

# Der Kommentar zu EBM und GOÄ

31319



Home EBM – Kommentar IV Arztgruppenübergreifende spezielle Gebührenordnungspositionen 31  
Gebührenordnungspositionen für ambulante Operationen, Anästhesien, präoperative, postoperative un...  
31.2 Ambulante Operationen 31.2.1 Präambel

## 31.2.1 Präambel

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-Prozeduren des Anhangs [2](#) 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 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 postoperativen 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 Abschnitts 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](#) 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 Abschnitts [31.2](#) ist nicht gebietspezifisch. 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 [02 300](#) bis [02 302](#), [06 350](#) bis [06 352](#), [09 351](#), [09 360](#) bis [09 362](#), [10 340](#) bis [10 342](#), [15 321](#) bis [15 324](#), [26 350](#) bis [26 352](#)) in Narkose bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern werden gebietspezifisch in der Kategorie 1 berechnet.

8. In einem Zeitraum von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag, können in der Praxis (des Operateurs) neben der ambulanten Operation nur die Gebührenordnungspositionen [01 102](#), [01 220](#) bis [01 222](#), [01 320](#) bis [01 323](#), [01 410](#) bis [01 415](#), [01 431](#), [01 436](#), [01 442](#), [01 444](#), [01 450](#), [01 500](#) bis [01 503](#), [01 522](#), [01 546](#), [01 549](#), [01 602](#), [01 610](#) bis [01 613](#), [01 615](#), [01 620](#) bis [01 624](#), [01 626](#), [01 640](#) bis [01 642](#), [01 647](#), [01 648](#), [01 650](#), [01 670](#) bis [01 672](#), [01 681](#), [01 682](#), [01 699](#) bis [01 703](#), [01 705](#) bis [01 707](#), [01 709](#), [01 711](#) bis [01 723](#), [01 731](#), [01 732](#), [01 734](#), [01 735](#), [01 737](#), [01 740](#) bis [01 743](#), [01 747](#), [01 748](#), [01 750](#), [01 752](#) bis [01 758](#), [01 760](#), [01 761](#), [01 764](#), [01 765](#), [01 770](#) bis [01 775](#), [01 780](#) bis [01 787](#), [01 793](#) bis [01 796](#), [01 800](#), [01 802](#) bis [01 811](#), [01 815](#), [01 816](#), [01 820](#) bis [01 828](#), [01 830](#) bis [01 833](#), [01 840](#) bis [01 842](#), [01 850](#), [01 915](#), [01 920](#) bis [01 922](#), [01 949](#), [01 950](#) bis [01 953](#), [01 955](#), [01 956](#), [01 960](#), [02 314](#), [02 325](#) bis [02 328](#), [03 008](#), [03 010](#), [04 008](#), [04 010](#), [05 227](#), [05 228](#), [06 227](#), [06 228](#), [06 362](#), [07 227](#), [07 228](#), [08 227](#), [08 228](#), [09 227](#), [09 228](#), [10 227](#), [10 228](#), [11 228](#), [13 227](#), [13 228](#), [13 297](#), [13 298](#), [13 347](#), [13 348](#), [13 397](#), [13 398](#), [13 421](#), [13 423](#), [13 497](#), [13 498](#), [13 547](#), [13 548](#), [13 597](#), [13 598](#), [13 647](#), [13 648](#), [13 697](#), [13 698](#), [14 217](#), [14 218](#), [15 228](#), [16 218](#), [16 228](#), [17 228](#), [18 227](#), [18 228](#), [19 310](#), [19 312](#), [19 315](#), [19 320](#), [20 227](#), [20 228](#), [21 227](#), [21 228](#), [21 236](#), [21 237](#), [22 219](#), [22 228](#), [23 228](#), [23 229](#), [24 228](#), [25 228](#) bis [25 230](#), [26 227](#), [26 228](#), [27 227](#), [27 228](#), [30 701](#), [30 705](#), [30 706](#), [30 740](#), [31 600](#), [37 400](#), [37 700](#), [37 701](#), [37 704](#) bis [37 706](#), [37 710](#), [37 711](#), [37 714](#) und [37 720](#), die Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen, die Gebührenordnungsposition [06 225](#) unter Berücksichtigung der Regelungen der Präambel [6.1](#) Nr. 6, Gebührenordnungspositionen der Kapitel bzw. Abschnitte [30.1.3](#), [30.3.2](#), [30.8](#), [30.12](#), [31.3](#), [31.4.3](#), [31.5.2](#), [31.5.3](#), [32](#), [34](#), [35](#), [37.5](#) und [40](#) sowie die Gebührenordnungspositionen [01 100](#) oder [01 101](#) jeweils in Verbindung mit der Gebührenordnungsposition [01 414](#) 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.

## Kommentar:

Der Abschnitt [31.2](#) 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 Anhang [2](#)

aufgelistet. Auf den Abdruck in diesem Kommentar wurde aufgrund des Umfangs verzichtet.

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 cm<sup>2</sup>, lokal bis 4 cm<sup>2</sup> oder bis zu 1 cm<sup>3</sup>, radikal und ausgedehnt: größer 4 cm<sup>2</sup> oder größer 1 cm<sup>3</sup>.

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 gebietsspezifisch in der Kategorie 1 zu berechnen (GOP 31xx1, belegärztlich stationär GOP 36xx1).

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

Der Vertragsarzt muss gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung seine Teilnahme am Vertrag gemäß [§ 115b](#) SGB V erklären.

Nach [§ 115b](#) 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 stationärsersetzender 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 [§ 115b](#) Abs. 1 SGB V „Ambulantes Operieren, sonstige stationärsersetzende Eingriffe und stationärsersetzende Behandlungen nach § 115b“ (AOP-Vertrag zum 1. Januar 2024) geschlossen worden. Ä  
Ä

In diesem Vertrag werden neben den Grundsätzen viele Sachverhalte dargestellt, u.a. im § 11 die Vergütung von Sachkosten (Verbrauchsmaterialien, Verbandmittel, Sachmittel u.a.). Ä

Diesem AOP-Vertrag ist als Anlage 1 ein Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationärsersetzender Eingriffe und stationärsersetzender Behandlungen im Krankenhaus angefügt (AOP-Katalog). Ä

Mit dem neuen AOP-Katalog können Vertrags- und Klinikärzte ab sofort alle Operationen im Abschnitt 1 des AOP-Katalogs als „Reoperation“ kennzeichnen (soweit diese nicht einen eigenen OPS-Kode haben). Für den zusätzlichen Zeitaufwand solcher Operationen können diese mit dem OPS-Kode 5-983 Reoperation gekennzeichnet werden.

Mit der Aktualisierung des AOP-Katalogs zum 1. Januar 2024 wurde auch die Begründungspflicht für Krankenhäuser „verschärft“. Die bisherigen G-AEP-Kriterien wurden jetzt durch sogenannte Kontextfaktoren <sup>\*)</sup> ersetzt. Die Krankenhäuser müssen anhand von ICD-10- und/oder OPS-Kodes, einer Liste von Indikationen und Kriterien wie Pflegegrad oder Begleiterkrankungen die Notwendigkeit einer stationären Aufnahme begründen. e  
Ä

Liegen abweichend von den genannten Kontextfaktoren medizinische oder soziale Gründe vor, die dazu führen, dass die Versorgung des Patienten in der Häuslichkeit nicht sichergestellt werden kann und dadurch der medizinische Behandlungserfolg gefährdet ist, sind diese Gründe bei einer stationären Durchführung der Leistung fallindividuell darzustellen (§ 8 Abs. 3 des AOP-Vertrags). Ä

Eine weitere Anlage (s. § 13 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](#)). Ä

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

Der AOP-Vertrag regelt in § 11 die Vergütung von Sachkosten. Die Vergütung von Sachkosten für Vertragsärzte und Krankenhäuser ist – wenn überhaupt möglich – sehr aufwendig und detailliert in den Absätzen des § 11 des AOP-Vertrags geregelt. Ä

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.

Der Leistungskatalog von Krankenhäusern, die am Vertrag gemäß [§ 115b](#) SGB V teilnehmen, definiert sich nicht durch die Inhalte dieses Abschnittes, sondern durch die Inhalte und den Operationen-Katalog des Vertrags nach § 115b SGB V.

Ermächtigte Krankenhausärzte können ihre ambulanten und stationsersetzenden 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, die postoperative Überwachung, die evtl. nötige postoperative Nachbeobachtung, 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 gemäß [31.3.2](#) und die postoperative Nachbeobachtung nach [31.3.3](#)),
- [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 31xx8 der für den Simultaneingriff relevanten Unterabschnitte in Anrechnung zu bringen.

Maßgeblich für die Berechnung der Zuschlagspositionen für Simultaneingriffe nach der 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 etagendifferenzierter 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.

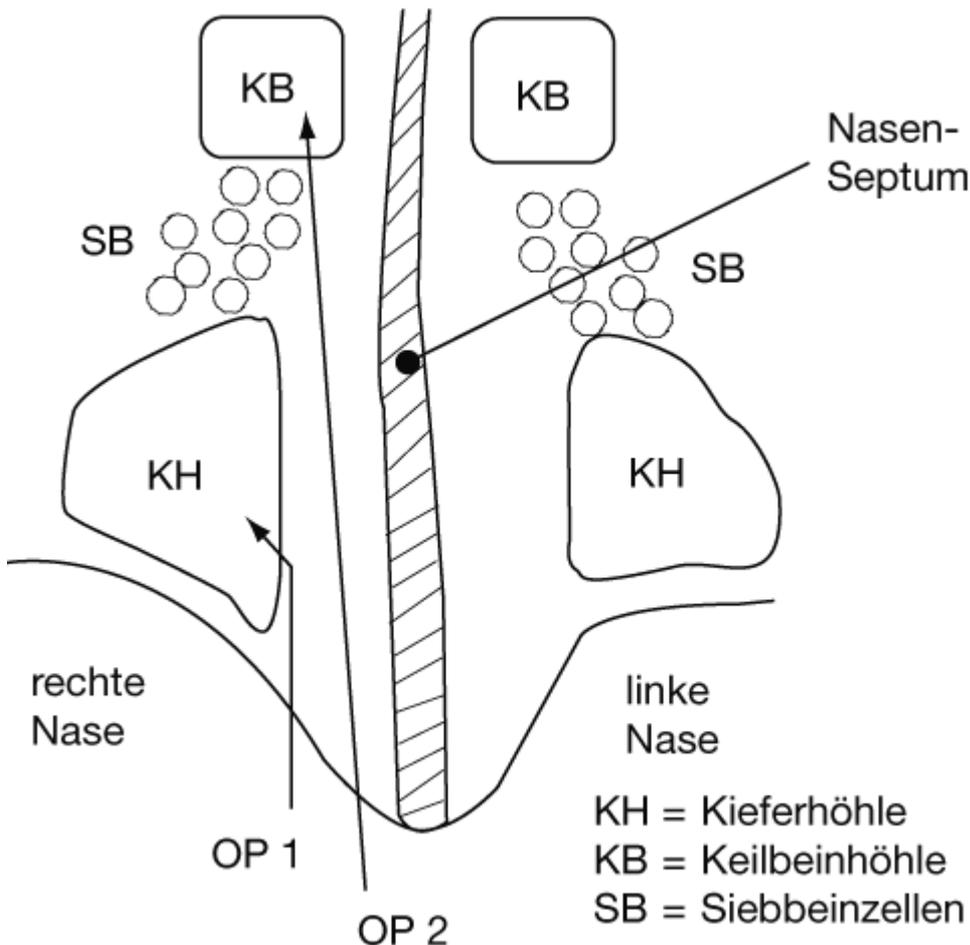
Ein Simultaneingriff kann aber auch dann vorliegen, wenn eine Operation an unterschiedlichen Organen (z.B. Eierstock oder Blinddarm) erfolgt. So im Rahmen endoskopisch oder mikroskopisch gestützter Eingriffe in der Bauchhöhle. Ein weiteres Beispiel sind die HNO-Ärzte und auch Neurochirurgen, die über 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)

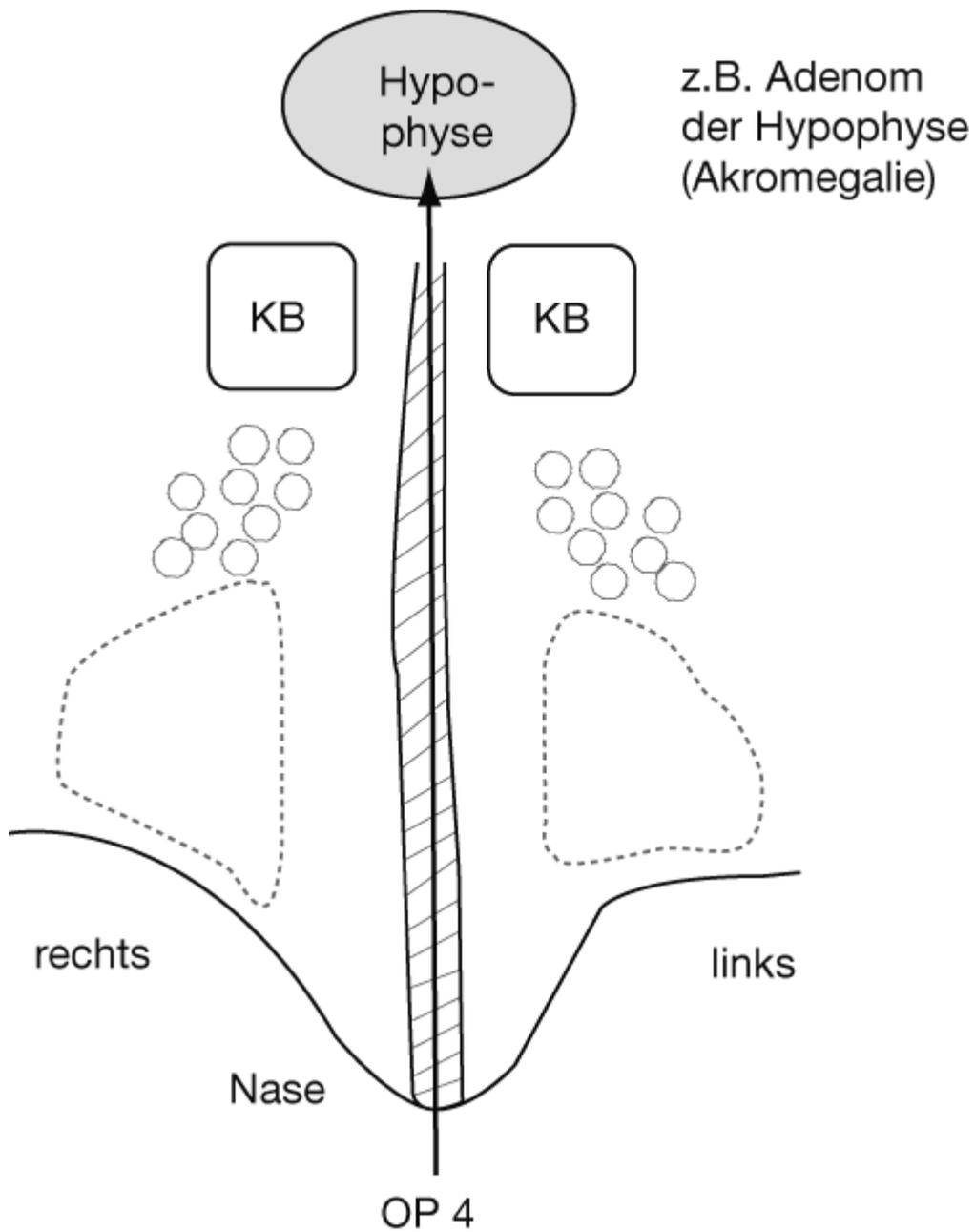
OP 2 endonasale endoskopische Operation der Keilbeinhöhle (OPS 5-222.4) (Zugang über die rechte Nasenhaupthöhle)

OP 3 endonasale Operation der Keilbeinhöhle rechts mit den Simultaneingriffen Kieferhöhle und Muschelresektion rechts

Beispiele zur Berechnung von Operationen (einzeln oder kombiniert)

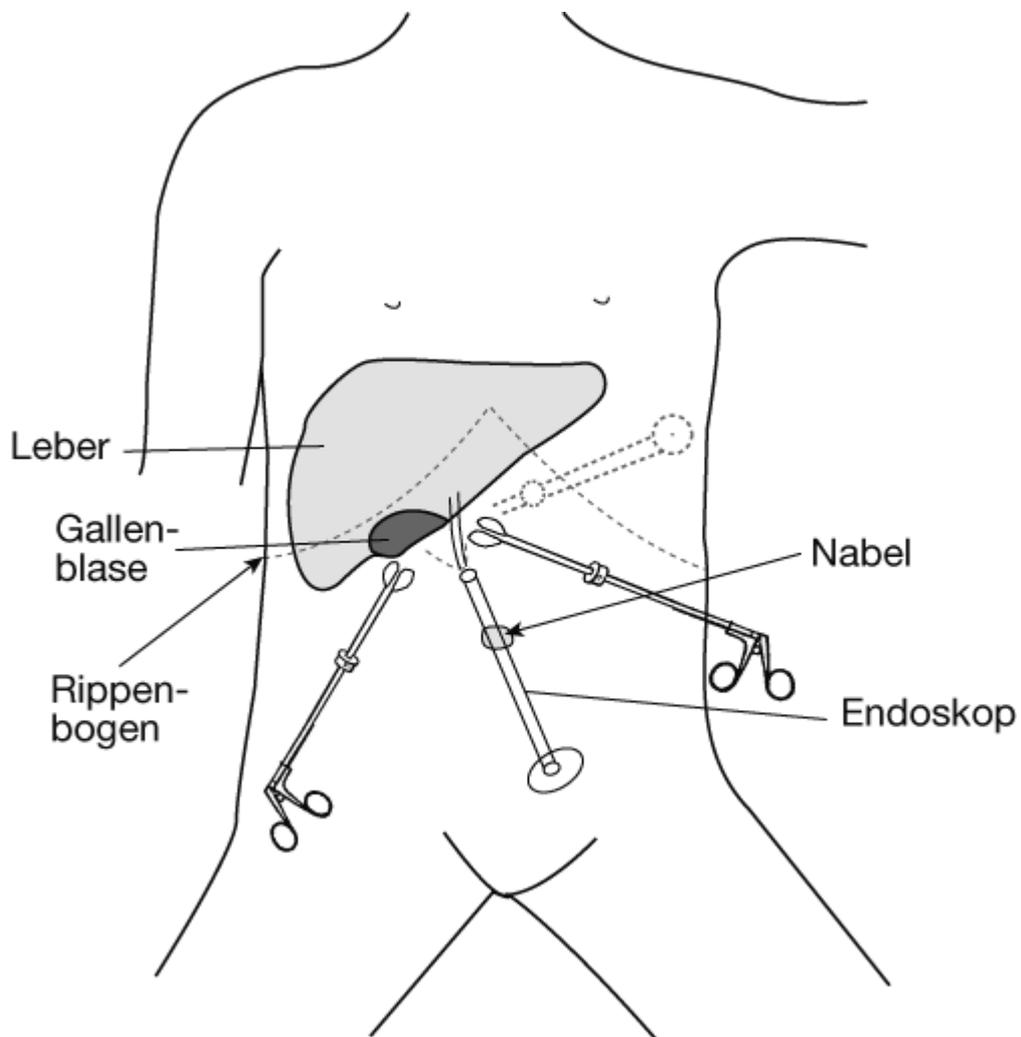
Beispiel	Operation Bezeichnung (2023)	OPS-Schl
OP 1	Kieferhöhle re.	5-22
OP 2	Keilbeinhöhle re.	5-22
OP 3	Haupteingriff Keilbeinhöhle re.	5-22
	Simultan-OP Kieferhöhle re.	5-22
	und Muschelresektion re.	5-21

**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](#)

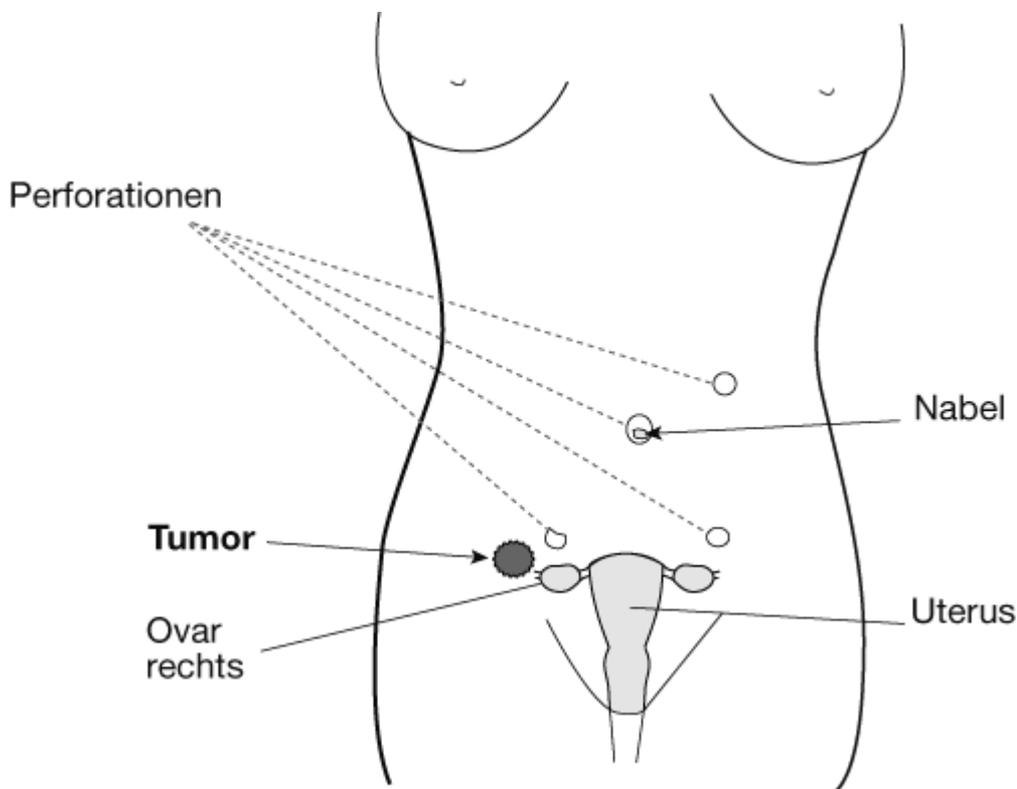
Überwachung (postoperativ) = [31 505](#)

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).

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-Kodes 5-377.1 Einkammersystem-Schrittmacher (SM)

5-377.2 Zweikammersystem mit einer SM-Sonde

5-377.3 Zweikammersystem mit zwei SM-Sonden

OPS-Kodes 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 bzw. in der Version 2006 entfernt wurden, sind nicht mehr berechnungsfähig. Der an den OPS-Katalog Version 2006, zuletzt geändert am 14. Dezember 2022, angepasste [Anhang 2](#) zum EBM kann ggf. auch von der [KBV-Homepage](#) 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.

### **Die Neugestaltung des Kapitels 31 (Operationen) im EBM enthielt folgende Vorgaben zur Ausgestaltung:**

- Orientierung an einem System mit kalkulierter Schnitt-Naht-Zeit (SNZ).
- Hinterlegung der jeweiligen Abrechnungsnummern mit OPS-301-Schlüsseln.
- Diese neue Struktur ist die Basis für eine fallpauschalenorientierte Vergütung im Rahmen des Vertrages nach [§ 115b](#) SGB V.
- 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)

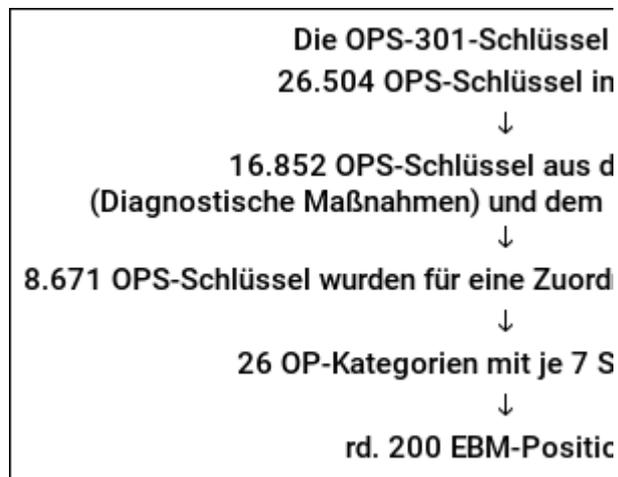
- Bildgebende Diagnostik (Kapitel 3)
- Operationen (Kapitel 5)
- Nicht operative therapeutische Maßnahmen (Kapitel 8)
- Ergänzende Maßnahmen (Kapitel 9).

### Beispiel der Struktur:

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

### 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 „I 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 der 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:

OPS 301	Bezeichnung
5-795.30	offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: durch ...

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

### Die konkrete Verwendung der OPS-Schlüsse

#### 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 [§ 115b 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

[31.3.1](#) Präambel

[31.3.2](#) Postoperative Überwachungskomplexe

[31.3.3](#) Postoperative Nachbeobachtung

[31.4](#) Postoperative Behandlungskomplexe

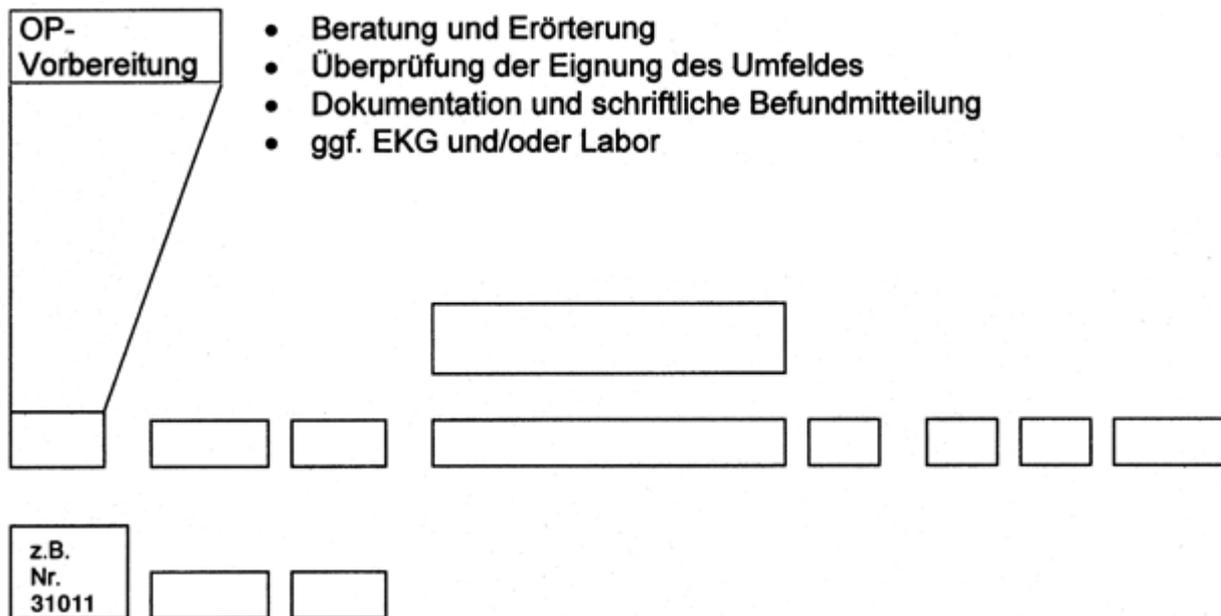
[31.5](#) Anästhesien im Rahmen der Erbringung von Leistungen nach Abschnitt [31.2](#)

[31.6](#) Orthopädisch-chirurgisch konservative Gebührenordnungspositionen

#### **II Modularer Aufbau**

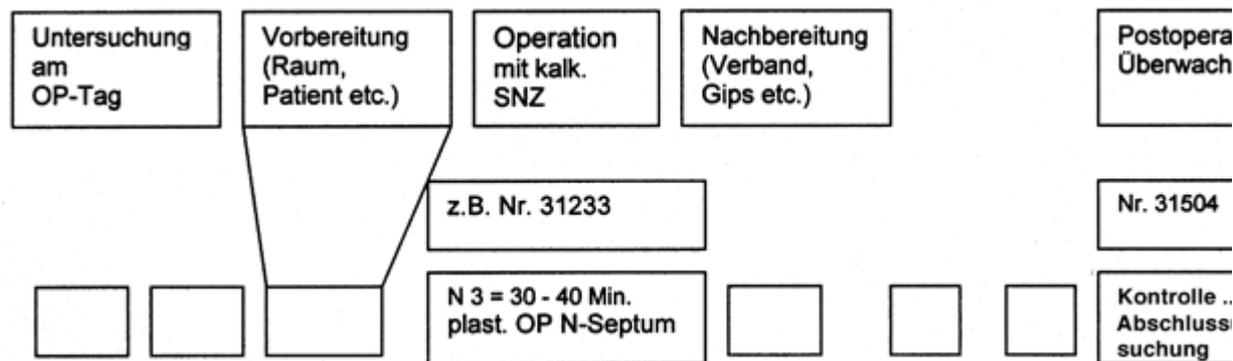
[31.1](#) Präoperative Untersuchungskomplexe

Hausarzt



**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.

Im Rahmen der Förderung des ambulanten Operierens wurde zum 1. Januar 2023 eine der Überwachungszeit folgende Nachbeobachtung eingeführt (Gebührenordnungsposition [31 530](#)). Diese kann pro vollendeten 30 Minuten, ggf. mehrfach, angesetzt werden.

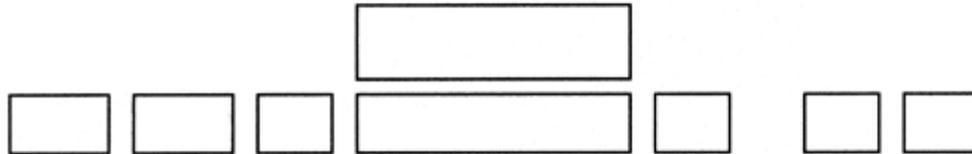
**Abschnitt 31.4 Postoperative Behandlungskomplexe**

- [31.4.2](#) im Hausärztlichen Versorgungsbereich
- [31.4.3](#) im Fachärztlichen Versorgungsbereich

Postoperative Behandlungskomplexe zur Nachbehandlung:

- Befundkontrolle(n)
- Befundbesprechung
- Verbandswechsel
- Drainagewechsel/-entfernung
- Einleitung u./o. Kontrolle der medikamentösen Therapie

Postoperativer Behandlungs- komplex
Nr. 31659 (Operateur)
Nr. 31658 auf Überweisung



**Anmerkung:**

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

---

GOÄ: Die in diesem Kapitel aufgeführten Leistungsbeschreibungen auf der Basis des Kataloges der operativen Prozeduren nach § 301 SGB V (OPS-301) weichen von den nach Abschnitt L der GOÄ abrechnungsfähigen Leistungen so weit ab, dass eine eindeutige Zuordnung nicht möglich ist.  
 Auf die in diesem Kommentar ansonsten enthaltenen Hinweise zur Abrechnung nach GOÄ wurde daher an dieser Stelle weitgehend verzichtet.

Stand April 2024 (78. EL)