

Ambulantes Operieren – Was ist bei der Abrechnung zu beachten?

1. Ambulantes Operieren nach EBM Kapitel 31

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

Das EBM Kapitel 31 „Ambulante Operationen“ ist in mehrere Abschnitte unterteilt:

Abschnitt 31.1: Der präoperative Abschnitt, in dem Hausarzt, ggf. zuweisender Vertragsarzt, ggf. andere auf Überweisung tätige Vertragsärzte, ggf. Anästhesist und Operateur zusammenwirken, um den Patienten für die ambulante oder belegärztliche Operation ggf. einschließlich Anästhesien vorzubereiten.

Abschnitt 31.2: Der operative Abschnitt, in dem der Operateur ggf. mit dem Anästhesisten die Operation einschließlich Anästhesie durchführt.

Abschnitt 31.3: Der Abschnitt der postoperativen Überwachung, der in unmittelbarem Anschluss an die Operation entweder vom Anästhesisten oder vom Operateur durchgeführt wird.

Abschnitt 31.4: Der Abschnitt der postoperativen Behandlung vom 1. bis zum 21. postoperativen Tag, der entweder vom Operateur oder auf Überweisung durch den weiterbehandelnden Vertragsarzt erfolgt.

Abschnitt 31.5: Anästhesien im Zusammenhang mit Eingriffen des Abschnitts 31.2

Abschnitt 31.6: Orthopädisch-chirurgisch konservative Gebührenordnungspositionen

Zu Abschnitt 31.1 Präoperative Gebührenordnungspositionen

Die im EBM Abschnitt 31.1.2 genannten Gebührenordnungspositionen können nur berechnet werden von:

- Fachärzten für Allgemeinmedizin,
- Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin,
- Praktischen Ärzten,
- Ärzten ohne Gebietsbezeichnung,
- Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V erklärt haben,
- Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin

Die Berechnung einer präoperativen Gebührenordnungsposition des Abschnitts 31.1.2 vor Durchführung einer intravitrealen Medikamenteneingabe nach den Gebührenordnungspositionen 31371, 31372, 31373, 36371, 36372 oder 36373 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit zur Operationsvorbereitung im Einzelfall voraus.

Zu Abschnitt 31.2 Ambulante Operationen

1. Als ambulante Operation gelten ärztliche Leistungen mit chirurgisch-instrumenteller Eröffnung der Haut und/oder Schleimhaut oder der Wundverschluss von eröffneten Strukturen der Haut und/oder Schleimhaut mindestens in Oberflächenanästhesie sowie Leistungen entsprechend den OPS-301-Prozeduren des Anhangs 2 (siehe Seite 5) ggf. einschl. eingriffsbezogener Verbandsleistungen. Punktionen mit Nadeln, Kanülen und Biopsienadeln, sowie Kürettagen der Haut und Shave-Biopsien der Haut fallen nicht unter die Definition eines operativen Eingriffs.
2. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 31.2 ist, dass die notwendigen sachlichen und personellen Bedingungen erfüllt sind und sich der Vertragsarzt gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung zur Teilnahme am Vertrag gemäß § 115b SGB V erklärt und eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung erhalten hat.
3. Der Leistungsumfang der Krankenhäuser, die sich zur Teilnahme am Vertrag gemäß § 115b SGB V erklärt haben, definiert sich nicht durch den Inhalt dieses Abschnittes, sondern durch den Vertrag nach § 115b SGB V.
4. Der Operateur und der ggf. beteiligte Anästhesist sind verpflichtet, in jedem Einzelfall zu prüfen, ob Art und Schwere des beabsichtigten Eingriffs unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes des Patienten die ambulante Durchführung der Operation bzw. der Anästhesie nach den Regeln der ärztlichen Kunst mit den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten erlauben und die erforderliche Aufklärung, Einverständniserklärung und Dokumentation erfolgt sind.
5. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 31.2 umfassen sämtliche durch den Operateur erbrachten ärztlichen Leistungen, Untersuchungen am Operationstag, Verbände, ärztliche Abschlussuntersuchung(en), einen post-operativen Arzt-Patienten-Kontakt ab dem ersten Tag nach der Operation, Dokumentation(en) und Beratungen einschließlich des Abschlussberichtes an den weiterbehandelnden Vertragsarzt und Hausarzt. Gibt der Versicherte keinen Hausarzt an, bzw. ist eine Genehmigung zur Information des Hausarztes gemäß § 73 Abs. 1b SGB V nicht erteilt, sind die Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 31.2 auch ohne schriftliche Mitteilung an den Hausarzt berechnungsfähig.
6. Der Operateur und/oder der ggf. beteiligte Anästhesist haben durch eine zu dokumentierende Abschlussuntersuchung sicherzustellen, dass der Patient ohne erkennbare Gefahr in die ambulante Weiterbehandlung und Betreuung entlassen werden kann. Die Weiterbehandlung erfolgt in Absprache zwischen dem Operateur, dem ggf. beteiligten Anästhesisten und dem weiterbetreuenden Arzt.
7. Die Zuordnung der Eingriffe entsprechend des Operationenschlüssels nach § 295 SGB V (OPS) zu den Gebührenordnungspositionen ist im Anhang 2 (siehe Seite 5) aufgelistet. Es gelten zusätzlich die in der Präambel zu Anhang 2 sowie zu den einzelnen Unterabschnitten aufgelisteten Rahmenbedingungen. Die Zuordnung der definierten Gebührenordnungspositionen zu Unterabschnitten des Abschnittes 31.2 ist nicht gebietsspezifisch. Die Untergruppen sind nach Organsystem, OP-Ausstattung und Art des Eingriffs unterteilt. Sie können von allen Arztgruppen erbracht werden, die nach Weiterbildungsordnung und Zulassung dazu berechtigt sind. Nur die im Anhang 2 aufgeführten ambulanten Operationen sind berechnungsfähig. Eingriffe der Kleinchirurgie (Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 06350 bis 06352, 09351, 09360 bis 09362, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 26350 bis 26352) in Narkose bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern werden gebietsspezifisch in der Kategorie 1 berechnet.
8. In einem Zeitraum von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag, können vom Operateur neben der ambulanten Operation nur die Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01320 und 01321, 01410 bis 01415, 01436, 01602, 01610 bis 01612, 01620 bis 01623, 01700, 01701, 01705 bis 01707, 01708, 01711 bis 01723, 01730 bis 01735, 01740 bis 01743, 01750, 01752 bis

01758, 01770 bis 01775, 01780 bis 01787, 01790 bis 01793, 01800, 01802 bis 01811, 01815, 01816, 01820 bis 01822, 01825 bis 01828 , 01830 bis 01833, 01835 bis 01839, 01840, 01850, 01915, 01950 bis 01952, 01955, 01956, 13421, 13423, 19310, 19312, 19315 und 19320, die Versicherten- und Grundpauschalen, die Gebührenordnungsposition 06225 unter Berücksichtigung der Regelungen der Präambel 6.1 Nr. 6, Gebührenordnungspositionen der Kapitel bzw. Abschnitte 30.12, 31.3, 31.4.3, 31.5.2, 32, 34 und 35 sowie die Gebührenordnungspositionen 01100 oder 01101 jeweils in Verbindung mit der Gebührenordnungsposition 01414 berechnet werden.

9. Die Leistungserbringung ist gemäß 2.1 der Allgemeinen Bestimmungen nur dann vollständig gegeben, wenn bei der Berechnung die Angabe der OPS-Prozedur(en) in der gültigen Fassung erfolgt. Die Diagnosen sind nach dem ICD-10-Diagnoseschlüssel (ICD-10-GM) in der gültigen Fassung anzugeben.

Zu Abschnitt 31.3. Postoperative Überwachungskomplexe nach ambulanter Erbringung der Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 31.2

1. Haben an der Erbringung der Leistungen des Abschnitts 31.2, die nachfolgend eine Überwachung entsprechend Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.3 erforderlich machen oder an der Überwachung selbst mehrere Ärzte mitgewirkt, hat der die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnittes abrechnende Arzt in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden und von ihm unterzeichneten Erklärung zu bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er allein in den jeweiligen Fällen diese Gebührenordnungspositionen berechnet.
2. Neben den in diesem Abschnitt genannten Gebührenordnungspositionen können die Gebührenordnungspositionen 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530 und 01531, 01857, 01910, 01911, 02100, 02120, 02323, 04536, 32247, 34504 und 34505 nicht berechnet werden.
3. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind nur einmalig im unmittelbaren Anschluss an die Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 abrechenbar.
4. Nach einem Simultaneingriff erfolgt die Abrechnung des relevanten höchstwertigsten Überwachungskomplexes.
5. Sofern die Erbringung einer Leistung aus dem Abschnitt 31.3 durch einen anderen Arzt erfolgt als die Erbringung der Leistung aus dem Abschnitt 31.2 oder 31.5, kann dieser neben der Gebührenordnungsposition aus 31.3 keine Grund- oder Versichertenpauschale berechnen.

Zu Abschnitt 31.4. Postoperative Behandlungskomplexe

1. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 31.4 können vom Operateur oder auf Überweisung des Operateurs, mit Angabe der Gebührenordnungsposition für die postoperative Behandlung, vom weiterbehandelnden Vertragsarzt nach ambulanter Durchführung eines Eingriffes des Abschnittes 31.2 berechnet werden. Der die Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 31.4 abrechnende Vertragsarzt hat auf dem Abrechnungsschein das Datum des zu Grunde liegenden operativen Eingriffes zu dokumentieren.
2. In dem Zeitraum vom 1. bis zum 21. postoperativen Tag kann nur einmalig eine Gebührenordnungsposition des Abschnittes 31.4 abgerechnet werden oder eine Überweisung zur Weiterbehandlung durch einen anderen Vertragsarzt erfolgen.
3. Haben an der Erbringung einer Leistung entsprechend einer Gebührenordnungsposition des Abschnittes 31.4 mehrere Ärzte mitgewirkt, so hat der die Gebührenordnungsposition des Abschnittes 31.4 abrechnende Arzt in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden und von ihm

unterzeichneten Erklärung zu bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er allein in den jeweiligen Fällen diese Leistung abrechnet.

4. Nach einem Simultaneingriff erfolgt die Abrechnung des Nachbehandlungskomplexes entsprechend dem höchstwertigsten Eingriff.
5. Für Vertragsärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs ist nur die Gebührenordnungsposition 31600 berechnungsfähig.

Zu Abschnitt 31.5 Anästhesien im Zusammenhang mit Eingriffen des Abschnitts 31.2

1. Die Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 31.5.2 können nur von dem die Gebührenordnungsposition des Abschnittes 31.2 abrechnenden Operateur erbracht werden. Die Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31800 kann auch von Ärzten berechnet werden, die Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 31910, 31912 und 31920 erbringen.
2. Die Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 31.5.3 können nur von Fachärzten für Anästhesie erbracht werden.
3. Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung können - wenn sie im Wesentlichen anästhesiologische Leistungen erbringen - gemäß § 73 Abs. 1a SGB V auf deren Antrag die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erhalten und Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 31.5.3 berechnen. Nach Erhalt der Genehmigung können sie Gebührenordnungspositionen des Kapitels 3 nicht mehr berechnen.
4. Entsprechend Nr. 3 und Nr. 4 der Präambel zum Anhang 2 wird die Fortsetzung der Narkose durch die Abrechnung des Zuschlags nach der Nr. 31828 berechnet.
5. Bei primärer Anwendung mehrerer Anästhesie- und/oder Narkoseverfahren nebeneinander ist nur die höchstbewertete Leistung berechnungsfähig, sofern die unterschiedlichen Verfahren die Analgesie in demselben Versorgungsgebiet zum Ziel haben.

→ Grundvoraussetzungen für die Abrechnung von ambulanten Operationen aus Kapitel 31.2:

- Genehmigung durch KV 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.

Exkurs:

EBM Anhang 2 - Zuordnung der operativen Prozeduren nach § 295 SGB V (OPS) zu den Leistungen der Kapitel 31 und 36

1. Die tabellarische Aufstellung des Anhang 2 umfasst die nach OPS codierten operativen Eingriffe der Abschnitte 31.2 und 36.2, die zugeordnete OP-Leistung, die OP-Kategorie, die in diesem Zusammenhang berechnungsfähigen Überwachungskomplexe, die postoperativen Behandlungskomplexe bei Durchführung auf Überweisung und bei Durchführung durch den Operateur sowie die zugeordneten Narkoseleistungen. Die Zuordnungen der OPS-Codes zu den OP-Kategorien gelten für ambulante und belegärztliche Operationen gleichermaßen. Die den OPS-Codes zugeordneten OP-Leistungen, Überwachungskomplexe sowie die Narkosen sind in der Tabelle jeweils gesondert für die Kapitel 31 und 36 ausgewiesen. Nach belegärztlichen Eingriffen sind keine Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4 berechnungsfähig, daher ist dort keine Zuordnung erfolgt.
2. Erfolgen mehrere operative Prozeduren unter einer Diagnose und/oder über einen gemeinsamen operativen Zugangsweg, so kann nur der am höchsten bewertete Eingriff berechnet werden.
3. Abweichend von 2. kann bei Simultaneingriffen (zusätzliche, vom Haupteingriff unterschiedliche Diagnose und gesonderter operativer Zugangsweg) die durch das OP- und/oder das Narkoseprotokoll nachgewiesene Überschreitung der Schnitt-Naht-Zeit des Haupteingriffes durch die zusätzliche Berechnung der entsprechenden Zuschlagspositionen berechnet werden. Die berechnungsfähige Höchstzeit bei Simultaneingriffen entspricht der Summe der Zeiten der Einzeleingriffe. Als Berechnungsgrundlagen für Simultaneingriffe gelten folgende Zeiten:
 - Kategorie 1: 15 Minuten,
 - Kategorie 2: 30 Minuten,
 - Kategorie 3: 45 Minuten,
 - Kategorie 4: 60 Minuten,
 - Kategorie 5: 90 Minuten,
 - Kategorie 6: 120 Minuten.
4. Bei den Gebührenordnungspositionen 31107, 31117, 31127, 31137, 31147, 31157, 31167, 31177, 31187, 31197, 31207, 31217, 31227, 31237, 31247, 31257, 31267, 31277, 31287, 31297, 31307, 31317, 31327, 31337, 31347, 36107, 36117, 36127, 36137, 36147, 36157, 36167, 36177, 36197, 36207, 36217, 36227, 36237, 31247, 36257, 36267, 36277, 36287, 36297, 36307, 36317, 36327, 36337 und 36347 kann die über die Schnitt-Naht-Zeit von 120 Minuten hinausgehende Schnitt-Naht-Zeit durch die entsprechenden Zuschläge berechnet werden. Die Schnitt-Naht-Zeit ist durch das OP- oder Narkoseprotokoll nachzuweisen.
5. Abweichend von Nr. 8 der Präambel zum Abschnitt 31.2 und Nr. 4 der Präambel zum Abschnitt 36.2 sind Revisionen und Zweiteingriffe wegen Wundinfektionen und postoperativen Komplikationen unter Angabe des Erst-OP-Datums, der aufgetretenen Komplikation und der ICD-10-Codierung (T79.3, T81.0 bis T81.7, T84.5 bis T84.7, T85.1 bis T85.8) berechnungsfähig. Ist bei malignen Erkrankungen eine Zweitoperation (Erweiterung des Eingriffs, Nachresektion) erforderlich, so ist diese mit dem ICD-Code Z48.8 gemeinsam mit dem ICD-Code des Malignoms zu kennzeichnen und kann ebenfalls abweichend zu den Präambeln 31.2.1 Nr. 8 und 36.2.1 Nr. 4 berechnet werden. Die Regelung der Präambel 2.1 Nr. 10 zum Anhang 2 zum EBM bleibt davon unberührt.
6. Abweichend von Nr. 8 der Präambel zum Abschnitt 31.2 und Nr. 4 der Präambel zum Abschnitt 36.2 sind die Gebührenordnungspositionen zu den OP-Codes 5-757, 5-758.1, 5-758.5 bis 5-758.8 am Operationstag neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 8.4 berechnungsfähig.
7. Die alleinige Abrechnung eines temporären Wundverschlusses ist nur zur Konditionierung des Wundgrundes zulässig, wenn mindestens 3 operative Eingriffe erforderlich waren.

8. Bei der Codierung der operativen Versorgung von Frakturen bezieht sich die Lokalisationsangabe auf die Fraktur, bei der Entfernung des Osteosynthesematerials auf den Zugangsweg.
9. Für den jeweiligen Eingriff qualifizierende Begriffe (z.B. lokale vs. radikale Exzision) gelten die Definitionen nach dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen Schlüssel für Operationen und sonstige Prozeduren gemäß § 295 Abs. 1 Satz 4 SGB V.
10. Die Berechnung einer histographischen Leistung kann nur bei malignen Befunden erfolgen, der histologische Befund ist vorzuhalten. Der temporäre Wundverschluss und die ggf. erforderliche Nachresektion(en) sind nicht gesondert abrechenbar.
11. Die Kombination mehrerer Verfahren setzt voraus, dass alle einzelnen Verfahren in diesem Anhang genannt sind.
12. Eingriffe der Kategorie RR sind nur dann berechnungsfähig, wenn ihre Durchführung nach Maßgabe der Strahlenschutzverordnung, Röntgenverordnung und des Medizinproduktegesetzes sowie der jeweiligen Qualitätsbeurteilungsrichtlinien für die radiologische Diagnostik gemäß § 136 SGB V i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V erfolgt. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen setzt jeweils eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung entweder nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie, zur Vereinbarung zur invasiven Strahlendiagnostik und -therapie, zur Vereinbarung zur invasiven Kardiologie oder zur Vereinbarung zur interventionellen Radiologie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus. Die Anwendung von Röntgenstrahlen bei anderen Eingriffen steht unter den gleichen Voraussetzungen.
13. Erfolgen unterschiedliche operative Eingriffe gleichzeitig durch zwei Operateure einer Berufsausübungsgemeinschaft bzw. eines medizinischen Versorgungszentrums, so ist der Haupteingriff entsprechend der höchst bewerteten Kategorie abzurechnen. Der parallel dazu stattfindende Simultaneingriff durch den zweiten Operateur kann entsprechend dem OP bzw. Narkose-Protokoll mit den entsprechenden Zuschlägen für Simultaneingriffe berechnet werden. Die Narkose kann in diesem Fall nur entsprechend des Haupteingriffs berechnet werden.
14. Bei der Berechnung von Zuschlagspositionen für die Erbringung von Simultaneingriffen gemäß Nr. 3 ist - sofern die Teileingriffe unterschiedlichen Unterabschnitten der Kapitel 31 oder 36 des EBM zugehören - die am höchsten bewertete Zuschlagsposition 31xx8 oder 36xx8 der für den Simultaneingriff relevanten Unterabschnitte in Anrechnung zu bringen.
15. Maßgeblich für die Berechnung der Zuschlagspositionen für Simultaneingriffe nach Nr. 3 ist nicht die Überschreitung der kalkulatorischen Schnitt-Naht-Zeit der Kategorie des Haupteingriffes, sondern die Überschreitung der tatsächlichen Schnitt-Naht-Zeit des jeweiligen Haupteingriffes.
16. Beidseitige Eingriffe an paarigen Organen oder Körperteilen fallen unter die Regelungen nach Nr. 3, sofern die Seitenlokalisierung nicht am OPS-Code benannt wird und gesondert bewertet ist. Die entsprechenden OPS-Codes sind in der tabellarischen Aufstellung unter der Rubrik "Seite" mit einem Doppelpfeil gekennzeichnet.
17. Intraoculare Eingriffe deren Kategorie mit einem "A" gekennzeichnet ist, sind nur dann berechnungsfähig, wenn eine medizinische Begründung zur Implantation einer Sonderform der Intraocularlinse und eine Genehmigung der zuständigen Krankenkasse vorliegen.

Beispiel:

OPS 2014	Seite	Bezeichnung OPS 2014	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose
1-471.2		Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	S1	31301/36301	31502/36502	31695	31696	31821/36821
1-472.0		Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri: Zervixabrasio	S1	31301/36301	31502/36502	31695	31696	31821/36821

Der aktuelle Anhang 2 des EBM ist abrufbar auf der Homepage der KBV unter www.kbv.de → Themen A-Z → E → EBM.

2. Ambulantes Operieren nach § 115b SGB V

Der Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V – Ambulantes Operieren und sonstige stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus (AOP-Vertrag) – wurde zwischen dem GKV-Spitzenverband, der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geschlossen und soll dazu dienen, einheitliche Rahmenbedingungen zur Durchführung ambulanter Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe im niedergelassenen Bereich und im Krankenhaus zu schaffen und die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Vertragsärzten und Krankenhäusern zu fördern. Sowohl ambulant operierende Vertragsärzte als auch die nach § 115b SGB V zugelassenen Krankenhäuser sollen gleichberechtigt diese Leistungen erbringen können.

Der Leistungsumfang wird abschließend in einem „Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe“ geregelt. Der Katalog ist unterteilt in drei Abschnitte:

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

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

Leistungen, die in der Regel ambulant erbracht werden können, sind mit der Ziffer „1“ gekennzeichnet. Leistungen, bei denen sowohl eine ambulante als auch eine stationäre Durchführung möglich ist, sind mit der Ziffer „2“ gekennzeichnet. Bei Vorliegen bzw. Erfüllung der Kriterien der allgemeinen Tatbestände gem. § 3 Abs. 3 des Vertrages nach § 115b SGB V kann bei Leistungen mit der Ziffer „1“ 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 1: Ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende 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 Zehen: Resektion gedoppelter Anteile	1
8-100.d		Fremdkörperentfernung des Erbsenkorns 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 I11 gekennzeichnet. Leistungen, bei denen sowohl eine ambulante, als auch eine stationäre Durchführung möglich ist, sind mit der Ziffer I21 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 I11 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>			

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 diesem Abschnitt 2 zu entnehmen.

Leistungen, die in der Regel ambulant erbracht werden können, sind mit der Ziffer „1“ gekennzeichnet. Leistungen, bei denen sowohl eine ambulante als auch eine stationäre Durchführung möglich ist, sind mit der Ziffer „2“ gekennzeichnet. Bei Vorliegen bzw. Erfüllung der Kriterien der allgemeinen Tatbestände gem. § 3 Abs. 3 des Vertrages nach § 115b SGB V kann bei Leistungen mit der Ziffer „1“ 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 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, Oberschenkel	34283 + 34286	Serienangiographie + Zuschlag	2
8-836.8e		Perkutan-transluminale Gefäßintervention, Kniegelenk, Thrombektomie	34283 + 34286	Serienangiographie + Zuschlag	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 **111** gekennzeichnet. Leistungen, bei denen sowohl eine ambulante, als auch eine stationäre Durchführung möglich ist, sind mit der Ziffer **121** 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 **111** 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 des EBM 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- oder perkutaner Verschluss bei Verengung 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 **111** gekennzeichnet. Leistungen, bei denen sowohl eine ambulante, als auch eine stationäre Durchführung möglich ist, sind mit der Ziffer **121** 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 **111** 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.

➔ 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**

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

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

¹ Neu zum 01.01.2016, siehe Newsletter vom 18.01.2016

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

Seit dem 1. Januar 2015 werden Nebenleistungen zu den Operationen und stationsersetzenden 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 stationsersetzenden Eingriff persönlich durchführen und über die KVSH abrechnen,
 - Anästhesisten, die die Anästhesie zur o.g. Operation oder dem stationsersetzenden 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/stationsersetzenden 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 stationsersetzenden Eingriff stehen:
 - Präoperative Leistungen: maximal 21 Tage vor der Operation/dem stationsersetzenden Eingriff
 - Intraoperative Leistungen: während der Operation/dem stationsersetzenden Eingriff
 - Postoperative Leistungen: maximal 21 Tage nach der Operation/dem stationsersetzenden 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 neben der Kennung „88115“ auch 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)

I. Nebenleistung(en) bis zu 21 Tage vor OP 88115A	II. Nebenleistung(en) am Tag der OP 88115A, 88115B, 88115C	III. Nebenleistung(en) bis zu 21 Tage nach OP 88115C
<p>Angabe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Präoperative NL <ul style="list-style-type: none"> ○ Tagkennung 88115A ○ GOP NL1 ○ GOP NL2 ○ ... <p>Achtung: bei Quartalswechsel zwischen NL und HL bzw. immer bei von Hausärzten erbrachten NL ist die Tagkennung 88115A mit dem OP-Datum und dem OPS zu versehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Tagkennung 88115A + OP-Datum + OPS ○ GOP NL1 ○ GOP NL2 ○ ... 	<p>Angabe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Präoperative NL <ul style="list-style-type: none"> ○ Tagkennung 88115A ○ GOP NL1 ○ GOP NL2 ○ ... <p>- Tagtrennung -</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>HL Operation/Anästhesie</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Fallkennung 88115</i> ○ <i>GOP HL + OPS</i> • Intraoperative NL <ul style="list-style-type: none"> ○ Tagkennung 88115B ○ GOP NL1 ○ GOP NL2 ○ ... <p>- Tagtrennung -</p> <ul style="list-style-type: none"> • Postoperative NL <ul style="list-style-type: none"> ○ Tagkennung 88115C ○ GOP NL1 ○ GOP NL2 ○ ... 	<p>Angabe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Postoperative NL <ul style="list-style-type: none"> ○ Tagkennung 88115C ○ GOP NL1 ○ GOP NL2 ○ ... <p>Achtung: bei Quartalswechsel zwischen HL und NL bzw. immer bei von Hausärzten erbrachten NL ist die Tagkennung 88115C mit dem OP-Datum und dem OPS zu versehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Tagkennung 88115C + OP-Datum + OPS ○ GOP NL1 ○ GOP NL2 ○ ...
<p>Wichtig: Sofern taggleich Leistungen erbracht werden, die im Katalog der Nebenleistungen² aufgeführt sind, jedoch <u>nicht im Zusammenhang mit der OP/Anästhesie erbracht</u> werden, sind diese unter Eingabe einer Tagtrennung zu erfassen!</p>		
<p>Legende: Anä = Anästhesie, GOP = Gebührenordnungsposition, HL = Hauptleistung, NL = Nebenleistung, OP = Operation, OPS = Operationen- und Prozedurenschlüssel, 88115A (präoperative NL = Zeit vor Operation/Eingriff), 88115B (intraoperative NL = Zeit während Operation/Eingriff), 88115C (postoperative NL = Zeit nach Operation/Eingriff)</p>		

Weitere Infos zu den Nebenleistungen finden Sie auch in den Newslettern vom 1. Juli 2014 und 11. Dezember 2014 sowie im Nordlicht 8/2014 und 1-2/2015, abrufbar auf unserer Homepage www.kvsh.de