

**Katalog ambulant durchführbarer
Operationen und sonstiger
stationersetzender Eingriffe
gemäß § 115b SGB V
im Krankenhaus**

Stand: 01.01.2020

P r ä a m b e l

Gemäß § 21 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V haben die Vertragspartner die Umsetzung erforderlicher Anpassungen der Prozedurenklassifikation (OPS) im Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe vorzunehmen. Der Katalog wurde auf den neuen OPS Version 2020 übergeleitet und tritt zum 01.01.2020 in Kraft. Grundlage waren die vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) bereitgestellten Überleitungen des OPS 2019 auf den OPS 2020. Sofern ein OPS-Kode aus dem Katalog nach § 115b Abs. 1 SGB V auf mehrere OPS-Kodes übergeleitet wurde, erfolgte die Aufnahme derjenigen OPS-Kodes, die nach Prüfung hinsichtlich ambulanter Durchführbarkeit und der sich aus dem EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) ergebenden Vorgaben sinnvoll erschienen. Neben der reinen Überleitung erfolgten zudem erforderliche Anpassungen an den EBM.

Ergänzend zu dem überarbeiteten Katalog treten kontinuierlich Anpassungen zum EBM in Kraft. Diese führen in Einzelfällen zu einer abweichenden Vergütung und sind dem jeweils gültigen EBM zu entnehmen.

Zur Leistungserbringung nach § 115b Abs. 1 SGB V teilen die Krankenhäuser nach § 1 Abs. 1 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V den zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen und Verbänden der Ersatzkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Zulassungsausschüssen in maschinenlesbaren Mitteilungen diejenigen Leistungen mit, die in diesem Krankenhaus ambulant durchgeführt werden sollen.

Der bisherige Aufbau des Kataloges wurde nicht verändert.

Der Katalog gliedert sich aus Gründen der Übersichtlichkeit und der EBM-Systematik in folgende drei Abschnitte:

1) Abschnitt 1

Abschnitt 1 beinhaltet ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe gem. § 115b SGB V, die im Anhang 2 des EBM enthalten sind. Hier finden sich ausschließlich Angaben zu OPS-Kodes sowie die Zuordnungen in die Kategorien 1 und 2. Abrechnungsgrundlage ist der jeweils gültige EBM. Die Anpassung des Anhangs 2 des EBM an den OPS 2020 tritt zum 01.04.2020 in Kraft. Die Abrechnung der Leistungen des AOP-Kataloges erfolgt auf der Grundlage des jeweils zum Zeitpunkt der Leistungserbringung gültigen Anhangs 2 des EBM. Für die mit den Fußnoten (*1) und (*2) gekennzeichneten Leistungen ist bis zum Zeitpunkt der Anpassung des Anhangs 2 des EBM an den OPS 2020 die in der jeweiligen Fußnote angegebene Kategorie gemäß der ebenfalls in der jeweiligen Fußnote angegebenen Gebührenordnungsposition des Abschnitts 31.2 des EBM abzurechnen. Die Leistungen sind im AOP-Katalog farblich hervorgehoben. Für die Operationen und Eingriffe des Abschnittes 1 gilt die Leistungsbeschreibung des OPS.

2) Abschnitt 2

Abschnitt 2 beinhaltet ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe gem. § 115b SGB V, die im EBM außerhalb des Anhangs 2 zu Kapitel 31 aufgeführt sind. Hier finden sich im Gegensatz zu Abschnitt 1 neben dem OPS und den Kategorien auch Angaben über die dazugehörigen EBM-Leistungen. Dies ergibt sich aus dem Umstand, dass für diese Leistungen im EBM keine eindeutige Zuordnung von OPS-Kodes zu EBM-Ziffern existiert. Für die Operationen und Eingriffe des Abschnittes 2 gilt die Leistungsbeschreibung des OPS.

3) Abschnitt 3

Abschnitt 3 enthält ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Leistungen gem. § 115b SGB V ohne OPS-Zuordnung. D.h. hier werden ausschließlich EBM-Leistungen aufgeführt. Aufgrund inhaltlicher Differenzen in der Leistungsbeschreibung von EBM und OPS wurde auf eine Zuordnung von OPS-Kodes zu den einzelnen EBM-Leistungen verzichtet. Für die Operationen und Eingriffe des Abschnittes 3 gilt die Leistungsbeschreibung des EBM.

Kategorien

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

Anmerkungen zum AOP-Katalog 2020 entsprechend Protokollnotiz zur Sitzung der AG Katalog nach § 115b SGB V am 03.11.2006

1. Die Vertragspartner sind sich darin einig, dass für die ambulante Abrechnung nach § 115b SGB V, der in Anhang 2 zum EBM nicht aufgeführten OPS-Kodes:

5-801.g8	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung, mechanisch (Chondroplastik): Radiokarpalgelenk
5-801.g9	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung, mechanisch (Chondroplastik): Ulnakarpalgelenk

die Kodierung über den in Anhang 2 zum EBM enthaltenen OPS-Kode:

5-801.g7	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung, mechanisch (Chondroplastik): Handgelenk n.n.bez.
----------	--

erfolgen kann.

Weiterhin sind sich die Vertragspartner darin einig, dass für die ambulante Abrechnung nach § 115b SGB V, der in Anhang 2 zum EBM nicht aufgeführten OPS-Kodes:

5-801.h8	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knochenöffnung (z.B. Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Radiokarpalgelenk
5-801.h9	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knochenöffnung (z.B. Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Ulnakarpalgelenk

die Kodierung über den in Anhang 2 zum EBM enthaltenen OPS-Kode:

5-801.h7	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knochenöffnung (z.B. Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Handgelenk n.n.bez.
----------	---

erfolgen kann.

Diese Regelung ergibt sich aufgrund der unterschiedlichen Kodiervorgaben für Krankenhausärzte und Vertragsärzte.

Abschnitt 3: Ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe gemäß § 115b SGB V des EBM ohne OPS-Zuordnung

EBM-Nr.	EBM-Leistung	Kategorie (¹)
01857	Beobachtung und Betreuung nach Sterilisation	
08541	Ultraschallgezielte und/oder laparoskopische Eizellentnahme	1 (Es gelten die Vorgaben des § 121 a SGB V.)
08550	In-vitro-Fertilisation (IVF) mit anschließendem Embryo-Transfer (ET), ggf. als Zygotenttransfer und/oder als intratubarer Embryo-Transfer (EIFT)	1 (Es gelten die Vorgaben des § 121 a SGB V.)
08551	Maßnahmen zur In-vitro-Fertilisation (IVF) entsprechend der Gebührenordnungsposition 08550 bis zum Ausbleiben der Zellteilung	1 (Es gelten die Vorgaben des § 121 a SGB V.)
08552	Maßnahmen zur In-vitro-Fertilisation (IVF) entsprechend der Gebührenordnungspositionen 08550 bzw. 08560 bis frühestens zwei Tage vor der geplanten Follikelpunktion, vom ersten Zyklustag bis zum Tag des Abbruchs	1 (Es gelten die Vorgaben des § 121 a SGB V.)
08560	In-vitro-Fertilisation (IVF) mit anschließendem Embryo-Transfer (ET), einschl. intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI), ggf. als Zygotenttransfer und/oder als intratubarer Embryo-Transfer (EIFT)	1 (Es gelten die Vorgaben des § 121 a SGB V.)
08561	Maßnahmen zur In-vitro-Fertilisation (IVF) einschl. intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI) entsprechend der Gebührenordnungsposition 08560 bis zum Ausbleiben der Zellteilung	1 (Es gelten die Vorgaben des § 121 a SGB V.)
31900	Praktische Schulung	
31920	Kontraktionsmobilisierung	2
31930	Behandlung mit einer orofazialen Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtung	
31932	Behandlung mit einer orthopädischen Stütz-, Halte- und/oder Hilfsvorrichtung	Hand oder Fuß: 1, Hüfte: 2
31941	Abdrücke und Modelle I	
31942	Abdrücke und Modelle II	
31943	Abdrücke und Modelle III	
31944	Abdrücke und Modelle IV	
31945	Abdrücke und Modelle V	
31946	Abdrücke und Modelle VI	
34297	Embolisations- und/oder Sklerosierungsbehandlung von Varikozelen	2
01851	Untersuchung zur Durchführung des operativen Eingriffs bei Sterilisation	

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