

Ambulantes Operieren ab 1. Januar 2023

Bessere Vergütung von Arthroskopie und Hernien-Eingriffen

Ab dem 1. Januar 2023 wird die Tabelle der ambulanten Operationen im Anhang 2 EBM um die Spalte „Zuschlag Förderung“ erweitert. Für ca. 500 OPS-Kodes werden Zuschläge gewährt, deren Höhe sich nach dem operierten Organsystem sowie Art und Schwere des Eingriffs (Kategorie) richtet. Die Vergütung dieser ausgewählten Operationen steigt dadurch um 16 bis 42 Prozent. Folgende Zuschläge werden im neuen Unterabschnitt 31.2.20 EBM (Förderung der Ambulantisierung) aufgenommen:

GOP	Bezeichnung der Leistung	Bewertung
31451	Zuschlag I zu einem Eingriff des Abschnitts 31.2	223 Punkte
31452	Zuschlag II zu einem Eingriff des Abschnitts 31.2	263 Punkte
31453	Zuschlag III zu einem Eingriff des Abschnitts 31.2	360 Punkte
31454	Zuschlag IV zu einem Eingriff des Abschnitts 31.2	810 Punkte
31455	Zuschlag V zu einem Eingriff des Abschnitts 31.2	961 Punkte
31456	Zuschlag VI zu einem Eingriff des Abschnitts 31.2	1.323 Punkte
31457	Zuschlag VII zu einem Eingriff des Abschnitts 31.2	1.923 Punkte

Förderzuschläge auch bei Simultaneingriffen

Die Förderzuschläge werden gezahlt, sobald der Eingriff erfolgt. Dabei ist es unerheblich, ob die Operation einzeln oder in Kombination mit einem weiteren OP-Eingriff durchgeführt wird. Der Förderzuschlag ist unabhängig davon berechnungsfähig, ob der geförderte Eingriff als Haupt- oder Simultaneingriff abgerechnet wird.

Neue OP-Schlüssel im Anhang 2 EBM

Zum 1. Januar werden 196 OPS-Verfahren, die bislang ausschließlich stationär möglich waren, neu in den Anhang 2 des EBM aufgenommen. Eingriffe aus den folgenden Bereichen sind ab 2023 ambulant möglich: Neurostimulatoren, Rhythmuschirurgie (Erweiterung Schrittmacher, Defibrillatoren), Ophthalmochirurgie, Proktologische und gynäkologische Eingriffe, Arthroskopische Gelenkeingriffe/Eingriffe an den Bewegungsorganen. Eine Übersicht finden Sie auf www.kvsh.de/praxis/vertraege/ambulante-operationen.

Zuschlag für eine längere postoperative Nachbeobachtung

Für bestimmte Patienten, die aufgrund ihres Gesundheitszustands oder Alters mitunter engmaschiger und länger betreut werden müssen, kann bei Eingriffen nach EBM-Kapitel 31.2 eine längere Nachbeobachtung von bis zu 16 Stunden abgerechnet werden. Aktuell sind je nach Kategorie 30 Minuten bis acht Stunden im EBM vorgesehen (GOP 31501 bis 31507). Voraussetzung für die Abrechnung der verlängerten Beobachtungszeit ist, dass die postoperative Überwachungszeit überschritten wird.

GOP	Bezeichnung der Leistung	Bewertung
31530	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31501 bis 31507 bei sich anschließender Nachbeobachtung	77 Punkte

Der Zuschlag wird extrabudgetär vergütet und ist mit 77 Punkten je 30 Minuten bewertet (ab der fünften halben Stunde mit 68 Punkten).

Beispiel: Bei einem Eingriff mit einer postoperativen Überwachungszeit von zwei Stunden kann die GOP 31530 bis zu viermal neben der GOP 31503 zusätzlich abgerechnet werden.

Die Verlängerung der postoperativen Überwachung ist zunächst nur bei:

- Kindern bis 12 Jahren
- Menschen ab 70 mit geriatrischen Versorgungsbedarf und Frailty-Syndrom oder
- Menschen mit bestimmten Vorerkrankungen wie Demenz oder Parkinson möglich.

Darüber hinaus ist eine Verlängerung bei Eingriffen ab einer eineinhalbstündigen Operationszeit (Kategorie 5) unabhängig von den genannten Kriterien mit medizinischer Begründung zulässig.

Neubewertung ambulanter und belegärztlicher Leistungen

Der Bewertungsausschuss hat alle Leistungen der EBM-Abschnitte 31.2 und 36.2 sowie die GOP 01854, 01855, 01904 bis 01906 für Sterilisationen und Schwangerschaftsabbrüche punktsummen- und damit für die Krankenkassen ausgabenneutral neu kalkuliert und zum 1. Januar 2023 angepasst. Hierbei wurden insbesondere Eingriffe der oberen Kategorien besser vergütet und kleinere Operationen leicht abgewertet. Die Auf- und Abwertung von Leistungen betrifft alle operativen Fächer. Darüber hinaus wurden die Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3 des EBM angepasst.

Eine Übersicht finden Sie auf www.kvsh.de/praxis/vertraege/ambulante-operationen

Neue ambulante Therapie bei Knorpelschäden am Knie

Die matrixassoziierte autologe Chondrozytenimplantation (M-ACI) zur Behandlung schwerer Knorpelschäden am Knie wurde zum 1. Januar 2023 in den EBM aufgenommen. Zur Abrechnung der neuen OP-Leistungen gemäß Nr. 38 der Anlage I der Richtlinien Methoden vertragsärztliche Versorgung werden für die Entnahme von Knorpelzellen die OPS-Kodes 5-801.ah / 5-812.8h und für die Implantation die OPS-Kodes 5-801.kh / 5-812.hh in den Anhang 2 des EBM aufgenommen. Die anfallenden Sachkosten sind nicht Bestandteil der OP-Leistungen und gemäß Nr. 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen EBM gesondert berechnungsfähig.

Neuer AOP-Vertrag nach § 115b SGB V

Zum 1. Januar 2023 gilt ein neuer AOP-Vertrag nach § 115b SGB V. Der Katalog zum AOP-Vertrag wird um 208 Operationen und Eingriffe erweitert.

Differenzierung des Schweregrads: Zuschläge für Rezidivoperationen

Zudem wird eine Kennzeichnung für Reoperationen und ein Zuschlag für den erhöhten Zeitaufwand eingeführt. Dieses gilt für alle OPS-Kodes aus dem Abschnitt 1 des AOP-Katalogs nach Paragraph 115b SGBV, wenn die Reoperation beziehungsweise der Rezidiveingriff nicht Inhalt des OPS-Kodes ist. Der zusätzliche Zeitaufwand wird über den Zuschlag für Simultaneingriffe zu je 15 Minuten abgerechnet und über OPS-Zusatzkode 5-983 (Reoperation) angezeigt. Dabei gilt die Ansatzhäufigkeit bei kleineren Eingriffen von bis zu zweimal und bei größeren von bis zu viermal.

Den neuen AOP-Vertrag finden Sie auf www.kvsh.de/praxis/vertraege/ambulante-operationen.