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E5
31146	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E6
31148	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31141 bis 31147
31153	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F3
31154	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F4
31171	Proktologischer Eingriff der Kategorie H1
31172	Proktologischer Eingriff der Kategorie H2
31173	Proktologischer Eingriff der Kategorie H3
31174	Proktologischer Eingriff der Kategorie H4
31175	Proktologischer Eingriff der Kategorie H5

31201	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K1
31202	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K2
31203	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K3
31204	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K4
31231	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N1
31232	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N2
31233	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N3
31234	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N4
31235	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N5
31236	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N6
31238	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31231 bis 31237
31242	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O2
31272	Urologischer Eingriff der Kategorie Q2
31275	Urologischer Eingriff der Kategorie Q5
31281	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R1
31282	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R2
31283	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R3
31284	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R4
31301	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S1
31302	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S2
31303	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S3
31308	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31301 bis 31307
31311	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T1
31312	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T2
31313	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T3
31318	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31311 bis 31317
31338	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31331 bis 31337
31341	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W1
31342	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W2
31351	Intraocularer Eingriff der Kategorie X2
31501	Postoperative Überwachung 1
31502	Postoperative Überwachung 2
31503	Postoperative Überwachung 3
31504	Postoperative Überwachung 4
31505	Postoperative Überwachung 5
31506	Postoperative Überwachung 6
31507	Postoperative Überwachung 7
31600	Postoperative Behandlung durch den Hausarzt
31602	Postoperative Behandlung I/1b
31609	Postoperative Behandlung Chirurgie I/2b
31614	Postoperative Behandlung Chirurgie II/1a
31615	Postoperative Behandlung Chirurgie II/1b
31616	Postoperative Behandlung Chirurgie II/2a
31617	Postoperative Behandlung Chirurgie II/2b
31618	Postoperative Behandlung Chirurgie II/3a
31656	Postoperative Behandlung Hals-Nasen-Ohren VI/1a
31657	Postoperative Behandlung Hals-Nasen-Ohren VI/1b
31658	Postoperative Behandlung Hals-Nasen-Ohren VI/2a
31659	Postoperative Behandlung Hals-Nasen-Ohren VI/2b
31661	Postoperative Behandlung Hals-Nasen-Ohren VI/3b
31695	Postoperative Behandlung Gynäkologie IX/1a
31696	Postoperative Behandlung Gynäkologie IX/1b
31697	Postoperative Behandlung Gynäkologie IX/2a
31698	Postoperative Behandlung Gynäkologie IX/2b

31716	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XI/1a
31718	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XI/2a
31719	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XI/2b
31725	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XII/1b
31800	Regionalanästhesie durch den Operateur
31820	Leitungsanästhesie an der Schädelbasis
31821	Anästhesie oder Kurznarkose 1
31822	Anästhesie oder Narkose 2
31823	Anästhesie oder Narkose 3
31824	Anästhesie oder Narkose 4
31825	Anästhesie oder Narkose 5
31827	Anästhesie oder Narkose 7
31828	Zuschlag zu den Anästhesieleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 31821 bis 31827
31831	Analgesie bei Phakoemulsifikation II
31900	Praktische Schulung
31920	Kontraktionsmobilisierung
31932	Behandlung mit einer orthopädischen Hilfsvorrichtung
31941	Abdrücke und Modelle I
34283	Serienangiographie
34286	Zuschlag Intervention
34294	Phlebographie
34502	CT-gesteuerte Intervention
34504	CT-gesteuerte-schmerztherapeutische Intervention(en)
86518	Zuschlag für die Palliativversorgung
90200	Wegegebühr, Wegepauschale bis 2 DKM bei Tag
90621	Sachkosten Katarakt-OP, Sachkosten Linse (Hinterkammerlinse u. einer faltbaren Silikonlinse) u.Verbrauchsmaterial KN, LKK
90633	Kataraktvertrag Ersatzkassen, Kataraktop. mit faltbarer Linse einschl. aller entst. Sachk.
90634	Kataraktvertrag Ersatzkassen, weitere OP oberhalb des Kontingentes
90636	Nichtteilnehmer Kataraktvertrag EKK,AOK,IKKBKK,Katarakt-OP.,Intraokularlinsen sowie Sachkosten des Verbrauchsmaterials
90660	AOK amb. Katarakt-Op faltbarer Linse
90707	Kataraktvertrag BKK Operationspauschale incl. Linsenkosten je Auge
90778	Kataraktvertrag BKK , Postoperative Betreuung nach Kataraktoperation durch den zuweisenden Augenarzt oder den Operateur
90979	Kostenpauschale Suprapubischer Katheter
91101	Palliativvertrag EKK, Pauschale HA/FA zus. Aufwand Betreuung Pat/Ang. vor Ort, Überprüfung Schmerzth. Koord., je Hausbes. 01410-01412
91110	Palliativvertrag EKK, Pauschale QPA Bereitstellung Konsiliardienst, Diagnosestellg.,Therapieplan,Schmerztherapieplan
91111	Palliativvertrag EKK, Pauschale für QPA für eine vom HA angeforderte fernmündliche palliativmed. Beratung, je Konsilium
91313	Versorgung durch Wundassistenz - Besuch im häuslichen Umfeld auf Veranlassung d. betreuenden Arztes, (Hin-und Rückfahrt)
93164	IV Schlaganfall Rhld, Koordinationspauschale 1. Quartal, Netz FA - je Quartal
93165	IV Schlaganfall Rhld, Koordinationspauschale 4. Quartal, Netz FA - je Quartal
93295	IV Kardiologie Rhld, Koordinationspauschale 4. Quartal, Netz FA - je Quartal
93430	IV Multiple Sklerose Rheinland, Untersuchung- und Koordinationspauschale
93431	IV Multiple Sklerose Rheinland, Behandlungspauschale für ambulante Schubbehandlungen
93601	IV Osteoporose Rheinland Quartalspauschale ,je Pat.
93611	IV Osteoporose - Quartalspauschale (4x p.a.)
93612	IV Osteoporose - Sturzprophylaxe - (1x pro Kalenderjahr)
97070A	Durchführung einer Tonsillotomie
97070B	Durchführung einer Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie

Quelle: KV Nordrhein, Zi-ADT-Panel

Tab. 5: Leistungsbedarfsstärkste Gebührenordnungspositionen einer Auswahl neu eingeführter Gebührenordnungspositionen von ausgewählten nordrheinischen Praxen

01211	Zusatzpauschale Besuchsbereitschaft
01219	Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01218
01415	Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal
01435	Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale
01723	U7a
01735	Beratung gemäß § 4 der Chroniker-Richtlinie zu Früherkennungsuntersuchungen für nach dem 1. April 1987 geborene Frauen
01745	Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs
01746	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01732 für die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs
01771	Zuschlag im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 01770
03362	Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex
04355	Sozialpädiatrisch orientierte eingehende Beratung, Erörterung und/oder Abklärung
05220	Zuschlag für die anästhesiologische Grundversorgung
06220	Zuschlag für die augenärztliche Grundversorgung
06225	Zuschlag für die Behandlung durch (einen) konservativ tätige(n) Augenarzt/-ärzte
07220	Zuschlag für die chirurgische Grundversorgung
08220	Zuschlag für die gynäkologische Grundversorgung
09220	Zuschlag für die Hals-Nasen-Ohrenärztliche Grundversorgung
09343	Zusatzpauschale bei der Diagnostik des Tinnitus
09372	Hörgeräteversorgung beim Jugendlichen und Erwachsenen
09373	Zusatzpauschale für die erste Nachuntersuchung nach Hörgeräteversorgung beim Jugendlichen und Erwachsenen
09374	Zusatzpauschale für die Nachsorge(n) bei Hörgeräteversorgung
10220	Zuschlag für die hautärztliche Grundversorgung
16233	Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems in der häuslichen Umgebung
18220	Zuschlag für die orthopädische Grundversorgung
21218	Zuschlag für die psychiatrische und nervenkundliche Grundversorgung
26220	Zuschlag für die urologische Grundversorgung
30790	Eingangsdagnostik und Abschlussuntersuchung zur Behandlung mittels Körperakupunktur
30791	Durchführung einer Körperakupunktur
40454	Sachkosten im Zusammenhang mit der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34274
40841	Kostenpauschale zur Gebührenordnungsposition 25310
93783L	Makuladegenerationsbehandlung Nachbehandlung Operateur, linkes Auge
93783R	Makuladegenerationsbehandlung Nachbehandlung Operateur, rechtes Auge
93786R	Behandlung eines Makulaödems nach retinalem Venenverschluss, rechtes Auge
93788L	Makuladegenerationsbehandlung des linken Auges , ärztl- Operationshonorar
93788R	Makuladegenerationsbehandlung des rechten Auges , ärztl- Operationshonorar
93789L	Makuladegenerationsbehandlung des linken Auges mit VEGF-Hemmer Ranibizumab bzw. Pegaptanib, je Injektion
93790	Makuladegenerationsbehandlung des rechten Auges mit VEGF-Hemmer (außer Ranibizumab), je Injektion
93790R	Makuladegenerationsbehandlung des rechten Auges mit VEGF-Hemmer (außer Ranibizumab), je Injektion
93791	(Erbringung durch den konserv. tätigen Augenarzt) Makuladegenerationsbehandlung -postoperativer Leistungskomplex auf Überweisung durch den Operateur
93791	Maculadegenerationsbehandlung postoperativer Leistungskomplex
93791B	(Erbringung durch den konserv. tätigen Augenarzt) Makuladegenerationsbehandlung -postoperativer Leistungskomplex auf Überweisung durch den Operateur
93792	(Erbringung durch den Operateur) Makuladegenerationsbehandlung -postoperativer Leistungskomplex durch den Operateur
99611L	Zählziffer Medikament "Lucentis" -Makuladegenerationsbehandlung
99616E	Zählziffer Medikament "Eylea" -Makuladegenerationsbehandlung

Quelle: KV Nordrhein, Zi-ADT-Panel

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

OPS-Kode 2015	Zusatz- kenn- zeichen 2015 (¹)	OPS-Text 2015	EBM-Nr. (²)	EBM-Leistung	Kategorie (³)
1-275.0		Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	34291	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie	2
1-275.1		Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel	34291	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie	2
1-275.2		Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	34291	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie	2
1-275.3		Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung	34291	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie	2
1-275.4		Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung	34291	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie	2
1-275.5		Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie von Bypassgefäßen	34291	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie	2
1-432.1	↔	Perkutane Biopsie an respiratorischen Organen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Pleura	34505	CT-gesteuerte Intervention(en)	2
1-440.6		Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Gallengänge	13430	Zusatzpauschale bilio-pankreatische Diagnostik	2
1-440.7		Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Sphincter Oddi und Papilla duodeni major	13430	Zusatzpauschale bilio-pankreatische Diagnostik	1
1-440.8		Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Pankreas	13430	Zusatzpauschale bilio-pankreatische Diagnostik	2
1-442.0		Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Leber	34505	CT-gesteuerte Intervention(en)	2
1-442.2		Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Pankreas	34505	CT-gesteuerte Intervention(en)	2
1-444.6		Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	13421 bzw. 04514	Zusatzpauschale Koloskopie bzw. Zusatzpauschale Koloskopie beim Säugling, Kleinkind, Kind oder Jugendlichen	2
1-444.7		Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1-5 Biopsien	13421 bzw. 04514	Zusatzpauschale Koloskopie bzw. Zusatzpauschale Koloskopie beim Säugling, Kleinkind, Kind oder Jugendlichen	Erwachsene: 1, Neugeborene, Säuglinge Kleinkinder, Kinder und Jugendliche: 2
1-460.2		Transurethrale Biopsie an Harnorganen und Prostata: Harnblase	26310	Urethro(-zysto)skopie des Mannes	1
1-460.2		Transurethrale Biopsie an Harnorganen und Prostata: Harnblase	26311 bzw. 08311	Urethro(-zysto)skopie der Frau	1
1-460.3		Transurethrale Biopsie an Harnorganen und Prostata: Urethra	26310	Urethro(-zysto)skopie des Mannes	1
1-460.3		Transurethrale Biopsie an Harnorganen und Prostata: Urethra	26311 bzw. 08311	Urethro(-zysto)skopie der Frau	1
1-460.5		Transurethrale Biopsie an Harnorganen und Prostata: Stufenbiopsie	26310	Urethro(-zysto)skopie des Mannes	1
1-460.5		Transurethrale Biopsie an Harnorganen und Prostata: Stufenbiopsie	26311 bzw. 08311	Urethro(-zysto)skopie der Frau	1
1-473.0		Biopsie ohne Inzision am graviden Uterus mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Chorionzotten, perkutan	1787	Transzervikale Gewinnung von Chorionzottengewebe oder transabdominale Gewinnung von Plazentagewebe	1

Abschnitt 2: Ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe gemäß § 115 b SGB V außerhalb Anhang 2 zu Kapitel 31 des EBM Die Zuordnung der zutreffenden EBM-Leistung zu den einzelnen OPS-Kodes ist diesem Abschnitt 2 zu entnehmen.					
OPS-Kode 2015	Zusatz- kenn- zeichen (¹)	OPS-Text 2015	EBM-Nr. (²)	EBM-Leistung	Kategorie (³)
1-473.1		Biopsie ohne Inzision am graviden Uterus mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Chorionzotten, transvaginal	1787	Transzervikale Gewinnung von Chorionzotengewebe oder transabdominale Gewinnung von Plazentagewebe	1
1-473.3		Biopsie ohne Inzision am graviden Uterus mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Nabelschnurgefäße [Chordozenese]	1782	Transabdominale Blutentnahme	1
1-640		Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	13430	Zusatzpauschale bilio-pankreatische Diagnostik	1
1-641		Diagnostische retrograde Darstellung der Pankreaswege	13430	Zusatzpauschale bilio-pankreatische Diagnostik	1
1-642		Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	13430	Zusatzpauschale bilio-pankreatische Diagnostik	1
1-650.0		Diagnostische Koloskopie: Partiiell	13422 bzw. 04518	Zusatzpauschale (Teil-)Koloskopie bzw. Zusatzpauschale (Teil-)Koloskopie und/oder Sigmoidoskopie beim Säugling, Kleinkind, Kind oder Jugendlichen	Erwachsene: 1, Neugeborene, Säuglinge Kleinkinder, Kinder und Jugendliche: 2
1-650.1		Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	13421 bzw. 04514	Zusatzpauschale Koloskopie bzw. Zusatzpauschale Koloskopie beim Säugling, Kleinkind, Kind oder Jugendlichen	Erwachsene: 1, Neugeborene, Säuglinge Kleinkinder, Kinder und Jugendliche: 2
1-650.2		Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	13421 bzw. 04514	Zusatzpauschale Koloskopie bzw. Zusatzpauschale Koloskopie beim Säugling, Kleinkind, Kind oder Jugendlichen	Erwachsene: 1, Neugeborene, Säuglinge Kleinkinder, Kinder und Jugendliche: 2
1-661		Diagnostische Urethrozystoskopie	26310	Urethro(-zysto)skopie des Mannes	1
1-661		Diagnostische Urethrozystoskopie	26311 bzw. 08311	Urethro(-zysto)skopie der Frau	1
1-663.0		Diagnostische Urethrozystoskopie einer augmentierten Harnblase: Ohne künstlichen Sphinkter	26310	Urethro(-zysto)skopie des Mannes	1
1-663.0		Diagnostische Urethrozystoskopie einer augmentierten Harnblase: Ohne künstlichen Sphinkter	26311 bzw. 08311	Urethro(-zysto)skopie der Frau	1
1-663.1		Diagnostische Urethrozystoskopie einer augmentierten Harnblase: Mit künstlichem Sphinkter	26310	Urethro(-zysto)skopie des Mannes	1
1-663.1		Diagnostische Urethrozystoskopie einer augmentierten Harnblase: Mit künstlichem Sphinkter	26311 bzw. 08311	Urethro(-zysto)skopie der Frau	1
1-852		Diagnostische Amniozentese [Amnionpunktion]	1781	Fruchtwasserentnahme	1
3-600		Arteriographie der intrakraniellen Gefäße	34283 + 34284	Serienangiographie + Zuschlag	2
3-601		Arteriographie der Gefäße des Halses	34283 + 34285	Serienangiographie + Zuschlag	2
3-602		Arteriographie des Aortenbogens	34283 + 34285	Serienangiographie + Zuschlag	2
3-603		Arteriographie der thorakalen Gefäße	34283 + 34285	Serienangiographie + Zuschlag	2
3-604		Arteriographie der Gefäße des Abdomens	34283 + 34285	Serienangiographie + Zuschlag	2
3-605		Arteriographie der Gefäße des Beckens	34283 + 34285	Serienangiographie + Zuschlag	2
3-606	↔	Arteriographie der Gefäße der oberen Extremitäten	34283 + 34285	Serienangiographie + Zuschlag	2
3-607	↔	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	34283 + 34285	Serienangiographie + Zuschlag	2

Abschnitt 2: Ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe gemäß § 115 b SGB V außerhalb Anhang 2 zu Kapitel 31 des EBM					
Die Zuordnung der zutreffenden EBM-Leistung zu den einzelnen OPS-Kodes ist diesem Abschnitt 2 zu entnehmen.					
OPS-Kode 2015	Zusatzkennzeichen 2015 (!)	OPS-Text 2015	EBM-Nr. (!)	EBM-Leistung	Kategorie (!)
3-608		Superselektive Arteriographie	34283 + 34284 oder 34283 + 34285	Serienangiographie + Zuschläge	2
3-613	↔	Phlebographie der Gefäße einer Extremität	34294	Phlebographie	1
3-614	↔	Phlebographie der Gefäße einer Extremität mit Darstellung des Abflussbereiches	34294	Phlebographie	1
5-091.01	↔	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides: Oberflächliche Exzision: Mit Beteiligung der Lidkante	6352	Kleinchirurgischer Eingriff am Auge III und/oder primäre Wundversorgung am Auge bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	1
5-092.3	↔	Operationen an Kanthus und Epikanthus: Kanthotomie	6352	Kleinchirurgischer Eingriff am Auge III und/oder primäre Wundversorgung am Auge bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	1
5-093.0	↔	Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium: Durch Thermokoagulation	6351	Kleinchirurgischer Eingriff am Auge II und/oder primäre Wundversorgung am Auge mittels Naht	1
5-112.1	↔	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Konjunktiva: Exzision ohne Plastik	6352	Kleinchirurgischer Eingriff am Auge III und/oder primäre Wundversorgung am Auge bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	1
5-155.6	↔	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea: Durch photodynamische Therapie	6332	Photodynamische Therapie(n) mit Verteporfin	1
5-200.4	B	Parazentese [Myringotomie]: Ohne Legen einer Paukendrainage	9361	Kleinchirurgischer Eingriff II im Hals-Nasen-Ohren-Mund Bereich und/oder primäre Wundversorgung im Hals- Nasen-Ohren-Mund-Bereich	Neugeborene, Säuglinge Kleinkinder, Kinder und Jugendliche: 1, Erwachsene: keine Leistung nach § 115 b
5-200.4	L,R	Parazentese [Myringotomie]: Ohne Legen einer Paukendrainage	9361	Kleinchirurgischer Eingriff II im Hals-Nasen-Ohren-Mund Bereich und/oder primäre Wundversorgung im Hals- Nasen-Ohren-Mund-Bereich	Neugeborene, Säuglinge Kleinkinder, Kinder und Jugendliche: 1, Erwachsene: keine Leistung nach § 115 b
5-200.5	B	Parazentese [Myringotomie]: Mit Einlegen einer Paukendrainage	09351 + 09351	Anlage einer Paukenhöhlendrainage	Neugeborene, Säuglinge Kleinkinder, Kinder und Jugendliche: 1, Erwachsene: keine Leistung nach § 115 b
5-200.5	L,R	Parazentese [Myringotomie]: Mit Einlegen einer Paukendrainage	9351	Anlage einer Paukenhöhlendrainage	Neugeborene, Säuglinge Kleinkinder, Kinder und Jugendliche: 1, Erwachsene: keine Leistung nach § 115 b 5-216.0
5-220.3	↔	Nasennebenhöhlenpunktion: Stirnhöhlenpunktion nach Beck	9362	Kleinchirurgischer Eingriff III im Hals-Nasen-Ohren- Mund-Bereich und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern im Hals-Nasen- Ohren-Mund-Bereich	1

Abschnitt 2: Ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe gemäß § 115 b SGB V außerhalb Anhang 2 zu Kapitel 31 des EBM					
Die Zuordnung der zutreffenden EBM-Leistung zu den einzelnen OPS-Kodes ist diesem Abschnitt 2 zu entnehmen.					
OPS-Kode 2015	Zusatzkennzeichen 2015 (!)	OPS-Text 2015	EBM-Nr. (!)	EBM-Leistung	Kategorie (!)
5-221.0	B	Operationen an der Kieferhöhle: Fensterung über unteren Nasengang	9362	Kleinchirurgischer Eingriff III im Hals-Nasen-Ohren- Mund-Bereich und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern im Hals-Nasen- Ohren-Mund-Bereich	1
5-221.0	L,R	Operationen an der Kieferhöhle: Fensterung über unteren Nasengang	9362	Kleinchirurgischer Eingriff III im Hals-Nasen-Ohren- Mund-Bereich und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern im Hals-Nasen- Ohren-Mund-Bereich	1
5-231.00		Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Tief zerstörter Zahn: Ein Zahn	15323	Kleinchirurgischer Eingriff III im Mund-Kiefer-Gesichts- Bereich und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern im Mund-Kiefer- Gesichts-Bereich	1
5-231.10		Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Teilweise retinierter oder verlagertes Zahn: Ein Zahn	15323	Kleinchirurgischer Eingriff III im Mund-Kiefer-Gesichts- Bereich und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern im Mund-Kiefer- Gesichts-Bereich	1
5-231.50		Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Entfernung einer frakturierten Wurzel oder Radix relicta: Ein Zahn	15323	Kleinchirurgischer Eingriff III im Mund-Kiefer-Gesichts- Bereich und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern im Mund-Kiefer- Gesichts-Bereich	1
5-231.60		Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Entfernung eines Zahnfragmentes aus Weichgewebe: Ein Zahn	15323	Kleinchirurgischer Eingriff III im Mund-Kiefer-Gesichts- Bereich und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern im Mund-Kiefer- Gesichts-Bereich	1
5-237.10		Wurzelspitzenresektion und Wurzelkanalbehandlung: Wurzelspitzenresektion im Frontzahnbereich: Ohne Wurzelkanalbehandlung	15322	Kleinchirurgischer Eingriff II im Mund-Kiefer-Gesichts- Bereich und/oder primäre Wundversorgung im Mund- Kiefer-Gesichts-Bereich	1
5-237.20		Wurzelspitzenresektion und Wurzelkanalbehandlung: Wurzelspitzenresektion im Seitenzahnbereich: Ohne Wurzelkanalbehandlung	15323	Kleinchirurgischer Eingriff III im Mund-Kiefer-Gesichts- Bereich und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern im Mund-Kiefer- Gesichts-Bereich	1
5-242.2		Andere Operationen am Zahnfleisch: Exzision von erkranktem Gewebe	15321	Kleinchirurgischer Eingriff I im Mund-Kiefer-Gesichts- Bereich	1
5-249.1		Andere Operationen und Maßnahmen an Gebiss, Zahnfleisch und Alveolen: Diastemaoperation	15323	Kleinchirurgischer Eingriff III im Mund-Kiefer-Gesichts- Bereich und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern im Mund-Kiefer- Gesichts-Bereich	1
5-250.0		Inzision, Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Zunge: Inzision am Zungenrand	9361	Kleinchirurgischer Eingriff II im Hals-Nasen-Ohren-Mund Bereich und/oder primäre Wundversorgung im Hals- Nasen-Ohren-Mund-Bereich	1
5-250.1		Inzision, Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Zunge: Inzision am Zungenkörper	9361	Kleinchirurgischer Eingriff II im Hals-Nasen-Ohren-Mund Bereich und/oder primäre Wundversorgung im Hals- Nasen-Ohren-Mund-Bereich	1
5-250.2		Inzision, Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Zunge: Exzision	2302	Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	1

Abschnitt 2: Ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe gemäß § 115 b SGB V außerhalb Anhang 2 zu Kapitel 31 des EBM					
Die Zuordnung der zutreffenden EBM-Leistung zu den einzelnen OPS-Kodes ist diesem Abschnitt 2 zu entnehmen.					
OPS-Kode 2015	Zusatzkennzeichen 2015 (!)	OPS-Text 2015	EBM-Nr. (!)	EBM-Leistung	Kategorie (!)
5-259.0		Andere Operationen an der Zunge: Verlagerung der Zungenaufhängung	15323	Kleinchirurgischer Eingriff III im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich	1
5-259.1		Andere Operationen an der Zunge: Durchtrennung des Frenulum linguae	15323	Kleinchirurgischer Eingriff III im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich	1
5-260.21	↔	Inzision und Schlitzung einer Speicheldrüse und eines Speicheldrüsenausführungsganges: Entfernung eines Speichelsteines: Ausführungsgang	9362	Kleinchirurgischer Eingriff III im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich	1
5-273.3		Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle: Exzision, lokal, Mundboden	2302	Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	1
5-273.4	↔	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle: Exzision, lokal, Wange	2302	Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	1
5-273.5		Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle: Exzision, lokal, Lippe	2302	Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	1
5-280.0		Transorale Inzision und Drainage eines pharyngealen oder parapharyngealen Abszesses: (Peritonsillär)	9362	Kleinchirurgischer Eingriff III im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich	2
5-300.30		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx: Destruktion: Elektrokoagulation	9362	Kleinchirurgischer Eingriff III im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich	2
5-300.31		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx: Destruktion: Laserkoagulation	9362	Kleinchirurgischer Eingriff III im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich	2
5-300.32		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx: Destruktion: Thermokoagulation	9362	Kleinchirurgischer Eingriff III im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich	2
5-300.33		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx: Destruktion: Kryokoagulation	9362	Kleinchirurgischer Eingriff III im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich	2
5-429.5		Andere Operationen am Ösophagus: Sprengung der Kardial (transluminal)	13410	Bougierung des Ösophagus oder Kardiasprengung	Erwachsene: 1, Neugeborene, Säuglinge Kleinkinder, Kinder und Jugendliche: stationär

Abschnitt 2: Ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe gemäß § 115 b SGB V außerhalb Anhang 2 zu Kapitel 31 des EBM					
Die Zuordnung der zutreffenden EBM-Leistung zu den einzelnen OPS-Kodes ist diesem Abschnitt 2 zu entnehmen.					
OPS-Kode 2015	Zusatzkennzeichen 2015 (!)	OPS-Text 2015	EBM-Nr. (!)	EBM-Leistung	Kategorie (!)
5-429.8		Andere Operationen am Ösophagus: Bougierung	13410	Bougierung des Ösophagus oder Kardiasprengung	1, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder und Jugendliche: stationär, Patienten mit Malignom der Speiseröhre: stationär
5-429.j1		Andere Operationen am Ösophagus: Maßnahmen bei selbstexpandierender Prothese: Einlegen oder Wechsel, endoskopisch, eine Prothese ohne Anti-refluxventil	13411	Einsetzen einer Ösophagusprothese	Einlage: 1, Wechsel: 2, Neugeborene, Säuglinge Kleinkinder, Kinder und Jugendliche: stationär
5-429.jc		Andere Operationen am Ösophagus: Maßnahmen bei selbstexpandierender Prothese: Einlegen oder Wechsel, endoskopisch, eine Prothese mit Antirefluxventil	13411	Einsetzen einer Ösophagusprothese	Einlage: 1, Wechsel: 2, Neugeborene, Säuglinge Kleinkinder, Kinder und Jugendliche: stationär
5-429.k1		Andere Operationen am Ösophagus: Maßnahmen bei nicht selbstexpandierender Prothese: Einlegen oder Wechsel, endoskopisch	13411	Einsetzen einer Ösophagusprothese	2
5-431.20		*Gastrostomie: Perkutan-endoskopisch (PEG): Durch Fadendurchzugsmethode	13412	Perkutane Gastrostomie	1
5-431.21		*Gastrostomie: Perkutan-endoskopisch (PEG): Durch Direktpunktionstechnik mit Gastropexie	13412	Perkutane Gastrostomie	1
5-452.20		Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch: Exzision ohne weitere Maßnahmen	13421 + 13423	Zusatzpauschale Koloskopie + Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 13421 oder 13422	2, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder und Jugendliche: stationär
5-452.20		Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch: Exzision ohne weitere Maßnahmen	13422 + 13423	Zusatzpauschale (Teil-)Koloskopie + Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 13421 oder 13422	2, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder und Jugendliche: stationär
5-452.21		Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch: Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	13421 + 13423	Zusatzpauschale Koloskopie + Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 13421 oder 13422	2, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder und Jugendliche: stationär
5-452.21		Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch: Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	13422 + 13423	Zusatzpauschale (Teil-)Koloskopie + Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 13421 oder 13422	2, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder und Jugendliche: stationär
5-452.22		Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch: Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge	13421 + 13423	Zusatzpauschale Koloskopie + Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 13421 oder 13422	2, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder und Jugendliche: stationär
5-452.22		Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch: Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge	13422 + 13423	Zusatzpauschale (Teil-)Koloskopie + Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 13421 oder 13422	2, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder und Jugendliche: stationär

Abschnitt 2: Ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe gemäß § 115 b SGB V außerhalb Anhang 2 zu Kapitel 31 des EBM					
Die Zuordnung der zutreffenden EBM-Leistung zu den einzelnen OPS-Kodes ist diesem Abschnitt 2 zu entnehmen.					
OPS-Kode 2015	Zusatzkennzeichen 2015 (*)	OPS-Text 2015	EBM-Nr. (²)	EBM-Leistung	Kategorie (³)
5-452.23		Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch: Endoskopische Mukosaresektion	13421 + 13423	Zusatzpauschale Koloskopie + Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 13421 oder 13422	2, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder und Jugendliche: stationär
5-452.23		Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch: Endoskopische Mukosaresektion	13422 + 13423	Zusatzpauschale (Teil-)Koloskopie + Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 13421 oder 13422	2, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder und Jugendliche: stationär
5-452.50		Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Destruktion, endoskopisch: Elektrokoagulation	13421 + 13423	Zusatzpauschale Koloskopie + Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 13421 oder 13422	2, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder und Jugendliche: stationär
5-452.50		Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Destruktion, endoskopisch: Elektrokoagulation	13422 + 13423	Zusatzpauschale (Teil-)Koloskopie + Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 13421 oder 13422	2, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder und Jugendliche: stationär
5-452.52		Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Destruktion, endoskopisch: Thermokoagulation	13421 + 13423	Zusatzpauschale Koloskopie + Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 13421 oder 13422	2, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder und Jugendliche: stationär
5-452.52		Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Destruktion, endoskopisch: Thermokoagulation	13422 + 13423	Zusatzpauschale (Teil-)Koloskopie + Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 13421 oder 13422	2, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder und Jugendliche: stationär
5-490.0		Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Inzision	2301	Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung mittels Naht	2
5-491.15		Operative Behandlung von Analfisteln: Exzision: Submukös	2301	Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung mittels Naht	1
5-492.1		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals: Destruktion, lokal	30600 + 30601	Zusatzpauschale Prokto-/Rektoskopie + Zuschlag	1
5-513.1		Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Inzision der Papille (Papillotomie)	13431	Zusatzpauschale bilio-pankreatische Therapie	2
5-513.20		Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Körbchen	13431	Zusatzpauschale bilio-pankreatische Therapie	2
5-513.21		Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Ballonkatheter	13431	Zusatzpauschale bilio-pankreatische Therapie	2
5-513.22		Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit mechanischer Lithotripsie	13431	Zusatzpauschale bilio-pankreatische Therapie	2
5-513.23		Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit elektrohydraulischer Lithotripsie	13431	Zusatzpauschale bilio-pankreatische Therapie	2
5-513.24		Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit elektrohydraulischer Lithotripsie und Laseranwendung	13431	Zusatzpauschale bilio-pankreatische Therapie	2
5-513.25		Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Laserlithotripsie	13431	Zusatzpauschale bilio-pankreatische Therapie	2
5-513.5		Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen einer Drainage	13431	Zusatzpauschale bilio-pankreatische Therapie	2
5-513.a		Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Dilatation	13431	Zusatzpauschale bilio-pankreatische Therapie	2
5-513.b		Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Entfernung von alloplastischem Material	13431	Zusatzpauschale bilio-pankreatische Therapie	2

Abschnitt 2: Ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe gemäß § 115 b SGB V außerhalb Anhang 2 zu Kapitel 31 des EBM					
Die Zuordnung der zutreffenden EBM-Leistung zu den einzelnen OPS-Kodes ist diesem Abschnitt 2 zu entnehmen.					
OPS-Kode 2015	Zusatzkennzeichen 2015 (!)	OPS-Text 2015	EBM-Nr. (!)	EBM-Leistung	Kategorie (!)
5-513.c		Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Blutstillung	13431	Zusatzpauschale bilio-pankreatische Therapie	2
5-513.d		Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Bougierung	13431	Zusatzpauschale bilio-pankreatische Therapie	2
5-526.1		Endoskopische Operationen am Pankreasgang: Inzision der Papille (Papillotomie)	13431	Zusatzpauschale bilio-pankreatische Therapie	2
5-526.20		Endoskopische Operationen am Pankreasgang: Steinentfernung: Mit Körbchen	13431	Zusatzpauschale bilio-pankreatische Therapie	2
5-526.21		Endoskopische Operationen am Pankreasgang: Steinentfernung: Mit Ballonkatheter	13431	Zusatzpauschale bilio-pankreatische Therapie	2
5-526.22		Endoskopische Operationen am Pankreasgang: Steinentfernung: Mit mechanischer Lithotripsie	13431	Zusatzpauschale bilio-pankreatische Therapie	2
5-526.23		Endoskopische Operationen am Pankreasgang: Steinentfernung: Mit elektrohydraulischer Lithotripsie	13431	Zusatzpauschale bilio-pankreatische Therapie	2
5-526.24		Endoskopische Operationen am Pankreasgang: Steinentfernung: Mit elektrohydraulischer Lithotripsie und Laseranwendung	13431	Zusatzpauschale bilio-pankreatische Therapie	2
5-526.25		Endoskopische Operationen am Pankreasgang: Steinentfernung: Mit Laserlithotripsie	13431	Zusatzpauschale bilio-pankreatische Therapie	2
5-526.a		Endoskopische Operationen am Pankreasgang: Dilatation	13431	Zusatzpauschale bilio-pankreatische Therapie	2
5-526.b		Endoskopische Operationen am Pankreasgang: Entfernung von alloplastischem Material	13431	Zusatzpauschale bilio-pankreatische Therapie	2
5-526.d		Endoskopische Operationen am Pankreasgang: Bougierung	13431	Zusatzpauschale bilio-pankreatische Therapie	2
5-540.1		Inzision der Bauchwand: Extraperitoneale Drainage	2301	Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung mittels Naht	2
5-561.2	↔	Inzision, Resektion und (andere) Erweiterung des Ureterostiums: Inzision, transurethral	26310	Urethro(-zysto)skopie des Mannes	1
5-561.2	↔	Inzision, Resektion und (andere) Erweiterung des Ureterostiums: Inzision, transurethral	26311 bzw. 08311	Urethro(-zysto)skopie der Frau	1
5-572.1		Zystostomie: Perkutan	2321	Legen eines suprapubischen Harnblasenkatheters	1
5-573.2		Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Exzision	26310	Urethro(-zysto)skopie des Mannes	1
5-573.2		Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Exzision	26311 bzw. 08311	Urethro(-zysto)skopie der Frau	1
5-581.0		Plastische Meatotomie der Urethra: Inzision	26310	Urethro(-zysto)skopie des Mannes	1
5-581.1		Plastische Meatotomie der Urethra: Meatusplastik	26352	Kleinchirurgischer urologischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	1
5-635	↔	Vasotomie des Ductus deferens	31271 oder 01854 bei Sterilisation	Sterilisation des Mannes	1
5-636.0	B	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens: Sklerosierung	31272 oder 01854 bei Sterilisation	Sterilisation des Mannes	1
5-636.0	L,R	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens: Sklerosierung	31271 oder 01854 bei Sterilisation	Sterilisation des Mannes	1

Abschnitt 2: Ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe gemäß § 115 b SGB V außerhalb Anhang 2 zu Kapitel 31 des EBM Die Zuordnung der zutreffenden EBM-Leistung zu den einzelnen OPS-Kodes ist diesem Abschnitt 2 zu entnehmen.					
OPS-Kode 2015	Zusatz- kenn- zeichen 2015 (¹)	OPS-Text 2015	EBM-Nr. (²)	EBM-Leistung	Kategorie (³)
5-636.1	B	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens: Ligatur	31272 oder 01854 bei Sterilisation	Sterilisation des Mannes	1
5-636.1	L,R	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens: Ligatur	31271 oder 01854 bei Sterilisation	Sterilisation des Mannes	1
5-636.2	B	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens: Resektion [Vasoresektion]	31272 oder 01854 bei Sterilisation	Sterilisation des Mannes	1
5-636.2	L,R	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens: Resektion [Vasoresektion]	31271 oder 01854 bei Sterilisation	Sterilisation des Mannes	1
5-663.01		Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Elektrokoagulation: Vaginal, laparoskopisch assistiert	1855	Sterilisation der Frau	2
5-663.02		Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Elektrokoagulation: Endoskopisch (laparoskopisch)	1855	Sterilisation der Frau	2
5-663.11		Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Anbringen von Clips: Vaginal, laparoskopisch assistiert	1855	Sterilisation der Frau	2
5-663.12		Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Anbringen von Clips: Endoskopisch (laparoskopisch)	1855	Sterilisation der Frau	2
5-663.21		Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Anbringen von "Fallopian rings": Vaginal, laparoskopisch assistiert	1855	Sterilisation der Frau	2
5-663.22		Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Anbringen von "Fallopian rings": Endoskopisch (laparoskopisch)	1855	Sterilisation der Frau	2
5-663.31		Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Fimbriektomie: Vaginal, laparoskopisch assistiert	1855	Sterilisation der Frau	2
5-663.32		Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Fimbriektomie: Endoskopisch (laparoskopisch)	1855	Sterilisation der Frau	2
5-663.41		Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Salpingektomie, partiell: Vaginal, laparoskopisch assistiert	1855	Sterilisation der Frau	2
5-663.42		Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Salpingektomie, partiell: Endoskopisch (laparoskopisch)	1855	Sterilisation der Frau	2
5-663.51		Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Unterbindung mit Durchtrennung oder Destruktion: Vaginal, laparoskopisch assistiert	1855	Sterilisation der Frau	2
5-663.52		Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Unterbindung mit Durchtrennung oder Destruktion: Endoskopisch (laparoskopisch)	1855	Sterilisation der Frau	2
5-751		Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio]	1904	Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs unter medizinischer oder kriminologischer Indikation	2
5-787.06	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Radius distal	2300	Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation	1

Abschnitt 2: Ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe gemäß § 115 b SGB V außerhalb Anhang 2 zu Kapitel 31 des EBM Die Zuordnung der zutreffenden EBM-Leistung zu den einzelnen OPS-Kodes ist diesem Abschnitt 2 zu entnehmen.					
OPS-Kode 2015	Zusatz- kenn- zeichen 2015 (¹)	OPS-Text 2015	EBM-Nr. (²)	EBM-Leistung	Kategorie (³)
5-787.0c	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Phalangen Hand	2300	Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation	1
5-787.0w	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Phalangen Fuß	2300	Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation	1
8-100.b		Fremdkörperentfernung durch Endoskopie: Durch Urethrozystoskopie	26310	Urethro(-zysto)skopie des Mannes	1
8-100.b		Fremdkörperentfernung durch Endoskopie: Durch Urethrozystoskopie	26311 bzw. 08311	Urethro(-zysto)skopie der Frau	1
8-101.9		Fremdkörperentfernung ohne Inzision: Aus der Urethra	26310	Urethro(-zysto)skopie des Mannes	1
8-101.9		Fremdkörperentfernung ohne Inzision: Aus der Urethra	26311 bzw. 08311	Urethro(-zysto)skopie der Frau	1
8-110.0		Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie [ESWL] von Steinen in den Harnorganen: Harnblase	26330	Zusatzpauschale Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL)	2
8-110.1	↔	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie [ESWL] von Steinen in den Harnorganen: Ureter	26330	Zusatzpauschale Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL)	2
8-110.2	↔	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie [ESWL] von Steinen in den Harnorganen: Niere	26330	Zusatzpauschale Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie	2
8-137.00	↔	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Einlegen: Transurethral	26310 + 26322	Urethro(-zysto)skopie des Mannes + Zuschlag	1
8-137.00	↔	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Einlegen: Transurethral	26311 + 26322	Urethro(-zysto)skopie der Frau + Zuschlag	1
8-137.02	↔	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Einlegen: Über ein Stoma	26310 + 26322	Urethro(-zysto)skopie des Mannes + Zuschlag	2
8-137.02	↔	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Einlegen: Über ein Stoma	26311 + 26322	Urethro(-zysto)skopie der Frau + Zuschlag	2
8-137.10	↔	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Wechsel: Transurethral	26310 + 26323	Urethro(-zysto)skopie des Mannes + Zuschlag	1
8-137.10	↔	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Wechsel: Transurethral	26311 + 26323	Urethro(-zysto)skopie der Frau + Zuschlag	1
8-137.12	↔	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Wechsel: Über ein Stoma	26310 + 26323	Urethro(-zysto)skopie des Mannes + Zuschlag	1
8-137.12	↔	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Wechsel: Über ein Stoma	26311 + 26323	Urethro(-zysto)skopie der Frau + Zuschlag	1
8-137.2	↔	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Entfernung	26310 + 26324	Urethro(-zysto)skopie des Mannes + Zuschlag	1
8-137.2	↔	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Entfernung	26311 + 26324	Urethro(-zysto)skopie der Frau + Zuschlag	1
8-200.1	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese: Humerus proximal	31914	Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen proxima von Knie- oder Ellenbogengelenk	1
8-200.4	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese: Radius proximal	31912	Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen des Ellenbogen- oder Kniegelenkes oder distal davon	1
8-200.5	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese: Radiuschaft	31912	Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen des Ellenbogen- oder Kniegelenkes oder distal davon	1
8-200.6	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese: Radius distal	31912	Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen des Ellenbogen- oder Kniegelenkes oder distal davon	1

Abschnitt 2: Ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe gemäß § 115 b SGB V außerhalb Anhang 2 zu Kapitel 31 des EBM Die Zuordnung der zutreffenden EBM-Leistung zu den einzelnen OPS-Kodes ist diesem Abschnitt 2 zu entnehmen.					
OPS-Kode 2015	Zusatz- kenn- zeichen 2015 (¹)	OPS-Text 2015	EBM-Nr. (²)	EBM-Leistung	Kategorie (³)
8-200.7	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese: Ulna proximal	31912	Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen des Ellenbogen- oder Kniegelenkes oder distal davon	1
8-200.8	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese: Ulnaschaft	31912	Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen des Ellenbogen- oder Kniegelenkes oder distal davon	1
8-200.9	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese: Ulna distal	31912	Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen des Ellenbogen- oder Kniegelenkes oder distal davon	1
8-200.a	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese: Karpale	31912	Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen des Ellenbogen- oder Kniegelenkes oder distal davon	1
8-200.b	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese: Metakarpale	31910	Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen distal der Hand- oder Fußwurzel	1
8-200.c	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese: Phalangen Hand	31910	Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen distal der Hand- oder Fußwurzel	1
8-200.k	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese: Tibia proximal	31912	Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen des Ellenbogen- oder Kniegelenkes oder distal davon	2
8-200.m	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese: Tibiaschaft	31912	Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen des Ellenbogen- oder Kniegelenkes oder distal davon	2
8-200.n	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese: Tibia distal	31912	Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen des Ellenbogen- oder Kniegelenkes oder distal davon	2
8-200.p	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese: Fibula proximal	31912	Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen des Ellenbogen- oder Kniegelenkes oder distal davon	1
8-200.q	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese: Fibulaschaft	31912	Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen des Ellenbogen- oder Kniegelenkes oder distal davon	1
8-200.r	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese: Fibula distal	31912	Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen des Ellenbogen- oder Kniegelenkes oder distal davon	1
8-200.s	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese: Talus	31912	Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen des Ellenbogen- oder Kniegelenkes oder distal davon	2
8-200.t	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese: Kalkaneus	31912	Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen distal davon	2
8-200.u	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese: Tarsale	31912	Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen des Ellenbogen- oder Kniegelenkes oder distal davon	2
8-200.v	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese: Metatarsale	31910	Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen distal der Hand- oder Fußwurzel	1
8-200.w	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese: Phalangen Fuß	31910	Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen distal der Hand- oder Fußwurzel	1
8-201.0	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese: Humero Glenoidalgelenk	31914	Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen proxima von Knie- oder Ellenbogengelenk	1
8-201.3	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese: Sternoklavikulargelenk	31914	Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen proxima von Knie- oder Ellenbogengelenk	2

Abschnitt 2: Ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe gemäß § 115 b SGB V außerhalb Anhang 2 zu Kapitel 31 des EBM

Die Zuordnung der zutreffenden EBM-Leistung zu den einzelnen OPS-Kodes ist diesem Abschnitt 2 zu entnehmen.

OPS-Kode 2015	Zusatz- kenn- zeichen 2015 (¹)	OPS-Text 2015	EBM-Nr. (²)	EBM-Leistung	Kategorie (³)
8-201.4	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese: Humeroalnargelenk	31912	Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen des Ellenbogen- oder Kniegelenkes oder distal davon	1
8-201.5	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese: Proximales Radioulnargelenk	31912	Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen des Ellenbogen- oder Kniegelenkes oder distal davon	1
8-201.6	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese: Distales Radioulnargelenk	31912	Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen des Ellenbogen- oder Kniegelenkes oder distal davon	1
8-201.7	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese: Handgelenk	31912	Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen des Ellenbogen- oder Kniegelenkes oder distal davon	1
8-201.8	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese: Radiokarpalgelenk	31912	Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen des Ellenbogen- oder Kniegelenkes oder distal davon	1
8-201.9	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese: Ulnokarpalgelenk	31912	Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen des Ellenbogen- oder Kniegelenkes oder distal davon	1
8-201.a	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese: Handwurzelgelenk	31912	Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen des Ellenbogen- oder Kniegelenkes oder distal davon	1
8-201.b	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese: Karpometakarpalgelenk	31910	Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen distal der Hand- oder Fußwurzel	1
8-201.c	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese: Metakarpophalangealgelenk	31910	Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen distal der Hand- oder Fußwurzel	1
8-201.d	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese: Interphalangealgelenk	31910	Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen distal der Hand- oder Fußwurzel	1
8-201.n	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese: Tarsalgelenk	31912	Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen des Ellenbogen- oder Kniegelenkes oder distal davon	2
8-201.p	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese: Tarsometatarsalgelenk	31910	Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen distal der Hand- oder Fußwurzel	2
8-201.q	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese: Metatarsophalangealgelenk	31910	Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen distal der Hand- oder Fußwurzel	1
8-201.r	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese: Zehengelenk	31910	Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen distal der Hand- oder Fußwurzel	1
8-201.s	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese: Kiefergelenk	31914	Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen proxima von Knie- oder Ellenbogengelenk	1
8-836.02	↔	Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Gefäße Schulter und Oberarm	34283 + 34286	Serienangiographie + Zuschlag	2
8-836.03	↔	Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Gefäße Unterarm	34283 + 34286	Serienangiographie + Zuschlag	2
8-836.09	↔	Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Andere Gefäße abdominal und pelvin	34283 + 34286	Serienangiographie + Zuschlag	2
8-836.0b	↔	Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Gefäße Oberschenkel	34283 + 34286	Serienangiographie + Zuschlag	2
8-836.0e		Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Künstliche Gefäße	34283 + 34286	Serienangiographie + Zuschlag	2

Abschnitt 2: Ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe gemäß § 115 b SGB V außerhalb Anhang 2 zu Kapitel 31 des EBM Die Zuordnung der zutreffenden EBM-Leistung zu den einzelnen OPS-Kodes ist diesem Abschnitt 2 zu entnehmen.					
OPS-Kode 2015	Zusatz- kenn- zeichen 2015 (¹)	OPS-Text 2015	EBM-Nr. (²)	EBM-Leistung	Kategorie (³)
8-836.13	↔	Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Blade-Angioplastie (Scoring- oder Cutting-balloon): Gefäße Unterarm	34283 + 34286	Serienangiographie + Zuschlag	2
8-836.19	↔	Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Blade-Angioplastie (Scoring- oder Cutting-balloon): Andere Gefäße abdominal und pelvin	34283 + 34286	Serienangiographie + Zuschlag	2
8-836.1b	↔	Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Blade-Angioplastie (Scoring- oder Cutting-balloon): Gefäße Oberschenkel	34283 + 34286	Serienangiographie + Zuschlag	2
8-836.1e		Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Blade-Angioplastie (Scoring- oder Cutting-balloon): Künstliche Gefäße	34283 + 34286	Serienangiographie + Zuschlag	2
8-836.23	↔	Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Laser-Angioplastie: Gefäße Unterarm	34283 + 34286	Serienangiographie + Zuschlag	2
8-836.29	↔	Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Laser-Angioplastie: Andere Gefäße abdominal und pelvin	34283 + 34286	Serienangiographie + Zuschlag	2
8-836.2b	↔	Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Laser-Angioplastie: Gefäße Oberschenkel	34283 + 34286	Serienangiographie + Zuschlag	2
8-836.2e		Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Laser-Angioplastie: Künstliche Gefäße	34283 + 34286	Serienangiographie + Zuschlag	2
8-836.33	↔	Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Atherektomie: Gefäße Unterarm	34283 + 34286	Serienangiographie + Zuschlag	2
8-836.39	↔	Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Atherektomie: Andere Gefäße abdominal und pelvin	34283 + 34286	Serienangiographie + Zuschlag	2
8-836.3b	↔	Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Atherektomie: Gefäße Oberschenkel	34283 + 34286	Serienangiographie + Zuschlag	2
8-836.3e		Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Atherektomie: Künstliche Gefäße	34283 + 34286	Serienangiographie + Zuschlag	2
8-836.83	↔	Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Thrombektomie: Gefäße Unterarm	34283 + 34286	Serienangiographie + Zuschlag	2
8-836.89	↔	Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Thrombektomie: Andere Gefäße abdominal und pelvin	34283 + 34286	Serienangiographie + Zuschlag	2
8-836.8b	↔	Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Thrombektomie: Gefäße Oberschenkel	34283 + 34286	Serienangiographie + Zuschlag	2
8-836.8e		Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Thrombektomie: Künstliche Gefäße	34283 + 34286	Serienangiographie + Zuschlag	2
8-836.wb	↔	Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Atherektomie unter peripherem Embolieschutz: Gefäße Oberschenkel	34283 + 34286	Serienangiographie + Zuschlag	2

Quelle: AOP-Vertrag nach § 115 b Abs. 1 SGB V ab 01.06.12

Abschnitt 3: Ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe gemäß § 115b SGB V des EBM ohne OPS- Zuordnung		
EBM-Nr.	EBM-Leistung	Kategorie (¹)
1857	Beobachtung und Betreuung nach Sterilisation	
8541	Ultraschallgezielte und/oder laparoskopische Eizellentnahme	1 (Es gelten die Vorgaben des § 121 a SGB V.)
8550	In-vitro-Fertilisation (IVF) mit anschließendem Embryo- Transfer (ET), ggf. als Zygotentransfer und/oder als intratubarer Embryo-Transfer (EIFT)	1 (Es gelten die Vorgaben des § 121 a SGB V.)
8551	Maßnahmen zur In-vitro-Fertilisation (IVF) entsprechend der Gebührenordnungsposition 08550 bis zum Ausbleiben der Zellteilung	1 (Es gelten die Vorgaben des § 121 a SGB V.)
8552	Maßnahmen zur In-vitro-Fertilisation (IVF) entsprechend der Gebührenordnungspositionen 08550 bzw. 08560 bis frühestens zwei Tage vor der geplanten Follikelpunktion, vom ersten Zyklustag bis zum Tag des Abbruchs	1 (Es gelten die Vorgaben des § 121 a SGB V.)
8560	In-vitro-Fertilisation (IVF) mit anschließendem Embryo- Transfer (ET), einschl. intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI), ggf. als Zygotentransfer und/oder als intratubarer Embryo-Transfer (EIFT)	1 (Es gelten die Vorgaben des § 121 a SGB V.)
8561	Maßnahmen zur In-vitro-Fertilisation (IVF) einschl. intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI) entsprechend der Gebührenordnungsposition 08560 bis zum Ausbleiben der Zellteilung	1 (Es gelten die Vorgaben des § 121 a SGB V.)
31900	Praktische Schulung	
31920	Kontraktionsmobilisierung	2
31930	Behandlung mit einer orofazialen Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtung	
31932	Behandlung mit einer orthopädischen Stütz-, Halte- und/oder Hilfsvorrichtung	Hand oder Fuß: 1, Hüfte: 2
31941	Abdrücke und Modelle I	
31942	Abdrücke und Modelle II	
31943	Abdrücke und Modelle III	
31944	Abdrücke und Modelle IV	
31945	Abdrücke und Modelle V	
31946	Abdrücke und Modelle VI	
34297	Embolisations- und/oder Sklerosierungsbehandlung von Varikozelen	2
1851	Untersuchung zur Durchführung des operativen Eingriffs bei Sterilisation	

(¹) Leistungen, die in der Regel ambulant erbracht werden können sind mit der Ziffer „1“ gekennzeichnet. Leistungen, bei denen sowohl eine ambulante, als auch eine stationäre Durchführung möglich ist, sind mit der Ziffer „2“ gekennzeichnet. Bei Vorliegen bzw. Erfüllung der Kriterien der allgemeinen Tatbestände gem. § 3 Abs. 3 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V kann bei Leistungen mit der Ziffer „1“ jedoch eine stationäre Durchführung dieser Eingriffe erforderlich sein. Zu einigen OPS-Kodes existiert eine z.B. nach Alter oder Diagnose differenzierte Zuordnung der Kategorie, die den entsprechenden Kategoriefeldern im einzelnen zu entnehmen ist.

Quelle: AOP-Vertrag nach § 115 b Abs. 1 SGB V ab 01.06.12