

„Operative Eingriffe und ambulantes Operieren im EBM 2000plus“

Leistungen für operative Eingriffe und ambulantes Operieren sind im EBM unter folgenden Kapiteln differenziert:

Abschnitt II

arztübergreifende allgemeine Leistungen; Kapitel 2.3

Operative Eingriffe der sogenannten kleinen Chirurgie unterliegen nicht den speziellen Qualitätssicherungsmaßnahmen entsprechend § 115 b SGB V und sind nicht genehmigungspflichtig. Bestandteile der in diesem Kapitel aufgeführten Leistungen sind notwendige Lokal- und Leitungsanästhesien und somit nicht gesondert berechnungsfähig. Für bestimmte Fachgruppen z.B. Augenärzte, Hautärzte, MKG, HNO-Ärzte und Urologen sind im **Abschnitt III – Arztgruppenspezifische Leistungen** operative Eingriffe der kleinen Chirurgie bezogen auf das jeweilige Fachgebiet zusätzlich berücksichtigt worden. Erfolgen operative Eingriffe der kleinen Chirurgie aus vorgenannten Abschnitten bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr in Narkose, sind entsprechend der Leistungslegenden die Operationen nach dem Kapitel 31 abzurechnen, ohne dass eine Genehmigung zum ambulanten Operieren vorliegen muss. **Hinter der Abrechnungsnummer aus dem Kapitel 31 ist für die Angabe des OPS-Code die Abrechnungsnummer aus dem EBM, z.B. 02302 in der Feldkennung 5036 zu dokumentieren, da im Anhang 2 des EBM keine kleinen operative Eingriffe aufgeführt sind!**

Die Abrechnung der postoperativen Überwachung und Behandlung und der Narkose erfolgt nach den Kapiteln 31.3, 31.4 und 31.5 des EBM.

Abschnitt IV

arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen; Kapitel 31.

Das Kapitel 31 der ambulanten und belegärztlichen Operationen ist in die folgenden Abschnitte gegliedert:

31.1. Präoperative Untersuchungskomplexe

Leistungen dieses Abschnittes umfassen altersabhängig Operationsvorbereitungen und sind ausschließlich dem hausärztlichen Versorgungsbereich vorbehalten. Erfolgen ambulante Operationen am Krankenhaus, sind notwendige präoperative Leistungen durch den Hausarzt zu erbringen und nach diesem Abschnitt berechnungsfähig.

31.2. Ambulante und belegärztliche Operationen

Leistungen dieses Abschnittes sind unter Erfüllung der Voraussetzungen beim ambulanten Operieren gemäß § 115 b SGB V nur mit einer Genehmigung berechnungsfähig (ausgenommen diverse operative Eingriffe der kleinen Chirurgie in Narkose bis zum vollendeten 12. Lebensjahr). Die einzelnen Gebührennummern beinhalten auch Untersuchungen am OP-Tag, Verbände, Abschlussuntersuchungen, einen postoperativen Arzt-Patienten-Kontakt, Dokumentationen und Beratungen, einschließlich des Abschlussberichtes an den weiterbehandelnden Vertragsarzt.

Die Leistungserbringung ist nur dann vollständig gegeben, wenn bei der Berechnung der Gebührenziffer die Angabe der OPS-301-Prozeduren erfolgt, d.h. ggf. sind mehrere OPS-Schlüssel hinter der Gebührenziffer in der Feldkennung 5035 als Begründung anzugeben. Darüber hinaus ist die Diagnose nach der gültigen ICD-10-GM vollständig anzugeben. Wenn zusätzlich zum Haupteingriff weitere operative Prozeduren mit unterschiedlicher Diagnose und gesondertem operativen Zugangsweg durchgeführt werden, dann ist nur die Berechnung von Zuschlagsziffern für diese sogenannten Simultaneingriffe gegeben. **Die gesamte Operationsdauer (SNZ) ist bei der Berechnung von Zuschlagsziffern immer hinter der Ziffer zu dokumentieren (Feldkennung 5037).**

Erfolgen mehrere operative Prozeduren unter einer Diagnose und/oder über einen gemeinsamen operativen Zugangsweg, ist nur der am höchsten bewertete Eingriff berechnungsfähig. Die Abrechnung von Zuschlagsziffern entfällt.

Da entsprechend der Regelungen im Abschnitt 31.2 Abs. 8 **in einem Zeitraum von drei Tagen beginnend mit dem Operationstag vom Operateur neben der ambulanten oder belegärztlichen Operation nur bestimmte Leistungen abgerechnet werden können, ist zur Abrechnungsprüfung in der Feldkennung 5034 hinter der Operationsleistung das OP-Datum zu dokumentieren.**

Hinweise zur Berechnung der Zuschlagspositionen.

1. Bei der Berechnung von Simultaneingriffen gemäß der Präambel 2.1 Nr. 3 des Anhangs 2 zum EBM ist, sofern diese anderen Kategorien des Abschnittes 31.2 als dem Haupteingriff zuzuordnen sind, immer die am höchsten bewertete Zuschlagsposition der für den Simultaneingriff relevanten Kategorien abzurechnen.

Somit kann beispielsweise neben dem Haupteingriff nach der Kategorie M3 Ziffer 31223 bei Simultaneingriff der Kategorie A ein Zuschlag nach Ziffer 31108 abgerechnet werden.

2. Darüber hinaus ist maßgeblich für die Berechnung der Zuschlagsposition für Simultaneingriffe nach der Präambel 2.1 Nr. 3 des Anhangs 2 zum EBM nicht die kalkulatorische Schnitt-Naht-Zeit der Kategorie des Haupteingriffes, sondern die Überschreitung der tatsächlichen Schnitt-Naht-Zeit des jeweiligen Haupteingriffes.

Somit können Zuschläge ab Beginn des Simultaneingriffes berechnet werden, auch wenn die kalkulatorische Schnitt-Naht-Zeit des Haupteingriffes unterschritten wurde.

Für belegärztliche Operationen erfolgt ein Abschlag von der Punktsomme der Leistungen in folgender Höhe:

- 50 % bei Eingriffen der Kategorie 1 – 3 sowie für die Zuschläge bei Simultaneingriffen zu dieser Kategorie
- 40 % bei Eingriffen der Kategorie 4 – 6 sowie für die Zuschläge bei Simultaneingriffen zu dieser Kategorie
- 30 % bei Eingriffen der Kategorie 7 sowie für die Zuschläge bei Simultaneingriffen zu dieser Kategorie.

31.3. Postoperativer Überwachungskomplex

Im unmittelbaren Anschluss an die Operation ist diese Leistung **nur einmalig, entweder vom Operateur oder vom Anästhesisten**, berechnungsfähig. Bei **belegärztlichen Operationen sind postoperative Überwachungskomplexe berechnungsfähig, allerdings mit einem Abschlag von 90 %**.

In der Quartalserklärung ist zu bestätigen, dass die Abrechnung in den jeweiligen Fällen durch einen Leistungserbringer erfolgt, auch wenn mehrere Ärzte mitgewirkt haben.

31.4. Postoperative Behandlungskomplexe

Die Leistungen sind entweder nur durch den Operateur selber oder auf Überweisung des Operateurs an einen anderen Vertragsarzt **unter gleichzeitiger Angabe der Gebührenziffer für den postoperativen Behandlungskomplex zu erbringen** (Angabe der alleinigen Abrechnung in der Quartalsklärung).

Darüber hinaus muss **auf dem Überweisungsschein in dem dafür vorgesehenen Feld der OP-Tag angegeben werden**.

Die Abrechnung des postoperativen Behandlungskomplexes hat an einem Tag der tatsächlichen Leistungserbringung zu erfolgen. **Hinter der Gebührenziffer für die postoperative Behandlung ist das OP-Datum in der Feldkennung 5034 zu dokumentieren** (Dt. Ärzteblatt, Heft 22 vom 3.Juni 2005). **Diese Regelung gilt sowohl für den Operateur als auch für den Vertragsarzt, der auf Überweisung tätig wird**.

Innerhalb von 21 Tagen, beginnend mit dem Operationstag, sind diverse Leistungen der Wundbehandlung neben dem postoperativen Behandlungskomplex ausgeschlossen.

Krankenhäuser, die berechtigt sind, im Rahmen des AOP-Vertrages nach § 115 SGB V tätig zu werden, müssen ebenfalls Überweisungsscheine verwenden und entsprechend der Regelungen im EBM mit den notwendigen oben genannten Angaben versehen. Der Überweisungsschein ist auszustellen zur „Nachbehandlung nach amb. OP am Krankenhaus“ unter Angabe des postoperativen Behandlungskomplexes z.B. 31659.

Notwendige Vordrucke können von den Krankenhäusern bei der KVMV angefordert werden.

Alle Krankenhäuser sind durch die Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern zur Verfahrensweise der Regelungen in § 115 b SGB V zum ambulanten Operieren über ein Sonderrundschreiben (KGMV-Sonderinfo Nr. 024/05) informiert worden.

Ab 3. Quartal 2005 wird für die Abrechnung des postoperativen Behandlungskomplexes nach belegärztlichem Behandlungsfall ein Abschlag von 45 % vorgenommen.

Diese Abschlagsregelung gilt bei Erbringung sowohl für den Operateur als auch für den auf Überweisung tätig werdenden Vertragsarzt.

Der postoperative Behandlungskomplex ist in diesen Fällen mit einem S (stationär) zu kennzeichnen (z.B. Ziffer 31659S). Die Zeiten für die Plausibilitätsprüfung nach Anhang 3 werden dementsprechend um 45% gemindert.

31.5. Anästhesien

In diesem Abschnitt sind Leistungen für Anästhesien berücksichtigt, die differenziert vom Operateur und vom Facharzt für Anästhesiologie berechnet werden können.

Bei Simultaneingriffen oder für Eingriffe der Kategorie 7 kann für die Fortsetzung der Narkose ein Zuschlag berechnet werden. Die Angabe der SNZ ist hinter der Zuschlagsziffer in der Feldkennung (5037) vorzunehmen.