

# **B E S C H L U S S**

## **des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 742. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)**

### **zu anlassbezogenen Datenlieferungen zu Operationen im vertrags- ärztlichen Bereich sowie zu ambulanten und vollstationären (ein- schließlich belegärztlichen) Operationen im Krankenhaus zur Evalu- ation der Zuschlagsleistungen des Abschnitts 31.2.20 EBM**

**mit Wirkung zum 1. Oktober 2024**

---

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 706. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) einen Beschluss zu anlassbezogenen Datenlieferungen zu Operationen im vertragsärztlichen Bereich sowie zu ambulanten und vollstationären (einschließlich belegärztlichen) Operationen im Krankenhaus zur Evaluation der Zuschlagsleistungen des Abschnitts 31.2.20 EBM gefasst. Zwischenzeitlich wurde mit dem neu eingeführten § 115f SGB V die spezielle sektorengleiche Vergütung für ambulante Operationen im niedergelassenen Bereich und im Krankenhaus ab dem Quartal 1/2024 eingeführt (Hybrid-DRG). Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, die im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 706. Sitzung beschlossenen Datenlieferungen um Satzarten zu ambulanten Operationen, die über § 115f SGB V erbracht und vergütet werden, zu erweitern.

Dieser Beschluss ersetzt daher den diesbezüglichen Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 706. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung).

#### **Präambel**

Mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 620. Sitzung wurde in Teil B mit Wirkung zum 1. Januar 2023 ein neuer Abschnitt 31.2.20 „Förderung der Ambulantisierung“ in den EBM aufgenommen. Dieser Abschnitt enthält die neuen Gebührenordnungspositionen 31451 bis 31457, die Zuschläge zu den Operationsleistungen des Abschnitts 31.2 EBM von ausgewählten ambulanten Eingriffen sind. In Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 620. Sitzung wurde in einer Protokollnotiz das Institut des Bewertungsausschusses mit einer Evaluation beauftragt. Zu diesem Zweck sind anlassbezogene Datenlieferungen zu Operationen im vertragsärztlichen Bereich sowie zu ambulanten und vollstationären (einschließlich belegärztlichen) Operationen im Krankenhaus für die im Abschnitt 31.2.20 EBM aufgeführten Operationen-/Prozedurenschlüssel erforderlich. Der Bewertungsausschuss beschließt im Folgenden das Nähere zu Umfang, Inhalt, Formaten, Lieferterminen und Übermittlungswegen der erforderlichen Datenlieferungen für die Berichtszeiträume der Quartale 1/2019 bis 4/2024.

## **I. Anlassbezogene Übermittlung von Daten zu Operationen im vertragsärztlichen Bereich sowie zu ambulanten und vollstationären (einschließlich belegärztlichen) Operationen im Krankenhaus**

1. Für die Auswertung werden folgende Daten aus verschiedenen Bereichen übermittelt:
  - a. ambulante Operationen im vertragsärztlichen Bereich,
  - b. ambulante Operationen im Krankenhaus und
  - c. vollstationäre Operationen im Krankenhaus (inklusive belegärztlicher Operationen).

Gegenstand der Datenübermittlung nach Nr. 1 lit. a und Nr. 1 lit. b sind Angaben zu den Leistungen, Leistungserbringern und Patienten im Zusammenhang mit ambulanten Operationen gemäß den OPS-Kodes des Abschnitts 31.2.20 EBM. Nicht eingeschlossen in die Datenübermittlung nach Nr. 1 lit. a und Nr. 1 lit. b sind Operationen, die gemäß § 115f SGB V erbracht und vergütet werden. Gegenstand der Datenübermittlung nach Nr. 1 lit. c sind die Häufigkeiten von vollstationären (einschließlich belegärztlichen) Operationen im Krankenhaus gemäß den OPS-Kodes des Abschnitts 31.2.20 EBM. Als Berichtszeiträume sind die Quartale 1/2019 bis 4/2024 definiert. Dabei sind für die Daten nach Nr. 1 lit. a die Abrechnungsquartale (im vertragsärztlichen Bereich sind die Abrechnungsquartale gemäß Anlage 6 Bundesmantelvertrag-Ärzte mit Ausnahme möglicher darin enthaltener Nachtragsfälle dem jeweiligen Quartal der Leistungserbringung gleichzusetzen), nach Nr. 1 lit. b die Leistungsquartale und nach Nr. 1 lit. c die Entlassungsquartale maßgeblich.

Zudem werden Daten zu ambulanten Operationen, welche ab 1/2024 gemäß § 115f SGB V erbracht und vergütet werden, übermittelt:

- d. Operationen im vertragsärztlichen Bereich und
- e. Operationen im Krankenhaus.

Gegenstand der Datenübermittlung nach Nr. 1 lit. d und Nr. 1 lit. e sind die Häufigkeiten von Operationen gemäß den OPS-Kodes des Abschnitts 31.2.20 EBM. Als Berichtszeiträume sind die Quartale 1/2024 bis 4/2024 definiert. Dabei sind für die Daten nach Nr. 1 lit. d aus Abrechnungen, die gemäß dem in § 5 der Vereinbarung gemäß § 115f SGB V i.V.m. der Hybrid-DRG-Verordnung über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens für Leistungen nach der Hybrid-DRG-Verordnung aufgrund des § 115f Absatz 4 Satz 1 und 3 des SGB V (Hybrid-DRG-AV) beschriebenen Verfahren vorgenommen wurden, die Abrechnungsquartale maßgeblich; für die Daten nach Nr. 1 lit. e aus Abrechnungen, die KV-unabhängig über eine DTA-Übergangslösung nach § 295 Abs. 1b SGB V oder über Papier vorgenommen wurden, sind abweichend die Leistungsquartale maßgeblich. Für die Daten nach Nr. 1 lit. e sind die Aufnahmequartale maßgeblich.

2. Lieferung der Daten nach Nr. 1 lit. a zu ambulanten Operationen im vertragsärztlichen Bereich:
  - a. Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln für die Abrechnungsquartale nach Nr. 1 die Daten nach Nr. 1 lit. a im Rahmen einer Vollerhebung an die Kassenärztliche Bundesvereinigung.
  - b. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung führt die eingegangenen Daten zusammen und fordert bei Bedarf bei den Kassenärztlichen Vereinigungen korrigierte Daten an, die unverzüglich in Form einer Austauschlieferung an die Kassenärztliche Bundesvereinigung zu liefern sind.
  - c. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt die zusammengeführten Daten nach Nr. 1 lit. a in den Satzarten ZUSCHL\_AMB\_EBM\_VA\_OPS sowie ZUSCHL\_AMB\_EBM\_VA\_GOP für die Berichtsquartale 1/2019 bis 4/2024 bis zum 1. November 2025 an das Institut des Bewertungsausschusses.
3. Lieferung der Daten nach Nr. 1 lit. b zu ambulanten Operationen im Krankenhaus, nach Nr. 1 lit. c zu vollstationären Operationen im Krankenhaus, nach Nr. 1 lit. d und Nr. 1 lit. e zu ambulanten Operationen, welche gemäß § 115f SGB V erbracht und vergütet werden, und von Daten zu ambulanten Operationen im vertragsärztlichen Bereich zu QS-Zwecken:
  - a. Die Krankenkassen übermitteln für die Leistungsquartale nach Nr. 1 die Daten nach Nr. 1 lit. b, für die Entlassungsquartale nach Nr. 1 die Daten nach Nr. 1 lit. c, für die Abrechnungsquartale nach Nr. 1 die Daten nach Nr. 1 lit. d sowie für die Aufnahmequartale nach Nr. 1 die Daten nach Nr. 1 lit. e und die Daten zu QS-Zwecken im Rahmen einer Vollerhebung, gegebenenfalls über ihre Verbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene oder ihre Dienstleister, an den GKV-Spitzenverband.
  - b. Der GKV-Spitzenverband führt die eingegangenen Daten zusammen und fordert bei Bedarf bei den Krankenkassen korrigierte Daten an, die unverzüglich in Form einer Austauschlieferung an den GKV-Spitzenverband zu liefern sind.
  - c. Der GKV-Spitzenverband übermittelt die zusammengeführten Daten nach Nr. 1 lit. b, nach Nr. 1 lit. c und zu QS-Zwecken in den Satzarten ZUSCHL\_AMB\_EBM\_KH\_OPS, ZUSCHL\_AMB\_EBM\_KH\_GOP, ZUSCHL\_STAT\_DRG\_KH\_OPS sowie QS\_AMB\_EBM\_VA\_OPS und QS\_AMB\_EBM\_VA\_GOP für die Berichtsquartale 1/2019 bis 4/2024 wie auch die zusammengeführten Daten nach Nr. 1 lit. d und Nr. 1 lit. e für die Berichtsquartale 1/2024 bis 4/2024 in den Satzarten ZUSCHL\_AMB\_HYBRID\_VA\_OPS und ZUSCHL\_AMB\_HYBRID\_KH\_OPS bis zum 1. November 2025 an das Institut des Bewertungsausschusses.
4. Das Institut des Bewertungsausschusses erstellt Qualitätssicherungsauswertungen und stellt diese den Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses zur Verfügung.

5. Bei Bedarf übermitteln die Kassenärztliche Bundesvereinigung bzw. der GKV-Spitzenverband Korrekturlieferungen an das Institut des Bewertungsausschusses. Das Institut des Bewertungsausschusses erstellt erneut Qualitätssicherungsauswertungen und stellt diese den Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses zur Verfügung.
6. Die Datenlieferungen nach diesem Abschnitt erfolgen gemäß der in der Anlage zu diesem Beschluss definierten Datensatzbeschreibung.

## **II. Zweckbindung**

Die Daten nach Abschnitt I. werden durch das Institut des Bewertungsausschusses ausschließlich zur Beantwortung der zu bearbeitenden Fragestellungen gemäß der Protokollnotiz im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 620. Sitzung Teil B zur Weiterentwicklung des ambulanten Operierens verwendet.

## **III. Aufbewahrungsfristen und Löschung von Datenbeständen**

Für die durchzuführenden Untersuchungen werden die nach Abschnitt I. an das Institut des Bewertungsausschusses übermittelten Daten dort solange aufbewahrt, wie es der Verwendungszweck erfordert, längstens allerdings für zehn Jahre, und anschließend gelöscht.

## **IV. Pseudonymisierung**

Die Datenlieferungen gemäß der Anlage zu diesem Beschluss unterliegen hinsichtlich der Pseudonymisierung von Betriebsstättennummern bzw. Krankenhaus-IKs sowie von lebenslangen Arztnummern den in Nr. 2 der Anlage beschriebenen Vorgaben des Pseudonymisierungsverfahrens für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss gemäß der Anlage des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 414. Sitzung am 14. März 2018 bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen in der aktuell gültigen Fassung. Versichertennummern sind nicht Gegenstand der vorliegenden Datenlieferungen.

## **V. Schlüsselverzeichnisse**

Wenn nicht anders angegeben, sind zu Datenübermittlungen nach diesem Beschluss die Schlüsselverzeichnisse heranzuziehen, die in der jeweils gültigen Version gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 350. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 554. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses (<https://institut-ba.de/service/schlüsselverzeichnisse.html>) veröffentlicht werden.

**Anlage:** Datensatzbeschreibung zur anlassbezogenen Übermittlung von Daten zu Operationen im vertragsärztlichen Bereich sowie zu ambulanten und vollstationären (einschließlich belegärztlichen) Operationen im Krankenhaus zur Evaluation der Zuschlagsleistungen des Abschnitts 31.2.20 EBM

# Anlage

## zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 742. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung),

### Datensatzbeschreibung zur anlassbezogenen Übermittlung von Daten zu Operationen im vertragsärztlichen Bereich sowie zu ambulanten und vollstationären (einschließlich belegärztlichen) Operationen im Krankenhaus zur Evaluation der Zuschlagsleistungen des Abschnitts 31.2.20 EBM

#### Inhalt

1	Allgemeines.....	7
1.1	Allgemeine Erläuterungen zu den einzelnen Satzarten.....	7
1.2	Dateibeschreibung .....	7
1.2.1	Form und Sicherung der Datenübertragung.....	7
1.2.2	Format der Datenübertragung .....	7
2	Vorgaben zur Pseudonymisierung.....	8
2.1	Pseudonymisierung der Betriebsstättennummer bzw. des Krankenhaus-IK .....	8
2.2	Pseudonymisierung der lebenslangen Arztnummer.....	8
2.3	Verknüpfbarkeit zu anderen Datenlieferungen.....	9
3	Abgrenzungen.....	10
3.1	Operationen-/Prozedurenschlüssel .....	10
3.2	Gebührenordnungspositionen .....	12
4	Datensatzbeschreibungen.....	13
4.1	Daten zu ambulanten Operationen im vertragsärztlichen Bereich .....	13
4.1.1	Satzart ZUSCHL_AMB_EBM_VA_OPS .....	13
4.1.2	Satzart ZUSCHL_AMB_EBM_VA_GOP .....	16
4.2	Daten zu ambulanten Operationen im Krankenhaus .....	18
4.2.1	Satzart ZUSCHL_AMB_EBM_KH_OPS .....	18
4.2.2	Satzart ZUSCHL_AMB_EBM_KH_GOP.....	20
4.3	Daten zu ambulanten Operationen im vertragsärztlichen Bereich und im Krankenhaus, welche ab 1/2024 gemäß § 115f SGB V erbracht und vergütet werden .....	22
4.3.1	Satzart ZUSCHL_AMB_HYBRID_VA_OPS.....	22
4.3.2	Satzart ZUSCHL_AMB_HYBRID_KH_OPS.....	24
4.4	Daten zu vollstationären Operationen im Krankenhaus .....	25
4.4.1	Satzart ZUSCHL_STAT_DRG_KH_OPS.....	25
4.5	Daten zur Qualitätssicherung .....	27

4.5.1	Satzart QS_AMB_EBM_VA_OPS .....	27
4.5.2	Satzart QS_AMB_EBM_VA_GOP .....	29

## 1 Allgemeines

### 1.1 Allgemeine Erläuterungen zu den einzelnen Satzarten

Die Bedeutung der Spaltenbezeichnungen der nachfolgenden Datensatzbeschreibung ergibt sich aus folgender Tabelle.

Spalte	Bedeutung
Feld-Nr.	Fortlaufende Nummerierung der Felder innerhalb der Satzart, beginnend mit "00"
Feld	Name des Feldes
Feldart	M = Muss-Feld m = bedingtes Muss-Feld K = Kann-Feld
Anzahl Stellen	Feldlänge
Feldeigenschaft	Datentyp ("numerisch", "alphanum." oder „dezimal“)
Inhalt/Erläuterung	weitere Erläuterungen, Lieferhinweise etc. für das jeweilige Feld

### 1.2 Dateibeschreibung

#### 1.2.1 Form und Sicherung der Datenübertragung

Folgende Dateinamenskonventionen sind für die Datenlieferungen einzuhalten:

*Satzart\_Quartal\_KV\_Erstellungsdatum.Endung*

Hierbei sind folgende Formate einzuhalten:

*Satzart* alphanumerisch (ZUSCHL\_AMB\_EBM\_VA\_OPS, ZUSCHL\_AMB\_EBM\_VA\_GOP, ZUSCHL\_AMB\_EBM\_KH\_OPS, ZUSCHL\_AMB\_EBM\_KH\_GOP, ZUSCHL\_AMB\_HYBRID\_VA\_OPS, ZUSCHL\_AMB\_HYBRID\_KH\_OPS, ZUSCHL\_STAT\_DRG\_KH\_OPS, QS\_AMB\_EBM\_VA\_OPS, QS\_AMB\_EBM\_VA\_GOP)

*Quartal* fünfstellig numerisch (20191, 20192, ..., 20244),

*KV* zweistellig alphanumerisch (gemäß Schlüsselverzeichnis 2),

*Erstellungsdatum* achtstellig numerisch (JJJJMMTT),

*Endung* csv.

Die Datenübermittlung erfolgt verschlüsselt per sFTP oder funktional gleichwertigen Übermittlungsverfahren unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorgaben.

#### 1.2.2 Format der Datenübertragung

Die Daten sind jeweils in einer logischen Datei im CSV-Format mit variabler Nutzdatenlänge zu liefern. Es wird der Zeichensatz ISO 8859-15 verwendet. Jeder Datensatz steht in einer eigenen Zeile, die durch die Zeichenfolge CarriageReturn/LineFeed (Hexadezimalcode 0x0D 0x0A) abgeschlossen wird. Als Ganzzahltrennzeichen im Dezimalformat ist das Komma zu verwenden. Die Darstellung von numerischen und Dezimal-Daten erfolgt ohne Tausenderpunkt und ohne Auffüllung von führenden Nullen. Die Stellenanzahl ist bei nichtganzzahligen

Dezimalfeldern in der Form Gesamtstellenanzahl vor und nach dem Komma exklusive des Kommas, gefolgt von einem Komma und der Nachkommastellenanzahl spezifiziert. Zeichenketten werden nicht durch Textbegrenzungszeichen eingeschlossen. Die einzelnen Datenfelder eines Satzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt. Es ist darauf zu achten, dass dieses innerhalb der Textfelder nicht vorkommt. Es sind keine Spaltenüberschriften zu liefern.

Sollte der Wert eines geforderten Datenfeldes nicht vorliegen, weswegen es als K=Kann-Feld oder m=bedingtes Muss-Feld definiert ist, so ist der Inhalt dieses Feldes leer zu übermitteln, d. h. in der Auslieferungsdatei folgen zwei „#“-Zeichen aufeinander.

## **2 Vorgaben zur Pseudonymisierung**

Die Pseudonymisierung erfolgt auf Grundlage des vom Bewertungsausschuss beschlossenen Pseudonymisierungsverfahrens für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss gemäß der Anlage des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 414. Sitzung am 14. März 2018 bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen in der aktuell gültigen Fassung und wird für diese anlassbezogene Datenübermittlung nach den folgenden Vorgaben durchgeführt.

### **2.1 Pseudonymisierung der Betriebsstättennummer bzw. des Krankenhaus-IK**

Die Pseudonymisierung der Betriebsstättennummer (BSNR) der nachfolgend definierten Satzarten ZUSCHL\_AMB\_EBM\_VA\_OPS und ZUSCHL\_AMB\_EBM\_VA\_GOP erfolgt auf der zweiten Stufe mit dem Schlüssel K<sup>||</sup><sub>KVNR</sub>\_GS für den Geburtskalendertag 9. Diese Vorgabe ist anzuwenden auf:

- Datenfeld 06 (Pseudonym der Einrichtung)

Die Pseudonymisierung des Krankenhaus-IK der nachfolgend definierten Satzarten ZUSCHL\_AMB\_EBM\_KH\_OPS und ZUSCHL\_AMB\_EBM\_KH\_GOP erfolgt auf der zweiten Stufe mit dem Schlüssel K<sup>||</sup><sub>KVNR</sub>\_GS für den Geburtskalendertag 9. Diese Vorgabe ist anzuwenden auf:

- Datenfeld 06 (Pseudonym der Einrichtung)

Die Schlüssel sind auf der jeweiligen Stufe berichtsjahresübergreifend identisch. Die Pseudonymisierung auf der ersten Stufe wird durch den jeweiligen Datenempfänger gemäß Abschnitt I Nr. 2 lit. a bzw. Abschnitt I Nr. 3 lit. a festgelegt und kann auch ganz entfallen.

### **2.2 Pseudonymisierung der lebenslangen Arztnummer**

Die Pseudonymisierung der lebenslangen Arztnummer (LANR) der nachfolgend definierten Satzart ZUSCHL\_AMB\_EBM\_VA\_OPS erfolgt auf der zweiten Stufe mit dem Schlüssel K<sup>||</sup><sub>KVNR</sub>\_GS für den Geburtskalendertag 9. Diese Vorgabe ist anzuwenden auf:

- Datenfeld 07 (LANR-Pseudonym)

Die Schlüssel sind auf der jeweiligen Stufe berichtsjahresübergreifend identisch. Die Pseudonymisierung auf der ersten Stufe wird durch den jeweiligen Datenempfänger gemäß Abschnitt I Nr. 2 lit. a bzw. Abschnitt I Nr. 3 lit. a festgelegt und kann auch ganz entfallen.

### **2.3 Verknüpfbarkeit zu anderen Datenlieferungen**

Eine Verknüpfung der pseudonymisierten Attribute dieser Datenlieferung mit den Pseudonymen anderer Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss ist durch die Vorgaben nach Nr. 2.1 bis 2.2 ausgeschlossen. Auch eine Verknüpfbarkeit zwischen den Satzarten ZUSCHL\_AMB\_EBM\_VA\_OPS und ZUSCHL\_AMB\_EBM\_KH\_OPS ist nicht vorgesehen.

### 3 Abgrenzungen

#### 3.1 Operationen-/Prozedurenschlüssel

In die Datenlieferung einbezogen werden alle Operationen gemäß den OPS-Kodes, die den Zuschlägen des Abschnitts 31.2.20 EBM zugeordnet sind. Mit Stand vom 1. Januar 2024 betrifft dies die in Tabelle 1 aufgeführten OPS-Kodes. Werden bis zum Ende des Berichtszeitraums (4. Quartal 2024) weitere OPS-Kodes in die Förderung durch die genannten Zuschläge aufgenommen, so sind auch diese OPS-Kodes für den gesamten Berichtszeitraum zu liefern. Die für die Datenlieferungen gültige Liste der OPS-Kodes wird vom Institut des Bewertungsausschusses erstellt und in maschinenlesbarer Form zum 31. Januar 2025 auf seiner Internetseite (<https://institut-ba.de/service/foerderzuschlaegeap.html>) veröffentlicht.

Tabelle 1: Zuschlags-GOPen mit zugehörigen OPS-Kodes (Stand: 1. Januar 2024)

GOP	Beschreibung
31451	<b>Zuschlag I</b> zu einem Eingriff des Abschnitts 31.2 bei Durchführung einer der nachfolgend genannten OPS-Kodes: 5-844.02, 5-844.03, 5-844.05, 5-844.06, 5-844.12, 5-844.13, 5-844.15, 5-844.16, 5-844.23, 5-844.25, 5-844.32, 5-844.33, 5-844.35, 5-844.36, 5-844.42, 5-844.43, 5-844.45, 5-844.46, 5-844.52, 5-844.53, 5-844.55, 5-844.56, 5-844.62, 5-844.63, 5-844.65, 5-844.66, 5-844.70, 5-844.72, 5-844.73, 5-844.74, 5-844.76, 5-902.05, 5-902.06, 5-902.07, 5-902.08, 5-902.09, 5-902.0a, 5-902.0b, 5-902.0c, 5-902.0d, 5-902.0e, 5-902.0f, 5-902.0g, 5-902.15, 5-902.16, 5-902.17, 5-902.18, 5-902.19, 5-902.1a, 5-902.1b, 5-902.1c, 5-902.1d, 5-902.1e, 5-902.1f, 5-902.1g, 5-902.25, 5-902.26, 5-902.27, 5-902.28, 5-902.29, 5-902.2a, 5-902.2b, 5-902.2c, 5-902.2d, 5-902.2e, 5-902.2f, 5-902.2g, 5-902.f5, 5-902.f6, 5-902.f7, 5-902.f8, 5-902.fa, 5-902.fb, 5-902.fc, 5-902.fd, 5-902.fe, 5-902.ff, 5-902.fg, 5-902.h5, 5-902.h6, 5-902.h7, 5-902.h8, 5-902.ha, 5-902.hb, 5-902.hc, 5-902.hd, 5-902.he, 5-902.hf, 5-902.hg
31452	<b>Zuschlag II</b> zu einem Eingriff des Abschnitts 31.2 bei Durchführung einer der nachfolgend genannten OPS-Kodes: 5-057.3, 5-057.4, 5-057.9, 5-214.0, 5-214.5, 5-399.7, 5-399.d, 5-788.0a, 5-788.0b, 5-810.3r, 5-811.0h, 5-811.1h, 5-819.0h, 5-844.75, 5-902.00, 5-902.04, 5-902.10, 5-902.14, 5-902.20, 5-902.24, 5-902.34, 5-902.40, 5-902.44, 5-902.45, 5-902.46, 5-902.47, 5-902.48, 5-902.4a, 5-902.4b, 5-902.4c, 5-902.4d, 5-902.4e, 5-902.4f, 5-902.50, 5-902.54, 5-902.55, 5-902.56, 5-902.57, 5-902.58, 5-902.5a, 5-902.5b, 5-902.5c, 5-902.5d, 5-902.5e, 5-902.5f, 5-902.f0, 5-902.f4, 5-902.f9, 5-902.h0, 5-902.h4, 5-902.h9
31453	<b>Zuschlag III</b> zu einem Eingriff des Abschnitts 31.2 bei Durchführung einer der nachfolgend genannten OPS-Kodes: 5-057.0, 5-057.2, 5-214.6, 5-214.70, 5-214.72, 5-399.5, 5-399.b0, 5-399.b1, 5-399.b2, 5-399.c, 5-399.6, 5-493.20, 5-493.21, 5-493.22, 5-493.5, 5-493.60, 5-493.61, 5-493.62, 5-493.70, 5-493.71, 5-534.01, 5-534.02, 5-534.03, 5-534.1, 5-534.34, 5-535.0, 5-535.34, 5-536.0, 5-624.5, 5-631.0, 5-631.1, 5-631.2, 5-810.00, 5-810.01, 5-810.04, 5-810.05, 5-810.06, 5-810.07, 5-810.08, 5-810.09, 5-810.0h, 5-810.0k, 5-810.0t, 5-810.41, 5-810.96, 5-810.70, 5-810.7h, 5-810.97, 5-810.98, 5-810.99, 5-810.9k, 5-811.07, 5-811.20, 5-811.21, 5-811.24, 5-811.25, 5-811.26, 5-811.27, 5-811.28, 5-811.29, 5-811.2g, 5-811.2h, 5-811.2k, 5-811.2m, 5-811.2r, 5-811.2s, 5-811.2t, 5-811.40, 5-811.41, 5-811.44, 5-811.45, 5-811.46, 5-811.48, 5-811.49, 5-811.4g, 5-811.4h, 5-811.4k, 5-811.4m, 5-811.4s, 5-811.4t, 5-812.00, 5-812.01, 5-812.04, 5-812.05, 5-812.06, 5-812.07, 5-812.08, 5-812.09, 5-812.0g, 5-812.0h, 5-812.0k, 5-812.0m, 5-812.0s, 5-812.0t, 5-812.5, 5-812.e0, 5-812.e1, 5-812.e4, 5-812.e5, 5-812.e7, 5-812.eg, 5-812.eh, 5-812.ek, 5-812.es, 5-812.et, 5-812.f5, 5-812.fn, 5-812.k1, 5-812.k4, 5-812.k5, 5-812.k6, 5-812.k8, 5-812.k9, 5-812.kk, 5-812.km, 5-812.kn, 5-812.ks, 5-812.kt, 5-814.7, 5-819.00, 5-819.01, 5-819.04, 5-819.05, 5-819.07, 5-819.08, 5-819.09, 5-819.0g,

	5-819.0k, 5-819.0m, 5-819.0q, 5-819.0s, 5-819.0t, 5-819.1h, 5-819.1k, 5-819.1s, 5-844.00, 5-844.01, 5-844.04, 5-844.10, 5-844.14, 5-844.20, 5-844.30, 5-844.31, 5-844.34, 5-844.40, 5-844.41, 5-844.54, 5-844.57, 5-844.60, 5-844.61, 5-844.64, 5-844.71, 5-844.77, 5-847.05, 5-847.15, 5-847.25, 5-847.36, 5-847.45, 5-847.65, 5-902.49, 5-902.4g, 5-902.59, 5-902.5g, 5-902.60, 5-902.64, 5-902.65, 5-902.66, 5-902.67, 5-902.68, 5-902.69, 5-902.6a, 5-902.6b, 5-902.6c, 5-902.6d, 5-902.6e, 5-902.6f, 5-902.6g
<b>31454</b>	<b>Zuschlag IV</b> zu einem Eingriff des Abschnitts 31.2 bei Durchführung einer der nachfolgend genannten OPS-Kodes: 5-530.00, 5-530.01, 5-530.03, 5-530.33, 5-531.0, 5-531.1, 5-531.33, 5-534.35, 5-536.10, 5-788.00, 5-788.06, 5-788.07, 5-788.0c, 5-788.40, 5-788.41, 5-788.42, 5-788.52, 5-788.53, 5-788.56, 5-788.57, 5-788.58, 5-788.5c, 5-788.5d, 5-788.60, 5-788.61, 5-788.66, 5-788.67, 5-844.11, 5-847.03, 5-847.13, 5-847.23, 5-847.33, 5-847.43, 5-847.63
<b>31455</b>	<b>Zuschlag V</b> zu einem Eingriff des Abschnitts 31.2 bei Durchführung einer der nachfolgend genannten OPS-Kodes: 5-214.4, 5-214.71, 5-530.02, 5-530.1, 5-530.31, 5-530.32, 5-530.34, 5-530.90, 5-530.91, 5-531.31, 5-531.32, 5-531.34, 5-534.33, 5-535.1, 5-535.33, 5-535.35, 5-788.08, 5-788.09, 5-788.0d, 5-788.0e, 5-788.43, 5-788.51, 5-788.54, 5-788.59, 5-788.5e, 5-788.5f, 5-788.5g, 5-788.62, 5-788.65, 5-788.68, 5-788.70, 5-788.71, 5-788.72, 5-788.73, 5-810.1h, 5-810.2q, 5-810.4h, 5-810.4m, 5-810.7g, 5-810.90, 5-810.91, 5-810.94, 5-810.95, 5-810.9g, 5-810.9h, 5-810.9s, 5-810.9t, 5-811.3k, 5-812.6, 5-812.f0, 5-812.f1, 5-812.f4, 5-812.f7, 5-812.fh, 5-812.fk, 5-812.fm, 5-812.fs, 5-812.ft, 5-812.k0, 5-812.kh, 5-813.9, 5-819.10, 5-819.20, 5-819.2h, 5-897.0, 5-897.10, 5-897.11, 5-897.12
<b>31456</b>	<b>Zuschlag VI</b> zu einem Eingriff des Abschnitts 31.2 bei Durchführung einer der nachfolgend genannten OPS-Kodes: 5-214.3, 5-530.73, 5-530.74, 5-624.4, 5-788.44, 5-788.5h, 5-788.63, 5-788.64, 5-788.69, 5-810.40, 5-810.44, 5-810.45, 5-810.47, 5-810.4k, 5-810.4s, 5-810.4t, 5-810.51, 5-810.5h, 5-811.30, 5-811.31, 5-811.34, 5-811.35, 5-811.36, 5-811.37, 5-811.38, 5-811.39, 5-811.3h, 5-811.3s, 5-811.3t, 5-812.34, 5-812.37, 5-812.39, 5-812.3h, 5-812.3k, 5-812.3m, 5-812.7, 5-812.97, 5-812.b, 5-812.fg, 5-812.kg, 5-813.d, 5-847.00, 5-847.02, 5-847.10, 5-847.12, 5-847.20, 5-847.22, 5-847.24, 5-847.30, 5-847.32, 5-847.34, 5-847.37, 5-847.40, 5-847.42, 5-847.44, 5-847.50, 5-847.52, 5-847.54, 5-847.60, 5-847.62, 5-847.67, 5-847.72
<b>31457</b>	<b>Zuschlag VII</b> zu einem Eingriff des Abschnitts 31.2 bei Durchführung einer der nachfolgend genannten OPS-Kodes: 5-810.20, 5-810.24, 5-810.25, 5-810.27, 5-810.2g, 5-810.2h, 5-810.2k, 5-810.2m, 5-810.2s, 5-810.2t, 5-810.30, 5-810.34, 5-810.37, 5-810.3h, 5-810.3k, 5-810.3m, 5-810.3s, 5-810.3t, 5-810.4g, 5-810.50, 5-810.54, 5-810.57, 5-810.5g, 5-810.5s, 5-810.5t, 5-810.60, 5-810.6h, 5-811.3g, 5-812.30, 5-812.3g, 5-812.9h, 5-812.9k, 5-812.n0, 5-812.n1, 5-812.n2, 5-813.0, 5-813.1, 5-813.2, 5-813.3, 5-813.4, 5-813.6, 5-813.7, 5-813.a, 5-813.b, 5-813.c, 5-813.e, 5-813.f, 5-813.j, 5-813.k, 5-814.0, 5-814.1, 5-814.2, 5-814.3, 5-814.4, 5-814.5, 5-814.60, 5-814.61, 5-814.62, 5-814.8, 5-814.9, 5-814.b, 5-819.4, 5-847.01, 5-847.11, 5-847.21, 5-847.31, 5-847.41, 5-847.51

### **3.2 Gebührenordnungspositionen**

In die Datenlieferung zu ambulanten Operationen durch Vertragsärzte bzw. Krankenhäuser einbezogen werden alle Gebührenordnungspositionen des Kapitels 31 EBM „Gebührenordnungspositionen für ambulante Operationen, Anästhesien, präoperative, postoperative und orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen“, die Gebührenordnungspositionen 01102, 01414, 01600, 01601, 01650, 05230, 05310, 19310, 32056-32087, 32101, 32110-32117, 32120, 32125, 32128, 32460, 33042, 33050, 34230, 34232, 34233, 34450, 40100, 40110, 40111, 40750, 40752, 40754, sowie die Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen.

Die für die Datenlieferungen gültige Liste der einzubeziehenden Gebührenordnungspositionen wird vom Institut des Bewertungsausschusses erstellt und in maschinenlesbarer Form zum 31. Januar 2025 auf seiner Internetseite (<https://institut-ba.de/service/foerderzuschlaegeaop.html>) veröffentlicht.

## 4 Datensatzbeschreibungen

### 4.1 Daten zu ambulanten Operationen im vertragsärztlichen Bereich

#### 4.1.1 Satzart ZUSCHL\_AMB\_EBM\_VA\_OPS

Dateiinhalt:
<p><b>Abgrenzung:</b> Einbezogen werden alle ambulanten Operationen im vertragsärztlichen Bereich gemäß den OPS-Kodes, die in dieser Anlage unter Nr. 3.1 gelistet sind, deren Abrechnungsquartal einem Berichtsquartal nach Abschnitt I Nr. 1 entspricht. Belegärztliche Operationen sind nicht einzubeziehen.</p> <p>Für einen Patienten mit mindestens einer entsprechenden Operation werden im jeweiligen Abrechnungsquartal der Operation alle dokumentierten OPS-Kodes sowie alle Gebührenordnungspositionen aus Kapitel 31 EBM, die in Verbindung mit diesen abgerechnet wurden, geliefert.</p> <p>Pro Abrechnungsquartal, Abrechnungs-IK, KV am Ort der Arztpraxis, Abrechnungsgruppe des Arztes, ID des Falls, Pseudonym der Einrichtung, LANR-Pseudonym, Altersgruppe des Patienten, GOP und Operationen-/Prozedurenschlüssel einschließlich Seitenlokalisierung, sofern dokumentiert, wird höchstens ein Datensatz geliefert.</p> <p><b>Primärschlüssel:</b> Die Kombination der Felder 01 bis 11 identifiziert einen Datensatz eindeutig.</p>

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	21	alphanum.	konstant „ZUSCHL_AMB_EBM_VA_OPS“
01	Abrechnungsquartal	M	5	numerisch	Abrechnungsquartal im Format JJJJQ
02	Abrechnungs-IK	M	9	alphanum.	Abrechnungs-IK der Krankenkasse gemäß Schlüsselverzeichnis 8a mit Gültigkeit für das Abrechnungsquartal
03	KV am Ort der Arztpraxis	M	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Arztpraxis gemäß Schlüsselverzeichnis 2
04	Abrechnungsgruppe Arzt	M	4	alphanum.	Abrechnungsgruppe des Arztes gemäß Schlüsselverzeichnis 6
05	ID Fall	M	≤ 16	alphanum.	Künstlicher Schlüssel zur Kennzeichnung von Leistungen eines Patienten in einem Quartal
06	Pseudonym der Einrichtung	M	≤ 16	alphanum.	Pseudonym der Betriebsstättennummer (BSNR), siehe Abschnitt 2.1

<b>Feld Nr.</b>	<b>Feld</b>	<b>Feldart</b>	<b>Anzahl Stellen</b>	<b>Feldeigenschaft</b>	<b>Inhalt/Erläuterung</b>
07	LANR-Pseudonym	M	≤ 16	alphanum.	Pseudonym der ersten 7 Stellen der lebenslangen Arztnummer des Arztes, siehe Abschnitt 2.2
08	Altersgruppe	M	2	alphanum.	Altersgruppe des Patienten am Ende des Abrechnungsquartals (siehe Erläuterung)
09	Operationen-/Prozedurenschlüssel	M	≥ 3, ≤ 12	alphanum.	amtlicher Operationen-/Prozedurenschlüssel inkl. Sonderzeichen Bindestrich („-“) und Punkt („.“)
10	Lokalisation	m	1	alphanum.	Seitenlokalisierung: R – rechts L – links B – beidseitig
11	GOP	M	5	alphanum.	Wenn GOP in Kombination mit Operationen-/Prozedurenschlüssel einschließlich ggf. der Lokalisation dokumentiert ist:  Erste fünf Stellen der jeweiligen Gebührenordnungsposition aus Kapitel 31 EBM

## Erläuterung

a) Zu Feld 05 (ID Fall)

Die Leistungen eines Patienten in einem Abrechnungsquartal werden in einer künstlichen Fall-ID zusammengeführt.

b) Zu Feld 08 (Altersgruppe)

Die Altersgruppen sind folgendermaßen kodiert:

Kode	Alter in Jahren
01	< 1
02	1 – 5
03	6 – 10
04	11 – 15
05	16 – 20
06	21 – 25
07	26 – 30
08	31 – 35
09	36 – 40
10	41 – 45

Kode	Alter in Jahren
11	46 – 50
12	51 – 55
13	56 – 60
14	61 – 65
15	66 – 70
16	71 – 75
17	76 – 80
18	81 – 85
19	> 85

#### 4.1.2 Satzart ZUSCHL\_AMB\_EBM\_VA\_GOP

Dateiinhalt:	
<p><b>Abgrenzung:</b> Einbezogen werden alle ambulanten Operationen im vertragsärztlichen Bereich gemäß den OPS-Kodes, die in dieser Anlage unter Nr. 3.1 gelistet sind, deren Abrechnungsquartal einem Berichtsquartal nach Abschnitt I Nr. 1 entspricht. Belegärztliche Operationen sind nicht einzubeziehen.</p> <p>Für einen Patienten mit mindestens einer entsprechenden Operation werden im jeweiligen Abrechnungsquartal der Operation alle abgerechneten Gebührenordnungspositionen geliefert, sofern sie in dieser Anlage unter Nr. 3.2 gelistet sind.</p> <p>Pro Abrechnungsquartal, Abrechnungs-IK, KV am Ort der Arztpraxis, Abrechnungsgruppe des Arztes, ID des Falls, Pseudonym der Einrichtung, LANR-Pseudonym, Altersgruppe des Patienten und GOP wird höchstens ein Datensatz geliefert.</p> <p><b>Primärschlüssel:</b> Die Kombination der Felder 01 bis 09 identifiziert einen Datensatz eindeutig.</p>	

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	21	alphanum.	konstant „ZUSCHL_AMB_EBM_VA_GOP“
01	Abrechnungsquartal	M	5	numerisch	Abrechnungsquartal im Format JJJJQ
02	Abrechnungs-IK	M	9	alphanum.	Abrechnungs-IK der Krankenkasse gemäß Schlüsselverzeichnis 8a mit Gültigkeit für das Abrechnungsquartal
03	KV am Ort der Arztpraxis	M	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Arztpraxis gemäß Schlüsselverzeichnis 2
04	Abrechnungsgruppe Arzt	M	4	alphanum.	Abrechnungsgruppe des Arztes gemäß Schlüsselverzeichnis 6
05	ID Fall	M	≤ 16	alphanum.	Künstlicher Schlüssel zur Kennzeichnung von Leistungen eines Patienten in einem Quartal
06	Pseudonym der Einrichtung	M	≤ 16	alphanum.	Pseudonym der Betriebsstättennummer (BSNR), siehe Abschnitt 2.1
07	LANR-Pseudonym	M	≤ 16	alphanum.	Pseudonym der ersten 7 Stellen der lebenslangen Arztnummer des Arztes, siehe Abschnitt 2.2

<b>Feld Nr.</b>	<b>Feld</b>	<b>Feld- art</b>	<b>Anzahl Stellen</b>	<b>Feldeigen- schaft</b>	<b>Inhalt/Erläuterung</b>
08	Altersgruppe	M	2	alphanum.	Altersgruppe des Patienten am Ende des Abrechnungsquartals (siehe Erläuterung)
09	GOP	M	5	alphanum.	Erste fünf Stellen der Gebührenordnungsposition
10	Anzahl	M	≤ 12	numerisch	Leistungshäufigkeit der GOP
11	Leistungsbedarf nach Euro-Gebührenordnung	M	13,2	numerisch	Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs laut regionaler Euro-Gebührenordnung nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und vor Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen in Euro, unter Berücksichtigung der Anzahl aus Feld 10

Die Erläuterungen zu Feld 05 (ID Fall) und Feld 08 (Altersgruppe) gelten wie unter der Satzart ZUSCHL\_AMB\_EBM\_VA\_OPS entsprechend ausgeführt.

## 4.2 Daten zu ambulanten Operationen im Krankenhaus

### 4.2.1 Satzart ZUSCHL\_AMB\_EBM\_KH\_OPS

Dateiinhalte:	
<p><b>Abgrenzung:</b> Einbezogen werden alle ambulanten Operationen im Krankenhaus gemäß den OPS-Kodes, die in dieser Anlage unter Nr. 3.1 gelistet sind, welche in einem der Berichtsquartale nach Abschnitt I Nr. 1 durchgeführt wurden.</p> <p>Für einen Fall mit mindestens einer entsprechenden Operation werden alle dokumentierten OPS-Kodes geliefert.</p> <p>Pro Leistungsquartal, Abrechnungs-IK, KV am Ort des Krankenhauses, Fachabteilung des Krankenhauses, ID des Falls, Pseudonym der Einrichtung, Altersgruppe des Patienten und Operationen-/Prozedurenschlüssel einschließlich Seitenlokalisation, sofern dokumentiert, wird höchstens ein Datensatz geliefert.</p> <p><b>Primärschlüssel:</b> Die Kombination der Felder 01 bis 07 identifiziert einen Datensatz eindeutig.</p>	

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	21	alphanum.	konstant „ZUSCHL_AMB_EBM_KH_OPS“
01	Leistungsquartal	M	5	numerisch	Leistungsquartal im Format JJJJQ
02	Abrechnungs-IK	M	9	alphanum.	Abrechnungs-IK der Krankenkasse gemäß Schlüsselverzeichnis 8a mit Gültigkeit für das Abrechnungsquartal
03	KV am Ort des Krankenhauses	M	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort des Krankenhauses gemäß Schlüsselverzeichnis 2
04	Fachabteilung	M	4	alphanum.	Fachabteilung gemäß Schlüssel 6 der Vereinbarung gemäß § 301 Abs. 3 SGB V über das Verfahren zur Abrechnung und Übermittlung der Daten nach § 301 Abs. 1 SGB V
05	ID Fall	M	≤ 16	alphanum.	Künstlicher Schlüssel zur Datensatzidentifikation
06	Pseudonym der Einrichtung	M	≤ 16	alphanum.	Pseudonym des Krankenhaus-IK, siehe Abschnitt 2.1
07	Altersgruppe	M	2	alphanum.	Altersgruppe des Patienten am Ende des Leistungsquartals (siehe Erläuterung zu Satzart ZUSCHL_AMB_EBM_VA_OPS)

<b>Feld Nr.</b>	<b>Feld</b>	<b>Feldart</b>	<b>Anzahl Stellen</b>	<b>Feldeigenschaft</b>	<b>Inhalt/Erläuterung</b>
08	Operationen-/Prozedurenschlüssel	M	$\geq 3,$ $\leq 12$	alphanum.	amtlicher Operationen-/Prozedurenschlüssel inkl. Sonderzeichen Bindestrich („-“) und Punkt („.“)
09	Lokalisation	m	1	alphanum.	Seitenlokalisierung: R – rechts L – links B – beidseitig

### **Erläuterung**

- a) Zu Feld 05 (ID Fall) i.V.m. Feld 01 (Leistungsquartal)

Bei quartalsübergreifender Behandlung sind alle Leistungen zu einer Fall-ID dem Quartal des ersten Behandlungstags als maßgeblichem Leistungsquartal zuzuordnen.

#### 4.2.2 Satzart ZUSCHL\_AMB\_EBM\_KH\_GOP

Dateiinhalt:	
<p><b>Abgrenzung:</b> Einbezogen werden alle ambulanten Operationen im Krankenhaus gemäß den OPS-Kodes, die in dieser Anlage unter Nr. 3.1 gelistet sind, welche in einem der Berichtsquartale nach Abschnitt I Nr. 1 durchgeführt wurden.</p> <p>Dies entspricht allen Fällen, die in der Satzart ZUSCHL_AMB_EBM_KH_OPS übermittelt werden. Für diese werden alle abgerechneten Gebührenordnungspositionen geliefert, sofern sie in dieser Anlage unter Nr. 3.2 gelistet sind.</p> <p>Pro Leistungsquartal, Abrechnungs-IK, KV am Ort des Krankenhauses, Fachabteilung des Krankenhauses, ID des Falls, Pseudonym der Einrichtung, Altersgruppe des Patienten und GOP wird höchstens ein Datensatz geliefert.</p> <p><b>Primärschlüssel:</b> Die Kombination der Felder 01 bis 08 identifiziert einen Datensatz eindeutig.</p>	

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	21	alphanum.	konstant „ZUSCHL_AMB_EBM_KH_GOP“
01	Leistungsquartal	M	5	numerisch	Leistungsquartal im Format JJJJQ
02	Abrechnungs-IK	M	9	alphanum.	Abrechnungs-IK der Krankenkasse gemäß Schlüsselverzeichnis 8a
03	KV am Ort des Krankenhauses	M	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort des Krankenhauses gemäß Schlüsselverzeichnis 2
04	Fachabteilung	M	4	alphanum.	Fachabteilung gemäß Schlüssel 6 der Vereinbarung gemäß § 301 Abs. 3 SGB V über das Verfahren zur Abrechnung und Übermittlung der Daten nach § 301 Abs. 1 SGB V
05	ID Fall	M	≤ 16	alphanum.	Künstlicher Schlüssel zur Datensatzidentifikation
06	Pseudonym der Einrichtung	M	≤ 16	alphanum.	Pseudonym des Krankenhaus- IK, siehe Abschnitt 2.1
07	Altersgruppe	M	2	alphanum.	Altersgruppe des Patienten am Ende des Leistungsquartals (siehe Erläuterung zu Satzart ZUSCHL_AMB_EBM_VA_OPS)
08	GOP	M	8	alphanum.	EBM-Ziffer wie im Datensatz AMBO übermittelt
09	Anzahl	M	≤ 12	numerisch	Leistungshäufigkeit der GOP

<b>Feld Nr.</b>	<b>Feld</b>	<b>Feldart</b>	<b>Anzahl Stellen</b>	<b>Feldeigenschaft</b>	<b>Inhalt/Erläuterung</b>
10	Entgeltbetrag	M	13,2	numerisch	Entgeltbetrag in Euro unter Berücksichtigung der Anzahl aus Feld 09

### **Erläuterung**

a) Zu Feld 05 (ID Fall) i.V.m. Feld 01 (Leistungsquartal)

Bei quartalsübergreifender Behandlung sind alle Leistungen zu einer Fall-ID dem Quartal des ersten Behandlungstags als maßgeblichem Leistungsquartal zuzuordnen.

b) Zu Feld 08 (GOP)

Befüllung des Feldes erfolgt achtstellig, wie im AMBO-Datensatz, Entgeltart (EBM-Ziffer) übermittelt. Ab der vierten Stelle erfolgt dabei die Ausweisung der GOP bzw. der Pseudo-GOP, während die ersten drei Stellen der Kennzeichnung der Einrichtungs- und Abrechnungsart dienen. Zur Abgrenzung der Datenlieferung mittels der in dieser Anlage unter Nr. 3.2 gelisteten Gebührenordnungspositionen werden die Stellen vier bis acht des Feldes Entgeltart (EBM-Ziffer) herangezogen.

### 4.3 Daten zu ambulanten Operationen im vertragsärztlichen Bereich und im Krankenhaus, welche ab 1/2024 gemäß § 115f SGB V erbracht und vergütet werden

#### 4.3.1 Satzart ZUSCHL\_AMB\_HYBRID\_VA\_OPS

Dateiinhalt:
<p><b>Abgrenzung:</b> Einbezogen werden alle gemäß § 115f SGB V erbrachten und vergüteten ambulanten Operationen im vertragsärztlichen Bereich gemäß den OPS-Kodes, die in dieser Anlage unter Nr. 3.1 gelistet sind, deren Abrechnungsquartal einem Berichtsquartal nach Abschnitt I Nr. 1 im Jahr 2024 entspricht. Belegärztliche Operationen sind nicht einzubeziehen.</p> <p>Für einen Patienten mit mindestens einer entsprechenden Operation werden für die jeweilige Behandlung alle dokumentierten OPS-Kodes geliefert.</p> <p>Pro Abrechnungsquartal, Abrechnungs-IK, KV am Ort der Arztpraxis, ID des Falls, Altersgruppe des Patienten und Operationen-/Prozedurenschlüssel einschließlich Seitenlokalisierung, sofern dokumentiert, wird höchstens ein Datensatz geliefert.</p> <p><b>Primärschlüssel:</b> Die Kombination der Felder 01 bis 07 identifiziert einen Datensatz eindeutig.</p>

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	24	alphanum.	konstant „ZUSCHL_AMB_HYBRID_VA_OPS“
01	Abrechnungsquartal	M	5	numerisch	Abrechnungsquartal im Format JJJJQ
02	Abrechnungs-IK	M	9	alphanum.	Abrechnungs-IK der Krankenkasse gemäß Schlüsselverzeichnis 8a
03	KV am Ort des Leistungserbringers	M	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort des Leistungserbringers gemäß Schlüsselverzeichnis 2
04	ID Fall	M	≤ 16	alphanum.	Künstlicher Schlüssel zur Datensatzidentifikation
05	Altersgruppe	M	2	alphanum.	Altersgruppe des Patienten am Ende des Abrechnungsquartals (siehe Erläuterung zu Satzart ZUSCHL_AMB_EBM_VA_OPS)
06	Operationen-/Prozedurenschlüssel	M	≥ 3, ≤ 12	alphanum.	amtlicher Operationen-/Prozedurenschlüssel inkl. Sonderzeichen Bindestrich („-“) und Punkt („.“)
07	Lokalisation	m	1	alphanum.	Seitenlokalisierung: R – rechts L – links B – beidseitig

## **Erläuterung**

a) Zu Feld 01 (Abrechnungsquartal)

Sofern die Abrechnung im Übergangszeitraum 2024 abweichend von dem in § 5 Hybrid-DRG-AV beschriebenen Verfahren vorgenommen wurde und damit KV-unabhängig über eine Übergangslösung gemäß § 295 Abs. 1b SGB V oder über Papier erfolgt ist, ist anstelle das jeweilige Leistungsquartal (im Format JJJJQ) anzugeben.

b) Zu Feld 04 (ID Fall) i.V.m. Feld 01 (Abrechnungsquartal)

Bei quartalsübergreifender Behandlung sind alle Leistungen zu einer Fall-ID dem Quartal des ersten Behandlungstags als maßgeblichem Abrechnungsquartal zuzuordnen.

#### 4.3.2 Satzart ZUSCHL\_AMB\_HYBRID\_KH\_OPS

Dateiinhalt:	
<p><b>Abgrenzung:</b> Einbezogen werden alle gemäß § 115f SGB V erbrachten und vergüteten Fälle (Aufnahmegrund „12“ ‚Krankenhausbehandlung nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG)‘) mit Operation/en im Krankenhaus gemäß den OPS-Kodes, die in dieser Anlage unter Nr. 3.1 gelistet sind, deren Aufnahmequartal einem der Berichtsquartale nach Abschnitt I Nr. 1 im Jahr 2024 entspricht.</p> <p>Für einen Fall mit mindestens einer entsprechenden Operation werden alle dokumentierten OPS-Kodes geliefert.</p> <p>Pro Aufnahmequartal, Abrechnungs-IK, KV am Ort des Krankenhauses, ID des Falls, Altersgruppe des Patienten und Operationen-/Prozedurenschlüssel einschließlich Seitenlokalisierung, sofern dokumentiert, wird höchstens ein Datensatz geliefert.</p> <p><b>Primärschlüssel:</b> Die Kombination der Felder 01 bis 07 identifiziert einen Datensatz eindeutig.</p>	

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	24	alphanum.	konstant „ZUSCHL_AMB_HYBRID_KH_OPS“
01	Aufnahmequartal	M	5	numerisch	Aufnahmequartal im Format JJJJQ
02	Abrechnungs-IK	M	9	alphanum.	Abrechnungs-IK der Krankenkasse gemäß Schlüsselverzeichnis 8a
03	KV am Ort des Leistungserbringers	M	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort des Leistungserbringers gemäß Schlüsselverzeichnis 2
04	ID Fall	M	≤ 16	alphanum.	Künstlicher Schlüssel zur Datensatzidentifikation
05	Altersgruppe	M	2	alphanum.	Altersgruppe des Patienten am Ende des Aufnahmequartals (siehe Erläuterung zu Satzart ZUSCHL_AMB_EBM_VA_OPS)
06	Operationen-/Prozedurenschlüssel	M	≥ 3, ≤ 12	alphanum.	amtlicher Operationen-/Prozedurenschlüssel inkl. Sonderzeichen Bindestrich („-“) und Punkt („.“)
07	Lokalisation	m	1	alphanum.	Seitenlokalisierung: R – rechts L – links B – beidseitig

## 4.4 Daten zu vollstationären Operationen im Krankenhaus

### 4.4.1 Satzart ZUSCHL\_STAT\_DRG\_KH\_OPS

Dateiinhalte:
<p><b>Abgrenzung:</b> Einbezogen werden alle Fälle mit stationärer/n Operation/en im Krankenhaus gemäß den OPS-Kodes, die in dieser Anlage unter Nr. 3.1 gelistet sind, deren Entlassungsquartal einem Berichtsquartal nach Abschnitt I Nr. 1 entspricht. Dabei sind alle Krankenhausbehandlungen mit Aufnahmegrund „01“, „02“, „03“, „05“, „06“, „07“ und „08“ zu berücksichtigen und auch belegärztliche Fälle einzubeziehen.</p> <p>Für einen Fall mit mindestens einer entsprechenden Operation werden alle dokumentierten OPS-Kodes geliefert.</p> <p>Pro Entlassungsquartal, Abrechnungs-IK, KV am Ort des Krankenhauses, ID des Falls, Verweildauer, Altersgruppe des Patienten und Operationen-/Prozedurenschlüssel einschließlich Seitenlokalisation, sofern dokumentiert, wird höchstens ein Datensatz geliefert.</p> <p><b>Primärschlüssel:</b> Die Kombination der Felder 01 bis 08 identifiziert einen Datensatz eindeutig.</p>

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	22	alphanum.	konstant „ZUSCHL_STAT_DRG_KH_OPS“
01	Entlassungsquartal	M	5	numerisch	Entlassungsquartal im Format JJJJQ
02	Abrechnungs-IK	M	9	alphanum.	Abrechnungs-IK der Krankenkasse gemäß Schlüsselverzeichnis 8a
03	KV am Ort des Krankenhauses	M	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort des Krankenhauses gemäß Schlüsselverzeichnis 2
04	ID Fall	M	≤ 16	alphanum.	Künstlicher Schlüssel zur Datensatzidentifikation
05	Verweildauer	M	1	alphanum.	Anzahl Behandlungstage gruppiert: 1 – 1 Tag 2 – 2 Tage 3 – 3 Tage L – mehr als 3 Tage
06	Altersgruppe	M	2	alphanum.	Altersgruppe des Patienten am Ende des Entlassungsquartals (siehe Erläuterung zu Satzart ZUSCHL_AMB_EBM_VA_OPS)

<b>Feld Nr.</b>	<b>Feld</b>	<b>Feldart</b>	<b>Anzahl Stellen</b>	<b>Feldeigenschaft</b>	<b>Inhalt/Erläuterung</b>
07	Operationen-/Prozedurenschlüssel	M	$\geq 3,$ $\leq 12$	alphanum.	amtlicher Operationen-/Prozedurenschlüssel inkl. Sonderzeichen Bindestrich („-“) und Punkt („.“)
08	Lokalisation	m	1	alphanum.	Seitenlokalisierung: R – rechts L – links B – beidseitig

## 4.5 Daten zur Qualitätssicherung

### 4.5.1 Satzart QS\_AMB\_EBM\_VA\_OPS

Dateiinhalt:	
<p><b>Abgrenzung:</b> Einbezogen werden alle ambulanten Operationen im vertragsärztlichen Bereich gemäß den OPS-Kodes, die in dieser Anlage unter Nr. 3.1 gelistet sind, deren Abrechnungsquartal einem Berichtsquartal nach Abschnitt I Nr. 1 entspricht. Belegärztliche Operationen sind nicht einzubeziehen.</p> <p>Für einen Patienten mit mindestens einer entsprechenden Operation werden im jeweiligen Abrechnungsquartal der Operation alle dokumentierten OPS-Kodes geliefert.</p> <p>Pro Abrechnungsquartal, Abrechnungs-IK, KV am Ort der Arztpraxis und Operationen-/Prozedurenschlüssel einschließlich Seitenlokalisierung, sofern dokumentiert, wird höchstens ein Datensatz geliefert.</p> <p><b>Primärschlüssel:</b> Die Kombination der Felder 01 bis 05 identifiziert einen Datensatz eindeutig.</p>	

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	17	alphanum.	konstant „QS_AMB_EBM_VA_OPS“
01	Abrechnungsquartal	M	5	numerisch	Abrechnungsquartal im Format JJJJQ
02	Abrechnungs-IK	M	9	alphanum.	Abrechnungs-IK der Krankenkasse gemäß Schlüsselverzeichnis 8a mit Gültigkeit für das Abrechnungsquartal
03	KV am Ort der Arztpraxis	M	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Arztpraxis gemäß Schlüsselverzeichnis 2
04	Operationen-/Prozedurenschlüssel	M	≥ 3, ≤ 13	alphanum.	amtlicher Operationen-/Prozedurenschlüssel inkl. Sonderzeichen Bindestrich („-“) und Punkt („.“)
05	Lokalisation	m	1	alphanum.	Seitenlokalisierung: R – rechts L – links B – beidseitig
06	Anzahl	M	≤ 12	numerisch	Anzahl der Patienten, für die der Operationen-/Prozedurenschlüssel einschließlich ggf. der Lokalisation dokumentiert ist bzw. für die einzelne GO-Pen in Kombination mit dem Operationen-/Prozedurenschlüssel einschließlich ggf. der Lokalisation dokumentiert sind. Dabei ist ein Patient je

<b>Feld Nr.</b>	<b>Feld</b>	<b>Feldart</b>	<b>Anzahl Stellen</b>	<b>Feldeigenschaft</b>	<b>Inhalt/Erläuterung</b>
					OPS-Kode nach Feld 04 jeweils nur einmal zu zählen.

### **Erläuterung**

a) Zu Feld 06 (Anzahl)

Die Anzahl Patienten je OPS-Kode, ggf. Seitenlokalisierung und Abrechnungsquartal ist auf Basis des unveränderlichen Teils (Stellen 1-10) der lebenslangen Versichertennummer zu erfassen. Im vertragsärztlichen Bereich kann bei ein und derselben Operation an einer Person mehr als ein Behandlungs- bzw. Abrechnungsfall generiert werden (bspw. jeweils einer durch den operierenden Arzt und durch den Anästhesisten); damit die Fallzählung vergleichbar ist mit der bei ambulanten oder stationären Operationen am bzw. im Krankenhaus, werden die Leistungen der betreffenden Personen in einem Abrechnungsquartal auf der (Quartals-)Patientenebene zusammengeführt.

#### 4.5.2 Satzart QS\_AMB\_EBM\_VA\_GOP

Dateiinhalt:	
<p><b>Abgrenzung:</b> Einbezogen werden alle ambulanten Operationen im vertragsärztlichen Bereich gemäß den OPS-Kodes, die in dieser Anlage unter Nr. 3.1 gelistet sind, deren Abrechnungsquartal einem Berichtsquartal nach Abschnitt I Nr. 1 entspricht. Belegärztliche Operationen sind nicht einzubeziehen.</p> <p>Für einen Patienten mit mindestens einer entsprechenden Operation werden im jeweiligen Abrechnungsquartal der Operation alle abgerechneten Gebührenordnungspositionen geliefert, sofern sie in dieser Anlage unter Nr. 3.2 gelistet sind.</p> <p>Pro Abrechnungsquartal, Abrechnungs-IK, KV am Ort der Arztpraxis und GOP wird höchstens ein Datensatz geliefert.</p> <p><b>Primärschlüssel:</b> Die Kombination der Felder 01 bis 04 identifiziert einen Datensatz eindeutig.</p>	

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	17	alphanum.	konstant „QS_AMB_EBM_VA_GOP“
01	Abrechnungsquartal	M	5	numerisch	Abrechnungsquartal im Format JJJJQ
02	Abrechnungs-IK	M	9	alphanum.	Abrechnungs-IK der Krankenkasse gemäß Schlüsselverzeichnis 8a mit Gültigkeit für das Abrechnungsquartal
03	KV am Ort der Arztpraxis	M	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Arztpraxis gemäß Schlüsselverzeichnis 2
04	GOP	M	5	alphanum.	Erste fünf Stellen der Gebührenordnungsposition
05	Anzahl	M	≤ 12	numerisch	Leistungshäufigkeit der GOP

## **Entscheidungserhebliche Gründe**

### **zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 742. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu anlassbezogenen Datenlieferungen zu Operationen im vertragsärztlichen Bereich sowie zu ambulanten und vollstationären (einschließlich belegärztlichen) Operationen im Krankenhaus zur Evaluation der Zuschlagsleistungen des Abschnitts 31.2.20 EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2024**

---

#### **1. Rechtsgrundlage**

Mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 620. Sitzung wurde in Teil B mit Wirkung zum 1. Januar 2023 ein neuer Abschnitt 31.2.20 „Förderung der Ambulantisierung“ in den EBM aufgenommen. In einer Protokollnotiz zum Beschlussteil B wurde das Institut des Bewertungsausschusses mit einer Evaluation beauftragt. Zu diesem Zweck sind anlassbezogene Datenlieferungen zu Operationen im vertragsärztlichen Bereich sowie zu ambulanten und vollstationären (einschließlich belegärztlichen) Operationen im Krankenhaus für die im Abschnitt 31.2.20 EBM aufgeführten Operationen-/Prozedurenschlüssel erforderlich.

In seiner 706. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) hatte der Bewertungsausschuss die Lieferung der erforderlichen Datengrundlagen für die vorgesehene Evaluation beschlossen. Zwischenzeitlich wurde mit dem neu eingeführten § 115f SGB V die spezielle sektorengleiche Vergütung für ambulante Operationen im niedergelassenen Bereich und im Krankenhaus ab dem Quartal 1/2024 eingeführt (Hybrid-DRG). Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, die im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 706. Sitzung beschlossenen Datenlieferungen um Satzarten zu ambulanten Operationen, die über § 115f SGB V erbracht und vergütet werden, für die Berichtszeiträume der Quartale 1/2024 bis 4/2024 zu erweitern.

Dieser Beschluss ersetzt den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 706. Sitzung. Der Beschluss regelt das Nähere zu Umfang, Inhalt, Formaten, Lieferterminen und Übermittlungswegen der erforderlichen Datenlieferungen für die Berichtszeiträume der Quartale 1/2019 bis 4/2024.

## 2. Regelungsinhalte

Die Datenlieferung hat das Ziel, dem Institut eine Datengrundlage für die Evaluation der mit den sieben neuen Zuschlägen in Verbindung stehenden ambulanten Operationen anlassbezogen zur Verfügung zu stellen. Es sind unter anderem Auswertungen vorgesehen zur Entwicklung der Anzahl der ambulanten Operationen, dem Leistungsbedarf der abgerechneten Leistungen und der Anzahl der Behandlungsfälle. Zudem sollen Auswertungen erfolgen zu den abrechnenden Vertragsärzten und Krankenhausärzten. Informationen zu vollstationären Operationen sind notwendig, da außerdem der Anteil der ambulant erbrachten Leistungen an allen (ambulant und vollstationär) erbrachten Leistungen darzustellen ist. Für Operationen, welche nicht gemäß § 115f SGB V erbracht und vergütet werden, sind somit Datenlieferungen für drei Bereiche notwendig: ambulante Operationen im vertragsärztlichen Bereich, ambulante Operationen im Krankenhaus und vollstationäre Operationen im Krankenhaus (inklusive belegärztlicher Operationen).

Die Daten für die ambulanten Operationen im vertragsärztlichen Bereich werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen und, zu Zwecken der Qualitätssicherung, in aggregierter Form auch von den Krankenkassen geliefert. Sie enthalten für alle OPS-Kodes, auf die sich die sieben neuen Zuschläge beziehen, Informationen zu einer Auswahl von in dem Zusammenhang abgerechneten Leistungen, den abrechnenden Ärzten und Praxen und zum Alter der Patienten.

Die Daten für die ambulanten Operationen im Krankenhaus werden von den Krankenkassen geliefert und sind analog aufgebaut.

Ebenso von den Krankenkassen geliefert werden die Daten für die vollstationären Operationen im Krankenhaus. Für die entsprechenden Operationen werden u.a. Informationen zur Verweildauer und zur Altersgruppe der Patienten geliefert.

Um die Entwicklung der zugehörigen ambulanten Operationen beurteilen zu können, beziehen sich diese Datenlieferungen auf einen Zeitraum von 2019 bis 2024.

Die Daten für die ambulanten Operationen, welche ab 1/2024 gemäß § 115f SGB V erbracht und vergütet werden, werden von den Krankenkassen, getrennt nach Operationen im vertragsärztlichen Bereich und im Krankenhaus, geliefert. Sie ermöglichen die Fallzählung je OPS-Kode, u. a. gruppiert nach der Altersgruppe der Patienten.

Die Abrechnung von Leistungen nach § 115f SGB V durch die berechtigten Leistungserbringer kann auf verschiedenen Wegen erfolgen. Grundsätzlich können die Leistungen einerseits unmittelbar mit der Krankenkasse gemäß § 115f Absatz 3 Satz 2 SGB V abgerechnet werden. Andererseits kann eine mittelbare Abrechnung mit der Krankenkasse über die Beauftragung einer Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Dritten gemäß § 115f Absatz 3 Satz 3 SGB V erfolgen. Im Krankenhausbereich regelt die Hybrid-DRG-

Umsetzungsvereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft eine Abrechnung von Hybrid-DRG im Rahmen des Datenaustauschs nach § 301 Absatz 3 SGB V für Fälle gemäß § 115f SGB V des Kalenderjahres 2024. Im vertragsärztlichen Bereich sieht die Hybrid-DRG-Abrechnungsvereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in § 5 explizit eine Übergangsregelung für das Kalenderjahr 2024 vor. Damit ist eine Abrechnung über spezifische Abrechnungsziffern (Anlage 1 der Hybrid-DRG-Abrechnungsvereinbarung) im Rahmen der quartalsweisen Abrechnung mittels Formblatt 3 gemäß § 54 Absatz 2 BMV-Ä i.V.m. den Einzelfallnachweisen gemäß § 1 Absatz 2 Anlage 6 BMV-Ä möglich. Darüber hinaus sind zur Abrechnung von Leistungen nach § 115f SGB V im vertragsärztlichen Bereich im Kalenderjahr 2024 kassen(arten)spezifisch verschiedene KV-unabhängige Übergangslösungen der Datenübermittlung gemäß § 295 Absatz 1b SGB V implementiert worden oder die Abrechnung erfolgte über Papier. Für die Zusammenstellung der erforderlichen Satzarten führen die Krankenkassen die Informationen zu den abgerechneten Leistungen aus allen jeweils möglichen Abrechnungswegen zusammen.

Um eine klare Unterscheidung zwischen den ursprünglich mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 706. Sitzung beschlossenen und den neuen Satzarten zu gewährleisten, wird den Namen der bisherigen Satzarten jeweils die Abkürzung „EBM“ (Daten zu ambulanten Operationen, die über EBM vergütet werden) bzw. „DRG“ (Daten zu vollstationären Operationen) hinzugefügt. Zudem wurden im bisherigen Beschlusstext und bei einigen Satzarten Erläuterungen zur Begriffsverwendung und Präzisierungen angebracht, um eine möglichst einheitliche Erhebung von Daten aus zwei Sektoren sicherzustellen.

Die Satzarten enthalten keine personenbezogenen Daten. Eine Verknüpfung der pseudonymisierten Attribute mit den Pseudonymen anderer Datenlieferungen ist nicht möglich. Ebenso ist keine Verknüpfbarkeit der Satzarten zwischen den verschiedenen Bereichen dieser Datenlieferung vorgesehen.

### **3. Inkrafttreten**

Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. Oktober 2024 in Kraft.

## **Entscheidungserhebliche Gründe**

### **zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 742. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu anlassbezogenen Datenlieferungen zu Operationen im vertragsärztlichen Bereich sowie zu ambulanten und vollstationären (einschließlich belegärztlichen) Operationen im Krankenhaus zur Evaluation der Zuschlagsleistungen des Abschnitts 31.2.20 EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2024**

---

#### **1. Rechtsgrundlage**

Mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 620. Sitzung wurde in Teil B mit Wirkung zum 1. Januar 2023 ein neuer Abschnitt 31.2.20 „Förderung der Ambulantisierung“ in den EBM aufgenommen. In einer Protokollnotiz zum Beschlussteil B wurde das Institut des Bewertungsausschusses mit einer Evaluation beauftragt. Zu diesem Zweck sind anlassbezogene Datenlieferungen zu Operationen im vertragsärztlichen Bereich sowie zu ambulanten und vollstationären (einschließlich belegärztlichen) Operationen im Krankenhaus für die im Abschnitt 31.2.20 EBM aufgeführten Operationen-/Prozedurenschlüssel erforderlich.

In seiner 706. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) hatte der Bewertungsausschuss die Lieferung der erforderlichen Datengrundlagen für die vorgesehene Evaluation beschlossen. Zwischenzeitlich wurde mit dem neu eingeführten § 115f SGB V die spezielle sektorengleiche Vergütung für ambulante Operationen im niedergelassenen Bereich und im Krankenhaus ab dem Quartal 1/2024 eingeführt (Hybrid-DRG). Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, die im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 706. Sitzung beschlossenen Datenlieferungen um Satzarten zu ambulanten Operationen, die über § 115f SGB V erbracht und vergütet werden, für die Berichtszeiträume der Quartale 1/2024 bis 4/2024 zu erweitern.

Dieser Beschluss ersetzt den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 706. Sitzung. Der Beschluss regelt das Nähere zu Umfang, Inhalt, Formaten, Lieferterminen und Übermittlungswegen der erforderlichen Datenlieferungen für die Berichtszeiträume der Quartale 1/2019 bis 4/2024.

## 2. Regelungsinhalte

Die Datenlieferung hat das Ziel, dem Institut eine Datengrundlage für die Evaluation der mit den sieben neuen Zuschlägen in Verbindung stehenden ambulanten Operationen anlassbezogen zur Verfügung zu stellen. Es sind unter anderem Auswertungen vorgesehen zur Entwicklung der Anzahl der ambulanten Operationen, dem Leistungsbedarf der abgerechneten Leistungen und der Anzahl der Behandlungsfälle. Zudem sollen Auswertungen erfolgen zu den abrechnenden Vertragsärzten und Krankenhausärzten. Informationen zu vollstationären Operationen sind notwendig, da außerdem der Anteil der ambulant erbrachten Leistungen an allen (ambulant und vollstationär) erbrachten Leistungen darzustellen ist. Für Operationen, welche nicht gemäß § 115f SGB V erbracht und vergütet werden, sind somit Datenlieferungen für drei Bereiche notwendig: ambulante Operationen im vertragsärztlichen Bereich, ambulante Operationen im Krankenhaus und vollstationäre Operationen im Krankenhaus (inklusive belegärztlicher Operationen).

Die Daten für die ambulanten Operationen im vertragsärztlichen Bereich werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen und, zu Zwecken der Qualitätssicherung, in aggregierter Form auch von den Krankenkassen geliefert. Sie enthalten für alle OPS-Kodes, auf die sich die sieben neuen Zuschläge beziehen, Informationen zu einer Auswahl von in dem Zusammenhang abgerechneten Leistungen, den abrechnenden Ärzten und Praxen und zum Alter der Patienten.

Die Daten für die ambulanten Operationen im Krankenhaus werden von den Krankenkassen geliefert und sind analog aufgebaut.

Ebenso von den Krankenkassen geliefert werden die Daten für die vollstationären Operationen im Krankenhaus. Für die entsprechenden Operationen werden u.a. Informationen zur Verweildauer und zur Altersgruppe der Patienten geliefert.

Um die Entwicklung der zugehörigen ambulanten Operationen beurteilen zu können, beziehen sich diese Datenlieferungen auf einen Zeitraum von 2019 bis 2024.

Die Daten für die ambulanten Operationen, welche ab 1/2024 gemäß § 115f SGB V erbracht und vergütet werden, werden von den Krankenkassen, getrennt nach Operationen im vertragsärztlichen Bereich und im Krankenhaus, geliefert. Sie ermöglichen die Fallzählung je OPS-Kode, u. a. gruppiert nach der Altersgruppe der Patienten.

Die Abrechnung von Leistungen nach § 115f SGB V durch die berechtigten Leistungserbringer kann auf verschiedenen Wegen erfolgen. Grundsätzlich können die Leistungen einerseits unmittelbar mit der Krankenkasse gemäß § 115f Absatz 3 Satz 2 SGB V abgerechnet werden. Andererseits kann eine mittelbare Abrechnung mit der Krankenkasse über die Beauftragung einer Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Dritten gemäß § 115f Absatz 3 Satz 3 SGB V erfolgen. Im Krankenhausbereich regelt die Hybrid-DRG-

Umsetzungsvereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft eine Abrechnung von Hybrid-DRG im Rahmen des Datenaustauschs nach § 301 Absatz 3 SGB V für Fälle gemäß § 115f SGB V des Kalenderjahres 2024. Im vertragsärztlichen Bereich sieht die Hybrid-DRG-Abrechnungsvereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in § 5 explizit eine Übergangsregelung für das Kalenderjahr 2024 vor. Damit ist eine Abrechnung über spezifische Abrechnungsziffern (Anlage 1 der Hybrid-DRG-Abrechnungsvereinbarung) im Rahmen der quartalsweisen Abrechnung mittels Formblatt 3 gemäß § 54 Absatz 2 BMV-Ä i.V.m. den Einzelfallnachweisen gemäß § 1 Absatz 2 Anlage 6 BMV-Ä möglich. Darüber hinaus sind zur Abrechnung von Leistungen nach § 115f SGB V im vertragsärztlichen Bereich im Kalenderjahr 2024 kassen(arten)spezifisch verschiedene KV-unabhängige Übergangslösungen der Datenübermittlung gemäß § 295 Absatz 1b SGB V implementiert worden oder die Abrechnung erfolgte über Papier. Für die Zusammenstellung der erforderlichen Satzarten führen die Krankenkassen die Informationen zu den abgerechneten Leistungen aus allen jeweils möglichen Abrechnungswegen zusammen.

Um eine klare Unterscheidung zwischen den ursprünglich mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 706. Sitzung beschlossenen und den neuen Satzarten zu gewährleisten, wird den Namen der bisherigen Satzarten jeweils die Abkürzung „EBM“ (Daten zu ambulanten Operationen, die über EBM vergütet werden) bzw. „DRG“ (Daten zu vollstationären Operationen) hinzugefügt. Zudem wurden im bisherigen Beschlusstext und bei einigen Satzarten Erläuterungen zur Begriffsverwendung und Präzisierungen angebracht, um eine möglichst einheitliche Erhebung von Daten aus zwei Sektoren sicherzustellen.

Die Satzarten enthalten keine personenbezogenen Daten. Eine Verknüpfung der pseudonymisierten Attribute mit den Pseudonymen anderer Datenlieferungen ist nicht möglich. Ebenso ist keine Verknüpfbarkeit der Satzarten zwischen den verschiedenen Bereichen dieser Datenlieferung vorgesehen.

### **3. Inkrafttreten**

Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. Oktober 2024 in Kraft.