

Der Kommentar zu EBM und GOÄ

31319



[Home](#) [EBM – Kommentar](#) [IV Arztgruppenübergreifende spezielle Gebührenordnungspositionen](#)
[Ambulantes Operieren im Krankenhaus](#) [Abrechnung ambulanter Operationen im Krankenhaus](#)

Abrechnung ambulanter Operationen im Krankenhaus

In diesem Teil werden wichtige Grundlagen zum Thema „Abrechnung ambulanter Operationen im Krankenhaus“ erläutert und dargelegt, wie viele Sachverhalte im EBM (Einheitlicher Bewertungs-Maßstab) geregelt sind.

Der Abschnitt [31.2](#) des EBM listet ambulante Operationen auf, die mindestens in Oberflächenanästhesie erfolgen. Eingriffsbezogene Leistungen wie Verbände sind eingeschlossen.

Unter „Operation“ ist ein Eingriff in den menschlichen Körper, d.h. in die körperliche Integrität zu verstehen. Die moderne Medizin zählt dazu nicht mehr nur die traditionelle Form des chirurgischen Handelns, sondern nun auch invasive, die körperliche Integrität beeinflussende Maßnahmen mittels energetischer, elektromagnetischer oder anderer physikalischer Wellen. Im Allgemeinen finden sich in den einzelnen Kapiteln keine definierten Eingriffe mehr. Die neue Konzeption und Struktur ergibt entsprechend dem Zeitaufwand 7 Kategorien von Operationen. Jeder Kategorie sind verschiedene „Operationsschlüssel (OPS)“ zugeordnet. Diese OPS-Prozeduren sind im Abschnitt 1 der Anlage 1 zum AOP-Vertrag aufgelistet. Auf den Abdruck in diesem Kommentar wurde aufgrund des Umfangs verzichtet.

Der Abschnitt 2 der Anlage 1 zum AOP-Vertrag enthält die OPS-Prozeduren, die nicht in der Anlage 2 des EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) aufgeführt sind.

Die Verwendung der Begriffe klein/groß, kleinflächig/großflächig, lokal/radikal und ausgedehnt bei operativen Eingriffen entspricht den Definitionen nach dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentationen und Information (DIMDI) herausgegebenen Schlüssel für Operationen und sonstige Prozeduren gemäß § 295 Abs. 1 Satz 4 SGB V:

Länge: kleiner/größer 3 cm, Fläche: kleiner/größer 4 cm², lokal bis 4 cm² oder bis zu 1 cm³, radikal und ausgedehnt: größer 4 cm² oder größer 1 cm³.

Nicht anzuwenden ist der Begriff „klein“ bei Eingriffen am Kopf, an den Händen und bei Kindern. Bei Kindern bis zum 12. Geburtstag sind kleinchirurgische Eingriffe in Narkose gebietspezifisch in der Kategorie 1 zu berechnen (GOP 31 xx1, belegärztlich stationär GOP 36 xx1).

Eine zwingende Voraussetzung für das Berechnen und Erbringen von Leistungen des Abschnitts [31.2](#) ist, dass die notwendigen sachlichen und personellen Bedingungen (Lagerungs- und Ruhemöglichkeiten, EKG-Monitoring, Ausrüstung zur Reanimation (Schockbehandlung) erfüllt sind.

Der Kommentar
zu EBM und GOÄ
BEGRÜNDET VON WEZEL/LIEBOLD

Krankenhäuser sind, im Gegensatz zu Vertragsärzten, automatisch zur Erbringung Leistungen nach dem § 115 b SGB V berechtigt. Es bedarf hierzu einer Meldung an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung, an die jeweiligen Landesverbände der gesetzlichen Krankenkassen und an den zuständigen Zulassungsausschuss (s. auch Hinweise im AOP-Vertrag).

Der Vertragsarzt muss gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung seine Teilnahme am Vertrag gemäß § 115 b SGB V erklären.

Nach § 115 b Abs. 1 SGB V haben die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam, die Krankenhausgesellschaften und die KBV zu vereinbaren:

1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe,
2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte und
3. Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit.

Hierzu ist von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem GKV-Spitzenverband Bund ein Vertrag nach § 115 b Abs. 1 SGB V „Ambulantes Operieren und stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus nach § 115 b“ (AOP-Vertrag) geschlossen worden.

In diesem Vertrag werden neben den Grundsätzen viele Sachverhalte dargestellt, u.a. im § 9 die Vergütung von Sachkosten (Verbrauchsmaterialien, Verbandmittel, Sachmittel u.a.).

Diesem AOP-Vertrag ist als Anlage 1 ein Katalog ambulant durchführbarer Operationen und stationsersetzender Eingriffe angefügt.

Die Anlage 2 zum AOP-Vertrag enthält eine Auflistung allgemeiner Tatbestände, die eine stationäre Behandlung erforderlich machen können. Die hierzu von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der DKG vereinbarten G-AEP-Kriterien ²⁾ sind ebenfalls enthalten (siehe auch Hinweise „Fehlbelegungsprüfungen“ in der Anlage 2 zum AOP-Vertrag).

Eine weitere Anlage (s. § 15 AOP-Vertrag) ist die umfangreiche „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und bei sonstigen stationsersetzenden Leistungen“. In dieser Vereinbarung befinden sich die maßgeblichen Bestimmungen u.a. über die „Fachliche Befähigung“, „Assistenzen“, „organisatorische, bauliche, apparativ-technische und hygienische Anforderungen“ und Qualitätssicherung (s. Kommentar zur Präambel Kapitel [31](#)).

Einzelheiten zu diesen genannten Regelungen sind ggf. bei der regional zuständigen KV zu erfragen.

Der AOP-Vertrag regelt in § 9 Abs. 5 die Vergütung von Sachmitteln. Die Vergütung der hier aufgelisteten Sachmittel (bei Eingriffen nach dem AOP-Vertrag) werden nach Aufwand erstattet, soweit die Kosten einen Betrag von 12,50 Euro im Behandlungsfall überschreiten.

Der AOP-Vertrag regelt in § 14 den so genannten Facharztstandard. Danach können die ärztlichen Leistungen nur von Fachärzten, unter direkter Assistenz von Fachärzten oder unter deren unmittelbarer Aufsicht und Weisung mit der Möglichkeit des unmittelbaren Eingreifens erbracht werden. Dies bedeutet grundsätzlich, dass der Facharzt im Eingriffsraum anwesend ist.

Der Leistungskatalog von Krankenhäusern, die am Vertrag gemäß § 115 b SGB V teilnehmen, definiert sich nicht durch die Inhalte dieses Abschnittes, sondern durch die Inhalte und den Operationen-Katalog des Vertrags nach § 115 b SGB V. Die Krankenhäuser sind nur für die Leistungsbereiche zugelassen, in denen sie statio **Der Kommentar**
zu EBM und GOÄ
BEGRÜNDET VON WEZEL/LIEBOLD

Ermächtigte Krankenhausärzte können ihre ambulanten und stationsersetzender Operationen nach diesem Abschnitt 31.2 berechnen.

Der Arzt ist verpflichtet, in jedem Einzelfall zu prüfen, ob die Art und die Schwere des Eingriffs und der Gesundheitszustand des Patienten die ambulante Durchführung der

Operation nach den Regeln der ärztlichen Kunst mit den ihm zur Verfügung stehenden Möglichkeiten erlauben (s. § 2 AOP-Vertrag).

Die Leistungen des Abschnitts 31.2 umfassen als Komplexe sämtliche durch den Operateur erbrachten Leistungen, Untersuchungen am OP-Tag, Verbände, ärztliche Abschlussuntersuchungen, einen postoperativen Arzt-Patienten-Kontakt, Dokumentation(en) und Beratungen sowie einen Abschlussbericht an den weiterbehandelnden Vertragsarzt und den Hausarzt.

Der Operateur und/oder der ggf. beteiligte Anästhesist haben durch eine dokumentierte Abschlussuntersuchung sicherzustellen, dass der Patient ohne Gefahr in die weitere ambulante Betreuung entlassen werden kann.

Mit dem Operationstag beginnt ein dreitägiger Zeitraum in dem der Operateur neben der ambulanten Operation nur die Leistungen Reanimation (Nrn. [01 220](#) bis [01 222](#)), Grundpauschale für ermächtigte Ärzte des Krankenhauses (Nrn. [01 320](#) und [01 321](#)), schriftliche Mitteilungen (Nrn. [01 602](#) bis [01 623](#)), Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern (Nrn. [01 711](#) bis [01 721](#)) und der Mutterschaftsvorsorge (Nrn. [01 770](#) bis [01 815](#)) erbringen und abrechnen kann. Hinzu kommen noch Leistungen wie Empfängnisregelung (Nrn. [01 820](#) bis [01 850](#)), der Substitutionsbehandlung bei Drogenabhängigkeit (Nrn. [01 950](#) bis [01 952](#)) sowie die arztgruppenspezifischen Grundpauschalen, Leistungen der Kapitel bzw. Abschnitte

- 31.3 (postoperative Überwachungskomplexe),
- [31.4](#) (postoperative Behandlungskomplexe),
- [31.5.2](#) (Regionalanästhesien durch den Operateur),
- [32](#) (Laborleistungen),
- [34](#) (diagnostische Radiologie),
- [35](#) (Psychotherapie),

die in diesem Zeitraum ggf. abgerechnet werden können zzgl. der Kostenpauschalen des Kapitels [40](#).

Eine Leistung oder ein Leistungskomplex ist nur berechnungsfähig, wenn der Leistungsinhalt erbracht worden ist. Die Vollständigkeit der Leistungserbringung in einem Leistungskomplex ist gegeben, wenn alle obligaten Leistungsinhalte erbracht worden sind und die in den Präambeln, Leistungslegenden und Anmerkungen aufgeführten Dokumentationspflichten – auch die der Patienten- bzw. Prozedurenklassifikation (z.B. OPS-301/ICPM, ICD 10 GM) – erfüllt, sowie die erbrachten fakultativen Leistungen dokumentiert sind.

Die Bewertung der Leistungen bzw. Operationen des Abschnitts 31.2 setzt sich aus Kosten für z.B. Operationsraum, Instrumente und Abdeckung sowie dem Arzthonorar zusammen.

Bei der Abrechnung von Simultaneingriffen wurden einige Sachverhalte zu Gunsten der Operateure geregelt (ab 1. Juli 2005):

Bei der Berechnung von Zuschlagspositionen für die Erbringung von Simultaneingriffen gemäß der Präambel [2.1](#) Nr. 3 des Anhangs 2 zum EBM ist – sofern die Teileingriffe unterschiedlichen Unterabschnitten des Kapitels 31.2 des EBM zugehören – die am höchsten bewertete Zuschlagsposition 31 xx8 der für den Simultaneingriff relevanten Unterabschnitte in Anrechnung zu bringen.

Maßgeblich für die Berechnung der Zuschlagspositionen für Simultaneingriffe nach Präambel [2.1](#) Nr. 3 zum Anhang [2](#) zum EBM ist nicht die Überschreitung der kalkulatorischen Schnitt-Naht-Zeit der Kategorie des Haupteingriffs, sondern die Überschreitung der tatsächlichen Schnitt-Naht-Zeit des jeweiligen Haupteingriffes.

Aus diesen beiden Beschlüssen ergibt sich somit, dass am Ende der tatsächlichen Schnitt-Naht-Zeit (SNZ) der Hauptoperation der/die zeitgetaktete/n Simultaneingriff/e (je

15 Minuten SNZ) beginnt bzw. beginnen. Bei einer SNZ von 45 Minuten für den/die Simultaneingriff/e würde dies mit der Nr. 31xx8 mal 3 als Zuschlag zum Haupteingriff berechnet.

Ein Simultaneingriff setzt eine gesonderte Diagnose und/oder einen gesonderten Zugangsweg voraus. Die gesonderte Diagnose ist schon bei seiten- oder etagendifferenter Lokalisation gegeben (z.B. Basaliom des Gesichtes und des Oberschenkels).

Simultaneingriffe

Ein Simultaneingriff (Simultan-Operation) liegt dann vor, wenn mindestens zwei verschiedene, eigentlich eigenständige Operationen (unterschiedliche Diagnosen, unterschiedliche OPS-Nummern) in derselben Narkose erfolgen.

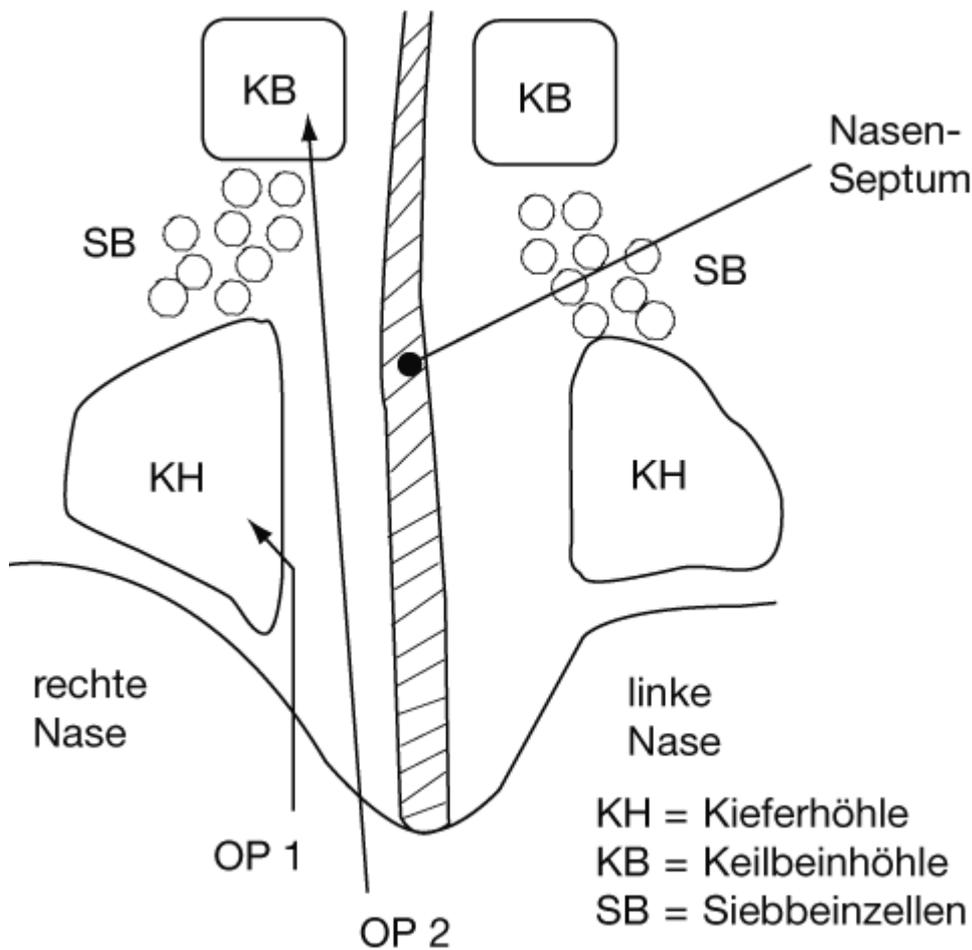
Diese können von einem oder mehreren Operateuren erbracht werden, zeitgleich oder nacheinander. Beispielsweise führt der HNO-Arzt eine Adenotonsillektomie und der Urologe eine Zirkumzision durch.

Ein Simultaneingriff kann aber auch dann vorliegen, wenn eine Operation an unterschiedlichen Organen (z.B. Eierstock oder Blinddarm) erfolgt. So im Rahmen endoskopisch oder mikroskopisch gestützter Eingriffe in der Bauchhöhle. Ein weiteres Beispiel sind die HNO-Ärzte und auch Neurochirurgen, die über die Nase verschiedene Eingriffe z.B. an der Kieferhöhle (OP 1), der Keilbeinhöhle (OP 2), der Keilbeinhöhle mit den Simultaneingriffen Kieferhöhle und Muschelresektion (OP 3) oder der Hypophyse (OP 4) durchführen.

In diesen Beispielen liegen für jede Operation unterschiedliche Diagnosen vor. Diese Eingriffe können einzeln oder kombiniert erbracht werden.

Für diese Eingriffe (Operationen) und die Simultaneingriffe sind die 16 Punkte der Präambel [2.1](#) des Bereiches VI, Anhang 2 zu beachten.

HNO-Eingriffe

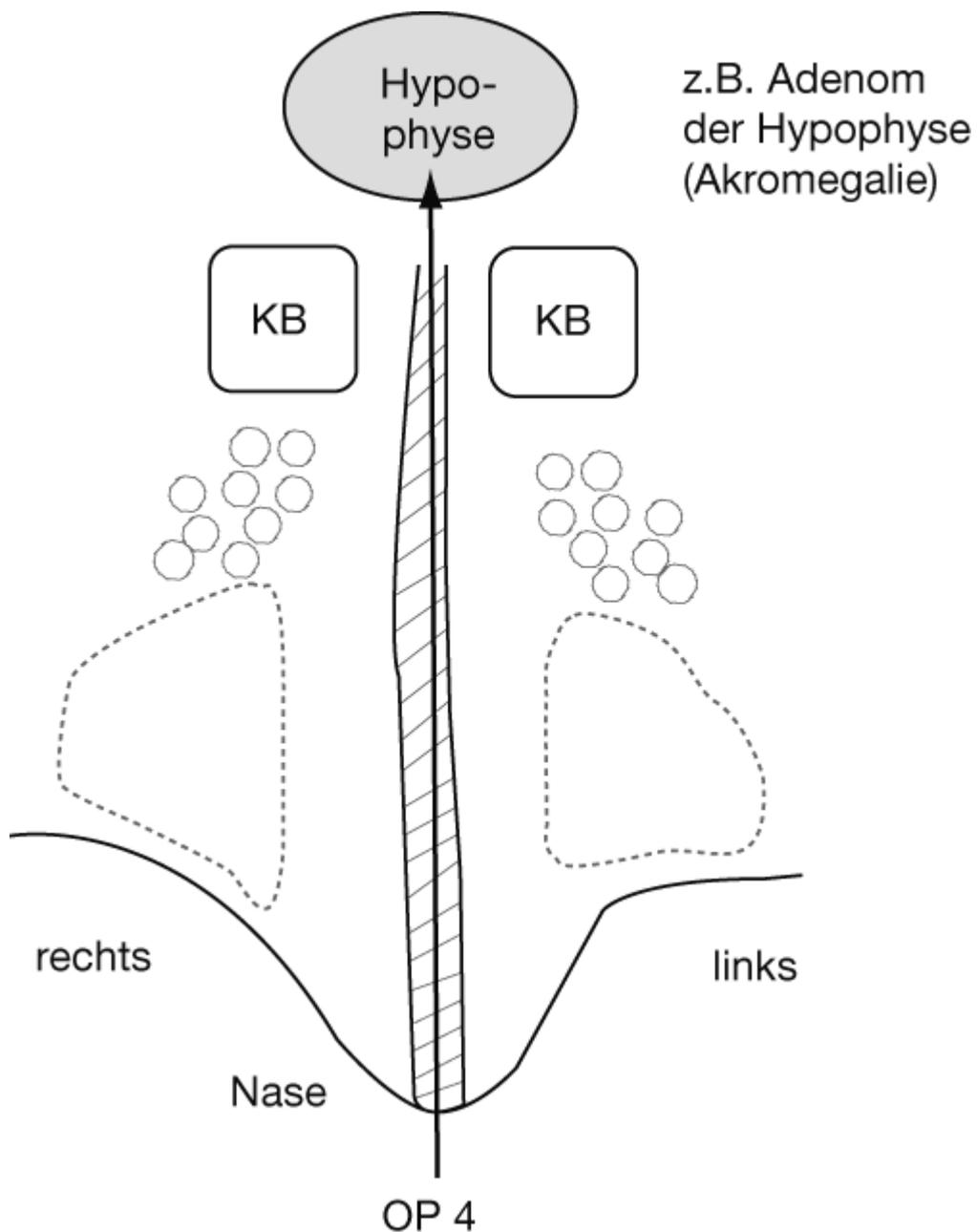


- OP 1 endonasale endoskopische Operation einer Kieferhöhle (OPS 5-221.1R – .6R) (Zugang über die rechte Nasenhaupthöhle)
- OP 2 endonasale endoskopische Operation der Keilbeinhöhle (OPS 5-222.4) (Zugang über die rechte Nasenhaupthöhle)
- OP 3 endonasale Operation der Keilbeinhöhle rechts mit den Simultaneingriffen Kieferhöhle und Muschelresektion rechts

Beispiele zur Berechnung von Operationen (einzeln oder kombiniert)

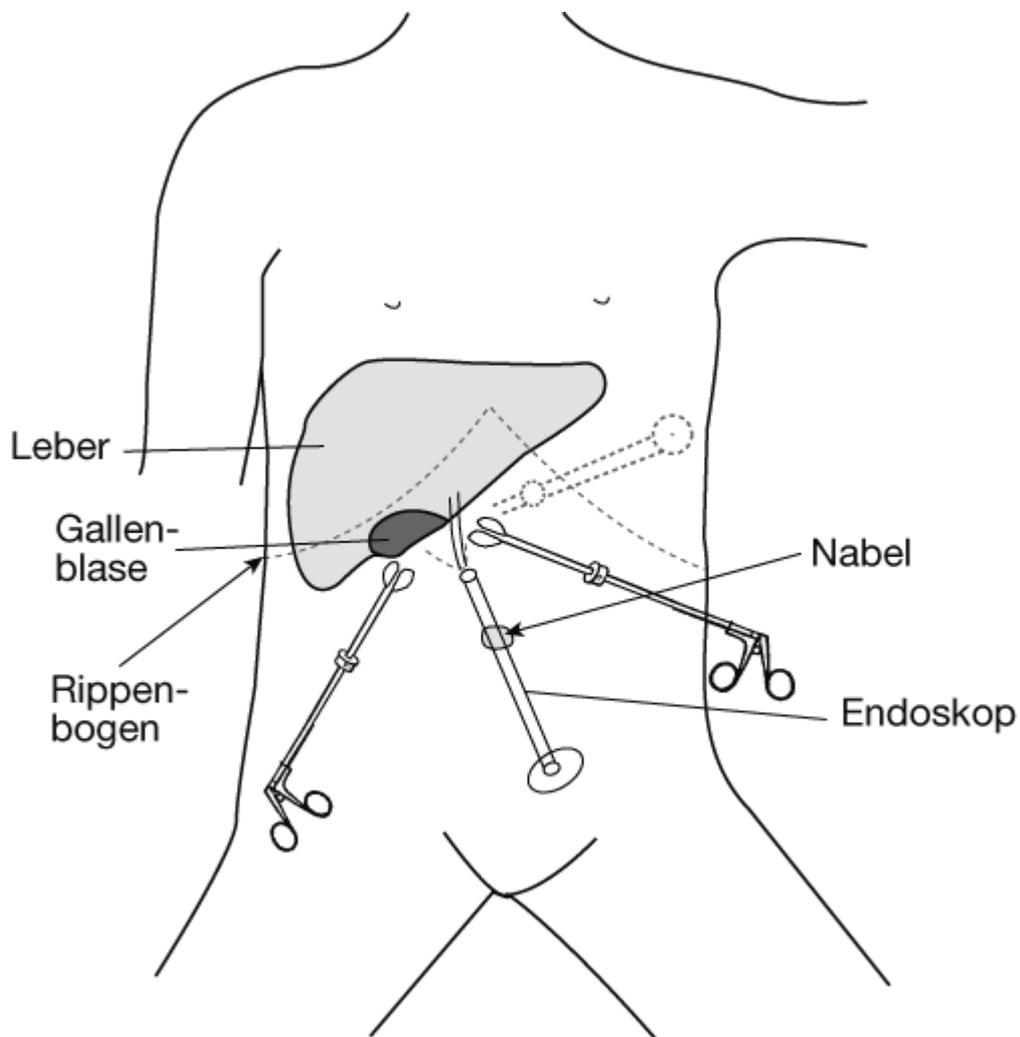
Beispiel	Operation	OI
1.	Kieferhöhle re.	
2.	Keilbeinhöhle re.	
3.	Haupteingriff = Keilbeinhöhle re. Simultaneingriffe: Kieferhöhle re. Muschelresektion re.	

Eingriffe Neurochirurgie



OP 4 transnasale mikrochirurgische Operation an der Hypophyse (OPS 5-075.0 – 4) bei Tumoren

Eingriff Allgemein Chirurgie



OP 5 Endoskopisch mikrochirurgische Entfernung der Gallenblase (OPS 5-511.11)
Kategorie G4

Operation = [31 164](#)

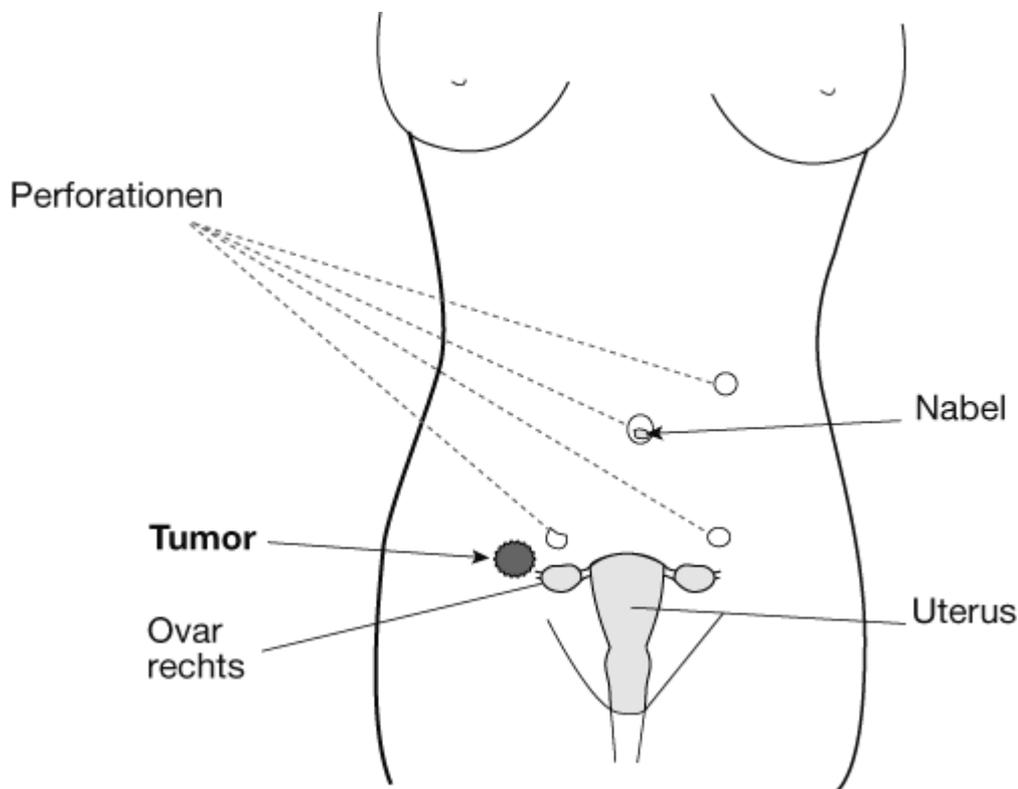
Überwachung (postoperativ) = [31 505](#)

Nachbehandlung postoperativ

– durch Überweiser = [31 610](#)

– durch Operateur = [31 611](#)

Eingriff Gynäkologie



OP 6 Endoskopisch mikrochirurgische Entfernung der Zyste und des Eierstocks rechts
(OPS 5-652.62R) Kategorie T2

Operation = [31 312](#)

Überwachung (postoperativ) = [31 503](#)

Nachbehandlung postoperativ

– durch Überweiser = [31 697](#)

– durch Operateur = [31 698](#)

Mikrochirurgische, endoskopische Eingriffe (OP 5 und OP 6) wie auf den Schemata sind heute zunehmend möglich. Die großen Fortschritte der Medizintechnik und Narkoseverfahren sind die Grundlage dafür, dass heute diese Eingriffe über vier Inzisionen bzw. Perforationen der Bauchdecke erfolgen können. Diese Eingriffe sind für die Patienten weniger belastend, und die Mobilisation ist sehr viel schneller möglich.

Über die genannten vier Zugänge zur Bauchhöhle kann der Chirurg die erkrankte Gallenblase entfernen und anschließend der Gynäkologe den Tumor am Ovar (Eierstock) oder das gesamte Ovar entfernen.

Dies bedeutet, dass über den anfänglichen gleichen Zugang in die Bauchhöhle zwei völlig verschiedene, eigenständige Operationen mit jeweils eigener Diagnose erfolgen.

Bei operativen Eingriffen ist in den Allgemeinen Bestimmungen [2.1.4](#) nicht bei jeder Leistung ausdrücklich eine Berichtspflicht festgelegt. Trotzdem ist aber ein Abschlussbericht nach der Nr. 5 der Präambel zum Abschnitt 31.2 Bestandteil der Leistung. Der Bericht muss unabhängig vom überweisenden Arzt immer auch an den Hausarzt gehen. Dies gilt nicht, wenn der Patient dem widerspricht oder keinen Hausarzt hat. Beide Sachverhalte sind zu dokumentieren. Erhält der Hausarzt eine Kopie des Berichtes, kann diese nach der Nr. [01 602](#) berechnet werden (zzgl. Portogebühr).

BEGRÜNDET VON WEZEL/LIEBOLD

Hinweis:

Operationen am Herzen, die Rhythmuschirurgie und andere Operationen am Herz und Perikard sind nach der Systematik des OPS-Systems zusammengefasst. Untergruppen sind dann z.B. die Implantation eines Schrittmachers und Defibrillators. Der eigentliche Eingriff ist mit dem letzten Doppelpunkt aufgeführt:

OPS-Codes 5-377.1 Einkammersystem-Schrittmacher (SM)

5-377.2 Zweikammersystem mit einer SM-Sonde

5-377.3 Zweikammersystem mit zwei SM-Sonden

OPS-Codes 5-377.4 ff. summieren Dreikammersysteme, Defibrillatoren, Ereignisrecorder usw. die nicht Inhalt des Anhang [2](#) und nicht Inhalt des EBM sind. Diese Regelung entspricht den bisherigen Regelungen der Gebührenordnung.

Die bei den einzelnen Operationsziffern im Kommentar aufgeführten Operationen sind beispielhaft.

Operationen die nicht im OPS-Katalog stehen sind nicht mehr berechnungsfähig. Der aktuelle OPS-Katalog kann bei Bedarf von der Homepage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) heruntergeladen werden.

Die Zuordnung der operativen Eingriffe zu einzelnen Abschnitten des Kapitels 31.2 ist nicht fachgruppenspezifisch. Es gelten die allgemeinen Regeln der Berufsordnung, der Weiterbildungsordnung und der Beschränkung auf das Kerngebiet. Auf dieser Grundlage können z.B. Augenärzte im EBM Eingriffe aus dem Bereich der HNO-Chirurgie abrechnen und vice versa.

Kommentar zur Neugestaltung des Kapitels 31 (Operationen) im EBM

Vorgaben zur Ausgestaltung:

- Orientierung an einem System mit kalkulierter Schnitt-Naht-Zeit (SNZ).
- Hinterlegung der jeweiligen Abrechnungsnummern mit OPS-301-Schlüsseln
- Diese neue Struktur soll auch Basis für eine fallpauschalenorientierte Vergütung im Rahmen des Vertrages nach § 115 b SGB V werden.
- Mit dieser neuen Struktur ist eine Transparenz und Vergleichbarkeit gegenüber dem stationären Bereich möglich.

Operationenschlüssel (OPS):

- Von den Vertragsärzten sind durchgeführte Operationen und sonstige Prozeduren gemäß § 295 Abs. 1 SGB V nach den Vorgaben des DIMDI zu verschlüsseln.
- Das deutsche Operationenschlüsselverzeichnis basiert auf internationalen Vorgaben (WHO).
- Die Anpassung des internationalen Operationenschlüsselverzeichnisses wird in Deutschland durch das Deutsche Institut für medizinische Dokumentationen (DIMDI) vorgenommen.

Struktur und Aufbau der OPS-301:

Der Katalog OPS-301 (Anlage 2 zum EBM) dient der Verschlüsselung der medizinischen Prozeduren (Eingriffe) mit Hilfe von Zahlen und Buchstaben.

Der Aufbau der OPS-301-Schlüssel ist hierarchisch und ermöglicht eine weitreichende Differenzierung.

Der OPS-301-Katalog bildet zurzeit fünf Kapitel ab:

- Diagnostische Maßnahmen (Kapitel 1)

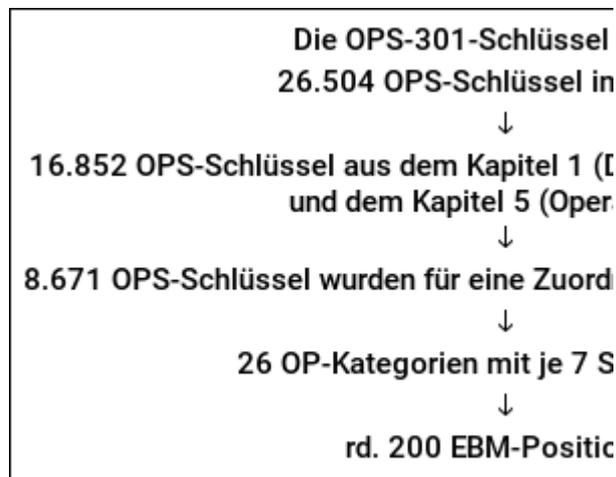
- Bildgebende Diagnostik (Kapitel 3)
- Operationen (Kapitel 5)
- Nicht operative therapeutische Maßnahmen (Kapitel 8)
- Ergänzende Maßnahmen (Kapitel 9).

Beispiel der Struktur:

5	Kapitel Operationen
5-79	Reposition von Fraktur und Lu
5-795	Offene Reposition einer einfa Knochen
5-795.3-	Durch Plattenosteosynthese
5-795.30	Skapula und Klavikula (Schult
5-795.3c	Phalangen der Hand (Finger)
5-795.3x	Sonstige
5-795.3y	Nicht näher bezeichnet

Im EBM wurden aus den nachfolgenden Gründen viele OPS-Schlüssel nicht berücksichtigt:

- Keine Schlüssel der Kapitel 1 und 5
- Überschriften
- „Sonstige“ und „Nicht näher bezeichnet“
- Leistungen, die nicht unter dem alten EBM abrechenbar waren.
- Unsinnige Zuordnungen.



Die konkrete Verwendung der OPS-Schlüssel im EBM richtet sich nach folgender alphabetischer

A	Dermatochirurgischer Eingriff
B	Eingriff an der Brustdrüse
C	Eingriff an einer Extremität
D	Eingriff an Knochen und/oder Gelenken
E	Arthroskopischer Eingriff
F	Visceralchirurgischer Eingriff
G	Endoskopischer visceralchirurgischer Eingriff
H	Proktologischer Eingriff
I	Kardiochirurgischer Eingriff
J	Thoraxchirurgischer Eingriff
K	Eingriff am Gefäßsystem
L	Einbau, Wechsel oder Entfernung eines Schrittmachersystems
M	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgischer Eingriff
N	Eingriff der HNO-Chirurgie
O	Peripherer neurochirurgischer Eingriff
P	Zentraler neurochirurgischer Eingriff
PP	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff
Q	Urologischer Eingriff
R	Endoskopischer urologischer Eingriff
RR	(Endoskopischer) urologischer Eingriff mit Bildwandler
S	Gynäkologischer Eingriff
T	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff
U	Extraocularer Eingriff
V	Intraocularer Eingriff
W	Laserchirurgischer Eingriff (Auge)
X	Intraocularer Eingriff als Phakoemulsifikation

Weiterhin erfolgte eine Unterteilung der 26 „nachfolgenden Unterteilungen:

- bis 15 Min. Kalk. SNZ (1)
- 15 bis 30 Min. Kalk. SNZ (2)
- 30 bis 45 Min. Kalk. SNZ (3)
- 45 bis 60 Min. Kalk. SNZ (4)
- 60 bis 90 Min. Kalk. SNZ (5)
- 90 bis 120 Min. Kalk. SNZ (6)
- über 120 Min. Kalk. SNZ (7)

Wie komme ich zur richtigen Abrechnung einer Operation („How I do it“)?

1. Im alphabetischen Verzeichnis der OPS-Prozeduren finde ich die „offene Reposition einer einfachen Fraktur“ mit der Benennung des OPS-301-Schlüssels 5-795.
2. Im systematischen Verzeichnis der OPS-301-Prozeduren können unter der „Überschrift 5-795“ weitere Untergliederungen der Operationsart gefunden werden wie „durch Schraubenosteosynthese“ 5-795.1, durch Fixatur externe 5-795.4 oder durch Plattenosteosynthese 5-795.3.
3. Mit dieser OPS-301-Nummer kann ich in der Anlage 2 zum EBM die für die Abrechnung wichtigen Abrechnungsziffern finden:

OPS301	Bezeichnung
5-795.30	offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: durch Plattenosteosynthese ...

Dies führt bei konkreter Verwendung der OPS-Schlüssel im EBM zu folgendem Beispiel:

Die konkrete Verwendung der OPS-Schlüssel

Beispiel:

5-795.30

Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen durch Plattenosteosynthese an Schulterblatt oder Schlüsselbein



D 4



30 bis 45 Minuten Schnitt-Naht-Zeit (SNZ)

Eingriff an Knochen und/oder Gelenken

Kriterien für die Zuordnung der einzelnen Prozeduren in die SNZ-Gruppen waren:

- Zeiten der Plausibilitätsprüfungen, modifiziert, da diese auch Vor- und Nachbereitungszeiten beinhalten.
- Zeitangaben aus TARMED (Schweiz)
- Expertenbefragungen
- Auswertungen von Dokumentationsbögen des Ambulanten Operierens nach § 115 b SGB V
- MDK-Gutachten
- Ergebnisse wissenschaftlicher Studien
- Befragungen der Berufsverbände.

Aufbau des Kapitels 31 im EBM

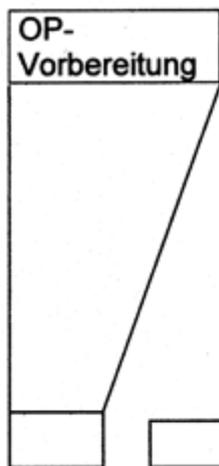
I Abschnitte

- 31.1 Präoperative Untersuchungskomplexe
- 31.2 Ambulante Operationen
- 31.3 Ambulante Überwachungskomplexe
- 31.4 Postoperative Behandlungskomplexe
- 31.5 Anästhesien im Rahmen der Erbringung von Leistungen nach Abschnitt 31.2
- 31.6 Orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen

II Modularer Aufbau

31.1 Präoperative Untersuchungskomplexe

Hausarzt



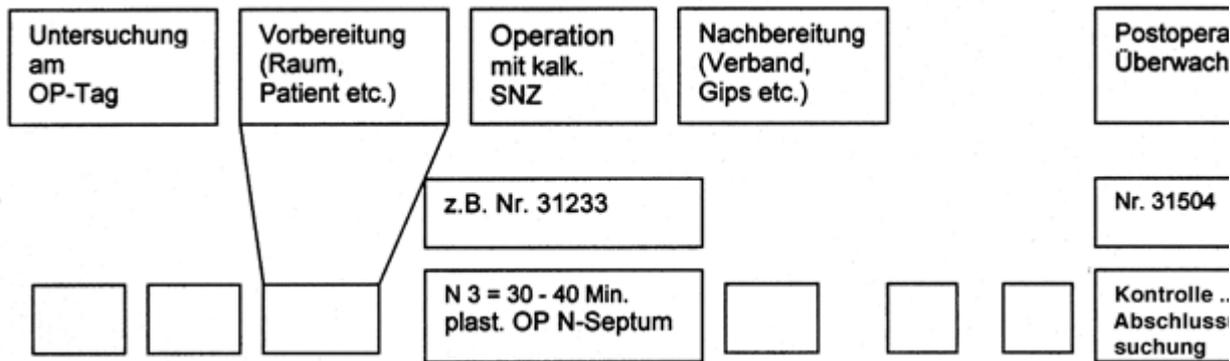
- Beratung und Erörterung
- Überprüfung der Eignung des Umfeldes
- Dokumentation und schriftliche Befundmitteilung
- ggf. EKG und/oder Labor

z.B.
Nr.
31011



Abschnitt 31.2 Ambulante Operationen

Operateur



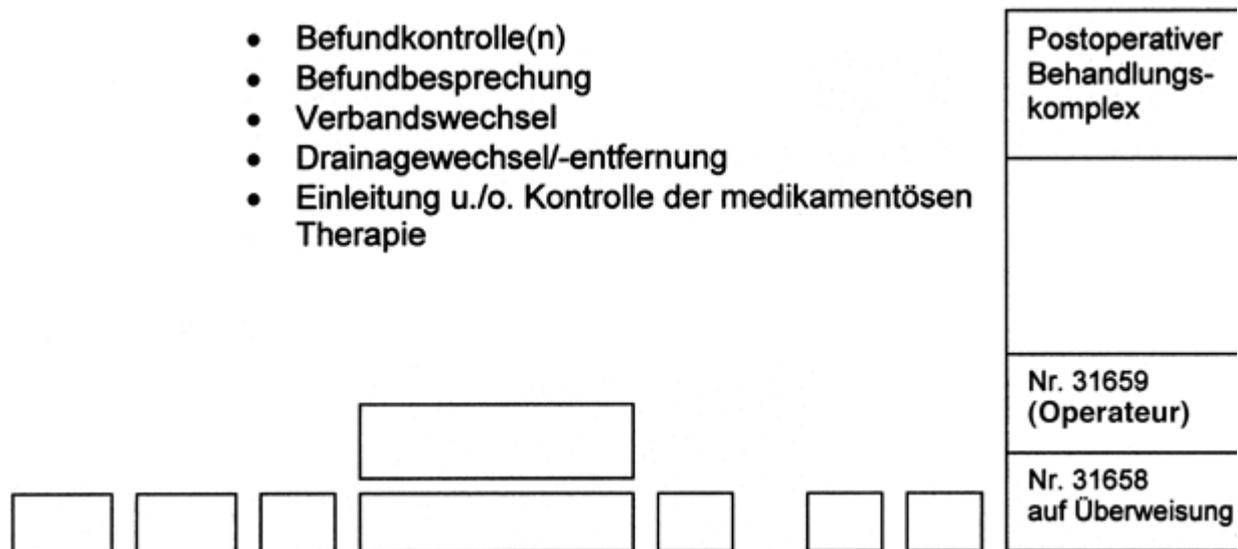
Abschnitt 31.3 Postoperative Überwachungskomplexe nach ambulanter Operation (31.2)

Die postoperativen Überwachungskomplexe beinhalten insgesamt sieben EBM-Positionen. Diese können entweder durch den Operateur oder Anästhesisten erbracht oder abgerechnet werden.

Abschnitt 31.4 Postoperative Behandlungskomplexe

- 31.4.2 im Hausärztlichen Versorgungsbereich
- 31.4.3 im Fachärztlichen Versorgungsbereich

Postoperative Behandlungskomplexe zur Nachbehandlung:



Anmerkung:

Der postoperative Behandlungskomplex kann vom Operateur oder einem anderen niedergelassenen Arzt durchgeführt und abgerechnet werden (auf Überweisung).

GOÄ: Die in diesem Kapitel aufgeführt (OPS-301) weichen von den r möglich ist. Auf die in diesen weitgehend verzichtet.

Spezielle Aspekte der postoperativen Behandlung nach ambulanten Operationen

Gemäß § 6 AOP-Vertrag können die auf das eigene Fachgebiet bezogenen Leistungen auch durch fachlich verantwortliche Krankenhausärzte erfolgen. Die Behandlung sollte 14

Tage nach der OP nicht überschreiten (ansonsten ist eine neue Überweisung erforderlich).

Die postoperative Nachbehandlung durch Vertragsärzte und/oder ermächtigte Krankenhausärzte ist im EBM – Kapitel 31.4 geregelt und betrifft den Zeitraum von 21 Tagen nach einer ambulanten Operation gemäß Kapitel [31.2](#) EBM.

Hierbei gibt es für die Hausärzte und Gebietsärzte unterschiedliche Abrechnungsziffern.

Auf dem Abrechnungsschein des Vertragsarztes, der den postoperativen Behandlungskomplex abrechnet, muss das Datum der Operation eingetragen werden.

Die postoperativen Behandlungskomplexe nach 31.4 dürfen im Zusammenhang mit kurativ-stationären (belegärztlichen) Behandlungen nicht berechnet werden (siehe Präambel 36.1.1 belegärztliche Operationen).

Im Zusammenhang mit ambulanten Operationen durch Krankenhäuser (evtl. als Institut) nach dem Vertrag gemäß § 115 b SGB V – Ambulantes Operieren und stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus – ist bzgl. der postoperativen Behandlung und der Abrechnung postoperativer Behandlungskomplexe nach Abschnitt 31.4 laut KBV folgendes festzustellen:

- In den Grundsätzen des Vertrages nach § 115 b SGB V ist festgehalten, „dass einheitliche Rahmenbedingungen zur Durchführung ambulanter Operationen und stationsersetzender Eingriffe im niedergelassenen Bereich und im Krankenhaus ... zu schaffen“ sind „und die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Vertragsärzten und Krankenhäusern zu fördern“ ist.
- Im § 4 Abs. 4 und 5 ist die Überweisung bereits unter Verweis auf § 13 vorgesehen.
- Laut § 6 sind postoperative Leistungen, die auf das eigene Fachgebiet bezogen sind, einschließlich der Leistungen des Abschnitts [31.3](#) auch von fachlich verantwortlichen Krankenhausärzten durchzuführen.
- Laut § 7 Abs. 4 sind Krankenhäuser bei der Vergütung ambulanter Leistungen wie niedergelassene Fachärzte der entsprechenden Fachrichtung einzustufen.
- Gemäß § 13 sind, soweit erforderlich, die für die vertragsärztliche Versorgung vereinbarten Formulare zu verwenden, die den Krankenhäusern von den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung gestellt werden.

Aus dem oben Gesagten ergibt sich, dass den Krankenhausärzten Überweisungsformulare zur Verfügung gestellt werden, um eine Durchführung von Leistungen des Abschnitts 31.4 entsprechend den Bestimmungen der Präambel für Vertragsärzte zu ermöglichen. Gemäß § 7 Abs. 4 sind diese Überweisungen genau wie die von Vertragsärzten der entsprechenden Fachrichtung ausgestellten Überweisungen zu betrachten.

Die Formulierung in § 6, dass die postoperativen Leistungen auch von Krankenhausärzten erbracht werden dürfen, beinhaltet, wie bereits in den bisherigen Verträgen, die regelhafte Erbringung der postoperativen Leistungen durch Vertragsärzte. Die Formulierung ist unverändert aus den Vorverträgen übernommen worden. Auch wenn hierbei nicht ausdrücklich auf die Möglichkeit der Überweisung verwiesen wird, ergibt sich aus der Systematik des Vertrags nach § 115 b SGB V eine zu den auf die Überweisung bezogenen Vorgaben nach § 4 Abs. 4 und 5 analoge Vorgehensweise im Falle der postoperativen Nachbehandlung durch Vertragsärzte im Anschluss an eine ambulante Operation im Krankenhaus.

Entlassung am Wochenende

Wird der Patient nach einer ambulanten Operation am Freitag aus dem Krankenhaus – wie geplant – entlassen und sucht am Samstag z.B. die Notfallambulanz zum Verbandswechsel auf, so sind die Leistungen in der Notfallambulanz entsprechend den

Notwendigkeiten durchzuführen. Die Abrechnung erfolgt unabhängig von den Leistungen des Kapitels 31.4 (da die eigentliche postoperative Behandlung auf Überweisung durch den Hausarzt geplant war).

Stand April 2024 (78. EL)

© Asgard-Verlag Dr. Werner Hippe GmbH