

31 Ambulante und belegärztliche Operationen, Anästhesien, präoperative Leistungen, postoperative Leistungen, orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen

1. Ambulante oder belegärztliche 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 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.

31.2 Ambulante und belegärztliche Operationen

31.2.1 Präambel

1. Als ambulante oder 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-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.
2. Voraussetzung für die Berechnung der Leistungen 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 oder einen Vertrag zur Abrechnung belegärztlicher Leistungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung im Einvernehmen mit den Verbänden der Krankenkassen nachweist.
3. Der Leistungsumfang der Krankenhäuser, die sich zur Teilnahme am Vertrag gemäß § 115b SGB V erklärt haben, definiert sich nicht durch den Inhalt dieses Abschnittes, sondern durch den Vertrag nach § 115b SGB V.
4. Der Operateur und der ggf. beteiligte Anästhesist sind verpflichtet, in jedem Einzelfall zu prüfen, ob Art und Schwere des beabsichtigten Eingriffs unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes des Patienten die ambulante Durchführung der Operation bzw. der Anästhesie nach den Regeln der ärztlichen Kunst mit den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten erlauben und die erforderliche Aufklärung, Einverständniserklärung und Dokumentation erfolgt sind.

5. Die Leistungen 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, 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 Leistungen des Abschnitts 31.2 auch ohne schriftliche Mitteilung an den Hausarzt berechnungsfähig.
6. Der Operateur und/oder der ggf. beteiligte Anästhesist haben durch eine zu dokumentierende Abschlussuntersuchung sicherzustellen, dass der Patient ohne erkennbare Gefahr in die ambulante Weiterbehandlung und Betreuung entlassen werden kann. Die Weiterbehandlung erfolgt in Absprache zwischen dem Operateur, dem ggf. beteiligten Anästhesisten und dem weiterbetreuenden Arzt.
7. Die Zuordnung der Eingriffe entsprechend des Operationenschlüssels nach § 295 SGB V (OPS) zu den Leistungskomplexen 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 Leistungskomplexe zu Unterabschnitten des Abschnitts 31.2 ist nicht gebietsspezifisch. Nur die im Anhang 2 aufgeführten ambulanten und belegärztlichen Operationen sind berechnungsfähig. Eingriffe der Kleinchirurgie (Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 06350 bis 06352, 09360 bis 09362, 15321 bis 15324, 26350 bis 26352) in Narkose bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern werden gebietsspezifisch in der Kategorie 1 berechnet.
8. In einem Zeitraum von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag, können vom Operateur neben der ambulanten oder belegärztlichen Operation nur die Leistungen nach den Nrn. 01220 bis 01222, 01310 bis 01312, 01410 bis 01414, 01602, 01610 bis 01775, 01780 bis 01787, 01790 bis 01793, 01800 bis 01813 und 01815, 01820 bis 01822, 01825 bis 01832, 01835 bis 01839, 01850 und 01950 bis 01952, die arztgruppenspezifischen Ordinations- und Konsultationskomplexe, Leistungen der Kapitel bzw. Abschnitte 31.3, 31.4, 31.5.2, 32, 34 und 35 sowie die Leistungen nach den Nrn. 01100 oder 01101 jeweils in Verbindung mit der Leistung nach der Nr. 01414 berechnet werden.
9. Die Leistungserbringung ist gemäß 2.1 der Allgemeinen Bestimmungen nur dann vollständig gegeben, wenn bei der Berechnung die Angabe der OPS-301-Prozedur(en) in der gültigen Fassung erfolgt. Die Diagnosen sind nach dem ICD-10-Diagnoseschlüssel (ICD-10-GM) in der gültigen Fassung anzugeben.
10. Bei der Berechnung der Leistungen dieses Abschnittes im kurativ-stationären (belegärztlichen) Behandlungsfall erfolgt ein Abschlag von der Punktschuld der Leistungen in folgender Höhe:
 - 50 % bei Eingriffen der Kategorie 1 bis 3 sowie für die Zuschläge bei Simultaneingriffen zu dieser Kategorie,
 - 40 % bei Eingriffen der Kategorie 4 sowie für die Zuschläge bei Simultaneingriffen zu dieser Kategorie,
 - 30 % bei Eingriffen der Kategorie 5 - 7 sowie für die Zuschläge bei Eingriffen dieser Kategorie.

2 Zuordnung der operativen Prozeduren nach 2 § 295 SGB V (OPS) zu den Leistungen des Kapitels 31

2.1 Präambel

1. Die nachfolgende tabellarische Aufstellung umfasst die nach OPS codierten operativen Eingriffe des Abschnittes 31.2, die zugeordnete OP-Leistung, die OP-Kategorie, die in diesem Zusammenhang abrechenbaren Überwachungskomplexe, die postoperativen Behandlungskomplexe bei Durchführung auf Überweisung und bei Durchführung durch den Operateur sowie die zugeordneten Narkoseleistungen.
2. Erfolgen mehrere operativer Prozeduren unter einer Diagnose und/oder über einen gemeinsamen operativen Zugangsweg, so wird nur der am höchsten bewertete Eingriff vergütet.
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 vergütet werden. Die abrechenbare 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.
4. Bei den Leistungen nach den Nrn. 31107, 31117, 31127, 31137, 31147, 31157, 31167, 31177, 31187, 31197, 31207, 31217, 31227, 31237, 31247, 31257, 31267, 31277, 31287, 31297, 31307, 31317, 31327, 31337 und 31347 kann die über die Schnitt-Naht-Zeit von 120 Minuten hinausgehende Schnitt-Naht-Zeit durch Gewährung der entsprechenden Zuschläge berechnet werden. Die Schnitt-Naht-Zeit ist durch das OP- oder Narkoseprotokoll nachzuweisen.
5. Abweichend von Nr. 8 der Präambel zum Abschnitt 31.2 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) abrechenbar.
6. Abweichend von Nr. 8 der Präambel zum Abschnitt 31.2 sind die Leistungen nach den OP-Codes 5-745.0, 5-757, 5-758.1, 5-758.5 bis 5-758.8 am Operationstag neben den Leistungen des Kapitels 8.4 abrechenbar.
7. Die alleinige Abrechnung eines temporären Wundverschlusses ist nur zur Konditionierung des Wundgrundes zulässig,

- wenn mindestens 3 operative Eingriffe erforderlich waren.
8. Bei der Codierung der operativen Versorgung von Frakturen bezieht sich die Lokalisationsangabe auf die Fraktur, bei der Entfernung des Osteosynthesematerials auf den Zugangsweg.
 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.
 10. Die Abrechnung 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.
 11. Die Kombination mehrerer Verfahren setzt voraus, dass alle einzelnen Verfahren in diesem Anhang genannt sind.
 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 Leistungen 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.
 13. Erfolgen unterschiedliche operative Eingriffe gleichzeitig durch zwei Operateure einer Gemeinschaftspraxis 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 dem Haupteingriff berechnet werden.
 14. Bei der Berechnung von Zuschlagspositionen für die Erbringung von Simultaneingriffen gemäß Nr. 3 ist - sofern die Teileingriffe unterschiedlichen Unterabschnitten des Kapitels 31.2 des EBM zugehören - die am höchsten bewertete Zuschlagsposition 31xx8 der für den Simultaneingriff relevanten Unterabschnitte in Anrechnung zu bringen.
 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.
 16. Beidseitige Eingriffe an paarigen Organen oder Körperteilen fallen unter die Regelungen nach Nr. 3, sofern die Seitenlokalisierung 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.