

Anmerkungen der Deutschen Gesellschaft für Urologie zum IGES-Gutachten zum AOP-Katalog 2022

Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V.

Prof. Dr. Björn Volkmer

Prof. Dr. Daniela Schulz-Lampel

Stand: 13.7.2022

Für die Autoren:

Prof. Dr. med. Björn Volkmer

Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Leitender Krankenhausärzte und
DRG-Beauftragter der Deutschen Gesellschaft für Urologie

Direktor der Klinik für Urologie

Klinikum Kassel

Mönchebergstr. 41-43

34125 Kassel

Tel.: 0561-980-4052 (Sekretariat)

Tel.: 0561-980-17080 (Durchwahl)

Mobil: 0172-1509438 (privat)

E-Mail: bjoern.volkmer@gnh.net

I. Kontextprüfungen

Die Kontextprüfungen müssen vor dem Eingriff erfolgen, um festzulegen, ob der Patient in einem ambulanten oder einem stationären Setting zu behandeln ist. Aus organisatorischen Gründen muss diese Einstufung nicht nur vor dem eigentlichen Eingriff, sondern eigentlich auch vor dem Voruntersuchungstermin erfolgen, da erst danach feststeht, wo, wann und wie die Voruntersuchung durchgeführt werden kann. Das heißt, dass entweder alle Faktoren bei der Terminvereinbarung abgefragt werden müssen oder dass der Patient einen weiteren Vorstellungstermin zur Beurteilung erhalten muss. Letztlich ist eine eindeutige Klärung nur möglich, wenn der Patient gesehen und klinisch beurteilt werden kann.

Die klinisch wichtigste Kontextprüfung kann das IGES-Gutachten nicht durchführen, da der Datensatz dies nicht hergibt. Es handelt sich um die Frage, ob ein Patient planmäßig oder notfallmäßig aufgenommen worden ist. Eine Aufnahme als Notfall würde für den Kliniker immer eine stationäre Erbringung einer Leistung rechtfertigen. Der abrechnungstechnische Terminus „Notfallaufnahme“ ist damit aber nicht deckungsgleich. Er besagt nur: Aufnahme ohne vorliegende Einweisung. Dabei können echte Notfälle oft trotzdem eine Einweisung vorlegen, während elektive Fälle diese gelegentlich auch nicht haben – weil z.B. der Hausarzt krank ist oder sich weigert, eine Einweisung auszustellen.

Da also eine Kodierung einer klinischen Notfallsituation nicht vorliegt, musste sich das IGES-Gutachten mit neun Kontextprüfungen behelfen:

Stationärer Behandlungskontext gemäß DRG (K1)

Hier ist ein Katalog aus DRGs festgelegt, die automatisch eine Erbringung als AOP ausschließen. In der Urologie sind dies die folgenden DRGs:

DRG	Bezeichnung	Anzahl Fälle insg. (2019) (Quelle: Inek-DatenBrowser)
L63A	Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung, Alter < 6 Jahre	76
L63B	Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC, mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung, Alter > 6 Jahre	617
L63D	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, Alter < 3 Jahre oder bestimmte Komplexbehandlung	15.257
L63E	Infektionen der Harnorgane oh. äuß. schwere CC, oh. bestimmte mäßig aufwendige / aufwendige / hochaufwendige Behandl., oh. Komplexbehandlung	18.884
L64A	Andere Erkrankungen der Harnorgane mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter Diagnose, mehr als ein Belegungstag oder Komplexbehandlung	967
L74Z	Bestimmte Krankheiten und Störungen der Harnorgane bei Para- / Tetraplegie	5.035
Q60A	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder äußerst schwerer Komplexbehandlung	277
Q60B	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder äußerst schwerer Komplexbehandlung	375
Q60C	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder äußerst schwerer Komplexbehandlung	26.766
T60C	Sepsis m. kompliz. Konst. od. b. Z.n. Organ-Tx, oh. äuß. schw. CC, oh. IntK > 392 / 368 / - Punkte od. oh. kompliz. Konst., auß. b. Z.n. Organ-Tx	10.119
T60E	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere Komplexbehandlung	94.968
T60F	Sepsis, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196/ 184 / - Aufwandspunkte	11.091
T77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei infektiösen und parasitären Krankheiten	1.923

Dies betrifft in der Urologie insbesondere Fälle mit Abszessen, Infekten mit Komplexbehandlung oder mit Sepsis.

Kombination mit Nicht-AOP-Leistungen gemäß OPS-Klassifikation (K2)

Wird im Rahmen einer Behandlung neben einer AOP-Leistung eine weitere Leistung erbracht, die als Prozedur kodiert nicht im AOP-Katalog steht, so kann dieser Fall stationär abgerechnet werden.

Aus diesem Grund wurde die Mehrzahl aller sog. Begleitprozeduren, die für sich praktisch nie relevant sind oder eine stationäre Behandlung erfordern, in den AOP-Katalog aufgenommen. Als Beispiel sei hier die transrektale Sonographie der Prostata genannt. Diese wird oft im Rahmen einer präoperativen Diagnostik durchgeführt und kodiert. Stünde diese Leistung nicht im AOP-Katalog, würde die Kodierung dieser Leistung automatisch dazu führen, dass diese AOP stationär erbracht werden darf. Die Konsequenz ist aber, dass nun alle Fälle, die ambulant eine transrektale Sonographie der Prostata erhalten (bisher eine IGeL-Leistung) als AOP abgerechnet werden können. Dies betrifft gleichermaßen eine sehr große Anzahl von Leistungen in der Urologie. (s.u.)

Umgekehrt finden sich einige Leistungen, die im DRG-System offensichtlich nur im Rahmen von Mehrtagesfällen kodiert wurden und die deshalb nicht in den AOP-Katalog aufgenommen wurden. Hierzu gehören die Ausräumung einer Blasentamponade (5-570.4) oder die Blasendauerspülung (8-132.2/3).

5-570.4	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase: Operative Ausräumung	17.717
5-579.42	Andere Operationen an der Harnblase: Operative Blutstillung: Transurethral	4.183
5-579.72	Andere Operationen an der Harnblase: Revision: Transurethral	419
5-609.0	Andere Operationen an der Prostata: Behandlung einer Prostatablutung, transurethral	4.840
8-100.c	Fremdkörperentfernung durch Endoskopie: Durch Ureterorenoskopie	690
8-119.0	Andere extrakorporale Stoßwellentherapie: Penis	3
8-132.2	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, intermittierend	25.901
8-132.3	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, kontinuierlich	178.837
8-137.01	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Einlegen: Perkutan-transrenal	3.023
8-139.01	Andere Manipulationen am Harntrakt: Bougierung der Urethra: Unter Durchleuchtung	905
8-148.3	Therapeutische Drainage von anderen Organen und Geweben: Pelvin	1.522
8-156.0	Therapeutische perkutane Punktion von männlichen Geschlechtsorganen: Hydrozele	128
8-156.1	Therapeutische perkutane Punktion von männlichen Geschlechtsorganen: Spermatozele	7
8-159.2	Andere therapeutische perkutane Punktion: Therapeutische perkutane Punktion einer Lymphozele	2.096
8-159.3	Andere therapeutische perkutane Punktion: Therapeutische perkutane Punktion eines Urinoms	187
8-502	Tamponade einer Rektumblutung	2.271
8-506	Wechsel und Entfernung einer Tamponade bei Blutungen	23.963
8-543.22	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 2 Tage: 2 Medikamente	21.136
8-543.53	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 5 Tage: 3 Medikamente	2.287
8-982.0	Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Bis zu 6 Behandlungstage	10.852
8-987.00	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung at	3.136
8-987.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung ni	51.229
8-98e.0	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung: Bis zu 6 Behandlungstage	15.013
8-98g.00	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Kor	3.627

Bei diesem Katalog muss man sich der Tatsache bewusst sein, dass diese Leistungen sehr häufig nur deswegen im DRG-System nicht kodiert wurden, da sie nicht erlösrelevant waren. Ein Beispiel ist die Komplexbehandlung bei Besiedelung mit multiresistenten Erregern von bis zu 6 Behandlungstagen oder die palliativmedizinische Komplexbehandlung bis zu 6 Tagen. Beide werden im DRG-System erst erlösrelevant ab dem 7. Tag. Daher werden die kürzeren Behandlungen oft nicht kodiert.

So ist die intermittierende oder kontinuierliche Harnblasenspülung immanent in allen transurethralen Resektionen und Laserablationen, die Tamponade einer Rektumblutung gehört potenziell zu allen transrektalen Prostatabiopsien.

Beatmung (K3)

Patienten, die unabhängig von der Operation eine Beatmung benötigen, sind im klinischen Alltag eine Rarität. Hier ist der Faktor Frailty (K8) aber im Regelfall schon entscheidend.

Komplexe Kombinationen von AOP-Leistungen (K4)

Hier gibt es bisher keine Empfehlungen, wie diese aussehen könnte.

Für die Kinderurologie wäre hier eine Konstellation die beidseitige Funiculolyse und Orchidopexie. Bisher werden die meisten dieser Patienten zweizeitig als AOP operiert. Hier könnte es für diese Kinder sinnvoller und weniger traumatisierend sein, sie auf beiden Seiten in einer Sitzung zu operieren, wenn dies dafür unter stationären Bedingungen (1-Tagesfall) geschieht. Das Gleiche gilt für die Kombination aus Funiculolyse und Orchidopexie einer Seite und gleichzeitige Zirkumzision bei Phimose.

Zu den komplexen Kombinationen von AOP-Leistungen gehören auch die Fälle mit ureterorenoskopischer Behandlung eines Harnleiter- oder Nierensteins. Hier kann sich ein Eingriff aus bis zu 9 verschiedenen AOPs zusammensetzen, was die Abrechnung dieser Leistungen letztlich deutlich erschwert.

Besonderer Betreuungsbedarf (K5)

Hier werden psychiatrische oder neurologische Nebendiagnosen zusammengefasst, die einen erhöhten Betreuungsbedarf darstellen:

alle Formen der Demenz, Schizophrenie, chronische Depression/Manie, chronische komplette/incomplete Querschnittlähmung, Zerebralparese, schwere Intelligenzminderung, Angst-/Panikstörung

Aus Sicht des Klinikers fehlen hier eine Reihe von relevanten Erkrankungen:

Hochgradige Visusminderung/Blindheit (Amaurose), hochgradige Schwerhörigkeit/Taubheit, Taubstummheit, Parkinsonsyndrom (fortgeschrittene Stadien), Multiple Sklerose (fortgeschrittene Stadien), Hirnorganisches Psychosyndrom (z.B. nach Hirnblutung, nach hirnochirurgischen Eingriffen oder bei Hirntumoren) oder schwerste COPD.

Letztlich gehört aber auch die Immobilität bei Adipositas per magna in diese Gruppe.

Hier muss die DKG dringend eine Erweiterung dieses Katalogs fordern.

Diagnosekontext (K6)

Hier werden Haupt- und Nebendiagnosen definiert, die eine stationäre Behandlung erfordern. Dies sind beispielsweise ein akuter Herzinfarkt, Hirninfarkt oder eine Sepsis.

Aus dem Bereich der Urologie sind dies:

ICD-Kode	Bezeichnung (2022)
N15.10	Nierenabszess
N15.11	Perinephritischer Abszess
N17.02	Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose: Stadium 2
N17.03	Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose: Stadium 3
N17.12	Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose: Stadium 2
N17.13	Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose: Stadium 3
N17.22	Akutes Nierenversagen mit Marknekrose: Stadium 2
N17.23	Akutes Nierenversagen mit Marknekrose: Stadium 3
N17.82	Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium 2
N17.83	Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium 3
N17.92	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 2
N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3
N32.4	Harnblasenruptur, nichttraumatisch
N33.0*	Tuberkulöse Zystitis
N34.0	Harnröhrenabszess
N41.2	Prostataabszess
N45.0	Orchitis, Epididymitis und Epididymoorchitis mit Abszess

Komplexe Komorbidität (K7)

Hier definiert das IGES-Gutachten einen PCCL-Wert von mindestens 4, um eine stationäre Erbringung zu begründen/rechtfertigen. Dabei geht das IGES-Institut irrtümlich davon aus, dass der PCCL-Wert den Schweregrad von Begleiterkrankungen abbildet. Dies ist nicht der Fall: es handelt sich ausschließlich um eine ökonomische Gewichtung. So hat der Nachweis von E. coli als auslösender Keim einer Infektion einen CCL von 0 in allen Fällen, Pseudomonas aeruginosa dagegen oft einen CCL von 4, obwohl beide vergleichbare Krankheitsverläufe verursachen können und vielleicht sogar durch das gleiche Antibiotikum behandelt werden müssen.

Das weitere Problem ist, dass Nebendiagnosen im DRG-System nur kodiert werden dürfen, wenn sie einen Mehraufwand verursachen. Das ist aber erst nach Abschluss der Behandlung möglich. Die so entstandenen DRG-Daten erfassen also ex post. Das IGES-Institut nutzt nun diese Daten um ex ante damit festzulegen, wer stationär behandelt werden darf. Dies ist ein systematischer Fehler, der nicht akzeptiert werden kann.

Was vollständig fehlt, sind Aspekte wie die Antikoagulation bei Herzklappenersatz, die eine mehrtätige Vor- und Nachbehandlung unter stationären Bedingungen zwingend erfordern. Diese sind über keins der o.g. Systeme abgebildet.

Insgesamt muss die DKG dringend eine Nachbesserung fordern. Insbesondere muss klargestellt werden, dass bei der Verwendung es PCCL im AOP-Bereich der Mehraufwand auf keinen Fall berücksichtigt werden kann.

Frailty (K8)

Die Kontextprüfungen, mit denen geklärt werden soll, ob eine stationäre Erbringung einer potenziellen AOP gerechtfertigt ist, muss das jeweilige spezifische Patientenklientel der Fachrichtung berücksichtigen.

In der Urologie werden schon heute die meisten der Eingriffe bei jungen und gesunden Patienten ambulant erbracht. Der Schwerpunkt des urologischen Patientenkollektivs ist aber 55 Jahre und älter, da das Alter für die meisten urologischen Krankheitsbilder der wichtigste Risikofaktor ist.

Über die Kontextprüfung K8 werden drei Faktoren erfasst:

- a) Die Gebrechlichkeit (Frailty) (mindestens 3 von 5 Faktoren nach dem Frailty-Konzept von Fried sind erfüllt)
- b) Ein Pflegegrad von 4 oder 5
- c) Ein Grad der Behinderung (GdB) von 50% oder mehr

Die fünf Aspekte des Frailty-Konzepts sind sehr subjektiv, nicht messbar und v.a. nicht belegbar.

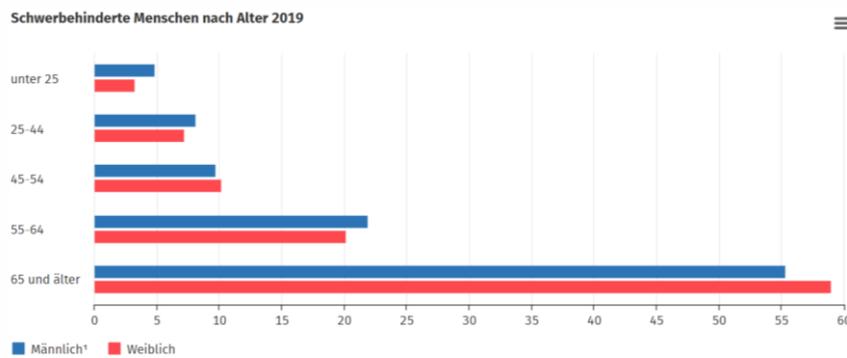
- ungewollter Gewichtsverlust
- Erschöpfung
- geringe körperliche Aktivität
- geringe Gehgeschwindigkeit
- geringe Handkraft

Für den Gewichtsverlust ist kein Zeitraum definiert. Er ist allein aus der Anamnese zu erfassen und für die Klinik nicht belegbar. Erschöpfung kann generalisiert im Sinne einer Fatigue, aber auch situativ sein. Auch dieser Parameter ist subjektiv und nicht belegbar. Geringe körperliche Aktivität ist ein schlecht messbarer Parameter, der sich im Wesentlichen auf die Aussage des Patienten beziehen muss. Geringe Gehgeschwindigkeit kann sich natürlich auf das Alter des Patienten beziehen, kann aber auch die Folge eines Bänderrisses sein. Und auch die Handkraft ist ein schlecht messbarer Parameter.

Beruhet die Einschätzung der Frailty auf diesen 5 Parametern wird es im Zweifelsfall schwierig, dies vor der Krankenkasse zu beweisen.

Der Pflegegrad von 4 oder 5 ist klar definiert. Was aber mit Patienten, die den Antrag auf Festlegung oder Neubeurteilung des Pflegegrades gestellt haben, aber die Begutachtung noch nicht erfolgt ist?

Der GdB ist sicherlich ein Beurteilungskriterium, das sehr gut messbar und relevant ist. Dabei muss aber einerseits berücksichtigt werden, dass in der für die Urologie relevanten Altersgruppe von 55 – 64 Jahren rund 21% und von 65 Jahren und Älter rund 58% aller Deutschen einen GdB von 50% und mehr aufweisen. Für die Urologie besonders relevant ist die Gesamtheit aller Patienten, bei denen innerhalb der letzten 5 Jahren ein maligner Tumor diagnostiziert wurde, denen praktisch immer ein GdB von 50% zugestanden wird.



Einschließlich Divers oder Ohne Angabe* nach dem Personenstandsgesetz beim Geschlecht.
Anzahl schwerbehinderter Menschen

Angaben des Statistischen Bundesamtes für 2019

Die Voraussetzung für die Bemessung eines GdB ist die Antragstellung durch den Patienten, die in einem Teil der Fälle nicht erfolgt, da sich der Patient hierdurch keine Vorteile verspricht. Hier wird es eine klare Tendenz aller behandelnden Ärzte geben, ihren Patienten zur Beantragung eines GdB zu raten. Letztlich kann dies zu einer Therapieverzögerung führen.

Zu klären bleibt, ob das Datum der Antragstellung oder erst das Datum der Bewilligung gilt. Gerade bei der Transurethralen Resektion von Blasen Tumoren ist es so, dass die Patienten nach der Erstdiagnose eines Harnblasenkarzinoms nach 6 Wochen eine Nachresektion benötigen. Stellen Sie den Antrag auf GdB bereits bei dem ersten Eingriff, kann es sein, dass zum Zeitpunkt der Nachresektion die Begutachtung noch nicht erfolgt ist.

Soziale Begleitumstände (K9)

Dieser Aspekt ist für die Krankenhäuser von größter Bedeutung, weil letztlich alle Patienten mit sozialen Problemen sicher nicht im Setting eines niedergelassenen Arztes oder eines nicht ans Krankenhaus angebundenen AOP-Zentrums operiert werden können.

Hier hat das IGES-Gutachten keine klaren Definitionen vorgegeben. Diese sind von der DKG absolut zwingend zu fordern, wobei die Definitionen so weit gefasst werden müssen wie irgend möglich.

Behandlungskontext bei Tumorerkrankungen

Hier schlägt das IGES-Gutachten folgende Einteilung vor:

ICD-Zusatz	Behandlungskontext	begründet Durchführung
xxx.1	Erstdiagnostik mit Staging und Therapieplanung	stationär
xxx.2	Staging im Rahmen der Therapie mit mehr als 3 Untersuchungsverfahren	stationär
xxx.3	Chemo-/Strahlentherapie bei befriedigendem Allgemeinzustand	ambulant
xxx.4	Chemo-/Strahlentherapie bei deutlich reduziertem Allgemeinzustand	stationär
xxx.5	Versorgung im Endstadium	stationär

Leider gibt das IGES-Gutachten keine Definitionen: Was sind Untersuchungsverfahren? (Labortests? Sonographie einzelner Organe? Wird ein CT aufgeteilt in Thorax, Abdomen und Becken? Ist ein PET-CT eine Kombination aus PET und CT oder handelt es sich um zwei Untersuchungsverfahren?) Was ist ein befriedigender Allgemeinzustand? Richtet sich das nach dem Karnofsky-Index oder dem ECOG? Wie sind hier Schmerzen zu beurteilen?

In der Summe sind die Kriterien des Behandlungskontextes in vielen Aspekten redundant definiert. Es wird nicht viele Beatmungspatienten geben, die keinen GdB von mindestens 50% haben. Jeder Tumorpatient hat einen GdB von 50%, so dass dieser Aspekt den Behandlungskontext von Tumorerkrankungen bereits vollständig aushebelt.

Die Einschätzung der Deutschen Gesellschaft für Urologie zur Kontextprüfung ist, dass die bereits heute als AOP erbrachten Eingriffe insbesondere bei älteren und Tumor-Patienten künftig begründet als stationäre Eingriffe erbracht werden können, während der Anteil der Eingriffe, die bisher stationär erbracht wurden und nun als AOP erbracht werden können, einen eher geringen Anteil ausmachen werden.

Gleichzeitig werden aber die Begleiteingriffe, die eigentlich gar keine Operation darstellen, künftig wesentlich häufiger als AOP erbracht werden (Beispiel: Transrektale Sonographie der Prostata). Auf diese Weise werden bisher im Budget der niedergelassenen Ärzte erfasste Leistungen künftig extrabudgetär erbracht. Gleichzeitig haben Krankenhäuser mit ermächtigten Ärzten die Möglichkeit, die ambulante Erbringung von Untersuchungen auf die Zuweisung von Nicht-Urologen zu erweitern. Dies führt zu einer systematischen Umgehung der niedergelassenen Urologen, bzw. zur Direktzuweisung ins Krankenhaus.

Relevante Veränderungen wird es voraussichtlich ausschließlich für Krankenhäuser geben, die sich bisher der ambulanten Erbringung von Prozeduren verschlossen haben.

II. Prozeduren aus der Urologie im AOP-Gutachten des IGES

Der AOP-Katalog des IGES-Gutachtens enthält insgesamt 162 neue Leistungen, die für das Fachgebiet Urologie typisch sind. Von diesen Prozeduren sind 4 im Jahr 2019 überhaupt nicht, weitere 58 deutschlandweit im DRG-System weniger als 100mal kodiert worden. Es handelt sich also hier um Raritäten, so dass sich die Frage stellt, ob eine Aufnahme dieser Fälle in den AOP-Katalog überhaupt eine Relevanz hat. Hier muss man sich aber auch die Frage stellen, ob es sich nicht um Fehlkodierungen handelt.

Im Folgenden sollen die 162 Codes im Einzelnen aus Sicht der DGU bewertet werden.

1-460.0 Transurethrale Biopsie des Nierenbeckens

1-460.1 Transurethrale Biopsie des Ureters

Hier stellt sich die Frage des Zugangs. Der Code unterscheidet nicht zwischen einem ureterorenoskopischen Zugang und einem rein zystoskopischen Zugang mittels Entnahme von Bürstenzytologien. Im ersten Fall muss zusätzlich die Ureterorenoskopie kodiert werden, wobei bei der Intervention der Biopsieentnahme der Code für die Diagnostische Ureterorenoskopie (1-665) aber nicht benutzt werden sollte. Die Kosten variieren sehr stark in Abhängigkeit von der Verwendung flexibler Endoskope (hohe Aufbereitungskosten) und flexibler Einmal-Endoskope (hohe Materialkosten).

1-460.4 Transurethrale Biopsie: Prostata

Bei der transurethralen Biopsie der Prostata besteht eine Abgrenzung zur Transurethralen Resektion der Prostata. Die Biopsie grenzt sich gegen die Resektion dadurch ab, dass hier keine Koagulation und keine Exzision mittels Resektoskop erfolgt. Hier besteht seit Jahren die Diskussion mit den Krankenkassen, ob es sich um eine Biopsie der Prostata oder aber eine Biopsie der prostatistischen Harnröhre handelt. Letztlich müssten diese Fälle entweder als transurethrale Biopsie der Harnröhre oder als Transurethrale Resektion der Prostata kodiert werden. In beiden Fällen wären diese Leistungen dann nicht mehr als AOP zu erbringen.

Damit sind praktisch alle Fälle mit dieser Prozedur Fehlkodierungen.

1-461.0	Perkutan-nephroskopische Biopsie: Nierenbecken
1-461.1	Perkutan-nephroskopische Biopsie: Ureter

Diese beiden Leistungen sind absolute Raritäten. Diese Eingriffe bestehen aus mehreren Schritten:

- Zystoskopie
- Zusatzcode für die Verwendung des jeweiligen Zystoskops
- Einlegen einer Ureterschleife
- Retrogrades Ureteropyelogramm

- Perkutane Nephrostomie
- Kontrastmitteldarstellung des Nierenbeckens
- Dilatation des Nephrostomiekanales zur Einlage eines dicklumigen Nephrostomiekatheters (5-550.6)
- Pyeloskopie
- Biopsie
- Anlage eines Nephrostomiekatheters oder Verschluss des Nephrostomiekanales.

Die Durchführung eines solchen Eingriffs besteht also aus 9 verschiedenen Codes, von denen die Dilatation des Nephrostomiekanales zum Ausschluss aus dem AOP-Katalog (Kontextprüfung K2) führt. Damit werden diese beiden Eingriffe praktisch nie wirklich als AOP erbracht werden.

1-462.0	Perkutan-zystoskopische Biopsie: Nierenbecken
1-462.1	Perkutan-zystoskopische Biopsie: Ureter
1-462.2	Perkutan-zystoskopische Biopsie: Harnblase
1-462.3	Perkutan-zystoskopische Biopsie: Urethra
1-462.4	Perkutan-zystoskopische Biopsie: Prostata

Dies sind Patienten, bei denen die Harnröhre verschlossen ist. Diese Patienten sind üblicherweise bereits mit einem suprapubischen Katheter versorgt.

Bei Biopsien der Harnblase, der prostatistischen Urethra oder der Prostata ist anschließend eine Blasendauerspülung im Regelfall erforderlich, was zum Ausschluss aus dem AOP-Katalog (Kontextprüfung K2) führt.

1-463.0	Perkutane (Nadel-)Biopsie: Niere
---------	----------------------------------

Hier handelt es sich um die Biopsie der Niere ohne bildgebende Steuerung, also auch ohne Sonographie. Dieser Code wird überwiegend von Nephrologen verwendet.

Eine solche Biopsie an der Niere findet ohne Bildgebung in der Realität nie statt. Jeder Arzt benutzt zumindest eine Sonographie-Kontrolle zur Biopsie der Niere. Es handelt sich um eine **Fehlkodierung**.

1-463.1	Perkutane (Nadel-)Biopsie: Prostata
1-463.2	Perkutane (Nadel-)Biopsie: Vesiculae seminales

Diese Codes gelten bei perkutaner Biopsie ohne bildgebende Verfahren, also auch ohne sonographie-Steuerung. Das findet in der Realität nicht statt. Es handelt sich immer um eine **Fehlkodierung**.

1-463.3	Perkutane (Nadel-)Biopsie: Penis	186
1-463.4	Perkutane (Nadel-)Biopsie: Hoden	82
1-463.5	Perkutane (Nadel-)Biopsie: Epididymis	1

1-463.6	Perkutane (Nadel-)Biopsien: Ductus deferens	1
1-463.7	Perkutane (Nadel-)Biopsie: Funiculus spermaticus	3
1-463.8	Perkutane (Nadel-)Biopsie: Skrotum	27

Technisch ist jede dieser Biopsien ohne bildgebende Steuerung möglich. Aus den Fallzahlen ist erkennbar, dass diese Fälle in der Realität aber eher nicht vorkommen oder schon jetzt ambulant erbracht werden. Diese Fälle können problemlos in Lokalanästhesie erbracht werden. Eine Abrechnung über EBM ist sinnvoll.

1-464.00	Transrektale Stanzbiopsie der Prostata: Weniger als 20 Zylinder
1-464.01	Transrektale Stanzbiopsie der Prostata: 20 oder mehr Zylinder
1-464.1	Transrektale Saugbiopsie der Prostata
1-464.2	Transrektale Biopsie : Vesiculae seminales

Diese Codes haben sich 2020 verändert und beschränken sich auf die transrektale Stanzbiopsie der Prostata, die ohne bildgebende Steuerung erfolgt. Diese ist heutzutage obsolet und wird allenfalls noch im niedergelassenen Bereich erbracht.

An allen Kliniken ist die Sonographie-Steuerung der transrektalen Stanzbiopsie Standard.

Hier ist es entscheidend, diese Codes des IGES-Gutachtens an den aktuellen AOP-Katalog anzupassen.

Aktuell gelten in 2022 folgende korrekte Kodierungen der Stanzbiopsie der Prostata:

Transrektal – nur digital gesteuert

- 1-464.00 Transrektale Stanzbiopsie, weniger als 20 Zylinder
- 1-464.01 Transrektale Stanzbiopsie, 20 Zylinder oder mehr
incl. extensive Biopsie
- 1-464.1 Saugbiopsie

Anmerkung: Obsolet, findet an Krankenhäusern nicht mehr statt.

Perineal – ohne Bildgebung

- 1-463.10 Perkutane Stanzbiopsie ohne Bildgebung
- 1-463.11 Perkutane Saugbiopsie ohne Bildgebung

Anmerkung: Obsolet, findet an Krankenhäusern nicht mehr statt.

Transrektal – sonographie-gesteuert

- 1-466.00 Transrektale Stanzbiopsie mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, weniger als 20 Zylinder
- 1-466.10 Transrektale Stanzbiopsie mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, 20 Zylinder oder mehr
incl. Extensive Stanzbiopsie

Dies ist das Standardverfahren im ambulanten Sektor und kann bei weniger als 20 Stanzzylindern in Lokalanästhesie erbracht werden.

Perineal – sonographie-gesteuert

- 1-465.90 Perkutane Stanzbiopsie mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, weniger als 20 Zylinder
- 1-465.91 Perkutane Stanzbiopsie mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, 20 oder mehr Zylinder
incl. Extensive Biopsie
- 1-465.a Perkutane Saugbiopsie mit Steuerung durch bildgebende Verfahren

Dieser Eingriff erfordert meist eine Allgemeinanästhesie und wird daher von vielen Kliniken bisher unter stationären Bedingungen erbracht.

Perkutan – MRT-gesteuert (Einzeitig im MRT-Gerät)

- 1-465.90 Perkutane Stanzbiopsie mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, weniger als 20 Zylinder
- 1-465.91 Perkutane Stanzbiopsie mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, 20 oder mehr Zylinder
incl. Extensive Biopsie

Zusätzlich zu kodieren:

- 1-999.01 Anwendung eines diagnostischen Navigationssystems:
elektromagnetisch
- 3-82a MRT des Beckens mit Kontrastmittel

Dieses Verfahren wird ausschließlich in einigen wenigen Radiologischen Kliniken durchgeführt. Es handelt sich nicht um eine Leistung der Urologie.

Die Durchführung erfolgt meist in Narkose. Die Entnahme der Gewebeproben erfolgt in Bauchlage durch das Gesäß. Der Aufwand ist sehr hoch. Da bei diesem Verfahren Biopsie und MRT gleichzeitig erbracht werden, sind die Kosten wesentlich höher als bei allen anderen Verfahren.

Der von den aktuellen Leitlinien empfohlene Standard der Diagnostik des Prostatakarzinoms ist die MRT-Untersuchung der Prostata. Im Anschluss an eine solche MRT-Untersuchung muss dann in zweiter Sitzung eine Biopsie der Prostata erfolgen. Wenn sie apparativ mit einem computergestützten System erfolgen, muss der Fusionsprozess besonders abgebildet und kostentechnisch kalkuliert werden.

Wird dagegen die Biopsie sonographie-gesteuert nur in Kenntnis des MRT-Befundes erbracht (sogenannte mind-fused Biopsie) unterscheidet sich diese nicht von der herkömmlichen Biopsie in den Kosten.

Transrektal – MRT-gesteuert (zweizeitig – „mind-fused“)

- 1-466.00 Transrektale Stanzbiopsie mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, weniger als 20 Zylinder
- 1-466.10 Transrektale Stanzbiopsie mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, 20 Zylinder oder mehr
incl. Extensive Stanzbiopsie

Transrektal – MRT-gesteuert (zweizeitig – apparativ)

- 1-466.00 Transrektale Stanzbiopsie mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, weniger als 20 Zylinder
- 1-466.10 Transrektale Stanzbiopsie mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, 20 Zylinder oder mehr
incl. Extensive Stanzbiopsie

Zusätzlich zu kodieren:

- 1-999.02 Anwendung eines diagnostischen Navigationssystems:
sonographisch

Perineal – MRT-gesteuert (zweizeitig – „mind-fused“)

- 1-465.90 Perkutane Stanzbiopsie mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, weniger als 20 Zylinder
- 1-465.91 Perkutane Stanzbiopsie mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, 20 oder mehr Zylinder
incl. Extensive Biopsie
- 1-465.a Perkutane Saugbiopsie mit Steuerung durch bildgebende Verfahren

Perineal – MRT-gesteuert (zweizeitig – apparativ)

- 1-465.90 Perkutane Stanzbiopsie mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, weniger als 20 Zylinder
 - 1-465.91 Perkutane Stanzbiopsie mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, 20 oder mehr Zylinder
incl. Extensive Biopsie
 - 1-465.a Perkutane Saugbiopsie mit Steuerung durch bildgebende Verfahren
- Zusätzlich zu kodieren:
- 1-999.02 Anwendung eines diagnostischen Navigationssystems:
sonographisch

Die Anpassung dieser Codes für die Stanzbiopsie ist zwingend erforderlich, wenn die Stanzbiopsie als AOP erbracht werden soll.

1-465.0	Perkutane Biopsie mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Niere
1-465.1	Perkutane Biopsie mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Prostata
1-465.2	Perkutane Biopsie mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Vesiculae seminales
1-465.3	Perkutane Biopsie mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Penis
1-465.4	Perkutane Biopsie mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Hoden
1-465.5	Perkutane Biopsie mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Epididymis
1-465.6	Perkutane Biopsie mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Ductus deferens
1-465.7	Perkutane Biopsie mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Funiculus spermaticus
1-465.8	Perkutane Biopsie mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Stufenbiopsie

Diese Codes wurden seit 2019 überarbeitet, was bei der Anpassung des AOP-Katalogs noch berücksichtigt werden muss. Die perkutane Stanzbiopsie der Prostata ist jetzt kodiert als 1-465.9.

Dagegen sind die Codes 1-465.1 und 1-465.8 nicht mehr gültig.

Die perkutane Biopsie der Niere stellt eine typische nephrologische Untersuchungsmethode dar, die im Zusammenhang zum akuten Nierenversagen oder bei Funktionsstörung eines Nierentransplantates durchgeführt wird. Dabei handelt es sich aber um Leistungen, die aufgrund der Grunderkrankung (Akutes Nierenversagen) im Rahmen der Kontextprüfung aus der Erbringung als AOP ausgeschlossen werden. Bei den verbleibenden Fällen handelt es sich um die perkutane Nierenbiopsie im Rahmen einer perkutanen Kryo-/Thermo-/Mikrowellen- oder Radiofrequenzablation. Diese Fälle sind ebenfalls im Rahmen der Kontextprüfung ausgeschlossen.

Für alle anderen Codes bestehen keine Einwände – es handelt sich allerdings deutschlandweit nur um 37 Fälle innerhalb eines Jahres.

1-560.0	Biopsie an Niere durch Inzision
1-560.1	Biopsie an perirenalem Gewebe durch Inzision
1-561.0	Biopsie an Urethra durch Inzision
1-561.1	Biopsie an periurethralem Gewebe durch Inzision
1-564.0	Biopsie am Penis durch Inzision: Glans penis
1-564.1	Biopsie am Penis durch Inzision: Penisschaft
1-565	Biopsie am Hoden durch Inzision
1-566	Biopsie am männlichen Perineum durch Inzision
1-569.0	Biopsie durch Inzision: Epididymis
1-569.1	Biopsie durch Inzision: Ductus deferens
1-569.2	Biopsie durch Inzision: Vesiculae seminales
1-569.3	Biopsie durch Inzision: Funiculus spermaticus

Die Biopsien an der Niere oder am perirenalen Gewebe durch Inzision sind am ehesten Fehlkodierungen. Korrekt wäre entweder die Nierenteilresektion oder die perkutane Biopsie der Niere.

Die Tatsache, dass zunächst eine Stichinzision der Haut gemacht wird, bevor dann die Biopsienadel eingeführt wird, berechtigt nicht zur Kodierung der Biopsie durch Inzision. Diese ist nur korrekt, wenn die Inzision das jeweilige Organ betrifft.

Gegen die Aufnahme der anderen Codes in den AOP-Katalog bestehen keine Einwände.

Die Abrechnung kann nach EBM erfolgen.

1-660	Diagnostische Urethroskopie
-------	-----------------------------

Die Kosten variieren sehr stark in Abhängigkeit von der Verwendung flexibler Endoskope (hohe Aufbereitungskosten) und flexibler Einmal-Endoskope (hohe Materialkosten).

Eine Abrechnung nach EBM berücksichtigt diese Materialkosten nicht angemessen.

1-665	Diagnostische Ureterorenoskopie
-------	---------------------------------

Die Kosten variieren sehr stark in Abhängigkeit von der Verwendung flexibler Endoskope (hohe Aufbereitungskosten) und flexibler Einmal-Endoskope (hohe Materialkosten).

Eine Abrechnung nach EBM berücksichtigt diese Materialkosten nicht angemessen.

1-666.0	Diagnostische Endoskopie einer Harnableitung: Darmreservoir
1-666.1	Diagnostische Endoskopie einer Harnableitung: Ersatzblase
1-666.2	Diagnostische Endoskopie einer Harnableitung: Conduit
1-668.0	Diagnostische Endoskopie über ein Stoma: Diagnostische Urethroskopie
1-668.1	Diagnostische Endoskopie über ein Stoma: Diagnostische Urethrozystoskopie
1-668.2	Diagnostische Endoskopie über ein Stoma: Diagnostische Ureterorenoskopie

Die Kosten variieren sehr stark in Abhängigkeit von der Verwendung flexibler Endoskope (hohe Aufbereitungskosten) und flexibler Einmal-Endoskope (hohe Materialkosten).

Eine Abrechnung nach EBM berücksichtigt diese Materialkosten nicht angemessen.

1-670	Diagnostische Vaginoskopie
1-671	Diagnostische Kolposkopie

Kein Einwand, Abrechnung nach EBM.

3-033.0	Komplexe Sonographie des Körperstamms bei Neugeborenen und Kleinkindern
3-05b.0	Endosonographie der Harnblase und der Urethra: Transrektal
3-05b.1	Endosonographie der Harnblase und der Urethra: Transurethral
3-05c.0	Endosonographie der männlichen Geschlechtsorgane: Transrektal
3-05c.1	Endosonographie der männlichen Geschlechtsorgane: Transurethral
3-05d	Endosonographie der weiblichen Geschlechtsorgane
3-13d.0	Urographie: Intravenös
3-13d.5	Urographie: Retrograd
3-13d.6	Urographie: Perkutan
3-13e	Miktionszystourethrographie
3-13f	Zystographie
3-13g	Urethrographie
3-13j	Vasovesikulographie
3-13m	Fistulographie

Die Aufnahme dieser Codes in den AOP-Katalog umfasst – bis auf die Sonographie beim Kind und Erwachsenen alle bildgebenden Verfahren in der Urologie, insbesondere die transrektale Sonographie der Prostata, die im vertragsärztlichen Bereich nur als IGeL-Leistung erbracht wird, und alle interventionell-radiologischen Eingriffe.

Bisher wurden diese Untersuchungen ambulant als vertragsärztliche Leistung oder im Rahmen einer AOP oder aber stationär zur Diagnostik im Rahmen eines anderen Eingriffs erbracht. Die Aufnahme in den AOP-Katalog führt zur Verschiebung der ambulant vertragsärztlich oder als IGeL erbrachten Leistungen in den AOP. Die im Rahmen einer anderen AOP erbrachten Leistungen können nun eventuell verbessert abgerechnet werden. Die Untersuchungen, die im Rahmen einer ohnehin stationären Behandlung erbracht werden, bleiben stationär. Das führt zu einer massiven Zunahme von AOPs aus dem vertragsärztlichen, ohnehin ambulanten Sektor, aber nur geringfügiger Entlastung aus dem stationären Bereich.

5-040.7	Inzision von Nerven: Nerven Leiste und Beckenboden
---------	--

Dieser Eingriff ist eigentlich ein neurochirurgischer Eingriff, der aber manchmal im Rahmen von Operationen am Hoden/Nebenhoden erbracht wird. Die Abrechnung kann nach EBM erfolgen.

5-550.1	Nephrostomie
---------	--------------

Eine Nephrostomie wird üblicherweise im Rahmen einer Notfallsituation angelegt. Indikation ist dann entweder ein akutes Nierenversagen oder eine beginnende Sepsis. Aus diesen Gründen werden diese Eingriffe praktisch immer unter stationären Bedingungen erbracht.

Abweichend davon gibt es die Patienten, die eine langfristige Nephrostomie-Versorgung mit einem epithelialisierten Nephrostomiekanal haben, bei denen der einliegende Katheter verloren gegangen ist. Diese Patienten erhalten mit minimalem Aufwand die Neuanlage eines Nephrostomiekatheters durch den bereits existierenden Stichkanal. Diese Fälle verursachen einen wesentlich geringeren Aufwand und können grundsätzlich ambulant erbracht werden. Allerdings finden sie im Wesentlichen außerhalb der regulären Arbeitszeiten statt und müssen dann dennoch unter Notfallbedingungen **erbracht** werden.

Im Abrechnungssystem gibt es bisher das Problem, dass der Wechsel eines Nephrostomiekatheters als ambulante Leistung erbringbar, aber nicht als AOP abzurechnen ist. Aus diesem Grund werden viele Nephrostomiewechsel aktuell fälschlich als Nephrostomieanlage (5-550.1) kodiert.

5-550.20	Entfernung eines Steines aus der Niere: Perkutan-transrenal
----------	---

Hier handelt es sich in praktisch allen Fällen um Patienten, bei denen ein Nephrostomiekatheter bereits einliegt. Wenn dieser gewechselt wird, werden vielfach Steine, die sich an der Oberfläche des Katheters gebildet haben, zufällig mitentfernt. Diese Fälle erfüllen die Kriterien für diese Kodierung und können nach EBM abgerechnet werden.

Die sogenannte perkutane Nephrolitholapaxie (PCNL) wird dagegen praktisch immer nur bei Steinen durchgeführt, die so groß sind, dass sie zusätzlich eine Lithotrypsie erfordern. Diese Fälle werden über 5-550.30 kodiert (nicht im AOP-Katalog). Sollte tatsächlich ein Stein in einer PCNL entfernt werden, ohne dass er lithotrypsiert wird, dann ist immer eine Dilatation des Nephrostomiekannels erforderlich (5-550.6), die nach Kontextprüfung K2 die Erbringung als AOP ausschließt.

5-550.21	Entfernung eines Steines aus der Niere: Ureterorenoskopisch
5-550.31	Entfernung eines Steines aus der Niere mit Lithotripsie: Ureterorenoskopisch

Hier handelt es sich um sehr komplexe Eingriffe, die meist elektiv durchgeführt werden. Je nach Steinmasse kann dabei die OP-Dauer zwischen 30 und 120 min liegen. Der Eingriff besteht jeweils aus den folgenden Einzelschritten:

- Zystoskopie (AOP)
- Entfernung einer Harnleiterschiene (AOP)
- Retrogrades Ureteropyelogramm (AOP)
- Ureterbougieung transurethral (AOP)
- Einlegen einer Zugangshülse
- Vorspiegeln mit einem flexiblen Ureterorenoskop (evtl. Einmalgerät) (AOP)
- Laser-Lithotripsie der Nierensteine (AOP)
- Extraktion der Nierensteine mit dem Dormiakörbchen (AOP)
- Erneutes retrogrades Ureteropyelogramm (AOP)
- Entfernen der Zugangshülse
- Einlegen einer Ureterschiene (AOP)
- Evtl. Einlage eines Dauerkatheters.

Es handelt sich also um Eingriffe, die eine Kombination von bis zu neun einzelnen AOPs beinhalten. Hier ist eine Abrechnung über EBM nicht mehr möglich und sinnvoll. Hier muss eine Einzelerfassung der Einmalmaterialien, die bis zu 2000 € für einen Eingriff kosten können, erforderlich.

(Einmal-Ureterorenoskop ca. 1100 €, Führungshülse ca. 100 €, 1-2 Dormiakörbchen je 100 €, 2 Drähte je ca. 50 €, Laserfaser, Ureterkatheter, Ureterschiene, Dauerkatheter, Kontrastmittel).

Hier stellt sich die Frage, ob eine Kombination aus einer solchen Anzahl von Einzel-AOPs nicht nach dem Kontextfaktor K4 (Komplexe Kombination von AOP-Leistungen) eine stationäre Erbringung zulassen sollte.

Das Gleiche betrifft die Codes 5-562.4, 5-562.5 und 5-562.8, die schon jetzt im AOP-Katalog enthalten sind.

5-550.4	Endoskopische Erweiterung des pyeloureteralen Überganges
---------	--

Dieser Eingriff besteht aus einer Kombination von AOPs:

- Zystoskopie (AOP)
- Entfernung einer Ureterschiene (AOP)
- Retrogrades Ureteropyelogramm (AOP)
- Bougieren des Ureters transurethral (AOP)
- Endopyelotomie (Accucise) oder Laser-Endopyelotomie (AOP)
- Retrogrades Ureteropyelogramm (AOP)
- Einlage einer Ureterschiene (AOP)
- Evtl. Einlage eines transurethralen Katheters.

Der Eingriff muss immer am Krankenhaus mit der Option der stationären Aufnahme erfolgen, da er das Risiko einer stärkeren Blutung bei Verletzung eines aberrierenden Gefäßes am pyeloureteralen Übergang bedeutet.

Angesichts hoher Materialkosten und der Komplexität des Eingriffs ist eine Abrechnung über EBM weder sinnvoll noch angemessen.

Hier stellt sich die Frage, ob eine Kombination aus einer solchen Anzahl von Einzel-AOPs nicht nach dem Kontextfaktor K4 (Komplexe Kombination von AOP-Leistungen) eine stationäre Erbringung zulassen sollte.

5-550.5	Perkutane Punktion einer Nierenzyste
---------	--------------------------------------

Dieser Eingriff ist ambulant durchführbar. Er beinhaltet aber nur die Punktion, nicht die Sklerosierung oder Drainage einer Nierenzyste. Eine Abrechnung kann über EBM erfolgen.

5-560.2	Ureter-Bougierung, transurethral
5-561.6	Ballondilatation des Ureterostiums, transurethral
5-561.7	Bougierung des Ureterostiums, transurethral

Die transurethrale Bougierung des Ureters oder des Ureterostiums, eventuell auch mit Ballondilatation ist ein Eingriff, der praktisch nie alleine durchgeführt wird. Es handelt sich meist um einen Begleiteingriff im Rahmen einer Behandlung einer Urolithiasis.

Bestandteile dieses Eingriffs sind immer:

- Zystoskopie (AOP)
- Retrograde Ureteropyelographie (AOP)
- Ureterbougierung/Ballondilatation transurethral (AOP)
- Ureterorenoskopie (AOP)
- Ggfs. Biopsie des Harnleiters (AOP)
- Ggfs. Harnsteinintervention s.o. (AOP)
- Erneute retrograde Ureteropyelographie (AOP)
- Einlage einer Ureterschiene (AOP)
- Ggfs. Einlage eines Dauerkatheters.

Es handelt sich hier um eine Komplexe Kombination von AOP-Leistungen (K4). Eine Abrechnung nach EBM ist angesichts der hohen Materialkosten nicht möglich.

5-560.5	Ureter-Ballondilatation, perkutan-transrenal
5-560.6	Ureter-Bougierung, perkutan-transrenal

Perkutane Bougierungen oder Ballondilatationen des Ureters werden nie als alleiniger Eingriff durchgeführt. Routinemäßig gehören dazu:

- Perkutane Nephrostomie (AOP)
- Antegrade Kontrastmitteldarstellung des Harntrakts (AOP)
- Perkutan-transrenale Sondierung des Ureters mit einem Führungsdraht
- Ureterbougieung oder Ballondilatation perkutan-transrenal (AOP)
- Einlegen eines Ureterkatheters perkutan-transrenal (Kontextprüfung K2)
- Entfernung des Nephrostomiekatheters (AOP)
oder
- Zystoskopie (AOP)
- Einlegen eines Ureterkatheters transurethral (AOP)
- Entfernung des Nephrostomiekatheters (AOP)

Es handelt sich daher entweder um eine Leistung, die durch die antegrade Harnleiterschienung in der Kontextprüfung K2 aus der ambulanten Erbringung herausfällt oder es handelt sich um eine Komplexe Kombination von AOP-Leistungen K4, die im EBM nicht abbildbar ist.

5-560.8	Entfernung eines Ureterstents, transurethral
---------	--

Die Entfernung eines Ureterstents ist theoretisch ambulant möglich. Sie erfordert aber in praktisch allen Fällen eine stationäre Überwachung in den ersten 24 Stunden, da es zu einer symptomatischen Harnstauungsniere mit sofortigem Interventionsbedarf kommen kann.

5-569.31	Ureterolyse (ohne intraperitoneale Verlagerung): Laparoskopisch
5-569.41	Ureterolyse mit intraperitonealer Verlagerung: Laparoskopisch

Hierbei handelt es sich um einen Eingriff, der durch die Gynäkologen routinemäßig bei laparoskopischen Eingriffen im kleinen Becken kodiert wird, um zu belegen, dass die Ureteren bei dem Eingriff identifiziert und sicher geschont wurden. Diese Eingriffe werden nie ambulant als alleiniger Eingriff erbracht. Die Entscheidung über die ambulante Erbringung hängt immer vom eigentlichen Haupteingriff ab.

5-570.1	Entfernung eines Harnblasensteines, perkutan-transvesikal
5-570.2	Entfernung eines Harnblasensteines, perkutan-transvesikal, mit Desintegration
5-570.3	Entfernung eines Fremdkörpers aus der Harnblase, perkutan-transvesikal

Diese Eingriffe sind grundsätzlich ambulant erbringbar. Es kann allerdings bei jedem dieser Eingriffe zu einer Makrohämaturie kommen, die dann eine Blasendauerspülung erfordert, die zur Kontextprüfung K2 kommt. Daher muss für diese Eingriffe immer die Option einer stationären Aufnahme bestehen. Die Abrechnung über EBM ist möglich.

5-572.5	Dilatation eines Zystostomiekannels, Anlage e. dicklumigen suprapub. Katheters
---------	--

Dieser Eingriff kann ambulant in Lokalanästhesie erbracht werden. Die Abrechnung über EBM ist möglich.

5-573.0	Transurethrale Inzision der Harnblase
5-573.1	Transurethrale Inzision des Harnblasenhalses
5-573.40	TUR-Blase: Nicht fluoreszenzgestützt
5-573.41	TUR-Blase: Fluoreszenzgestützt

Diese sehr häufigen Eingriffe stellen eine zentrale Leistung innerhalb der Urologie dar. Postoperativ besteht das Risiko einer Nachblutung mit Ausbildung einer Blasentamponade, die dann zur Ruptur der ausgedünnten Blasenwand führen kann. Aus diesem Grund wird in den allermeisten Fällen eine kontinuierliche Blasenpülung für mindestens 24 Stunden durchgeführt, die dann in der Kontextprüfung K2 zum Ausschluss einer AOP-Leistung führt. Gleichzeitig besteht für diese Zeit ein intensiver Überwachungsbedarf mit der Option der sofortigen Intervention. Daher stellen die Fälle, die nicht stationär behandelt werden müssen, die Ausnahme und nicht die Regel dar.

In einigen Regionen wird als Kriterium die Resektionstiefe herangezogen: Enthält das resezierte Material nur Schleimhautanteile wird die ambulante Erbringung gefordert, enthält sich auch Muskulatur der Blasenwand als tiefe Schicht, wird der stationären Erbringung zugestimmt. Dies wird so in der Kontextprüfung aber nicht übernommen. Das Problem liegt auch darin, dass die Resektionstiefe erst im Nachgang durch den Pathologen festgelegt werden kann und für den Operateur nicht direkt ersichtlich ist. Außerdem ist der Eindruck des Operateurs, wie dünn die Blasenwand ist, wesentlich relevanter als die Dicke des resezierten Materials.

Es muss berücksichtigt werden, dass die präoperative Instillation von 5-ALA als fluoreszierende Lösung in die Harnblase als Instillationsbehandlung ebenfalls eine AOP darstellt. Das gilt auch für die Frühinstillation von Zytostatika (v.a. Mitomycin) innerhalb der ersten 24 Stunden postoperativ in die Harnblase zur Rezidivprophylaxe, die von den Leitlinien bei allen Blasentumoren empfohlen wird.

Die Kosten für Mitomycin und für 5-ALA, die sich auf 300 €, bzw. 500 € belaufen, müssen bei Erbringung als AOP gesondert rezeptierbar sein, im Falle einer stationären Aufnahme aber über das stationäre Budget abgerechnet werden. Aus diesem Grund ist hier vermutlich eine Abrechnung über eine Hybrid-DRG sinnvoller als eine EBM-Abrechnung.

5-579.02	Entfernung eines Steines aus einer Ersatzharnblase: Transurethral
5-579.12	Entfernung eines Fremdkörpers aus einer Ersatzharnblase: Transurethral
5-579.22	Entfernung von Schleim aus einer Ersatzharnblase: Transurethral

Hier handelt es sich um seltene ambulant erbringbare Eingriffe. In einem Teil der Fälle muss eine Dauerspülung der Blase angeschlossen werden, die dann zur Kontextprüfung K2 führt. Die Abrechnung über EBM ist sinnvoll.

5-579.52	Operative Dehnung der Harnblase: Transurethral
----------	--

Die operative Blasendehnung ist ein Standardeingriff bei Interstitieller Zystitis. Typischerweise kommt es bei maximaler Dehnung in der Folge des Eingriffs zu einer diffusen Blutung, die dann eine Blasendauerspülung erfordert. Außerdem wird in gleicher Sitzung oft eine transurethrale Resektion der Blasenwand durchgeführt.

Die Dehnung kann mittels Zystoskopie im OP, aber auch in Lokalanästhesie über einen Katheter durchgeführt werden. In letzterem Fall ist die Erbringung als AOP mit EBM-Abrechnung möglich.

5-579.62	Injektionsbehandlung der Harnblase: Transurethral
5-579.63	Injektionsbehandlung der Harnblase: Perkutan
5-579.64	Injektionsbehandlung der Harnblase: Über ein Stoma

Diese Codes beschreiben die intramuskuläre Injektion von Botulinumtoxin in die Harnblase bei überaktiver Blase oder bei neurogener Blasenentleerungsstörung.

Die Leistung ist ambulant durchführbar, sofern keine Querschnittlähmung vorliegt (Kontextprüfung).

Eine Abrechnung über EBM ist sinnvoll und möglich. Das Botulinumtoxin wird in der Dosis 100 – 300 i.E. injiziert. Die Kosten liegen bei rund 1000€ je 100 i.E. Botulinumtoxin und müssen rezeptierbar sein.

5-585.0	Urethrotomia interna, ohne Sicht
---------	----------------------------------

Es handelt sich um einen Eingriff bei distaler Harnröhrenstriktur. Dieser wird in der Mehrzahl der Fälle in Verbindung mit einem anderen transurethralen Eingriff (TUR-Blasentumor, TUR-Prostata), um mit dem Resektoskop die Harnröhre passieren zu können. In diesen Fällen entscheidet der weitere Eingriff über die ambulante oder stationäre Erbringung.

In seltenen Fällen erfolgt die Urethrotomia interna ohne Sicht als alleiniger Eingriff in Verbindung mit einer Zystoskopie. Dieser Eingriff kann als AOP erfolgen und über EBM abgerechnet werden.

5-593.20	Spannungsfreies vaginales Band (TVT) oder transobturatorisches Band (TOT, TVT-O)
----------	--

Der Eingriff wird immer kombiniert mit einer intraoperativen Zystoskopie. Postoperativ kann eine stationäre Behandlung im Falle einer Hyperkontinenz erforderlich werden.

Grundsätzlich kann der Eingriff aber als AOP erbracht werden.

Aufgrund der Kosten für das Implantat ist eine Abrechnung über EBM eher nicht sinnvoll.

5-596.00	Paraurethrale Injektionsbehandlung: Mit Dextranomer-Hyaluronsäure-Gel
5-596.01	Paraurethrale Injektionsbehandlung: Mit Polyacrylamid-Hydrogel
5-596.02	Paraurethrale Injektionsbehandlung: Mit nicht resorbierbarem Silikon-Elastomer

Es handelt sich um Therapieoptionen bei Belastungsinkontinenz. Der Eingriff wird zystoskopisch durchgeführt. Die Kosten variieren nur in Abhängigkeit von der verwendeten Substanz. Der Eingriff kann als AOP durchgeführt werden. Entscheidend ist die Abbildung der Kosten, was gegen eine Abbildung im EBM spricht.

5-601.6	Transurethrale elektrische Vaporisation von Prostatagewebe
5-601.70	Holmium-Laser-Enukleation von Prostatagewebe
5-601.71	Holmium-Laser-Resektion von Prostatagewebe
5-601.72	Thulium-Laser-Enukleation von Prostatagewebe
5-601.73	Thulium-Laser-Resektion von Prostatagewebe
5-601.8	Destruktion von Prostatagewebe durch transurethrale irreversible Elektroporation
5-601.9	Exzision von Prostatagewebe durch fokussierten Wasserstrahl
5-601.a	Destruktion von Prostatagewebe durch Magnetresonanz-gesteuerten Ultraschall

Die Kodierung der endourologischen Therapieverfahren bei Benignem Prostatasyndrom ist 2020 überarbeitet worden und muss angepasst werden.

Die transurethrale elektrische Vaporisation, die Holmium-/Thulium-Laser-Enukleation oder Resektion von Prostatagewebe oder die Exzision durch fokussierten Wasserstrahl erfordert im Regelfall eine Blasendauerspülung (Kontextprüfung K2). In vielen Fällen erfolgt in gleicher Sitzung eine TUR-Prostata oder eine Laserablation von Prostatagewebe, um die Blutstillung sicherzustellen. Insbesondere die Exzision von Gewebe durch fokussierten Wasserstrahl erfordert zusätzlich eine Blutstillung, da das OP-Verfahren selbst keine Blutstillung leistet.

Die Überarbeitung der Kodierung von 2020 lässt nebeneinander die Kodierung zweier OP-Verfahren zu und klärt diese Situation. Unter diesen Umständen werden diese Eingriffe nur bei fehlerhafter Kodierung oder im absoluten Ausnahmefall ambulant erbracht und als AOP abgerechnet.

Eine Abrechnung über EBM erscheint hier nicht angemessen.

Die Elektroporation der Prostata stellt dagegen ein ambulant erbringbares Verfahren dar, das über EBM abgerechnet werden kann. Es ist allerdings im OPS-Katalog von 2019 falsch zugeordnet und 2020 anders klassifiziert worden.

5-602.0	Transrektale/perkutane Destruktion von Prostatagewebe: Durch Hitze
5-602.1	Transrektale/perkutane Destruktion von Prostatagewebe: Durch Ultraschall
5-602.2	Transrektale/perkutane Destruktion von Prostatagewebe: Durch Strahlenträger
5-602.3	Transrektale/perkutane Destruktion von Prostatagewebe: Durch Kälte
5-602.4	Transrektale/perkutane Destruktion von Prostatagewebe: Durch magnetische Nanopartikel
5-602.5	Perkutane Destruktion von Prostatagewebe: Durch transperineale photodynamische Therapie

Diese Verfahren sind als AOP erbringbar. Die Materialkosten sind zum Teil sehr hoch und müssen bei der Abrechnung adäquat abgebildet werden. Insbesondere bei der transperinealen photodynamischen Therapie liegen diese Medikamentenkosten bei über 5000 € je Fall.

Auch die Abbildung im DRG-System ist hier nicht adäquat.

5-609.3	Dilatation der prostatistischen Harnröhre
5-609.4	Einlegen eines Stents in die prostatistische Harnröhre
5-609.5	Wechsel eines Stents in der prostatistischen Harnröhre
5-609.6	Entfernung eines Stents aus der prostatistischen Harnröhre

Es handelt sich um ambulante Operationen, die mit einer Zystoskopie, einem Urethrogramm und einem Zystogramm kombiniert sind. Bei Entfernung des Stents aus der prostatistischen Harnröhre ist in den meisten Fällen eine Dauerspülung erforderlich (Kontextprüfung K2).

5-609.80	Transurethrale Implantation von 1 Prostatagewebe-Retraktor
5-609.81	Transurethrale Implantation von 2 Prostatagewebe-Retraktoren
5-609.82	Transurethrale Implantation von 3 Prostatagewebe-Retraktoren
5-609.83	Transurethrale Implantation von 4 Prostatagewebe-Retraktoren
5-609.84	Transurethrale Implantation von 5 Prostatagewebe-Retraktoren
5-609.85	Transurethrale Implantation von 6 Prostatagewebe-Retraktoren
5-609.86	Transurethrale Implantation von 7 Prostatagewebe-Retraktoren
5-609.87	Transurethrale Implantation von 8 oder mehr Prostatagewebe-Retraktoren

Die Implantation von Prostatagewebe-Retraktoren ist als AOP möglich. Die Materialkosten je Retraktor liegen bei 400 €. Die Behandlung wird immer mit einer Zystoskopie kombiniert. Im Falle einer Hämaturie ist eine stationäre Aufnahme und Blasendauerspülung unvermeidlich. Die Wahrscheinlichkeit steigt mit der Zahl der Implantate. Die Zahl der erforderlichen Implantate hängt von der Größe der Prostata ab.

Wird ein Fixpreis festgelegt (z.B. Kostenerstattung für 2 Implantate), wird der Fehlanreiz gegeben, den Eingriff eher mehrfach durchzuführen. Hier muss eine Lösung gefunden werden, die die Materialkosten vollständig abbildet.

5-609.90	vor Prostatabestrahlung: Transperineale Injektion eines PEG-Hydrogels
5-609.a0	Implantation von Bestrahlungsmarkern an der Prostata: Perineal
5-609.a1	Implantation von Bestrahlungsmarkern an der Prostata: Transrektal

Es handelt sich um AOPs. Die Kosten der Bestrahlungsmarker müssen berücksichtigt werden.

5-610.0	Inzision an Skrotum und Tunica vaginalis testis
5-610.1	Inzision an Skrotum und Tunica vaginalis testis: Drainage
5-620	Inzision des Hodens
5-625.6	Exploration bei Kryptorchismus: Abdominal, laparoskopisch
5-626.0	Operative Verlagerung eines Abdominalhodens, offen chirurgisch
5-626.2	Operative Verlagerung eines Abdominalhodens: laparoskopisch
5-629.0	Entnahme von Hodengewebe zur Aufbereitung für die künstliche Insemination
5-630.3	Offene Resektion der V. spermatica nach Palomo/Bernardi
5-639.0	Epididymotomie
5-639.1	Inzision des Funiculus spermaticus
5-639.2	Adhäsiolyse des Funiculus spermaticus
5-639.3	Entnahme von Nebenhodengewebe zur Aufbereitung für die künstliche Insemination
5-640.0	Frenulotomie
5-640.1	Dorsale Spaltung
5-640.4	Reposition einer Paraphimose in Narkose
5-640.5	Lösung von Präputialverklebungen

Bei diesen Eingriffen handelt es sich um ambulant erbringbare Operationen, die über EBM abgerechnet werden können.

Insgesamt zeigt der Katalog hier eine deutliche Redundanz der Codes. So existieren nebeneinander:

- Biopsie des Hodens durch Inzision (1-565)
- Inzision des Hodens (5-620)
- Entnahme von Hodengewebe zur Aufbereitung für die künstliche Insemination (5-629.0)

Dabei stellt sich einerseits die Frage, mit welcher Indikation die alleinige Inzision des Hodens (ohne Biopsie) durchgeführt werden soll. Sollte es ein Zusatzcode für den Zugangsweg sein, so dürfte er im Code 1-565 bereits inkludiert sein, im Code 5-629.0 dagegen nicht.

Und ob das Hodengewebe für eine künstliche Insemination überhaupt aufbereitet werden kann, zeigt sich meist erst ein bis zwei Tage nach dem Eingriff und nicht im Voraus.

Entscheidend ist bei der EBM-Abrechnung, dass eine kombinierte Kodierung hier nicht zu einem erhöhten Erlös führt.