

Anmerkungen zur Überarbeitung des AOP-Katalogs 2021

Deutsche Gesellschaft für Urologie

Prof. Dr. Daniela Schulz-Lampel

Prof. Dr. Björn Volkmer

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. Weiterbildung zum Facharzt bzw. zur Fachärztin

Der mit Abstand größte Teil der Weiterbildung zur Urologin oder zum Urologen erfolgt an Krankenhäusern. Je nach Fachdisziplin handelt es sich bei 30 – 50 % der geforderten Eingriffe des Facharzkatalogs um Eingriffe, die auch im AOP-Katalog enthalten sind. Ohne diese Eingriffe ist eine Facharztweiterbildung nicht möglich.

Für die Durchführung von AOPs ist ein Facharztstandard gefordert. Die Personalkosten für die meisten dieser Eingriffe sind daher auf die Erbringung durch einen einzelnen Facharzt ausgerichtet.

Die Durchführung als Ausbildungseingriff erfordert eine Berücksichtigung höherer Personalkosten, wenn der Eingriff als Ausbildungseingriff erfolgt. Das betrifft sowohl die Anzahl der beteiligten Ärzte als auch die längere Dauer des Eingriffs.

Dabei sollte diese bessere Vergütung nur erfolgen, wenn der Eingriff auch als Ausbildungseingriff durch einen Assistenzarzt in der Weiterbildung erbracht wird.

Dieser Aspekt betrifft die Eingriffe aller Fachdisziplinen.

II. Durchführung von Eingriffen mit besonderer Infrastruktur

Alle urologischen Eingriffe am Harnleiter, der Niere oder dem Nierenbecken erfordern eine Röntgeneinrichtung mit Durchleuchtung. Hier sind die regelmäßigen Wartungen, Kontrollen durch die zuständigen Stellen bezüglich der Strahlensicherheit etc. nachzuweisen.

Derartige Röntgeneinrichtungen wurden in den vergangenen 20 Jahren zunehmend aus den urologischen Praxen entfernt, da sie sich nicht mehr gerechnet haben (zu geringe Vergütung der Eingriffe. Keine Abbildung der Vorhaltekosten, hohe Wartungskosten).

Der durchführende Facharzt benötigt zusätzlich die erforderlichen Strahlenschutzkurse (mit Auffrischung alle fünf Jahre).

Das Gleiche gilt für die beteiligten Mitarbeiter des Funktionsdienstes.

So wie die Röntgenanlagen in den Praxen abgeschafft wurden, haben auch die meisten Urologen in diesen Praxen die Strahlenschutzkurse für sich und ihre Mitarbeiter nicht mehr fortgesetzt.

Damit sind deutschlandweit die urologischen ambulanten Operationen weitestgehend aus den urologischen Praxen verschwunden und werden überwiegend nur noch in Röntgeneinrichtungen, die an Krankenhäuser angebunden sind (Hauptabteilungen oder Belegabteilungen) erbracht. Damit werden die Vorhaltekosten für ambulante Operationen auf die Infrastrukturkosten des Krankenhauses abgewälzt. Hier ist eine adäquate Abbildung dieser Kosten erforderlich, so dass die Eingriffe in zu gleichen Bedingungen auch in Ambulanten OP-Zentren erbracht werden können.

III. Eintagesfälle in Urologischen Abteilungen

Seit der Einführung des DRG-Systems werden von den Krankenkassen systematisch alle Eintagesfälle im Krankenhaus kritisch überprüft. Dabei wird der Tag vor einem Eingriff ohnehin nicht als stationärer Behandlungstag akzeptiert. Eintagesfälle sind daher die Fälle, bei denen ein Patient aufgenommen, operiert und am gleichen oder folgenden Tag wieder entlassen wurde.

Der Grundgedanke der Überarbeitung des AOP-Katalogs ist es, dass es hier noch eine große Anzahl von Fällen geben könnte, die das Potenzial einer ambulanten Operation aufweisen.

Da die DRG-Datensätze nur diejenigen Fälle enthalten, bei denen die Krankenkasse nach Überprüfung durch den MDK der stationären Erbringung zugestimmt haben, ist die o.g. Prämisse falsch. Die Eintagesfälle waren stationäre Fälle, weil unabhängig von der Abbildung der Fälle im AOP-Katalog diese nicht ambulant erbracht werden konnten.

Aber natürlich ist der Gedanke richtig, dass unter den Leistungen, die bei Eintagesfällen erbracht werden, besonders viele Leistungen zu finden sind, die auch in den AOP-Katalog gehören.

Dabei muss aber berücksichtigt werden, dass manche DRGs bewusst als Eintagesfall-DRGs kalkuliert wurden. D.h. der Patient kommt in diese DRG ausschließlich, weil er ein Eintagesfall war.

IV. Einseitige Begutachtung durch die Krankenkassen

Wird ein Eingriff unter stationären Bedingungen erbracht, und es ergeben sich Komplikationen oder Schwierigkeiten, so liegt er im Regelfall 2 oder mehr Tage im Krankenhaus. Damit werden diese Fälle nicht auf das Potenzial einer ambulanten Operation überprüft.

Wird der Patient dagegen ohne Komplikationen operiert und am gleichen oder folgenden Tag entlassen (klassischer Eintagesfall), überprüft die Krankenkasse automatisch.

Im ambulanten Bereich ist es dagegen genau umgekehrt:

Wird eine ambulante Operation durchgeführt und es kommt aufgrund einer Komplikation zu einer stationären Aufnahme, wird der Fall überprüft.

Wird dagegen ein Patient ambulant operiert und nicht aufgenommen, bleibt die Überprüfung aus.

Gehen wir von einer fiktiven Komplikationsrate von 5 % und einer Rate potenziell gefährdeter Patienten, bei denen eine stationäre Durchführung zu rechtfertigen (bzw. eigentlich erforderlich wäre) von 80 % im Krankenhaus und von 20 % in der Praxis aus:

Dann ergibt sich bei je 100 Patienten im Krankenhaus und in der Praxis:

Im Krankenhaus:

Prüfrate von 95 %,

Abschlag und Abrechnung als ambulante OP in 15%

In der Praxis:

Prüfrate von 5 %

Gefährdete Patienten, die im Krankenhaus besser operiert worden wären, mit unzureichender Überwachung: 20 %

Gerade Einrichtungen, die ausschließlich ambulant operieren können und keinen stationären Backup haben, erhalten durch diese einseitige Überprüfung Fehlanreize, Patienten ambulant zu operieren, die aus den unterschiedlichsten Gründen besser stationär operiert würden.

V. OP-Kosten im DRG-System

Im DRG-System sind die Kosten eines Falles sehr detailliert aufgearbeitet worden, so dass klar erkennbar ist, welche Kosten wo und für welche Leistung entstehen.

Diese Daten sind für jede DRG in der Kostenmatrix dargestellt:

Anlage 5		Personal-kosten ärztlicher Dienst	Personal-kosten Pflegepersonal	Personal-kosten med.-tech. Dienst/ Funktionsdienst	Sachkosten Arzneimittel		Sachkosten Implantate/ Transplantate	Sachkosten Übriger medizinischer Bedarf			Personal- und Sachkosten med. Infrastruktur	Personal- und Sachkosten nicht med. Infrastruktur
		1	2	3	4a	4b ¹	5 ¹	6a	6b ¹	6c ¹	7	8
Normalstation	1	Pflegebeleg	PPR-Minuten ²	Pflegebeleg	PPR-Minuten ²	Is-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	nicht relevant	PPR-Minuten ²	Is-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Is-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Pflegebeleg	Pflegebeleg
Intensivstation	2	Gewichtete Intensivstunden	Gewichtete Intensivstunden	Gewichtete Intensivstunden	Gewichtete Intensivstunden	Is-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Is-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Gewichtete Intensivstunden	Is-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Is-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Intensivstunden	Intensivstunden
Dialyseabteilung	3	Gewichtete Dialysen ²	Gewichtete Dialysen ²	Gewichtete Dialysen ²	Gewichtete Dialysen ²	Is-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	nicht relevant	Gewichtete Dialysen ²	Is-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Is-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Gewichtete Dialysen ²	Gewichtete Dialysen ²
OP-Bereich	4	Schritt-Naht-Zeit mit GZ ³ und Rötzeit ⁴	nicht relevant	Schritt-Naht-Zeit mit GZ ³ und Rötzeit ⁴	Schritt-Naht-Zeit mit Rötzeit ⁴	Is-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Is-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Schritt-Naht-Zeit mit Rötzeit ⁴	Is-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Is-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Schritt-Naht-Zeit mit Rötzeit ⁴	Schritt-Naht-Zeit mit Rötzeit ⁴
Anästhesie	5	Anästhesiologzeit und GZ ³	nicht relevant	Anästhesiologzeit	Anästhesiologzeit	Is-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	nicht relevant	Anästhesiologzeit	Is-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Is-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Anästhesiologzeit	Anästhesiologzeit
Kreislauf	6	Aufenthaltszeit Patient im Kreislauf	nicht relevant	Aufenthaltszeit Patient im Kreislauf	Aufenthaltszeit Patient im Kreislauf	Is-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	nicht relevant	Aufenthaltszeit Patient im Kreislauf	Is-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Is-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Aufenthaltszeit Patient im Kreislauf	Aufenthaltszeit Patient im Kreislauf
Kardiologische Diagnostik/ Therapie	7	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungskatalog	nicht relevant	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungskatalog	2. Punkte lt. Leistungskatalog	Is-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Is-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungskatalog	Is-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Is-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	1. Eingriffszeit 2. Punkte lt. Leistungskatalog	2. Punkte lt. Leistungskatalog
Endoskopische Diagnostik/ Therapie	8	Eingriffszeit ²	nicht relevant	Eingriffszeit ²	Eingriffszeit ²	Is-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Is-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Eingriffszeit ²	Is-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Is-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Eingriffszeit ²	Eingriffszeit ²
Radiologie	9	Punkte lt. Leistungskatalog	nicht relevant	Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog	Is-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Is-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Punkte lt. Leistungskatalog	Is-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Is-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog
Laboratorien	10	Punkte lt. Leistungskatalog	nicht relevant	Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog	Is-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Is-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Punkte lt. Leistungskatalog	Is-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Is-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Punkte lt. Leistungskatalog	Punkte lt. Leistungskatalog
Diagnostische Bereiche	11	1. Behandlungszeit 2. Pkt. lt. Leistungskatalog	1. Behandlungszeit 2. Pkt. lt. Leistungskatalog	1. Behandlungszeit 2. Pkt. lt. Leistungskatalog	1. Behandlungszeit 2. Pkt. lt. Leistungskatalog	Is-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	nicht relevant	1. Behandlungszeit 2. Pkt. lt. Leistungskatalog	Is-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Is-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	1. Behandlungszeit 2. Pkt. lt. Leistungskatalog	1. Behandlungszeit 2. Pkt. lt. Leistungskatalog
Therapeutische Verfahren	12	1. Behandlungszeit 2. Pkt. lt. Leistungskatalog	1. Behandlungszeit 2. Pkt. lt. Leistungskatalog	1. Behandlungszeit 2. Pkt. lt. Leistungskatalog	1. Behandlungszeit 2. Pkt. lt. Leistungskatalog	Is-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	nicht relevant	1. Behandlungszeit 2. Pkt. lt. Leistungskatalog	Is-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	Is-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	1. Behandlungszeit 2. Pkt. lt. Leistungskatalog	1. Behandlungszeit 2. Pkt. lt. Leistungskatalog
Patientenaufnahme	13	1. Behandlungszeit 2. Pkt. lt. Leistungskatalog	1. Behandlungszeit 2. Pkt. lt. Leistungskatalog	1. Behandlungszeit 2. Pkt. lt. Leistungskatalog	1. Behandlungszeit 2. Pkt. lt. Leistungskatalog	Is-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	nicht relevant	1. Behandlungszeit 2. Pkt. lt. Leistungskatalog	Is-Verbrauch Einzelkosten-zuordnung	nicht relevant	1. Behandlungszeit 2. Pkt. lt. Leistungskatalog	1. Behandlungszeit 2. Pkt. lt. Leistungskatalog

Dabei betreffen die in der Tabelle rot unterlegten Kosten die Operation und die Anästhesie. Das heißt diese Kosten sind die Mittelwerte für die Eingriffe, die in dieser DRG zusammengefasst sind.

In blau unterlegt sind die therapeutischen Verfahren. In der Urologie ist dies die ESWL, die als AOP zählt und deren Kosten hier abgebildet sind.

In orange unterlegt sind die Kosten für die Patientenaufnahme, die bei jedem Eingriff – egal ob ambulant oder stationär erforderlich ist.

Definitiv unklar ist die Zeile „Endoskopische Diagnostik und Therapie“. Das Kalkulationshandbuch fordert hier die Erbringung in einem endoskopischen Eingriffsraum. Urologische Kliniken führen ihre

endoskopischen Eingriffe teilweise in einem Zentral-OP, teilweise in einer eigenen urologischen Endoskopie-Einheit durch. Da hier die Krankenhäuser keine klare Vorgabe erhalten haben, wo die entsprechenden Kosten zu verbuchen sind, muss davon ausgegangen werden, dass ein Teil der Operationen in urologischen Kliniken hier erbracht werden.

Für die Kalkulation der Kosten von Eintagesfällen werden die Kosten für OP, Anästhesie und Kreißsaal, sowie die Kosten für Implantate voll gewertet, während alle anderen Kosten anteilig abgezogen werden. Hier liegt ein Fehler des DRG-Systems für die korrekte Kalkulation von Kosten vor, wenn die Leistung in einer Endoskopieeinheit oder als ESWL erbracht worden sind.

Die hinterlegten Kosten sind die Mittelwerte der tatsächlichen Kosten der Kalkulationshäuser für diese Fälle – also die Kosten zu denen die Leistungen tatsächlich erbracht werden. Werden exakt die gleichen Operationen statt unter stationären Bedingungen als AOP erbracht, ist der gesamte Ablauf im OP (mit allen Kosten) im Krankenhaus identisch.

Bei den Personalkosten ist allerdings zu berücksichtigen, dass sowohl Anästhesie als auch Operation in einem Teil der Fälle unter Ausbildungsbedingungen erfolgen. Man muss hier rechnerisch von einer Besetzung von etwa 1,2 in der Anästhesie und von 1,4 bei den Operateuren ausgehen.

Die Pflegekosten sind in der DRG-Kalkulation insofern enthalten, als die Mitarbeiter der OP-Pflege als Funktionsdienst und nicht als Pflege gelten.

Beispiel: DRG M05A (Zirkumzision)

Hauptdiagnosen	Nebendiagnosen	Prozeduren	Kosten										
	1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	6c	7	8	Summe	
01 Normalstation	206,89		17,87	22,47	1,66		26,05	0,2	1,75	108,42	288,46	673,77	
02 Intensivstation	6,1		0,05	0,63	0,1		1,74	0,01	0,04	2,7	5,07	16,44	
04 OP-Bereich	162,25		149,5	6,36	0,67	0,58	74,09	14,93	8,44	85,15	106,26	608,23	
05 Anästhesie	151,99		106,29	8,87	0,18		28,81	0,4	1,3	18,7	43,52	360,06	
07 Kardiologische Diagnostik / Therapie	0,76		0,45	0,02		0,07	0,24	0,54	0,01	0,08	0,34	2,51	
08 Endoskopische Diagnostik / Therapie	1,58		1,24	0,11			1,15	0,03		1,21	1,11	6,43	
09 Radiologie	5,13		5,4	0,16	0,23	0,04	1,24	0,41	0,34	2,05	3,3	18,30	
10 Laboratorien	8,25		21,03	0,32	0,94		13,99	0,01	28,67	3,18	10,76	87,15	
11 Diagnostische Bereiche	9,78	0,06	8,08	0,45			1,76	0,03		2,22	4,79	27,17	

Die Kosten im OP belaufen sich auf 608,23 €, für die Anästhesie auf 360,06 €.

Es entfallen dagegen alle anderen Kosten der o.g. Matrix bei Erbringung als AOP.

Zu bedenken ist also, dass das Krankenhaus diese Ambulante Operation (Zirkumzision) nur kostendeckend erbringen kann, wenn die o.g. Kosten von

968,29 € gedeckt sind. Leistungen für die Voruntersuchungen, den Pathologen, Röntgenuntersuchung und EKG im Rahmen der Narkosevorbereitung, die in der DRG berücksichtigt sind, werden bei der AOP gesondert abgerechnet.

VI. Mischkalkulation der OP-Kosten in den DRGs

DRGs fassen Fälle mit vergleichbaren Kosten zusammen. In der Urologie sind dies beispielsweise in der DRG M04D alle Eingriffe am Hoden (außer bei Abszess oder Tumor) – unabhängig von Diagnose und OPS-Kode. Die Kosten für diese Eingriffe sind insgesamt so ähnlich, da die OP-Dauer und das verbrauchte Material identisch sind, dass eine Differenzierung zwischen den Eingriffen nicht erforderlich ist.

VII. Geplante vs. ungeplante AOP

Bei den AOPs muss unterschieden werden zwischen den Fällen, die von vornherein als AOP geplant waren und dann auch so durchgeführt wurden, und den Fällen, die eigentlich als stationär geplant wurden und dann am OP-Tag wieder entlassen wurden oder nach der Entlassung zu einem späteren Zeitpunkt nachträglich in eine AOP umgewandelt wurden.

Während die erste Gruppe von Arztpraxen, AOP-Zentren und Krankenhäusern erbracht werden können, sind die AOPs der zweiten Gruppe auf die Krankenhäuser beschränkt.

Für jede AOP muss sollte daher das Potenzial für derartige geplante und ungeplante Fälle ermittelt werden.

Wenn AOPs nur durch Krankenhäuser als ungeplante AOPs erbracht werden können, muss dies bei den Kosten berücksichtigt werden.

VIII. Materialkosten

Bei ambulanten Operationen können folgende Sachmittel gesondert abgerechnet werden:

„soweit sie je nachfolgend aufgeführter Sachmittelposition je Spiegelstrich) einen Betrag von 12,50 Euro im Behandlungsfall überschreiten:

- im Körper verbleibende Implantate in Summe
- Röntgenkontrastmittel
- Nahtmaterial
- diagnostische und interventionelle Katheter einschl. Führungsdraht, Gefäßschleuse, Einführungsbesteck und Verschlusssysteme im Zusammenhang mit angiologisch-diagnostischen und -therapeutischen, gefäßchirurgischen und phlebologischen Leistungen
- diagnostische und interventionelle Katheter einschl. Führungsdraht, im Zusammenhang mit gastrokopischen Leistungen (inkl. Leistungen an den Gallenwegen)
- Trokare, Endoclips und Einmalapplikatoren für Clips, im Zusammenhang mit laparoskopischen Leistungen
- Narkosegase, Sauerstoff
- diagnostische und interventionelle Katheter (ausgenommen Transferkatheter) einschl. Führungsdraht im Zusammenhang mit Leistungen zur In-vitro-Fertilisation abzüglich des Patienteneigenanteils
- Iris-Retraktoren, Kapselspannringe, Injektionshalterungen bei ophthalmochirurgischen Leistungen
- Ophthalmica (Viskoelastika, Perfluordecaline, Silikonöl, C3F8-Gas) bei ophthalmochirurgischen Leistungen
- Schienen, Kompressionsstrümpfe (nicht Anti-Thrombosestrümpfe)

Im Bereich Urologie sind zwar die Implantate, insbesondere die Katheter, die bei Operationen eingelegt werden, abrechenbar. Es besteht aber keine Möglichkeit, die Materialien abzurechnen, die erforderlich sind, um die Implantate einzulegen, wie z.B. Ureterkatheter, Führungsdrähte etc.

Noch wesentlich relevanter ist dies im Zusammenhang mit der ureterorenoskopischen Steinentfernung, bei der zusätzlich Dormiakörbchen, Laserfasern, Führungshülsen etc. benötigt werden, die Einmalmaterial sind und in unterschiedlicher Menge zum Einsatz kommen. Diese Materialien können je nach Schwierigkeit des Eingriffs mehrere Hundert Euro kosten.

Eine Besonderheit, die bisher keine Berücksichtigung findet, ist die Verwendung von Zystoskopen: Es kommen starre oder flexible Zystoskope zum Einsatz. Bei den flexiblen Zystoskopen gibt es seit Jahren die wiederverwendbaren Geräte, neuerdings auch Einmalinstrumente.

Die Kosten für die Wiederaufbereitung und Gassterilisation eines flexiblen Zystoskops liegen bei etwa 100 €, die bei AOPs bisher nirgendwo abgebildet

sind. Die Kosten für ein flexibles Einmalzystoskop liegen je nach Anbieter bei 200 – 400 €.

Die DGU hat zur Differenzierung des verwendeten Gerätes eine Überarbeitung des OPS-Katalogs beantragt, um durch die Kodierung diese unterschiedlichen Kosten abbilden zu können. Ob das DIMDI diesen Antrag berücksichtigt, bleibt abzuwarten.

Andere zu klärende Materialkosten betreffen den Einsatz eines OP-Roboters. Hier kommen Einmalmaterialien in Höhe von etwa 1500 € und Wartungskosten von bis zu 1000 € je Eingriff in Betracht. Grundsätzlich kann der OP-Roboter bei einer Vielzahl von Eingriffen eingesetzt werden, die auch herkömmlich operiert werden können. Ein Beispiel ist die Vasovasostomie, die als mikrochirurgischer Eingriff mit dem OP-Roboter erbracht werden kann.

IX. Problem der Vorleistung bei stationärer Erbringung

Grundsätzlich verursacht jede stationäre Behandlung höhere Kosten als eine ambulante Operation. Erbringt ein Krankenhaus eine Leistung unter stationären Bedingungen geht es damit in Vorleistung. Dabei beziehen sich die Kosten nicht allein auf die direkten Leistungen am Patienten oder die mit dem stationären Aufenthalt verbundenen Service- und Pflegeleistungen.

Die Kosten umfassen auch die gesamte Infrastruktur eines Krankenhauses, die Vorhaltekosten und eine 24-Stunden Verfügbarkeit, die im ambulanten Bereich so nicht existiert. Die Tatsache, dass der Patient bei günstigem Verlauf diese nicht oder nur wenig in Anspruch nimmt, ändert an diesen Kosten nichts.

Da diese Infrastrukturkosten auf dem Umlageprinzip beruhen, würde eine vollständige Verlagerung der Leistungen in den ambulanten Bereich bedeuten, dass damit die stationären Fälle noch wesentlich teurer werden müssten, da über diese dann die Vorhalte- und Infrastrukturkosten umgelegt werden müssten.

Das gegenwärtige Prinzip, dass Fälle stationär erbracht werden und die Krankenkasse, bzw. der MDK berechtigt ist, diese Fälle nachträglich in ambulante Operationen oder Leistungen umzuwandeln, bedeutet, dass die Krankenhäuser die tatsächlich entstandenen Kosten aus dem verbleibenden stationären Bereich quersubventionieren, ohne dass diese dort adäquat abgebildet werden.

Da diese Quersubventionierung nur aus dem stationären Sektor erfolgen kann, muss zukünftig ein Weg gefunden werden, dass zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern eine verbindliche Festlegung vor der eigentlichen Leistung getroffen wird, die regelt, ob die Leistung als ambulante oder stationär erbracht werden darf. Eine Bewertung erst nach Abschluss der Behandlung („die Behandlung hätte angesichts des komplikationsfreien Verlaufs im Nachhinein ambulante erfolgen können“) darf es nicht geben.

Ob hier der bisher nicht generell akzeptierte G-AEP-Katalog oder eine individuelle Regelung von Leistung zu Leistung definiert wird, bedarf einer bilateralen, aber verbindlichen Klärung.

X. Strukturelle Probleme der Erbringung ambulanter Operationen im Krankenhaus

Ein Krankenhaus arbeitet immer sowohl im stationären, als auch im ambulanten Sektor. Dabei werden Kosten und Erlöse immer als Gesamtheit betrachtet und so auch in den Budget-Verhandlungen mit den Krankenkassen festgelegt. Die Untereinheiten eines Krankenhauses sind immer die Fachabteilungen, auch hier wieder unabhängig vom jeweiligen Sektor, in dem sie Leistungen erbringen.

Betrachtet man ein fiktives Krankenhaus mit den Fachabteilungen Chirurgie, Urologie, Innere Medizin und Augenheilkunde, so wird jede Abteilung für sich einen unterschiedlichen Jahresumsatz machen. Darüber hinaus wird sich von Abteilung zu Abteilung der Anteil ambulanter Leistungen am Umsatz unterscheiden.

	Chirurgie	Urologie	Innere Medizin	Augenheilkunde	Gesamt
Stationär	7.500.000,00 €	6.000.000,00 €	10.000.000,00 €	1.500.000,00 €	25.000.000,00 €
Ambulant	1.500.000,00 €	2.000.000,00 €	500.000,00 €	4.500.000,00 €	8.500.000,00 €
Gesamt	9.000.000,00 €	8.000.000,00 €	10.500.000,00 €	6.000.000,00 €	33.500.000,00 €

Bisher ist es für das Krankenhaus relevant, dass am Jahresende nur die Gesamterlöse die Gesamtkosten nicht unterschreiten.

Eine Einflussnahme der Klinikverwaltungen erfolgt nur auf der Ebene der Fachabteilungen, die für sich funktionelle Einheiten darstellen.

Eine maßgebliche Umgestaltung des ambulanten Operierens im Krankenhaus führt dazu, dass diese Betrachtungsweise nicht mehr funktioniert. Es muss nun der ambulante und der stationäre Sektor getrennt betrachtet werden. Und beide Sektoren müssen für sich kostendeckend arbeiten.

	Chirurgie	Urologie	Innere Medizin	Augenheilkunde	Gesamt
Stationär	7.500.000,00 €	6.000.000,00 €	10.000.000,00 €	1.500.000,00 €	25.000.000,00 €
Ambulant	1.500.000,00 €	2.000.000,00 €	500.000,00 €	4.500.000,00 €	8.500.000,00 €

Dabei wird aber nicht berücksichtigt, dass die Arbeitsabläufe innerhalb einer Fachabteilung die ambulanten und die stationären Leistungen nicht voneinander trennen können. Als Beispiel diene hier die Notfallaufnahme, bei

der letztlich erst nach der Diagnostik und Behandlung des Patienten feststehen kann, ob er ambulant oder stationär behandelt werden muss.

Aber auch im OP ist im Krankenhaus ein Wechsel zwischen den Sektoren im laufenden Betrieb nicht möglich. Werden hintereinander ambulante und stationäre Eingriffe in einem OP-Saal im Wechsel durchgeführt, so ist innerhalb des OP-Saales niemandem bewusst, wie der jeweilige Fall gerade geführt wird. Eine stationäre Zirkumzision wird dabei exakt genauso durchgeführt wie eine ambulante Zirkumzision. Dies betrifft den Materialverbrauch, die Personalressourcen für Pflege und Operateure und die Anästhesie gleichermaßen.

Ein besonderer Aspekt betrifft hierbei die Anästhesie: Während die Narkose im ambulanten Bereich nach den Regeln von EBM und GOÄ abgerechnet wird, werden die Personalkosten der Anästhesie im stationären Bereich immer auf die Narkoseminute umgerechnet und intern verrechnet. Letztlich muss hier einheitlich geregelt werden, dass für alle ambulanten Leistungen keine internen Leistungsverrechnungen aus dem stationären Bereich mehr angesetzt werden können. Dies ist aber in der Realität eines Krankenhauses nur dann leistbar, wenn ambulante Operationen räumlich getrennt von stationären Operationen erbracht werden können.

Angesichts der Vielzahl möglicher ambulanter Operationen ist ein ambulantes OP-Zentrum an einem Krankenhaus aber nicht abgekoppelt vom stationären OP-Geschehen möglich: Bei einem Teil der Operationen entscheidet sich erst im Verlauf des Eingriffs oder sogar erst im frühen postoperativen Verlauf, ob eine ambulante Erbringung möglich ist. Je größer der Katalog ambulanter Operationen ist, desto besser ausgebildet und vielseitiger muss das OP-Pflegepersonal sein, das diese Leistungen vorbereitet und assistiert. Eine Assistenz durch MFA wie in der Praxis ist für komplexere Eingriffe nicht mehr möglich. Und ein zunehmender Anteil an Eingriffen erfordert zwingend die Anwesenheit von 2 OP-Pflegekräften im OP-Saal, so z.B. alle Eingriffe mit Röntgen, wenn keine vom Operateur steuerbare Röntgeneinheit vorhanden ist.

Letztlich bedeutet die Umstrukturierung des AOP-Katalogs und die zunehmende Verlagerung stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich die zwingende Anpassung aller Krankenhausstrukturen, die über viele Jahrzehnte gewachsen sind und auch durch die Einführung des DRG-Systems nie berührt worden sind.

Allerdings wird eine solche Umstrukturierung der Krankenhäuser auch zwingend dazu führen, dass die Quersubventionierung des ambulanten Sektors aus dem stationären Sektor entfallen wird. Dies wird gerade bei den ambulanten Leistungen, die nur am Krankenhaus erbracht werden können, bedeuten, dass eine adäquate Vergütung dieser Leistungen geschaffen werden muss.

XI. Leistungen im OPS-Katalog, die bisher nicht im AOP-Katalog geführt sind

1-100 Klinische Untersuchung in Allgemeinanästhesie

Durch die Aufnahme dieses Codes in den AOP-Katalog wären alle Röntgenuntersuchungen etc. die bei Kindern oder nicht kooperativen Patienten nur in Narkose erbringbar sind, adäquat vergütet. Die Narkose kann ebenso abgerechnet werden wie die eigentliche Leistung. Damit entfällt die Notwendigkeit, für diese Fälle das Konstrukt einer teilstationären Erbringung zu bemühen.

Voraussetzung ist in diesem Fall, dass alle zusätzlichen Leistungen (z.B. Röntgenuntersuchungen) abrechenbar sind, auch wenn sie nicht Bestandteil einer „klinischen Untersuchung“ im engeren Sinne sind.

Geplante AOP: 100 %

Ungeplante AOP: 0 %

1-334.- Urodynamische Untersuchung

Hierbei handelt es sich um eine Untersuchung, die zur Durchführung einen urodynamischen Messplatz erfordert. Die Untersuchung ist relativ zeitaufwändig (ca. ½ - 1 Stunde, je nach Anzahl der damit verbundenen Tests). Das Einmalmaterial (transurethraler Messkatheter, rektale Messsonde, Beckenboden-Elektroden) ist nach den gegenwärtigen AOP-Regeln nicht abrechenbar, da es sich um keine im Patienten verbleibenden Sonden handelt. Die Kosten liegen je nach Hersteller bei 35 – 50 € für das Einmalmaterial.

Grundsätzlich wird kein Patient zur alleinigen urodynamischen Untersuchung stationär aufgenommen. Es gibt aber Patienten mit neurologischen Erkrankungen, bei denen während ihres stationären Aufenthaltes als einziger kodierbarer Eingriff eine urodynamische Untersuchung erbracht wird.

Die Untersuchung wird immer beim wachen Patienten und nicht betäubten Patienten durchgeführt. Eine Narkose gibt es bei diesem Eingriff nie.

Die urodynamische Untersuchung kann in der dafür ausgestatteten urologischen Praxis erfolgen. Die meisten niedergelassenen Urologen führen diese Untersuchung allerdings nicht durch, da die Materialkosten nicht gedeckt werden und überweisen die Patienten ins Krankenhaus. Dort können die Leistungen entweder durch ermächtigte Ärzte erbracht werden– dann werden die Materialkosten aber genauso nicht bezahlt. Aus diesem Grund bieten die meisten Krankenhäuser diese Leistung nur als vorstationäre Leistung auf Einweisung des Patienten an. Auf diese Weise sind die Materialkosten gedeckt.

Eine Aufnahme in den AOP-Katalog ohne gleichzeitige Regelung, dass das Einmalmaterial abgerechnet werden kann, würde diese Situation nicht verbessern.

Die Video-Urodynamik (1-334.2) erfordert neben dem Urodynamischen Messplatz eine Röntgeneinrichtung, die eine Durchleuchtung des Patienten in sitzender Position ermöglicht. Eine solche Einrichtung ist nur in Krankenhäusern vorhanden.

Es muss sichergestellt bleiben, dass nicht die einfache Uroflowmetrie als urodynamische Untersuchung gewertet wird. Daher sollten die Codes 1-334.x und 1-334.y eher nicht in den AOP-Katalog aufgenommen werden.

Geplante AOP: 100 %

Ungeplante AOP: 0 %

1-335 Messung des Urethradruckprofils

Findet im Regelfall im Rahmen einer Urodynamischen Messung statt. Erfordert ebenfalls einen urodynamischen Messplatz. Verwendung eines transurethralen Messkatheters (Einmalmaterial).

Die Aufnahme in den AOP-Katalog ist nicht zwingend erforderlich.

1-336 Harnröhrenkalibrierung

Dies ist definitiv keine AOP. Der Eingriff ist im Aufwand geringer als die Anlage eines transurethralen Katheters.

1-425.4 - .7 Perkutane Nadelbiopsie an Lymphknoten paraaortal, iliacal, pelvin oder inguinal ohne Steuerung durch bildgebende Verfahren

Grundsätzlich werden derartige Biopsien vom Urologen durchgeführt und erfüllen den Tatbestand einer AOP.

Allerdings ist ausschließlich die perkutane Nadelbiopsie inguinal ohne Steuerung durch bildgebende Verfahren möglich, wenn es sich um einen gut tastbaren Lymphknoten handelt. In diesem Fall besteht auch kein sehr hohes Nachblutungsrisiko.

Daher sollte der Code 1-425.7 in den AOP-Katalog aufgenommen werden. Die Biopsienadel muss als Einmalmaterial berücksichtigt werden.

Die anderen Codes sollten eigentlich aus dem OPS-Katalog gelöscht werden.

1-426.4 - .7 Perkutane Biopsie an Lymphknoten mit Steuerung durch bildgebende Verfahren

Diese Biopsien können vom Urologen unter sonographischer Steuerung oder vom Radiologen unter CT-Steuerung durchgeführt werden. Sie erfüllen den klassischen Tatbestand einer AOP.

An Materialkosten muss die Biopsienadel (Einmalmaterial) berücksichtigt werden. Das jeweilige bildgebende Verfahren muss gesondert abrechenbar sein.

1-460.0 / 1-460.1 Transurethrale Biopsie an Nierenbecken oder Ureter

Dieser Eingriff erfordert eine Ureterorenoskopie (1-665). Diese kann mit einem starren, einem flexiblen wiederverwendbaren oder einem flexiblen Einmal-Ureterorenoskop erfolgen. Bei der Verwendung des flexiblen Einmal-Ureterorenoskops ist mit Materialkosten von 1500 € verbunden.

Die Biopsie kann entnommen werden unter Verwendung einer wiederverwendbaren Faßzange, eines Dormiakörbchens (ca. 100 €) oder einer Einmal-Zange (Piranha-Zange) (ca. 250 €).

Die Einführung des Ureterorenoskops erfordert als zusätzliche Schritte eine Zystoskopie (1-661) eine Sondierung des Harnleiters mit einem Ureterkatheter (Einmalmaterial), ein retrogrades Ureteropyelogramm, das Vorlegen eines Führungsdrahtes (Einmalmaterial), beim flexiblen Ureterorenoskop das Einlegen einer Führungshülse (Access-Sheath, Einmalmaterial). Im Anschluss an die Biopsie wird ein Pigtailkatheter eingelegt (8-137.00). Je nachdem wie blutig der Urin ist, muss zusätzlich ein transurethraler Katheter eingelegt werden.

Der Eingriff erfolgt immer unter radiologischer Kontrolle, d.h. unter Durchleuchtung.

Diese Kosten müssten bei einer AOP erstattet werden.

Der Eingriff birgt ein hohes Risiko einer Blutung aus dem oberen Harntrakt. Er betrifft überwiegend ältere Patienten (60 Jahre +) und wird immer in Narkose durchgeführt.

Aus diesen Gründen werden diese Eingriffe im Regelfall unter stationären Bedingungen durchgeführt.

Es handelt sich sicher um keine Eingriffe, die in einem ambulanten OP-Zentrum oder einer Arztpraxis erbracht werden können.

Es kann allenfalls im Einzelfall bei sehr günstigem postoperativem Verlauf entschieden werden, den Patienten noch am OP-Tag entlassen.

Geplante AOP: 0 %

Ungeplante AOP: 100 %

1-460.2 Transurethrale Biopsie der Harnblase

Hier ist die Abgrenzung zur transurethralen Resektion der Harnblase (5-573.4-) sehr schwierig. Die meisten Ärzte kodieren in diesem Fall die wesentlich besser vergütete 5-573.4-. Es gibt keine klaren Definitionen, worin sich eine transurethrale Resektion und eine transurethrale Biopsie der Harnblase unterscheiden.

Eine Unterscheidung bezieht sich auf den Umfang der Gewebsentfernung:

Wird eine suspekte Läsion oder ein Tumor vollständig entfernt, handelt es sich um eine Resektion, wird dagegen aus einer Läsion eine Gewebprobe entnommen, ohne die gesamte Läsion zu entfernen, handelt es sich um eine Biopsie.

Diese sprachlich eindeutige, korrekte Unterscheidung hat sich allerdings in der Praxis nicht durchgesetzt.

Hier wird einerseits nach Größe des Eingriffs unterschieden: Kleine Gewebprobe: Biopsie, große Gewebprobe: Resektion.

Andererseits wird unterschieden nach dem verwendeten Instrumentarium:

Wird ein Resektoskop benutzt und der Wundgrund koaguliert, handelt es sich um eine Resektion, wird dagegen eine Biopsiezange benutzt und nicht koaguliert, handelt es sich um eine Biopsie.

Der OPS-Katalog erklärt letztlich nicht, welche dieser Definitionen korrekt ist.

Es gibt zwei denkbare Konstellationen:

Ein Patient erhält als AOP eine Zystoskopie ohne Narkose. Bei dieser Spiegelung findet sich ein winziger Befund, der suspekt ist. Es wird daraufhin mit dem Patienten aus der Situation beschlossen, ohne gesonderte Aufklärung diesen Befund zu biopsieren. Die Biopsie erfolgt ohne Narkose und ohne Koagulation des Wundgrundes. Ein Resektoskop ist in keiner Praxis verfügbar. Die Biopsie wird mit einer Biopsiezange entnommen. Um eine relevante Nachblutung auszuschließen, erhält der Patient anschließend eine Dauerspülung über mindestens 1 Stunde. In diesem Fall muss der behandelnde Arzt sich aber immer im Klaren sein, dass bei stärkerer Blutung die stationäre Aufnahme direkt erfolgen muss.

Alternativ kann es sich um einen Patienten handeln, bei dem bereits eine Indikation zur Entnahme einer Biopsie (Tumor oder suspekter Läsion) besteht und dann in Narkose elektiv die Biopsie entnommen wird. Erst während des Eingriffs entscheidet sich, wie umfangreich die Biopsie wird und wie hoch das Risiko einer Nachblutung ist. Im günstigsten Fall (kleine Biopsie, keine relevante Nachblutung, kooperativer Patient) kann aus der postoperativen Situation entschieden werden, den Patienten noch am

gleichen Tag wieder zu entlassen. In diesem Fall wurde der Patient aber zunächst stationär aufgenommen, der Fall dann aber eventuell abschließend in eine AOP umgebucht. Allerdings handelt es sich hier um Einzelfälle. In diesen Fällen wird immer ein Resektoskop genutzt und der Wundgrund üblicherweise koaguliert.

Während die erste Konstellation in jeder urologischen Praxis und in der Ambulanz einer urologischen Klinik auftreten kann, ist die zweite Variante auf Krankenhäuser beschränkt.

Um eine saubere Abgrenzung zu ermöglichen, müsste zunächst im OPS-Katalog transurethrale Biopsie von der transurethralen Resektion abgegrenzt werden. Eine mögliche Definition wäre:

-Transurethrale Biopsie der Blase: Entnahme mit einer Biopsie ohne Koagulation des Wundgrundes, keine Verwendung eines Resektoskops.

-Transurethrale Resektion der Blase: Entnahme der Gewebeproben mit Koagulation des Wundgrundes unter Verwendung eines Resektoskops.

Eine Differenzierung wäre auch möglich über die Durchführung mit und ohne Anästhesie:

Durchführung in Allgemein-/Rückenmarks-Anästhesie: keine AOP

Durchführung ohne Anästhesie oder in Lokalanästhesie: AOP

Letztere Lösung wäre wahrscheinlich im AOP-Katalog am ehesten umsetzbar.

Dann ergäbe sich:

Durchführung ohne Anästhesie oder in Lokalanästhesie:

Geplante AOP (im Rahmen der AOP „Zystoskopie“): 100 %

Ungeplante AOP: 0 %

Durchführung in Allgemein- oder Rückenmarksanästhesie:

Geplante AOP: 0 %

Ungeplante AOP: 100 %

Die Biopsie der Harnblase, die ohne Narkose als AOP durchgeführt wird, ist immer verbunden mit einer Zystoskopie. Diese ist ohnehin im AOP-Katalog enthalten. Die Aufnahme der Biopsie führt nur zur zusätzlichen Erstattung der ärztlichen Leistung der Biopsie.

Wie an allen anderen Stellen, die eine Zystoskopie enthalten, muss unterschieden werden zwischen der starren Zystoskopie (Kosten für die Aufbereitung und Sterilisation im Krankenhaus ca. 50 €), der flexiblen Zystoskopie mit einem wiederverwendbaren Gerät (Kosten für die Aufbereitung und Sterilisation im Krankenhaus mindestens 100 €) und einer flexiblen Zystoskopie mit einem Einmalgerät (Kosten je nach Hersteller 200 – 400 € für das Einmalgerät). Es existiert hier bisher noch keine Differenzierung im OPS-Katalog. Diese wurde durch die DGU für 2022 beantragt.

Die Biopsie der Harnblase, die ohne Narkose als AOP durchgeführt wird, ist immer verbunden mit einer Zystoskopie. Diese ist ohnehin im AOP-Katalog enthalten. Die Aufnahme der Biopsie führt nur zur zusätzlichen Erstattung der ärztlichen Leistung der Biopsie.

Wie an allen anderen Stellen, die eine Zystoskopie enthalten, muss unterschieden werden zwischen der starren Zystoskopie (Kosten für die Aufbereitung und Sterilisation im Krankenhaus ca. 50 €), der flexiblen Zystoskopie mit einem wiederverwendbaren Gerät (Kosten für die Aufbereitung und Sterilisation im Krankenhaus mindestens 100 €) und einer flexiblen Zystoskopie mit einem Einmalgerät (Kosten je nach Hersteller 200 – 400 € für das Einmalgerät). Es existiert hier bisher noch keine Differenzierung im OPS-Katalog. Diese wurde durch die DGU für 2022 beantragt.

1-460.4 Transurethrale Biopsie an der Prostata

Im Gegensatz zur Biopsie der Harnblase wird die Biopsie der Harnröhre im Regelfall ohne Koagulation durchgeführt. Auch hier stellt sich die Frage nach der Abgrenzung zwischen Biopsie der Harnröhre und der transurethralen Resektion von Gewebe der Harnröhre (5-582.1). Es fehlen klare Definitionen, die hier dem Anwender die korrekte Zuordnung ermöglichen. Beide werden immer kombiniert mit einer Urethrozystoskopie, die ohnehin Bestandteil des AOP-Katalogs ist. Das

heißt, die Aufnahme dieses Codes führt bei der AOP allenfalls zur zusätzlichen Abrechenbarkeit der ärztlichen Leistung der Biopsie. Wie an allen anderen Stellen, die eine Zystoskopie enthalten, muss unterschieden werden zwischen der starren Zystoskopie (Kosten für die Aufbereitung und Sterilisation im Krankenhaus ca. 50 €), der flexiblen Zystoskopie mit einem wiederverwendbaren Gerät (Kosten für die Aufbereitung und Sterilisation im Krankenhaus mindestens 100 €) und einer flexiblen Zystoskopie mit einem Einmalgerät (Kosten je nach Hersteller 200 – 400 € für das Einmalgerät). Es existiert hier bisher noch keine Differenzierung im OPS-Katalog. Diese wurde durch die DGU für 2022 beantragt.

Hier ergibt sich ein nomenklatorisches Problem: von transurethral ist die Prostata nicht zu erreichen. Man erreicht allenfalls die prostatistische Harnröhre. Eine Biopsie der prostatistischen Harnröhre würde aber sachlich korrekt als „transurethrale Biopsie der Harnröhre“ verschlüsselt. Eine Biopsie des Prostatagewebes durch die Harnröhre mit einer Biopsiezange o.ä. ist technisch nicht möglich. Eine Biopsie mit einer Biopsienadel über die Harnröhre ist ebenfalls nicht möglich.

Jede weitergehende Gewebsentnahme aus der Prostata erfordert eine Resektion von erkranktem Gewebe aus der Prostata und wird über 5-601.-kodiert. Es hat hier in der Vergangenheit immer wieder Streitigkeiten mit der Krankenkasse gegeben, bei denen die Frage gestellt wurde, wieviel Gewebe denn reseziert werden muss, um von einer Resektion und nicht mehr von einer Biopsie zu sprechen. Dies ist letztlich nirgendwo klar und nachvollziehbar geregelt. Es gehört zu einer solchen Resektion aber immer auch die nachfolgende Blutstillung – unabhängig von der Menge des entnommenen Gewebes. Aus diesem Grund hat sich die Fachgesellschaft immer für die Regelung ausgesprochen, dass jede Resektion unabhängig von der Menge des resezierten Gewebes als Resektion und nicht als Biopsie zu kodieren ist.

1-460.5 transurethrale Stufenbiopsie an Harntrakt und Prostata

Stufenbiopsien werden in der klinischen Realität allenfalls aus dem Harnleiter entnommen.

Letztlich fordert der OPS-Code aber jede Kombination aus den vorhergehenden Biopsien aus Nierenbecken, Harnleiter, Harnblase, Prostata oder Harnröhre.

Damit müssen aber alle o.g. Faktoren, insbesondere bezüglich der Kosten berücksichtigt werden.

1-462.2 Perkutan-transvesikale Biopsie an der Harnblase

Dieser Kode kommt in der Realität gelegentlich vor. Patienten, die langfristig mit einem suprapubischen Katheter dauerabgeleitet sind, können in der Blase oder im Stichkanal Granulationspolypen, selten aber auch einmal Plattenepithelkarzinome entwickeln. Wenn diese Patienten eine Zystoskopie über den Zystostomiekanal erhalten (im AOP-Katalog enthalten), kann es bei einem solchen Befund sinnvoll sein, eine Biopsie zu entnehmen. Bei kleinen Befunden ist diese Erbringung als AOP möglich.

Wie an allen anderen Stellen, die eine Zystoskopie enthalten, muss unterschieden werden zwischen der starren Zystoskopie (Kosten für die Aufbereitung und Sterilisation im Krankenhaus ca. 50 €), der flexiblen Zystoskopie mit einem wiederverwendbaren Gerät (Kosten für die Aufbereitung und Sterilisation im Krankenhaus mindestens 100 €) und einer flexiblen Zystoskopie mit einem Einmalgerät (Kosten je nach Hersteller 200 – 400 € für das Einmalgerät). Es existiert hier bisher noch keine Differenzierung im OPS-Katalog. Diese wurde durch die DGU für 2022 beantragt.

1-462.4 Perkutan-transvesikale Biopsie an der Prostata

Dieser Eingriff ist im klinischen Alltag eine absolute Rarität. Er erfordert einen schon existenten suprapubischen Fistelkanal zur Blase, der so weit aufbougiert ist, dass ein Zystoskop eingeführt werden kann.

Der Eingriff ist aufwändig und kann nur unter der Option einer Durchleuchtungskontrolle erfolgen. In den meisten Fällen wird dafür ein flexibles Zystoskop genutzt (s. entsprechende Kosten).

Auch hier stellt sich wieder die Frage, ob es sich um eine wirkliche Biopsie aus der Prostata oder nicht tatsächlich um eine Biopsie aus dem Blasen Hals, bzw. der prostatichen Harnröhre handelt.

Auf jeden Fall erfolgt ein solcher Eingriff nie planmäßig, sondern allenfalls im Rahmen einer sowieso durchgeführten Zystoskopie über einen Zystostomiekanal. Diese ist sowieso im AOP-Katalog enthalten. Daher sollte der Eingriff als solcher eher nicht in den AOP-Katalog aufgenommen werden.

Wie an allen anderen Stellen, die eine Zystoskopie enthalten, muss unterschieden werden zwischen der starren Zystoskopie (Kosten für die Aufbereitung und Sterilisation im Krankenhaus ca. 50 €), der flexiblen Zystoskopie mit einem wiederverwendbaren Gerät (Kosten für die Aufbereitung und Sterilisation im Krankenhaus mindestens 100 €) und einer flexiblen Zystoskopie mit einem Einmalgerät (Kosten je nach Hersteller 200 – 400 € für das Einmalgerät). Es existiert hier bisher noch keine Differenzierung im OPS-Katalog. Diese wurde durch die DGU für 2022 beantragt.

1-462.x Perkutane Biopsie am Harntrakt, sonstige

Dieser Kode gilt für die perkutane Biopsie eines Zystostomie-Kanals. Bei Patienten mit langjähriger Dauerableitung über Zystostomiekatheter kann es zu Granulationspolypen oder anderen Veränderungen im Zystostomie-Kanal kommen. Wenn diese im Rahmen einer perkutanen Zystoskopie (im AOP-Katalog erhalten) entdeckt werden, kann es sinnvoll sein, sie in gleicher Sitzung zu biopsieren.

Wie an allen anderen Stellen, die eine Zystoskopie enthalten, muss unterschieden werden zwischen der starren Zystoskopie (Kosten für die Aufbereitung und Sterilisation im Krankenhaus ca. 50 €), der flexiblen Zystoskopie mit einem wiederverwendbaren Gerät (Kosten für die Aufbereitung und Sterilisation im Krankenhaus mindestens 100 €) und einer flexiblen Zystoskopie mit einem Einmalgerät (Kosten je nach Hersteller 200 – 400 € für das Einmalgerät). Es existiert hier bisher noch keine Differenzierung im OPS-Katalog. Diese wurde durch die DGU für 2022 beantragt.

1-463.0 Perkutane Nadelbiopsie der Niere ohne Steuerung durch bildgebende Verfahren

Eine solche Nierenbiopsie ohne bildgebende Verfahren macht heute niemand mehr. Bei flächendeckender Versorgung mit Sonographiegeräten und CT-Geräten wäre eine Blind-Biopsie ein unnötiges Risiko für den Patienten und damit ein Behandlungsfehler.

Hier sollte erwogen werden, den Code komplett aus dem OPS-Katalog zu streichen.

Keine Aufnahme in den AOP-Katalog.

1-463.1- Perkutane Nadelbiopsie an der Prostata ohne Steuerung durch bildgebende Verfahren

Diese Biopsietechnik hat nie existiert. Es wurde entweder von transrektal mit Steuerung durch den untersuchenden Finger aber ohne bildgebende Verfahren biopsiert oder von perineal oder gluteal (perkutan), dann aber immer mit Steuerung durch Sonographie oder MRT.

Daher sollte dieser Code aus dem OPS-Katalog gestrichen werden.

Keine Aufnahme in den AOP-Katalog.

1-463.2 Perkutane Nadelbiopsie an den Vesiculae seminales ohne Steuerung durch bildgebende Verfahren

Diese Biopsietechnik hat nie existiert. Es wurde entweder von transrektal mit Steuerung durch den untersuchenden Finger aber ohne bildgebende Verfahren biopsiert oder von perineal oder gluteal (perkutan), dann aber immer mit Steuerung durch Sonographie oder MRT.

Daher sollte dieser Code aus dem OPS-Katalog gestrichen werden.

Keine Aufnahme in den AOP-Katalog.

1-463.3 Perkutane Nadelbiopsie am Penis ohne Steuerung durch bildgebende Verfahren

Hierbei handelt es sich um eine klassische Leistung, die als AOP erbracht werden kann.

Erstaunlich ist, dass hier auch die Biopsie der Haut des Penis gefasst wird – selbst wenn sie per Inzision erfolgt. (s. Exklusivum bei 1-564.-).

1-463.4 – 1-463.7 Perkutane Nadelbiopsie am Hoden, Nebenhoden, Ductus deferens oder Funiculus spermaticus

Diese Verfahren werden in Deutschland so nicht durchgeführt.

Keine Aufnahme in den AOP-Katalog.

1-463.8 und 1-463.9 Perkutane Nadelbiopsie am Skrotum oder am Perineum ohne Steuerung durch bildgebende Verfahren

Grundsätzlich ist dies möglich. Allerdings werden alle Urologen in solchen Fällen eher die Exzision als die Nadelbiopsie durchführen.

Keine Aufnahme in den AOP-Katalog.

1-464.- Transrektale Biopsie an männlichen Genitalorganen ohne Steuerung durch bildgebende Verfahren

1-464.00 Transrektale Biopsie der Prostata ohne Steuerung durch bildgebende Verfahren – weniger als 20 Zylinder

Die transrektale Biopsie der Prostata gesteuert durch den untersuchenden Finger des Arztes war früher Standard, wurde aber heute weitgehend durch die Biopsie mit Steuerung durch Sonographie oder MRT verlassen. Da es aber bis heute empfohlen wird, tast-auffällige Bereiche der Prostata zu biopsieren, muss dieser Code auch langfristig weiter genutzt werden. Es handelt sich hierbei um eine Leistung, die im Regelfall ambulant und ohne Anästhesie, allenfalls mit Lokalanästhesie erbracht wird. Bisher ist diese Leistung nicht im AOP-Katalog enthalten. Daher können Krankenhäuser sie nur im Rahmen von Ermächtigungen oder als vorstationäre Leistung erbringen. Die vorstationäre Leistung bietet den

Nachteil, dass die Kosten für die Pathologie, die je nach Anzahl der eingesendeten Gefäße und der Notwendigkeit von immunhistochemischen Untersuchungen den Erlös des Krankenhauses bei weitem übersteigen können.

Ein Teil der transrektalen Stanzbiopsien der Prostata muss in Narkose durchgeführt werden. Diese ist ohne die Aufnahme in den AOP-Katalog ansonsten nicht abrechenbar.

Im AOP müsste dann die Biopsienadel als Einmalmaterial mitberücksichtigt werden.

Daher wird die Aufnahme in den AOP-Katalog dringend gefordert.

1-464.01 Transrektale Biopsie der Prostata ohne bildgebende Steuerung – Entnahme von 20 oder mehr Zylindern

Diese Leistung kommt nicht vor. Die Entnahme von 20 oder mehr Zylindern erfordert immer eine bildgebende Steuerung.

Der Code sollte eigentlich aus dem OPS-Katalog gelöscht werden.

Keine Aufnahme in den AOP-Katalog.

1-464.1 Saugbiopsie der Prostata ohne bildgebende Steuerung

Dieses Verfahren findet heute keine Anwendung mehr. Es gab einen einzigen Urologen, der sich auf dieses Verfahren spezialisiert hatte (Prof. Faul, Memmingen). Er ist seit 15 Jahren im Ruhestand.

Grundsätzlich sollte es aber im AOP-Katalog erscheinen, wenn der OPS-Kode 1-464.00 auch dort erscheint.

1-464.2 Transrektale Stanzbiopsie der Vesiculae seminales ohne Steuerung durch bildgebende Verfahren

Dies ist technisch nicht möglich, da die Samenblasen im Regelfall für den untersuchenden Finger nicht zu tasten, bzw. zu erreichen sind. Eigentlich sollte dieser OPS-Code gelöscht werden.

Denkbar ist allenfalls die Konstellation, dass eine transrektale Stanzbiopsie der Prostata ohne Steuerung durch bildgebende Verfahren durchgeführt wird und dabei die Samenblasen versehentlich getroffen werden, so dass dann der histologische Befund kein Prostatagewebe, aber Samenblasengewebe findet.

Aus diesem Grund sollte diese Leistung nicht in den AOP-Katalog aufgenommen werden.

1-465.0 Perkutane Biopsie der Niere mit Steuerung durch bildgebende Verfahren

Diese Leistung wird regelhaft in der Nephrologie zur Abklärung von Nierenerkrankungen durchgeführt. Hierbei dürfte es sich aber immer um Patienten handeln, die im Rahmen eines Nieren- oder Transplantatnierenversagens ohnehin stationär behandelt werden.

In der Urologie werden Nierenbiopsien am ehesten bei Tumorverdacht oder im Rahmen einer Radiofrequenz- oder Mikrowellen- oder Kryo-Ablation durchgeführt.

Ein grundsätzliches Problem ist dabei das hohe Blutungsrisiko. Daher werden diese Eingriffe so gut wie immer unter stationären Bedingungen erbracht, da eine Überwachung über die folgenden 24 Stunden in Verbindung mit Bettruhe erforderlich ist. Eine Aufnahme in den AOP-Katalog hätte den Nachteil, dass dann jede Nierenbiopsie in allen Fachdisziplinen die Frage der Krankenkassen nach ambulanter Erbringung zur Folge hätte.

Daher sollte hier die Aufnahme in den AOP-Katalog kritisch gesehen werden.

Andererseits befindet sich die Anlage einer perkutanen Nephrostomie (5-550.1), die eher noch invasiver als die Nierenbiopsie ist, bereits seit vielen Jahren unwidersprochen im AOP-Katalog. Hier bliebe zu überprüfen, wie viele perkutane Nephrostomie-Neuanlagen überhaupt bisher als AOP erbracht worden sind.

1-465.2 – 1-465.8 Perkutane Biopsie an den Vesiculae seminales, dem Penis, dem Hoden, dem Nebenhoden, dem Ductus deferens, dem Samenstrang oder Stufenbiopsie unter Steuerung durch bildgebende Verfahren

Derartige Biopsien sind Raritäten. Es gibt hier aber keine Einwände gegen die Aufnahme in den AOP-Katalog.

Die Kosten für das jeweilige bildgebende Verfahren (insbesondere bei einzeitiger MRT-gesteuerter Biopsie, bei der der Patient die Biopsie im MRT-Gerät erhält) und für die Biopsiematerial müssen abgebildet sein.

1-465.90 Perkutane Biopsie der Prostata unter Steuerung durch bildgebende Verfahren: weniger als 20 Zylinder

Hier müssen mehrere Verfahren berücksichtigt werden:

- a) Die klassische sonographie-gesteuerte perineale Stanzbiopsie.
- b) Die perineale Stanzbiopsie mit Bildfusion aus MRT und Sonographie
 - a. Apparativ, d.h. mit einem Computersystem, das eine millimetergenaue Lokalisation der auffälligen MRT-Befunde im Sonographiebefund ermöglicht.
Voraussetzung ist, dass zu einem früheren Zeitpunkt eine MRT-Untersuchung der Prostata durchgeführt wurde. Die Biopsie erfolgt aber unter Verwendung der MRT-Bilder außerhalb der Radiologie unter sonographischer Steuerung. Der apparative Fusionsprozess erfordert eine entsprechende technische Ausstattung und eine genaue 3D-Vermessung der Prostata in der Sonographie. Es besteht ein hoher Zeitaufwand.
 - b. Kognitiv, d.h. der Operateur kennt den MRT-Befund mit auffälligen Arealen, führt die Stanzbiopsie aber dann allein sonographie-gesteuert durch. Auch hier wurde das MRT zu einem früheren Zeitpunkt durchgeführt. Die Biopsie selbst erfordert aber keinen höheren apparativen oder zeitlichen Aufwand als die klassische perineale Prostatabiopsie.
- c) Die perkutane MRT-gesteuerte Biopsie im MRT-Gerät (meist von gluteal) Im Gegensatz zu den anderen Methoden wird diese Biopsie meist von Radiologen durchgeführt. Eine apparative Bildfusion ist nicht erforderlich.

Die perkutane Biopsie der Prostata kann in Lokalanästhesie erfolgen, wird aber an vielen Kliniken in Allgemeinanästhesie erbracht. Diese wäre ohne die Aufnahme in den AOP-Katalog nicht finanziert.

Die Kosten für diese Verfahren sind sehr unterschiedlich. Die DGU hat beim DIMDI 2020 eine Trennung der verschiedenen Verfahren beantragt, um die Kosten besser darstellen und differenzieren zu können. Das DIMDI ist den Empfehlungen der Fachgesellschaft aber leider nur zum Teil gefolgt.

Grundsätzlich hält die Fachgesellschaft die Aufnahme dieses Codes in den AOP-Katalog für dringend erforderlich.

1-465.91 Perkutane Biopsie der Prostata unter Steuerung durch bildgebende Verfahren: 20 oder mehr Zylinder

Eine Biopsie mit Entnahme von 20 oder mehr Stanzzyclindern wird immer in Narkose und immer unter stationären Bedingungen erbracht. Keine Aufnahme in den AOP-Katalog.

1-466.00 Transrektale Biopsie der Prostata mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, weniger als 20 Zylinder

Etwa 90 % aller in Deutschland durchgeführten Stanzbiopsien der Prostata werden über diesen Code abgebildet. Wenn die Stanzbiopsie ohne bildgebende Verfahren eine AOP ist, dann muss die Stanzbiopsie mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, die zum Teil wesentlich aufwändiger ist, auf jeden Fall auch eine AOP sein.

Dieser Code umfasst die folgenden Optionen:

- a) Die transrektale Biopsie mit Steuerung mittels transrektaler Sonographie. Diese Form der Biopsie wird meist in Lokalanästhesie erbracht. Standard ist derzeit die Entnahme von 10 – 12 Stanzzyclindern.
- b) Die transrektale Biopsie als MRT-Fusionsbiopsie. Dabei wird zunächst (an einem anderen Tag) eine MRT-Untersuchung der Prostata durchgeführt. Wenn sich hier suspekte Areale zeigen, werden diese vom Radiologen markiert. Nach entsprechender Aufklärung erfolgt dann eine transrektale Biopsie der Prostata unter transrektaler sonographischer Steuerung unter Einbeziehung der MRT-Bilder.

a. Apparative Fusionsbiopsie:

In diesem Fall besteht eine technische Ausrüstung, die eine Fusion der 3D-Sonographiebilder der Prostata mit den MRT-Bildern der Prostata computergestützt ermöglicht. Es kann dann gezielt jeder auffällige Herd in der MRT-Untersuchung im Sonographiebefund dargestellt und gezielt biopsiert werden. Dieses Verfahren erfordert neben der entsprechenden technischen Ausstattung einen relativ hohen ärztlichen Personalaufwand.

b. Kognitive Fusionsbiopsie:

Hierbei handelt es sich um eine herkömmliche sonographiegesteuerte transrektale Biopsie der Prostata, bei der der Operateur allerdings die MRT-Befunde kennt und versucht die Areale zu treffen, die in der MRT-Untersuchung auffällig waren. Dieses Vorgehen erfordert keine hohe technische Ausstattung und keinen höheren Personalaufwand als die herkömmliche transrektale Stanzbiopsie unter transrektaler Sonographie.

Die Fachgesellschaft hatte eine Differenzierung beantragt, die aber allenfalls durch Zusatzcodes ermöglicht wird.

Grundsätzlich ist es für die Fachgesellschaft entscheidend, dass dieser Code 1-466.00 in den AOP-Katalog aufgenommen wird. Dann können Krankenhäuser auch ohne entsprechende Ermächtigung die Stanzbiopsien ambulant durchführen. Bisher bleibt ihnen nur die vorstationäre Erbringung. Dabei sind aber die Kosten für die Pathologie oft höher als der Gesamtbetrag, der für einen vorstationären Fall erlöst werden kann.

Eine transrektale Biopsie der Prostata im MRT-Gerät ist bisher nicht möglich, da der Patient im Gerät nicht in Steinschnittlage positioniert werden kann.

Die Leistung der computergesteuerten Bildfusion könnte zusätzlich abgerechnet werden, wenn dies im Leistungskatalog der Krankenkassen enthalten ist.

1-493.8 Perkutane Biopsie ohne Steuerung durch bildgebende Verfahren:
retroperitoneales Gewebe

Eine solche Biopsie wird in Deutschland bei der Verfügbarkeit bildgebender Verfahren nicht ohne bildgebende Verfahren durchgeführt. Die Durchführung ohne bildgebendes Verfahren müsste sich den Vorwurf einer Patientengefährdung gefallen lassen.

Eigentlich muss der Kode aus dem OPS entfernt werden.

Eine Aufnahme in den AOP-Katalog ist nicht sinnvoll.

1-493.9 Perkutane Biopsie ohne Steuerung durch bildgebende Verfahren:
perivesikales Gewebe

Eine solche Biopsie wird in Deutschland bei der Verfügbarkeit bildgebender Verfahren nicht ohne bildgebende Verfahren durchgeführt. Die Durchführung ohne bildgebendes Verfahren müsste sich den Vorwurf einer Patientengefährdung gefallen lassen.

Eigentlich muss der Kode aus dem OPS entfernt werden.

Eine Aufnahme in den AOP-Katalog ist nicht sinnvoll.

1-493.a Perkutane Biopsie ohne Steuerung durch bildgebende Verfahren:
periprostatitisches Gewebe

Eine solche Biopsie wird in Deutschland bei der Verfügbarkeit bildgebender Verfahren nicht ohne bildgebende Verfahren durchgeführt. Die Durchführung ohne bildgebendes Verfahren müsste sich den Vorwurf einer Patientengefährdung gefallen lassen.

Eigentlich muss der Kode aus dem OPS entfernt werden.

Eine Aufnahme in den AOP-Katalog ist nicht sinnvoll.

1-493.b/c Perkutane Biopsie ohne Steuerung durch bildgebende Verfahren:
Lymphozele oder Urozele

Auch wenn dieser Kode sinnvoll klingt, handelt es sich um eine Leistung, die in der Realität eigentlich nicht vorkommt. Bei einer Lymphozele ist es relevant, die Lymphozele zu punktieren und zu drainieren. Weder eine Lymphozele noch eine Urozele hat üblicherweise eine dicke Wand, die

biopsierbar ist. Und klinisch besteht praktisch nie die Frage, worum es sich hier handelt, die eine Biopsie rechtfertigt. Eine Biopsie einer Lymphozele ist medizinisch nicht sinnvoll.

Eine solche Biopsie wird in Deutschland bei der Verfügbarkeit bildgebender Verfahren nicht ohne bildgebende Verfahren durchgeführt. Die Durchführung ohne bildgebendes Verfahren müsste sich den Vorwurf einer Patientengefährdung gefallen lassen.

Eigentlich muss der Kode aus dem OPS entfernt werden.

Eine Aufnahme in den AOP-Katalog ist nicht sinnvoll.

1-494.8 Perkutane Biopsie mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: retroperitoneales Gewebe

Eine solche Biopsie kann unter sonographischer Steuerung oder in der CT erfolgen.

Im Gegensatz zur perkutanen Biopsie der Niere ist hier das Blutungsrisiko wesentlich geringer.

Es sind die Kriterien für eine AOP aus Sicht der Fachgesellschaft erfüllt.

Die Kosten für die Biopsienadel sind zu berücksichtigen.

1-493.9 Perkutane Biopsie mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: perivesikales Gewebe

Eine solche Biopsie kann unter sonographischer Steuerung oder in der CT erfolgen.

Im Gegensatz zur perkutanen Biopsie der Niere ist hier das Blutungsrisiko wesentlich geringer.

Es sind die Kriterien für eine AOP aus Sicht der Fachgesellschaft erfüllt.

Die Kosten für die Biopsienadel sind zu berücksichtigen.

1-493.a Perkutane Biopsie mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: periprostatiches Gewebe

Eine solche Biopsie kann unter sonographischer Steuerung oder in der CT erfolgen.

Im Gegensatz zur perkutanen Biopsie der Niere ist hier das Blutungsrisiko wesentlich geringer.

Es sind die Kriterien für eine AOP aus Sicht der Fachgesellschaft erfüllt.

Die Kosten für die Biopsienadel sind zu berücksichtigen.

1-493.b/c Perkutane Biopsie mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Lymphozele oder Urozele

Auch wenn dieser Kode sinnvoll klingt, handelt es sich um eine Leistung, die in der Realität eigentlich nicht vorkommt. Bei einer Lymphozele ist es relevant, die Lymphozele zu punktieren und zu drainieren. Weder eine Lymphozele noch eine Urozele hat üblicherweise eine dicke Wand, die biopsierbar ist. Und klinisch besteht praktisch nie die Frage, worum es sich hier handelt, die eine Biopsie rechtfertigt. Eine Biopsie einer Lymphozele ist medizinisch nicht sinnvoll.

Die Aufnahme in den AOP ist nicht sinnvoll.

1-562.x Biopsie an anderen Harnorganen durch Inzision: Sonstige

Dieser Kode gilt für die offene Biopsie eines Zystostomiekanals oder eines Urostomas (z.B. bei Granulationspolypen oder Hyperkeratose).

Es handelt sich um sehr seltene Eingriffe, die aber die Kriterien einer AOP erfüllen.

Daher sollte dieser Kode in den AOP-Katalog aufgenommen werden. Es sollte allerdings eine Erklärung geliefert werden, was mit dem Kode gemeint ist.

1-564.- Biopsie am Penis durch Inzision

Dabei ist die Biopsie der Haut ausgeschlossen. Diese wird laut Exklusivum unter 1-463.3) kodiert.

Es handelt sich um eine klassische AOP und sollte in den AOP-Katalog aufgenommen werden.

1-565 Biopsie am Hoden durch Inzision

Es handelt sich um eine klassische AOP und sollte in den AOP-Katalog aufgenommen werden.

1-569.- Biopsie an anderen männlichen Genitalorganen durch Inzision

Es handelt sich um eine klassische AOP und sollte in den AOP-Katalog aufgenommen werden.

1-586.6 Biopsie an Lymphknoten durch Inzision: inguinal

Hier handelt es sich um eine Leistung, die in der Medizin so nicht vorkommt: Wenn ein Lymphknoten biopsiert wird, geschieht das entweder durch Nadelbiopsie oder durch Exzision des einzelnen Lymphknotens (5-401.-).

Daher ist eine Aufnahme in den AOP-Katalog nicht sinnvoll.

1-660 Diagnostische Urethroskopie

Dies Situation, die nur extrem selten in der Urologie vorkommt. Normalerweise ist die Urethroskopie ein Teil einer Urethrozystoskopie. Es gibt aber selten Patienten, die in der Vergangenheit eine Zystektomie hatten, bei denen die Harnröhre belassen wurde. Bei diesen Patienten ist im Rahmen der Nachsorge die Urethroskopie indiziert.

Der technische, personelle und ökonomische Aufwand ist identisch zur Urethrozystoskopie.

Wie an allen anderen Stellen, die eine Zystoskopie enthalten, muss unterschieden werden zwischen der starren Zystoskopie (Kosten für die

Aufbereitung und Sterilisation im Krankenhaus ca. 50 €), der flexiblen Zystoskopie mit einem wiederverwendbaren Gerät (Kosten für die Aufbereitung und Sterilisation im Krankenhaus mindestens 100 €) und einer flexiblen Zystoskopie mit einem Einmalgerät (Kosten je nach Hersteller 200 – 400 € für das Einmalgerät). Es existiert hier bisher noch keine Differenzierung im OPS-Katalog. Diese wurde durch die DGU für 2022 beantragt.

1-661 Diagnostische Urethrozystoskopie

Diese Leistung ist schon jetzt im AOP-Katalog enthalten und muss dort verbleiben.

Wie an allen anderen Stellen, die eine Zystoskopie enthalten, muss unterschieden werden zwischen der starren Zystoskopie (Kosten für die Aufbereitung und Sterilisation im Krankenhaus ca. 50 €), der flexiblen Zystoskopie mit einem wiederverwendbaren Gerät (Kosten für die Aufbereitung und Sterilisation im Krankenhaus mindestens 100 €) und einer flexiblen Zystoskopie mit einem Einmalgerät (Kosten je nach Hersteller 200 – 400 € für das Einmalgerät). Es existiert hier bisher noch keine Differenzierung im OPS-Katalog. Diese wurde durch die DGU für 2022 beantragt.

1-663.- Diagnostische Urethrozystoskopie einer augmentierten Harnblase

Diese Leistung ist schon jetzt im AOP-Katalog enthalten und muss dort verbleiben.

Wie an allen anderen Stellen, die eine Zystoskopie enthalten, muss unterschieden werden zwischen der starren Zystoskopie (Kosten für die Aufbereitung und Sterilisation im Krankenhaus ca. 50 €), der flexiblen Zystoskopie mit einem wiederverwendbaren Gerät (Kosten für die Aufbereitung und Sterilisation im Krankenhaus mindestens 100 €) und einer flexiblen Zystoskopie mit einem Einmalgerät (Kosten je nach Hersteller 200 – 400 € für das Einmalgerät). Es existiert hier bisher noch keine Differenzierung im OPS-Katalog. Diese wurde durch die DGU für 2022 beantragt.

1-665 Diagnostische Ureterorenoskopie

Die diagnostische Ureterorenoskopie kann nur in Allgemeinanästhesie erfolgen. Die Durchführung besteht aus folgenden Einzelschritten:

- Instillation der Harnröhre mit Gleitmittel
- Urethrozystoskopie
- Sondierung des Ureters mit einem Ureterkatheter
- Retrogrades Ureteropyelogramm
- Einlegen eines Führungsdrahtes bis in das Nierenbecken
 - a) Bei Verwendung eines starren Ureterorenoskops
- Vorspiegeln mit dem Ureterorenoskop bis in das Nierenbecken
 - b) Bei Verwendung eines flexiblen Ureterorenoskops
- Einführen einer Führungshülse unter Durchleuchtung
- Vorspiegeln mit dem flexiblen Ureterorenoskop bis in das Nierenbecken
- Entfernen des Ureterorenoskops
- Einlage einer Ureterschiene in den Harnleiter
- Entfernung des Drahtes.
- Ausspülen der Blase
- Eventuell Einlegen eines transurethralen Katheters

Die Durchführung als Ambulante Operation ist möglich, sofern keine zusätzlichen Maßnahmen (Biopsie o.ä.) erfolgen.

Zu berücksichtigen sind die Aufbereitungskosten für das Instrumentarium (starres Ureterorenoskop und starres Zystoskop: je 50 €, flexibles wiederverwendbares Ureterorenoskop 100 €, Kosten für ein flexibles Einmal-Ureterorenoskop: 1500 €).

Vergütet werden müssen nicht nur die Implantate, sondern auch die Einmalmaterialien (Ureterkatheter, Führungsdrähte, Einführhülsen, Einmal-Ureterorenoskop). Diese Kosten können sich bis auf 1700 € pro Eingriff belaufen.

Grundsätzlich muss man sich bewusst sein, dass eine diagnostische Ureterorenoskopie immer mit der Absicht durchgeführt wird, je nach Befund den Eingriff auch zu erweitern. Das bedeutet, dass eine diagnostische Ureterorenoskopie ohne die Vorhaltung aller Materialien zur Entnahme von Biopsien, Entfernung oder Lasertherapie eines Steines und ohne die Option einer stationären Aufnahme nicht erfolgen darf.

Damit ist ein solcher Eingriff außerhalb der Möglichkeiten eines Krankenhauses eigentlich nicht vertretbar.

1-666.0 Diagnostische Endoskopie eines Darmreservoirs (Pouch)

Aufgrund des engen efferenten Schenkels des Pouches ist die Spiegelung nur mit einem relativ dünnen und flexiblen Instrument, meist sogar nur mit einem flexiblen Ureterorenoskop möglich.

Eine solche Spiegelung findet nur selten statt. Meistens erfolgt sie im Rahmen anderer Eingriffe, z.B. bei der Entfernung einer Harnleiterschleife oder zur Entnahme einer Biopsie.

Zur Durchführung des Eingriffs ist im Regelfall eine Durchleuchtungseinrichtung erforderlich, um die korrekte Lokalisation darzustellen.

Die Kosten liegen hier im Wesentlichen bei dem verwendeten Material (flexibles Zystoskop: Einmal vs. Mehrweg; flexibles Ureterorenoskop: Einmal vs. Mehrweg).

1-666.1 Diagnostische Endoskopie einer Ersatzblase

Dieser Eingriff kann mit einem starren oder flexiblen Zystoskop erfolgen. Entscheidend ist die Indikation für den Eingriff: Wenn es um eine Inspektion der Uretereintritte handelt, ist im Regelfall ein flexibles Zystoskop erforderlich, während das starre Zystoskop ausreichend ist, um die Anastomose der Neoblase zur Harnröhre zu untersuchen. Die flexible Zystoskopie zur Darstellung der Ureterimplantationsstellen erfordert zur dreidimensionalen Orientierung im Regelfall die Möglichkeit einer intraoperativen Durchleuchtung. Eine Durchführung ohne die Option einer Biopsieentnahme ist nicht sinnvoll.

Wie an allen anderen Stellen, die eine Zystoskopie enthalten, muss unterschieden werden zwischen der starren Zystoskopie (Kosten für die Aufbereitung und Sterilisation im Krankenhaus ca. 50 €), der flexiblen Zystoskopie mit einem wiederverwendbaren Gerät (Kosten für die Aufbereitung und Sterilisation im Krankenhaus mindestens 100 €) und einer flexiblen Zystoskopie mit einem Einmalgerät (Kosten je nach Hersteller 200 – 400 € für das Einmalgerät). Es existiert hier bisher noch

keine Differenzierung im OPS-Katalog. Diese wurde durch die DGU für 2022 beantragt.

1-666.2 Diagnostische Endoskopie eines Conduits

Dieser Eingriff erfolgt sinnvollerweise nur mit einem flexiblen Zystoskop, da der Verlauf des Conduits für ein starres Zystoskop nicht ausreichend zugänglich ist. Dieser Eingriff erfordert zur dreidimensionalen Orientierung im Regelfall die Möglichkeit einer intraoperativen Durchleuchtung.

Wie an allen anderen Stellen, die eine Zystoskopie enthalten, muss unterschieden werden zwischen der starren Zystoskopie (Kosten für die Aufbereitung und Sterilisation im Krankenhaus ca. 50 €), der flexiblen Zystoskopie mit einem wiederverwendbaren Gerät (Kosten für die Aufbereitung und Sterilisation im Krankenhaus mindestens 100 €) und einer flexiblen Zystoskopie mit einem Einmalgerät (Kosten je nach Hersteller 200 – 400 € für das Einmalgerät). Es existiert hier bisher noch keine Differenzierung im OPS-Katalog. Diese wurde durch die DGU für 2022 beantragt.

1-666.x/.y Diagnostische Endoskopie einer Harnableitung: sonstige/n.n. bez.

Hier nicht klar, welche Form der Harnableitung noch gemeint sein könnte. Nicht abgedeckt ist allenfalls die Option einer Harnleiter-Darm-Implantation. Hier ist die Endoskopie aber eine Coloskopie und keine Endoskopie einer Harnableitung.

Im Falle der Endoskopie einer Ureterokutaneostomie wird direkt in den Harnleiter gespiegelt, so dass hier eine Ureterorenoskopie über ein Stoma zu kodieren wäre.

1-668.0 Diagnostische Urethroskopie über ein Stoma

Dieser Eingriff meint die Spiegelung einer Harnröhre nach Anlage einer Boutonnière. Sie unterscheidet sich im Aufwand und Material nicht von der herkömmlichen Urethroskopie (1-660).

Daher sollten diese beiden Leistungen im AOP-Katalog gleichbehandelt werden.

1-668.1 Diagnostische Urethrozystoskopie über ein Stoma

Hier liegt eine sprachliche Ungenauigkeit vor:

Eine diagnostische Urethrozystoskopie umfasst die Inspektion der Harnröhre und der Harnblase zusammen. Über ein Stoma geschieht dies nur nach der Anlage eines Boutonnière, also einer Urethrokutaneostomie zum Damm, wie sie bei Penis-(teil-)amputation erfolgt.

Wird dieser Code so eng am Wortlaut interpretiert, bleibt aber die sehr viel häufigere Konstellation unberücksichtigt, bei der ein Verschluss der Harnröhre besteht und eine Zystoskopie über einen Zystostomiekanal erfolgt. Über diesen kann die Blase mit einem starren oder flexiblen Zystoskop inspiziert werden. Aber die Harnröhre wird über diesen Zugang nicht inspiziert.

In der Praxis wird der Code 1-668.1 auch für die Zystoskopie über einen Zystoskopiekanal verwendet. Wünschenswert wäre hier eine Klärung über eine Änderung des Textes im OPS-Katalog oder die zusätzliche Schaffung eines Codes für die Zystoskopie über ein Stoma.

Wie an allen anderen Stellen, die eine Zystoskopie enthalten, muss unterschieden werden zwischen der starren Zystoskopie (Kosten für die Aufbereitung und Sterilisation im Krankenhaus ca. 50 €), der flexiblen Zystoskopie mit einem wiederverwendbaren Gerät (Kosten für die Aufbereitung und Sterilisation im Krankenhaus mindestens 100 €) und einer flexiblen Zystoskopie mit einem Einmalgerät (Kosten je nach Hersteller 200 – 400 € für das Einmalgerät). Es existiert hier bisher noch keine Differenzierung im OPS-Katalog. Diese wurde durch die DGU für 2022 beantragt.

1-668.2 Diagnostische Ureterorenoskopie über ein Stoma

Hier kann einerseits die direkte Ureterorenoskopie bei einer Ureterokutaneostomie gemeint sein, andererseits die Ureterorenoskopie durch ein Stoma und eine Harnableitung hindurch. In der Praxis kommt hier am ehesten die Ureterorenoskopie über ein Ileum-Conduit in

Betracht. In letzterem Fall wäre dann die Endoskopie eines Conduits zusätzlich zu kodieren, die ja ebenfalls im AOP-Katalog enthalten ist.

Das Problem der Ureterorenoskopie über ein Stoma besteht darin, dass der Harnleiter in diesem Fall nie geradlinig verläuft. Aus diesem Grund erfordert diese Spiegelung immer die Verwendung eines flexiblen Einmal- oder Mehrweg-Ureterorenoskops, gegebenenfalls in Verbindung mit der Einlage von Führungsdrähten und Ureterschienen um das Instrument korrekt zu platzieren. Diese Eingriffe sind ohne Durchleuchtungseinrichtung nicht durchführbar. Es muss bei diesen Eingriffen zwingend die Option einer Eingriffserweiterung (z.B. durch Biopsie, Einlage einer Ureterschiene, Bougierung des Ureters etc.) gegeben sein, da sonst die Durchführung eines solchen Eingriffs allein zu diagnostischen Zwecken medizinisch nicht vertretbar ist.

Bei einer direkten Ureterorenoskopie bei Ureterokutaneostomie ist der Zugang einfach. Bei der Ureterorenoskopie über ein Ileum-Conduit muss zunächst eine flexible Zystoskopie erfolgen, eine retrograde Darstellung des oberen Harntrakts durchgeführt werden, bevor dann zunächst ein Ureterkatheter, dann ein Führungsdraht bis in das Nierenbecken vorgeschoben wird. Je nachdem, ob im oberen Harntrakt eine Biopsie geplant ist, muss dann zunächst noch eine Führungshülse eingelegt werden, über die dann ohne Führungsdraht das flexible Ureterorenoskop sicher bis in den oberen Harntrakt vorgeschoben werden kann.

Entsprechend unterschiedlich ist der Materialaufwand, der aber insbesondere bei Anwendung flexibler Einmalgeräte durchaus 2000 € bei einem Eingriff übersteigen kann.

Diese Eingriffe können sinnvoll nur unter den Bedingungen eines Krankenhauses erbracht werden. Bei Aufnahme in den AOP-Katalog ist eine gesonderte Abrechenbarkeit der Einmalmaterialien zwingende Voraussetzung.

1-668.x Diagnostische Endoskopie der Harnwege über ein Stoma, sonstige

Hier kommt am ehesten die direkte Pyeloskopie über eine Nephrostomie oder Pyelostomie in Betracht. Das hierfür erforderliche Instrumentarium (Nephroskop, flexibles Ureterorenoskop, selten flexibles Zystoskop, Kinderzystoskop) ist nur in Krankenhäusern vorhanden. Der Eingriff

erfordert eine Durchleuchtungseinheit. Es handelt sich hier um eine absolute Rarität, der niemals unter ambulanten Bedingungen erbracht werden kann.

1-668.y Diagnostische Endoskopie der Harnwege über ein Stoma, n.n. bez.

Kommt nicht vor. Keine Aufnahme in den AOP-Katalog.

1-693.- Diagnostische Endoskopie der Harnwege durch Inzision und intraoperativ

Jeder der hier denkbaren Eingriffe erfolgt im Rahmen eines größeren offen-operativen Eingriffs und kann nicht als AOP durchgeführt werden.

1-846.0 Diagnostische perkutane Punktion der Niere (incl. einer Zyste)

Hierbei handelt es sich um einen Eingriff, der unter sonographischer, meist auch unter Durchleuchtungskontrolle erfolgt. Eine Punktion des Nierenparenchyms ist nicht sinnvoll. Es handelt sich hier entweder um die Punktion einer Nierenzyste oder aber einer parapelvinen Zyste. Die Punktion des Nierenbeckens ist gesondert zu kodieren.

Inkludiert ist hier die Aspiration aus der Zyste. Nicht inkludiert ist die Sklerosierung einer Zyste, die Instillation von Antibiotika in die Zyste oder die Einlage einer Drainage in die Zyste. (In diesen Fällen würde es sich nicht um eine diagnostische, sondern eine therapeutische Punktion handeln.)

Eine Punktion ist nur sinnvoll, wenn in gleicher Sitzung auch eine weitergehende Diagnostik oder die Einlage einer Drainage (im Falle einer infizierten Zyste) möglich ist. Daher werden die meisten dieser Punktionen sicherlich unter stationären Bedingungen erfolgen müssen. Im Einzelfall ist eine Erbringung als AOP im Rahmen der Möglichkeiten eines Krankenhauses und unter der Option der stationären Aufnahme bei Eingriffserweiterung möglich.

1-846.1 Diagnostische perkutane Punktion des Nierenbeckens

Dieser Eingriff erfolgt analog zur Anlage eines Nephrostomiekatheters (5-550.1) unter sonographischer und radiologischer Kontrolle. Der entscheidende Unterschied ist, dass hier keine Drainage eingelegt wird. Ein solcher Eingriff erfolgt selten bei Patienten mit hohen Entzündungszeichen und Fieber bei Erweiterung des Nierenbeckens, wenn nicht klar ist, ob eine infizierte Harnstauungsniere besteht oder nicht. Es wird punktiert. Ist der Urin klar, wird die Punktionsnadel wieder entfernt. Ist der Urin trübe oder eitrig, wird ein Nephrostomiekatheter angelegt.

Der Eingriff selbst ist ambulant als AOP durchführbar. Allerdings handelt es sich in diesem Fall immer um schwerkranke Patienten, die ja offensichtlich noch einen anderen Infektionsherd haben. Aus diesem Grund sind diese Patienten eigentlich immer ohnehin nur stationär zu behandeln.

Die Aufnahme in den AOP kann erfolgen, der Eingriff wird aber nur im Ausnahmefall ambulant erbracht.

1-846.2 Diagnostische perkutane Punktion des Ureters

Diesen Eingriff gibt es nur in der Theorie. Eine Punktion eines Ureters ist nicht sinnvoll.

Eigentlich sollte der Eingriff aus dem OPS-Katalog gestrichen werden.

1-846.3 Diagnostische perkutane Punktion der Harnblase

Hierbei handelt es sich um eine Technik zur Uringewinnung v.a. bei kleinen Kindern.

Ob dies den Sachverhalt einer ambulanten Operation erfüllt, ist nicht klar, da dieser Eingriff im Regelfall vom Pädiater vorgenommen wird.

1-846.x Diagnostische perkutane Punktion von Harnorganen: Sonstige

Hier kommt die Punktion einer Harnableitung (z.B. einer Ersatzblase, eines Pouches oder eines Conduits in Betracht). Auch hier gilt die Abgrenzung zur therapeutischen Punktion. Der Aufwand mit sonographischer, radiologischer oder CT-gesteuerter Punktion kann relativ hoch sein.

Dieser Eingriff ist daher in den AOP aufzunehmen.

1-847.y Diagnostische perkutane Punktion von Harnableitungen: n.n. bez.

Nicht aufnehmen in den AOP, wenn keine spezifischere Kodierung erfolgt ist.

1-847.0 Diagnostische perkutane Punktion und Aspiration: Hoden

Dieser Eingriff muss in Narkose erfolgen. Gegebenenfalls kann er im Rahmen der Spermengewinnung für reproduktionsmedizinische Maßnahmen durchgeführt werden.

Aufnahme in den AOP.

1-847.1 Diagnostische perkutane Punktion und Aspiration: Nebenhoden

Dieser Eingriff muss in Narkose erfolgen. Gegebenenfalls kann er im Rahmen der Spermengewinnung für reproduktionsmedizinische Maßnahmen durchgeführt werden.

Aufnahme in den AOP-Katalog.

1-847.2 Diagnostische perkutane Punktion und Aspiration: Hydrozele

Die Punktion zur Therapie einer Hydrozele ist bekannt, allerdings obsolet.

Die Punktion aus diagnostischen Gründen ist medizinisch nicht sinnvoll.

Daher keine Aufnahme in den AOP-Katalog.

1-847.3 Diagnostische perkutane Punktion und Aspiration: Spermatozele

Dieser Eingriff erfolgt meist in Narkose. Gegebenenfalls kann er im Rahmen der Spermengewinnung für reproduktionsmedizinische Maßnahmen durchgeführt werden. Es gibt in diesem Zusammenhang artifiziell angelegte Spermatozelen, die bewusst zur Samenzellgewinnung genutzt werden.

Aufnahme in den AOP-Katalog.

1-847.4 Diagnostische perkutane Punktion und Aspiration: Prostata

Dieser Eingriff kann bei Prostatazysten (z.B. Utriculuszyste) erforderlich sein. Üblicherweise erfolgt die Punktion von perineal unter transrektaler sonographischer Steuerung. Abzugrenzen sind die Fälle, bei denen sich ein Prostatabscess zeigt, der in gleicher Sitzung direkt drainiert wird.

Aufnahme in den AOP-Katalog.

1-847.5 Diagnostische perkutane Punktion und Aspiration: Vesiculae seminales

Dieser Eingriff kann bei Verdacht auf Infektion der Samenblasen von perineal unter transrektal-sonographischer Steuerung durchgeführt werden. Im Falle des Nachweises einer Infektion muss dann aber entweder eine Drainage eingelegt oder ein Antibiotikum injiziert werden. Dann handelt es sich um eine therapeutische, keine diagnostische Punktion.

1-847.6 Diagnostische perkutane Punktion und Aspiration: sonstige

Dieser Code bildet die Punktion der Corpora cavernosa zur Gewinnung von Blut für eine Blutgasanalyse ab. Dies ist z.B. zur Differenzierung zwischen einem High-flow- und einem Low-flow-Priapismus erforderlich. Auch wenn diese Patienten im Regelfall stationär behandelt werden, ist der Eingriff als ambulante Operation möglich.

Relevante Zusatzcodes bei den o.g. AOPs:

1-999.01 Anwendung eines diagnostischen Navigationssystems

Dieser Kode ist bei einer MRT-gesteuerten perkutanen Biopsie oder bei einer apparativen MRT-Fusionsbiopsie der Prostata (Markierung des suspekten Areals im zuvor durchgeführten MRT, dann Bildfusion mit der Sonographie am Computer und gezielte Biopsie) zu kodieren. Es gilt dann der Zusatzcode 3-997.

Beide Verfahren sind mit entsprechendem apparativen und personellen Mehraufwand verbunden, der bei der AOP abzubilden ist.

1-999.1 Fluoreszenzgestützte diagnostische Verfahren

Durch die Instillation der fluoreszierenden Substanz 5-Aminolävulinsäure (5-ALA, Handelsname Hexvix, Fa. Photocure) können bei einer Blasenspiegelung mit Blaulicht suspekte Areale der Blasenwand sichtbar gemacht werden, die in der herkömmlichen Zystoskopie mit Weißlicht nicht sichtbar sind. Die Leitlinien empfehlen dieses Verfahren bei der transurethralen Resektion insbesondere beim Carcinoma in situ.

Die Substanz 5-ALA hat in der Urologie bisher keine Zulassung im ambulanten Bereich bei der Nachsorgezystoskopie, da hier der Wert nicht durch ausreichende Studiendaten gesichert ist. Es hat auch keine Klinik im Ambulanzbereich eine entsprechende Ausrüstung für eine Blaulicht-Zystoskopie. Aufgrund der Kosten für 5-ALA von rund 500 € erfolgt diese Fluoreszenzzystoskopie immer im OP in Narkose in der Bereitschaft eine transurethrale Resektion durchzuführen. Diese erfolgt auch in den allermeisten Fällen.

Problematisch ist die Situation dann, wenn wider Erwarten bei dem Eingriff intraoperativ keinerlei suspekter Befund in der Weiß- und Blaulichtzystoskopie gefunden wird. Dann muss keine Biopsie erfolgen. Zu kodieren wäre dann nur die Zystoskopie mit fluoreszenzgestütztem diagnostischem Verfahren (1-661 und 1-999.1).

Wenn in diesem Fall durch den Code 1-999.1 getriggert die Materialkosten für 5-ALA und die Blaulicht-Zystoskopie im Rahmen der AOP „Zystoskopie 1-661“ in der AOP abgebildet sind, kann der Fall durch das Krankenhaus in eine AOP umgewandelt werden. Im anderen Fall könnte es zum Fehlanreiz kommen, dem Patienten eine transurethrale Resektion nur

durchzuführen, um so die Kosten für das 5-ALA rückerstattet zu bekommen.

Die Schwierigkeit liegt aber darin, diese Fälle gegen ein komplett ambulant und ohne Narkose durchgeführte diagnostische Zystoskopie mit Weiß- und Blaulicht abzugrenzen, bei der überhaupt keine Resektion vorbereitet, bzw. vorgesehen war (dies ist die Konstellation, für die keine Zulassung besteht).

Daher sollte eine Erstattung der Kosten für 5-ALA nur dann erfolgen, wenn der Eingriff in Narkose und unter Planung einer transurethralen Resektion in der gleichen Sitzung durchgeführt wurde.

1-999.2- Diagnostische Verwendung eines flexiblen Ureterorenoskops

1-999.20 Verwendung eines Einmal-Ureterorenoskops

1-999.2x Verwendung eines Mehrweg-Ureterorenoskops

Diese Unterscheidung wurde getroffen, da die Kosten für ein Einmal-Ureterorenoskop etwa 1.500 € betragen. Allerdings müssen alle Mehrweg-Ureterorenoskope im Schnitt alle 7 Eingriffe zur Austauschreparatur, die etwa 6000 € kostet. Gleichzeitig kostet die Aufbereitung und Resterilisation im Gas-Sterilisator für ein Mehrweg-Ureterorenoskop mindestens rund 100 €.

Während die Kosten für Einmal-Ureterorenoskope bei ambulanten oder stationären Eingriffen problemlos auf den Einzelfall zu buchen sind, ist dies bei Mehrweg-Ureterorenoskopen mit so hohen Kosten schwierig. Es ist nicht geklärt, ob diese Kosten auf den Fall, bei dem das Gerät beschädigt worden ist, auf alle Fälle, die seit der letzten Reparatur mit dem Gerät behandelt wurden, oder auf alle Fälle, die überhaupt mit einem flexiblen Ureterorenoskop behandelt wurden, umzulegen ist.

Um die Ureterorenoskope für ambulante Eingriffe nicht über Infrastrukturkosten des Krankenhauses quer zu subventionieren und um eine Gleichbehandlung für Krankenhäuser und ambulante OP-Zentren sicherzustellen, muss eine 100%-vergütung bei Verwendung von Einmal-Ureterorenoskopen sichergestellt sein.

5-550.1 Anlage einer perkutanen Nephrostomie

Hier bleibt zu differenzieren zwischen der vollständigen Neuanlage mit Punktion von Bauchwand und Nierenparenchym – einem Eingriff mit hohem Blutungsrisiko, der meist unter Notfallbedingungen erfolgt – und der Neuanlage eines verloren gegangenen Nephrostomiekatheters über einen schon etablierten Punktionskanal – einem Eingriff der durchaus ambulant als AOP erbringbar ist. In jedem Fall ist ein entsprechender urologischer Arbeitsplatz mit Durchleuchtung, eine Kontrastmittelgabe zur Bestätigung der korrekten Lage und der Nephrostomiekatheter, sowie das Naht- und Verbandmaterial erforderlich.

Bei einer kompletten Neuanlage mit Punktion kommen die Punktionsnadel, Bougies, Führungsdrähte und die Verwendung der Sonographie hinzu.

Es sollte daher innerhalb der AOP-Leistung 5-550.1 zwischen der Neuanlage mit Punktion und der Neuanlage über einen etablierten Punktionskanal unterschieden werden. Gegebenenfalls ist hier eine Differenzierung des OPS-Codes erforderlich.

Im Falle der Erbringung in Lokalanästhesie ist diese gesondert zu kodieren.

Im Falle der Erbringung in Allgemeinanästhesie ist der relativ große Zeit- und Personalaufwand für die Umlagerung des Patienten in Narkose in Bauchlage, bzw. am Ende des Eingriffs zurück in Rückenlage zu bedenken.

5-550.20 Entfernung eines Steines perkutan-transrenal

Dieser Code beschreibt eigentlich die Perkutane Nephrolitholapaxie (PCNL), die in Deutschland immer in Narkose und unter stationären Bedingungen erbracht wird.

Der Code kommt aber auch zur Anwendung, wenn bei einem Wechsel eines Nephrostomiekatheters dessen Spitze von Steinen überzogen ist, die dann mit dem Katheter entfernt werden. Hier ist eine Differenzierung anhand des OPS-Codes nicht möglich. Es handelt sich aber um ganz unterschiedliche Eingriffe.

Solange eine Differenzierung anhand des Codes zwischen dem ambulant erbringbaren Eingriff, der kaum Kosten verursacht und dem aufwändigen, nur stationär und in Narkose erbringbaren Eingriff nicht möglich ist, muss

dieser Code auch im AOP-Katalog erscheinen, auch wenn diese Variante sicherlich eher die Ausnahme als die Regel darstellt.

Sobald gleichzeitig eine Lithotrypsie erfolgt (5-550.30) handelt es sich sicher um eine PCNL, die die stationäre Erbringung erfordert.

Dies muss aber grundsätzlich bei der MDK-Begutachtung berücksichtigt werden.

5-550.21 und 5-550.31 Ureterorenoskopische Entfernung von Steinen aus der Niere (ohne bzw. mit Lithotrypsie)

Diese Leistung ist aktuell nicht im AOP-Katalog enthalten. Diese Eingriffe stellen ein höheres Risiko dar als die Steinentfernungen aus dem Harnleiter (5-562.-), die als potenzielle AOP gewertet werden. Der Materialaufwand (Verwendung von Zugangshülsen, flexiblen Ureterorenoskopen, teureren Dormia-Körbchen, Laserfasern) ist wesentlich höher als beim Harnleiterstein.

Allerdings gibt es Einzelfälle, bei denen ein ursprünglich im Harnleiter gelegener Stein während des Eingriffs in das Nierenbecken zurückrutscht, dann dort aber geborgen und entfernt werden kann. Aus diesem Grund müssen diese beiden Codes grundsätzlich in den AOP-Katalog aufgenommen werden. Es muss aber allen Beteiligten klar sein, dass dieser Eingriff nur im absoluten Ausnahmefall und nicht planmäßig ambulant erbracht wird. Eine Differenzierung anhand der Diagnose ist ebenfalls nicht möglich, da meist N13.2 (Harnstau bei Harnstein) ohne genaue Differenzierung kodiert wird.

5-550.4 Erweiterung des pyeloureteralen Überganges

Dieser Eingriff kann im Rahmen eines Harnleiterschienen-Wechsels oder einer Neueinlage von perkutan-transrenal oder von transurethral erfolgen. Der Eingriff ist im Regelfall nur ein Zusatzcode, aber kein eigener alleiniger Eingriff. Da die Kosten für die Dilatation des pyeloureteralen Übergangs für einen Ballon-Dilatator bei rund 300 €, für Bougies bei 150 € liegen, muss dieser Eingriff in den AOP-Katalog aufgenommen werden. Da es sich um keine Implantate handelt, müssen diese Materialien gesondert abrechenbar/rezeptierbar sein.

5-550.5 Punktion einer Nierenzyste

Wenn die perkutane Nephrostomie im AOP-Katalog enthalten ist, muss analog auch diese Leistung aufgenommen werden. Da bei der Punktion oft nicht bekannt ist, ob es sich um ein gestautes Nierenbecken oder eine Zyste handelt, kann erst nach dem Eingriff die richtige Kodierung gewählt werden. Dabei müssen aber auch die Punktionsnadeln abrechenbar sein.

5-550.6 Operative Dilatation eines Nephrostomiekannels mit Einlage eines dicklumigen Nephrostomiekatheters

Diese Leistung sollte aufgrund des hohen Blutungs- und Infektrisikos nicht ambulant erbracht werden. Es handelt sich hier immer um multimorbide Patienten mit langfristiger Ableitung durch Nephrostomiekatheter, die bereits mehrfache Komplikationen dieser Harnableitung hinter sich haben.

5-552.5- Perkutane Destruktion von erkranktem Gewebe der Niere

Diese Behandlungen bergen ein hohes Blutungsrisiko und können aufgrund der Schmerzhaftigkeit nur in Narkose erbracht werden. Diese Leistungen sollten daher nicht als AOP erbracht werden.

5-560.0 Inzision des Ureters, ureterorenoskopisch

Diese Behandlung birgt ein hohes Blutungsrisiko und sollte daher nicht als AOP erbracht werden.

5-560.1 Ballondilatation des Ureters, transurethral

Analog zu 5-550.4 sollte dieser Eingriff in den AOP-Katalog aufgenommen werden. Es handelt sich meist um einen Begleiteingriff im Rahmen von Harnsteintherapien. Wichtig ist die Abbildung der Materialkosten für den Ballon-Katheter, der nicht als Implantat im Patienten verbleibt und rund 300 € kostet.

5-560.2 Bougierung des Ureters, transurethral

Analog zu 5-550.4 sollte dieser Eingriff in den AOP-Katalog aufgenommen werden. Es handelt sich meist um einen Begleiteingriff im Rahmen von Harnsteintherapien. Wichtig ist die Abbildung der Materialkosten für die Bougies, der nicht als Implantat im Patienten verbleiben und rund 150 € kosten.

5-550.3- Einlegen eines Stents in den Ureter, transurethral

Hier sind permanente (Metall-)Stents gemeint. Diese erfordern in der Einlage einen wesentlich höheren Aufwand als die Einlage einer Harnleiterschiene. Aufgrund des höheren Durchmessers erfordern sie eine invasivere Dehnung des Ureters, die nur in Narkose erfolgen kann. Daher sollten diese Eingriffe nicht in den AOP-Katalog aufgenommen werden. Grundsätzlich müssen die Implantatkosten, die z.T. weit über 1000 € liegen, anderenfalls genauso berücksichtigt werden, wie die Materialien zur Dilatation etc.

5-550.4 Inzision des Ureters, perkutan-transrenal

Analog zu 5-560.0 sollte dieser Eingriff nicht als AOP erbracht werden.

5-550.5 Ballondilatation des Ureters, perkutan-transrenal

Analog zu 5-560.1 sollte dieser Eingriff in den AOP aufgenommen werden. Dabei ist eine Berücksichtigung der Materialien (Ballon-Dilatationskatheter) zwingend erforderlich.

5-560.6 Bougierung des Ureters, perkutan-transrenal

Analog zu 5-550.4 sollte dieser Eingriff in den AOP-Katalog aufgenommen werden. Es handelt sich meist um einen Begleiteingriff im Rahmen von Harnsteintherapien. Wichtig ist die Abbildung der Materialkosten für die Bougies, der nicht als Implantat im Patienten verbleiben und rund 150 € kosten.

5-550.7- Einlegen eines Stents in den Ureter, perkutan-transrenal

Hier sind permanente (Metall-)Stents gemeint. Diese erfordern in der Einlage einen wesentlich höheren Aufwand als die Einlage einer Harnleiterschleife. Aufgrund des höheren Durchmessers erfordern sie eine invasivere Dehnung des Ureters, die nur in Narkose erfolgen kann. Daher sollten diese Eingriffe nicht in den AOP-Katalog aufgenommen werden. Grundsätzlich müssen die Implantatkosten, die z.T. weit über 1000 € liegen, anderenfalls genauso berücksichtigt werden, wie die Materialien zur Dilatation etc.

5-562.8 Entfernung eines Stents, transurethral

Dieser Eingriff kann als AOP erfolgen, wenn keine besondere Überwachung postoperativ erforderlich ist. Dies hängt beispielsweise vom Blutungsrisiko oder von der Frage der Schienung des jeweiligen Harnleiters ab.

5-561.6 Ballondilatation des Ostiums, transurethral

Analog zu 5-550.4 sollte dieser Eingriff in den AOP-Katalog aufgenommen werden. Es handelt sich meist um einen Begleiteingriff im Rahmen von Harnsteintherapien. Wichtig ist die Abbildung der Materialkosten für den Ballon-Katheter, der nicht als Implantat im Patienten verbleibt und rund 300 € kostet.

5-561.7 Bougierung des Ostiums, transurethral

Analog zu 5-550.4 sollte dieser Eingriff in den AOP-Katalog aufgenommen werden. Es handelt sich meist um einen Begleiteingriff im Rahmen von Harnsteintherapien. Wichtig ist die Abbildung der Materialkosten für die Bougie, die nicht als Implantat im Patienten verbleiben und rund 150 € kosten.

5-562.2 Schlingenextraktion

Die Extraktion einer Verweilschlinge aus dem Harnleiter birgt ein hohes Risiko der Harnleiterverletzung und darf nicht ambulant erfolgen. Der Eingriff ist heute weitgehend obsolet.

5-562.3 Einlage einer Verweilschlinge

Ein Patient mit Verweilschlinge muss stationär behandelt werden, da ihm eine Harnleiterschiene zur Harnröhre heraushängt, an der ein leichtes Gewicht hängt. Diese Schiene soll spontan von der Peristaltik des Harnleiters heraustransportiert werden und dabei einen Harnleiterstein mitnehmen. Durch die permanente Harninkontinenz bei frei hängender Schiene, können diese Patienten nicht ambulant geführt werden.

5-562.4 Entfernung eines Steines ureterorenoskopisch

Diese Leistung ist bei einem vorgeschienten Harnleiter elektiv und ambulant erbringbar, wenn intraoperativ keine wesentlichen Läsionen des Harnleiters eintreten. Daher kann letztlich erst nach dem Ende des Eingriffs entschieden werden, ob eine ambulante Erbringung vertretbar war oder nicht. Dieser Eingriff erfordert eine hohe apparative Ausstattung (Röntgen, Verfügbarkeit von starren und flexiblen Ureterorenoskopen, verschiedenen Dormiakörbchen, Laserfasern oder anderen Systemen zur Lithotrypsie) mit entsprechend geschultem OP-Personal.

Entscheidend ist bei ambulanter Erbringung, dass alle verwendeten Materialien, nicht nur die Implantate einzeln abrechenbar sind. Je nach Verlauf der Operation können Einmalmaterialkosten von über 500 € anfallen.

5-562.5 Entfernung eines Steins ureterorenoskopisch mit Lithotrypsie

Hier gilt analog die Aussage zu 5-562.4.

5-562.6 und -.7 Entfernung eines Steins aus dem Ureter perkutan-transrenal

Dieser Eingriff kommt nur im Rahmen einer perkutanen Nephrolitholapaxie vor. Daher sollte er in den AOP-Katalog nicht aufgenommen werden.

5-562.8 Entfernung eines Steins mit einem Dormiakörbchen

Hier gilt analog die Aussage zu 5-562.4.

5-562.9 Steinreposition

Dieser Eingriff meint die Ureterorenoskopie, bei der ein Harnleiterstein in das Nierenbecken reponiert wird.

Dieser Eingriff erfolgt meist akzidentell und eher nicht geplant. In der Folge sind dann weitere Behandlungen erforderlich. Bei elektiver Erbringung kann der Eingriff als AOP erbracht werden. Hier ist bei Erbringung mit dem flexiblen Ureterorenoskop die entsprechende Vergütung der Materialien erforderlich.

5-569.62 Injektion bei Ostiuminsuffizienz, transurethral

Dieser Eingriff wird in der Kinderurologie durchgeführt. Da es postoperativ zur Harnstauung, zum fieberhaften Harnwegsinfekt oder zur Blutung kommen kann, ist bei Kindern eine ambulante Erbringung ohne postoperative Überwachung nicht möglich.

5-570.0 Entfernung eines Steines, transurethral mit Lithotrypsie

Kleine Steine können ambulant transurethral entfernt werden. Der Eingriff sollte in den AOP-Katalog aufgenommen werden.

5-570.1 Entfernung eines Steines perkutan-transvesikal

Kleine Steine können über einen bereits vorgedehnten suprapubischen Zystostomiekanal als AOP entfernt werden.

5-570.2 Entfernung eines Steines perkutan-transvesikal mit Lithotrypsie

Bei vorgedehntem suprapubischem Zystostomiekanal ist eine Steinentfernung mit Lithotrypsie als AOP möglich. Große Steine erfordern aber eine stationäre Behandlung bei erhöhtem Blutungsrisiko.

5-570.3 Entfernung eines Fremdkörpers, perkutan-transvesikal

So wie Blasensteine können auch Fremdkörper (Katheterfragmente) als AOP über einen suprapubischen Kanal entfernt werden, wenn dieser bereits vordilatiert war.

5-570.4 Operative Ausräumung einer Blasentamponade, transurethral

Die Ausräumung einer Blasentamponade kann grundsätzlich ambulant erfolgen. Grundsätzlich haben die Patienten mit Blasentamponade aber immer eine Makrohämaturie, die eine anschließende Dauerspülung der Harnblase erfordert, die dann aber nur stationär möglich ist. Eine Ausräumung einer Blasentamponade erfolgt immer notfallmäßig. Auch dieser Aspekt spricht gegen eine Aufnahme in den AOP-Katalog.

5-572.1 Anlage einer perkutanen Zystostomie

Hierbei handelt es sich um eine klassische AOP.

5-572.5 Operative Dilatation eines Zystostomiekanals mit Anlage eines dicklumigen Zystostomiekatheters

Es handelt sich um eine klassische AOP-Leistung. Dabei müssen Bougies oder Ballon-Dilatationskatheter verwendet werden, die nicht im Patienten verbleiben und kein Implantat sind, aber Materialkosten von 120 – 300 €

verursachen können. Diese Materialien müssen gesondert abrechenbar sein.

5-573.3- Transurethrale Destruktion von erkranktem Gewebe der Harnblase

Diese Maßnahmen können ambulant erbracht werden, sofern es nicht zu einer relevanten Blutung kommt. Daher ist eine Abrechnung über den AOP-Katalog möglich. Allerdings müssen die erforderlichen Einmal-Materialien zur Radiofrequenzablation oder Mikrowellenablation oder zu anderen Formen der Destruktion abrechenbar sein.

5-575.10 Verschluss einer Zystostomie, offen chirurgisch

Dieser Eingriff ist unter günstigen Bedingungen ambulant erbringbar und sollte in den AOP-Katalog aufgenommen werden.

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

Diese Eingriffe können analog zu den Eingriffen an einer Harnblase in günstigen Situationen ambulant erbracht werden. Daher ist die Aufnahme in den AOP-Katalog zu empfehlen.

5-579.62 Injektionsbehandlung der Harnblase, transurethral

5-579.63 Injektionsbehandlung der Harnblase, perkutan

5-579.64 Injektionsbehandlung der Harnblase, über ein Stoma

Diese Leistungen beinhalten insbesondere die Injektion von Botulinum-Toxin in die Harnblase. Diese Leistung ist in Narkose und in Lokalanästhesie ambulant erbringbar. Der Eingriff muss in den AOP-Katalog aufgenommen werden, um das Medikament Botulinumtoxin, das je nach Dosis mehrere 1000 Euro kosten kann, abrechnen/rezeptieren zu können.

5-581.0 Inzision des Meatus der Urethra

Der Eingriff kann als AOP erbracht werden. Aufnahme in den AOP-Katalog.

5-581.1 Meatusplastik

Der Eingriff kann als AOP-erbracht werden. Aufnahme in den AOP-Katalog.

5-585.0 Urethrotomia interna, ohne Sicht

5-585.1 Urethrotomia interna, unter Sicht

5-585.2 Urethrotomia interna, mit Laser

Es handelt sich um Operationen im AOP-Katalog. Bei der Laserinzision müssen die Kosten für die Laserfaser berücksichtigt werden. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass jeder Patient mit einem solchen Eingriff für 2-3 Tage mit einem transurethralen Katheter versorgt werden muss. Viele Patienten müssen aufgrund von Schmerzen durch den Katheter oder die Gefahr, sich versehentlich den geblockten Katheter in die Harnröhre zu ziehen, stationär überwacht werden.

5-600.- Inzision der Prostata

Dieser Eingriff kommt in der Realität nicht vor und sollte nicht in den AOP-Katalog aufgenommen werden.

5-601.- Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe

Jedes dieser Verfahren erfordert eine postoperative Einlage eines transurethralen Spülkatheters und die permanente Verfügbarkeit einer Blasenspülung im Falle einer Hämaturie für mindestens 1 – 2 Tage, da sich sonst eine Blasentamponade entwickeln kann. Damit sind diese Eingriffe nicht für eine ambulante Erbringung geeignet.

5-602.- Transrektale und perkutane Destruktion von Prostatagewebe

Jedes dieser Verfahren erfordert eine postoperative Einlage eines transurethralen Harnblasenkatheters durch Einblutungen und Schwellung der Prostata durch den Eingriff und die permanente Verfügbarkeit einer Blasenspülung im Falle einer Hämaturie für mindestens 1 – 2 Tage, da sich sonst eine Blasentamponade entwickeln kann. Damit sind diese Eingriffe nicht für eine ambulante Erbringung geeignet.

Ausgenommen ist die irreversible Elektroporation der Prostata.

5-602.6 Durch irreversible Elektroporation

Dieses Verfahren wird durch Radiologen erbracht. Die Sonden stellen kein wesentliches Blutungsrisiko dar und führen selten zum Harnverhalt. Auch führen die Gewebsveränderungen weniger ausgeprägt zur Schwellung der Prostata. Daher ist dieses Verfahren als AOP geeignet.

5-603.3 Dilatation der prostatistischen Harnröhre

Dieses Verfahren kann als AOP erbracht werden. Die jeweiligen Dilatationskatheter müssen gesondert abrechenbar sein. Im Anschluss wird immer ein transurethraler Katheter eingelegt, der als Implantat abrechenbar ist.

5-609.4-6 Einlage, Wechsel oder Entfernung eines Stents in die/aus der prostatistischen Harnröhre

Die Einlage eines Stents in die prostatistische Harnröhre ist ein meist unblutiger Eingriff, der oft sogar ohne Anästhesie erbracht werden kann. Hier muss allerdings im Regelfall über 24 Stunden überwacht werden, ob der Patient die Harnblase entleeren kann. Ein besonderes Problem ist dabei die Möglichkeit eines Harnverhaltes, da dann ein transurethraler Katheter nur unter Durchleuchtung mit den Möglichkeiten eines Krankenhauses eingelegt werden kann. Anderenfalls würde dies zur fehlerhaften Verlagerung des Stents in die Blase führen. Die Entfernung des Stents oder sein Wechsel bedeuten immer ein erhöhtes Blutungsrisiko, so dass üblicherweise auch hier eine stationäre

Überwachung für mindestens 24 Stunden unvermeidlich ist. Außerdem handelt es sich üblicherweise um extrem multimorbide Patienten, für die alle anderen Behandlungsformen nicht in Betracht kommen, so dass hier eine ambulante Erbringung ohnehin nicht angezeigt ist.

Unter Berücksichtigung der o.g. Aussagen ist eine Aufnahme in den AOP-Katalog allenfalls für besonders günstige Ausnahmefälle möglich.

5-609.8- Transurethrale Implantation von Prostatagewebs-Retraktoren

Das sog. Urolift-Verfahren wird in Allgemein-/Spinalanästhesie durchgeführt. Dabei werden je nach Größe und Form der Prostata unterschiedlich viele Gewebsretraktoren von der prostatistischen Harnröhre aus im Prostatagewebe verankert. Jeder Gewebsretractor kostet mit dem Einmalapplikator zwischen 400 und 600 €. Es können bis zu 8 Gewebsretraktoren gesondert kodiert werden.

Grundsätzlich ist die Erbringung ambulant möglich. Der Eingriff sollte in den AOP-Katalog aufgenommen werden. Die Gewebsretraktoren müssen dann als Implantate gesondert abrechenbar sein.

5-609.9- Protektive Maßnahmen vor Prostatabestrahlung

Für diese Verfahren gilt die ambulante Erbringbarkeit als AOP. Die verwendeten Einmalmaterialien für die Implantation müssen genauso abrechenbar sein wie die Implantate.

5-609.a- Implantation von Bestrahlungsmarkern an der Prostata

Die sog. Goldseed-Implantation ist ein Verfahren, das in Aufwand und Risiken mit der Stanzbiopsie der Prostata vergleichbar ist. Es sollte daher in den AOP-Katalog aufgenommen werden.

5-610.- Inzision an Skrotum und Tunica vaginalis testis

Diese Verfahren sind alle ambulant als AOP erbringbar.

5-611 Operation einer Hydrozele testis

Dieser Eingriff ist im AOP-Katalog enthalten. Dabei differenziert er allerdings nicht nach der Größe der Hydrozele und der Möglichkeit einer beidseitigen Erbringung. Mit der Größe der Hydrozele sinkt der postoperative Gewebsdruck, der einer Hämatombildung entgegenwirkt. Daher ist bei großen Hydrozelen die Einlage von Wunddrainagen, die Kompression von außen und gegebenenfalls auch Bettruhe erforderlich, um das Hämatomrisiko in den ersten 24 Stunden postoperativ zu senken.

5-612.0 - -.1, -.x, -.y Exzision und Destruktion von erkranktem Skrotumgewebe

Hier hängt die ambulante Erbringbarkeit von der Größe der Resektionsfläche und der Chance auf einen primären Wundverschluss ab. Daher sind eine Fistelexzision und eine partielle Resektion oft als AOP erbringbar, während die totale oder radikale Resektion des Skrotums nicht als AOP erbringbar ist, da hier entweder plastisch-chirurgische Zusatzeingriffe oder eine offene Wundbehandlung im Krankenhaus erforderlich sind.

5-613.0 Naht des Skrotums nach Verletzung

Es handelt sich um einen typischen Notfalleingriff. Eine Erbringung als AOP ist daher nur in Lokalanästhesie möglich. Wenn die Erbringung in Narkose erfolgen soll, müssen die Zeiten zur Erreichung der Nüchternheit berücksichtigt werden. Damit ist eine ambulante Erbringung in Narkose während der Regelarbeitszeit mit der entsprechenden Vor- und Nachbereitung in der Realität so gut wie nie machbar.

5-613.1, -.2 Plastische Rekonstruktion des Skrotums

Hier handelt es sich um Eingriffe, deren ambulante Erbringbarkeit vom Ausmaß der Präparation abhängen. Eine einfache Durchtrennung oder Rekonstruktion einer Palmure ist ein Minimal-Eingriff. Eine plastische Deckung eines denudierten Penis mit Skrotalhaut oder eine Rekonstruktion eines Skrotums nach totaler Resektion des Skrotums mit Hauttransplantation sind Eingriffe, die nur stationär erbracht werden

können. Daher ist die Aufnahme in den AOP-Katalog sinnvoll. Eine Differenzierung bezüglich des Umfangs des Eingriffs im OPS-Katalog wäre mittelfristig wünschenswert.

5-619 Andere Operationen an Skrotum und Tunica vaginalis testis

Grundsätzlich in den AOP-Katalog aufnehmen. Hier würde z.B. auch die Anlage eines skrotalen Piercings kodiert.

5-620 Inzision des Hodens

Klassische ambulante Operation, die nur im Ausnahmefall stationär erbracht wird.

5-621 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Hodens

Klassische ambulante Operation, die nur im Ausnahmefall stationär erbracht wird.

5-622.- Orchidektomie

Hier muss zwischen der einfachen Orchidektomie (-.0 - -.4 und -.6 - .y) und der radikalen Orchidektomie beim Hodentumor (-.5) unterschieden werden. Während die einfache Orchidektomie ein grundsätzlich ambulanter Eingriff ist, der nur stationär erbracht wird, wenn bei abdominalem Hoden eine aufwändigere Hodensuche erforderlich ist oder wenn relevante Begleiterkrankungen vorliegen, ist die radikale Orchidektomie immer mit der psychischen Belastung des Patienten durch eine neu diagnostizierte Tumorerkrankung verbunden. Diese Patienten sollten nur im Ausnahmefall als AOP operiert werden.

5-624.- Orchidopexie

Grundsätzlich handelt es sich hier um Ambulante Operationen. Allerdings wird die skrotale Orchidopexie (5-624.5) oft im Rahmen von

Notfalleingriffen bei Hodentorsion erbracht. Dann ist meist eine stationäre Erbringung erforderlich.

Die Orchidopexie mit Funiculolyse (5-624.4) ist ein typischer ambulanter Eingriff im Kindesalter. Oft muss der Eingriff beidseitig, nicht selten auch in Verbindung mit einer Zirkumzision bei Phimose erbracht werden. Für die Kinder ist es weniger belastend, dies in einem einzelnen Eingriff und in einer Narkose durchzuführen. Hier muss dafür gesorgt werden, dass es keine Fehlanreize im Abrechnungssystem gibt, eher mehrere Eingriffe durchzuführen. Unter diesen Umständen muss gegebenenfalls der Kombinationseingriff als stationär erbringbar definiert werden.

5-625.- Exploration bei Kryptorchismus

Hier gilt das Gleiche wie für die Orchidopexie mit Funiculolyse (s.o.).

5-626.- Operative Verlagerung eines Abdominalhodens

Hier muss unterschieden werden zwischen den OP-Verfahren mit mikrovaskulärer Anastomose (-.1 und -.3) und den anderen Verfahren. Eine Mikrovaskuläre Anastomose stellt einen sehr hohen operativen Aufwand dar. Es besteht eine dringende stationäre Überwachungspflicht, da es bei einem derartigen Gefäßchirurgischen Eingriff im schlimmsten Fall zum Gefäßverschluss und zur Nekrose des Hodens kommen kann. Dagegen können die Eingriffe ohne mikrovaskuläre Anastomose meist als AOP erbracht werden.

5-627.- Rekonstruktion des Hodens

5-627.2 Naht des Hodens nach Verletzung

Diese Eingriffe werden üblicherweise als Notfall unter stationären Bedingungen erbracht.

5-628.2 Wechsel einer Hodenprothese und

5-628.4 Implantation einer Hodenprothese

Diese beiden Eingriffe erfordern ein sehr hohes Maß an Sterilität, das die Hodenprothese als Fremdmaterial ansonsten ein hohes Risiko einer Protheseninfektion birgt. Daher ist hier die Erbringung unter stationären Bedingungen der Standard. Sollte der Eingriff ambulant erbracht werden, muss sichergestellt sein, dass die Kosten für die Prothese abrechenbar sind.

5-628.3 Entfernung einer Hodenprothese

Diese wird nur bei Komplikationen, insbesondere bei Infektionen, durchgeführt. Das ist aber immer mit der stationären Erbringung verbunden. Die Aufnahme in den AOP-Katalog sollte daher nur für den Ausnahmefall erfolgen, dass ein Patient mit einer Hodenprothese sich entschließt, diese entfernen zu lassen.

5-629.- Andere Operationen am Hoden

Dies sind typische AOP-Leistungen.

5-630.- Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrozele funiculi spermatici

Dies sind typische AOP-Leistungen.

5-631.- Exzision im Bereich der Epididymis

Dies sind typische AOP-Leistungen.

Bei der Resektion einer Morgagni-Hydatide (5-631.2) gilt, dass es sich entweder um einen Begleiteingriff einer anderen Operation oder um einen Notfalleingriff bei akutem Skrotum handelt. Hier erfolgt der Eingriff oft unter stationären Bedingungen.

5-633.- Epididymektomie

Dies sind typische AOP-Leistungen.

5-634.- Rekonstruktion des Funiculus spermaticus

5-634.0 Naht (nach Verletzung)

5-634.1 Plastische Rekonstruktion

5-634.2 Rücklagerung bei Torsion

Hier handelt es sich um typische Notfalleingriffe. Diese werden im Regelfall nicht als AOP erbracht.

5-635 Vasotomie des Ductus deferens

Dies ist eine klassische AOP-Leistung, die allerdings als Selbstzahlerleistung außerhalb des GKV-Budgets zu erbringen ist.

5-636.- Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens

Dies ist eine klassische AOP-Leistung, die allerdings meist als Selbstzahlerleistung außerhalb des GKV-Budgets erbracht wird. Ausnahme sind die Resektionen von Spermagranulomen.

5-637.- Rekonstruktion von Ductus deferens und Epididymis

Diese mikrochirurgischen Leistungen werden stationär erbracht. Hier ist eine stationäre Überwachung von mindestens 2 Tagen die Regel.

5-639.- Andere Operationen an Funiculus spermaticus, Epididymis und
Ductus deferens

Dies sind typische AOP-Leistungen.

5-640.- Operationen am Präputium

Dies sind typische AOP-Leistungen, die nur im Ausnahmefall stationär erbracht werden.

5-641.- Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Penis

Dies sind Leistungen, die je nach Aufwand und Größe des Befundes als AOP erbracht werden können.

5-642.- bis 5-649

Dies sind Leistungen, die nicht als ambulante Operationen erbracht werden.

Zusatzcodes für die Verwendung bestimmter Techniken:

5-983 Reoperation

5-984 Mikrochirurgische Technik

5-985.- Lasertechnik

5-986.- Minimalinvasive Technik

5-987.- Anwendung eines OP-Roboters

5-988.- Anwendung eines Navigationssystems

5-989 Fluoreszenzgestützte Therapieverfahren

5-98b.- Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops

5-995 Vorzeitiger Abbruch einer Operation

Diese Codes sind Zusatzcodes zu einer anderen Leistung. Keiner dieser Codes darf alleine stehen. Jeder dieser Codes ist mit einer AOP als Hauptleistung vereinbar. Er bildet einen apparativen Mehraufwand ab, dem bei der Abrechnung einer AOP Rechnung getragen werden muss.

So liegen die Kosten für einen Eingriff mit einem flexiblen Einmal-Ureterorenoskop bei 1000 – 1500 € für das Einmalinstrument je Eingriff. Bei der Verwendung eines OP-Roboters ergeben sich je Eingriff

Mehrkosten für Einmalmaterial in Höhe von 1500 € und anteilige Wartungskosten von ca. 1000 €.

Diese Kosten sind bei der Kodierung der o.g. Zusatzcodes zu berücksichtigen.

8-100.b Fremdkörperentfernung durch Urethrozystoskopie

Dies ist eine AOP-Leistung.

Wie an allen anderen Stellen, die eine Zystoskopie enthalten, muss unterschieden werden zwischen der starren Zystoskopie (Kosten für die Aufbereitung und Sterilisation im Krankenhaus ca. 50 €), der flexiblen Zystoskopie mit einem wiederverwendbaren Gerät (Kosten für die Aufbereitung und Sterilisation im Krankenhaus mindestens 100 €) und einer flexiblen Zystoskopie mit einem Einmalgerät (Kosten je nach Hersteller 200 – 400 € für das Einmalgerät). Es existiert hier bisher noch keine Differenzierung im OPS-Katalog. Diese wurde durch die DGU für 2022 beantragt.

8-100.c Fremdkörperentfernung durch Ureterorenoskopie

Dieser Eingriff kann eine AOP-Leistung sein, ist aber meist ein Eingriff, der notfallmäßig in Narkose mit entsprechender stationärer Behandlung erfolgt. Hier ist vor allem an die Bergung einer akzidentell in den Harnleiter luxierten Harnleiterschleife zu denken.

8-101.9 Fremdkörperentfernung aus der Urethra

Dieser Eingriff ist meist eine AOP-Leistung.

8-110.- Extrakorporale Stoßwellenlithotrypsie (ESWL) von Steinen in den Harnorganen

Diese Eingriffe befinden sich im AOP-Katalog. Dies ist notwendig, da die ambulante ESWL in Narkose, die bei Kindern oder nicht kooperativen Patienten erforderlich ist, sonst nicht abbildbar wäre. Dabei besteht das Problem, dass die ESWL pro Seite nur einmal im Jahr abrechenbar ist.

Dabei erfordern Steine aber im Durchschnitt 1,6 ESWL-Behandlungen. Damit stellt sich die Frage, wie Wiederholungs-ESWLs abzurechnen sind. Grundsätzlich steigt das Risiko der Nierenruptur/Hämatombildung der Niere mit jeder ESWL-Behandlung, ist also nach der zweiten Behandlung höher als nach der ersten. Daher stellt die Wiederholungs-ESWL eher eine Indikation zur stationären Erbringung dar als die Erst-ESWL.

8-132.- Manipulation an der Harnblase

Hier sind alle Blasenspülungen kodiert. Dies sind ambulante Leistungen, aber keine ambulanten Operationen.

8-133.- Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters

Während die Neueinlage eines suprapubischen Katheters eine ambulante Operation darstellt (5-572.1), handelt es sich beim Wechsel oder der Entfernung zwar um ambulante Leistungen, die aber nicht den Kriterien einer ambulanten Operation entsprechen.

8-137.- Einlegen, Wechsel oder Entfernung einer Ureterschiene

Diese Eingriffe finden sich jetzt bereits im AOP-Katalog.

Es handelt sich aber je nach Zugang um sehr unterschiedlich aufwändige Prozeduren.

Für den Zugang transurethral gelten die o.g. Regularien wie für die Zystoskopie (1-661).

Aufwändig ist der Zugang perkutan-transrenal oder über ein Stoma.

Entscheidend ist hier die differenzierte genaue Abbildung und Kodierung, um den Eingriff und seine Kosten bestmöglich abzubilden.

8-138.- Wechsel und Entfernung eines Nephrostomiekatheters

Der Wechsel eines Nephrostomiekatheters ist auf jeden Fall eine AOP und stellt einen höheren Aufwand dar als der Wechsel einer transurethralen

Harnleiterschiene. Daher sollten diese Eingriffe in den AOP-Katalog aufgenommen werden.

8-139.0- Bougieren der Harnröhre

Hierbei handelt es sich um eine Ambulante Operation, die insbesondere unter Durchleuchtung z.T. sehr aufwändig sein kann.

8-139.x und -.y Andere Manipulationen am Harntrakt: Sonstige

Diese Codes sollten nicht in den AOP-Katalog übernommen werden.

In der Zusammenschau aller Befunde finden sich in der o.g. Arbeit die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. zur Weiterentwicklung des AOP-Katalogs.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass die Erstattung der Materialkosten, insbesondere bei Einmalmaterial, das nicht als Implantat im Patienten verbleibt, zwingend mit der Überarbeitung des Kataloges geregelt sein muss.

Die Kosten für Personal, Material und Infrastruktur müssen sich eng an die im Rahmen der Kostenkalkulation für die DRGs ermittelten Daten anlehnen, da ansonsten diese OP-Leistungen von den Krankenhäusern nicht erbracht werden können.

Die Krankenhäuser werden durch die Erweiterung des AOP-Katalogs gezwungen, ihre ambulanten Leistungen von den stationären Leistungen komplett zu trennen. Dies wird dazu führen, dass die bisher gelebte Quersubventionierung ambulanter, in den Kosten nicht gedeckter Leistungen aus dem stationären Bereich wegfallen muss. Wenn dann die Kosten für ambulante Operationen nicht adäquat definiert sind, dass sie für diesen Betrag auch wirklich erbringbar sind, werden sich die Krankenhäuser von der ambulanten Erbringung trennen müssen, während gleichzeitig der niedergelassene Bereich sie nicht übernehmen kann.