

## Postoperative Nachbehandlung durch Vertragsärzte nach ambulanten Operationen im Krankenhaus

Immer wieder stellt sich die Frage, ob Vertragsärzte GKV-Versicherte postoperativ behandeln sollen bzw. dürfen, wenn diese nach einer ambulanten Operation nach Paragraf 115b SGB V vom Krankenhaus an den Vertragsarzt überwiesen werden.

Unsere bisherige Auffassung, dass die postoperative Nachsorge für im Krankenhaus durchgeführte ambulante Operationen ebenfalls durch Ärzte des Krankenhauses zu erbringen und vom Krankenhaus direkt der jeweiligen Krankenkasse in Rechnung zu stellen ist, müssen wir unter Berücksichtigung einer aktuellen Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wie folgt korrigieren:

Postoperative Leistungen können auf Überweisung des Operateurs bzw. des Krankenhausarztes (d. h. der an einem Krankenhaus angestellte Arzt bzw. ein auf Honorarbasis für das Krankenhaus tätige Arzt) durch einen nicht an der Operation beteiligten Vertragsarzt erbracht werden. Der Vertragsarzt kann die Leistung über seine KV abrechnen.

**Wichtig:** Für die Überweisung ist vom Krankenhaus das bekannte Muster 6 zu verwenden. Auf diesem ist Folgendes vom Krankenhaus mitzuteilen und für die Abrechnung über die KV erforderlich:

- Als Überweiser ist der Name des Krankenhauses im Feld 4219 („Überweisung durch andere Ärzte“) anzugeben; die Angaben der BSNR und LANR bleiben unberücksichtigt.
- Im Auftragsfeld sind anzugeben:
  - die Kennziffer 88115
  - die beauftragte Leistung
  - das OP-Datum
  - der OPS (Operationsschlüssel)
- Ein Entlassbrief ist als Auftrag nicht ausreichend

Die Möglichkeit der Überweisung an einen niedergelassenen Arzt beschränkt sich im AOP-Vertrag nach Paragraf 115b SGB V nicht auf postoperative Leistungen – auch prä- und intraoperative Leistungen können vom Krankenhaus mittels Überweisung nach Muster 6 Vordruckvereinbarung veranlasst werden.

**Hinweis:** Erbringt ein Vertragsarzt prä-, intra- und/oder postoperative Leistungen über einen Honorarvertrag für das Krankenhaus, sind die Leistungen über das Krankenhaus (und nicht über die Kassenärztliche Vereinigung) abzurechnen.

## Vertrag zur Förderung der Gruppentherapie gekündigt

Der Vertrag zur Förderung der Gruppentherapie beziehungsweise der Psychotherapie-Richtlinie mit der Techniker Krankenkasse und der BARMER wurde zum 31. März 2017 aufgrund der bundesweiten Änderungen in der antragsgebundenen Psychotherapie (Psychotherapie-Vereinbarung) gekündigt. Für die eingeschriebenen Versicherten ist eine Nachwirkungsklausel vereinbart, die eine weitere Abrechnung über den 1. April 2017 hinaus von bereits genehmigten Vertragsleistungen beinhaltet.

## Drei weitere Krankenkassen nehmen an der Vereinbarung „Gesund schwanger“ teil

Der Vereinbarung „Gesund schwanger“ zur Vermeidung von Frühgeburten sind zum 1. April 2017 drei weitere Krankenkassen beigetreten. Leistungen im Rahmen der Vertrages können damit auch für Versicherte der BAHN-BKK, der Südzucker BKK und der VIACTIV Krankenkasse erbracht und abgerechnet werden. Insgesamt nehmen damit zehn Krankenkassen am Vertrag teil.

Der Vertrag und alle Informationen stehen auf [www.kvsh.de](http://www.kvsh.de) im Downloadcenter zur Verfügung.