

Ergänzende Hinweise zum Katalog nach § 115b Abs. 1 SGB V (AOP-Katalog) zum 01.01.2023

I. AOP-Katalog

DKG, KBV und GKV-SV haben sich auf einen Vertrag zur Durchführung ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen gem. § 115b Abs. 1 SGB V inklusive der dazugehörigen Anlagen (Anlage 1 AOP-Katalog, Anlage 2 Kontextfaktoren) mit Wirkung zum 01. Januar 2023 verständigt.

In den AOP-Katalog (Anlage 1 zum AOP-Vertrag) wurden in den Abschnitten 1 und 2 insgesamt 208 neue OPS-Kodes aufgenommen.

Darunter befinden sich 119 OPS-Kodes, die bereits im Anhang 2 des EBM enthalten waren und neu in den Abschnitt 1 des AOP-Kataloges integriert wurden. Für diese 119 OPS-Kodes lag bereits eine Vergütung auf Grundlage des EBM vor. Weiterhin wurden 35 neue OPS-Kodes in den AOP-Katalog aufgenommen, die bis Ende 2022 nicht Bestandteil des Anhangs 2 des EBM waren. Die Vertragspartner haben sich darauf verständigt, diese 35 OPS-Kodes in den Anhang 2 des EBM aufzunehmen. Für diese 35 OPS-Kodes erfolgte im Rahmen der AOP-Verhandlungen eine Bewertungszuordnung durch Zuweisung von Zeitkategorien des Anhang 2 des EBM, welche daraufhin durch den Bewertungsausschuss übernommen wurden. Somit wurden insgesamt 154 OPS-Kodes neu in den Abschnitt 1 des AOP-Katalogs aufgenommen.

Darüber hinaus wurden 54 neue OPS-Kodes in den Abschnitt 2 des AOP-Katalogs aufgenommen. Leistungen des Abschnitt 2 werden nicht über den Anhang 2 EBM einer EBM-Gebührenordnungsposition zugeordnet, sondern für diese Leistungen werden EBM-Gebührenordnungspositionen außerhalb Anhang 2 EBM zur Vergütungsabbildung herangezogen. Eine Zuordnung dieser neu aufgenommenen OPS-Kodes zu Gebührenordnungspositionen erfolgte im Rahmen der dreiseitigen Verhandlungen.

Infolge einer zum Teil differenzierten Abbildung von OPS-Kodes mit Angaben zur Seitenlokalisierung im Anhang 2 EBM wurden technisch bedingt einige OPS-Kodes mehrfach aufgenommen.

Alle neu in den Abschnitten 1 und 2 aufgenommenen OPS-Kodes sind gelb hinterlegt.

In den Abschnitt 3 wurden keine neuen Leistungen aufgenommen.

Für die bereits bisher im AOP-Katalog 2022 enthaltenen OPS-Kodes ergaben sich durch die Überleitung auf den OPS 2023 keine Änderungen der OPS-Texte. Ebenso erfolgten keine Differenzierungen von bereits im AOP-Katalog 2022 enthaltenen OPS-Kodes im Rahmen der Anpassungen der Operationen- und Prozedurenschlüssel für 2023.

II. Kontextfaktoren

Die bisher im AOP-Vertrag enthaltenen G-AEP-Kriterien werden durch den zwischen dem GKV-SV und der DKG neu vereinbarten, gemeinsamen Katalog von Kontextfaktoren (Anlage 2 zum AOP-Vertrag) abgelöst und sind somit Teil des AOP-Vertrages.

In diesem Zusammenhang wurden die bisher im AOP-Katalog hinterlegten Kategorieneinteilungen (1 = in der Regel ambulant erbringbar; 2 = sowohl ambulant als auch stationär erbringbar) aufgelöst. Die Kontextfaktoren dienen der Begründung einer stationären Durchführung von Leistungen, die in der Regel ambulant erbracht werden können.

Bei der Entwicklung der Kontextfaktoren haben sich die Verhandlungspartner maßgeblich an den Empfehlungen des IGES-Gutachtens orientiert. Die Kontextfaktoren umfassen mehrere Bestandteile, die den einzelnen Tabellenblättern der Excel-Arbeitsmappe (Anlage 2 zum AOP-Vertrag) zu entnehmen sind:

- K6 2023 ICD nicht ambulant
- K2 2023 OPS stationär
- Funktionseinschränkungen

- Pflegegrad
- Beatmung
- untere Altersgrenze
- OPS-bezogene Sonderregelungen in Form von Übergangsregelungen. Diese beziehen sich auf ophthalmologische Eingriffe (Beidseits, Ophthalm. Begleiterkrankungen)

Liegen abweichend von den in Anlage 2 genannten Kontextfaktoren medizinische Gründe oder soziale Gründe vor, die dazu führen, dass die Versorgung des Patienten in der Häuslichkeit nicht sichergestellt werden kann und dadurch der medizinische Behandlungserfolg gefährdet ist, so sind diese Gründe bei einer stationären Durchführung der Leistung nach Anlage 1 fallindividuell darzustellen.

Die Kontextfaktoren sind vom Krankenhaus zu dokumentieren und im Rahmen der Abrechnung eines vollstationären Krankenhaufalles zu übermitteln.

Vertraglich wurde vereinbart, dass die Anwendung der Kontextfaktoren bis spätestens 31. Dezember 2024 evaluiert und auf dieser Grundlage eine Weiterentwicklung der Kontextfaktoren vorgenommen werden wird.

Siehe hierzu auch § 8 *Allgemeine Tatbestände, bei deren Vorliegen die stationäre Durchführung von Leistungen gemäß Anlage I erforderlich sein kann (Kontextfaktoren)* im AOP-Vertrag.

III. Weiterhin gültige Regelungen

Anmerkungen zum AOP-Katalog 2023 entsprechend Protokollnotiz zur Sitzung der AG Katalog nach § 115b SGB V am 03.11.2006

Die Anmerkungen zum AOP-Katalog sind weiterhin gültig. Die dort aufgeführten Regelungen zur ambulanten Abrechnung von Eingriffen im Handgelenksbereich bleiben aufgrund der nach wie vor bestehenden unterschiedlichen Kodiervorgaben für Krankenhausärzte und Vertragsärzte unverändert.

Osteosynthesen durch Materialkombinationen bzw. Repositionen von Frakturen durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese

Für die Kodierung von Osteosynthesen durch Materialkombinationen bzw. durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche und Fraktur-repositionen durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese gelten in der ambulanten und stationären Versorgung nach wie vor unterschiedliche Vorgaben. Wenn diese Eingriffe im Rahmen des ambulanten Operierens nach § 115b SGB V durchgeführt werden, müssen die entsprechenden (gleichnamigen) Codes verwendet werden. Dies gilt für den gesamten OPS-Bereich 5-79 „Reposition von Fraktur und Luxation“ und somit für alle im AOP-Katalog enthaltenen Codes aus diesem Bereich. Im Geltungsbereich des G-DRG-Systems sind bei Kombinationen von Osteosynthesematerialien während eines Eingriffs alle Komponenten einzeln zu kodieren.

Anke Wittrich
Dezernat V - Medizin I
DKG