Ambulantes (und belegärztliches) Operieren - EBM Kap. 31 und 36

Grundsätzliche Vorbemerkung

Zur vereinfachten Übersicht sind im Folgenden Leistungslegenden teilweise zusammengefasst und gekürzt wiedergegeben. Einzelne Positionen sind entfallen, da die zugehörigen Leistungen fachfremd sind und aus berufsrechtlichen Gründen nicht erbracht werden können, obwohl sie aus der Systematik des EBM heraus berechnungsfähig wären. Das komplizierte Regelwerk umfasst nicht nur die Präambeln aus dem Kapitel 31, sondern vor allem auch die Präambel zum Anhang 2 des EBM mit der Auflistung der OPS-Codes. Zum besseren Verständnis wird diesem Abschnitt daher eine zusammenfassende Erklärung der Systematik vorangestellt.
Die Systematik für das Kapitel 32 gilt bis auf wenige Abweichungen in gleicher Weise auch für das belegärztliche Kapitel 36. Daher wird Letzteres nicht gesondert abgehandelt. Im Kommentar zum Kapitel 36 werden nur diese Abweichungen besprochen.

Erläuterungen zur Abrechnung ambulanter Eingriffe

Für das Kapitel 31 ist die Kenntnis der EBM-Ziffern im Grunde nicht erforderlich. Die Leistungsziffern stehen nicht zur beliebigen Auswahl, sondern werden über die Zuordnung zum OPS-Schlüsselsystem verbindlich vorgegeben. Angesichts von mehr als 8500 abrechnungsberechtigenden OPS-Ziffern ist ein Ausdruck völlig unübersichtlich und unhandlich (siehe Band II der offiziellen KBV-Version). Es ist auch nicht sinnvoll, alle 200 Legenden der einzelnen Op-Komplexe zu kennen, da diese sich in immer gleicher Systematik wiederholen. Es ist letztlich erforderlich, die OPS-Ziffern in einem eigenen Browser-System zu suchen. Der BDC hat in Kooperation mit ‚allinone' einen solchen Browser entwickelt, den wir Ihnen dringend zur Nutzung empfehlen. Die Browser-Version ermöglicht ein rasches Auffinden der OPS-Ziffer über eine einfache Verzweigung Schritt für Schritt und benennt nach abgeschlossener Identifikation der konkreten Operation die zugehörige EBM-Leistungskette.
Die einzelne Operation muss deshalb nicht gesondert kommentiert werden, wohl aber das allgemeine Regelwerk der Leistungserbringung im Zusammenhang mit operativen Eingriffen.

Genehmigungspflicht

Ambulante Operationen sind genehmigungspflichtig. Es ist bei der zuständigen KV ein Antrag zu stellen, in dem die Erfordernisse aus dem Anhang zu den dreiseitigen Verträgen nach §115b SGB V nachgewiesen werden müssen. Sie finden die aktuellen Anforderungen auf der Seite der KBV unter der Rubrik **Rechtsquellen – Qualitätssicherung.** [Link auf fetten Text: www.kbv.de/rechtsquellen/2508.html]

Das OPS-System

Die Codierung der Eingriffe im OPS-System (synonym IKPM, ICPM) ist zwingende Voraussetzung der Abrechnung. Die Abrechnung ambulanter Operationen erfolgt ausschließlich über diejenigen EBM-Ziffern, die den entsprechenden OPS-Codes der Eingriffe verbindlich und ohne individuelle Varianz zugeordnet sind. Das ist im Anhang 2 des EBM eindeutig geregelt.

Wichtig:

Leistungen der „Kleinen Chirurgie“ (02300 bis 02302), die bei Kindern unter 12 Jahren erbracht werden und in Narkose stattfinden, können abweichend von der o. g. Grundregel unter der Leistungsziffer 31101 einschließlich der zugehörigen Überwachungsziffer abgerechnet werden, auch dann, wenn die Praxis sonst nicht die Strukturvoraussetzungen des § 115 b erfüllt. Die Berechnung der postoperativen Behandlungskomplexe ist in diesen Fällen allerdings nicht erlaubt.
Das OPS-Schlüsselsystem ist keine Erfindung der KBV oder ärztlicher Verbände, sondern eine offizielle Ausarbeitung des DIMDI (Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information) im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums und wird regelmäßig an die Bedürfnisse der Medizin angepasst. Der OPS-Code ist Grundvoraussetzung in der Abrechnung stationärer DRGs. In diesem Codesystem sind alle denkbaren (auch undenkbaren) Operationsverfahren in einem hierarchisch gegliederten Baumsystem aufgelistet. Das System verzweigt von Ebene zu Ebene, indem zunächst Oberbegriffe und danach immer weiter differenziert nach OP-Verfahren und Lokalisation bis in die fünfte und sechste Stelle die konkrete Operation identifiziert wird.

Merke: Abrechnung ambulanter und belegärztlicher Operationen grundsätzlich über OPS. Dieser determiniert die EBM-Leistungsziffern. Niemals umgekehrt verfahren!

Wichtig:
Nicht jede OPS-Ziffer führt zu einer EBM-Leistungskette. Nicht über EBM-Ziffern abgerechnet werden können alle nicht weiter spezifizierten Eingriffe, die entweder als Überschrift oder unter der Bezeichnung „sonstige“ bzw. “nicht näher bezeichnet“ geführt sind. Weiter sind nicht ausgewiesen Eingriffe, die bisher nicht Bestandteil des EBM sind. Neue Leistungen können erst dann im Rahmen der Gesamtvergütung erbracht werden, wenn die Kostenträger die dafür erforderlichen Mittel zur Verfügung gestellt haben. Ebenfalls ohne Verweis zu EBM-Ketten sind völlig unsinnige Leistungen, die einfach aus der Verschlüsselungsroutine des DIMDI entstanden sind, z. B. Marknagelung der Patella.
Von größerer Bedeutung ist der Ausschluss kleinerer operativer Leistungen, die dann über die EBM-Ziffern 02300 bis 02302 abgerechnet werden müssen. Schließlich sind auch diejenigen OPS-Codes nicht mit einer EBM-Kette verknüpft, bei denen die Leistung Teilbestandteil einer anderen Gesamtoperation sind. Auch im OPS-System unter Revisionseingriffen codierte Operationen sind nicht mit EBM-Ketten verbunden. Hier muss der Originaleingriff verschlüsselt werden.
Das Browser-System des BDC markiert durch rote Farbbuttons diejenigen OPS-Codes, die zu einer abrechnungsfähigen Leistung führen. Gelbe Buttons signalisieren, dass diese Codes nicht abrechenbar sind.

Empfehlung

Verzicht auf den Versuch, EBM-Ziffern zum ambulanten Operieren aus den einzelnen Kapiteln zu suchen. Das ist grundsätzlich nicht zulässig, weil der Zugang zu den EBM-Abrechnungsziffern ausschließlich OPS-gesteuert ist. Verzicht auf die Suche im schlicht numerisch aufgelisteten Anhang 2 des EBM. Nutzung eines Browser-Systems.

Größendefinition

Die Größendefinition ist entscheidend für die Zuordnung des korrekten OPS-Codes. Dieser differenziert häufig, insbesondere bei dermatochirurgischen Eingriffen, zwischen groß, klein und radikal. Das führt dazu, dass radikale Eingriffe einen Zugang zu EBM-Positionen des

Kapitels 31.2 besitzen, kleine dagegen nicht und unter den Ziffern 02300 bis 02302 abgerechnet werden müssen.
Als Faustregel kann gelten: Klein ist alles im Format eines Daumenendglieds, mehr Länge, Fläche oder Volumen ist dann groß. Grundsätzlich immer groß sind Eingriffe an Kopf und Händen.

OP-Komplexe

Die Operationskomplexe der EBM-Ziffern 31101 bis 31351 sind in der immer gleichen Systematik differenziert in 26 unterschiedliche Kostenstellen mit jeweils 7 zeitbezogenen Einzelziffern und einer Zuschlagsziffer. Die Eingruppierung in ein Kapitel mit einer fachspezifischen Bezeichnung bedeutet nicht, dass nur die Ärzte dieser Fachgruppe Zugang zu diesen Leistungen hätten, sondern beschreibt lediglich die Kostenstelle, die kalkulatorisch zugrunde gelegt ist. Jeder Operateur kann aus allen Kapiteln Leistungen erbringen, solange dies im Rahmen seines Weiterbildungsumfangs berufsrechtlich zulässig ist. Der Zugriff auf OP-Ziffern wird also nur über die Fachgrenzen gemäß Weiterbildung limitiert.
Die Ziffern beginnen immer mit 31 bzw. 36 für Belegärzte. Die beiden folgenden Stellen beziehen sich auf die Kostenstelle resp. das Fachgebiet, obwohl dies prinzipiell unerheblich ist. Dennoch ist die Kenntnis dieser Systematik wichtig bei der Berechnung von Simultaneingriffen. Die dann anzusetzenden Zuschläge können nämlich entweder aus der Kostenstelle des Haupteingriffs oder, falls dies mehr Erlöse bringt, auch aus der Kostenstelle des Simultaneingriffs generiert werden.

Die letzte Ziffer ist immer zeitbezogen. Alle Komplexe sind gleich aufgebaut:

Endziffer 1	OP bis 15 Minuten
Endziffer 2	OP bis 30 Minuten
Endziffer 3	OP bis 45 Minuten
Endziffer 4	OP bis 60 Minuten
Endziffer 5	OP bis 90 Minuten
Endziffer 6	OP bis 120 Minuten
Endziffer 7	OP über 120 Minuten
Endziffer 8	Zuschlag je vollendete 15 Minuten

Ein OP-Komplex besteht aus folgenden Anteilen:

- präoperative Vorbereitung, Lagerung, Abdeckung, Desinfektion,
- eigentliche Operation mit definierter Schnitt-Naht-Zeit,
- postoperative Rüstzeit (Verband, Aufräumen, Raumdesinfektion, Sterilisation, Instrumentenaufbereitung),
- Dokumentation einschl. Arztbrief,
- ein erster postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt.

Insbesondere der letzte Leistungsanteil führt dazu, dass der postoperative Behandlungskomplex unterschiedlich bewertet ist, je nachdem, ob er vom Operateur oder von einem Dritten erbracht wird. Der Behandlungskomplex des Operateurs ist um den Anteil des ersten Arzt-Patienten-Kontaktes reduziert, der dem Operateur bereits über den OP-Komplex vergütet wurde.

Jeder OP-Komplex besitzt eine Kalkulationszeit, die auch in der Plausibilitätsprüfung aufgegriffen wird. Die Zeit ergibt sich aus den Endziffern. Es ist aber problemlos möglich, die Kalkulationszeiten zu unterschreiten. Im Falle einer Auffälligkeit im Rahmen der Plausiprüfung muss dann allerdings über einen nachvollziehbaren OP-Bericht die

abgerechnete Leistung auch erkennbar sein. Bei einer Überschreitung der Normzeit gibt es dagegen keine Möglichkeit, über Zuschläge die zusätzliche Zeit abzurechnen.

Berichtspflicht

In Satz 5 der Präambel ist die obligate Berichtspflicht vorgeschrieben, obwohl dies in den Allgemeinen Bestimmungen unter 2.1.4 nicht aufgelistet ist. Es gelten die gleichen Bedingungen, wie bei anderen berichtspflichtigen Leistungen: Der Bericht ist an den Hausarzt abzugeben, auch wenn ggf. eine Überweisung durch einen anderen Facharzt erfolgt. Dann ist eine Kopie nach 01602 zu fertigen. Nur wenn der Patient keinen Hausarzt angibt oder die Befundübermittlung verweigert, kann auf den Brief verzichtet werden. Beides ist ggf. zu dokumentieren. Nach neuester Richtlinie des Datenschutzes muss der Patient übrigens schriftlich in die Befundübermittlung einwilligen! Der Brief ist nicht gesondert berechnungsfähig, weil er kalkulatorischer Bestandteil der Leistung ist.

Ausschlüsse gegen OP-Komplexe

Neben einem OP-Komplex des Kapitels 31.2 sind grundsätzlich in einem Zeitraum von drei Tagen alle anderen Leistungen gesperrt mit Ausnahme der in der Präambel unter Satz 8 dezidiert genannten Ziffern. Eine Abrechnung der Grundpauschale ist immer möglich. Ferner sind während der Drei-Tages-Sperre gesondert berechenbar die Leistungen der Reanimation (01220 bis 01222), Besuche auch zur Unzeit (01410 bis 01413) und Visiten (01414). Letztere können ggf. auch mit den „Unzeitzuschlägen“ abgerechnet werden.

Weiter sind frei abrechenbar sämtliche Kassenformulare (01610 bis 01623). Briefe sind Bestandteil der Leistung und müssen geschrieben werden ohne gesondert abrechnungsfähig zu sein. Porto kann dagegen berechnet werden. Ausnahme: Die Befundkopie an den Hausarzt (01602) ist von der Sperre nicht betroffen.

Abrechnungsfähig sind die gesetzlich gesondert im EBM berücksichtigten Leistungen der Prävention, Mutterschaftsvorsorge und Drogensubstitution.

Ebenfalls abrechnungsfähig sind Labor- und Röntgenleistungen sowie die Leistungen der Psychotherapie. Nicht abrechnungsfähig sind dagegen Sonographieleistungen. Diese sind in einigen OP-Komplexen kalkulatorisch enthalten. Bei Belegärztlicher Operation sind aus welchen Gründen auch immer Sonographien trotzdem abrechnungsfähig.

Ebenfalls nicht anrechnungsfähig sind im Zeitraum von drei Tagen weitere Operationen, es sei denn, diese resultieren aus einer Komplikation oder der Notwendigkeit einer Nachresektion bei Malignomen. In diesen Fällen muss das über die entsprechende ICD-Diagnose eingegeben werden. Die zweite Ausnahme von der Drei-Tages-Sperre betrifft geburtshilfliche Eingriffe, bei denen entsprechende Leistungen der Geburtshilfe auch weiter additiv zur Abrechnung gebracht werden können. (siehe hierzu Präambel zum Anhang 2 EBM)

Merke: Bei Planeingriffen z. B. von Varizen bds. muss immer ein Abstand von mindesten drei Tagen gewahrt sein!

Regeln im Überblick

1. Genehmigung besitzen
2. OPS-Code identifizieren
3. Daraus zwingende Kette aus EBM-Ziffern für Operation, Überwachung, Narkose und postoperative Behandlung
4. keine individuelle Abweichung erlaubt
5. Drei-Tages-Sperre beachten
6. Bericht an den Hausarzt (Porto berechnen)
7. Op-Bericht dokumentieren (Zum Nachweis erbrachter Leistung bei Plausiprüfung)

Simultaneingriffe

Voraussetzung für die Abrechnung von Simultaneingriffen sind immer zwei Faktoren: einerseits **zwei differente Diagnosen,** andererseits **zwei unterschiedliche Zugangswege**. Klassisches Beispiel hierfür: Metallentfernung Innen- und Außenknöchel nach bimalleolärer Fraktur (Fraktur Innenknöchel und Fraktur Außenknöchel, zwei separate Zugänge). Kombinationseingriffe, bei denen ein Leistungsanteil Bestandteil eines anderen ist, sind nicht mit mehreren Eingriffs-Codes abrechenbar. Beispiel: Abrechnung Verschluss Bruchsack im Rahmen einer Leistenhoden-Operation.
Plausibel, wenn auch so nicht im EBM verankert, ist eine Hilfserklärung: Ein Eingriff kann als Simultaneingriff gelten, wenn er ohne medizinische Beeinträchtigung für den Patienten auch zweizeitig vorgenommen werden könnte.

In jedem Fall muss eine zweite Diagnose vorliegen. Das kann auch eine zweite Seite sein, die dann mit rechts bzw. links codiert wird. Denkbar sind auch unterschiedliche Etagen beispielsweise bei Gefäßeingriffen, sofern es dafür im OPS-System unterschiedliche Codes gibt.
Die Frage gesonderter Zugangswege ist bei endoskopischen Eingriffen nicht problemlos zu klären. Hier kommt es vor allem darauf an, dass zwei isolierte Diagnosen vorliegen und die zweite Diagnose zumindest einen Wechsel der Optik, des Instrumentierkanals oder des Einstellwinkels begründet. Gleiches gilt für Erweiterungen eines operativen Zugangs für einen Simultaneingriff.

Wenn die Kriterien für einen Simultaneingriff erfüllt sind, gilt folgende Abrechnungssystematik:
Primär ist einzutragen die Leistungsziffer des Haupteingriffs (mit der höchsten Endziffer der EBM-Leistung). Die durch die Endziffer festgelegte OP-Zeit muss nicht vollständig aufgebraucht werden. Nach Abschluss des Haupteingriffs beginnt die Zeitmessung für den Simultaneingriff. Alle vollendete 15 Minuten fällt ein Zuschlag mit der Endziffer 8 an. 14 Minuten reichen nicht und verfallen.

Ausnahme: Falls im Zusammenhang mit einer anderen Leistung mit höherwertiger Endziffer eine (ggf. diagnostische) Arthroskopie erfolgt, muss man überlegen, ob diese ASK als Haupteingriff genommen wird, weil hier bekanntlich noch ein Zuschlag nach GOP 40750-40754 anfällt. Dieser Zuschlag ist so hoch, dass er ein solches Vorgehen rechtfertigen kann. Er kann nämlich nicht angesetzt werden bei der GOP 31148 als Zuschlagsziffer, weil in der Legende eben nur abgehoben wird auf die Ziffern 31141-31147.

Dieser zeitabhängige Zuschlag muss durch das Narkose- bzw. OP-Protokoll nachgewiesen werden und bezieht sich ausschließlich auf die reine Schnitt-Naht-Zeit. Die Zuschläge können bei entsprechendem Nachweis auch mehrfach (alle 15 Minuten) angesetzt werden, jedoch

maximal bis zu der für diesen Eingriff vorgesehenen kalkulatorischen Zeit. Diese Zeit ergibt sich aus der Endziffer der EBM-Leistung, die gemäß OPS-Zuordnung genommen würde, wenn der Simultaneingriff als Haupteingriff abgerechnet würde. (Beispiel: ME Platte Außenknöchel wäre als Haupteingriff unter 31132 abzurechnen, das bedeutet eine Kalkulationszeit von 30 Minuten. Als Simultaneingriff könnte dann höchsten zweimal der 15-Minuten-Zuschlag berechnet werden, sofern der Zweiteingriff tatsächlich diese Zeit verbrauchen sollte.)
Der Zuschlag muss nicht, kann aber in der Kategorie des Haupteingriffs angesetzt werden. Wenn es sich um einen Zusatzeingriff aus einem anderen Kapitel handelt, kann der Zuschlag in der bestmöglichen Kostenstelle abgerechnet werden, also entweder in derjenigen des Haupteingriffs oder in der Kategorie, aus der der Zweiteingriff ursprünglich kommt. (Beispiel: Haupteingriff ME aus der Gruppe 13 (dritte und vierte Ziffer), Zweiteingriff Karpaltunnel aus der Gruppe 24. Die Gruppe 13 ist höherwertig, also wird das CTS über die Ziffer 31138 in der Gruppe 13 abgerechnet. Umgekehrt wäre folgende Konstellation: Varizenoperation aus der Gruppe 20 als Haupteingriff, ME aus der Gruppe 13 als Simultaneingriff. In diesem Fall würde die ME nicht in der Gruppe 20, sondern in der ursprünglichen und höherwertigen Gruppe 13 unter 31138 abgerechnet.
Auch der Anästhesist profitiert von den Zuschlägen in der gleichen Systematik (Endziffer 8).

Sonderregel bei zwei parallel arbeitenden Operateuren:
Es wird jeder Eingriff vom jeweiligen Operateur als Haupteingriff berechnet, allerdings nur unter der Bedingung, dass beide unabhängig voneinander tätig sind. Sollten die beiden Operateure einer fachübergreifenden Gemeinschaft oder einem MVZ angehören, kann nur ein Haupteingriff abgerechnet werden, der andere wird nach individuellem Zeitverbrauch über Zuschläge abgerechnet. Leidtragender ist der Anästhesist, der seine Leistung nur an den höchstbewerteten Eingriff koppeln darf.

Regeln für Simultaneingriffe im Überblick

1. Zwei Diagnosen (ggf. zwei Seiten bei gleicher Diagnose)
2. Zwei Zugänge
3. Zwei unabhängig voneinander erbringbare Eingriffe
4. Zwei OPS-Codes (ggf. zwei Seitenangaben)
5. Haupteingriff abrechnen mit OPS-Angabe und Zeitangabe (Unterschreitung der Kalkulationszeit erlaubt)
6. Simultaneingriff beginnt nach effektivem Ende des Haupteingriffs
7. OPS-Code für Simultaneingriff angeben
8. EBM-Ziffer des Simultaneingriffs prüfen (Endziffer für die Zeit, dritte und vierte Stelle für die Kostenstelle)
9. Abzurechnen je vollendete 15 Minuten (Nachweis der Zeit erforderlich). Nicht mehr Zeitzuschläge, als die in Punkt 8 ermittelte Endziffer erlaubt
10. Zuschlagsziffer auswählen je nach bester Kostenstelle (entweder Haupteingriff oder unter Punkt 8 ermittelte Kostenstelle des Zweiteingriffs)
11. Zuschlagsziffer mit OPS-Code und Zeitangabe begründen

Perioperative Leistungen

Präoperativ

Neben den eigentlichen OP-Komplexen gibt es die präoperativen Untersuchungen, die postoperative Überwachung und die postoperativen Behandlungskomplexe.

Die präoperativen Untersuchungen können nur von Ärzten aus dem hausärztlichen Versorgungsbereich erbracht werden, die auch ohne Überweisung und ggf. auch ohne eine erfolgende Operation tätig werden können. Erhalten sie eine Überweisung, können sie dann nicht ihre Versichertenpauschale abrechnen, sondern müssen die schlecht bewertete Konsultationspauschale 01436 nehmen. Erst wenn weitere Kontakte mit dem Patienten stattfinden, kann trotzdem noch die Versichertenpauschale berechnet werden.
Fachärzte können die präoperative Untersuchung nicht mit den dazugehörigen Komplexen abrechnen.

Postoperative Überwachung

Die Überwachungskomplexe sind ohne Berücksichtigung der tatsächlich verbrauchten Zeit fest gebunden an die primäre OP-Leistung. Eine Wahl nach konkretem Aufwand ist nicht möglich. Es spielt keine Rolle, wie lange der Patient tatsächlich im Aufwachraum ist. Die Überwachung setzt auch nicht voraus eine Narkose, sondern kommt immer zum Ansatz, wenn der Patient nach dem Eingriff einer Überwachung unterliegt.
Achtung: Leistungsinhalt beachten und auch erbringen! Dazu gehören Pulsoxymetrie und EKG-Monitoring!

Die Leistungsziffer kann je nach Absprache entweder vom Operateur oder vom Anästhesisten oder ggf. vom Betreiber eines Zentrums abgerechnet werden, aber nur von einem der Beteiligten. Dies ist gegenüber der KV verbindlich zu erklären (durch Unterschrift bei Abgabe der Abrechnungsunterlagen).

Es gibt einen wichtigen Ausschluss in der Berechnungsfähigkeit der Grundpauschale:
Wenn die Ziffer für die postoperative Überwachung von einem Arzt berechnet wird, der nicht selbst eine Leistung aus dem zugehörigen Anästhesiekapitel erbracht hat, kann er seine Grundpauschale an diesem Tag nicht ansetzen (zu anderen Zeiten aber trotzdem). Das betrifft einerseits Zentrumsbetreiber, die nur diese Ziffern berechnen und andererseits auch Operateure, die ihre Patienten außerhalb des OP-Tages, an dem die Überwachung anfällt, nicht weiter sehen.

Postoperative Behandlungskomplexe

Die postoperativen Behandlungskomplexe sind ebenfalls verbindlich und ohne individuelle Abweichung an die Leistungskette der OP-Ziffer gebunden mit einer Ausnahme:
Überweisungen an den Hausarzt (Kinderarzt, hausärztlicher Internist) werden ausschließlich mit der Ziffer 31600 ausgestellt. Es gibt in diesem Bereich keine Unterschiede.

Die postoperative Behandlung kann auch nur auf Überweisung erfolgen, da der Operateur dafür verantwortlich ist, dass diese nur einmal abgerechnet wird, entweder von ihm selbst oder aufgrund einer vom Operateur ausgestellten Überweisung. Diese Überweisung muss die **abzurechnende Ziffer sowie das OP-Datum** enthalten, die Angabe des OPS-Codes ist hilfreich, aber nicht zwingend.
Bei Überweisungen an andere Fachärzte und bei selbst erbrachter Leistung sind die verschiedenen Behandlungskomplexe zu identifizieren (fest kombiniert mit der OP-Ziffer) und entsprechend einzutragen.

Einige der postop. Komplexe besitzen fakultative Leistungsanteile (Sonographie, EKG), die eine entsprechende apparative Ausstattung erfordern.

Die postop. Behandlungskomplexe haben eine Laufzeit von 21 Tagen. Sie können an einem beliebigen Tag angesetzt werden, sinnvollerweise gleich zu Beginn, aber **nicht am Op-Tag**. Sie haben eine Laufzeit von 21 Tagen, enden aber in jedem Fall zum Ende eines Quartals, also ggf. schon nach einem Tag. Sie sind nicht quartalsübergreifend abzurechnen. In der Drei-Wochen-Frist sind verschiedene Leistungen gegen die Komplexe gesperrt, unter anderem die meisten chirurgischen und orthopädischen Zusatzpauschalen. Das bezieht sich aber nur auf das Aufschreiben der Leistungskomplexe im gesperrten Zeitraum. Die Inhalte, speziell die Patientenkontakte (z. B. fünf beim Komplex 07340) können sehr wohl in dieser Zeit erbracht werden, der Komplex kann dann ohne Weiteres am 22. postoperativen Tag angesetzt werden.

Erfolgt eine Überweisung zu einer postoperativen Behandlung innerhalb derselben Fachgruppe, so kann der Überweisungsnehmer während der Laufzeit des Komplexes nur die Konsultationspauschale 01436 ansetzen und nicht die Grundpauschale. Das ist erst wieder möglich, wenn jenseits der 21-Tage-Frist ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt entsteht.

Regeln für postoperative Behandlung im Überblick

1. nur bei selbst erbrachter Operation, sonst nur mit Überweisung möglich
2. Hausärzte grundsätzlich GOP 31600
3. Überweisung erforderlich mit Angabe OP-Datum und EBM-Leistungsziffer
4. postop. Behandlung selbst erbracht oder durch andere Fachärzte mit durch die OP-Ziffer bestimmtem Komplex
5. auch hier bei Fremdvergabe Überweisung erforderlich mit Angabe OP-Datum und EBM-Leistungsziffer
6. fachgleiche Überweisungen zwingen zum Ansatz der GOP 01436
7. Laufzeit immer 21 Tage, ggf. kürzer bei Erreichen des Quartalsendes
8. keine quartalsübergreifende Fortsetzung
9. Abrechnungssperren nur während der 21-Tage-Laufzeit

Grundpauschale, Konsultationspauschale im Zusammenhang mit operativen Leistungen

Das Folgende ist eher theoretischer Natur. In der Praxis wird ein Chirurg wohl eher nicht eine Auftrags-Op als alleinige Leistung ohne vorherigen Patientenkontakt durchführen.
Im Zusammenhang mit ambulanten Operationen sind einige Besonderheiten zu beachten, die sich auf die Berechnung der Grundpauschalen bzw. Konsultationspauschale beziehen. Unter Berücksichtigung der Allgemeinen Bestimmung 2.1.3, wonach eine Gebührenordnungsposition angesetzt werden muss, wenn sie erbracht wird und in Kenntnis der GOP 01436 (Konsultationspauschale) muss diese in bestimmten Fällen angesetzt werden, obwohl sie mit 50 Punkten denkbar gering bewertet ist. Andererseits gibt es Möglichkeiten, dennoch auch die Grundpauschale anzusetzen.

1. eine fachgleiche Überweisung (Chirurg an Chirurg; Orthopäde an Orthopäde) zu einer Operation aus dem Kapitel 31.2 zwingt zum Ansatz der Konsultationsziffer. Überweisungen von anderen Ärzten (Hausarzt) sind davon nicht betroffen. Diese Regel wird aufgehoben, wenn neben der Operation ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erfolgt, der dann den Ansatz der Grundpauschale erlaubt. Die Konsultationspauschale bleibt übrigens erhalten. Zu beachten ist, dass die Operationsleistung immer auch einen ersten postoperativen Kontakt beinhaltet. Dieser kann ggf. durch einen abendlichen Anruf beim Patienten abgeleistet werden, nicht

jedoch durch die Abschlussuntersuchung noch in der Praxis. Im Übrigen ist es schon aus haftungsrechtlichen Gründen erforderlich, Patienten zeitversetzt vor einer Operation zu untersuchen und aufzuklären, womit der geforderte zusätzliche Kontakt bereits präoperativ erfolgt.

2. Bei fachgleicher Überweisung sollte wie folgt vorgegangen werden: Entweder einen zusätzlichen Kontakt unabhängig von der Operation an einem anderen Tag vor dem Eingriff oder zwei weitere Kontakte postoperativ (einer ist Bestandteil der Operationsleistung). In letzterem Fall kann am OP-Tag die Konsultationspauschale angesetzt werden, später dann die Grundpauschale. Das geht allerdings nur, wenn die postoperative Behandlung nicht auch selber ausgeführt wird, weil für diese Behandlungskomplexe dieselbe Ausschlussregel gilt. In solchen Fällen muss der zusätzliche Kontakt 21 Tage nach der Operation erfolgen. Es ist also immer besser, bereits präoperativ die Grundpauschale auszulösen.
3. Dieses Prinzip gilt in gleicher Weise für Anästhesieleistungen aus dem Kapitel 31.5.
4. In den Zusatzbestimmungen wird gleichzeitig die Berechnung der Konsultationspauschale bei ambulanten Eingriffen auf Auftragsleistungen begrenzt. Damit wird im Grunde die eigentliche Legende außer Kraft gesetzt. Gedacht ist offenbar daran, diejenigen Operateure, die ausschließlich im Auftrag anderer Fachkollegen tätig werden (Gynäkologen, Augenärzte) von der Berechnung der Grundpauschale auszuschließen. In der Fachgruppe Chirurgie/Orthopädie ist eine reine Abarbeitung eines operativen Auftrags eher selten.
5. Die Regel der fachgebietsgleichen Überweisung gilt ebenfalls für die postoperativen Behandlungskomplexe. Auch in diesen Fällen muss die Konsultationspauschale genommen werden, auch wenn die Grundpauschale als solche oft schon besser bewertet ist als der postoperative Behandlungskomplex. In solchen Fällen muss nach Ablauf der 21-Tage-Frist noch ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erfolgen, der dann neben der bereits berechneten Konsultationsziffer und dem Behandlungskomplex noch zusätzlich den Ansatz der Grundpauschale erlaubt. Überweisungen zur postoperativen Behandlung aus einem Krankenhaus, das nach §115b ambulant operiert, sind nicht fachgleich, da diese zulassungstechnisch in einer anderen Versorgungsgruppe tätig sind. Ähnliches gilt für Überweisungen aus einem MVZ, da hier die Fachgruppe gemischt ist.