

Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V

– Ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus –

zwischen

1. dem AOK-Bundesverband
dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen
dem IKK-Bundesverband
der See-Krankenkasse
dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen
der Bundesknappschaft
dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. sowie
dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
gemeinsam

und

2. der Deutschen Krankenhausgesellschaft

sowie

3. der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen schließen aufgrund des in § 115b SGB V enthaltenen Auftrages folgenden Vertrag:

Grundsätze

Dieser Vertrag soll dazu dienen, einheitliche Rahmenbedingungen zur Durchführung ambulanter Operationen und stationersetzender Eingriffe einschließlich der notwendigen Anästhesien - nachfolgend „Eingriffe gemäß § 115b SGB V“ genannt - im niedergelassenen Bereich und im Krankenhaus zu schaffen und die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Vertragsärzten und Krankenhäusern zu fördern.

Er zielt darauf ab, auf der Basis des § 39 SGB V zur Vermeidung nicht notwendiger vollstationärer Krankenhausbehandlung eine patientengerechte und wirtschaftliche Versorgung zu sichern und die Kooperation zwischen niedergelassenem Bereich und Krankenhausbereich zu verbessern, einschließlich der gemeinsamen Nutzung von Operationskapazitäten im Krankenhaus.

Die Parteien sind sich bewusst, dass die Leistungserbringung nach wirtschaftlichen Grundsätzen zu erfolgen hat und sowohl ambulant operierende Vertragsärzte als auch die nach § 115b SGB V zugelassenen Krankenhäuser gleichberechtigt diese Leistungen erbringen können.

§ 1

Zulassung von Krankenhäusern zur Erbringung von Eingriffen gemäß § 115b SGB V

- (1) Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog nach § 3 aufgeführten Eingriffen gemäß § 115b SGB V in den Leistungsbereichen zugelassen, in denen sie auch stationäre Krankenhausbehandlung erbringen. Hierzu bedarf es einer Mitteilung des Krankenhauses an die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuss.
- (2) In dieser Mitteilung sind die entsprechenden abteilungsbezogenen Leistungsbereiche und einzelnen Leistungen, die in diesem Krankenhaus ambulant durchgeführt werden sollen, auf der Grundlage des gemeinsamen Katalogs zu benennen.

§ 2

Zugang der Patienten zu Eingriffen nach § 115b SGB V

- (1) Eingriffe gemäß § 115b SGB V sollen in der Regel auf Veranlassung eines niedergelassenen Vertragsarztes unter Verwendung eines Überweisungsscheins durchgeführt werden. Der für den Eingriff gemäß § 115b SGB V verantwortliche Arzt entscheidet über Art und Umfang des ambulanten Eingriffs.
- (2) Der Zeitpunkt des Beginns der Behandlung ist - sofern keine stationäre Aufnahme erfolgt - für die Qualifizierung eines geplanten ambulanten Eingriffs, der nicht im Rahmen eines Notfalls erfolgt, unerheblich.
- (3) Aus dem als Anlage 1 zu diesem Vertrag beigefügte Katalog von Eingriffen gemäß § 115b SGB V (§ 3) kann nicht die Verpflichtung hergeleitet werden, dass die dort aufgeführten Eingriffe ausschließlich ambulant zu erbringen sind. Der Arzt ist verpflichtet, in jedem Einzelfall zu prüfen, ob Art und Schwere des beabsichtigten Eingriffs unter Berücksichtigung des Gesundheitszustands des Patienten die ambulante Durchführung der Operation nach den Regeln der ärztlichen Kunst mit den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten erlauben. Zugleich muss sich der Arzt vergewissern und dafür Sorge tragen, dass der Patient nach Entlassung aus der unmittelbaren Betreuung des operierenden Arztes auch im häuslichen Bereich sowohl ärztlich als ggf. auch pflegerisch angemessen versorgt wird. Die Entscheidung ist zu dokumentieren.

Ergänzende Protokollnotiz

Der Zugang zur ambulanten Leistungserbringung durch das Krankenhaus ist jedoch nicht von der Vorlage eines Überweisungsscheines abhängig.

§ 3

Katalog ambulant durchführbarer Operationen und stationärer Eingriffe

- (1) In der Anlage 1 sind abschließend die Leistungen vereinbart, die ambulante Operationen oder stationärer Eingriffe im Sinne des § 115b SGB V darstellen und unter dem Begriff der „Eingriffe gemäß § 115b SGB V“ subsumiert werden. Der Katalog beinhaltet die einschlägigen Zuschlagsziffern sowie ambulanten Anästhesien mit den entsprechenden Zuschlägen.
- (2) Leistungen, die in der Regel ambulant erbracht werden sollen, sind gesondert gekennzeichnet. Bei Vorliegen bzw. Erfüllung der Kriterien der allgemeinen Tatbestände gemäß § 3 Abs. 3 kann jedoch eine stationäre Durchführung dieser Eingriffe erforderlich sein.
- (3) Anlage 2 enthält die allgemeinen Tatbestände, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung der in der Regel ambulant durchzuführenden Leistungen erforderlich sein kann.

Ergänzende Protokollnotiz

Die allgemeinen Tatbestände sind eine Mindestbasis zu § 17c KHG/§ 275 SGB V.

§ 4

Präoperative Leistungen

- (1) Zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen stellt der überweisende Arzt dem den Eingriff nach § 115b SGB V durchführenden Arzt im Zusammenhang mit dem vorgesehenen Eingriff gemäß § 115b SGB V bedeutsamen Unterlagen zur Verfügung. Der Operateur/Anästhesist hat diese Unterlagen bei seinen Entscheidungen mitzuverwerten. Werden bereits durchgeführte Untersuchungen nochmals veranlasst, sind diese in medizinisch begründeten Fällen von den Kostenträgern zu vergüten. Diese sind bei der Abrechnung zu kennzeichnen.
- (2) Erfolgt eine vollstationäre Behandlung, so sind die diagnostischen Maßnahmen, die der Vorbereitung dieser stationären Behandlung dienen und innerhalb der Fristen gemäß § 115a Abs. 2 SGB V erbracht werden, nicht als Eingriffe gemäß § 115b SGB V abzurechnen.
- (3) Der den Eingriff nach § 115b SGB V durchführende Krankenhausarzt ist berechtigt, die ggf. zusätzlich erforderlichen, auf das eigene Fachgebiet bezogenen diagnostischen Leistungen im Krankenhaus durchführen zu lassen, soweit das Krankenhaus über die hierfür erforderlichen Einrichtungen verfügt. Diese Leistungen sind mit den Krankenkassen nach Maßgabe des § 7 abzurechnen.
- (4) Handelt es sich um notwendige fachgebietsbezogene Leistungen, die vom Krankenhaus nicht erbracht werden können, hat der Krankenhausarzt den Patienten an einen niedergelassenen Vertragsarzt dieses Fachgebietes, einen ermächtigten Krankenhausarzt, eine ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung oder eine zugelassene Einrichtung zu überweisen.
- (5) Soweit es sich um notwendige, nicht fachgebietsbezogene Leistungen handelt, hat der Krankenhausarzt den Patienten an einen niedergelassenen Vertragsarzt dieses Fachgebietes, einen ermächtigten Krankenhausarzt, eine ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung oder eine zugelassene Einrichtung zu überweisen.

§ 5

Intraoperative Leistungen

In Verbindung mit einem ambulanten Eingriff nach § 115b SGB V können intraoperative Leistungen erbracht oder veranlasst werden, die in einem unmittelbaren zeitlichen und medizinischen Zusammenhang mit dem Eingriff stehen (insbesondere Laboruntersuchungen, Leistungen der Histologie oder der Pathologie).

§ 6

Postoperative Leistungen

Postoperative Leistungen, die erforderlich sind, um den Behandlungserfolg des im Krankenhaus durchgeführten Eingriffs nach § 115b SGB V zu sichern bzw. zu festigen, sind auch von fachlich verantwortlichen Krankenhausärzten durchzuführen. Die Behandlungsdauer soll 14 Tage nicht überschreiten, ohne dass es einer erneuten Überweisung bedarf.

§ 7

Vergütung

- (1) Die im Katalog nach § 3 aufgeführten Leistungen und die nach den §§ 4, 5 und 6 erbrachten Leistungen werden auf der Grundlage des EBM und ggf. des BMÄ und der E-GO nach den für die Versicherten geltenden vertragsärztlichen Vergütungssätzen vergütet.
- (2) Wird ein Patient an demselben Tag in unmittelbarem Zusammenhang mit dem ambulanten Eingriff eines Krankenhauses stationär aufgenommen, erfolgt die Vergütung nach Maßgabe der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes.

- (3) Krankenhäuser sind bei Vergütung ambulanter Leistungen wie niedergelassene Fachärzte der entsprechenden Fachrichtung einzustufen. Dies gilt insbesondere auch für die separate Abrechenbarkeit anästhesiologischer Leistungen/Narkosen, sofern im Krankenhaus bei Eingriffen gemäß § 115b SGB V sowohl ein Operateur als auch ein Anästhesist des Krankenhauses beteiligt sind oder die Leistung nach § 115b SGB V durch einen belegärztlich tätigen Vertragsarzt erfolgt und das Krankenhaus nur die Anästhesieleistung erbringt.

§ 8

Unterrichtung des Vertragsarztes

Nach Durchführung des Eingriffs nach § 115b SGB V ist dem Versicherten eine für den weiterbehandelnden Vertragsarzt bestimmte Kurzinformation mitzugeben, aus der die Diagnose, Therapieangaben, angezeigte Rehabilitationsmaßnahmen sowie die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hervorgeht.

§ 9

Arzneimittel, Verbandmittel, Hilfsmittel, Verbrauchsmaterialien

- (1) Die für die Durchführung der Eingriffe gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus einschließlich der für die erforderlichen Vor- bzw. Nachuntersuchungen benötigten Arzneimittel, Verbandmittel, Hilfsmittel und Verbrauchsmaterialien entsprechend der zutreffenden Sprechstundenbedarfsvereinbarung werden vom Krankenhaus zur Verfügung gestellt. Für die Versorgung mit Arzneimitteln gilt § 14 Abs. 4 S. 2 des Apothekengesetzes. Die Abrechnung der aufgeführten Mittel und Materialien erfolgt zwischen dem Krankenhaus und den Krankenkassen. Die Einzelheiten der Abrechnung werden in einer gesonderten Vereinbarung zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der Krankenkassen geregelt.
- (2) Ambulant operierten Patienten werden erforderliche Arzneimittel, Verbandmittel und Hilfsmittel vom Krankenhaus mitgegeben. Dabei soll die mitgegebene Menge so bemessen sein, dass die Versorgung des Patienten in der Regel für den Zeitraum von bis zu 3 Tagen nach Durchführung des Eingriffs nach § 115b SGB V gesichert ist. Der Krankenhausarzt ist nicht berechtigt, die aufgeführten Mittel auf Kassenrezepten zu verordnen.

§ 10

Arbeitsunfähigkeit/Häusliche Krankenpflege

- (1) Ist der Patient bedingt durch den im Krankenhaus ambulant durchgeführten Eingriff arbeitsunfähig, kann Arbeitsunfähigkeit vom Krankenhausarzt in der Regel bis zu 5 Tagen bescheinigt werden.
- (2) Die Verordnung häuslicher Krankenpflege durch den Krankenhausarzt ist bis zu einer Dauer von drei Tagen möglich, sofern sie in Zusammenhang der Sicherstellung des Behandlungserfolges im häuslichen Umfeld des Patienten erfolgt (Sicherungspflege). Die entsprechenden Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von „häuslicher Krankenpflege“ sind zu beachten. Folgeverordnungen sind durch den nachbehandelnden Vertragsarzt vorzunehmen.

§ 11

Transport des Patienten

Ist ein Krankentransport zu Lasten einer Krankenkasse nach Durchführung eines Eingriffs nach § 115b SGB V notwendig, ist er von dem Krankenhausarzt unter Beachtung der Krankentransport-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen anzuordnen.

§ 12

Datenschutz und ärztliche Schweigepflicht

Die datenschutzrechtlichen Vorschriften und die ärztliche Schweigepflicht sind zu beachten.

§ 13

Vordrucke

Soweit Vordrucke erforderlich sind, werden die für die vertragsärztliche Versorgung vereinbarten Formulare verwendet. Sie werden den Krankenhäusern von den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung gestellt.

§ 14

Facharztstandard

Eingriffe nach § 115b SGB V werden nach dem jeweiligen Facharztstandard erbracht. Danach sind die Eingriffe gemäß § 115b SGB V nur von Fachärzten, unter Assistenz von Fachärzten oder unter deren unmittelbarer Aufsicht und Weisung mit der Möglichkeit des unverzüglichen Eingreifens zu erbringen.

§ 15

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen

Die Vertragspartner haben eine gesonderte Vereinbarung mit Maßnahmen der Qualitätssicherung getroffen. Diese sind im Rahmen der Durchführung der Eingriffe gemäß § 115b SGB V zu beachten.

§ 16

Maßnahmen zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit

Die Vertragspartner werden Maßnahmen zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit bei Eingriffen gemäß § 115b SGB V in einer gesonderten Vereinbarung treffen.

§ 17

Beteiligung der Deutschen Krankenhausgesellschaft

Soweit über die Bewertung der im Katalog nach § 3 aufgeführten Leistungen zu beraten ist, nehmen Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft an Sitzungen des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses teil.

§ 18

Abrechnungsverfahren

Die Leistungen und Nebenleistungen werden dem Krankenhaus von der für die Patienten zuständigen Krankenkasse vergütet, sofern zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und Deutschen Krankenhausgesellschaft nicht abweichende Abrechnungsverfahren vereinbart werden.

§ 19

Datenübermittlung

- (1) Die zugelassenen Krankenhäuser haben den Krankenkassen die Daten nach § 301 SGB V zu übermitteln, soweit dies für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen erforderlich ist.
- (2) Die von den Krankenhäusern abgerechneten Eingriffe gemäß § 115b SGB V werden durch die Krankenkassen in ihrer Leistungsfrequenz erfasst und vierteljährlich von den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den Verbänden der Ersatzkassen den Landeskrankenhausgesellschaften und Kassenärztlichen Vereinigungen gemeldet. Die Kassenärztlichen Vereinigungen geben den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den Verbänden der Ersatzkassen und der Landeskrankenhausgesellschaft vierteljährlich einen Bericht über die Leistungsfrequenz der Eingriffe gemäß § 115b SGB V in der vertragsärztlichen Versorgung ab. Die Partner dieses Vertrages schließen zu vorgenanntem Sachverhalt eine gesonderte Vereinbarung ab.

§ 20

Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems

- (1) Auf den Abrechnungsunterlagen der Krankenhäuser und der Vertragsärzte sind die den Eingriffen gemäß § 115b SGB V zugrundeliegenden Operationenschlüssel nach § 301 SGB V (OPS 301) sowie der jeweils zu verwendende Diagnoseschlüssel (ICD) in der jeweils gültigen Fassung anzugeben. Bis zum 31. Dezember 2004 erfolgt die Angabe des Operationenschlüssels freiwillig. Ab dem 1. Januar 2005 ist die Angabe des Operationenschlüssels und des Diagnoseschlüssels zwingende Voraussetzung für die Leistungsabrechnung der Eingriffe gemäß § 115b SGB V gegenüber den Krankenkassen bzw. der Kassenärztlichen Vereinigung.
- (2) Die Vertragspartner vereinbaren, bis zum 30. Juni 2004 eine Zuordnung der relevanten Operationenschlüssel (OPS 301) im Katalog der Eingriffe gemäß § 115b SGB V vorzunehmen.
- (3) Die Vertragspartner beabsichtigen, bis zum 1. Januar 2005 die Umstellung der Abrechnungspositionen für die Eingriffe gemäß § 115b SGB V auf ein pauschaliertes Entgeltsystem vorzunehmen.

§ 21

Geltung des Vertrages

- (1) Der Vertrag tritt am 1. Januar 2004 in Kraft. Er kann mit einer Frist von einem Jahr jeweils zum 30.6. oder 31.12. eines jeden Jahres durch einen der drei Vertragspartner durch eingeschriebenen Brief gekündigt werden.
- (2) Die Partner erklären ihre Bereitschaft, innerhalb von 3 Monaten nach erfolgter Kündigung an der Verabschiedung eines Anschlussvertrages mitzuwirken.

Anlage 1 zur Vertrag nach § 115b SGB V:

Katalog

Erläuterung: Mit einem Sternchen (*) sind solche Leistungen gekennzeichnet, die gemäß § 115b Abs. 1 Satz 2 SGB V in der Regel ambulant durchgeführt werden können. Bei Vorliegen der allgemeinen Tatbestände kann jedoch eine stationäre Durchführung der gekennzeichneten Eingriffe erforderlich sein.

GO- Nummer		Unspez. Zuschläge	Anäs- thesie	Kategorien	Kommentare ²
B VI.	Ambulante Operationen				
80	Besonderer personeller und sachlicher Aufwand bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen	X			
81	Besonderer personeller und sachlicher Aufwand bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen	X			
82	Besonderer personeller und sachlicher Aufwand bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen	X			
83	Besonderer personeller und sachlicher Aufwand bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen	X			
84	Besonderer personeller und sachlicher Aufwand bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen	X			
85	Besonderer personeller und sachlicher Aufwand bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen	X			
86	Besonderer personeller und sachlicher Aufwand bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen	X			
87	Besonderer personeller und sachlicher Aufwand bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen	X			
90	Zuschlag für die ambulante Durchführung von Anästhesien/Narkosen nach Nr. 462	X			
110	Transabdominale Blutentnahme aus der Nabelschnur unter Ultraschallsicht, ggf. einschl. der Leistung nach Nr. 112			*	
111	Zuschlag zur Leistung nach Nr. 110 bei ambulanter Durchführung	X			
112	Fruchtwasserentnahme durch Amniozentese unter Ultraschall			*	
113	Zuschlag zur Leistung nach Nr. 112 bei ambulanter Durchführung	X			
121	Transzervikale Gewinnung von Chorionzottergewebe oder transabdominale Gewinnung von Plazentagewebe, unter Ultraschallsicht			*	
122	Zuschlag zur Leistung nach Nr. 121 bei ambulanter Durchführung	X			
182	Infiltrationsanästhesie zur Durchführung der Sterilisation beim Mann		X		
183	Sterilisation des Mannes mittels operativen Eingriffs an den Samenleitern			*	

GO-Nummer		Unspez. Zuschläge	Anästhesie	Kategorien	Kommentare ²
184	Zuschlag zur Leistung nach Nr. 183 bei ambulanter Durchführung	X			
185	Kombinationsnarkose mit Maske, Larynxmaske oder endotrachealer Intubation zur Durchführung der Leistung nach Nr. 187, einschl. Anlegen eines i.v.-Zuganges, kontinuierlichem EKG-Monitoring und kontinuierlicher Pulsoxymetrie, ggf. einschl. Infusion(en), Capnometrie und/oder Multigasmesung, gesteuerter Blutdrucksenkung und Legen einer Magensonde		X		
186	Zuschlag zur Leistung nach Nr. 185 bei ambulanter Durchführung	X			
187	Sterilisation der Frau mittels operativen Eingriffs an den Eileitern, als selbständige Leistung				
188	Zuschlag zur Leistung nach Nr. 187 für die erforderliche Vor- und Nachsorge, einschl. der Bereitstellung von Operationseinrichtungen, bei ambulanter Durchführung	X			
189	Dokumentierte Überwachung über mindestens 15 Minuten Dauer im Anschluss an die Leistung nach Nr. 185 bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen, einschl. Zwischen- und Abschlussuntersuchungen		X		
193	Kombinationsnarkose mit Maske, Larynxmaske oder endotrachealer Intubation zur Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs, einschl. Anlegen eines i.v.-Zuganges, kontinuierlichem EKG-Monitoring und kontinuierlicher Pulsoxymetrie, ggf. einschl. Infusion(en), Capnometrie und/oder Multigasmesung, gesteuerter Blutdrucksenkung und Legen einer Magensonde		X		
194	Zuschlag zur Leistung nach Nr. 193 bei ambulanter Durchführung	X			
195	Operative Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs unter medizinischer oder kriminologischer Indikation bis zur 13. Schwangerschaftswoche p. c. bzw. bis zur 14. kompletten Schwangerschaftswoche p. m., ggf. mit Erweiterung des Gebärmutterhalskanals, einschl. Überprüfung der Indikation			*	
197	Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs unter medizinischer Indikation ab der 13. Schwangerschaftswoche p. c. bzw. ab der 14. kompletten Schwangerschaftswoche p. m., ggf. mit Erweiterung des Gebärmutterhalskanals und/oder intrazervikaler oder vaginaler Prostaglandinapplikation, einschl. Überprüfung der Indikation			*	
198	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nr. 195 oder 197 bei ambulanter Durchführung	X			
199	Dokumentierte Überwachung über mindestens 15 Minuten Dauer im Anschluss an die Leistung nach Nr. 193 bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen, einschl. Zwischen- und Abschlussuntersuchungen		X		
D II.	Anästhesien/Narkosen bei operativen Eingriffen				
452	Leitungsanästhesie eines Nerven oder Ganglions an der Schädelbasis (nicht Nn. occipitales oder aurikulares), Nerv oder Ganglion ist anzugeben, oder retrobulbäre Anästhesie		X		

GO-Nummer	Unspez. Zuschläge	Anästhesie	Kategorien	Kommentare ²
461	Intravenöse, intramuskuläre und/oder rektale Narkose, einschl. Anlegen eines i. v.-Zuganges, kontinuierlichem EKG-Monitoring und kontinuierlicher Pulsoxymetrie, ggf. einschl. Infusion(en) nach Nr. 273, gesteuerter Blutdrucksenkung, Legen einer Magensonde	X		
462	Plexusanästhesie (Plexus zervikalis, brachialis, axillaris, lumbalis, lumbosakralis) oder Spinal- oder Periduralanästhesie (auch kaudal), einzeitig oder mittels Katheter, ggf. einschl. Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums oder intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität einschl. Anlegen einer Bluteleere oder Kombinationsnarkose mit Maske, Larynxmaske oder endotrachealer Intubation, einschl. Anlegen eines i.v.-Zugangs, kontinuierlichem EKG-Monitoring und kontinuierlicher Pulsoxymetrie, ggf. einschl. Infusion(en) nach Nr. 273, gesteuerter Blutdrucksenkung, Legen einer Magensonde, Capnometrie und/oder Multigasmessung, bis zu 30 Minuten Dauer	X		
463	Fortsetzung einer Anästhesie/Narkose nach Nr. 462, je vollendete weitere 15 Minuten	X		
464	Zuschlag zur Leistung nach Nr. 462 für eine Plexus-, Spinal- oder Periduralanalgesie mittels Katheter zur postoperativen Analgesie nach operativen Eingriffen in Kombinationsnarkose, einschl. dokumentierter Überwachung, Zwischen- und Abschlussuntersuchungen	X		
490	Dokumentierte Überwachung über mindestens 15 Minuten Dauer im Anschluss an die Leistungen nach den Nrn. 462 und ggf. 463, bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen, einschl. Zwischen- und Abschlussuntersuchungen	X		
496	Kontinuierliche Überwachung der Vitalfunktionen durch den Arzt für Anästhesiologie, ggf. einschl. EKG-Monitoring, während eines diagnostischen und/oder therapeutischen Eingriffs eines anderen Arztes, einschl. Bereitstellung der Ausrüstung zur Behandlung von Zwischenfällen, je vollendete 15 Minuten	X		
F IV.	Gastroenterologie			
730	Einführen einer Magenverweilsonde zur enteralen Ernährung		*	
735 ¹	Bougierung der Speiseröhre, je Sitzung, und/oder Dehnung des unteren Ösophagus sphinkters (Kardiasprengung), je Sitzung		* / -	
738 ¹	Einsetzen einer Ösophagusprothese, einschl. Ösophagoskopie		* / -	
741	Gastroskopie und/oder partielle Duodenoskopie, ggf. einschl. Ösophagoskopie, Probeexzision und/oder Urease-Nachweis (einschl. Kosten)		*	Als Zusatzleistung in Verbindung mit weiteren Maßnahmen nach den Nrn: 750, 751 oder 752
750	Endoskopische Sondierung der Papilla Vateri mit Einbringung von Kontrastmittel, ggf. einschl. Entnahme von Sekret und/oder Probeexzision			

GO-Nummer	Unspez. Zuschläge	Anästhesie	Kategorien	Kommentare ²
751	Papillotomie, ggf. einschl. Zertrümmerung und/oder Extraktion von Steinen und/oder Legen einer Verweilsonde, zusätzlich zur Leistung nach Nr. 750			
752	Platzierung einer Drainage in den Gallen- oder Pankreasgang oder Entfernung, zusätzlich zur Leistung nach Nr. 750			
760 ¹	Partielle Koloskopie mit flexiblem Instrument, einschl. Patientenaufklärung zur Koloskopie und zur Prämedikation, mindestens 24 Stunden vor dem Eingriff, Aufklärung zum Vorgehen und zu einer möglichen Polypenabtragung und anderer therapeutischer Maßnahmen in derselben Sitzung, Information zu Ablauf und Dauer der Darmreinigung, Aushändigung aller Substanzen zur Darmreinigung, Laboruntersuchungen zur Überprüfung des Gerinnungsstatus, Foto-/Videodokumentation, Nachbeobachtung und -betreuung, Einhaltung der Maßnahmen der Überprüfung der Hygienequalität und Vorhaltung der geeigneten Notfallausrüstung, gemäß der Qualitätssicherungs-Vereinbarung zur Koloskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, ggf. einschl. Probeexzision(en), ggf. einschl. Lagekontrolle durch ein bildgebendes Verfahren, ggf. einschl. Sedierung			* / -
764 ¹	Totale Koloskopie, einschl. des Zökums, einschl. Patientenaufklärung zur Koloskopie und zur Prämedikation, mindestens 24 Stunden vor dem Eingriff, Aufklärung zum Vorgehen und zu einer möglichen Polypenabtragung und anderer therapeutischer Maßnahmen in derselben Sitzung, Information zu Ablauf und Dauer der Darmreinigung, Aushändigung aller Substanzen zur Darmreinigung, Laboruntersuchungen zur Überprüfung des Gerinnungsstatus, Foto/Videodokumentation, Nachbeobachtung und -betreuung, Einhaltung der Maßnahmen der Überprüfung der Hygienequalität und Vorbehaltung der geeigneten Notfallsausrüstung, gemäß der Qualitätsvereinbarungen zur kurativen Koloskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, ggf. einschl. Probeexzision(en) ggf. einschl. Lagekontrolle durch ein bildgebendes Verfahren, ggf. einschl. Sedierung			* / -
765 ¹	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 740, 741 und 755 bis 764 für die vollständige Abtragung eines oder mehrerer Polypen und/oder Schlingenbiopsie(n) mittels Hochfrequenzelektroschlinge			* / -
J	Gynäkologie und Geburtshilfe			
1041	Entfernung von Nachgeburt oder Nachgeburtsresten durch inneren Eingriff und/oder Beendigung einer Fehlgeburt durch inneren Eingriff			
1043	Naht eines oder mehrerer Zervixrisse, ggf. einschl. der Leistung nach Nr. 1042			
1060	Ausräumung einer Blasenmole oder einer missed abortion			
1084	Temperaturgesteuerte Thermokoagulation oder Kryokoagulation der Portio und/oder kryochirurgischer Eingriff im Bereich der Vagina und/oder der Vulva			*
1085	Elektrokonisation der Portio			*
1086	Messerkonisation der Portio, einschl. Versorgung des Wundgrundes			*

GO-Nummer	Unspez. Zuschläge	Anästhesie	Kategorien	Kommentare ²
1104	Abrasio der Gebärmutterhöhle und des Gebärmutterhalskanals, ggf. einschl. Entfernung von Polypen oder Fremdkörpern, ggf. einschl. Aufbereitung des Gewebematerials zur histologischen Untersuchung		*	
1111	Hysteroskopie, einschl. hysteroskopisch durchgeführter intrauteriner Eingriffe		*	
1129	Plastische Operation am Gebärmutterhals			Ausgenommen größerer Eingriffe, die stationär erbracht werden
1130	Cerclage bei Zervixinsuffizienz		*	
1141	Exstirpation oder Marsupialisation von Vaginalzysten oder Bartholini-Zysten		*	
1185	Zuschlag zu der Leistung nach der Nr. 1186 bei ambulanter Durchführung		*	
1186	Ultraschallgezielte und/oder laparoskopische Eizellentnahme gemäß Nr. 12.6 der Richtlinien zu künstlichen Befruchtung im Zusammenhang mit Nr. 10.3, 10.4 und 10.5, ggf. einschl. Zusammenführung von Ei- und Spermienzellen, mikroskopischer Beurteilung der Reifestadien der Eizellen (bei Maßnahmen nach Nr. 10.4), ggf. einschl. intratubarer Transfer bei Maßnahmen nach Nr. 10.4, einmal im Zyklusfall.		*	
1188	In-vitro-Fertilisation (IVF) mit anschließendem Embryo-Transfer (ET), ggf. als Zygotentransfer und/oder als intratubaner Embryo-Transfer (EIFT) gemäß 10.3 der Richtlinien zur künstlichen Befruchtung, einschl. aller zur Durchführung erforderlichen Leistungen im Zyklusfall außer den Maßnahmen nach 12.1, 12.2 und 12.6, einschl. der Kosten für Nährmedien und Transferkatheter, einmal im Zyklusfall.		*	
1190	Maßnahmen zur In-vitro-Fertilisation (IVF) entsprechend der Leistung nach der Nr. 1188 bis zum Ausbleiben der Zellteilung, einmal im Zyklusfall.		*	
1192	Maßnahmen zur In-vitro-Fertilisation (IVF) entsprechend der Leistung nach Nr. 1188 bis frühestens zwei Tage vor der geplanten Follikelpunktion, vom 1. Zyklustag bis zum Tag des Abbruchs, einmal im Zyklusfall.		*	
1194	In-vitro-Fertilisation (IVF) mit anschließendem Embryo-Transfer (ET), einschl. intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI), ggf. als Zygotentransfer und/oder als intratubarer Embryo-Transfer (EIFT) gemäß 10.5 der Richtlinien zur künstlichen Befruchtung, einschl. aller zur Durchführung erforderlichen Leistungen im Zyklusfall außer den Maßnahmen nach 12.1, 12.2 und 12.6, einschl. der Kosten für Nährmedien und Transferkatheter, einmal im Zyklusfall.		*	

GO-Nummer	Unspez. Zuschläge	Anästhesie	Kategorien	Kommentare ²
K	Augenheilkunde			
1250	Photodynamische Therapie(n) mit Verteporfin bei altersabhängiger feuchter Makuladegeneration mit subfoveolärer überwiegend klassischer chorioidaler Neovaskularisation gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V, einschl. Funduskopie, Spaltlampenmikroskopie der vorderen und hinteren Augenabschnitte, Fluoreszenzangiographie(n), Aufklärung des Patienten, Vorbereitung und Applikation von Verteporfin, Berechnung und Einstellung des Areals, Laserbeleuchtung, Nachbetreuung, Lichtschutzmaßnahmen, ggf. einschließlich tonometrischer Untersuchung(en), nachfolgender fluoreszenzangiographischer Untersuchung(en) bei akuter Visusverschlechterung, einschließlich Sachkosten mit Ausnahme von Verteporfin, einmal im Behandlungsfall.			*
1282	Entfernung einer Bindehaut- oder Lidgeschwulst			*
1283	Entfernung einer Geschwulst, von Fremdkörpern oder von Silikon- oder Silastikplomben aus der Augenhöhle			
1292	Operation der Augenhöhlen- oder Tränensackphlegmone			
1300	Tränensackexstirpation oder Exstirpation oder Verödung der Tränendrüse			
1302	Plastische Korrektur der verengten oder erweiterten Lidspalte, des Epikanthus, des Ektropiums, des Entropiums oder von Wimpernfehlstellungen, als selbständige Leistung		* (einseitig)	Ausgenommen beidseitiger Eingriffe, die nicht in der Regel ambulant erbracht werden
1303	Kanthotomie, einschl. plastischer Rekonstruktion des äußeren Lidwinkels, als selbständige Leistung			
1305	Operation der Lidsenkung (Ptosis)			*
1306	Operation der Lidsenkung (Ptosis) mit direkter Lidheberverkürzung und/oder Augenlidplastik mittels Hautlappenverschiebung aus der Umgebung			
1330	Verlängerung, Verkürzung oder Verlagerung eines geraden Augenmuskels			
1331	Zuschlag zur Leistung nach Nr. 1330 oder 1332 bei zusätzlicher Verlängerung, Verkürzung oder Verlagerung jedes weiteren Augenmuskels an demselben Auge			
1332	Verlängerung, Verkürzung oder Verlagerung eines schrägen Augenmuskels oder Veränderung der Abrollstrecke eines Augenmuskels durch retroäquatoriale Myopexie			
1345	Eröffnung, Spülung und/oder Wiederherstellung der vorderen Augenkammer, als selbständige Leistung			*
1348	Diszission der Linse oder Diszission oder Ausschneidung des Nachstars oder der Linsenkapsel, ggf. mittels Laser-Verfahren, oder Nachstarentfernung mittels Saug-Spül-Verfahren, als selbständige Leistung			*
1350	Staroperation, ggf. mit Iridektomie			
1351	Operation des grauen Stars mit Implantation einer intraokularen Linse			

GO-Nummer	Unspez. Zuschläge	Anästhesie	Kategorien	Kommentare ²
1352	Extrakapsuläre Operation des grauen Stars mittels gesteuertem Saug-Spülverfahren, ggf. einschl. Iridektomie, ggf. mit Implantation einer intraokularen Linse			
1353	Phakoemulsifikation, ggf. einschl. Iridektomie, ggf. mit Implantation einer intraokularen Linse		*	
1355	Implantation einer intraokularen Linse, als selbständige Leistung		*	
1356	Operative Extraktion oder operative Reposition einer intraokularen Linse, als selbständige Leistung			
1357	Hintere Sklerotomie, als selbständige Leistung			
1358	Zyklodiathermie-Operation oder Kryo-Zyklothermie-Operation			
1359	Operative Regulierung des Augeninnendrucks (Zyklodialyse, Iridektomie, Lasertrabekuloplastik), als selbständige Leistung			
1361	Fistelbildende Operation bei Glaukom und/oder Goniotrepation, Goniotomie, Trabekulotomie oder Trabekulektomie bei Glaukom			
1364	Licht- bzw. Laser-Koagulation(en) der Netzhaut und/oder der Aderhaut			
1365	Licht- bzw. Laser-Koagulation(en) der Netzhaut und/oder der Aderhaut, jede weitere Sitzung im Behandlungsfall an demselben Auge			
1366	Behandlung einer vaskulären Netzhauterkrankung mittels Diathermie- oder Kryokoagulation			
1370	Entfernung von Glaskörpergewebe aus der vorderen Augenkammer mittels apparativem Vitrektomieverfahren, als selbständige Leistung			
1371	Glaskörperstrangdurchtrennung und/oder Entfernung von Glaskörpergewebe (pars-plana-Vitrektomie), als selbständige Leistung			
1375	Hornhauttransplantation, einschl. Trepation der Spenderhornhaut			
L I.	Nase, Nasennebenhöhlen			
1412	Operativer Eingriff in der Nase (z. B. Entfernung von bis zu zwei Nasenpolypen, anderen Neubildungen einer Nasenseite, Muschelkappung, Muschelfrakturierung, Muschelquetschung, Muschelkaustik, Synechielösung und/oder Probeexzision), als selbständige Leistung		*	Ausgenommen Eingriffe an den Nasenmuscheln, die nicht in der Regel ambulant erbracht werden
1414	Operativer Eingriff zur Entfernung festsitzender Fremdkörper aus der Nase und/oder teilweise oder vollständige Abtragung einer Nasenmuschel und/oder submuköse Resektion an der Nasenscheidewand und/oder operative Entfernung von mehr als zwei Nasenpolypen und/oder anderen Neubildungen		*	Ausgenommen Eingriffe an der Nasenmuschel, submuköse Resektion an der Nasenscheidewand und anderen Neubildungen, die nicht in der Regel ambulant erbracht werden
1422	Submuköse Resektion an der Nasenscheidewand mit Resektion der ausgedehnten knöchernen Leiste, als selbständige Leistung			

GO-Nummer	Unspez. Zuschläge	Anästhesie	Kategorien	Kommentare ²
1425	Plastische Korrektur am Nasenseptum und an den Weichteilen zur funktionellen Wiederherstellung der Nasenatmung, ggf. in mehreren Sitzungen, ggf. einschl. der Leistungen nach den Nrn. 1412, 1414, 1422 und 1430			
1426	Plastische Korrektur am Nasenseptum, an den Weichteilen und am knöchernen Nasengerüst zur funktionellen Wiederherstellung der Nasenatmung, ggf. in mehreren Sitzungen, ggf. einschl. der Leistungen nach den Nrn. 1412, 1414, 1422 und 1430			
1427	Plastische Operation zum Verschluss einer Nasenscheidewandperforation		*	
1430	Operative Verschmälerung des Nasensteges			
1431	Operative Korrektur eines Nasenflügels		*	
1435	Tränensackoperation vom Naseninnern aus		*	
1451	Fensterung einer Kieferhöhle, ggf. einschl. Absaugung, als selbständige Leistung		*	
1452	Vollständige oder teilweise Ausräumung einer Kieferhöhle von der Nase aus, ggf. einschl. der Leistung nach Nr. 1451			
1454	Operativer Verschluss einer retroaurikulären Öffnung oder einer Kieferhöhlenfistel, als selbständige Leistung		*	
1456	Anbohrung einer Stirnhöhle von außen		*	
1457	Operative Eröffnung einer Stirnhöhle und ggf. der Siebbeinzellen vom Naseninnern aus			Ausgenommen Eingriffe an den Siebbeinzellen, die stationär erbracht werden
L II.	Mundhöhle, Rachen, Kehlkopf			
1471	Eröffnung eines Zungenabszesses		*	
1472 ¹	Keilexzision aus der Zunge, als selbständige Leistung		* / -	
1480	Eröffnung oder Wiedereröffnung eines peritonsillären Abszesses			
1482	Eröffnung oder Wiedereröffnung eines retrotonsillären Abszesses			
1485	Adenotomie (Entfernung der Rachenmandel)		*	
1492	Operative Entfernung von Speichelstein(en)		*	
1515 ¹	Fremdkörperentfernung aus dem Kehlkopf, ggf. einschl. der Leistungen nach den Nrn. 1500 oder 1506		/ -	
1516	Galvanokaustik oder Kürettament im Kehlkopf		*	
1517	Probeexzision aus dem Kehlkopf, ggf. einschl. der Leistungen nach den Nrn. 1500 und 1506			
1518	Entfernung von Polypen oder anderen Neubildungen aus dem Kehlkopf, ggf. einschl. der Leistung nach Nr. 1500 oder 1506			
1520	Mikrochirurgische Entfernung von Polypen oder anderen Neubildungen aus dem Kehlkopf, einschl. der Leistung nach Nr. 1506, ggf. einschl. der Leistung nach Nr. 1500			

GO-Nummer		Unspez. Zuschläge	Anästhesie	Kategorien	Kommentare ²
L III.	Ohr, Gleichgewichts- und Gehörorgan, Stimme und Sprache				
1543	Entfernung eines festsitzenden Fremdkörpers aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle, als selbständige Leistung			*	
1545	Spaltung von Furunkeln im äußeren Gehörgang oder Kaustik im Gehörgang und/oder in der Paukenhöhle			*	
1548	Entfernung eines oder mehrerer Polypen aus dem Gehörgang und/oder der Paukenhöhle, ggf. in mehreren Sitzungen			*	
1549	Operative Beseitigung einer Stenose und/oder von Exostosen im knöchernen Teil des Gehörganges, als selbständige Leistung			*	
1555	Entfernung von Granulationen vom Trommelfell und/oder aus der Paukenhöhle, als selbständige Leistung			*	
1556	Inzision des Trommelfelles (Parazentese), als selbständige Leistung			*	
1557	Anlage einer Paukenhöhlendrainage (Inzision des Trommelfells mit Entleerung der Paukenhöhle und Einlegen eines Verweilröhrchens), als selbständige Leistung			*	
1565	Eröffnung der Paukenhöhle durch temporäre Trommelfellaufklappung, als selbständige Leistung			*	
1566	Myringoplastik vom Gehörgang aus			*	
1567	Zuschlag für die plastische Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand im Zusammenhang mit anderen Operationen			*	
1576	Tympanoplastik mit Interposition, als selbständige Leistung				
1577	Tympanoplastik mit Interposition und Aufbau der Gehörknöchelchenkette				
1580	Operative Korrektur eines abstehenden Ohres, z. B. durch Ohrmuschelanlegeplastik mit Knorpelrezision und/oder operative Korrektur der Ohrmuschelform und/oder der Ohrmuschelgröße			*	
M	Urologie				
1703	Fremdkörperentfernung aus der männlichen Harnröhre unter urethroskopischer Sicht			*	
1713	Endoskopische Untersuchung der Harnröhre mit operativem Eingriff (z. B. Papillomkoagulation)			*	
1716	Innere Harnröhrenschlitzung unter Sicht			*	
1730	Plastische Versorgung einer Meatusstriktur			*	
1741	Plastische Operation der Vorhaut und/oder des Frenulums			*	
1755	Unterbindung eines Samenleiters, ggf. mit Teilresektion, als selbständige Leistung			*	
1759	Varikozelenoperation (Skrotalschnitt)			*	
1761	Operation einer Hydro- und/oder Spermatozele, als selbständige Leistung				

GO-Nummer		Unspez. Zuschläge	Anästhesie	Kategorien	Kommentare ²
1765	Entfernung eines Hodens, ggf. einschl. des Nebenhodens				
1766	Entfernung eines Nebenhodens, als selbständige Leistung				
1767	Operative Freilegung eines Hodens (z. B. bei Hodentorsion), ggf. mit Gewebeentnahme, als selbständige Leistung				
1768 ¹	Operation eines Leistenhodens			* /-	
1784	Zystoskopie, ggf. einschl. Urethroskopie und/oder Probeexzision(en), ggf. einschl. Schlitzung des Harnleiterostiums, bei der Frau				Ausgenommen rein diagnostische Zystoskopien (ggf. einschl. Probeexzision) ohne weitere Maßnahmen, die in der Regel ambulant erbracht werden
1785	Zystoskopie, ggf. einschl. Urethroskopie und/oder Probeexzision(en), ggf. einschl. Schlitzung des Harnleiterostiums, beim Mann				Ausgenommen rein diagnostische Zystoskopien (ggf. einschl. Probeexzision) ohne weitere Maßnahmen, die in der Regel ambulant erbracht werden
1787	Einlegen, Wechsel oder Entfernung einer Ureterverweilschiene, zusätzlich zu den Leistungen nach den Nrn. 1784 oder 1785			*	
1795	Perkutane Anlage einer Harnblasenfistel, einschl. Spülung, Katheterfixation und Verband			*	
1820	Perkutane Anlage einer Nierenfistel, ggf. einschl. Spülung, Katheterfixation und Verband				
N I.	Wundversorgung				
2012	Entfernung eines tiefsitzenden Fremdkörpers auf operativem Wege aus Weichteilen und/oder Knochen				
N II.	Chirurgie der Körperoberfläche				
2104	Exzision eines oder mehrerer Lymphknoten aus derselben Entnahmestelle			*	
2105	Exzision von tiefliegendem Körpergewebe (z. B. Fettgewebe, Faszie, Muskulatur) oder Probeexzision aus tiefliegendem Körpergewebe oder aus einem Organ ohne Eröffnung einer Körperhöhle (z. B. Zunge)			*	
2106	Exzision einer großen Geschwulst oder eines Schleimbeutels				
2110	Diagnostische Exstirpation eines tastbaren Mammatumors oder Entfernung einer submyofaszialen Geschwulst				
2111	Diagnostische Exstirpation eines in bildgebenden Verfahren auffälligen, nicht als Tumor tastbaren Brustgewebestücks				
2133	Operativer Austausch einer Mammaprothese, als selbständige Leistung				

GO-Nummer	Unspez. Zuschläge	Anästhesie	Kategorien	Kommentare ²
2135	Operative Entnahme einer Mamille und interimistische Implantation an anderer Körperstelle oder Replantation einer verpflanzten Mamille			
2137	Rekonstruktion einer Mamille aus körpereigenem Gewebe			
2145	Eröffnung eines tiefliegenden Abszesses oder Exzision eines Karbunkels			
2151	Verschiebeplastik zur Deckung eines Hautdefektes		*	Ausgenommen Eingriffe bei großen Defekten, die nicht in der Regel ambulant erbracht werden
2152	Haut- oder Schleimhauttransplantation oder plastische Deckung eines kleinen Hautdefektes mittels Überpflanzung von Epidermisstücken, einschl. Versorgung der Entnahmestelle		*	
2155	Haut- oder Schleimhauttransplantation oder plastische Deckung eines großen Hautdefektes mittels Überpflanzung von Epidermisstücken, einschl. Versorgung der Entnahmestelle, oder Exzision und plastische Deckung einer großen, kontrakten und funktionsbehindernden Narbe bzw. entstellenden Gesichtsnarbe, ggf. in mehreren Sitzungen			Ausgenommen Eingriffe im Gesicht, in den Beugenarealen, in der Genital- und Perianalregion, die vorrangig stationär erbracht werden
2162	Implantation eines Haut-Expanders oder alloplastischen Materials zur Weichteilunterfütterung, als selbständige Leistung, oder Implantation eines subkutanen, auffüllbaren Medikamentenreservoirs bzw. einer Medikamentenpumpe			Ausgenommen der Implantation eines Hautexpanders zur Deckung von weitreichenden Hautdefekten (z.B. nach Tumorexzision), die vorrangig stationär erbracht wird
2164	Regionäre Lappenplastik zur rekonstruktiven Deckung von Hautdefekten im Gesichtsbereich			Ausgenommen Eingriffe an ausgedehnten Defekten nach Tumorexzision, die vorrangig stationär erbracht werden
2165	Anlage eines Rundstiellappens oder interimistische Implantation eines Rundstiellappens (Zwischentransport)			Ausgenommen Eingriffe an ausgedehnten Defekten nach Tumorexzision, die vorrangig stationär erbracht werden
2167	Implantation eines Rundstiellappens, einschl. Modellierung am Ort			Ausgenommen Eingriffe an ausgedehnten Defekten nach Tumorexzision, die vorrangig stationär erbracht werden
2170	Vollständige oder teilweise operative Entfernung eines Naevus flammeus, je Behandlungstag		*	
N III.	Extremitätenchirurgie			
2211	Eröffnung eines ossalen oder Sehnenscheidenpanaritiums, einschl. örtlicher Drainage			
2213	Abtragung ausgedehnter Nekrosen im Hand- oder Fußbereich, je Sitzung, als selbständige Leistung			

GO-Nummer		Unspez. Zuschläge	Anästhesie	Kategorien	Kommentare ²
2220	Operation eines Ganglions an einem Hand-, Fuß- oder Fingergelenk, eines Tumors der Finger- oder Zehenweichteile (z.B. Hämangiom) oder Sehnenscheidenstenosenoperation, ggf. einschl. Probeexzision oder Operation der Tendosynovitis im Bereich eines Handgelenks oder der Anularsegmente eines Fingers, als selbständige Leistung			*	
2222	Operative Beseitigung einer Schnürfurche an einem Finger mittels Z-Plastik			*	
2227	Sehnenscheidenradikaloperation (Tendosynovektomie), ggf. mit Entfernung von vorspringenden Knochenteilen und Sehnenverlagerung				
2230	Abtragung einer häutigen Verbindung zwischen Fingern oder Zehen			*	
2231	Operation einer von einem Finger- oder Zehengelenk ausgehenden Doppelbildung, einschl. Seitenbandrekonstruktion, ggf. einschl. der Leistung nach Nr. 2230				
2235	Operation der Syndaktylie mit Vollhautdeckung, ggf. einschl. Osteotomie				
2236	Operation einer Hand- oder Fußmißbildung an Knochen, Sehnen und Bänder				
2240	Muskel- und/oder Fasziennaht, ggf. einschl. Versorgung einer frischen Wunde, als selbständige Leistung			*	
2245	Präparation und Naht einer Strecksehne, ggf. einschl. Versorgung einer frischen Wunde			*	
2246	Präparation und Naht einer Beugesehne, ggf. einschl. Versorgung einer frischen Wunde				
2250	Präparation und Durchtrennung einer Sehne oder eines Muskels, als selbständige Leistung			*	
2251	Raffung, Verkürzung, Verlängerung oder plastische Ausschneidung einer Sehne, einer Faszie oder eines Muskels oder operative Lösung von Verwachsungen um eine Sehne, als selbständige Leistung				
2256	Operative Lösung von Verwachsungen um mehrere Sehnen oder Verpflanzung einer Sehne oder eines Muskels, als selbständige Leistung				
2261	Stellungskorrektur der Hammerzehe mit Sehnenverpflanzung und/oder plastischer Sehnenoperation, ggf. einschl. Osteotomie und/oder Resektion eines Knochenteils, ggf. einschl. temporärer Kirschner-Drahtarthrodese, ggf. einschl. Entfernung eines Clavus und/oder plastischer Deckung eines Hautdefektes			*	
2265	Operative Herstellung eines Sehnenbettes, einschl. einer alloplastischen Einlage an der Hand oder am Fuß				
2266	Freie Sehnentransplantation, als selbständige Leistung				Ausgenommen Eingriffe an Beugesehnen und großen Sehnen, die stationär erbracht werden
2270	Operation der Dupuytren'schen Kontraktur mit partieller Entfernung der Palmaraponeurose oder Operation der Plantaraponeurose (M. Ledderhose)			*	

GO-Nummer	Unspez. Zuschläge	Anästhesie	Kategorien	Kommentare ²
2271	Operation der Dupuytren'schen Kontraktur mit partieller Entfernung der Palmaraponeurose und Entfernung von Strangbildungen an einem Finger, ggf. einschl. Arthrolysen und/oder Lösung von Gefäßnervenbündeln			
2273	Operation der Dupuytren'schen Kontraktur mit vollständiger Entfernung der Palmaraponeurose und/oder Entfernung von Strangbildungen an mehr als einem Finger, ggf. einschl. Arthrolysen und/oder Lösung von Gefäßnervenbündeln			
2274	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 2271 oder 2273 bei Operation eines Rezidivs			
2275	Operation des Karpal- oder Tarsaltunnelsyndroms mit Dekompression von Nerven oder Spaltung der Loge de Gyon, ggf. einschl. Neurolyse und/oder Tendosynovektomie und/oder Entfernung benigner Neubildungen		*	
2276	Operation eines peripheren Nervenengpaßsyndroms (z. B. Supinatorlogen-Syndrom) - mit Ausnahme der in der Leistung nach Nr. 2275 enthaltenen Engpaßsyndrome - ggf. einschl. Neurolyse und/oder Tendosynovektomie und/oder Entfernung benigner Neubildungen		*	
2280	Amputation oder Exartikulation eines Fingers oder einer Zehe oder Amputation eines Finger- oder Zehengliedteils, einschl. plastischer Deckung			
N IV.	Knochenchirurgie			
2300	Einrichtung der gebrochenen knöchernen Nase, ggf. einschl. Tamponade und Wundverband			
2310	Einrichtung gebrochener Fingerendglied- oder Zehenknochen oder Einrichtung eines gebrochenen Fingergrundglied-, Fingermitteglied- oder Großzehenknochens		*	
2315	Einrichtung eines gebrochenen Handwurzel-, Mittelhand-, Fußwurzel- oder Mittelfußknochens			
2320	Einrichtung eines gebrochenen Oberarm- oder Oberschenkelknochens oder des gebrochenen Beckens			Ausgenommen Eingriffe am Becken, die stationär erbracht werden
2321	Einrichtung eines gebrochenen Unterarm- oder Unterschenkelknochen, je Seite			
2340	Stabilisierung einer Fraktur mittels perkutaner Drahtfixation			
2341	Osteosynthese eines kleinen Röhrenknochens oder einer Rippe			
2343	Operation der Pseudarthrose des Kahnbeins, der Handwurzel oder Arthrodese zwischen zwei Handwurzelknochen, ggf. einschl. Implantation von autologem Material			
2345	Osteosynthese des Radius, der Ulna, der Fibula oder eines großen Röhrenknochens			Einschließlich Eingriffe bei Innenknöchelfrakturen jedoch exklusive Eingriffe an großen Röhrenknochen, die stationär erbracht werden

GO-Nummer	Unspez. Zuschläge	Anästhesie	Kategorien	Kommentare ²
2351	Osteotomie eines kleinen Röhrenknochens mit Osteosynthese oder Anbringen eines Distraktors oder jede weitere Sitzung zur Verlängerung eines großen Röhrenknochens im Anschluß an die Leistung nach Nr. 2350			
2352	Osteotomie und/oder vollständige oder teilweise Resektion eines kleinen Knochens oder mehrerer benachbarter kleiner Knochen, mit Osteosynthese			
2361	Entfernung von Stellschrauben, tastbaren Einzelschrauben oder von Kirschnerdrähten aus einem Knochen nach Aufsuchen durch Schnitt oder Entfernung eines Fixateur extern		*	
2362	Entfernung von Osteosynthesematerial (z. B. Platten) aus einem kleinen Knochen		*	
2363	Entfernung von Osteosynthesematerial (z. B. Platten) aus einem großen Knochen			Ausgenommen Eingriffe am Becken, Oberschenkel, Oberarmknochen, die stationär erbracht werden
2365	Entnahme von Knorpel- oder Knochenmaterial zur freien Verpflanzung			
2366	Implantation von Knorpel, Knochen oder alloplastischem Material			
2370 ¹	Nekrotomie oder Operation einer Exostose oder einer Knochenzyste, an kleinen Knochen, als selbständige Leistung		* / -	
2375	Resektion eines kleinen Knochens und ggf. eines benachbarten Gelenkanteils, ggf. einschl. Implantation von autologem Material			
2376	Operativer Ersatz eines Handwurzelknochens durch Implantat		*	
2381	Exostosen-Abmeißelung bei Hallux valgus, einschl. Sehnenverpflanzung, ggf. einschl. Bursektomie, ggf. einschl. plastischem Hautverschluß			
2382	Operation des Hallux valgus mit Gelenkkopfresektion und anschließender Gelenkplastik und/oder Mittelfußosteotomie, ggf. einschl. der Leistungen nach den Nrn. 2370 oder 2381			
N V.	Gelenkchirurgie			
2400	Einrenkung der Luxation eines Finger- oder Zehengelenks		*	
2401	Einrenkung der Luxation des Unterkiefers, eines Daumengelenks, eines eingeklemmten Meniskus, der Subluxation eines Radiusköpfchens (Chassaignac) oder der Luxation eines Sternoklavikulargelenks oder einer Kniescheibe		*	
2402	Einrenkung der Luxation eines Hand- oder Fußgelenks			
2405	Einrenkung der Luxation eines Ellenbogen-, Schulter- oder Kniegelenks			Ausgenommen Eingriffe am Kniegelenk bei Erwachsenen, die stationärerbracht werden
2410	Operative Einrenkung der Luxation eines Finger-, Daumen- oder Zehengelenks		*	

GO-Nummer		Unspez. Zuschläge	Anästhesie	Kategorien	Kommentare ²
2411	Operative Einrenkung der Luxation eines Hand-, Fuß- oder Kiefergelenks				
2420	Primäre Naht oder Reinsertion eines Bandes und/oder Naht der Gelenkkapsel eines Finger- oder Zehengelenks			*	
2421	Primäre Naht des Bandapparates, eines Bandes und/oder der Gelenkkapsel bzw. Reinsertion eines Bandes eines Daumen-, Kiefer-, Hand- oder Sprunggelenks				
2425	Bandplastik eines Finger- oder Zehengelenks, als selbständige Leistung			*	
2426	Bandplastik des Sprunggelenks und/oder der Syndesmose				
2430	Operation eines Meniskus				
2435	Operative Entfernung freier Gelenkkörper oder von Fremdkörpern aus einem Kiefer-, Finger-, Hand-, Zehen- oder Fußgelenk			*	Ausgenommen Eingriffe an Kiefer und Fußgelenk, die nicht in der Regel ambulant erbracht werden
2436	Operative Entfernung freier Gelenkkörper oder von Fremdkörpern aus einem Schulter-, Ellenbogen- oder Kniegelenk und/oder Glättung der Gelenkflächen, als selbständige Leistung				
2440	Synovektomie in einem Finger- oder Zehengelenk, als selbständige Leistung			*	
2441	Synovektomie in einem Hand- oder Fußgelenk, als selbständige Leistung			*	
2442	Synovektomie in einem Schulter-, Ellenbogen- oder Kniegelenk, als selbständige Leistung				
2445	Diagnostische arthroskopische Operation, ggf. einschl. Entnahme von Gewebeproben aus Weichteilen, Knorpel oder Knochen und/oder Plica-(Teil-)Resektion, Entfernung von Synovialzotten, (Teil-)Resektion des Hoffa'schen Fettkörpers, Knorpelglättung und/oder Herausspülen freier Gelenkkörper, einschl. Kosten				Ausgenommen diagnostische Arthroskopie ggf. mit PE, die in der Regel ambulant erbracht wird
2447	Resezierende arthroskopische Operation und/oder arthroskopische Kapsel-Band-Spaltung und/oder arthroskopisch-instrumentelle Entfernung freier Gelenkkörper und/oder (sub-)totale Synovektomie, einschl. Kosten				
2449	Rekonstruktive arthroskopische Operation, einschl. Kosten (z. B. Bandrekonstruktion, Meniskusnaht)				
2455	Eröffnung eines Finger- oder Zehengelenks, ggf. einschl. Drainage, als selbständige Leistung			*	
2456	Eröffnung eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks, ggf. einschl. Drainage, als selbständige Leistung				
2460	Mobilisierung eines kontrakten Kiefer-, Schulter-, Ellenbogen-, Hüft- oder Kniegelenks in Narkose oder Regionalanästhesie, als selbständige Leistung				
2465	Denervation eines Finger- oder Zehengelenks, als selbständige Leistung			*	
2466	Einkerbung der Sehnenplatte bei der Epikondylitis radialis oder ulnaris (OP nach Hohmann)			*	

GO-Nummer	Unspez. Zuschläge	Anästhesie	Kategorien	Kommentare ²
2467	Operation der Epikondylitis radialis oder ulnaris mit partieller Denervierung des Ellenbogengelenks einschl. der Leistung nach Nr. 2466, ggf. einschl. partieller Synovektomie, ggf. einschl. Arthrotomie und Naht der Gelenkkapsel		*	Exklusive partieller Synovektomie, ggf. Arthrotomie und Naht der Gelenkkapsel, die nicht in der Regel ambulant erbracht werden
2470	Drahtstiftung zur Fixierung eines kleinen Gelenks (Finger-, Zehengelenk)		*	
2471	Drahtstiftung zur Fixierung von mehreren kleinen Gelenken oder Drahtstiftung an der Daumenbasis, an der Mittelhand oder am Mittelfuß		*	
2475	Operative Versteifung eines Finger- oder Zehengelenks		*	
2480	Arthroplastik eines Finger- oder Zehengelenks		*	
2481	Arthroplastik eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks			Ausgenommen Eingriffe am Kiefer- und Fußgelenk, die stationär erbracht werden
2485	Resektion eines Finger- oder Zehengelenks, als selbständige Leistung		*	
2490	Operativer Einbau eines künstlichen Finger- oder Zehengelenks oder einer Fingerprothese			
N VI.	Hals- und Abdominalchirurgie			
2620	Operation eines Leisten- oder Schenkelbruches, ggf. einschl. Faszien Doppelung oder plastischer Maßnahmen zum Verschluss der Bruchpforte			
2621	Operation eines Nabel- oder Mittellinienbruches			
2622	Operation eines Nabel- oder Mittellinienbruches mit Muskel- und/oder Faszienschiebeplastik			
2630	Diagnostische Peritonealspülung (Peritoneal-Lavage), als selbständige Leistung		*	
2634	Laparoskopie/Pelviskopie, ggf. einschl. Probeexzision und/oder Probepunktion und/oder Adhäsio lyse		*	
2721	Anus praeter-Bougierung, je Sitzung		*	
2730	Vollständige Exzision eines Pilonidalsinus, ggf. einschl. Steißbeinresektion nach Nr. 2385			
2740 ¹	Blutige Erweiterung des Mastdarmschließmuskels (Sphinkterotomie), als selbständige Leistung		*/-	
2741	Operation einer Analfissur, ggf. einschl. Sphinkterotomie, ggf. einschl. Exzision		*	
2745	Operation einer submukösen perianalen Fistel			
2750	Exzision von Hämorrhoidalknoten, segmentär nach Milligan-Morgan			
2751	Exzision von Hämorrhoidalknoten, submukös nach Parks			

GO-Nummer		Unspez. Zuschläge	Anästhesie	Kategorien	Kommentare ²
N VII.	Thorax- und Gefäßchirurgie				
2815	Schrittmacher-Erstimplantation, einschl. Elektrodenplatzierung, oder Elektrodenwechsel bei implantiertem Schrittmacher-Aggregat				
2816	Wechsel des Schrittmacher-Aggregates				
2817	Zuschlag zur Leistung nach Nr. 2815 für das Einbringen einer zweiten Elektrode bei Zweikammerschrittmachern				
2821	Implantation eines permanenten Zuganges (Port) zu einem Gefäß oder Implantation eines intrathekalen Katheters, ggf. zusätzlich zur Leistung nach Nr. 2162				
2842	Rekonstruktive Operation an einer Finger- oder Zehenarterie, mikrochirurgisch				
2850	Anlage eines arterio-venösen Shunts zur Hämodialyse			*	
2851	Anlage eines arterio-venösen Shunts zur Hämodialyse, mit freiem Transplantat			*	
2852	Beseitigung eines arterio-venösen Shunts			*	
2860	Exstirpation oder subfasziale Ligatur von Seitenastvarizen oder insuffizienten Perforansvenen, als selbständige Leistung, je Sitzung			*	
2861	Crossektomie und/oder Exstirpation der Vena saphena parva, ggf. einschl. Exstirpation oder subfaszialer Ligatur von Seitenastvarizen oder insuffizienten Perforansvenen			*	
2862	Crossektomie und/oder Exstirpation der Vena saphena magna, ggf. einschl. der Vena saphena parva, ggf. einschl. Exstirpation oder subfaszialer Ligatur von Seitenastvarizen oder insuffizienten Perforansvenen				
N VIII.	Neurochirurgie				
2919	Passagere Implantation von Reizelektroden zur Stimulation des Rückenmarks, ggf. einschl. Durchleuchtung (BV/TV), ggf. einschl. Teststimulationen			*	
2920	Dauerimplantation von Reizelektroden zur Stimulation des Rückenmarks, ggf. einschl. Durchleuchtung (BV/TV), ggf. einschl. Implantation eines Empfangsgerätes, ggf. einschl. Teststimulationen			*	
2930	Freilegung und Durchtrennung oder Exhairese eines Nerven, als selbständige Leistung			*	
2935	Neurolyse, als selbständige Leistung			*	
2936	Neurolyse mit Nervenverlagerung und Neueinbettung, als selbständige Leistung				
2945	End-zu-End-Naht eines Nerven im Zusammenhang mit einer frischen Verletzung, einschl. Wundversorgung			*	
2946	Sekundärnaht eines peripheren Nerven durch epineurale Naht			*	
2947	Interfaszikuläre mikrochirurgische Nervennaht			*	
2948	Interfaszikuläre mikrochirurgische Nervennaht mit Defektüberbrückung durch Transplantat				

GO-Nummer	Unspez. Zuschläge	Anästhesie	Kategorien	Kommentare ²
2960	Denervation der kleinen Wirbelgelenke (z. B. Facetten-denervation), je Bewegungssegment		*	
N IX. Mund- Kiefer- und Gesichtschirurgie				
3010	Freilegung und/oder Entfernung eines retinierten oder verlagerten oder tief zerstörten Zahnes		*	
3011	Freilegung und/oder Entfernung eines retinierten oder verlagerten oder tief zerstörten Zahnes durch Osteotomie		*	
3012	Entfernung eines vollständig impaktierten Zahnes durch umfangreiche Osteotomie oder Entnahme-Osteotomie zur Zahntransplantation		*	
3013	Osteotomie zur Entfernung tiefliegender Fremdkörper oder Sequester aus dem Kiefer		*	
3015	Transplantation eines Zahnes, einschl. operativer Schaffung des Knochenbettes		*	
3020	Resektion einer Wurzelspitze an einem Frontzahn		*	
3021	Resektion einer Wurzelspitze an einem Seitenzahn		*	
3030	Exstirpation von Kieferzysten durch Präparation von der Alveole aus			
3031	Operation einer Kieferzyste durch Zystostomie		*	
3035	Operation einer Kieferzyste durch Zystektomie		*	
3038	Operativer Verschuß mittels Periostschlitzung und Zahnfleischverschiebeplastik einer durch Zahnentfernung eröffneten Kieferhöhle		*	
3040	Lippen- oder Zungenbandplastik oder Gingivoplastik im Bereich von bis zu vier Zähnen		*	
3042	Gingivoplastik im Bereich von mehr als vier Zähnen einer Kieferhälfte		*	
3045	Operative Entfernung eines Schlotterkammes oder Lappenfibroms		*	
3046	Partielle Vestibulumplastik, je Kieferhälfte oder Muskelverlagerung zur Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit der Gesichtsmuskulatur		*	
3050	Knochenresektion am Alveolarfortsatz zur Formung des Prothesenlagers im Frontzahnbereich oder in einer Kieferhälfte		*	
3070	Reimplantation eines Zahnes		*	
3072	Allmähliche Reposition des einmal gebrochenen Ober- oder Unterkiefers oder eines schwer einstellbaren oder verkeilten Bruchstücks des Alveolarfortsatzes			
3083	Einrichtung und Fixation eines gebrochenen Kiefers außerhalb der Zahnreihen durch intraorale Schiene oder Stützapparat			
3091	Operatives Anlegen einer Schiene bei Erkrankungen oder Verletzungen des Ober- oder Unterkiefers oder Anlegen eines extraoralen Extensions- oder Retentionsverbandes			

GO-Nummer	Unspez. Zuschläge	Anästhesie	Kategorien	Kommentare ²
3092	Operatives Anlegen einer Schiene am gebrochenen Ober- oder Unterkiefer			
3095	Wiederanbringung einer gelösten Apparatur oder Änderungen an derselben oder teilweise Erneuerung von Schienen oder Stützapparaten oder Entfernung einer Schiene		*	
3096	Operative Entfernung von Osteosynthesematerial aus einem Kiefer- oder Gesichtsknochen einer Kieferhälfte		*	
N X.	Orthopädisch-chirurgische konservative Leistungen			
3205	Modellierende Stellungskorrektur einer schweren Hand- oder Fußverbildung		*	
3206	Jede weitere Stellungsänderung im Verlauf der Behandlung nach Nr. 3205		*	
3207	Stellungskorrektur der angeborenen Luxation eines Hüftgelenks			
3208	Jede weitere Stellungsänderung im Verlauf der Behandlung nach Nr. 3207		*	
3220	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für eine Hand oder für einen Fuß, mit oder ohne Positiv		*	
3221	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für einen Unterarm mit Hand, für einen Unterschenkel mit Fuß, für einen Ober- oder Unterarm, für einen Unterschenkel- oder Oberschenkelstumpf (mit Tubersitzausarbeitung)		*	
3225	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für den ganzen Arm, ggf. mit Schulter, oder für das ganze Bein		*	
3226	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für das Bein mit Becken		*	
3230	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für den Rumpf		*	
3231	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für Rumpf und Kopf oder Rumpf und Arm oder Rumpf, Kopf und Arm		*	
3240	Gemeinsame Besprechung(en) mit dem Orthopädiemechaniker und dem Patienten zur Erstellung des Konstruktionsplanes für ein großes orthopädisches Hilfsmittel (z. B. Kunstglied)		*	
3245	Praktische Schulung im Gebrauch von Kunstgliedern, Fremdkraftprothesen oder großen orthopädischen Hilfsmitteln, ggf. einschl. Unterweisung der Betreuungsperson, je Sitzung		*	
Q I.	Strahlendiagnostik			
5100	Serienangiographie, einschl. aller Begleitleistungen, Kontrastmitteleinbringung(en) und Dokumentation, einmal im Behandlungsfall			
5101	Zuschlag zur Leistung nach Nr. 5100 bei selektiver Darstellung hirnversorgender Gefäße, einschl. Kontrastmitteleinbringung(en)			

5102	Zuschlag zur Leistung nach Nr. 5100 bei selektiver Darstellung anderer als in Nr. 5101 genannter Gefäße, einschl. Kontrastmitteleinbringung(en)	
5103	Zuschlag zur Leistung nach Nr. 5100 bei Durchführung einer interventionellen Maßnahme (PTA, Stent, Embolisation, Atherektomie, Rotationsablatio, Lyse), einschl. Kontrastmitteleinbringung(en)	
5120	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie, einschl. aller Begleitleistungen, ggf. einschl. Gerinnungsuntersuchungen (z. B. aktivierte Gerinnungszeit), Kontrastmitteleinbringung(en), selektiver Darstellung auch bei Patienten mit einem oder mehreren Bypässen und/oder bei Patienten mit Herzvitium, Angiokardiographie, Vorbereitung und Nachbetreuung, einmal im Behandlungsfall	
5122	Zuschlag zur Leistung nach Nr. 5120 bei Durchführung einer interventionellen Maßnahme (z. B. PTCA, Stent)	
5140	Phlebographie und/oder Lymphographie der Extremität(en), einschl. regionaler Abflußgebiete, einschl. Kontrastmitteleinbringung(en)	*
5142	Zuschlag zur Leistung nach Nr. 5140 für die computer-gestützte Analyse	*
5145	Embolisations- bzw. Sklerosierungsbehandlung von Varikozelen, einschl. aller Begleitleistungen, einschl. Kontrastdarstellung	

- 1) In Fällen mit 2 Kategorien ist in eine Einstufung für Kinder und Erwachsene zu unterscheiden. Die zuerst aufgeführte Kategorie bezieht sich ausschließlich auf Erwachsene, die nachfolgend genannte auf Kinder. Die Kennzeichnung [-] bedeutet in diesem Falle, dass die Leistung bei Kindern zumeist nicht ambulant durchgeführt wird.
- 2) Aufgrund der enormen Heterogenität der Leistungsbeschreibung zahlreicher EBM-Ziffern wurde eine ergänzende Kommentierung einzelner Ziffern unumgänglich. Die Kommentare sollen Klarheit darüber verschaffen, welche Aspekte aus der EBM-Ziffer möglicher Weise gar nicht ambulant oder nicht in der Regel ambulant erbracht werden können.

Anlage 2 zum Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V: **Allgemeine Tatbestände**

- (1) Bei den gemäß § 115b Abs. 1 Satz 2 SGB V zu bestimmenden allgemeinen Tatbeständen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann, wird nach allgemeinen individuellen Tatbeständen und morbiditäts-/diagnosebedingten allgemeinen Tatbeständen unterschieden.
- (2) Nachfolgend werden allgemeine individuelle Tatbestände bzw. Kriterien definiert, die eine stationäre Durchführung der vereinbarten in der Regel ambulant durchführbaren Operationen und sonstigen stationsersetzenden Eingriffe erforderlich machen können. Dabei ist das Vorliegen bereits eines der nachfolgenden Tatbestände bzw. Kriterien als hinreichende Begründung für eine stationäre Durchführung anzusehen.

Als allgemeine individuelle Tatbestände sind die fehlende Sicherstellung der Versorgung des Patienten im familiären bzw. häuslichen Umfeld oder die pflegerische Nachbetreuung anzusehen. Diese sozialen Faktoren, die eine ambulante Versorgung postoperativ gefährden können sind:

- a) fehlende Kommunikationsmöglichkeit des Patienten im Fall von postoperativen Komplikationen und/oder
 - b) fehlende sachgerechte Versorgung im Haushalt des Patienten.
- (3) Neben den unter Abs. 2 genannten allgemeinen individuellen Tatbeständen, welche eine stationäre Durchführung von in der Regel ambulant durchführbaren Operationen und Eingriffen erforderlich machen können, bestehen auch morbiditäts-/diagnosebedingte allgemeine Tatbestände. Auch hier begründet das Vorliegen eines Tatbestandes bzw. Kriteriums die entsprechende stationäre Durchführung hinreichend.

Als morbiditäts-/diagnosebedingte allgemeine Tatbestände bzw. Kriterien, welche eine stationäre Durchführung von in der Regel ambulant durchführbaren Operationen und Eingriffen erforderlich machen kann, sind beispielsweise:

- a) Klinisch relevante Begleiterkrankungen, z.B. aufgrund:
 - Gerinnungsstörungen
 - Koronarsyndrom
 - Herzinsuffizienz (III/IV Grades)
 - Anamnestisch maligne Hyperthermie
 - (relevante) Lungenfunktionsstörung
 - sonstige überwachungspflichtige Behandlung
- b) Besondere postoperative Risiken, z.B. aufgrund von postoperativer Überwachungspflichtigkeit von mehr als 8 Stunden nach Beendigung des Eingriffs (z.B. kritischer endokriner oder metabolischer Status)
- c) Schwere der Erkrankung, z.B.
 - Bewusstlosigkeit
 - Verwirrtheitszustand
 - Akute Lähmung
 - Akuter Sehverlust
 - Akuter Hörverlust
 - Akute Blutung
- d) Erhöhter Behandlungsaufwand, z.B.
 - Kontinuierliche intravenöse Medikation/Infusion
 - Kontinuierliche intensive Überwachungsnotwendigkeit
 - Kontinuierliche assistierte oder kontrollierte Beatmung
 - Bedrohliche Infektion, anhaltendes Fieber
 - Andere akute Funktionsstörungen
 - Gegenüber dem Regelfall sehr komplexe Eingriffe

**Vereinbarung
von Qualitätssicherungsmaßnahmen
bei ambulanten Operationen
und bei sonstigen stationersetzenden Leistungen
gemäß § 15 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V**

Zwischen

1. dem AOK-Bundesverband, Bonn
dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen
dem IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach
der See-Krankenkasse, Hamburg
dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel
der Bundesknappschaft, Bochum
dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg
dem AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg

– nachfolgend GKV-Spitzenverbände genannt –

und

2. der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Düsseldorf

– nachfolgend DKG genannt –

sowie

3. der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Köln

– nachfolgend KBV genannt – .

A

Allgemeine Bestimmungen

§ 1

Inhalt

- (1) Die Vertragspartner vereinbaren gemäß der in § 15 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V getroffenen Regelung Maßnahmen zur Sicherung der Qualität für ambulante Operationen und stationsersetzende Leistungen einschließlich der notwendigen Anästhesien – nachfolgend „Eingriffe gemäß § 115b SGB V“ genannt. Die Vereinbarung gilt für die Erbringung von Eingriffen nach § 115b SGB V sowohl im Krankenhaus als auch in der vertragsärztlichen Praxis. Die Qualitätssicherungs-Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 und nach § 137 Abs. 1 SGB V sind zu berücksichtigen. Die Pflicht zur Erfüllung gesetzlicher Bestimmungen bleibt unberührt.
- (2) Die in die Qualitätssicherung einbezogenen Leistungen ergeben sich aus dem Katalog der Eingriffe gemäß § 115b Abs. 1 Nr. 1 SGB V. Dieser Katalog definiert diejenigen ambulanten Operationen, stationsersetzenden Leistungen und Anästhesien, für die sämtliche Maßnahmen zur Sicherung der Strukturqualität nach dieser Vereinbarung gelten. In Anlage 1 dieser Vereinbarung werden Leistungen mit darüber hinaus fachgebietsspezifisch zu dokumentierende Daten festgelegt; sie wird regelmäßig überprüft und fortgeschrieben. Die Anlage 1 wird in der jeweils geltenden Fassung durch die Vertragspartner auf Bundesebene definiert.

§ 2

Ziele der Qualitätssicherung

Orientiert am Nutzen für den Patienten verfolgen Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Leistungen im Krankenhaus und in der vertragsärztlichen Versorgung folgende Ziele:

- Durch Erkenntnisse über Qualitätsdefizite Versorgungsbereiche systematisch zu identifizieren, für die Qualitätsverbesserungen erforderlich sind
- Unterstützung zur systematischen, kontinuierlichen und berufsgruppenübergreifenden einrichtungsinternen Qualitätssicherung (internes Qualitätsmanagement) zu geben
- Vergleichbarkeit von Behandlungsergebnissen insbesondere durch die Entwicklung von Indikatoren herzustellen
- Durch signifikante, valide und vergleichbare Erkenntnisse insbesondere zu folgenden Aspekten die Qualität der Leistung zu sichern: Indikationsstellung für die Leistungserbringung, Angemessenheit der Leistung, Erfüllung der strukturellen und sächlichen Voraussetzungen zur Erbringung der Leistungen, Ergebnisqualität

§ 3

Erklärungspflicht

- (1) Die Erbringung von Eingriffen gemäß § 115b SGB V (vgl. § 3 des Vertrages nach § 115b SGB V) ist im Krankenhaus und in der vertragsärztlichen Versorgung nur dann zulässig, wenn die in dieser Vereinbarung festgelegten Anforderungen erfüllt sind.
- (2) Ärzte, die in der vertragsärztlichen Versorgung Eingriffe gemäß § 115b SGB V erbringen wollen, haben eine Erklärung gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung abzugeben, dass sie die Anforderungen dieser Vereinbarung erfüllen.
- (3) Krankenhäuser, die Eingriffe gemäß § 115b SGB V erbringen wollen, haben zugleich mit der Mitteilung gemäß § 1 Abs. 1 des Vertrages nach § 115b SGB V eine Erklärung abzugeben, dass sie die Anforderungen dieser Vereinbarung erfüllen. Eine gleichlautende Erklärung erhält die Landeskrankenhausgesellschaft.

B

Fachliche Befähigung und Assistenz bei Eingriffen gemäß § 115b SGB V

§ 4

Fachliche Befähigung

- (1) Eingriffe gemäß § 115b SGB V sind nach dem Facharztstandard zu erbringen. Eingriffe gemäß § 115b SGB V sind nur von Fachärzten, unter Assistenz von Fachärzten oder unter deren unmittelbarer Aufsicht und Weisung mit der Möglichkeit des unverzüglichen Eingreifens zu erbringen.
- (2) Ist für bestimmte Eingriffe gemäß § 115b SGB V über das Recht zum Führen einer Facharztbezeichnung hinaus nach den jeweils gültigen Weiterbildungsordnungen der Erwerb einer Schwerpunktbezeichnung, einer Fachkunde und/oder der Abschluss einer fakultativen Weiterbildung Voraussetzung, können solche Eingriffe nur erbracht werden, wenn der erfolgreiche Abschluss dieser zusätzlichen Weiterbildung durch entsprechende Zeugnisse und/oder Bescheinigungen nachgewiesen worden ist.
- (3) Die fachliche Befähigung ist jeweils arztbezogen durch die Vorlage von Zeugnissen und Bescheinigungen zu belegen. Im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung ist dieser Nachweis gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung, im Bereich der ambulanten Leistungserbringung im Krankenhaus gegenüber dem zuständigen Krankenhausträger zu führen.

§ 5

Assistenz bei Eingriffen gemäß § 115b SGB V

- (1) Ist bei einem Eingriff gemäß § 115b SGB V ärztliche Assistenz erforderlich, hat der ambulant operierende Arzt sicherzustellen, dass der Assistent über die bei jedem individuellen Eingriff erforderliche Erfahrung und den medizinischen Kenntnisstand verfügt.
- (2) Falls keine ärztliche Assistenz bei einem Eingriff nach § 115b SGB V erforderlich ist, muss mindestens ein qualifizierter Mitarbeiter mit abgeschlossener Ausbildung in einem nichtärztlichen Heilberuf oder im Beruf als Arzthelfer als unmittelbare Assistenz bei der ambulanten Operation anwesend sein. Weiterhin muss eine Hilfskraft (mindestens in Bereitschaft) sowie, falls medizinisch erforderlich, auch für Anästhesien ein Mitarbeiter mit entsprechenden Kenntnissen anwesend sein.

C

Organisatorische, bauliche, apparativ-technische und hygienische Anforderungen, Notfälle

§ 6

Organisatorische, bauliche, apparativ-technische und hygienische Anforderungen

- (1) Unbeschadet der Verpflichtung des für den Eingriff nach § 115b SGB V verantwortlichen Arztes, in jedem Einzelfall zu prüfen, ob Art und Schwere des Eingriffs und der Gesundheitszustand des Patienten die ambulante Durchführung der Operation oder der Anästhesie nach den Regeln der ärztlichen Kunst mit den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten erlauben, müssen die organisatorischen, baulichen, apparativ-technischen und hygienischen Voraussetzungen in Abhängigkeit von Art, Anzahl und Spektrum des durchgeführten Eingriffes mindestens die Bedingungen der Absätze 2 bis 5 erfüllen. Die Pflicht zur Erfüllung gesetzlicher und berufsrechtlicher Bestimmungen bleibt davon ausdrücklich unberührt.
- (2) Allgemeine organisatorische Anforderungen
 - Ständige Erreichbarkeit des Operateurs für den Patienten
 - Dokumentation der ausführlichen und umfassenden Information des Patienten über den operativen Eingriff und die ggf. notwendige Anästhesie (alternative Möglichkeiten der Durchführung und Nachbehandlung)
 - Geregelter Informations- und Dokumentenfluss zwischen den beteiligten Ärzten
 - Sind der vorbehandelnde Arzt und der Operateur nicht identisch, muss eine Kooperation für die Weiterbehandlung gewährleistet sein

- Sind der Operateur und der nachbehandelnde Arzt nicht identisch, muss eine Kooperation für die Nachbehandlung gewährleistet sein
 - Geregelte Abfallentsorgung entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen
- (3) Bauliche Anforderungen an den Ort der Leistungserbringung
- Operationsraum
 - Personalumkleidebereich mit Waschbecken und Vorrichtung zur Durchführung der Händedesinfektion,
 - Geräte- und Vorratsraum
 - Sterilisierbereich mit Aufbereitungsbereich
 - Entsorgungs- und Putzraum,
 - ggf. Ruheraum/Aufwachraum für Patienten
 - Umkleidebereich für Patienten
- (4) Apparativ-technische Voraussetzungen
- a) Operationsraum
- Flüssigkeitsdicht verfugter Fußboden
 - Abwaschbarer dekontaminierbarer Wandbelag bis mindestens 2 Meter Höhe
 - Boden und Wände scheuerdesinfektionsfest
 - Lichtquellen zur fachgerechten Ausleuchtung des Operationsraumes und des Operationsgebietes mit Sicherung durch Stromausfallüberbrückung, auch zur Sicherung des Monitoring lebenswichtiger Funktionen oder durch netzunabhängige Stromquelle mit operationsentsprechender Lichtstärke als Notbeleuchtung
 - Entlüftungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung der eingesetzten Anästhesieverfahren und der hygienischen Anforderungen
- b) Wascheinrichtung
- Zweckentsprechende Armaturen und Sanitärkeramik zur chirurgischen Händedesinfektion
- c) Instrumentarium und Geräte
- Instrumentarium zur Reanimation und Geräte zur manuellen Beatmung, Sauerstoffversorgung und Absaugung
 - Geräte zur Infusions- und Schockbehandlung
 - OP-Tisch/-Stuhl mit fachgerechten Lagerungsmöglichkeiten
 - Fachspezifisches, operatives Instrumentarium mit ausreichenden Reserveinstrumenten
 - Ggf. Anästhesie- bzw. Narkosegerät mit Spezialinstrumentarium (kann auch vom Anästhesisten gestellt werden)
- d) Arzneimittel, Operationstextilien, Verband- und Verbrauchsmaterial
- Notfallmedikamente zu sofortigem Zugriff und Anwendung
 - Operationstextilien bzw. entsprechendes Einmal-Material, in Art und Menge so bemessen, dass ggf. ein Wechsel auch während des Eingriffs erfolgen kann
 - Infusionslösungen, Verband- und Nahtmaterial, sonstiges Verbrauchsmaterial
- (5) Hygienische Voraussetzungen
- Anwendung fachgerechter Reinigungs-, Desinfektions- und Sterilisationsverfahren
 - Dokumentationen über Infektionen nach § 23 Abs. 1 des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutz-Gesetz, IfSG)
 - Hygieneplan nach § 36 Abs. 1 IfSG
 - Sterilisator, z.B. Überdruck-Autoklav
 - Beachtung der entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen

§ 7

Notfälle in der Praxis

Die Praxis muss über einen Organisationsplan für Notfälle/Notfallplan für Zwischenfälle verfügen. Das Praxispersonal muss an regelmäßigen Fortbildungen im Notfall-Management teilnehmen. Entsprechend dem operativen Spektrum sind geeignete Reanimationsmaßnahmen vorzuhalten. Ärzte, die Eingriffe gemäß § 115b SGB V erbringen, müssen eine Notfallversorgung sicherstellen.

D

Verfahren zur Qualitätssicherung

§ 8

Bundekommission Qualitätssicherung Ambulantes Operieren

- (1) Die KBV, die DKG sowie die GKV-Spitzenverbände bilden gemeinsam ein paritätisch besetztes Gremium auf Bundesebene zur Umsetzung der gesetzlichen Aufgaben der Qualitätssicherung bei Eingriffen gemäß § 115b SGB V (Bundekommission Qualitätssicherung Ambulantes Operieren).
- (2) Der Bundeskommission Qualitätssicherung Ambulantes Operieren sollen je bis zu sieben Vertreter der Vertragspartner auf Bundesebene angehören. Die Kommission wählt aus ihrer Mitte einen ehrenamtlichen Vorsitzenden. Der Vorsitz wechselt regelmäßig nach jeweils zwei Jahren unter den Vertragspartnern. Die Bundeskommission fasst ihre Beschlüsse einvernehmlich. Die Geschäftsführung der Bundeskommission Qualitätssicherung Ambulantes Operieren erfolgt durch die beauftragte Stelle nach § 11 Abs. 1.
- (3) Zu den Aufgaben der Bundeskommission gehören insbesondere:
 - Definition von Auswahlkriterien und Auswahl der Leistungen, für die Qualitätssicherungsmaßnahmen eingeführt werden sollen
 - Definition der Ziele der Qualitätssicherungsmaßnahmen
 - Erteilung von Aufträgen an die Geschäftsführung und ggf. an andere Institutionen zur Vorbereitung der Qualitätssicherungsmaßnahmen
 - Erstellung eines Konzeptes für die Begehungen am Ort der Leistungserbringung für die Landesebene
 - Einführung von vorbereitenden Qualitätssicherungsmaßnahmen
 - Regelmäßige Bewertung auf Grund erhobener Daten, inwieweit die angestrebten Qualitätssicherungsziele mit den Maßnahmen erreicht werden konnten ('Evaluation')
 - Empfehlung über die Fortführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen
 - Einbeziehung von weiteren Sachverständigen
 - Regelung des Datenflusses innerhalb der datengestützten Qualitätssicherung
 - Herausgabe eines jährlichen Qualitätssicherungsberichtes
- (4) Die Vertragspartner auf Bundesebene können sich auf zusätzliche Aufgabenübertragungen an die Bundeskommission Qualitätssicherung Ambulantes Operieren verständigen.

§ 9

Landekommission Qualitätssicherung Ambulantes Operieren

- (1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landeskrankenhausgesellschaften und die Landesverbände der Krankenkassen gemeinsam mit den Verbänden der Ersatzkassen bilden bis zum 30. Juni 2004 ein paritätisch besetztes Gremium auf Landesebene (Landekommission Qualitätssicherung Ambulantes Operieren).
- (2) Der Landekommission Qualitätssicherung Ambulantes Operieren sollen je bis zu sieben Vertreter der Vertragspartner auf Landesebene angehören. Die Kommission wählt aus ihrer Mitte einen Vorsitzenden. Der Vorsitz wechselt regelmäßig nach jeweils zwei Jahren unter den Vertragspartnern auf Landesebene. Die Kommission richtet eine Geschäftsstelle ein. Die Landekommission soll ihre Beschlüsse einvernehmlich fassen.
- (3) Zu den Aufgaben der Landekommission gehören insbesondere:
 - Umsetzung bzw. Prüfung der Einhaltung der auf der Bundesebene vertraglich vereinbarten Qualitätssicherungsmaßnahmen
 - Organisation und/oder Durchführung von Beratungsgesprächen und ggf. Begehungen am Ort der Leistungserbringung gemäß § 10
 - Analyse der Ergebnisse der statistischen Auswertungen und deren Bewertung
 - Mitteilung der Ergebnisse an die Praxen und Krankenhäuser ggf. auch im Vergleich
 - Erstellung eines jährlichen Tätigkeitsberichtes für die Bundeskommission Qualitätssicherung Ambulantes Operieren einschließlich Angaben über Art und Zahl der Maßnahmen nach § 10 (§ 11 Abs. 4 ist zu beachten)

- (4) Können sich die Vertragspartner auf der Landesebene nicht bis zum 30. Juni 2004 über die Bildung der Landeskommision Qualitätssicherung Ambulantes Operieren einigen, entscheidet die Bundeskommision Qualitätssicherung Ambulantes Operieren, wie die Aufgaben nach Abs. 3 umgesetzt werden.

§ 10

Durchführung von Beratungsgesprächen und Begehungen am Ort der Leistungserbringung

- (1) Ergeben sich - insbesondere aufgrund der Datenauswertungen nach § 12 Abs. 5 - Anhaltspunkte für Qualitätsdefizite bei der Durchführung von Eingriffen gemäß § 115b SGB V, können die Kommissionen nach § 9 den betreffenden Arzt bzw. das betreffende Krankenhaus zu einem Beratungsgespräch auffordern. Die entsprechende Kommission teilt dem Arzt bzw. dem Krankenhaus mit, welche Unterlagen sie für das Gespräch für erforderlich hält und stimmt einen Termin ab. Sie erstellt innerhalb eines Zeitraumes von bis zu sechs Wochen nach dem Beratungsgespräch einen Bericht über das Ergebnis des Beratungsgesprächs und spricht ggf. Empfehlungen zu den als notwendig angesehenen Qualitätssicherungsmaßnahmen aus. Die Kommission kann einen Zeitraum festsetzen, bis zu dem die festgestellten Qualitätsmängel beseitigt sein müssen. Der Vertragsarzt bzw. das Krankenhaus erhalten eine Durchschrift des Berichts mit der Gelegenheit zur Stellungnahme.
- (2) Ergeben sich - insbesondere aufgrund der Datenauswertungen nach § 12 Abs. 5 - Anhaltspunkte für Qualitätsdefizite bei der Durchführung von Eingriffen gemäß § 115b SGB V, können die Kommissionen nach § 9 auch zusätzlich zu einem Beratungsgespräch nach Abs. 1 eine Begehung am Ort der Leistungserbringung durchführen und dabei insbesondere überprüfen, ob die Vorgaben nach den Abschnitten B und C dieser Vereinbarung erfüllt sind. Eine Begehung setzt eine schriftliche Einverständniserklärung des Vertragsarztes bzw. des Krankenhauses voraus. Der Termin der Begehung ist mit dem Arzt bzw. Krankenhaus abzustimmen. Bei der Begehung soll mindestens ein Arzt anwesend sein, der dieselbe Gebietsbezeichnung führt, wie der ambulant operierende Arzt bzw. der Operationsbereich im Krankenhaus, und über eine ausreichende berufliche Erfahrung verfügt. Die bei einer Begehung auftretenden Fragen sollen in kollegialem Dialog geklärt werden. Die Kommission erstellt innerhalb eines Zeitraumes von bis zu sechs Wochen nach der Begehung einen Bericht über das Ergebnis der Begehung und spricht ggf. Empfehlungen zu den als notwendig angesehenen Qualitätssicherungsmaßnahmen aus. Die Kommission kann der Kassenärztlichen Vereinigung bzw. den Landesverbänden der Krankenkassen einen Zeitraum empfehlen, bis zu dem die festgestellten Qualitätsmängel beseitigt sein müssen. Der Vertragsarzt bzw. das Krankenhaus erhalten eine Durchschrift des Berichts mit der Gelegenheit zur Stellungnahme.

§ 11

Beauftragung der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (Datengestützte Qualitätssicherung)

- (1) Die KBV, die DKG sowie die GKV-Spitzenverbände beauftragen die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS), Düsseldorf, mit der inhaltlichen Entwicklung, Durchführung und Weiterentwicklung der datengestützten Qualitätssicherung bei Eingriffen nach § 115b SGB V.
- (2) Zu den Aufgaben der BQS im Rahmen der datengestützten Qualitätssicherung Ambulantes Operieren gehören insbesondere
- die Geschäftsführung der Bundeskommision Qualitätssicherung Ambulantes Operieren
 - die inhaltliche und methodische Unterstützung und Koordination der Fachgruppenarbeit auf Bundesebene einschließlich der Rückkopplung mit der Landesebene
 - die Vorgabe von Kriterien zur Plausibilitätsprüfung und Erarbeitung von Auswertungsroutinen mit den Fachgruppen
 - die Datenentgegennahme, -aufbereitung und -auswertung
- (3) Die BQS kann unbeschadet ihrer Gesamtverantwortung mit der Erfüllung einzelner Aufgaben Dritte beauftragen. Entsprechende Verträge sind vor Vertragsabschluss der Bundeskommision Qualitätssicherung Ambulantes Operieren zur Zustimmung vorzulegen.

- (4) Die BQS gewährleistet die datenschutzrechtlich einwandfreie Durchführung der Erfassung, Speicherung, Auswertung und Weiterleitung der Daten. Sie gewährleistet außerdem, dass in der Bundeskommission Qualitätssicherung Ambulantes Operieren einzelne Krankenhäuser oder Vertragsärzte nicht identifiziert werden können, es sei denn, die geringen Fallzahlen lassen eine Auswertung auf Landesebene nicht sinnvoll erscheinen oder wenn auf Landesebene die notwendigen Strukturen nicht vorgehalten werden. In diesen Fällen muss eine Identifikation einzelner Leistungserbringer (Vertragsärzte oder Krankenhäuser) in den Fachgruppen auf Bundesebene grundsätzlich möglich sein. In der Bundeskommission Qualitätssicherung Ambulantes Operieren dürfen einzelne Leistungserbringer erst dann identifiziert werden, wenn die vereinbarten Maßnahmen gemäß § 10 nicht greifen und nach einer angemessenen Zeit keine adäquaten Ergebnisse erzielt worden sind.

§ 12

Datenfluss bei der datengestützten Qualitätssicherung

- (1) Krankenhäuser und Vertragsärzte haben unbeschadet der berufsrechtlichen Dokumentationspflichten für bestimmte Eingriffe gemäß § 115b SGB V die in Anlage 1 dargestellten Daten unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen pseudonymisiert zu erfassen, um vergleichende statistische Auswertungen zum Zweck der Qualitätssicherung ermöglichen.
- (2) Die von der Bundesebene vorgegebenen Datensätze sind von allen Vertragsärzten, die Leistungen gemäß Anlage 1 durchführen, in elektronischer Form gemäß dem bundeseinheitlich vorgegebenen Datenexportformat oder auf einem einheitlichen Datenerhebungsbogen den Kassenärztlichen Vereinigungen innerhalb einer von der Bundeskommission festgelegten Frist unverzüglich zur Verfügung zu stellen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen überprüfen die Datensätze auf Vollständigkeit und - anhand der von der Bundesebene vorgegebenen Kriterien - auf Plausibilität. Die geprüften Daten werden pseudonymisiert und dann unverzüglich an die von der Bundesebene gemäß § 11 Abs. 1 beauftragte Stelle weitergeleitet. Erfolgt dies auch nach mehrmaliger Aufforderung nicht, so greift die Regelung des § 9 Abs. 4.
- (3) Die von der Bundesebene vorgegebenen Datensätze sind von allen Krankenhäusern, die Leistungen gemäß Anlage 1 durchführen, in elektronischer Form gemäß dem bundeseinheitlich vorgegebenen Datenexportformat den Landeskrankenhausgesellschaften oder einer von der jeweiligen Landeskrankenhausgesellschaft beauftragten Stelle innerhalb einer von der Bundeskommission festgelegten Frist zur Verfügung zu stellen. Diese überprüfen die Datensätze auf Vollständigkeit und - anhand der von der Bundesebene vorgegebenen Kriterien - auf Plausibilität. Die geprüften Daten werden pseudonymisiert und dann unverzüglich an die von der Bundesebene gemäß § 11 Abs. 1 beauftragte Stelle weitergeleitet. Erfolgt dies auch nach mehrmaliger Aufforderung nicht, so greift die Regelung des § 9 Abs. 4.
- (4) Die Partner der Landesebene können vereinbaren, dass die Datenannahme, -prüfung, -pseudonymisierung und -weiterleitung nach Abs. 2 und 3 von der gemeinsamen Geschäftsstelle der Landeskommission Qualitätssicherung Ambulantes Operieren übernommen werden kann.
- (5) Die von der Bundesebene gemäß § 11 Abs. 1 beauftragte Stelle stellt der Bundeskommission Ambulantes Operieren und der Landeskommission Ambulantes Operieren die jeweiligen Daten und landesspezifische Auswertungen zur Verfügung. Für den Fall, dass keine Landeskommission Qualitätssicherung Ambulantes Operieren besteht, sind die Datenauswertungen direkt den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen, den Landeskrankenhausgesellschaften und den Landesverbänden der Krankenkassen zur Verfügung zu stellen. Die Vertragspartner auf Bundesebene können im Auftrag der Landesebenen weiterhin ein System zur Information einzelner Vertragsärzte und einzelner Krankenhäuser entwickeln.
- (6) Die Vertragspartner auf Bundesebene regeln in der Anlage 1 diejenigen Qualitätsmerkmale, die bei bestimmten Eingriffen gemäß § 115b SGB V zu erfassen sind. Solange und soweit solche Regelungen zur fachspezifischen Dokumentation nicht getroffen worden sind, können diese durch die Vertragspartner auf Landesebene bestimmt werden.

E **Besondere Maßnahmen zur Qualitätssicherung**

§ 13

Weitergehende Qualitätsanforderungen

Die Vertragspartner können in begründeten Fällen - insbesondere aufgrund der Datenauswertungen nach § 12 Abs. 5 - für ausgewählte Operationsleistungen zusätzlich zu den Anforderungen nach den Abschnitten A bis D weitergehende Qualitätsanforderungen vereinbaren. Diese weitergehenden Qualitätsanforderungen können beispielsweise in zusätzlichen Anforderungen an die fachliche Befähigung, an die ärztliche Routine (Frequenzregelungen) oder an die Indikationssicherung bestehen.

F **Finanzierung**

§ 14

Finanzierung der Qualitätssicherungsmaßnahmen

Der Aufwand für die Dokumentation gemäß § 12, für die Landeskommissionen Qualitätssicherung gemäß § 9 und für die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gemäß § 11 wird jeweils nach den Vorgaben der Finanzierungsvereinbarung der Anlage 2 gesondert vergütet.

G **Schlussvorschriften**

§ 15

Übergangsregelungen

Vertragsärzte, die bereits vor In-Kraft-Treten dieser Vereinbarung Eingriffe gemäß § 115b SGB V im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ausgeführt und abgerechnet haben, behalten die Berechtigung, wenn sie bis spätestens 6 Monate nach Inkrafttreten dieser Vereinbarung nachgewiesen haben, dass sie die Anforderungen nach dieser Vereinbarung erfüllen.

§ 16

In-Kraft-Treten/Kündigungsmöglichkeit

- (1) Diese Vereinbarung tritt zum 1. Januar 2004 in Kraft.
- (2) Hiervon abweichend tritt Abschnitt D mit der vertraglichen Vereinbarung der Anlagen 1 und 2 in Kraft.
- (3) Für die Kündigungsmöglichkeit gilt § 21 Abs.1 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V entsprechend.

Anlage 1: **Fachgebietsspezifisch zu dokumentierende Daten**

*gemäß § 1 Abs. 2 Satz 2 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen
bei ambulanten Operationen und bei sonstigen stationersetzenden Leistungen
gemäß § 15 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V
- noch festzulegen -*

Anlage 2: **Finanzierungsvereinbarung**

*gemäß § 14 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei
ambulanten Operationen und bei sonstigen stationersetzenden Leistungen
gemäß § 15 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V
- noch festzulegen -*