

AC - Info: Ambulantes / Belegärztliches Operieren Facharzt

Präoperative Leistungen (Abschnitt 31.1 EBM)	- Die präoperativen Leistungen (GOP 31010 bis 31013) sind abrechnungsfähig von: - Fachärzten für Allgemeinmedizin, - Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin, - Praktischen Ärzten, - Ärzten ohne Gebietsbezeichnung, - Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die ihre Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung erklärt haben, - Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin. - Die Leistungen sind für ambulante Operationen in der Praxis sowie für ambulante oder belegärztliche Operationen im Krankenhaus abrechnungsfähig. - Die GOP ist einmal im Behandlungsfall abrechnungsfähig. Bei einer weiteren Operation im gleichen Behandlungsfall sind nur die entsprechenden Einzelleistungen abrechnungsfähig, sofern diese nicht bereits mit der Versichertenpauschale abgegolten sind. - Bei vollstationären Operationen (nach erfolgter Einweisung) ist die präoperative Diagnostik nicht über den niedergelassenen Vertragsarzt, sondern vom Krankenhaus zu erbringen. In Ausnahmefällen (notwendige fachgebietsbezogene Leistungen, die das Krankenhaus nicht erbringen kann oder notwendige nicht fachgebietsbezogene Leistungen) erfolgt durch das Krankenhaus eine Überweisung mittels Definitionsauftrag.
Operationsleistungen (Abschnitte 31.2/36.2 EBM)	Die Operationsleistungen sind nur abrechnungsfähig, wenn 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. Bei belegärztlichen Operationen muss der Vertragsarzt zusätzlich von der zuständigen KV im

Einvernehmen mit den Landesverbänden der Regionalkassen und den Verbänden der Ersatzkassen eine Anerkennung als Belegarzt erhalten haben.

- Die operativen Eingriffe sind nur mit Angabe der gültigen OPS-Codes (s. EBM, Anhang 2 Zuordnung operative Prozeduren) abrechnungsfähig. Die Angabe der OPS-Codes erfolgt im KVDT-Feld 5035.
- Kennzeichnung von Seitenlokalisationen**
Bestimmte OPS-Codes erfordern eine Seitenlokalisation, z. B. „L“ für „Links“, „R“ für „Rechts“. Die tabellarische Aufstellung im Anhang 2 des EBM zeigt in der Spalte „Seite“, ob und falls vorgegeben, welche Seitenlokalisation beim jeweiligen OPS-Code anzugeben ist.
Eingriff an einer Seite eines paarigen Organs/Körperteils: Angabe des OPS-Codes mit dem Zusatzkennzeichen „L“ oder „R“.
Eingriff an beiden Seiten eines paarigen Organs/Körperteils mit Kennzeichnung „P“ (vorher: „B“ für „Beidseits“): Die OPS-Codes werden **zweimal** angegeben: einmal mit dem Zusatzkennzeichen „L“ **und** einmal mit dem Zusatzkennzeichen „R“.
Beispiel für Kennzeichnung „P“: OPS-Code 5-184.0 Plastische Korrektur abstehender Ohren: Durch Korrektur des Ohrknorpels
Die Eingabe der Seitenlokalisation erfolgt im **KVDT-Feld 5041**.

Beispiele:

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026
5-783.00	L	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Klavikula
5-783.01	R	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Humerus proximal
5-230.2		Zahnextraktion: Mehrere Zähne eines Quadranten

- Bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr können bei der Erbringung von operativen Eingriffen ohne OPS-Code (z. B. GOP 09360 EBM), sofern diese in Narkose erfolgen, die entsprechenden Eingriffe aus den Abschnitten 31.2/36.2 EBM abgerechnet werden. Die GOP muss dann als Begründung im KVDT-Feld 5036 eingetragen werden. Die postoperativen Behandlungskomplexe nach Abschnitt 31.4 EBM sind in diesen Fällen nicht abrechnungsfähig.

- Eine Abrechnung von Revisionen und Zweiteingriffen wegen Wundinfektionen und postoperativen Komplikationen ist unter Angabe des Erst-OP-Datums, der Komplikation und des ICD10-Codes möglich.
- Bei Operationen nach Kategorie 7 (Operationsdauer > 120 Minuten) ist eine verlängerte Operationsdauer über die entsprechenden Zuschläge abrechnungsfähig.
- Erfolgen **mehrere operative Prozeduren** unter **einer** Diagnose und/oder über **einen** gemeinsamen operativen Zugangsweg, so ist nur der am höchsten bewertete Eingriff abrechnungsfähig.

- **Simultaneingriffe:**

Voraussetzungen für die Abrechnungen eines Simultaneingriffes:

- das Vorliegen einer **zusätzlichen** vom Haupteingriff **unterschiedlichen Diagnose**,
- die Nutzung eines **gesonderten** operativen **Zugangsweges**,
- eine nachgewiesene **Überschreitung** der tatsächlichen **Schnitt-Naht-Zeit des Haupteingriffes**.

Der am höchsten bewertete Eingriff ist der Haupteingriff.

Zweiteingriffe sind auch aus einem anderen Kapitel als der Haupteingriff abrechnungsfähig. Bei Zweiteingriffen aus verschiedenen Unterabschnitten der Abschnitte 31 oder 36 EBM ist der am höchsten bewertete Zuschlag abrechnungsfähig.

Für die Berechnung der Zuschlagsposition für Simultaneingriffe ist die Überschreitung der tatsächlichen Schnitt-Naht-Zeit des jeweiligen Haupteingriffes maßgeblich.

Die Gesamt-Schnitt-Naht-Zeit ist bei einem Simultaneingriff im KVDT-Feld 5037 anzugeben.

Beispiele:

GOP	KVDT-Feld 5035 OPS-Code	KVDT-Feld 5036 GOP als Begründung	KVDT-Feld 5037 Gesamt-Schnitt- Naht-Zeit	KVDT-Feld 5041 Seiten- lokalisation
Erwachsene				
31142	5-812.0h	./.	./.	L
31132	5-787.3r	./.	./.	R
31138	5-787.0v	./.	50	L
Kinder				
31273	5-625.4	./.	./.	R
31321	./.	06350	./.	
31231	./.	09360	./.	
31231	5-285.0	./.	./.	
31238	./.	09361	25	

Förderung der Ambulantisierung
(Abschnitt 31.2.20 EBM)

- Zuschlagsleistungen (GOP 31451 bis 31457) zu bestimmten Operationsleistungen, s. EBM

Postoperative Überwachungskomplexe
(Abschnitte 31.3.2/36.3.2 EBM)

- Die postoperativen Überwachungskomplexe sind nach Erbringung einer Leistung nach Abschnitt 31.2/36.2 EBM nur vom Operateur oder vom Anästhesisten abrechnungsfähig.
- Die Leistung ist nur **einmalig** nach einer ambulanten oder belegärztlichen Operation abrechnungsfähig.
- Jeder Operationsleistung ist ein postoperativer Überwachungskomplex zugeordnet, s. Abschnitte 31.3.2/36.3.2 EBM oder Anhang 2 (tabellarische Aufstellung) im EBM.
- Bei Simultaneingriffen ist nur der am höchsten bewertete postoperative Überwachungskomplex abrechnungsfähig.

	• Sofern die Erbringung einer Leistung aus dem Abschnitt 31.3 EBM durch einen anderen Arzt erfolgt als die Erbringung der Leistung aus dem Abschnitt 31.2 EBM oder 31.5 EBM, kann dieser neben der GOP aus 31.3 EBM keine Grund- oder Versichertenpauschale berechnen. • Haben an der Erbringung einer Leistung entsprechend einer GOP der Abschnitte 31.3/36.3 EBM mehrere Ärzte mitgewirkt, so hat der abrechnende Arzt in der Quartalsabrechnung beizufügenden und von ihm unterzeichneten Sammelerklärung zu bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine schriftliche Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er allein in den jeweiligen Fällen diese Leistungen abrechnet.
Postoperative Nachbeobachtung nach ambulanter Erbringung einer Leistung entsprechend einer GOP des Abschnitts 31.2 (Abschnitt 31.3.3 EBM)	• Zuschlag zu den GOP 31501 bis 31507 bei sich anschließender Nachbeobachtung, s. EBM
Anästhesie- und Narkoseleistungen (Abschnitte 5.3/5.4 EBM, 31.5/36.5 EBM)	• Für den Operateur sind Anästhesie- bzw. Narkoseleistungen aus den Abschnitten 31.5.2/36.5.2 EBM abrechnungsfähig. • Für den Anästhesisten sind Anästhesie- bzw. Narkoseleistungen aus den Abschnitten 5.3/5.4 EBM oder 31.5.3/36.5.3 EBM abrechnungsfähig.
Postoperative Behandlungskomplexe (Abschnitt 31.4 EBM)	• Für niedergelassene Vertragsärzte des fachärztlichen Versorgungsbereiches sind die GOP 31601-31738 mit Angabe des OP-Datums nach Erbringung einer Leistung nach Abschnitt 31.2 EBM abrechnungsfähig. • Die postoperativen Behandlungskomplexe sind nach belegärztlichen oder vollstationären Operationen nicht abrechnungsfähig. • Für den Operateur ist ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt ab dem ersten Tag nach der Operation in der Operationsleistung enthalten.

	• Die GOP ist nur einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnittes 31.2 EBM mit Angabe des Operationsdatums abrechnungsfähig. Die Angabe des Operationsdatums erfolgt im KVDT-Feld 5034. • In einer (überörtlichen) Berufsausübungsgemeinschaft bzw. bei einer Praxis mit mehreren Standorten, auch länderübergreifend, ist die zu einer Operation gehörende Nachbehandlung mit der GOP des Operateurs abzurechnen. • Bei Simultaneingriffen ist nur der am höchsten bewertete postoperative Behandlungskomplex abrechnungsfähig. • Der postoperative Behandlungskomplex kann von der Praxis des Operateurs selbst oder auf Überweisung der Praxis des Operateurs abgerechnet werden. Erfolgt die postoperative Nachbehandlung durch einen weiterbehandelnden Vertragsarzt ist vom Operateur eine Überweisung mit Angabe des Operationsdatums sowie Angabe der GOP für die postoperative Behandlung auszustellen. • Haben an der Erbringung einer Leistung entsprechend einer GOP des Abschnittes 31.4 EBM mehrere Ärzte mitgewirkt, so hat der abrechnende Arzt in der Quartalsabrechnung beizufügenden und von ihm unterzeichneten Sammelerklärung zu bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er allein in den jeweiligen Fällen diese Leistungen abrechnet.
Hybrid-DRG: Zuschläge (Abschnitt 31.8 EBM)	• Die Zuschläge sind berechnungsfähig, wenn eine ambulante Operation gem. Abschnitt 31.2 bei Versicherten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr durchgeführt wird und die Leistungslegende des Zuschlags den entsprechenden OPS-Kode enthält. • Laborleistungen und Sachkosten sind zusätzlich berechnungsfähig. • Der Zuschlag ist im Zusammenhang mit Simultaneingriffen jeweils nur einmal zum Haupteingriff berechnungsfähig.

	• Erfolgt die Leistung unter Anästhesie (EBM-Abschnitt 31.5.3), ist der Zuschlag im Innenverhältnis zwischen Operateur und Anästhesist aufzuteilen. • Übergangsregelung vom 16.04.2026 bis 31.12.2026
--	--

Die Abrechnungsbestimmungen des EBM sind zu beachten.

Weitere Informationen finden Sie auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter www.kbv.de.