

## Ergänzende Hinweise zur Anpassung des Kataloges nach § 115b Abs. 1 SGB V (AOP-Katalog) zum 01.01.2020

### Katalog Abschnitt 1

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 455. Sitzung am 11.12.2019 beschlossen, dass die Anpassung des Anhangs 2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) an den OPS wie in den vergangenen Jahren verspätet (zum 01.04.2020) in Kraft tritt. Die DKG gehört dem Bewertungsausschuss nicht an. Da der EBM die Abrechnungsgrundlage für das ambulante Operieren nach § 115b Abs. 1 SGB darstellt, musste deshalb für die im Rahmen der Anpassung der Operationsschlüssel des AOP-Katalogs für das Jahr 2020 neu in den Abschnitt 1 aufzunehmenden Codes erneut eine Klarstellung zur EBM-Abrechnung vorgenommen werden. Alle neu aufgenommenen Codes wurden in der Katalogdatei wieder farblich unterlegt und mit einer Fußnote versehen. Diese enthält die bis zur Anpassung des Anhangs 2 des EBM an den OPS 2020 für die jeweilige Leistung zutreffende EBM-Kategorie und die entsprechend abzurechnende EBM-Gebührenordnungsposition.

### Überleitung von OPS Version 2019 auf OPS Version 2020

#### 1. Tonsillektomie

Im OPS 2020 wurde zur besseren Abbildbarkeit der Tonsillotomie mit Adenotomie ein neuer Code (5-282.1) eingeführt, welcher sich aus dem bereits im OPS-Katalog 2019 sowie im Anhang 2 des EBM enthaltenen Code 5-281.5 ableitet. Beide OPS-Codes werden erstmalig im Jahr 2020 in den Abschnitt 1 des AOP-Kataloges aufgenommen:

| OPS-Kode 2020 | Zusatzkennzeichen 2020 | OPS-Text 2020   | Kategorie 2020 |
|---------------|------------------------|---|----------------|
| 5-281.5       |                        | Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Partuell, transoral<br><i>Inkl.:</i> Tonsillotomie  | 2              |
| 5-282.1       |                        | Tonsillektomie mit Adenotomie: Partuell, transoral<br><i>Inkl.:</i> Tonsillotomie mit Adenotomie<br><i>Hinw.:</i> Dieser Code ist im Geltungsbereich des G-DRG-Systems (§ 17b KHG) nicht zu verwenden. Dafür ist bei einer partiellen Tonsillektomie mit gleichzeitiger Adenotomie der Code <a href="#">5-281.5</a> zusammen mit einem Code aus <a href="#">5-285 ff.</a> anzugeben | 2              |

## 2. Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase

Durch die Differenzierung des OPS-Kodes zur Exzision von (erkranktem) Gewebe der Harnblase in fluoreszenzgestützte und nicht fluoreszenzgestützte Exzisionen wurden neue OPS-Kodes geschaffen und der betreffende OPS-Code von Abschnitt 2 in den Abschnitt 1 des AOP-Kataloges überführt. Hierdurch ergeben sich im AOP-Katalog folgende Änderungen:

| OPS-Kode 2019 | Zusatzkennzeichen 2019 | Katalog Abschnitt | OPS-Text 2019  | Kategorie 2019 |
|---------------|------------------------|-------------------|--|----------------|
| 5-573.2       |                        | 2                 | Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Exzision | 1              |

| OPS-Kode 2020 | Zusatzkennzeichen 2020 | Katalog Abschnitt | OPS-Text 2020   | Kategorie 2020 |
|---------------|------------------------|-------------------|---|----------------|
| 5-573.20      |                        | 1                 | Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Exzision: Nicht fluoreszenzgestützt | 1              |

## 3. Streichungen

Nachfolgende OPS-Kodes sind im AOP-Katalog 2020 nicht mehr enthalten:

| OPS-Kode 2019 | Zusatzkennzeichen 2019 | Katalog Abschnitt | OPS-Text 2019   | Kategorie 2019 |
|---------------|------------------------|-------------------|---|----------------|
| 5-534.31      |                        | 1                 | Verschluss einer Hernia umbilicalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal | 2              |
| 5-897.1       |                        | 1                 | Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis: Plastische Rekonstruktion  | 2              |

## 4. Textänderungen

Neben den hier aufgeführten Codeänderungen bzw. – ergänzungen ergaben sich durch den OPS 2020 für einige AOP-Katalogleistungen Änderungen der OPS-Texte. Bezüglich der Leistungsinhalte blieben die jeweiligen Codes jedoch unverändert. Nähere Informationen zu den einzelnen OPS-Textänderungen können den Tabellen „Übersicht Änderungen AOP-Katalog Abschnitt 1 2019 vs. 2020“ und „Übersicht Änderungen AOP-Katalog Abschnitt 2 2019 vs. 2020“ entnommen werden.

Diese Tabelle enthält detaillierte Informationen zu allen für das Jahr 2020 vorgenommenen Anpassungen von Operationsschlüsseln des AOP-Kataloges.

## Katalog Abschnitt 2

In Abschnitt 2 des AOP-Katalogs erfolgte im Rahmen der Anpassung der Operationsschlüssel zusätzlich zu den bereits beschriebenen Änderungen die Streichung des OPS-Kodes **8-836.wk** **Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Atherektomie unter peripherem Embolieschutz: Arterien Oberschenkel**. Dieser Leistungsinhalt wird entsprechend der offiziellen Überleitung des DIMDI ab dem Jahr 2020 über den ebenfalls im Abschnitt 2 des AOP-Kataloges enthaltenen OPS-Kode **8-836.k** (**Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Atherektomie: Arterien Oberschenkel**) abgebildet.

## Katalog Abschnitt 3

Im Rahmen der EBM-Weiterentwicklung ergeben sich auf Grundlage eines in der 455. Sitzung des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V am 11. Dezember 2019 gefassten Beschlusses durch die Differenzierung korporaler und extrakorporaler Maßnahmen reproduktionsmedizinischer Leistungen für Abschnitt 3 weitreichende Änderungen. Neben der inhaltlichen Überarbeitung der GOP **08550** werden mit Wirkung zum 01.04.2020 die EBM-Ziffern der fünf reproduktionsmedizinischen Komplexleistungen **08541**, **08551**, **08552**, **08560** und **08561** gestrichen und durch die neuen EBM-Ziffern **08535**, **08537**, **08539**, **08555** und **08558** ersetzt. Hierdurch ergeben sich im AOP-Katalog folgende Änderungen:

| EBM 01/2020 | Katalog Abschnitt | EBM-Text 01/2020   | Kategorie 01/2020                             |
|-------------|-------------------|--|---|
| 08541       | 3                 | Ultraschallgezielte und/oder laparoskopische Eizellentnahme  | 1 (Es gelten die Vorgaben des § 121 a SGB V.) |
| 08550       | 3                 | In-vitro-Fertilisation (IVF) mit anschließendem Embryo-Transfer (ET), ggf. als Zygotentransfer und/oder als intratubarer Embryo-Transfer (EIFT)  | 1 (Es gelten die Vorgaben des § 121 a SGB V.) |
| 08551       | 3                 | 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       | 3                 | 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       | 3                 | In-vitro-Fertilisation (IVF) mit anschließendem Embryo-Transfer (ET), einschl. intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI), ggf. als Zygotentransfer und/oder als intratubarer Embryo-Transfer (EIFT)          | 1 (Es gelten die Vorgaben des § 121 a SGB V.) |
| 08561       | 3                 | 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.) |

| EBM ab 04/2020 | Katalog Abschnitt | EBM-Text ab 04/2020  | Kategorie ab 04 /2020                         |
|----------------|-------------------|--|---|
| 08535          | 3                 | Stimulationsbehandlung zur In-Vitro-Fertilisation (IVF), Intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) oder zum intratubaren Gametentransfer (GIFT), einmal im Zyklusfall  | 1 (Es gelten die Vorgaben des § 121 a SGB V.) |
| 08537          | 3                 | Ultraschallgezielte und/oder laparoskopische Follikelpunktion zur intendierten Eizellentnahme im Zusammenhang mit Nr. 10.3, 10.4, und 10.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung, einmal im Zyklusfall   | 1 (Es gelten die Vorgaben des § 121 a SGB V.) |
| 08539          | 3                 | Identifizierung von Eizelle(n) in der Follikelflüssigkeit und Beurteilung der Reifestadien der Eizelle(n), nach Durchführung einer ultraschallgezielten und/oder einer laparoskopischen Follikelpunktion entsprechend der Gebührenordnungsposition 08537, einmal im Zyklusfall   | 1 (Es gelten die Vorgaben des § 121 a SGB V.) |
| 08550          | 3                 | Extrakorporale Befruchtung mit natürlicher Eizell-Spermien Interaktion (In-vitro-Fertilisation (IVF)), inklusive Kultivierung bis zum Embryo-Transfer (ET) gemäß Nr. 10.3 der Richtlinien über künstliche Befruchtung, einschl. aller zur Durchführung erforderlichen Leistungen im Zyklusfall außer den Maßnahmen nach Nr. 12.1, 12.2. und 12.6, einschl. der Kosten für Nährmedien, einmal im Zyklusfall | 1 (Es gelten die Vorgaben des § 121 a SGB V.) |
| 08555          | 3                 | Extrakorporale Befruchtung mittels intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI), einschl. Kultivierung, gemäß Nr. 10.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung, einschl. aller zur Durchführung erforderlichen extrakorporalen Leistungen im Zyklusfall außer den Maßnahmen nach Nr. 12.1, 12.2 und 12.6, einschl. der Kosten für Nährmedien, einmal im Zyklusfall                                  | 1 (Es gelten die Vorgaben des § 121 a SGB V.) |
| 08558          | 3                 | Embryo-Transfer (ET), ggf. als Zygotenttransfer und/oder als intratubarer Embryo-Transfer (EIFT) oder intratubarer Gameten Transfer (GIFT), einschl. der Kosten für Nährmedien und Transferkatheter, einmal im Zyklusfall  | 1 (Es gelten die Vorgaben des § 121 a SGB V.) |

### Weiterhin gültige Regelungen

#### **Anmerkungen zum AOP-Katalog 2020 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.