

SERIE: VERSORGUNGSVERTRÄGE

Ambulantes Operieren

Diabetes-Prävention Dimini (Diabetes mellitus - ich nicht!), ambulantes Operieren oder Hautkrebsscreening: Besondere Versorgungsformen spielen in der Berufswelt von niedergelassenen Ärzten eine immer wichtigere Rolle. Gleichzeitig gibt es immer häufiger Fragen zur Umsetzung. Für welchen Personenkreis gilt ein Vertrag? Welche Besonderheiten sind zu beachten? Was kann wie abgerechnet werden? In unserer Serie bieten wir Hintergrundinformationen und zeigen, wie Sie an den jeweiligen Verträgen teilnehmen können. In dieser Ausgabe widmen wir uns dem ambulanten Operieren.



AOP-Leistungen nach EBM Kapitel 31 und EBM Anhang 2

Seit 2014 hat die KVSH keine eigenen Verträge mehr zum ambulanten Operieren. Die jetzt von Vertragsärzten in Schleswig-Holstein erbrachten AOP-Leistungen sind in erster Linie im EBM-Kapitel 31 und Anhang 2 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) geregelt.

Genehmigung

Für die Leistungen nach Abschnitt 31.2 – Operative Leistungen – müssen die notwendigen sachlichen und personellen Bedingungen erfüllt werden und der Vertragsarzt muss eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von genehmigungspflichtigen Leistungen gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung nach Paragraph 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren bei der KVSH beantragen.

Gleiches gilt für einige Leistungen nach Abschnitt 31.6 – orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen (siehe Tabelle umseitig).

Das Antragsformular finden Sie auf unserer Website unter www.kvsh.de ▶ [praxis](#) ▶ [qualitaet-und-fortbildung](#) ▶ [genehmigungspflichtige-leistungen](#)

Vergütung

Alle Leistungen des EBM Kapitel 31 (beim Abschnitt 31.2 in Verbindung mit dem EBM Anhang 2), werden in Schleswig-Holstein extrabudgetär, das heißt außerhalb des Punktzahlvolumens, voll bezahlt.

Leistungen

Im Anhang 2 zum EBM werden alle AOP-Leistungen des Abschnitts 31.2 nach Operations- und Prozedurenschlüssel (OPS) sortiert aufgelistet – inklusive Angabe der entsprechenden Gebührenordnungspositionen (GOP) für die ambulante Operation, Anästhesie sowie die post-operative Überwachung und Behandlung. Das EBM Kapitel 31 ist in mehrere Abschnitte unterteilt.

EBM Kapitel 31 – Übersicht

EBM-Abschnitt	Wer darf die Leistung erbringen und abrechnen?	Genehmigung erforderlich?
31.1 Präoperative Leistungen (31010 bis 31013)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fachärzte für Allgemeinmedizin ▪ Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin ▪ Praktische Ärzte ▪ Fachärzte ohne Gebietsbezeichnung ▪ Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung (hausärztliche Versorgung) ▪ Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin 	Nein
31.2 Ambulante Operationen (31096 bis 31373)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärzte, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören und gemäß EBM dazu berechtigt sind. 	Ja
31.3 Postoperative Überwachungskomplexe (31501 bis 31507)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Operateur nach 31.2 oder ▪ Anästhesist 	Nein
31.4 Postoperative Behandlungskomplexe vom 1. bis zum 21. postoperativen Tag (31600 bis 31738)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Operateur nach 31.2 oder ▪ der weiterbehandelnde Vertragsarzt auf Überweisung des Operateurs nach ambulanter Durchführung eines Eingriffs des Abschnittes 31.2 ▪ Für Hausärzte ist ausschließlich die GOP 31600 berechnungsfähig. 	Nein
31.6 Orthopädisch-chirurgisch konservative GOP (31900 bis 31946)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fachärzte für Allgemeinchirurgie ▪ Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin ▪ Fachärzte für Kinderchirurgie ▪ Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie 	Ja, für 31910, 31912, 31914, 31920 mit OPS
Wichtig bei der Abrechnung	Angabe von: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fallkennung 88115 ▪ OP-Datum ▪ EBM-GOP ▪ OPS aus Anhang 2 ▪ Diagnose-Kodierung (ICD-10-GM) 	

Ebenfalls im EBM Kapitel 31 geregelt sind die Anästhesien zu den ambulanten Operationen:

EBM-Abschnitt	Wer darf die Leistung erbringen und abrechnen?	Genehmigung erforderlich?
31.5 Anästhesien (31800 bis 31841)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt 31.5.2: Operateur, der die GOP des Abschnittes 31.2 abrechnet ▪ Die Leistung GOP 31800 kann auch von Ärzten berechnet werden, die Leistungen entsprechend der GOP 31910, 31912 und 31920 erbringen. ▪ Abschnitt 31.5.3: nur von Fachärzten für Anästhesie 	Nein
Wichtig bei der Abrechnung	Angabe von: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fallkennung 88115 ▪ OP-Datum ▪ EBM-GOP der Anästhesie ▪ EBM-GOP des operativen Eingriffs (im Feld 5036) ▪ OPS aus Anhang 2 ▪ Diagnose-Kodierung (ICD-10-GM) 	

Vergütung

Alle Leistungen des EBM Kapitels 31 werden extrabudgetär vergütet.



Sachkosten beim ambulanten Operieren

Welche Kosten in den EBM-Gebührenordnungspositionen zum ambulanten Operieren enthalten sind und welche nicht, wird im Kapitel 7 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM ausgeführt:

7.1 In den Gebührenordnungspositionen sind – soweit nichts anderes bestimmt ist – enthalten:

- | | |
|----------------------------|--|
| ▪ Allgemeine Praxiskosten | ▪ Kosten, die durch die Anwendung von ärztlichen Instrumenten und Apparaturen entstanden sind. |
| ▪ Kosten für Einmalartikel | ▪ Kosten für Reagenzien, Substanzen und Materialien für Laboruntersuchungen |
| ▪ Kosten für Filmmaterial | ▪ Versand- und Transportkosten |

7.2 Nicht berechnungsfähige Kosten:

- Kosten für Versandmaterial für die Versendung bzw. den Transport des Untersuchungsmaterials und die Übermittlung des Untersuchungsergebnisses innerhalb des Medizinischen Versorgungszentrums, einer (Teil-) Berufsausübungsgemeinschaft, zwischen Betriebsstätten derselben Arztpraxis, innerhalb einer Apparate- bzw. Laborgemeinschaft oder innerhalb eines Krankenhausgeländes
- Kosten für externe Übertragungsgeräte (Transmitter) im Zusammenhang mit einer telemedizinischen Leistungserbringung, sofern in den Präambeln und GOP des EBM nichts anderes bestimmt ist.

7.3 Nicht in den Gebührenordnungspositionen enthaltene Kosten (soweit nichts anderes bestimmt):

- Kosten für Arzneimittel, Verbandmittel, Materialien, Instrumente, Gegenstände und Stoffe, die nach der Anwendung verbraucht sind oder die der Kranke zur weiteren Verwendung behält.
- Kosten für Einmalinfusionsbestecke, Einmalinfusionskatheter, Einmalinfusionsnadeln und Einmalbiopsienadeln

7.4 Berechnung von nicht in den Gebührenordnungspositionen enthaltenen Kosten:

Die Berechnung und Abgeltung der Kosten nach 7.3 erfolgt in Schleswig-Holstein (sofern nicht über die Sprechstundenbedarfsvereinbarung verordnungs- bzw. erstattungsfähig) direkt zwischen behandelndem Arzt und Krankenkasse des Patienten:

- Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der medizinischen Notwendigkeit
- Einreichung der rechnungsbegründenden Unterlagen (z. B. Originalrechnungen) bei der Krankenkasse
- Die einzureichenden Unterlagen müssen mindestens folgende Informationen beinhalten:
 - Name des Herstellers
 - Produkt-/Artikelbezeichnung inkl. Artikel- und Modellnummer
 - Versichertennummer des Patienten
- Über die Notwendigkeit weiterer für die Prüfung der Abrechnung erforderlicher Angaben (z. B. die GOP der erbrachten Leistungen, den ICD, den OPS und das Datum der Leistungserbringung) entscheidet die Krankenkasse.
- Der Vertragsarzt stellt die tatsächlich realisierten Preise in Rechnung (gewährte Nachlässe und Rückvergütungen sind weiterzugeben).

Tipp: Klären Sie die Kostenübernahme vor der Operation mit der Krankenkasse.



© iStock.com/SDI Productions

SERIE: VERSORGUNGSVERTRÄGE

Leistungen nach Paragraph 115b SGB V (AOP-Katalog)

Der „Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen“ nach Paragraph 115b, Absatz 1, Nr. 1 SGB V ist eigentlich für Krankenhäuser gedacht, die ambulant Operieren. Deshalb finden sich auch nicht alle Leistungen des EBM-Anhang 2 in dem

Katalog, dafür aber zusätzlich eine Auswahl weiterer OPS sowie EBM-Leistungen anderer EBM-Kapitel. Für Vertragsärzte hat dieser AOP-Katalog bei der Genehmigung und Vergütung der Leistungen aus Abschnitt 2 und 3 Auswirkungen.

Der AOP-Katalog ist in drei Abschnitte aufgeteilt:

Abschnitt	Leistungen	Genehmigung	Vergütung	Wichtig bei der Abrechnung
1	Enthält Leistungen aus dem Anhang 2 EBM (Kapitel 31)	Ja – siehe AOP-Leistungen nach EBM-Kapitel 31	Siehe AOP-Leistungen nach EBM-Kapitel 31 → extrabudgetär	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fallkennung 88115 ■ OP-Datum ■ GOP ■ OPS ■ ICD
2	Enthält Leistungen des EBM außerhalb des Anhang 2 EBM	Ja – siehe unten	Mit Genehmigung: → extrabudgetär	
3	Enthält Leistungen ohne OPS-Zuordnung	Ja – siehe unten	→ extrabudgetär	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fallkennung 88115 ■ OP Datum ■ GOP ■ ICD

Den jeweils gültigen AOP-Katalog finden Sie auf unserer Website ▶ www.kvsh.de

Genehmigung

Für die Leistungen aus dem Abschnitt 1 des AOP-Katalogs gelten die zuvor für das EBM-Kapitel 31 beschriebenen Genehmigungsvorbehalte (Genehmigung für das ambulante Operieren).

Einige Leistungen aus Abschnitt 2 dürfen schon aufgrund von EBM-Regelungen nur mit einer Genehmigung der KVSH durchgeführt und abgerechnet werden: Genehmigungspflichtige Leistungen, zum Beispiel die Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL). Gleichzeitig ist eine Erklärung des Arztes erforderlich, dass die Leistung unter den Voraussetzungen des ambulanten Operierens nach Paragraph 115b SGB V und der Qualitätssicherungsvereinbarung nach Paragraph 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren erbracht wird. Nur dann wird die Leistung auch extrabudgetär vergütet.

Für die Leistungen aus Abschnitt 3 ist keine Genehmigung für das ambulante Operieren durch die KVSH erforderlich. Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass für die Leistungen der künstlichen Befruchtung eine Genehmigung der Ärztekammer Schleswig-Holstein nach Paragraph 121a SGB V erteilt sein muss.

Vergütung

Die Leistungen aus Abschnitt 1 (die ja auch im EBM Kapitel 31 und Anhang 2 zum EBM aufgeführt sind) und auch die Leistungen aus Abschnitt 3 werden extrabudgetär vergütet.

Im Abschnitt 2 des Katalogs finden sich OPS außerhalb des Anhang 2 zu Kapitel 31 sowie Leistungen aus weiteren EBM-Kapiteln, die bei entsprechender Genehmigung extrabudgetär vergütet werden, z. B. Herzkatheteruntersuchungen, Urethro (-zysto)skopien, Koloskopien, kleinchirurgische Eingriffe und die Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL).

Nebenleistungen zu Leistungen nach Paragraph 115b SGB V (AOP-Katalog)

Zu allen Leistungen, die im AOP-Katalog aufgeführt sind, können schleswig-holsteinische Vertragsärzte prä-, intra- und postoperative Leistungen, wie beispielsweise die Grund-/Versichertenpauschale oder auch Sonografien und Röntgenaufnahmen extrabudgetär abrechnen.

Hauptleistung	Nebenleistung	Wer kann abrechnen?	Wichtige Angaben
<ul style="list-style-type: none"> ■ aus AOP-Katalog §115b SGB V 	<ul style="list-style-type: none"> ■ EBM-GOP aus Katalog der Nebenleistungen ■ binnen 21 Tage vor/nach OP 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Operateur ■ Anästhesist, der die OP begleitet ■ Hausarzt (prä-/postoperativ, auf Überweisung) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fallkennung 88115 ■ Kennung 88115A/B/C (für prä/intra/postoperativ) ■ OP-Datum ■ OPS (nicht bei Abschnitt 3) ■ ICD

Den Katalog der Nebenleistungen sowie die detaillierten Voraussetzungen zur Abrechnung finden Sie auf unserer Website.