

Ergänzende Hinweise zur OPS-Überleitung des Kataloges nach § 115 b SGB V (AOP-Katalog) zum 01.01.2010

Katalog-Abschnitt 1

1. Für Arthrodesen von Kleinzehengelenken sieht der OPS 2010 eine Unterscheidung nach der Anzahl der betroffenen Gelenke vor. Der in Abschnitt 1 des AOP-Kataloges enthaltene Code 5-808.b2 wurde folgendermaßen übergeleitet:

OPS-Kode 2009	Zusatzkennzeichen 2009	OPS-Text 2009	Kategorie 2009
5-808.b2	↔	Arthrodese: Zehengelenk: Kleinzehengelenk	1

OPS-Kode 2010	Zusatzkennzeichen 2010	OPS-Text 2010	Kategorie 2010
5-808.b2	↔	Arthrodese: Zehengelenk: Kleinzehengelenk, 1 Gelenk	1
5-808.b3	↔	Arthrodese: Zehengelenk: Kleinzehengelenk, 2 Gelenke	1
5-808.b4	↔	Arthrodese: Zehengelenk: Kleinzehengelenk, 3 Gelenke	2
5-808.b5	↔	Arthrodese: Zehengelenk: Kleinzehengelenk, 4 Gelenke	2

2. Für die Kodierung von Verlängerungen, Verkürzungen, Transpositionen und Transplantatentfernungen bei Sehnen am Fuß differenziert der OPS 2010 zwischen den Lokalisationen „Rückfuß und Fußwurzel“ und „Mittelfuß und Zehen“. Hiervon sind vier Codes aus Abschnitt 1 des AOP-Kataloges betroffen.

Details zu den betroffenen Codes und den entsprechenden OPS-Überleitungen können den beiden folgenden Tabellen entnommen werden:

Anlage zum Rundschreiben 449/2009 vom 14.12.2009

OPS-Kode 2009	Zusatzkennzeichen 2009	OPS-Text 2009	Kategorie 2009
5-854.0a	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Verlängerung: Fuß	2
5-854.1a	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Verkürzung: Fuß	2
5-854.2a	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Transposition: Fuß	2
5-854.9a	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Transplantatentfernung: Fuß	2

OPS-Kode 2010	Zusatzkennzeichen 2010	OPS-Text 2010	Kategorie 2010
5-854.0b	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Verlängerung: Rückfuß und Fußwurzel	2
5-854.0c	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Verlängerung: Mittelfuß und Zehen	2
5-854.1b	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Verkürzung: Rückfuß und Fußwurzel	2
5-854.1c	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Verkürzung: Mittelfuß und Zehen	2
5-854.2c	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Verkürzung: Mittelfuß und Zehen	2
5-854.9b	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Transplantatentfernung: Rückfuß und Fußwurzel	2
5-854.9c	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Transplantatentfernung: Mittelfuß und Zehen	2

3. Über die ab dem Jahr 2010 geltenden unterschiedlichen Vorgaben für die Kodierung von **Osteosynthesen durch Materialkombinationen bzw. durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche** in der ambulanten und stationären Versorgung wurde bereits mehrfach informiert. Hiervon betroffen ist der gesamte **OPS-Bereich 5-79 „Reposition von Fraktur und Luxation“** und somit auch alle im AOP-Katalog enthaltenen Leistungen aus diesem Bereich.

Um Mißverständnisse zu vermeiden wird nochmals darauf hingewiesen, dass für die Verschlüsselung von im Rahmen des ambulanten Operierens nach § 115b SGB V erbrachten Leistungen die Codes für Materialkombinationen verwendet werden müssen. Im stationären Bereich hingegen sind bei Kombination von Osteosyntheseverfahren während eines Eingriffs alle Komponenten einzeln zu kodieren.

Katalog-Abschnitt 2

1. Für **Atherektomien unter peripherem Embolieschutz an Gefäßen des Oberschenkels** wurde im OPS 2010 ein spezifischer Code eingeführt. Dies hat folgende Auswirkungen auf Abschnitt 2 des AOP-Kataloges:

OPS-Kode 2009	Zusatzkennzeichen 2009	OPS-Text 2009	Kategorie 2009
8-836.3b	↔	Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Atherektomie: Gefäße Oberschenkel	2

OPS-Kode 2010	Zusatzkennzeichen 2010	OPS-Text 2010	Kategorie 2010
8-836.3b	↔	Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Atherektomie: Gefäße Oberschenkel	2
8-836.wb	↔	Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Atherektomie unter peripherem Embolieschutz: Gefäße Oberschenkel	2

Anmerkungen zum AOP-Katalog 2010 entsprechend Protokollnotiz zur Sitzung der AG Katalog nach § 115 b SGB V am 03.11.2006

Die oben genannte Protokollnotiz wurde für das Jahr 2010 angepasst und ist weiterhin gültig.

Zu 1.: Die in der Protokollnotiz aufgeführten unterschiedlichen Kodiervorgaben für Krankenhausärzte und Vertragsärzte bleiben im Jahr 2009 bestehen. Die ambulante Abrechnung nach § 115 b SGB V für die OPS-Kodes **5-801.g8** und **5-801.g9** kann weiterhin über den OPS-Kode **5-801.g7**, die Abrechnung für die OPS-Kodes **5-801.h8** und **5-801.h9** weiterhin über den OPS-Kode **5-801.h7** erfolgen.

Zu 2.: Die beabsichtigte Aufnahme der OPS-Kodes für **Minimal-invasive Behandlungsverfahren an der Wirbelsäule (zur Schmerztherapie): Facetten-Thermokoagulation oder Facetten-Kryodenervation** in den AOP-Katalog ist erst dann möglich, wenn beide in der Protokollnotiz genannten Bedingungen (die Aufnahme in den EBM und die Festlegung von QS-Anforderungen) erfüllt sind.