

Abrechnung von Simultaneingriffen

Die ambulanten und belegärztlichen Operationen sind in der Präambel 2.1 des Anhangs 2 und in der Präambel 31.2 bzw. 36.2 des EBM geregelt. Die Regelungen gelten sowohl für Operateure als auch für Anästhesisten.

Was gilt als ambulante/belegärztliche Operation?

Alle berechnungsfähigen ambulanten und belegärztlichen Operationen gemäß Präambel 31.2.1 Nr. 7 sind im Anhang 2 des EBM abschließend aufgeführt. Die Zuordnung der Eingriffe erfolgt entsprechend des Operationenschlüssels (OPS-Code). Die Gebührenordnungspositionen (GOP), die diesen OPS-Codes zugeordnet sind (Operative Leistung, Narkose/Anästhesie, Überwachungskomplex, Postoperative Behandlungskomplexe), finden Sie in der tabellarischen Übersicht des Anhang 2. Sofern der entsprechende OPS-Code nicht im Anhang 2 aufgeführt ist, kann der Eingriff nicht durchgeführt und die entsprechende ambulante/belegärztliche GOP nicht abgerechnet werden.

Wann liegt ein Simultaneingriff vor?

Damit die Bedingungen eines Simultaneingriffs erfüllt sind, muss zunächst eine zusätzliche, vom Haupteingriff gesonderte Diagnose vorliegen. Es muss zudem ein anderer operativer Zugangsweg als der für den Haupteingriff genutzt werden, ein Instrumentenwechsel erfolgen (bei endoskopischen Eingriffen), ein anderes Operationsgebiet angesteuert werden oder eine deutliche Erweiterung des Zugangsweges, die für den Ersteingriff allein nicht erforderlich wäre, erfolgen. Bei endoskopischen Höhleneingriffen kommt es darauf an, dass zwei isolierte Diagnosen vorliegen und die zweite Diagnose zumindest einen Wechsel der Optik, des Instrumentierkanals oder der OP-Region begründet.

Bei unterschiedlichen Operateuren einer Berufsausübungsgemeinschaft oder eines medizinischen Versorgungszentrums ist der Eingriff der höchsten Kategorie als Haupteingriff und der parallel dazu stattfindende Simultaneingriff mit den entsprechenden Zuschlägen abzurechnen.

Wie werden Simultaneingriffe abgerechnet?

Als Haupteingriff wird der Eingriff mit der höheren Bewertung gewählt. Die Simultaneingriffe müssen ebenfalls im Anhang 2 des EBM enthalten sein. Für jeden Simultaneingriff muss zwingend ein OPS-Code angegeben werden. Die kalkulierte Zeit des Haupteingriffs muss nicht aufgebraucht werden. Ab dem Zeitpunkt der Überschreitung der Schnitt-Naht-Zeit des Haupteingriffs kann je vollendete 15 Minuten ein Zuschlag berechnet werden. Die maximal abzurechnende Anzahl an Simultanzuschlägen ergibt sich aus der Summe der kalkulierten Zeiten der Kategorien der Eingriffe:

Kategorie 1: 15 Minuten (die Zuschlagsziffer kann max. *einmal* berechnet werden)
Kategorie 2: 30 Minuten (die Zuschlagsziffer kann max. *zweimal* berechnet werden)
Kategorie 3: 45 Minuten (die Zuschlagsziffer kann max. *dreimal* berechnet werden)
Kategorie 4: 60 Minuten (die Zuschlagsziffer kann max. *viermal* berechnet werden)
Kategorie 5: 90 Minuten (die Zuschlagsziffer kann max. *sechsmal* berechnet werden)
Kategorie 6: 120 Minuten (die Zuschlagsziffer kann max. *achtmal* berechnet werden).

Bei Simultaneingriffen aus unterschiedlichen Kategorien dürfen die normativen Zeiten summiert werden.

Beispiele:

- Simultaneingriff Kategorie 2 (max. 2 Zuschläge) + Simultaneingriff Kategorie 4 (max. 4 Zuschläge) = insgesamt max. 6 Zuschläge, sofern tatsächlich 90 Minuten operiert wurde. Bei einer Überschreitung der Schnitt-Naht-Zeit des Haupteingriffs um z. B. 75 Minuten wären in diesem Beispiel nur 5 Zuschläge abrechnungsfähig.
- Simultaneingriff Kategorie 3 (max. 3 Zuschläge) + Simultaneingriff Kategorie 5 (max. 6 Zuschläge) = insgesamt max. 9 Zuschläge, bei Erfüllung der 135 Minuten über die Schnitt-Naht-Zeit des Haupteingriffs hinaus. Bei einer Überschreitung von z.B. 80 Minuten sind nur 5 Zuschläge abrechnungsfähig.

Eine Besonderheit stellen die Eingriffe der Kategorie 7 dar. Hier muss die kalkulierte Zeit des Haupteingriffs von 120 Minuten zunächst vollständig abgeleistet worden sein, um danach für je weitere vollendete 15 Minuten Überschreitung einen Zuschlag ansetzen zu dürfen.

Grundsätzlich darf der höherbewertete Simultanzuschlag aus der Kategorie des Haupteingriffs **oder** des Simultaneingriffs ausgewählt werden.

Beispiel:

Liegt ein Haupteingriff aus dem Kapitel 31.2.3 (Definierte operative Eingriffe der Extremitätenchirurgie) mit zugehörigem Zuschlag 31128 und ein Simultaneingriff aus dem Kapitel 31.2.4 (Definierte operative Eingriffe an Knochen und Gelenken) mit zugehörigem Zuschlag 31138 vor, so kann gewählt werden, ob die GOP 31128 oder 31138 für den Simultanzuschlag angesetzt wird.

Wie müssen Simultaneingriffe dokumentiert werden?

Da die kalkulierte Zeit des Haupteingriffs nicht aufgebraucht werden muss, sind der Beginn- und Endzeitpunkt des Haupteingriffs sowie der Beginn- und Endzeitpunkt des/der Simultaneingriffe im OP- und/oder Narkoseprotokoll zu dokumentieren, um den Nachweis über die Zeiten führen zu können.

Aus dem OP-Protokoll sollten die Abrechnungsvoraussetzungen des Simultaneingriffs ersichtlich sein (z.B. Wechsel der Optik, Wechsel des OP-Gebietes, Wechsel des Zugangs).

Alle Newsletter der KVSH finden Sie im Downloadcenter unter www.kvsh.de.