

Ambulantes Operieren – Was ist bei der Abrechnung zu beachten?

Anlässlich aktuell gehäufter Nachfragen zur Abrechnung von Leistungen des ambulanten Operierens nach dem AOP-Vertrag nach § 115b SGB V sowie dem EBM Kapitel 31 möchten wir Sie im Folgenden noch einmal über die grundsätzlichen Abrechnungsregelungen informieren.

1. Ambulantes Operieren nach § 115b SGB V

Der Leistungsumfang wird abschließend im „Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärer Eingriffe“ (Anlage 1 zum AOP-Vertrag nach § 115b SGB V) geregelt. Der Katalog ist unterteilt in drei Abschnitte:

Abschnitt 1: Ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationärer Eingriffe gemäß § 115b SGB V aus Anhang 2 zu Kapitel 31 des EBM.

| Abschnitt 1: Ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationärer Eingriffe gemäß § 115 b SGB V aus Anhang 2 zu Kapitel 31 des EBM | | | |
|---|---------------------------|---|---------------|
| Die Zuordnung der jeweils zutreffenden EBM-Leistung erfolgt laut gültigem Anhang 2 des EBM. | | | |
| OPS-Kode 2014 | Zusatzkennzeichen 2014(*) | OPS-Text 2014 | Kategorie (¶) |
| 5-918.3 | ↔ | Syndaktylie- und Polydaktyliekorrektur der Fingern: Resektion gedoppelter Anteile | 1 |
| 8-100.d | | Fremdkörperentfernung durch Hysteroskopie | 1 |
| <p>(*) Bei OPS-Kodes, die mit einem Pfeil (↔) gekennzeichnet sind, handelt es sich um Prozedurenkodes, die im offiziellen OPS Version 2014 eine Seitenangabe vorsehen. Im Katalog ambulant Operieren bedeutet der Pfeil, dass es sich hier grundsätzlich um einseitige Eingriffe handelt. Beidseitige Eingriffe können zu diesen Codes nur dann von Krankenhäusern im Rahmen des Vertrages nach § 115 b SGB V erfolgen, wenn diese Leistungen in der Vergangenheit bereits üblicher Weise von den Krankenhäusern ambulant erbracht und abgerechnet wurden. Die abschließende Definition beidseitiger Eingriffe, mit Kategoriezuordnung, die in den Katalog ambulant Operieren aufgenommen werden sollen, wird bei der nächsten Überarbeitung erfolgen. Bei OPS-Kodes mit den im Katalog aufgeführten Zusatzkennzeichen R für rechts, L für links oder B für beidseits können einseitige oder beidseitige Eingriffe im Rahmen des Vertrages nach § 115 b SGB V erbracht werden. Abrechnungsgrundlage sind die Regelungen des EBM.</p> <p>(¶) Leistungen, die in der Regel ambulant erbracht werden können sind mit der Ziffer 11 gekennzeichnet. Leistungen, bei denen sowohl eine ambulante, als auch eine stationäre Durchführung möglich ist, sind mit der Ziffer 12 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 11 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.</p> <p>(§) Abweichend vom bisherigen Verfahren tritt die Anpassung des Anhangs 2 des EBM an den OPS 2014 voraussichtlich erst zum 01.04.2014 in Kraft. Bis zur Anpassung des Anhangs 2 des EBM an den OPS 2014 ist für diese Leistung ein Eingriff der Kategorie C2 gemäß der Gebührenordnungsposition 31122 des Abschnitts 31.2 des EBM abzurechnen.</p> | | | |

→ Die Zuordnung der jeweils zutreffenden EBM-Leistung erfolgt laut gültigem Anhang 2 des EBM:

| | | | | | | | | |
|--|------------|---|-----------|--------------|-------------|----------|----------|-------------|
| Kassenärztliche Bundesvereinigung | KBV | | | | | | | |
| 2 Zuordnung der operativen Prozeduren nach § 295 SGB V (OPS) zu den Leistungen der Kapitel 31 und 36 | | | | | | | | |
| Kassenärztliche Bundesvereinigung | KBV | | | | | | | |
| 2.25 Entfernung von Fremdmaterial und Konkrementen | | | | | | | | |
| OPS 2014 | Seite | Bezeichnung OPS 2014 | Kategorie | OPS-Leistung | Überweisung | Nachbeh. | Nachbeh. | Narkose |
| 8-100.d | | Fremdkörperentfernung durch Endoskopie: Durch Hysteroskopie | 1 | 31301/36301 | 31502/36502 | 31695 | 31696 | 31821/36821 |

Abschnitt 2: Ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe gemäß § 115b SGB V außerhalb Anhang 2 zu Kapitel 31 des EBM.

→ Die Zuordnung der zutreffenden EBM-Leistung zu den einzelnen OPS ist im Abschnitt 2 aufgeführt.

| Abschnitt 2: Ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe gemäß § 115 b SGB V außerhalb Anhang 2 zu Kapitel 31 des EBM | | | | | |
|---|----------------------------|---|---------------|------------------------------|---------------|
| Die Zuordnung der zutreffenden EBM-Leistung zu den einzelnen OPS-Kodes ist diesem Abschnitt 2 zu entnehmen. | | | | | |
| OPS-Kode 2014 | Zusatzkennzeichen 2014 (*) | OPS-Text 2014 | EBM-Nr. (†) | EBM-Leistung | Kategorie (‡) |
| 8-836.8b | ↔ | Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Thrombektomie: Gefäß Oberschenkel | 34283 + 34286 | Serangiographie + Zerstörung | 2 |
| 8-836.8e | | Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Thrombektomie: Künstliche Gefäße | 34283 + 34286 | Serangiographie + Zerstörung | 2 |

(*) Bei OPS-Kodes, die mit einem Pfeil (↔) gekennzeichnet sind, handelt es sich um Prozedurenkodes, die im offiziellen OPS Version 2014 eine Seitenangabe vorsehen. Im Katalog ambulantes Operieren bedeutet der Pfeil, dass es sich hier grundsätzlich um einseitige Eingriffe handelt. Beidseitige Eingriffe können zu diesen Kodes nur dann von Krankenhäusern im Rahmen des Vertrages nach § 115 b SGB V erfolgen, wenn diese Leistungen in der Vergangenheit bereits üblicher Weise von den Krankenhäusern ambulant erbracht und abgerechnet wurden. Die abschließende Definition beidseitiger Eingriffe, mit Kategoriezuordnung, die in den Katalog ambulantes Operieren aufgenommen werden sollen, wird bei der nächsten Überarbeitung erfolgen. Bei OPS-Kodes mit den im Katalog aufgeführten Zusatzkennzeichen R für rechts, L für links oder B für beidseits können einseitige oder beidseitige Eingriffe im Rahmen des Vertrages nach § 115 b SGB V erbracht werden. Abrechnungsgrundlage sind die Regelungen des EBM.

(†) In Einzelfällen ist eine eindeutige Zuordnung eines OPS-Kodes zu einer EBM-Leistung aus fachlichen Gründen nicht möglich. In diesen Fällen wurde der OPS-Kode zweimal in den Katalog aufgenommen mit jeweils unterschiedlicher EBM-Zuordnung. In anderen Fällen wurden mehrere EBM-Leistungen einem OPS-Kode zugeordnet. Dies erfolgte dann, wenn die Abrechnung mehrerer EBM-Leistungen bei diesem OPS-Kode obligat ist.

(‡) Leistungen, die in der Regel ambulant erbracht werden können sind mit der Ziffer III gekennzeichnet. Leistungen, bei denen sowohl eine ambulante, als auch eine stationäre Durchführung möglich ist, sind mit der Ziffer I2I 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 III 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.

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

| Abschnitt 3: Ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe gemäß § 115b SGB V des EBM ohne OPS-Zuordnung | | |
|--|--|---------------|
| EBM-Nr. | EBM-Leistung | Kategorie (†) |
| 31946 | Abdrücke und Modelle VI | |
| 34297 | Embolisations- und/oder Koagulation bei Behandlung von Varikozelen | 2 |
| 01851 | Untersuchung zur Durchführung des operativen Eingriffs bei Sterilisation | |

(†) Leistungen, die in der Regel ambulant erbracht werden können sind mit der Ziffer III gekennzeichnet. Leistungen, bei denen sowohl eine ambulante, als auch eine stationäre Durchführung möglich ist, sind mit der Ziffer I2I 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 III 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.

Der AOP-Vertrag nach § 115b SGB V sowie der Katalog zum AOP-Vertrag sind abrufbar

- auf unserer Homepage unter www.kvsh.de → Praxis → Downloadcenter → Verträge → Ambulante Operationen
- oder auch
- auf der Homepage der KBV unter www.kbv.de → Themen A-Z → A → Ambulantes Operieren

➔ **Vergütung der Leistungen des Katalogs zum AOP-Vertrag nach § 115b SGB V**

Die Vergütung der im Katalog zum AOP-Vertrag aufgeführten Gebührenordnungspositionen erfolgt extrabudgetär (also außerhalb des Punktzahlvolumens), sofern die folgenden Voraussetzungen erfüllt werden:

- **Genehmigung**
 - Es muss eine Genehmigung zum ambulanten Operieren nach § 115b SGB V durch die KVSH für die Erbringung und Abrechnung von Leistungen der Abschnitte 1 und 2 vorliegen.
 - Für die Abrechnung der Leistungen 08541 bis 08561 des Abschnitts 3 ist generell eine Genehmigung nach § 121a SGB V durch die Ärztekammer erforderlich.
- **OPS**
 - Leistungen des Abschnitts 1 sind mit den OPS gemäß Abschnitt 1 zu kennzeichnen.
 - Leistungen des Abschnitts 2 sind mit den im Abschnitt 2 aufgeführten OPS zu kennzeichnen.
 - Leistungen des Abschnitts 3 können ohne OPS-Kennzeichnung abgerechnet werden.
- **Fallkennung 88115**
 - Die Fallkennung 88115 ist einmal im Behandlungsfall anzugeben, sofern eine Leistung aus Abschnitt 1, 2 und/oder 3 erbracht wird.
- **ICD-10-GM ist anzugeben**

Achtung: 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. Gegebenenfalls ist die Leistung also nicht in jedem Fall nach § 115b SGB V abrechenbar!

| OPS-Kode 2014 | Zusatz-kennzeichen 2014(*) | OPS-Text 2014 | Kategorie (*) |
|---------------|----------------------------|---|---|
| 5-493.2 | | Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Exzision (z.B. nach Milligan-Morgan) | 2 |
| 5-493.6 | | Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Exzision mit plastischer Rekonstruktion (z.B. nach Fansler, Arnold, Parks) | 2 |
| 5-494.1 | | Durchtrennung des Sphincter ani (Spinkterotomie): Lateral | 1, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder und Jugendliche: stationär |
| 5-530.00 | ↔ | Verschluss einer Hernia inguinalis: Ohne Plastik: Mit hoher Bruchsackunterbindung und Teilresektion | 1 |

Wichtig für Anästhesisten:

Werden im Zusammenhang mit Leistungen aus den **Abschnitten 1 und 2 des Katalogs zum AOP-Vertrag nach § 115b SGB V** Anästhesien aus dem EBM-Kapitel 5 (**05320, 05330, 05331, 05341**) oder EBM-Kapitel 31.5 erbracht, sind diese für eine **extrabudgetäre Vergütung** mit dem entsprechenden **OPS** und der **Fallkennung 88115** zu kennzeichnen.

Werden im Zusammenhang mit Leistungen aus dem **Abschnitt 3 des Katalogs zum AOP-Vertrag nach § 115b SGB V** Anästhesien aus dem EBM-Kapitel 5 (**05320, 05330, 05331, 05341**) erbracht, sind diese für eine **extrabudgetäre Vergütung** mit dem entsprechenden **OPS**, der **Fallkennung 88115** sowie **der dem Eingriff zugrunde liegenden Gebührenordnungsposition** (im Feld 5036) zu kennzeichnen.¹

¹ Neu zum 01.01.2016, siehe Newsletter vom 18.01.2016

2. Nebenleistungen zu Leistungen nach dem AOP-Vertrag § 115b SGB V

Seit dem 1. Januar 2015 werden Nebenleistungen zu den Operationen und stationersetzenden Eingriffen nach dem AOP-Vertrag nach § 115b SGB V extrabudgetär vergütet, sofern folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

1. Die Nebenleistungen werden erbracht von
 - Operateuren, die die Operation oder den stationersetzenden Eingriff persönlich durchführen und über die KVSH abrechnen,
 - Anästhesisten, die die Anästhesie zur o.g. Operation oder dem stationersetzenden Eingriff persönlich durchführen und über die KVSH abrechnen,
 - Hausärzten, die auf Überweisung eines Schleswig-Holsteinischen Arztes eine prä- oder postoperative Leistung, die im Zusammenhang mit einer der oben genannten Leistungen steht, erbringen.
2. O.g. Ärzte müssen ihren Vertragsarztsitz in Schleswig-Holstein haben, über die ggf. notwendigen Genehmigungen zur Erbringung der Leistungen verfügen und die Leistungen im Rahmen der Quartalsabrechnung gegenüber der KVSH zum Ansatz bringen.
3. Die im Nebenleistungskatalog aufgeführten Leistungen können als prä-/intra- bzw. postoperative Leistungen zu den Operationen/stationersetzenden Eingriffen aus dem Katalog zum AOP-Vertrag nach § 115b SGB V (Abschnitte 1 bis 3) erbracht werden, sofern sich aus den Regelungen des EBM keine Abrechnungsausschlüsse ergeben.
4. Die Nebenleistungen müssen in einem unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der Operation/dem stationersetzenden Eingriff stehen:
 - Präoperative Leistungen: maximal 21 Tage vor der Operation/dem stationersetzenden Eingriff
 - Intraoperative Leistungen: während der Operation/dem stationersetzenden Eingriff
 - Postoperative Leistungen: maximal 21 Tage nach der Operation/dem stationersetzenden Eingriff
5. Die Nebenleistungen sind wie folgt zu kennzeichnen:
 - Präoperative Nebenleistung(en): 88115A
 - Intraoperative Nebenleistung(en): 88115B
 - Postoperative Nebenleistung(en): 88115C
6. Zu den Hauptleistungen des Operateurs (Leistung nach § 115b SGB V) bzw. des Anästhesisten (Anästhesie zur Leistung nach § 115b SGB V) muss der entsprechende OPS aus dem Katalog zum AOP-Vertrag nach § 115b SGB V angegeben werden.
7. Bei Quartalswechsel zwischen Nebenleistung und Hauptleistung bzw. immer bei von Hausärzten erbrachten Nebenleistungen ist die Kennung 88115A bzw. 88115C mit dem OP-Datum und dem OPS zu versehen.
8. Sofern taggleich Leistungen erbracht werden, die im Katalog der Nebenleistungen (Anlage 2 Honorarvereinbarung 2014 – 2016) aufgeführt sind, jedoch nicht im Zusammenhang mit der OP/Anästhesie erbracht werden, sind diese unter Eingabe einer Tagtrennung zu erfassen.

Den Katalog der Nebenleistungen finden Sie auf unserer Homepage unter www.kvsh.de → Downloadcenter → Verträge → Honorarvereinbarung 2014 → Anlage 2 zur Honorarvereinbarung 2014 (AOP-Nebenleistungen ab 01.07.2014)

3. Ambulantes Operieren nach EBM Kapitel 31

Im EBM Kapitel 31 finden Sie Gebührenordnungspositionen für ambulante Operationen, Anästhesien, präoperative, postoperative und orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen.

→ Grundvoraussetzungen für die Abrechnung von ambulanten Operationen (Kapitel 31.2):

- Genehmigung durch KVSH muss vorliegen
- OPS gemäß EBM-Anhang 2 ist anzugeben
- ICD-10-GM ist anzugeben

→ Vergütung der Leistungen des EBM-Kapitels 31

Die Vergütung aller in Kapitel 31 aufgeführten Gebührenordnungspositionen erfolgt entsprechend der Honorarvereinbarung extrabudgetär (also außerhalb des Punktzahlvolumens).

Der aktuelle EBM ist abrufbar auf der Homepage der KBV unter www.kbv.de → Themen A-Z → E → EBM.

Weitere Informationen zur Abrechnung der Leistungen aus dem EBM Kapitel 31 sowie Details zum Anhang 2 des EBM finden Sie auf unserer Homepage unter www.kvsh.de
→ Downloadcenter → Verträge → Ambulante Operationen → Abrechnung AOP