Ambulantes (und belegärztliches) Operieren

31 Gebührenordnungspositionen für ambulante Operationen, Anästhesien, präoperative, postoperative und orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen

1. Ambulante Operationen sind in vier Abschnitte unterteilt:
- Der präoperative Abschnitt, in dem Hausarzt, ggf. zuweisender Vertragsarzt, ggf. andere auf Überweisung tätige Vertragsärzte, ggf. Anästhesist und Operateur zusammenwirken, um den Patienten für die ambulante oder belegärztliche Operation ggf. einschließlich Anästhesien vorzubereiten.
- Der operative Abschnitt, in dem der Operateur ggf. mit dem Anästhesisten die Operation einschließlich Anästhesie durchführt.
- Der Abschnitt der postoperativen Überwachung, der in unmittelbarem Anschluss an die Operation entweder vom Anästhesisten oder vom Operateur durchgeführt wird.
- Der Abschnitt der postoperativen Behandlung vom 1. bis zum 21. postoperativen Tag, der entweder vom Operateur oder auf Überweisung durch den weiterbehandelnden Vertragsarzt erfolgt.

Kommentar

Die Leistungen des Abschnittes 31.1 (Präoperative Untersuchung) können nur von Ärzten der hausärztlichen Versorgungsebene berechnet werden.

31.2 Ambulante Operationen

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-301-Prozeduren des Anhangs 2 ggf. einschl. eingriffsbezogener Verbandleistungen. Punktionen mit Nadeln, Kanülen und Biopsienadeln, sowie Kürettagen der Haut und Shave-Biopsien der Haut fallen nicht unter die Definition eines operativen Eingriffs.

Kommentar

Die Definition einer Operation verlangt eine wie auch immer geartete Anästhesie, wobei es keinen Unterschied macht, ob eine Vollnarkose oder nur eine Oberflächenanästhesie beispielsweise mit Eisspray durchgeführt wird. Im Weiteren wird auf die OPS-codierten Prozeduren des Anhangs 2 verwiesen,

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.

Kommentar

Dieser Satz verweist auf die strukturellen und qualitativen Voraussetzungen zur Erbringung ambulanter Operationen. Diese sind grundsätzlich genehmigungspflichtig. Die Genehmigung wird erteilt, wenn der Vertragsarzt nachweist, dass er die in den dreiseitigen Verträgen zum Ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V geforderten Bedingungen räumlicher, personeller und apparativer Art erfüllt. Diese werden im EBM nicht nochmals einzeln angeführt, sondern es wird verwiesen auf die entsprechenden gesetzlichen Anforderungen bzw. aus dem Gesetz folgenden Zusatzvereinbarungen.

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.

Kommentar

Krankenhäuser, die als Institution ambulante Operationen erbringen, dürfen nur die im Katalog zum dreiseitigen Vertrag zum §115b aufgeführten Eingriffe erbringen. Vertragsärzte und ermächtigte Ärzte sind in dieser Beziehung nicht eingeschränkt.

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.

Kommentar

Berufs- und haftungsrechtlich wichtiger Hinweis auf die Sorgfaltspflicht.

5. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 31.2 umfassen sämtliche durch den Operateur erbrachten ärztlichen Leistungen, Untersuchungen am Operationstag, Verbände, ärztliche Abschlussuntersuchung(en), einen post-operativen 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.

Kommentar

Satz 5 definiert den Leistungsumfang des operativen Komplexes. Die einzeln aufgeführten Bestandteile sind in der Leistung kalkuliert und können demnach nicht gesondert berechnet werden. Insbesondere ist der erste postoperative Arzt-Patienten-Kontakt Bestandteil der operativen Leistung und wird daher bei der Kalkulation für die postoperativen Behandlungskomplexe für den Operateur herausgerechnet. Ebenfalls in Satz 5 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. Der Brief ist nicht gesondert berechnungsfähig, weil er kalkulatorischer Bestandteil der Leistung ist. Porto kann dagegen berechnet werden.

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.

Kommentar

Satz 6 setzt die Sorgfaltsverpflichtung fort, indem eine Abschlussuntersuchung sowohl von Operateur wie auch ggf. vom beteiligten Anästhesisten gefordert wird. Diese Untersuchung ist Bestandteil der Leistung und nicht gesondert zu berechnen.

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 gebietsspezifisch. 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 02300 bis 02302, 06350 bis 06352, 09351, 09360 bis 09362, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 26350 bis 26352) in Narkose bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern werden gebietsspezifisch in der Kategorie 1 berechnet.

Kommentar

Satz 7 verweist auf die im Anhang 2 des EBM aufgeführten OPS-Codes als Voraussetzung zur Abrechnung operativer Leistungen. Leistungen, die in den Legenden der Ziffern 02300 bis 02302 (Kleinchirurgie) aufgelistet sind, können nicht als Eingriffe aus dem Kapitel 31.2 abgerechnet werden. Die jeweils zugehörigen OPS-Codes sind in diesen Fällen nicht mir Leistungsketten aus dem Kapitel 31 verknüpft. (siehe auch mitgelieferte CD).

Wichtig:

Leistungen der „Kleinen Chirurgie", 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 Betreuungsziffern abgerechnet werden, auch dann, wenn die Praxis sonst nicht die Strukturvoraussetzungen des § 115 b erfüllt.

Die Legendendefinition der einzelnen Eingriffsarten (dermatochirurgisch, gynäkologisch, visceralchirurgisch etc.) sind nicht gebietsspezifisch. Das heißt, jeder Operateur darf abrechnungstechnisch jede Operation gleich welcher Art abrechnen, er ist nur begrenzt durch den Rahmen der Weiterbildungsordnung. Fachfremde Leistungen dürfen aus diesem Grund nicht erbracht werden (Beispiel: Staroperation durch Chirurgen). Die Fachgrenzen sind allerdings durchaus dehnbar.

8. In einem Zeitraum von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag, können vom Operateur neben der ambulanten Operation nur die Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01320 und 01321, 01410 bis 01415, 01436, 01602, 01610 bis 01612, 01620 bis 01623, 01701, 01734, 01740 bis 01742, 01758, 01783, 01800, 01801, 01815, 01850, 01950 bis 01952, 01955, 01956, 13421, 13423, die Versicherten- und Grundpauschalen, Gebührenordnungspositionen der Kapitel bzw. Abschnitte 31.3, 31.4.3, 31.5.2, 32, 34 und 35 sowie die Gebührenordnungspositionen 01100 oder 01101 jeweils in Verbindung mit der Gebührenordnungsposition 01414 berechnet werden.

Kommentar

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 genannten Ziffern. Es ist immer möglich die Abrechnung der Grundpauschale. Ferner sind während der Drei-Tages-Sperre gesondert berechenbar die Leistungen der Reanimation (01220 bis 01222), Besuche auch zur Unzeit (01410 bis 01413 sowie 01415) und Visiten (01414). Letztere können ggf. auch mit den „Unzeitzuschlägen" 01100 bzw. 01101 abgerechnet werden. Ein nächtliches Telefonat ohne Besuch ist dagegen nicht abrechnungsfähig.
Weiter sind frei abrechenbar sämtliche Kassenformulare (01610 bis 01623). Briefe sind Bestandteil der Leistung und müssen geschrieben werden ohne gesondert abrechnungsfähig zu sein. 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.
Ebenfalls nicht anrechnungsfähig sind im Zeitraum von drei Tagen weitere Operationen, es sei denn, diese resultieren aus einer Komplikation. In diesem Fall 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)

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

Auf der Abrechnung muss zu jeder OP-Ziffer die entsprechende OPS-Codierung eingetragen werden, eine Zeitangabe ist nicht erforderlich. Nur bei Simultaneingriffen (siehe Kommentar zum Anhang 2) ist eine Zeitangabe gefordert. Die Angabe der Diagnose auf dem Abrechnungsschein ist sowieso obligat.

Anhang 2 Zuordnung der operativen Prozeduren nach § 295 SGB V (OPS) zu den Leistungen der Kapitel 31 und 36

2.1 Präambel

31.2.1 Präambel

1. Die nachfolgende tabellarische Aufstellung umfasst die nach OPS-codierten operativen Eingriffe der Abschnitte 31.2 und 36.2, die zugeordnete OP-Leistung, die OP-Kategorie, die in diesem Zusammenhang berechnungsfähigen Überwachungskomplexe, die postoperativen Behandlungskomplexe bei Durchführung auf Überweisung und bei Durchführung durch den Operateur sowie die zugeordneten Narkoseleistungen. Die Zuordnungen der OPS-Codes zu den OP-Kategorien gelten für ambulante und belegärztliche Operationen gleichermaßen. Die den OPS-Codes zugeordneten OP-Leistungen, Überwachungskomplexe sowie die Narkosen sind in der Tabelle jeweils gesondert für die Kapitel 31 und 36 ausgewiesen. Nach belegärztlichen Eingriffen sind keine Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4 berechnungsfähig, daher ist dort keine Zuordnung erfolgt.

Kommentar

Die OPS-Codierung ist zwingende Voraussetzung für die Abrechnung operativer Leistungen und deren Begleitleistungen. Für jeden Code gibt es eine verbindliche Leistungskette, die nicht verändert werden kann. Diese Ketten sind im Anhang 2 aufgelistet, aber schwer aufzufinden. Die diesem Buch beigefügte CD bietet mit Hilfe des dort befindlichen Browsers eine einfache Suche mit direkter Verknüpfung von OPS-Code mit EBM-Leistungsziffern.

2. Erfolgen mehrere operative Prozeduren unter einer Diagnose und/oder über einen gemeinsamen operativen Zugangsweg, so kann nur der am höchsten bewertete Eingriff berechnet werden.

Kommentar

Es handelt sich um ein Verbot von operativen Leistungsketten. Es gilt das Zielleistungsprinzip, wonach operative Teilschritte nur mit dem Kerneingriff codiert abgerechnet werden können.

3. Abweichend von 2. kann bei Simultaneingriffen (zusätzliche, vom Haupteingriff unterschiedliche Diagnose und gesonderter operativer Zugangsweg) die durch das OP- und/oder das Narkoseprotokoll nachgewiesene Überschreitung der Schnitt-Naht-Zeit des Haupteingriffes durch die zusätzliche Berechnung der entsprechenden Zuschlagspositionen berechnet werden. Die berechnungsfähige Höchstzeit bei Simultaneingriffen entspricht der Summe der Zeiten der Einzeleingriffe. Als Berechnungsgrundlagen für Simultaneingriffe gelten folgende Zeiten:
- Kategorie 1: 15 Minuten,
- Kategorie 2: 30 Minuten,
- Kategorie 3: 45 Minuten,
- Kategorie 4: 60 Minuten,
- Kategorie 5: 90 Minuten,
- Kategorie 6: 120 Minuten.

Kommentar

Die komplexe Abrechnung von Simultaneingriffen ist im Vorspann zum Kapitel Ambulantes Operieren ausführlich erläutert. In Satz 3 wird geregelt, dass Zuschläge für Simultaneingriffe insgesamt nicht die kalkulierte Normzeit für diesen Simultaneingriff überschreiten dürfen, wenn dieser als Einzeleingriff abgerechnet würde. Die jeweilige Endziffer der GOP definiert den Zeitansatz. (Beispiel: Metallentfernung einer Platte am Außenknöchel wäre als Einzeleingriff mit GOP 31132 abzurechnen. Dies bedeutet eine Kalkulationszeit von bis zu 30 Minuten. Wird die ME im Zusammenhang mit einer anderen Operation als Simultaneingriff abgerechnet, so dürfen höchsten zwei Zuschläge zu je 15 Minuten angesetzt werden)

4. Bei den Gebührenordnungspositionen 31107, 31117, 31127, 31137, 31147, 31157, 31167, 31177, 31187, 31197, 31207, 31217, 31227, 31237, 31247, 31257, 31267, 31277, 31287, 31297, 31307, 31317, 31327, 31337, 31347, 36107, 36117, 36127, 36137, 36147, 36157, 36167, 36177, 36197, 36207, 36217, 36227, 36237, 31247, 36257, 36267, 36277, 36287, 36297, 36307, 36317, 36327, 36337 und 36347 kann die über die Schnitt-Naht-Zeit von 120 Minuten hinausgehende Schnitt-Naht-Zeit durch die entsprechenden Zuschläge berechnet werden. Die Schnitt-Naht-Zeit ist durch das OP- oder Narkoseprotokoll nachzuweisen.

Kommentar

Es handelt sich um Eingriffe, die jeweils mit einem Zeitansatz von mehr als zwei Stunden kalkuliert sind. In diesen Fällen kann solange wie nötig und ohne Begrenzung für jede vollendete Viertelstunde jenseits der ersten zwei Stunden ein Zuschlag mit der Endziffer 8 angesetzt werden. Die effektive OP-Zeit ist in diesen Fällen zu dokumentieren

5. Abweichend von Nr. 8 der Präambel zum Abschnitt 31.2 und Nr. 4 der Präambel zum Abschnitt 36.2 sind Revisionen und Zweiteingriffe wegen Wundinfektionen und postoperativen Komplikationen unter Angabe des Erst-OP-Datums, der aufgetretenen Komplikation und der ICD-10-Codierung (T79.3, T81.0 bis T81.7, T84.5 bis T84.7, T85.1 bis T85.8) berechnungsfähig. Ist bei malignen Erkrankungen eine Zweitoperation (Erweiterung des Eingriffs, Nachresektion) erforderlich, so ist diese mit dem ICD-Code Z48.8 gemeinsam mit dem ICD-Code des Malignoms zu kennzeichnen und kann ebenfalls abweichend zu den Präambeln 31.2.1 Nr. 8 und 36.2.1 Nr. 4 berechnet werden. Die Regelung der Präambel 2.1 Nr. 10 zum Anhang 2 zum EBM bleibt davon unberührt.

Kommentar

Grundsätzlich ergibt sich aus der Präambel Satz 8 zum Kapitel 31.2 eine Abrechnungssperre von drei Tagen zu anderen Operationen. Hier wird die Ausnahme von dieser Regel mit definierten Indikationen beschrieben. Es handelt sich dabei um Infektionen, Komplikationen oder notwendigen Nachresektionen bei Malignomen. Die entsprechende ICD-10 Codierung der Diagnose ist jeweils anzugeben. Ausgenommen hiervon ist die Nachresektion nach Eintreffen einer Schnellschnittuntersuchung (histiographische Kontrolle)

6. Abweichend von Nr. 8 der Präambel zum Abschnitt 31.2 und Nr. 4 der Präambel zum Abschnitt 36.2 sind die Gebührenordnungspositionen zu den OP-Codes 5-745.0, 5-757, 5-758.1, 5-758.5 bis 5-758.8 am Operationstag neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 8.4 berechnungsfähig.

Kommentar

Nur für Gynäkologen relevant

7. Die alleinige Abrechnung eines temporären Wundverschlusses ist nur zur Konditionierung des Wundgrundes zulässig, wenn mindestens 3 operative Eingriffe erforderlich waren.

Kommentar

Der Sinn dieser Bestimmung ist kaum zu erkennen und dürfte in der Praxis auch nicht zur Anwendung kommen.

8. Bei der Codierung der operativen Versorgung von Frakturen bezieht sich die Lokalisationsangabe auf die Fraktur, bei der Entfernung des Osteosynthesematerials auf den Zugangsweg.

Kommentar

Beispiel zur Verdeutlichung:
Tibiaschaftfraktur mit Verriegelungsnagel:
Frakturversorgung abzurechnen mit Tibiaschaft OPS 5-797.7g
ME abzurechnen mit Tibia proximal OPS 5-787.8k

9. Für den jeweiligen Eingriff qualifizierende Begriffe (z.B. lokale vs. radikale Exzision) gelten die Definitionen nach dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen Schlüssel für Operationen und sonstige Prozeduren gemäß § 295 Abs. 1 Satz 4 SGB V.

Kommentar

Der EBM beschreibt an anderer Stelle (Allgemeine Bestimmungen 4.3.7 metrische Definitionen. In Satz 9 wird verwiesen auf Definitionen de DIMDI, die möglicherweise abweichen können. Die höhere Rechtsnorm ist allerdings der EBM. Die Passage im Gesetz verpflichtet lediglich zur Anwendung der OPS-Codierung. Der Wortlaut SGB V §295 Abs.1 Satz 4: Von Vertragsärzten durchgeführte Operationen und sonstige Prozeduren sind nach dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen Schlüssel zu verschlüsseln.

10. Die Berechnung einer histographischen Leistung kann nur bei malignen Befunden erfolgen, der histologische Befund ist vorzuhalten. Der temporäre Wundverschluss und die ggf. erforderliche Nachresektion(en) sind nicht gesondert abrechenbar.

Kommentar

Eine histiographisch kontrollierte Operation liegt nur dann vor, wenn zunächst eine Excision durchgeführt wird, die Wunde ggf. provisorisch verschlossen wird und nach Eintreffen des histologischen Befundes dann die (unterbrochene) Operation entweder durch Wundschluß oder Nachresektion beendet wird. Eine über mehrere Tage versetzte Eingriffskette kann nicht abgerechnet werden

11. Die Kombination mehrerer Verfahren setzt voraus, dass alle einzelnen Verfahren in diesem Anhang genannt sind.

Kommentar

Mit dieser Bestimmung wird ausgeschlossen, dass Verfahren zur Anwendung kommen, die nicht zum Leistungskatalog der GKV gehören. Im Übrigen kann wegen Satz 2 dieser Präambel sowieso nur ein Eingriff berechnet werden, es sei denn, es werden die Kriterien für einen Simultaneingriff erfüllt.

12. Eingriffe der Kategorie RR sind nur dann berechnungsfähig, wenn ihre Durchführung nach Maßgabe der Strahlenschutzverordnung, Röntgenverordnung und des Medizinproduktegesetzes sowie der jeweiligen Qualitätsbeurteilungsrichtlinien für die radiologische Diagnostik gemäß § 136 SGB V i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V erfolgt. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen setzt jeweils eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung entweder nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie, zur Vereinbarung zur invasiven Strahlendiagnostik und –therapie, zur Vereinbarung zur invasiven Kardiologie oder zur Vereinbarung zur interventionellen Radiologie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus. Die Anwendung von Röntgenstrahlen bei anderen Eingriffen steht unter den gleichen Voraussetzungen.

Kommentar

Spezielle Qualitätssicherungsregel für einzelne Urologische Eingriffe unter Bildwandlerkontrolle. Diese Regel gilt nicht für Chirurgisch/orthopädische Eingriffe, bei denen ein Bildwandler benutzt wird. Selbstverständlich setzt die Benutzung derartiger Geräte in jedem Fall die Beachtung der Strahlenschutzbedingungen voraus.

13. Erfolgen unterschiedliche operative Eingriffe gleichzeitig durch zwei Operateure einer Berufsausübungsgemeinschaft bzw. eines medizinischen Versorgungszentrums, so ist der Haupteingriff entsprechend der höchst bewerteten Kategorie abzurechnen. Der parallel dazu stattfindende Simultaneingriff durch den zweiten Operateur kann entsprechend dem OP- bzw. Narkose-Protokoll mit den entsprechenden Zuschlägen für Simultaneingriffe berechnet werden. Die Narkose kann in diesem Fall nur entsprechend des Haupteingriffs berechnet werden.

Kommentar

Diese Regel gilt nur für fachübergreifende Gemeinschaften. Für den Fall einer parallel durchgeführten Doppeloperation von zwei Operateuren unterschiedlicher Fachgebiete (z.B. Nase durch HNO und Außenknöchel durch Unfallchirurg/Orthopäde) wird der höherwertige Eingriff (erkennbar an der höheren Endziffer) berechnet und der andere Eingriff nur über die Zuschläge mit der Endziffer 8. Handelt es dagegen um zwei nicht wirtschaftlich verbundene Operateure, so kann jeder seine Operation mit der jeweiligen Ziffer für den Eingriff abrechnen.

14. Bei der Berechnung von Zuschlagspositionen für die Erbringung von Simultaneingriffen gemäß Nr. 3 ist – sofern die Teileingriffe unterschiedlichen Unterabschnitten der Kapitel 31 oder 36 des EBM zugehören – die am höchsten bewertete Zuschlagsposition 31xx8 oder 36xx8 der für den Simultaneingriff relevanten Unterabschnitte in Anrechnung zu bringen.

Kommentar

Bei Simultaneingriffen kann der Zuschlag entweder in der Kategorie des Haupteingriffs berechnet werden oder in der Kategorie, in dem der Simultaneingriff als Haupteingriff abrechnungsfähig gewesen wäre. Die Kategorie ist abzulesen an der dritten und vierten Stelle der GOP aus dem Kapitel 31. Die beste Bewertung darf genommen werden.

15. Maßgeblich für die Berechnung der Zuschlagspositionen für Simultaneingriffe nach Nr. 3 ist nicht die Überschreitung der kalkulatorischen Schnitt-Naht-Zeit der Kategorie des Haupteingriffes, sondern die Überschreitung der tatsächlichen Schnitt-Naht-Zeit des jeweiligen Haupteingriffes.

Kommentar

Bei Simultaneingriffen muss zunächst der Haupteingriff beendet und die dafür benötigte Zeit angegeben werden. Es ist nicht erforderlich, die ursprüngliche Kalkulationszeit des Haupteingriffs zu erreichen. Nach Ende des Haupteingriffs beginnt die Zeitmessung für den Simultaneingriff. Je vollendete 15 Minuten (nachzuweisen) kann ein Zuschlag berechnet werden.

16. Beidseitige Eingriffe an paarigen Organen oder Körperteilen fallen unter die Regelungen nach Nr. 3, sofern die Seitenlokalisation nicht am OPS-Code benannt wird und gesondert bewertet ist. Die entsprechenden OPS-Codes sind in der tabellarischen Aufstellung unter der Rubrik „Seite“ mit einem Doppelpfeil gekennzeichnet.

Kommentar

Wenn im OPS-System ein beidseitiger Eingriff codiert ist, muss dieser auch verwendet werden. Gibt es keine Codierung für einen beidseitigen Eingriff, wird die erste Seite als Haupteingriff, die zweite als Simultaneingriff abgerechnet.

17. Intraoculare Eingriffe deren Kategorie mit einem „A“ gekennzeichnet ist, sind nur dann berechnungsfähig, wenn eine medizinische Begründung zur Implantation einer Sonderform der Intraocularlinse und eine Genehmigung der zuständigen Krankenkasse vorliegen.

Kommentar

Nur für Ophthalmochirurgen relevant

31.2.2 Definierte operative Eingriffe an der Körperoberfläche

1. Die Berechnung dermato-chirurgischer Eingriffe setzt die obligate histologische Untersuchung entnommenen Materials und/oder eine Bilddokumentation des prä- und postoperativen Befundes voraus.

Kommentar

Entweder es wird eine histologische Untersuchung veranlasst oder ein Foto vor und nach der Operation angefertigt, sonst ist die Leistung nicht abrechenbar. Das betrifft nach der Legendierung im Übrigen auch die Circumcision, die über die Ziffer 31102 abgerechnet werden kann.

Dermatochirurgischer Eingriff

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff an der Körperoberfläche entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Berichtspflicht **Ja**

31101	**Leistungskette**			**87,27 €** **2490 Pkt**
	Überwachung 31502	Postop. Überweisung 31601	Postop. selbst operiert 31602	
31102	**Leistungskette**			**142,47 €** **4065 Pkt**
	Überwachung 31503	Postop. Überweisung 31608	Postop. selbst operiert 31609	
31103	**Leistungskette**			**203,45 €** **5805 Pkt**
	Überwachung 31504	Postop. Überweisung 31608	Postop. selbst operiert 31609	
31104	**Leistungskette**			**274,25 €** **7825 Pkt**
	Überwachung 31504	Postop. Überweisung 31610	Postop. selbst operiert 31611	
31105	**Leistungskette**			**361,70 €** **10320 Pkt**
	Überwachung 31505	Postop. Überweisung 31610	Postop. selbst operiert 31611	
31106	**Leistungskette**			**458,08 €** **13070 Pkt**
	Überwachung 31506	Postop. Überweisung 31612	Postop. selbst operiert 31613	
31107	**Leistungskette**			**503,64 €** **14370 Pkt**
	Überwachung 31507	Postop. Überweisung 31612	Postop. selbst operiert 31613	

31108 Zuschlag zu 31101 bis 31107 — 45,91 € / 1310 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

Abrechnungsbestimmung

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Eingriff an der Brustdrüse

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff an der Brustdrüse entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Berichtspflicht **Ja**

31111	**Leistungskette**			**98,31 €** **2805 Pkt**
	Überwachung 31502	Postop. Überweisung 31601	Postop. selbst operiert 31602	

31112	**Leistungskette**			**158,77 €** **4530 Pkt**
	Überwachung 31503	Postop. Überweisung 31608	Postop. selbst operiert 31609	
31113	**Leistungskette**			**232,19 €** **6625 Pkt**
	Überwachung 31504	Postop. Überweisung 31608	Postop. selbst operiert 31609	
31114	**Leistungskette**			**308,95 €** **8815 Pkt**
	Überwachung 31504	Postop. Überweisung 31610	Postop. selbst operiert 31611	
31115	**Leistungskette**			**419,88 €** **11980 Pkt**
	Überwachung 31505	Postop. Überweisung 31610	Postop. selbst operiert 31611	
31116	**Leistungskette**			**527,65 €** **15055 Pkt**
	Überwachung 31506	Postop. Überweisung 31612	Postop. selbst operiert 31613	
31117	**Leistungskette**			**564,45 €** **16105 Pkt**
	Überwachung 31507	Postop. Überweisung 31612	Postop. selbst operiert 31613	
31118	**Zuschlag zu 31111 bis 31117**			**52,75 €** **1505 Pkt**

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

Abrechnungsbestimmung

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

31.2.3 Definierter operativer Eingriff der Extremitätenchirurgie

1. Abweichend von Nr. 2 der Präambel zu Anhang 2 kann bei Durchführung der Leistung: ‚Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Lymphangiom oder Hygroma cysticum' (OPS-301:5-401.c) die Vergütung durch Anrechnung der Gebührenordnungsposition 31121 (Schnitt-Naht-Zeit bis 15 Minuten) und des Zuschlags nach der Nr. 31128 (jeweils vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit) bis zu der durch OP-Protokoll oder Narkose-Protokoll nachgewiesenen Schnitt-Naht-Zeit erfolgen. Die Beschränkung der Schnitt-Naht-Zeit entsprechend Nr. 4 der Präambel zum Anhang 2 bleibt davon unberührt.

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie C entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Berichtspflicht	**Ja**
Kommentar	

Bei weitem der größte Teil üblicher Eingriffe der chirurgischen Praxis. Besonders ist zu beachten bei der Suche im OPS-System die Differenzierung zwischen großen und kleinen Strukturen, die kleinen Excisionen sind zumeist unter der Kleinchirurgie (02300 bis 02302) abgebildet. Für das Lymphangiom ist eine normative Zeitfestlegung nicht möglich, weswegen die in der Präambel genannte Ausnahme (nur für diese Leistung) eingefügt worden ist und ein Lymphangiom ggf. unbegrenzt lange abgerechnet werden kann.

31121 **Leistungskette** **94,45 €** **2695 Pkt**

Überwachung 31502	Postop. Überweisung 31614	Postop. selbst operiert 31615

Im Anschluss an Biopsien von Muskeln, Weichteilen und Nerven kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31501 berechnet werden.

31122 **Leistungskette** **152,81 €** **4360 Pkt**

Überwachung 31503	Postop. Überweisung 31614	Postop. selbst operiert 31615

31123 **Leistungskette** **219,75 €** **6270 Pkt**

Überwachung 31504	Postop. Überweisung 31616	Postop. selbst operiert 31617

31124 **Leistungskette** **290,02 €** **8275 Pkt**

Überwachung 31504	Postop. Überweisung 31618	Postop. selbst operiert 31619

31125 **Leistungskette** **389,91 €** **11125 Pkt**

Überwachung 31505	Postop. Überweisung 31618	Postop. selbst operiert 31619

31126 **Leistungskette** **498,03 €** **14210 Pkt**

Überwachung 31506	Postop. Überweisung 31620	Postop. selbst operiert 31621

31127 **Leistungskette** **544,30 €** **15530 Pkt**

Überwachung 31507	Postop. Überweisung 31620	Postop. selbst operiert 31621

31128 **Zuschlag zu 31121 bis 31127** **50,29 €** **1435 Pkt**

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

Abrechnungsbestimmung

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

31.2.4 Definierte operative Eingriffe an Knochen und Gelenken

1. Abweichend von Nr. 3 der Präambel zu Anhang 2 kann bei Durchführung der Leistung: „Andere gelenkplastische Eingriffe: Pfannendachplastik am Hüftgelenk“ (OPS: 5-829.1) im Zusammenhang mit den Leistungen 5-820.* und 5-821.* auch dann ein Simultaneingriff abgerechnet werden, wenn nur ein operativer Zugang vorliegt.
2. Die intraartikuläre Einbringung von Karbonfaserstiften und die Sachkosten für Karbonfaserstifte sind nicht berechnungsfähig.
3. Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 31131 für die Facettendenervation OPS-Code 5-830.2 setzt die offen chirurgische Durchführung des Eingriffs gemäß Präambel 31.2.1 Nr. 1 voraus. Minimalinvasive Verfahren z. B. zur Schmerztherapie sind mit den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.5 berechnungsfähig.

Obligater Leistungsinhalt

Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Berichtspflicht **Ja**

Kommentar

Ad 1) Der Text beschreibt die Option, im speziellen Fall des Hüftgelenks einen Simultaneingriff auch ohne die Bedingungen für Simultaneingriffe, die im Zusammenhang der Kommentierung des Anhang 2 EBM erläutert werden, mit den entsprechenden Zuschlagsziffern abzurechnen.
Ad 2) Die Einbringung von Karbonstiften ist als solche zwar nicht berechnungsfähig, wohl aber die dafür notwendige Arthrotomie bzw. der Eingriff, in dessen Folge Stifte platziert werden. Allerdings sind anders als bei sonstigen Implantation hier die Kosten nicht gesondert zu berechnen.
Ad 3) Im EBM gibt es an keiner Stelle eine Definition des Begriffs „minimalinvasiv“. Es gilt daher die OP-Definition aus Satz 1 der Präambel, wonach eine instrumentelle Eröffnung der Haut gefordert wird. Lediglich eine perkutane Manipulation mit Nadeln oder Sonden würde diese Definition nicht erfüllen.

31131	**Leistungskette**			**119,16 €** **3400 Pkt**
	Überwachung 31502	Postop. Überweisung 31614	Postop. selbst operiert 31615	
31132	**Leistungskette**			**192,94 €** **5505 Pkt**
	Überwachung 31503	Postop. Überweisung 31614	Postop. selbst operiert 31615	
31133	**Leistungskette**			**271,97 €** **7760 Pkt**
	Überwachung 31504	Postop. Überweisung 31616	Postop. selbst operiert 31617	
31134	**Leistungskette**			**352,93 €** **10070 Pkt**
	Überwachung 31504	Postop. Überweisung 31618	Postop. selbst operiert 31619	
31135	**Leistungskette**			**520,81 €** **14860 Pkt**
	Überwachung 31505	Postop. Überweisung 31618	Postop. selbst operiert 31619	
31136	**Leistungskette**			**636,30 €** **18155 Pkt**
	Überwachung 31506	Postop. Überweisung 31620	Postop. selbst operiert 31621	

31137 **Leistungskette** **700,08 €**
19975 Pkt

Überwachung	Postop. Überweisung	Postop. selbst operiert
31507	31620	31621

31138 **Zuschlag zu 31131 bis 31137** **56,08 €**
1600 Pkt

Obligater Leistungsinhalt
- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

Abrechnungsbestimmung
je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

31.2.5 Endoskopische Gelenkeingriffe (Arthroskopien)

1. Bei arthroskopischen Operationen ist die Videodokumentation (Tape oder Print) des präoperativen Befundes und des postoperativen Ergebnisses obligater Bestandteil der Leistungen.
2. Die intraartikuläre Einbringung von Karbonfaserstiften und die Sachkosten für Karbonfaserstifte sind nicht berechnungsfähig.
3. Die Gebührenordnungspositionen 31141 bis 31147 beinhalten die Kosten für Implantate bei rekonstruktiven Bandersatzoperationen bis zu einer Höhe von 25,56 Euro. Darüber hinausgehende Implantatkosten sind über die KV mit der zuständigen Krankenkasse abzurechnen.

Obligater Leistungsinhalt
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie E entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Berichtspflicht **Ja**

Kommentar

Arthroskopien fordern obligat die Dokumentation über Videos oder Prints, die eine eindeutige Identifizierung des Patienten ermöglichen müssen. Es gilt hier nicht nur der Text des EBM, sondern auch die Regelung der Arthroskopievereinbarung, nach der ein stichprobenmäßige Qualitätskontrolle der gesamten Arthroskopie aufgrund der Dokumentation möglich sein muss.

Für arthroskopische Eingriffe sind zusätzlich Zuschläge abrechnungsfähig und zwar:

40750	*Zuschlag zu Eingriffen nach 31141 und 31142*	*122 EUR*
40752	*Zuschlag zu Eingriffen nach 31143 und 31144*	*200 EUR*
40754	*Zuschlag zu Eingriffen nach 31145 bis 31147*	*333 EUR*

Implantate im Wert von mehr als 25,56 Euro sind zusätzlich über Einzelrezepte abzurechnen. Die Regelungen sind in den Kven unterschiedlich, manche akzeptieren die Direktabrechnung über die Lieferanten, andere zahlen erst mit der Quartalsabrechnung die eingereichten Rezepte. Lediglich Schrauben für Bandplastiken sind im Preis inbegriffen und können nicht gesondert berechnet werden.

31141 **Leistungskette** **154,21 €**
4400 Pkt

Überwachung	Postop. Überweisung	Postop. selbst operiert
31502	31601	31602

31142 **Leistungskette** **221,85 €**
6330 Pkt

Überwachung	Postop. Überweisung	Postop. selbst operiert
31503	31614	31615

31143 **Leistungskette** **312,80 €**
8925 Pkt

	Überwachung 31504	Postop. Überweisung 31616	Postop. selbst operiert 31617	
31144	**Leistungskette**			**411,64 €** **11745 Pkt**
	Überwachung 31504	Postop. Überweisung 31618	Postop. selbst operiert 31619	
31145	**Leistungskette**			**535,88 €** **15290 Pkt**
	Überwachung 31505	Postop. Überweisung 31618	Postop. selbst operiert 31619	
31146	**Leistungskette**			**670,47 €** **19130 Pkt**
	Überwachung 31506	Postop. Überweisung 31620	Postop. selbst operiert 31621	
31147	**Leistungskette**			**736,88 €** **21025 Pkt**
	Überwachung 31507	Postop. Überweisung 31620	Postop. selbst operiert 31621	
31148	**Zuschlag zu 31141 bis 31147**			**64,31 €** **1835 Pkt**

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

Abrechnungsbestimmung

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

31.2.6 Definierte operative visceralchirurgische Eingriffe

1. Abweichend von Nr. 3 der Präambel zu Anhang 2 kann bei Durchführung der Leistung: „Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen: Monitoring des N. recurrens im Rahmen einer anderen Operation“ (OPS: 5-069.4) im Zusammenhang mit der Leistung 5-061.0 auch dann ein Simultaneingriff abgerechnet werden, wenn nur ein operativer Zugang vorliegt.
2. Bei proktologischen Eingriffen entsprechend der OPS-Codes 5-492.00, 5-492.01 und 5-492.02 ist der histologische Befund vorzuhalten.

Kommentar

Ad 1) Der Text beschreibt die Option, im speziellen Fall der Strumachirurgie einen Simultaneingriff auch ohne die Bedingungen für Simultaneingriffe, die im Zusammenhang der Kommentierung des Anhang 2 EBM erläutert werden, mit den entsprechenden Zuschlagsziffern abzurechnen.
Ad2) Die Histologie ist bei den genannten Prozeduren obligat.

Visceralchirurgischer Eingriff

Obligater Leistungsinhalt

- Visceralchirurgischer Eingriff entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

	Berichtspflicht			**Ja**
31151	**Leistungskette**			**92,00 €** **2625 Pkt**
	Überwachung 31503	Postop. Überweisung 31601	Postop. selbst operiert 31602	
31152	**Leistungskette**			**153,16 €** **4370 Pkt**
	Überwachung	Postop. Überweisung	Postop. selbst operiert	

	31503	31608	31609	
31153	**Leistungskette**			**220,28 €** **6285 Pkt**
	Überwachung 31505	Postop. Überweisung 31608	Postop. selbst operiert 31609	
31154	**Leistungskette**			**287,04 €** **8190 Pkt**
	Überwachung 31505	Postop. Überweisung 31610	Postop. selbst operiert 31611	
31155	**Leistungskette**			**385,18 €** **10990 Pkt**
	Überwachung 31506	Postop. Überweisung 31610	Postop. selbst operiert 31611	
31156	**Leistungskette**			**490,67 €** **14000 Pkt**
	Überwachung 31507	Postop. Überweisung 31612	Postop. selbst operiert 31613	
31157	**Leistungskette**			**528,70 €** **15085 Pkt**
	Überwachung 31507	Postop. Überweisung 31612	Postop. selbst operiert 31613	
31158	**Zuschlag zu 31151 bis 31157**			**50,29 €** **1435 Pkt**
	Obligater Leistungsinhalt - Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten, - Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht, **Abrechnungsbestimmung** je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit			
	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff			
	Obligater Leistungsinhalt -Endoskopisch-visceralchirurgischer Eingriff entsprechend Anhang 2 **Fakultativer Leistungsinhalt** - Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt **Berichtspflicht** **Ja**			
31161	**Leistungskette**			**129,57 €** **3440 Pkt**
	Überwachung 31503	Postop. Überweisung 31601	Postop. selbst operiert 31602	
31162	**Leistungskette**			**177,52 €** **5065 Pkt**
	Überwachung 31503	Postop. Überweisung 31608	Postop. selbst operiert 31609	
31163	**Leistungskette**			**242,53 €** **6920 Pkt**
	Überwachung 31505	Postop. Überweisung 31608	Postop. selbst operiert 31609	
31164	**Leistungskette**			**320,16 €** **9135 Pkt**
	Überwachung 31505	Postop. Überweisung 31610	Postop. selbst operiert 31611	
31165	**Leistungskette**			**413,74 €** **11805 Pkt**
	Überwachung 31506	Postop. Überweisung 31610	Postop. selbst operiert 31611	
31166	**Leistungskette**			**516,78 €** **15660 Pkt**

	Überwachung 31507	Postop. Überweisung 31612	Postop. selbst operiert 31613	
31167	**Leistungskette**			**548,85 €** **15660 Pkt**
	Überwachung 31507	Postop. Überweisung 31612	Postop. selbst operiert 31613	
31168	**Zuschlag zu 31161 bis 31167**			**47,84 €** **1365 Pkt**
	Obligater Leistungsinhalt - Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten, - Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht, **Abrechnungsbestimmung** je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit			
	Proktologischer Eingriff **Obligater Leistungsinhalt** - Proktologischer Eingriff entsprechend Anhang 2 **Fakultativer Leistungsinhalt** - Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt **Berichtspflicht** **Ja**			
31171	**Leistungskette**			**121,79 €** **3475 Pkt**
	Überwachung 31503	Postop. Überweisung 31622	Postop. selbst operiert 31623	
31172	**Leistungskette**			**173,14 €** **4940 Pkt**
	Überwachung 31503	Postop. Überweisung 31624	Postop. selbst operiert 31625	
31173	**Leistungskette**			**217,65 €** **6210 Pkt**
	Überwachung 31505	Postop. Überweisung 31624	Postop. selbst operiert 31625	
31174	**Leistungskette**			**279,33 €** **7970 Pkt**
	Überwachung 31505	Postop. Überweisung 31626	Postop. selbst operiert 31627	
31175	**Leistungskette**			**382,20 €** **10905 Pkt**
	Überwachung 31506	Postop. Überweisung 31626	Postop. selbst operiert 31627	
31176	**Leistungskette**			**492,25 €** **14045 Pkt**
	Überwachung 31507	Postop. Überweisung 31628	Postop. selbst operiert 31629	
31177	**Leistungskette**			**524,14 €** **14955 Pkt**
	Überwachung 31507	Postop. Überweisung 31628	Postop. selbst operiert 31629	
31178	**Zuschlag zu 31171 bis 31177**			**47,31 €** **1350 Pkt**
	Obligater Leistungsinhalt - Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten, - Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht, **Abrechnungsbestimmung** je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit			

31.2.7	**Definierte operative Eingriffe der Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie** **Kardiochirurgischer Eingriff**			
	Obligater Leistungsinhalt			
	- Kardiochirurgischer Eingriff entsprechend Anhang 2			
	Fakultativer Leistungsinhalt			
	- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt			
	Berichtspflicht			**Ja**
31181	**Leistungskette**			**215,72 €** **6155 Pkt**
	Überwachung 31504	Postop. Überweisung 31601	Postop. selbst operiert 31602	
31182	**Leistungskette**			**264,61 €** **7550 Pkt**
	Überwachung 31504	Postop. Überweisung 31608	Postop. selbst operiert 31609	
31183	**Leistungskette**			**311,58 €** **8890 Pkt**
	Überwachung	Postop. Überweisung 31608	Postop. selbst operiert 31609	
31184	**Leistungskette**			**381,85 €** **10895 Pkt**
	Überwachung	Postop. Überweisung 31610	Postop. selbst operiert 31611	
31185	**Leistungskette**			**544,47 €** **15535 Pkt**
	Überwachung	Postop. Überweisung 31610	Postop. selbst operiert 31611	
31186	**Leistungskette**			**653,65 €** **18650 Pkt**
	Überwachung	Postop. Überweisung 31612	Postop. selbst operiert 31613	
31187	**Leistungskette**			**691,32 €** **19725 Pkt**
	Überwachung	Postop. Überweisung 31612	Postop. selbst operiert 31613	
31188	**Zuschlag zu 31181 bis 31187**			**56,60 €** **1615 Pkt**
	Obligater Leistungsinhalt			
	- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten, - Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,			
	Abrechnungsbestimmung			
	je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit			
	Thoraxchirurgischer Eingriff			
	Obligater Leistungsinhalt			
	- Thoraxchirurgischer Eingriff entsprechend Anhang 2			
	Fakultativer Leistungsinhalt			
	- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt			
	Berichtspflicht			**Ja**
31191	**Leistungskette**			**201,18 €** **5740 Pkt**
	Überwachung 31504	Postop. Überweisung 31601	Postop. selbst operiert 31602	
31192	**Leistungskette**			**254,10 €** **7250 Pkt**
	Überwachung	Postop. Überweisung	Postop. selbst operiert	

	31504	31608	31609	
31193	**Leistungskette**			**306,85 €** **8755 Pkt**
	Überwachung	Postop. Überweisung 31608	Postop. selbst operiert 31609	
31194	**Leistungskette**			**385,00 €** **10985 Pkt**
	Überwachung	Postop. Überweisung 31610	Postop. selbst operiert 31611	
31195	**Leistungskette**			**495,05 €** **14125 Pkt**
	Überwachung	Postop. Überweisung 31610	Postop. selbst operiert 31611	
31196	**Leistungskette**			**604,23 €** **17240 Pkt**
	Überwachung	Postop. Überweisung 31612	Postop. selbst operiert 31613	
31197	**Leistungskette**			**641,90 €** **18315 Pkt**
	Überwachung	Postop. Überweisung 31612	Postop. selbst operiert 31613	
31198	**Zuschlag zu 31191 bis 31197**			**56,60 €** **1615 Pkt**
	Obligater Leistungsinhalt - Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten, - Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht, **Abrechnungsbestimmung** je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit			
	Eingriff am Gefäßsystem **Obligater Leistungsinhalt** - Chirurgischer Eingriff am Gefäßsystem entsprechend Anhang 2 **Fakultativer Leistungsinhalt** - Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt **Berichtspflicht** **Ja**			
31201	**Leistungskette**			**123,19 €** **3515 Pkt**
	Überwachung 31503	Postop. Überweisung 31630	Postop. selbst operiert 31631	
31202	**Leistungskette**			**177,17 €** **5055 Pkt**
	Überwachung 31503	Postop. Überweisung 31632	Postop. selbst operiert 31633	
31203	**Leistungskette**			**221,33 €** **63,15 Pkt**
	Überwachung 31505	Postop. Überweisung 31632	Postop. selbst operiert 31633	
31204	**Leistungskette**			**297,38 €** **8485 Pkt**
	Überwachung 31505	Postop. Überweisung 31634	Postop. selbst operiert 31635	
31205	**Leistungskette**			**405,68 €** **11575 Pkt**
	Überwachung 31506	Postop. Überweisung 31634	Postop. selbst operiert 31635	
31206	**Leistungskette**			**506,44 €** **14450 Pkt**

	Überwachung 31507	Postop. Überweisung 31636	Postop. selbst operiert 31637	
31207	**Leistungskette**			**548,85 €** **15660 Pkt**
	Überwachung 31507	Postop. Überweisung 31636	Postop. selbst operiert 31637	
31208	**Zuschlag zu 31201 bis 31207**			**48,37 €** **1380 Pkt**
	Obligater Leistungsinhalt - Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten, - Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht, **Abrechnungsbestimmung** je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit			
	Eingriff der Kategorie L (Schrittmacher) **Obligater Leistungsinhalt** - Eingriff der Kategorie L entsprechend Anhang 2 **Fakultativer Leistungsinhalt** - Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt **Berichtspflicht** **Ja**			
31211	**Leistungskette**			**154,21 €** **4400 Pkt**
	Überwachung 31503	Postop. Überweisung 31601	Postop. selbst operiert 31602	
31212	**Leistungskette**			**201,00 €** **5735 Pkt**
	Überwachung 31503	Postop. Überweisung 31608	Postop. selbst operiert 31609	
31213	**Leistungskette**			**263,56 €** **7520 Pkt**
	Überwachung 31505	Postop. Überweisung 31608	Postop. selbst operiert 31609	
31214	**Leistungskette**			**334,88 €** **9555 Pkt**
	Überwachung 31505	Postop. Überweisung 31610	Postop. selbst operiert 31611	
31215	**Leistungskette**			**452,12 €** **12900 Pkt**
	Überwachung 31506	Postop. Überweisung 31610	Postop. selbst operiert 31611	
31216	**Leistungskette**			**556,21 €** **15870 Pkt**
	Überwachung 31507	Postop. Überweisung 31612	Postop. selbst operiert 31613	
31217	**Leistungskette**			**592,14 €** **16895 Pkt**
	Überwachung 31507	Postop. Überweisung 31612	Postop. selbst operiert 31613	
31218	**Zuschlag zu 31211 bis 31217**			**53,80 €** **1535 Pkt**
	Obligater Leistungsinhalt - Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten, - Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht, **Abrechnungsbestimmung** je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit			

31.2.8 Definierte operative Eingriffe der Mund-, Kiefer- und Gesichts-Chirurgie

1. Die Extraktion von bis zu vier einwurzeligen Zähnen oder bis zu zwei mehrwurzeligen Zähnen oder von einem mehrwurzeligen und bis zu vier einwurzeligen Zähnen muss nach den Gebührenordnungspositionen 15321 bis 15324 berechnet werden.

Eingriff der MKG-Chirurgie

Obligater Leistungsinhalt

Chirurgischer Eingriff der Kategorie M entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Berichtspflicht **Ja**

31221	**Leistungskette**			**87,62 €** **2500 Pkt**
	Überwachung 31502	Postop. Überweisung 31643	Postop. selbst operiert 31644	
31222	**Leistungskette**			**142,65 €** **4070 Pkt**
	Überwachung 31503	Postop. Überweisung 31643	Postop. selbst operiert 31644	
31223	**Leistungskette**			**208,01 €** **5935 Pkt**
	Überwachung 31504	Postop. Überweisung 31645	Postop. selbst operiert 31646	
31224	**Leistungskette**			**284,24 €** **8110 Pkt**
	Überwachung 31504	Postop. Überweisung 31647	Postop. selbst operiert 31648	
31225	**Leistungskette**			**378,52 €** **10800 Pkt**
	Überwachung 31505	Postop. Überweisung 31647	Postop. selbst operiert 31648	
31226	**Leistungskette**			**500,84 €** **14290 Pkt**
	Überwachung 31506	Postop. Überweisung 31649	Postop. selbst operiert 31650	
31227	**Leistungskette**			**533,26 €** **15215 Pkt**
	Überwachung 31507	Postop. Überweisung 31649	Postop. selbst operiert 31650	

31228 Zuschlag zu 31221 bis 31227 — **44,51 €**
1270 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

Abrechnungsbestimmung

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

31.2.9 Definierte operative Eingriffe der HNO-Chirurgie

1. Abweichend von Nr. 3 der Präambel zu Anhang 2 kann bei Durchführung der Leistung „Plastische Korrektur abstehender Ohren: Concharotation“ (OPS: 5-184.3) im Zusammenhang mit den Leistungen 5-184.0, 5-184.1 und 5-184.2 auch dann ein Simultaneingriff abgerechnet werden, wenn nur ein operativer Zugang vorliegt.

Eingriff der HNO-Chirurgie

Obligater Leistungsinhalt

Chirurgischer Eingriff der Kategorie N entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Berichtspflicht **Ja**

31231	**Leistungskette**			**97,78 €** **2790 Pkt**
	Überwachung 31502	Postop. Überweisung 31656	Postop. selbst operiert 31657	
31232	**Leistungskette**			**157,89 €** **4505 Pkt**
	Überwachung 31503	Postop. Überweisung 31658	Postop. selbst operiert 31659	
31233	**Leistungskette**			**229,74 €** **6555 Pkt**
	Überwachung 31504	Postop. Überweisung 31658	Postop. selbst operiert 31659	
31234	**Leistungskette**			**315,08 €** **8990 Pkt**
	Überwachung 31504	Postop. Überweisung 31680	Postop. selbst operiert 31681	
31235	**Leistungskette**			**423,03 €** **12070 Pkt**
	Überwachung 31505	Postop. Überweisung 31680	Postop. selbst operiert 31681	
31236	**Leistungskette**			**543,77 €** **15515 Pkt**
	Überwachung 31506	Postop. Überweisung 31662	Postop. selbst operiert 31663	
31237	**Leistungskette**			**578,99 €** **16520Pkt**
	Überwachung 31507	Postop. Überweisung 31662	Postop. selbst operiert 31663	

31238	**Zuschlag zu 31231 bis 31237**	**49,77 €** **1420 Pkt**

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

Abrechnungsbestimmung

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

31.2.10 Definierte operative Eingriffe der Neurochirurgie

1. Eingriffe, die nach den OPS-301-Codes 5-010.00 bis 5-010.14 sowie 5-030.40 bis 5-032.42 codiert werden, sind nur als selbstständige Leistung berechnungsfähig.

Peripherer neurochirurgischer Eingriff

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie O entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Berichtspflicht **Ja**

31241	**Leistungskette**			**90,42 €** **2580 Pkt**
	Überwachung 31502	Postop. Überweisung 31614	Postop. selbst operiert 31615	
31242	**Leistungskette**			**146,50 €** **4180 Pkt**

	Überwachung 31503	Postop. Überweisung 31614	Postop. selbst operiert 31615	
31243	**Leistungskette**			**209,24 €** **5970 Pkt**
	Überwachung 31504	Postop. Überweisung 31616	Postop. selbst operiert 31617	
31244	**Leistungskette**			**286,87 €** **8185 Pkt**
	Überwachung 31504	Postop. Überweisung 31618	Postop. selbst operiert 31619	
31245	**Leistungskette**			**390,08 €** **11130 Pkt**
	Überwachung 31505	Postop. Überweisung 31618	Postop. selbst operiert 31619	
31246	**Leistungskette**			**492,25 €** **14045 Pkt**
	Überwachung 31506	Postop. Überweisung 31620	Postop. selbst operiert 31621	
31247	**Leistungskette**			**536,58 €** **15310 Pkt**
	Überwachung 31507	Postop. Überweisung 31620	Postop. selbst operiert 31621	
31248	**Zuschlag zu 31241 bis 31247**			**47,31 €** **1350 Pkt**
	Obligater Leistungsinhalt - Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten, - Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht, **Abrechnungsbestimmung** je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit			
	Zentraler neurochirurgischer Eingriff **Obligater Leistungsinhalt** - Chirurgischer Eingriff der Kategorie P entsprechend Anhang 2 **Fakultativer Leistungsinhalt** - Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt **Berichtspflicht** **Ja**			
31251	**Leistungskette**			**170,33 €** **4860 Pkt**
	Überwachung 31504	Postop. Überweisung 31689	Postop. selbst operiert 31670	
31252	**Leistungskette**			**223,61 €** **6380 Pkt**
	Überwachung 31504	Postop. Überweisung 31689	Postop. selbst operiert 31670	
31253	**Leistungskette**			**278,98 €** **7960 Pkt**
	Überwachung	Postop. Überweisung 31671	Postop. selbst operiert 31672	
31254	**Leistungskette**			**356,61 €** **10175 Pkt**
	Überwachung	Postop. Überweisung 31673	Postop. selbst operiert 31674	
31255	**Leistungskette**			**465,26 €** **13275 Pkt**
	Überwachung	Postop. Überweisung 31673	Postop. selbst operiert 31674	

31256	**Leistungskette**			**597,92 €** **17060 Pkt**
	Überwachung	Postop. Überweisung 31675	Postop. selbst operiert 31676	
31257	**Leistungskette**			**635,07 €** **18120 Pkt**
	Überwachung	Postop. Überweisung 31675	Postop. selbst operiert 31676	
31258	**Zuschlag zu 31251 bis 31257**			**56,08 €** **1600 Pkt**

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

Abrechnungsbestimmung

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff

Fachfremd, daher hier nicht aufgeführt

31.2.11 Definierte operative Eingriffe an der Niere und dem Urogenitalsystem

Die Durchführung und Berechnung von Leistungen dieses Abschnittes mit dem Ziel der Sterilisation des Mannes ist nicht berechnungsfähig. Die Berechnung von Leistungen zur Sterilisation des Mannes erfolgt nach der Gebührenordnungsposition 01854.

Kommentar

Sterilisationen sind nach aktueller Gesetzeslage keine Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und müssen privat liquidiert werden. Der Verweis auf die Ziffer 01854 ist daher unwirksam. Eine Sterilisation aus medizinischer Notwendigkeit, die vom Gesetz als Ausnahme beschrieben wird, wäre dann ebenfalls aus dem Kapitel 31.2 abzurechnen, da es sich nicht um eine Leistung aus Gründen der Familienplanung handelt.
Phimosen sind unter Dermatochirurgie abzurechnen.

Urologischer Eingriff

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie Q entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Berichtspflicht **Ja**

31271	**Leistungskette**			**103,39 €** **2950 Pkt**
	Überwachung 31502	Postop. Überweisung 31601	Postop. selbst operiert 31602	
31272	**Leistungskette**			**169,28 €** **4830 Pkt**
	Überwachung 31503	Postop. Überweisung 31608	Postop. selbst operiert 31609	
31273	**Leistungskette**			**245,69 €** **7010 Pkt**
	Überwachung 31505	Postop. Überweisung 31608	Postop. selbst operiert 31609	
31274	**Leistungskette**			**331,20 €** **9450 Pkt**
	Überwachung 31505	Postop. Überweisung 31610	Postop. selbst operiert 31611	
31275	**Leistungskette**			**440,55 €** **12570Pkt**

	Überwachung 31506	Postop. Überweisung 31610	Postop. selbst operiert 31611	
31276	**Leistungskette**			**568,48 €** **16220 Pkt**
	Überwachung 31507	Postop. Überweisung 31612	Postop. selbst operiert 31613	
31277	**Leistungskette**			**610,01 €** **17405 Pkt**
	Überwachung 31507	Postop. Überweisung 31612	Postop. selbst operiert 31613	
31278	**Zuschlag zu 31271 bis 31277**			**55,90 €** **1595 Pkt**
	Obligater Leistungsinhalt			
	- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten, - Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,			
	Abrechnungsbestimmung			
	je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit			
	Endoskopischer urologischer Eingriff			
	Obligater Leistungsinhalt			
	- Chirurgischer Eingriff der Kategorie R entsprechend Anhang 2			
	Fakultativer Leistungsinhalt			
	- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt			
	Berichtspflicht		**Ja**	
31281	**Leistungskette**			**130,20 €** **3715 Pkt**
	Überwachung 31502	Postop. Überweisung 31682	Postop. selbst operiert 31683	
31282	**Leistungskette**			**193,82 €** **5530 Pkt**
	Überwachung 31503	Postop. Überweisung 31684	Postop. selbst operiert 31685	
31283	**Leistungskette**			**270,04 €** **7705 Pkt**
	Überwachung 31505	Postop. Überweisung 31684	Postop. selbst operiert 31685	
31284	**Leistungskette**			**355,74 €** **10150 Pkt**
	Überwachung 31505	Postop. Überweisung 31686	Postop. selbst operiert 31687	
31285	**Leistungskette**			**459,83 €** **13120 Pkt**
	Überwachung 31506	Postop. Überweisung 31686	Postop. selbst operiert 31687	
31286	**Leistungskette**			**574,09 €** **16380 Pkt**
	Überwachung 31507	Postop. Überweisung 31688	Postop. selbst operiert 31689	
31287	**Leistungskette**			**609,48 €** **17390 Pkt**
	Überwachung 31507	Postop. Überweisung 31688	Postop. selbst operiert 31689	
31288	**Zuschlag zu 31281 bis 31287**			**52,92 €** **1510 Pkt**
	Obligater Leistungsinhalt			

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

Abrechnungsbestimmung

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

(Endoskopischer) urologischer Eingriff mit Bildwandler

Fachfremd, daher hier nicht aufgeführt

31.2.12 Definierte operative Eingriffe der Gynäkologie

1. Die Durchführung und Berechnung von Leistungen dieses Abschnittes mit dem Ziel der Sterilisation der Frau ist nicht berechnungsfähig. Die Berechnung von Leistungen zur Sterilisation der Frau erfolgt nach der Gebührenordnungsposition 01855.

Kommentar

Sterilisationen sind nach aktueller Gesetzeslage keine Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und müssen privat liquidiert werden. Der Verweis auf die Ziffer 01855 ist daher unwirksam. Eine Sterilisation aus medizinischer Notwendigkeit, die vom Gesetz als Ausnahme beschrieben wird, wäre dann ebenfalls aus dem Kapitel 31.2 abzurechnen, da es sich nicht um eine Leistung aus Gründen der Familienplanung handelt.

Gynäkologischer Eingriff

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie S entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Berichtspflicht **Ja**

31301 **Leistungskette** **93,05 €** **2655 Pkt**

Überwachung 31502	Postop. Überweisung 31695	Postop. selbst operiert 31696

31302 **Leistungskette** **138,61 €** **3955 Pkt**

Überwachung 31503	Postop. Überweisung 31697	Postop. selbst operiert 31698

31303 **Leistungskette** **174,01 €** **4965 Pkt**

Überwachung 31505	Postop. Überweisung 31697	Postop. selbst operiert 31698

31304 **Leistungskette** **224,31 €** **6400 Pkt**

Überwachung 31505	Postop. Überweisung 31699	Postop. selbst operiert 31700

31305 **Leistungskette** **301,06 €** **8590 Pkt**

Überwachung 31506	Postop. Überweisung 31699	Postop. selbst operiert 31700

31306 **Leistungskette** **386,75 €** **11035 Pkt**

Überwachung 31507	Postop. Überweisung 31701	Postop. selbst operiert 31702

31307 **Leistungskette** **416,02 €** **11870Pkt**

Überwachung 31507	Postop. Überweisung 31701	Postop. selbst operiert 31702

31308 **Zuschlag zu 31301 bis 31307** **37,68 €** **1075 Pkt**

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

Abrechnungsbestimmung

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Endoskopischer gynäkologischer Eingriff

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie T entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Berichtspflicht **Ja**

31311	**Leistungskette**			**127,40 €** **3635 Pkt**
	Überwachung 31502	Postop. Überweisung 31695	Postop. selbst operiert 31696	
31312	**Leistungskette**			**190,14 €** **5425 Pkt**
	Überwachung 31503	Postop. Überweisung 31697	Postop. selbst operiert 31698	
31313	**Leistungskette**			**264,96 €** **7560 Pkt**
	Überwachung 31505	Postop. Überweisung 31697	Postop. selbst operiert 31698	
31314	**Leistungskette**			**349,43 €** **9970 Pkt**
	Überwachung 31505	Postop. Überweisung 31699	Postop. selbst operiert 31700	
31315	**Leistungskette**			**451,59 €** **12885 Pkt**
	Überwachung 31506	Postop. Überweisung 31699	Postop. selbst operiert 31700	
31316	**Leistungskette**			**564,27 €** **16100 Pkt**
	Überwachung 31507	Postop. Überweisung 31701	Postop. selbst operiert 31702	
31317	**Leistungskette**			**598,97 €** **17090 Pkt**
	Überwachung 31507	Postop. Überweisung 31701	Postop. selbst operiert 31702	

31318 **Zuschlag zu 31311 bis 31317** **52,05 €**
1485 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

Abrechnungsbestimmung

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

31.2.13 Definierte operative Eingriffe der Ophthalmochirurgie Extraocularer Eingriff

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie U entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Berichtspflicht **Ja**

31321	**Leistungskette**			**92,00 €** **2625 Pkt**

	Überwachung 31502	Postop. Überweisung 31708	Postop. selbst operiert 31709	
31322	**Leistungskette**			**144,22 €** **4115 Pkt**
	Überwachung 31503	Postop. Überweisung 31708	Postop. selbst operiert 31709	
31323	**Leistungskette**			**210,99 €** **6020 Pkt**
	Überwachung 31504	Postop. Überweisung 31710	Postop. selbst operiert 31711	
31324	**Leistungskette**			**282,49 €** **8060 Pkt**
	Überwachung 31504	Postop. Überweisung 31712	Postop. selbst operiert 31713	
31325	**Leistungskette**			**376,07 €** **10730 Pkt**
	Überwachung 31505	Postop. Überweisung 31712	Postop. selbst operiert 31713	
31326	**Leistungskette**			**501,71 €** **14315 Pkt**
	Überwachung 31506	Postop. Überweisung 31714	Postop. selbst operiert 31715	
31327	**Leistungskette**			**535,71 €** **15285 Pkt**
	Überwachung 31507	Postop. Überweisung 31714	Postop. selbst operiert 31715	
31328	**Zuschlag zu 31321 bis 31327**			**47,67 €** **1360 Pkt**
	Obligater Leistungsinhalt - Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten, - Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht, **Abrechnungsbestimmung** je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit			
	Intraoculare und laserchirurgischer Eingriff am Auge nicht aufgeführt, da fachfremd			

31.3 Postoperative Überwachungskomplexe nach ambulanter Erbringung der Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 31.2

31.3.1 Präambel

1. Haben an der Erbringung der Leistungen des Abschnitts 31.2, die nachfolgend eine Überwachung entsprechend Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.3 erforderlich machen oder an der Überwachung selbst mehrere Ärzte mitgewirkt, hat der die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnittes abrechnende Arzt in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden und von ihm unterzeichneten Erklärung zu bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er allein in den jeweiligen Fällen diese Gebührenordnungspositionen berechnet.
2. Neben den in diesem Abschnitt genannten Gebührenordnungspositionen können die Gebührenordnungspositionen 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530 und 01531, 01857, 01910, 01911, 02100, 02120, 02323, 04536, 32247 und 34502 nicht berechnet werden.
3. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind einmalig im unmittelbaren Anschluss an die Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 abrechenbar.
4. Nach einem Simultaneingriff erfolgt die Abrechnung des relevanten höchstwertigsten Überwachungskomplexes.
5. Sofern die Erbringung einer Leistung aus dem Abschnitt 31.3 durch einen anderen Arzt erfolgt als die Erbringung der Leistung aus dem Abschnitt 31.2 oder 31.5, kann dieser neben der Gebührenordnungsposition aus 31.3 keine Grund- oder Versichertenpauschale berechnen.

Kommentar

Die Überwachungskomplexe sind ohne Berücksichtigung der tatsächlich verbrauchten Zeit fest gebunden an die primäre OP-Leistung. Eine Wahl nach konkretem Aufwand ist nicht möglich. Die Überwachung setzt nicht voraus eine Narkose, sondern kommt immer zum Ansatz, wenn der Patient nach dem Eingriff einer Überwachung unterliegt. Ein EKG-Monitoring muss in der Praxis verfügbar sein (fakultativer Leistungsanteil), ansonsten sind keine spezifischen Leistungen erforderlich. Die Zeit im Aufwachraum spielt keine Rolle, es muss aber die Leistung überhaupt erbracht werden, indem der Patient nicht unmittelbar vom OP-Tisch aus die Praxis verlässt.
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).
Falls weder der Anästhesist noch der Operateur die Leistung der postoperativen Überwachung erbringt, kann am gleichen Tag durch einen dritten Abrechner (z.B. Zentrumsbetreiber) nicht die Grundpauschale berechnet werden, erst bei einem weiteren Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal.
Von den genannten Ausschlüssen sind für Chirurgen nur die Ziffern 02100 (Infusion) und 02120 (Dauerkatheter) von Belang.

31.3.2 Postoperative Überwachungskomplexe nach ambulanter Erbringung einer Leistung entsprechend einer Gebührenordnungsposition des Abschnittes 31.2 Postoperative Überwachung

Obligater Leistungsinhalt

- Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz,
- Abschlussuntersuchung(en)

	Fakultativer Leistungsinhalt	
	- Infusionstherapie, - akute Schmerztherapie, mit Ausnahme der Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.7 - EKG-Monitoring	
	Berichtspflicht **Nein**	
	Leistungen Kapitel in gleicher Sitzung 01910, 01911, 02100	
	Kommentar	
31501	**Postoperative Überwachung im Anschluss an Biopsien von Muskeln, Weichteilen und Nerven der Kategorie C1 (Nr. 31121)**	**14,19 €** **405 Pkt**
31502	**Postoperative Überwachung**	**25,59 €** **730 Pkt**
31503	**Postoperative Überwachung**	**50,82 €** **1450 Pkt**
31504	**Postoperative Überwachung**	**73,60 €** **2100 Pkt**
31505	**Postoperative Überwachung**	**102,16 €** **2915 Pkt**
31506	**Postoperative Überwachung**	**147,90 €** **4220 Pkt**
31507	**Postoperative Überwachung**	**196,09 €** **5595 Pkt**
31.4	**Postoperative Behandlungskomplexe**	
31.4.1	**Präambel**	
	1. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 31.4 können vom Operateur oder auf Überweisung des Operateurs, mit Angabe der Gebührenordnungsposition für die postoperative Behandlung, vom weiterbehandelnden Vertragsarzt nach ambulanter Durchführung eines Eingriffs des Abschnittes 31.2 berechnet werden. Der die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4 abrechnende Vertragsarzt hat auf dem Abrechnungsschein das Datum des zu Grunde liegenden operativen Eingriffes zu dokumentieren. 2. In dem Zeitraum vom 1. bis zum 21. postoperativen Tag kann nur einmalig eine Gebührenordnungsposition des Abschnittes 31.4 abgerechnet werden oder eine Überweisung zur Weiterbehandlung durch einen anderen Vertragsarzt erfolgen. 3. Haben an der Erbringung einer Leistung entsprechend einer Gebührenordnungsposition des Abschnittes 31.4 mehrere Ärzte mitgewirkt, so hat der die Gebührenordnungsposition des Abschnittes 31.4 abrechnende Arzt in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden und von ihm unterzeichneten Erklärung zu bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er allein in den jeweiligen Fällen diese Leistung abrechnet. 4. Nach einem Simultaneingriff erfolgt die Abrechnung des Nachbehandlungskomplexes entsprechend dem höchstwertigsten Eingriff. 5. Für Vertragsärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs ist nur die Gebührenordnungsposition 31600 berechnungsfähig.	
	Kommentar	

*Die Abrechnung der postoperativen Behandlung durch einen Arzt der hausärztlichen Versorgung ist grundsätzlich einheitlich mit der **GOP 31600** abzurechnen. Ansonsten gilt:*
Für jeden Eingriff gibt es je zwei postoperative Behandlungskomplexe, einen für die Abrechnung durch den Operateur, der andere zur Abrechnung durch einen anderen (fachärztlichen) Vertragsarzt. Die Differenz in der Vergütung ergibt sich aus der Tatsache, dass bei Leistungserbringung durch den Operateur ein Leistungsanteil (der erste postoperative Kontakt) bereits über den OP-Komplex vergütet worden ist.
Die Ziffern für den postoperativen Behandlungskomplex sind verbindlich und ohne individuelle Varianz an die OP-Leistungsziffer (bei Simultaneingriffen des Haupteingriffs) geknüpft und im EBM bei der operativen Leistungsziffer ausgewiesen.
Der Operateur kann den postoperativen Komplex ohne Einschränkungen abrechnen. Dritte brauchen zwingend eine Überweisung des Operateurs. Auf dieser müssen angegeben werden die abzurechnende Leistungsziffer und das OP-Datum (beides nur dem Operateur bekannt). Die Angabe des OPS-Codes ist hilfreich, aber nicht zwingend.
Die Leistungsziffer kann bereits am ersten postoperativen Tag eingetragen werden, auch wenn die Leistung erst nach 21 Tagen in Gesamtheit erbracht ist .Ein Eintrag bereits am OP-Tag ist nicht statthaft, wird aber in einigen KVen toleriert.
Das Quartalsende beendet immer auch den postoperativen Komplex, ggf. schon nach einem Tag. Ab dem ersten Tag im neuen Quartal entfallen sämtliche Sperren durch den postop. Komplex.
Da der Operateur der Einzige ist, der diese Leistung entweder erbringt oder in Auftrag gibt, hat dieser gegenüber der KV durch entsprechende Erklärung zu versichern, dass die Komplexe nicht von mehreren Beteiligten abgerechnet werden. Sollte ein an Dritte überwiesener Patient wieder zum Operateur zurückkommen, muss dieser mit dem anderen Vertragsarzt Kontakt aufnehmen, um ggf. die erteilte Überweisung zurückzunehmen. Ansonsten können in einem solchen Fall natürlich Einzelleistungen abgerechnet werden, da die Sperre des Komplexes nicht besteht.
Bei zeitnah erbrachten Mehrfacheingriffen (zweizeitige Sanierung paariger Organe in kurzem Abstand) kann innerhalb der Laufzeit der postoperativen Komplexe von 21 Tagen nur ein Komplex abgerechnet werden. Erfolgt der Zweiteingriff nach drei Wochen, kann erneut ein postop. Komplex abgerechnet werden.
Nach belegärztlich-stationärer Behandlung gibt es keine postoperativen Behandlungskomplexe, weder für den Operateur noch für Dritte auf Überweisung.

31.4	**Postoperative Behandlungskomplexe**	
31.4.2	**Postoperativer Behandlungskomplex im Hausärztlichen Versorgungsbereich**	
31600	**Postoperative Behandlung durch den Hausarzt nach der Erbringung eines Eingriffs des Abschnitts 31.2 bei Überweisung durch den Operateur**	**15,42 € 440 Pkt**

Kommentar

Diese Ziffer kann weder vom Operateur noch von sonstigen Fachärzten berechnet werden. Dennoch müssen Operateure diese Ziffer kennen, da sie bei der Übertragung der postoperativen Behandlung auf Ärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs (Allgemeinmediziner, Kinderärzte, hausärztliche Internisten) vom Operateur auf dem entsprechenden Überweisungsschein zusammen mit dem OP-Datum eingetragen werden muss.

31.4.3 Postoperativer Behandlungskomplex im Fachärztlichen Versorgungsbereich

Postoperative Behandlung (Körperoberfläche, Visceral-, Thorax-, Herzchirurgie, Urologie)

Obligater Leistungsinhalt

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

Abrechnungsbestimmung

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Berichtspflicht **nein**

Abrechnungsausschluss

Im Zeitraum von 21 Tagen nach ambulanter OP aus Kapitel 31.2	Leistungen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02360, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700	Kapitel

Kommentar

Beim Ansatz dieser Ziffer können im Zeitraum von drei Wochen nach einer Operation, unabhängig von der Frage, durch wen diese erbracht wurde, die meisten Zusatzpauschalen von Chirurgen und Orthopäden nicht angesetzt werden (Ausnahme 07345, 18331) Nach Ablauf der Sperrfrist ist dies wieder möglich. Ggf. können die notwendigen Kontakte sowohl vor als auch nach der Sperrfrist zusammengeführt werden.
Die Ziffern der Kleinchirurgie sind gesperrt, ebenso Punktionen, nicht jedoch fixierende Verbände. Da die Extremitätenpauschalen nicht berechnet werden dürfen, kann in diesem Fall die Ziffer für fixierende Verbände ggf. mehrfach angesetzt werden, ohne durch die Zusatzpauschale gelöscht zu werden.

31601	**Postoperative Behandlung**	**(Überweisung)**	**14,02 € 400 Pkt**
31602	**Postoperative Behandlung**	**(Operateur)**	**8,06 € 230 Pkt**
31608	**Postoperative Behandlung**	**(Überweisung)**	**23,13 € 660 Pkt**
31609	**Postoperative Behandlung**	**(Operateur)**	**17,17 € 490 Pkt**
31610	**Postoperative Behandlung**	**(Überweisung)**	**28,91 € 825 Pkt**
31611	**Postoperative Behandlung**	**(Operateur)**	**23,13 € 660 Pkt**
31612	**Postoperative Behandlung**	**(Überweisung)**	**35,05 € 1000 Pkt**
31613	**Postoperative Behandlung**	**(Operateur)**	**29,09 € 830 Pkt**

Postoperative Behandlung (Extremitäten, Knochen, Gelenke, Arthroskopie, periphere Neurochirurgie)

Obligater Leistungsinhalt

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

Abrechnungsbestimmung

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Berichtspflicht **nein**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
Am Behandlungstag	02350, 18310, 18311, 18320, 18330, 18331 und 18340	7.3
Im Zeitraum von 21 Tagen nach ambulanter OP aus Kapitel 31.2	02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02350, 02360, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700	

Kommentar

Warum ein Abrechnungsausschluss am Behandlungstag angegeben wird, ist nicht erklärbar, denn die gleichen Ausschlüsse gelten mit Ausnahme der für Orthopäden wichtigen Ziffer 18331 sowieso im Zeitraum von 21 Tagen nach Operation und sind zumindest für den Operateur neben einer Operation nicht berechenbar. Zu beachten ist der Ausschluss der Ziffer 02350 (fixierender Verband), der bei den sonstigen postoperativen Behandlungskomplexen nicht besteht. Orthopäden können die Ziffer 18331 während der gesamten Laufzeit des Komplexes ansetzen, nur nicht an dem einen Tag, an dem die postoperative Behandlungsziffer aufgeschrieben wird. Das dürfte allerdings kein Problem darstellen.

31614	**Postoperative Behandlung**	**(Überweisung)**	**16,47 €** **470 Pkt**
31615	**Postoperative Behandlung**	**(Operateur)**	**10,34 €** **295 Pkt**
31616	**Postoperative Behandlung**	**(Überweisung)**	**26,81 €** **765 Pkt**
31617	**Postoperative Behandlung**	**(Operateur)**	**20,68 €** **590 Pkt**
31618	**Postoperative Behandlung**	**(Überweisung)**	**34,52 €** **985 Pkt**
31619	**Postoperative Behandlung**	**(Operateur)**	**28,74 €** **820 Pkt**
31620	**Postoperative Behandlung**	**(Überweisung)**	**40,31 €** **1150 Pkt**
31621	**Postoperative Behandlung**	**(Operateur)**	**34,70 €** **990 Pkt**

Postoperative Behandlung (Proktologie)

Obligater Leistungsinhalt

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

Abrechnungsbestimmung

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Berichtspflicht **nein**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
Am Behandlungstag Im Zeitraum von 21 Tagen nach ambulanter OP aus Kapitel 31.2	27320 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02360, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700	

Kommentar

Beim Ansatz dieser Ziffer können im Zeitraum von drei Wochen nach einer Operation, unabhängig von der Frage, durch wen diese erbracht wurde, die meisten Zusatzpauschalen von Chirurgen und Orthopäden nicht angesetzt werden (Ausnahme 07345, 18331) Nach Ablauf der Sperrfrist ist dies wieder möglich. Ggf. können die notwendigen Kontakte sowohl vor als auch nach der Sperrfrist zusammengeführt werden.
Die Ziffern der Kleinchirurgie sind gesperrt, ebenso Punktionen, nicht jedoch fixierende Verbände. Da die Extremitätenpauschalen nicht berechnet werden dürfen, kann in diesem Fall die Ziffer für fixierende Verbände ggf. mehrfach angesetzt werden (falls es dazu eine Indikation gibt), ohne durch die Zusatzpauschale gelöscht zu werden.
Der Ausschluss des EKG für Reha-Mediziner entstammt noch einem alten Fehler des EBM, da früher ein EKG fakultativer Leistungsanteil des Komplexes war.

31622	**Postoperative Behandlung**	**(Überweisung)**	**17,17 €** **490 Pkt**
31623	**Postoperative Behandlung**	**(Operateur)**	**11,22 €** **320 Pkt**
31624	**Postoperative Behandlung**	**(Überweisung)**	**24,53 €** **700 Pkt**
31625	**Postoperative Behandlung**	**(Operateur)**	**18,58 €** **530 Pkt**
31626	**Postoperative Behandlung**	**(Überweisung)**	**32,24 €** **920 Pkt**
31627	**Postoperative Behandlung**	**(Operateur)**	**26,46 €** **755 Pkt**
31628	**Postoperative Behandlung**	**(Überweisung)**	**38,03 €** **1085 Pkt**
31629	**Postoperative Behandlung**	**(Operateur)**	**32,59 €** **930 Pkt**

Postoperative Behandlung (Gefäßchirurgie)

Obligater Leistungsinhalt

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

Abrechnungsbestimmung

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Berichtspflicht **nein**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
Am Behandlungstag	07320	33

Im Zeitraum von 21 Tagen nach ambulanter OP aus Kapitel 31.2	02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02360, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 33061, 33072 und 33076	

Kommentar

Am Behandlungstag (an dem die Ziffer aufgeschrieben wird) sind alle sonographischen Leistungen gesperrt, Ansonsten sind innerhalb der Drei-Wochen-Frist nur die Sonographien der peripheren Gefäße ausgeschlossen. Wiederum fehlt ein Ausschluss zur Ziffer 02350. Fixierende Verbände können demnach zusätzlich abgerechnet werden.

31630	**Postoperative Behandlung**	**(Überweisung)**	**17,17 €** **490 Pkt**
31631	**Postoperative Behandlung**	**(Operateur)**	**11,22 €** **320 Pkt**
31632	**Postoperative Behandlung**	**(Überweisung)**	**24,53 €** **700 Pkt**
31633	**Postoperative Behandlung**	**(Operateur)**	**18,58 €** **530 Pkt**
31634	**Postoperative Behandlung**	**(Überweisung)**	**32,24 €** **920 Pkt**
31635	**Postoperative Behandlung**	**(Operateur)**	**26,46 €** **755 Pkt**
31636	**Postoperative Behandlung**	**(Überweisung)**	**38,03 €** **1085 Pkt**
31637	**Postoperative Behandlung**	**(Operateur)**	**32,59 €** **930 Pkt**

Postoperative Behandlung (MKG)

Obligater Leistungsinhalt

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

Abrechnungsbestimmung

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Berichtspflicht **nein**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
Im Zeitraum von 21 Tagen nach ambulanter OP aus Kapitel 31.2	02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02360, 07340, 18340	

Kommentar

Es handelt sich um die Behandlungskomplexe nach MGK-Eingriffen. Mit Ausnahme der Wundpauschalen sind alle chirurgischen und orthopädischen Zusatzpauschalen berechnungsfähig. Gesperrt sind die Ziffern der Kleinchirurgie und der Punktionen.

31643	**Postoperative Behandlung**	**(Überweisung)**	**14,02 €** **400 Pkt**
31644	**Postoperative Behandlung**	**(Operateur)**	**8,06 €** **230 Pkt**
31645	**Postoperative Behandlung**	**(Überweisung)**	**23,13 €** **660 Pkt**

31646	**Postoperative Behandlung**	**(Operateur)**	**17,17 €** **490 Pkt**
31647	**Postoperative Behandlung**	**(Überweisung)**	**28,91 €** **825 Pkt**
31648	**Postoperative Behandlung**	**(Operateur)**	**23,13 €** **660 Pkt**
31649	**Postoperative Behandlung**	**(Überweisung)**	**35,05 €** **1000 Pkt**
31650	**Postoperative Behandlung**	**(Operateur)**	**29,09 €** **830 Pkt**

Postoperative Behandlung (HNO)

Obligater Leistungsinhalt

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

Abrechnungsbestimmung

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Berichtspflicht **nein**

Abrechnungsausschluss

Im Zeitraum von 21 Tagen nach ambulanter OP aus Kapitel 31.2	Leistungen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02360, 07340, 18340	Kapitel

Kommentar

Es handelt sich um die Behandlungskomplexe nach HNO-Eingriffen. Mit Ausnahme der Wundpauschalen sind alle chirurgischen und orthopädischen Zusatzpauschalen berechnungsfähig. Gesperrt sind die Ziffern der Kleinchirurgie und der Punktionen. Originell und Folge eines Fehlers ist die Sperre der urologischen Kleineingriffe, die aber von Chirurgen sowieso nicht abgerechnet werden können.

31656	**Postoperative Behandlung**	**(Überweisung)**	**14,72 €** **420 Pkt**
31657	**Postoperative Behandlung**	**(Operateur)**	**8,76 €** **250 Pkt**
31658	**Postoperative Behandlung**	**(Überweisung)**	**28,56 €** **815 Pkt**
31659	**Postoperative Behandlung**	**(Operateur)**	**22,78 €** **650 Pkt**
31660	**Postoperative Behandlung**	**(Überweisung)**	**34,70 €** **990 Pkt**
31661	**Postoperative Behandlung**	**(Operateur)**	**28,91 €** **825 Pkt**
31662	**Postoperative Behandlung**	**(Überweisung)**	**43,46 €** **1240 Pkt**
31663	**Postoperative Behandlung**	**(Operateur)**	**45,91 €** **1310 Pkt**

Postoperative Behandlung (zentrale Neurochirurgie)

Obligater Leistungsinhalt

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

Abrechnungsbestimmung

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Berichtspflicht **nein**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
Im Zeitraum von 21 Tagen nach ambulanter OP aus Kapitel 31.2	02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02360, 07340, 18340	

Kommentar

Es handelt sich um die Behandlungskomplexe nach offenen und stereotaktischen neurochirurgischen Eingriffen mit Ausnahme der peripheren Neurochirurgie. Mit Ausnahme der Wundpauschalen sind alle chirurgischen und orthopädischen Zusatzpauschalen berechnungsfähig. Gesperrt sind die Ziffern der Kleinchirurgie und der Punktionen.

31669	**Postoperative Behandlung**	**(Überweisung)**	**14,02 €** **400 Pkt**
31670	**Postoperative Behandlung**	**(Operateur)**	**8,06 €** **230 Pkt**
31671	**Postoperative Behandlung**	**(Überweisung)**	**23,13 €** **660 Pkt**
31672	**Postoperative Behandlung**	**(Operateur)**	**17,17 €** **490 Pkt**
31673	**Postoperative Behandlung**	**(Überweisung)**	**28,91 €** **825 Pkt**
31674	**Postoperative Behandlung**	**(Operateur)**	**23,13 €** **660 Pkt**
31675	**Postoperative Behandlung**	**(Überweisung)**	**35,03 €** **1000 Pkt**
31676	**Postoperative Behandlung**	**(Operateur)**	**29,09 €** **830 Pkt**

Postoperative Behandlung (endoskopische Urologie)

Obligater Leistungsinhalt

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

Abrechnungsbestimmung

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Berichtspflicht **nein**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
Am Behandlungstag		33
Im Zeitraum von 21 Tagen nach ambulanter OP aus Kapitel 31.2	02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02360, 07340, 18340	

Kommentar

Es handelt sich um die Behandlungskomplexe nach endoskopischen urologischen Eingriffen. Mit Ausnahme der Wundpauschalen sind alle chirurgischen und orthopädischen Zusatzpauschalen berechnungsfähig. Gesperrt sind die Ziffern der Kleinchirurgie und der Punktionen. Lediglich am Tag, an dem die GOP für den Behandlungskomplex aufgeschrieben wird, sind sonographische Leistungen gesperrt, die sonst an jedem anderen Tag erbracht werden dürfen.

31682	**Postoperative Behandlung**	**(Überweisung)**	**17,52 €** **500 Pkt**
31683	**Postoperative Behandlung**	**(Operateur)**	**11,39 €** **325 Pkt**
31684	**Postoperative Behandlung**	**(Überweisung)**	**29,62 €** **845 Pkt**
31685	**Postoperative Behandlung**	**(Operateur)**	**23,31 €** **665 Pkt**
31686	**Postoperative Behandlung**	**(Überweisung)**	**35,05 €** **1000 Pkt**
31687	**Postoperative Behandlung**	**(Operateur)**	**29,09 €** **830 Pkt**
31688	**Postoperative Behandlung**	**(Überweisung)**	**39,60 €** **1130 Pkt**
31689	**Postoperative Behandlung**	**(Operateur)**	**33,47 €** **955 Pkt**

Postoperative Behandlung (Gynäkologie)

Obligater Leistungsinhalt

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- sonographische Kontrolle(n)
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

Abrechnungsbestimmung

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Berichtspflicht **nein**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
Am Behandlungstag Im Zeitraum von 21 Tagen nach ambulanter OP aus Kapitel 31.2	02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02360, 07340, 18340, 33043, 33044 und 33090	33

Kommentar

Es handelt sich um die Behandlungskomplexe nach gynäkologischen Eingriffen. Mit Ausnahme der Wundpauschalen sind alle chirurgischen und orthopädischen Zusatzpauschalen berechnungsfähig. Gesperrt sind die Ziffern der Kleinchirurgie und der Punktionen.
Die Sonographie ist fakultativer Leistungsanteil. Daher kann dieser Komplex nur abgerechnet werden, wenn ein Sonographiegerät vorgehalten wird. Die Art des Gerätes ist nicht definiert.
Am Behandlungstag (an dem die Ziffer aufgeschrieben wird) sind alle sonographischen Leistungen gesperrt, Ansonsten sind innerhalb der Drei-Wochen-Frist nur die Sonographien des Uro-Genital-Systems ausgeschlossen. Lediglich am Tag, an dem die GOP für den Behandlungskomplex aufgeschrieben wird, sind sonographische Leistungen gesperrt, die sonst an jedem anderen Tag erbracht werden dürfen.

31695	**Postoperative Behandlung**	**(Überweisung)**	**16,30 €** **465 Pkt**
31696	**Postoperative Behandlung**	**(Operateur)**	**10,34 €** **295 Pkt**
31697	**Postoperative Behandlung**	**(Überweisung)**	**33,12 €** **945 Pkt**
31698	**Postoperative Behandlung**	**(Operateur)**	**26,99 €** **770 Pkt**
31699	**Postoperative Behandlung**	**(Überweisung)**	**42,56 €** **1215 Pkt**
31700	**Postoperative Behandlung**	**(Operateur)**	**36,63 €** **1045 Pkt**
31701	**Postoperative Behandlung**	**(Überweisung)**	**54,50 €** **1555 Pkt**
31702	**Postoperative Behandlung**	**(Operateur)**	**48,72 €** **1390 Pkt**

Postoperative Behandlung (extraoculare Eingriffe)

Obligater Leistungsinhalt

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

Abrechnungsbestimmung

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Berichtspflicht **nein**

Abrechnungsausschluss

Im Zeitraum von 21 Tagen nach ambulanter OP aus Kapitel 31.2	Leistungen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02360, 07340, 18340, 33043, 33044 und 33090	Kapitel

Kommentar

Es handelt sich um die Behandlungskomplexe nach extraocularen Eingriffen. Mit Ausnahme der Wundpauschalen sind alle chirurgischen und orthopädischen Zusatzpauschalen berechnungsfähig. Gesperrt sind die Ziffern der Kleinchirurgie und der Punktionen.

31708	**Postoperative Behandlung**	**(Überweisung)**	**15,77 €** **450 Pkt**
31709	**Postoperative Behandlung**	**(Operateur)**	**9,46 €** **270 Pkt**
31710	**Postoperative Behandlung**	**(Überweisung)**	**25,41 €** **725 Pkt**
31711	**Postoperative Behandlung**	**(Operateur)**	**19,28 €** **550 Pkt**
31712	**Postoperative Behandlung**	**(Überweisung)**	**32,07 €** **915 Pkt**
31713	**Postoperative Behandlung**	**(Operateur)**	**26,29 €** **750 Pkt**
31714	**Postoperative Behandlung**	**(Überweisung)**	**36,45 €** **1040 Pkt**
31715	**Postoperative Behandlung**	**(Operateur)**	**30,32 €** **865 Pkt**

31.5 Anästhesien im Zusammenhang mit Eingriffen des Abschnitts 31.2

Präambel

1. Die Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 31.5.2 können nur von dem die Gebührenordnungsposition des Abschnittes 31.2 abrechnenden Operateur erbracht werden. Die Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31800 kann auch von Ärzten berechnet werden, die Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 31910, 31912 und 31920 erbringen.

2.-4. Entfällt, betrifft nur Anästhesisten

5. Bei primärer Anwendung mehrerer Anästhesie- und/oder Narkoseverfahren nebeneinander ist nur die höchstbewertete Leistung berechnungsfähig, sofern die unterschiedlichen Verfahren die Analgesie in demselben Versorgungsgebiet zum Ziel haben.

Kommentar

Die Präambel ist für Operateure nur insoweit relevant, als darin einerseits geregelt wird, dass nur die Operateure Leistungen aus dem Abschnitt 31.2 abrechnen dürfen (Regionalanästhesie) und dass für den Fall, dass zusätzlich eine höherwertige Anästhesie durch einen Anästhesisten erforderlich wird, die eigene Leistung wieder gestrichen werden muss. Es können auch Regionalanästhesien durch den Operateur bei Repositionen aus dem Kapitel 31.6 abgerechnet werden, allerdings nur distal von Knie- oder Ellbogengelenk.

31.5.2 Regionalanästhesien durch den Operateur

31800	**Regionalanästhesie durch den Operateur, der einen ambulanten Eingriff nach Abschnitt 31.2 oder eine Kontraktionsmobilisierung nach 31920 erbringt**	**37,50 €** **1070 Pkt**

Obligater Leistungsinhalt

- Intravenöse regionale Anästhesie an einer Extremität (Blockade nach Bier)
und/oder
- Anästhesie des Plexus brachialis
und/oder
- Ischiofemorale Blockade (Blockade des Nervus ischiadicus und 3- in 1-Block),
- Überwachung und Dokumentation der Vitalparameter,
- Pulsoxymetrie,
- EKG-Monitoring,
- I.v.-Zugang

Fakultativer Leistungsinhalt

- Legen einer Blutleere,
- Infusion,
- Verabreichung von Analgetika/Sedativa

Im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungspositionen 319110, 31912 und 31920 ist die Gebührenordnungsposition 31800 ebenfalls berechnungsfähig.

Berichtspflicht **Nein**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	01220 bis 01222	
am gleichen Tag	02100, 02101	

Kommentar

Die selbsterbrachte Regionalanästhesie erfordert immer eine Pulsoxymetrie sowie ein EKG-Monitoring, ein I.v.-Zugang dürfte selbstverständlich sein. Es können nur die in der Legende genannten Anästhesien abgerechnet werden, ein Hand- oder Fußblock sowie eine Oberst´sche Leistungsanästhesie fallen nicht unter diese Definitionen. Jede andere Anästhesie muss (schon aus haftungs- und berufsrechtlichen Gründen) von einem Facharzt für Anästhesiologie durchgeführt werden. Es können auch Regionalanästhesien durch den Operateur bei Repositionen aus dem Kapitel 31.6 abgerechnet werden, allerdings nur distal von Knie- oder Ellbogengelenk.

36 Belegärztliche Operationen, Anästhesien und belegärztliche postoperative Überwachung. Konservativ belegärztlicher Bereich

36.1 Präambel

1. Belegärztliche Operationen sind in fünf Abschnitte unterteilt:
- Der präoperative Abschnitt, in dem Hausarzt, ggf. zuweisender Vertragsarzt, ggf. andere auf Überweisung tätige Vertragsärzte, ggf. Anästhesist und Operateur zusammenwirken, um den Patienten für die belegärztliche Operation vorzubereiten. Diese Leistungen sind außerhalb des Kapitels 36 abgebildet.
- Der operative Abschnitt, in dem der Operateur ggf. mit dem Anästhesisten die Operation einschließlich Anästhesie durchführt (Abschnitt 36.2 bzw. 36.5)
- Der Abschnitt der postoperativen Überwachung, der in unmittelbarem Anschluss an die Operation entweder vom Anästhesisten oder vom Operateur durchgeführt wird (Abschnitt 36.3).
- Der Abschnitt der stationären Behandlung durch Belegärzte und Konsiliarärzte. Hier erfolgt die Vergütung durch Einzel- bzw. Komplexleistungen und/oder Pauschalen des EBM.
- Der Abschnitt der ambulanten postoperativen Behandlung. Diese Leistungen sind außerhalb des Kapitels 36 abgebildet. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4 sind im Zusammenhang mit einem kurativ-stationären Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.

Kommentar

Die Präambel weicht teilweise ab von der Präambel zum Kapitel 31 (ambulantes Operieren). Im belegärztlich-stationären Bereich gibt es keine postoperativen Behandlungskomplexe. Leistungen, die während des stationären Aufenthalts in dieser Phase erbracht werden, müssen ggf. als Einzelleistung abgerechnet werden, wobei die grundsätzliche Drei-Tages-Sperre nach operativen Eingriffen unverändert Gültigkeit besitzt. Da andererseits die postoperativen Leistungskomplexe nicht abgerechnet werden dürfen, entfällt die Sperre, die z. B. bei den Zusatzpauschalen während der Drei-Wochen-Laufzeit definiert sind. Diese Sperren gelten nur bei ambulanter Operation.
Im stationären Bereich kann demnach z.B. nach Eingriffen am Bewegungsapparat bei einer genügend langen Liegezeit die entsprechende Zusatzpauschale nach folgender Systematik abgerechnet werden:
Erster Tag: Operation und postop. Überwachung
Zweiter und dritter Tag: Visiten
Ab dem vierten Tag: Visiten mit Zählung für die Zusatzpauschale
Nach der dritten Visite: Auslösung der Zusatzpauschale
Während der stationären Behandlung können ab dem dritten Tag auch ggf. Einzelleistungen angesetzt werden, die sonst in einer Zusatzpauschale aufgehen, z.B. Punktionen. Da der ambulante und belegärztliche Schein voneinander unabhängig sind, können auf dem einen Schein durchaus Leistungen abgerechnet werden, die sonst gegen Leistungen auf dem anderen Schein gesperrt wären.
Wichtig:
Nach stationärer Operation ist auch in der folgenden ambulanten Nachbehandlung der Ansatz der postoperativen Behandlungskomplexe nicht möglich, weder für den Operateur noch für Dritte. Auch in der ambulanten Nachbehandlung entfällt damit die Sperre von 21 Tagen.

36.2 Belegärztliche Operationen

36.2.1 Präambel

1. Als belegärztliche 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 Verbandleistungen. Punktionen mit Nadeln, Kanülen und Biopsienadeln, sowie Kürettagen der Haut und Shave-Biopsien der Haut fallen nicht unter die Definition eines operativen Eingriffs, sofern die OPS-Codes des Anhangs 2 nichts anderes vorsehen.

Kommentar

Identisch mit der Präambel zu 31.2

2. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 36.2 ist, dass die notwendigen sachlichen und personellen Bedingungen erfüllt sind und der Vertragsarzt von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Regionalkassen und den Verbänden der Ersatzkassen eine Anerkennung als Belegarzt erhalten hat. Insbesondere sind die Qualitätssicherungsmaßnahmen entsprechend des Vertrages nach § 115b SGB V, die Maßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V sowie § 137 SGB V zu beachten.

Kommentar

Identisch mit der Präambel zu 31.2, lediglich redaktionell statt obligater Genehmigung zum Ambulanten Operieren hier Genehmigung zur belegärztliche Tätigkeit gefordert.

3. 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 GOP zu Unterabschnitten des Abschnitts 36.2 ist nicht gebietsspezifisch.
Nur die im Anhang 2 aufgeführten belegärztlichen Operationen sind berechnungsfähig. Eingriffe der Kleinchirurgie (GOP 02300 bis 02302) in Narkose bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern werden gebietsspezifisch in der Kategorie 1 berechnet.

Kommentar

Identisch mit der Präambel zu 31.2, redaktionell angepasst auf die Kapitelnummer 36.

4. In einem Zeitraum von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag, können vom Operateur neben der belegärztlichen Operation nur die Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01320 und 01321, 01412, 01414, 01602, 01610 bis 01612, 01620 bis 01623, 01701, 01734, 01740 bis 01742, 01758, 01783, 01800, 01801, 01850, 01950 bis 01952, 01955, 01956, 02100, 02101, 02110 bis 02112 und 02120, die arztgruppenspezifischen Grundpauschalen, Gebührenordnungspositionen der Kapitel 32, 33, 34 und 35 bzw. Abschnitte 30.3 und 30.7 (mit Ausnahme der Gebührenordnungspositionen 30702 und 30704), 36.3, 36.5.2 sowie die Gebührenordnungspositionen 01100 oder 01101 jeweils in Verbindung mit der Gebührenordnungsposition 01414 berechnet werden.

Kommentar

Dieser Teil entspricht dem Satz 8 aus der Präambel zum Ambulanten Operieren, allerdings mit zwei wichtigen Ergänzungen.
Neben einem OP-Komplex des Kapitels 36.2 sind grundsätzlich in einem Zeitraum von drei Tagen alle anderen Leistungen gesperrt mit Ausnahme der in der Präambel genannten Ziffern. Es ist immer möglich die Abrechnung der Grundpauschale. 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. 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.
Anders als beim Ambulanten Operieren sind bei belegärztlichen Eingriffen auch die Leistungen der Sonographie vollständig von der Drei-Tages-Sperre befreit und können sofort abgerechnet werden. Ebenfalls abweichend vom ambulanten Operieren können im stationären Bereich während der ersten drei postoperativen Tage auch die Infusionsleistungen nach GOP 02100 und 02101 berechnet werden.
Nicht anrechnungsfähig sind im Zeitraum von drei Tagen weitere Operationen, es sei denn, diese resultieren aus einer Komplikation. In diesem Fall 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)

5. *betrifft nur Urologen*
6. 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

Identisch mit der Präambel zu 31.2

7. Während eines stationären Aufenthaltes können keine Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.2 bis 31.5 berechnet werden.

Kommentar

Wird eine Operation als ambulante Operation begonnen, dann aber doch stationär aufgenommen, muss die GOP aus dem Kapitel 36 anstelle der ambulanten Operation abgerechnet werden.

8. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 36.2 umfassen sämtliche durch den Operateur am Operationstag erbrachten ärztlichen Leistungen: Untersuchungen, Verbände, ärztliche Abschlussuntersuchung(en), Dokumentation(en) und Beratung. Zusätzlich umfassen die Leistungen den Abschlussbericht an den weiterbehandelnden Vertragsarzt und den 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 36.2 auch ohne schriftliche Mitteilung an den Hausarzt berechnungsfähig.

Kommentar

Regelung zur Berichtspflicht Identisch mit der Präambel zu 31.2

Präambel zum Anhang 2 EBM

Die Regeln aus dem Anhang 2 unter anderem zu Simultaneingriffen gelten gleichermaßen für ambulante und belegärztliche Operationen und sind ausführlich im vorstehenden Teil erläutert.

Ziffernsystematik belegärztliche Eingriffe

Die belegärztlichen Eingriffe besitzen die gleichen Legenden wie die ambulanten Operationen (Kommentar siehe dort)
Im Unterschied zu Ambulanten Operation beginnen die Ziffern mit **36** anstelle von 31. die letzten drei Ziffern bleiben gleich. Im Übrigen ist eine eigenständige Auswahl von Abrechnungsziffern nicht zulässig. Die EBM-Position wird durch eine fest vorgegebene Zuordnung zu der jeweiligen OPS-Codierung unveränderbar vorgegeben.
Diese Systematik gilt in gleicher Weise auch für die postoperativen Überwachungskomplexe (**36** 501 bis **36** 507) und für die Anästhesieleistungen aus dem Abschnitt 36.5
Da nur die Bewertungen unterschiedlich sind, werden die belegärztlichen OP-Ziffern nur als „Kurzliste“ aufgeführt. Leistungsbeschreibung und Kommentierung sind im Kapitel 31 (Ambulantes Operieren) zu finden.

36.2.2 Definierte operative Eingriffe an der Körperoberfläche

Dermatochirurgischer Eingriff

36101	45,56 € 1300 Pkt	36102	82,19 € 2345 Pkt
36103	124,25 €	36104	192,24 €

	3545 Pkt		5485 Pkt
36105	293,18 €	36106	383,78 €
	8365 Pkt		10950 Pkt
36107	415,49 €	36108	31,02 €
	11855 Pkt		885Pkt
	Eingriff an der Brustdrüse		
36111	50,12 €	36112	92,00 €
	1430 Pkt		2625 Pkt
36113	149,83 €	36114	236,40 €
	4275 Pkt		6745 Pkt
36115	342,59 €	36116	472,62 €
	9775 Pkt		13485 Pkt
36117	519,59 €	36118	44,86 €
	14825 Pkt		1280 Pkt
31.2.3	**Definierter operativer Eingriff der Extremitätenchirurgie**		
36121	50,12 €	36122	91,48 €
	1430 Pkt		2610 Pkt
36123	145,45 €	36124	229,04 €
	4150 Pkt		6535 Pkt
36125	312,98 €	36126	418,12 €
	8930 Pkt		11930 Pkt
36127	524,67 €	36128	39,78 €
	14970 Pkt		1135 Pkt
31.2.4	**Definierte operative Eingriffe an Knochen und Gelenken**		
36131	60,63 €	36132	116,89 €
	1730 Pkt		3335 Pkt
36133	178,74 €	36134	271,27 €
	5100 Pkt		7740 Pkt
36135	448,26 €	36136	563,40 €
	12790 Pkt		16075 Pkt
36137	622,28 €	36138	44,51 €
	17755 Pkt		1270 Pkt
31.2.5	**Endoskopische Gelenkeingriffe (Arthroskopien)**		
36141	74,48 €	36142	115,83 €
	2125 Pkt		3305 Pkt
36143	173,66 €	36144	279,51 €
	4955 Pkt		7975 Pkt
36145	403,23 €	36146	529,75 €
	11505 Pkt		15115 Pkt
36147	570,93 €	36148	48,02 €
	16290 Pkt		1370 Pkt
31.2.6	**Definierte operative visceralchirurgische Eingriffe Visceralchirurgischer Eingriff**		
36151	52,92 €	36152	98,31 €
	1510 Pkt		2805 Pkt
36153	150,36 €	36154	220,98 €
	4290 Pkt		6305 Pkt
36155	301,94 €	36156	436,70 €
	8615 Pkt		12460 Pkt

36157	508,55 € 14510 Pkt	36158	40,48 € 1155 Pkt
	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff		
36161	57,48 € 1640 Pkt	36162	89,55 € 2555 Pkt
36163	161,57 € 4610 Pkt	36164	249,37 € 7115 Pkt
36165	334,36 € 9540 Pkt	36166	496,28 € 14160 Pkt
36167	534,31 € 15245 Pkt	36168	48,19 € 1375 Pkt
	Proktologischer Eingriff		
36171	60,98 € 1740 Pkt	36172	92,18 € 2630 Pkt
36173	130,90 € 3735 Pkt	36174	197,50 € 5635 Pkt
36175	279,51 € 7975 Pkt	36176	397,44 € 11340 Pkt
36177	518,89 € 14805 Pkt	36178	47,84 € 1365 Pkt
31.2.7	**Definierte operative Eingriffe der Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie** **Kardiochirurgischer Eingriff** **Existiert nicht in der Belegarztabrechnung** **Thoraxchirurgischer Eingriff**		
36191	90,95 € 2595 Pkt	36192	145,10 € 4140 Pkt
36193	195,04 € 5565 Pkt	36194	281,08 € 8020 Pkt
36195	405,86 € 11580 Pkt	36196	512,75 € 14630 Pkt
36197	579,52 € 16535 Pkt	36198	51,52 € 1470 Pkt
	Eingriff am Gefäßsystem		
36201	63,61 € 1815 Pkt	36202	99,19 € 2830 Pkt
36203	137,56 € 3925 Pkt	36204	222,20 € 6340 Pkt
36205	314,21 € 8965 Pkt	36206	448,96 € 12810 Pkt
36207	521,34 € 14875 Pkt	36208	34,35 € 980 Pkt
	Eingriff der Kategorie L (Schrittmacher)		
36211	75,35 € 2150 Pkt	36212	110,23 € 3145 Pkt
36213	151,57 € 4320 Pkt	36214	222,91 € 6360 Pkt
36215	344,52 € 9830 Pkt	36216	436,87 € 12465 Pkt
36217	470,69 € 13430 Pkt	36218	34,52 € 985 Pkt

31.2.8	**Definierte operative Eingriffe der Mund-, Kiefer- und Gesichts-Chirurgie**		
36221	45,91 € 1310 Pkt	36222	77,81 € 2220 Pkt
36223	126,17 € 3600 Pkt	36224	200,47 € 5720 Pkt
36225	277,05 € 7905 Pkt	36226	402,88 € 11495 Pkt
36227	433,89 € 12380 Pkt	36228	30,49 € 870 Pkt
31.2.9	**Definierte operative Eingriffe der HNO-Chirurgie**		
36231	50,47 € 1440 Pkt	36232	88,92 € 2480 Pkt
36233	133,71 € 3815 Pkt	36234	211,51 € 6035 Pkt
36235	298,43 € 8515 Pkt	36236	395,87 € 11295 Pkt
36237	462,63 € 13200 Pkt	36238	34,87 € 995 Pkt
31.2.10	**Definierte operative Eingriffe der Neurochirurgie** **Peripherer neurochirurgischer Eingriff**		
36241	49,77 € 1420 Pkt	36242	85,52 € 2440 Pkt
36243	129,33 € 3690 Pkt	36244	211,87 € 6045 Pkt
36245	307,37 € 8770 Pkt	36246	397,44 € 11340 Pkt
36247	429,69 € 12260 Pkt	36248	34,17 € 975 Pkt
	Zentraler neurochirurgischer Eingriff		
36251	79,38 € 2265 Pkt	36252	132,83 € 3790 Pkt
36253	174,89 € 4990 Pkt	36254	255,15 € 7280 Pkt
36255	342,94 € 9785 Pkt	36256	450,37 € 12850 Pkt
36257	484,36 € 13820 Pkt	36258	41,53 € 1185 Pkt
	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff Fachfremd, daher nicht aufgeführt		
31.2.11	**Definierte operative Eingriffe an der Niere und dem Urogenitalsystem** **Urologischer Eingriff**		
36271	52,05 € 1485 Pkt	36272	90,42 € 2580 Pkt
36273	156,14 € 4455 Pkt	36274	251,12 € 7165 Pkt
36275	373,96 € 10670 Pkt	36276	518,54 € 14795 Pkt
36277	559,72 € 15970 Pkt	36278	51,17 € 1460 Pkt

	Endoskopischer urologischer Eingriff		
36281	63,09 € 1800 Pkt	36282	97,43 € 2780 Pkt
36283	141,24 € 4030 Pkt	36284	215,02 € 6135 Pkt
36285	348,38 € 9940 Pkt	36286	514,50 € 14680 Pkt
36287	554,11 € 15810 Pkt	36288	34,17 € 975 Pkt
	(Endoskopischer) urologischer Eingriff mit Bildwandler **Fachfremd, daher hier nicht aufgeführt**		
31.2.12	**Definierte operative Eingriffe der Gynäkologie**		
	Gynäkologischer Eingriff		
36301	47,49 € 1355 Pkt	36302	79,03 € 2255 Pkt
36303	136,69 € 3900 Pkt	36304	196,09 € 5595 Pkt
36305	283,36 € 8085 Pkt	36306	376,24 € 10735 Pkt
36307	431,09 € 12300 Pkt	36308	28,04 € 800 Pkt
	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff		
36311	62,03 € 1770 Pkt	36312	115,31 € 3290 Pkt
36313	175,42 € 5005 Pkt	36314	271,62 € 7750 Pkt
36315	363,10 € 10360 Pkt	36316	441,96 € 12610 Pkt
36317	475,25 € 13560 Pkt	36318	40,66 € 1160 Pkt
31.2.13	**Definierte operative Eingriffe der Ophthalmochirurgie**		
	Extraocularer Eingriff		
36321	48,37 € 1380 Pkt	36322	85,52 € 2440 Pkt
36323	128,45 € 3665 Pkt	36324	192,41 € 5490 Pkt
36325	262,51 € 7490 Pkt	36326	361,70 € 10320 Pkt
36327	399,20 € 11390 Pkt	36328	29,62 € 845 Pkt
	Intraocularer Eingriff und Laserchirurgie Fachfremd, daher hier nicht aufgeführt		

36.3 Postoperative Überwachungskomplexe nach Erbringung der Leistungen des Abschnittes 36.2

36.3.1 Präambel

1. Haben an der Erbringung der Leistungen des Abschnitts 36.2, die nachfolgend eine Überwachung entsprechend Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 36.3 erforderlich machen oder an der Überwachung selbst mehrere Ärzte mitgewirkt, hat der die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnittes abrechnende Arzt in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden und von ihm unterzeichneten Erklärung zu bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er allein in den jeweiligen Fällen diese Gebührenordnungspositionen berechnet.
2. Neben den in diesem Abschnitt genannten Gebührenordnungspositionen können die Gebührenordnungspositionen 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530 und 01531, 01857, 01910, 01911, 02100, 02120, 02323, 04536, 32247 und 34502 nicht berechnet werden.
3. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind einmalig im unmittelbaren Anschluss an die Erbringung einer Leistung des Abschnitts 36.2 abrechenbar.
4. Nach einem Simultaneingriff erfolgt die Abrechnung des relevanten höchstwertigsten Überwachungskomplexes.
5. Sofern die Erbringung einer Leistung aus dem Abschnitt 36.3 durch einen anderen Arzt erfolgt als die Erbringung der Leistung aus dem Abschnitt 36.2 oder 36.5, kann dieser neben der Gebührenordnungsposition aus 36.3 keine Grund- oder Versichertenpauschale berechnen.

Kommentar

Identisch mit der Präambel zum Kapitel 31.3, lediglich redaktionell auf das Kapitel 36 angepasst

36.3.2 Postoperative Überwachungskomplexe nach Erbringung einer des Abschnittes 36.2

Postoperative Überwachung

Obligater Leistungsinhalt

- Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz,
- Abschlussuntersuchung(en)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusionstherapie,
- akute Schmerztherapie, mit Ausnahme der Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.7
- EKG-Monitoring

Berichtspflicht	**Nein**	
	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	01910, 01911, 02100	

Kommentar

36501	**Postoperative Überwachung im Anschluss an Biopsien von Muskeln, Weichteilen und Nerven der Kategorie C1 (Nr. 31121)**	**1,58 € 45 Pkt**
36502	**Postoperative Überwachung**	**2,98 € 85 Pkt**
36503	**Postoperative Überwachung**	**5,96 € 170 Pkt**
36504	**Postoperative Überwachung**	**8,59 € 245 Pkt**
36505	**Postoperative Überwachung**	**11,92 € 340 Pkt**

36506	**Postoperative Überwachung**	**17,17 €** **490 Pkt**
36507	**Postoperative Überwachung**	**22,61 €** **645 Pkt**

36.5 Anästhesien im Zusammenhang mit Eingriffen des Abschnitts 36.2

Präambel

1. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 36.5.2 können nur von dem die Gebührenordnungsposition des Abschnittes 36.2 abrechnenden Operateur erbracht werden.
2.-4. Entfällt, betrifft nur Anästhesisten
5. Bei primärer Anwendung mehrerer Anästhesie- und/oder Narkoseverfahren nebeneinander ist nur die höchstbewertete Leistung berechnungsfähig, sofern die unterschiedlichen Verfahren die Analgesie in demselben Versorgungsgebiet zum Ziel haben.
6. entfällt, betrifft nur Anästhesisten

Kommentar

Identisch zur Präambel des Kapitels 31.5.
Allerdings fehlt die Abrechnungsmöglichkeit für Regionalanästhesien durch den Operateur bei Repositionen ohne weitere operative Maßnahmen.

36.5.2 Regionalanästhesien durch den Operateur

36800	**Regionalanästhesie durch den Operateur, der einen belegärztlichen Eingriff nach Abschnitt 36.2 erbringt**	**24,18 €** **690 Pkt**

Obligater Leistungsinhalt

- Intravenöse regionale Anästhesie an einer Extremität (Blockade nach Bier)
und/oder
- Anästhesie des Plexus brachialis
und/oder
- Ischiofemorale Blockade (Blockade des Nervus ischiadicus und 3- in 1-Block),
- Überwachung und Dokumentation der Vitalparameter,
- Pulsoxymetrie,
- EKG-Monitoring,
- I.v.-Zugang

Fakultativer Leistungsinhalt

- Legen einer Blutleere,
- Infusion,
- Verabreichung von Analgetika/Sedativa

Berichtspflicht **Nein**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	01220 bis 01222	
am gleichen Tag	02100, 02101	

Kommentar

Die selbsterbrachte Regionalanästhesie erfordert immer eine Pulsoxymetrie sowie ein EKG-Monitoring, ein I.v.-Zugang dürfte selbstverständlich sein. Es können nur die in der Legende genannten Anästhesien abgerechnet werden, ein Hand- oder Fußblock sowie eine Oberst´sche Leistungsanästhesie fallen nicht unter diese Definitionen. Jede andere Anästhesie muss (schon aus haftungs- und berufsrechtlichen Gründen) von einem Facharzt für Anästhesiologie durchgeführt werden.