

## **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 2015 übergeleitet und tritt zum 19.01.2015 in Kraft. Grundlage waren die vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) bereitgestellten Überleitungen des OPS 2014 auf den OPS 2015. Sofern ein OPS-Code 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 wurden zudem erforderliche Anpassungen an den EBM umgesetzt.

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. § 115 b SGB V, die im EBM in Anhang 2 zu Kapitel 31 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 2015 tritt erneut erst zum 01.04.2015 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),(\*2),(\*3),(\*4),(\*5),(\*6),(\*7) oder (\*8) gekennzeichneten Leistungen ist bis zum Zeitpunkt der Anpassung des Anhangs 2 des EBM an den OPS 2015 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. § 115 b 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. § 115 b 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 § 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.