

FAQ zum Thema Simultaneingriffe

Rechtsquellen

Die Regelungen zu ambulanten und belegärztlichen Operationen finden Sie im EBM in der Präambel 2.1 des Anhang 2 und in der Präambel 31.2.1 bzw. 36.2.1.

Welche ambulanten und belegärztlichen Operationen sind berechnungsfähig?

Gemäß Präambel 31.2.1 Nr. 7 Satz 6 und Präambel 36.2.1 Nr. 3 Satz 4 sind nur die im Anhang 2 des EBM aufgeführten ambulanten und belegärztlichen Operationen berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen, die diesen OPS-Codes zugeordnet sind (Operative Leistung, Narkose / Anästhesie, Überwachungskomplexe, Postoperative Behandlungskomplexe) finden Sie in der tabellarischen Übersicht des Anhang 2.

Sofern der entsprechende OPS-Code im Anhang 2 nicht vorhanden ist, kann diese Operation nicht im Rahmen der ambulanten oder belegärztlichen Gebührenordnungspositionen nach EBM abgerechnet werden. Der EBM ist hier abschließend.

Wann liegt ein Simultaneingriff vor?

Ein Simultaneingriff kann abgerechnet werden, wenn eine zweite Operation in derselben Sitzung stattfindet und für diese Zweit-OP eine **zusätzlich vom Haupteingriff unterschiedliche Diagnose** und ein **gesonderter operativer Zugangsweg** vorliegen.

Als allgemein gültiges Kriterium für einen Simultaneingriff kann gelten:

Es handelt sich dann um einen Simultaneingriff, wenn der Zweiteingriff medizinisch vertretbar auch eine gesonderte Operation an einem anderen Tag rechtfertigen würde.

Wann ist eine gesonderte Diagnose gegeben?

Die gesonderte Diagnose ist immer gegeben bei seitendifferenzter oder etagendifferenzter Lokalisation einer ansonsten gleichen Grunderkrankung. Eine gesonderte Diagnose ist auch gegeben bei nahegelegenen anatomisch, aber differenten Strukturen, die nicht grundsätzlich gemeinsam behandlungsbedürftig sind.

Wann ist ein gesonderter Zugangsweg gegeben?

Bei naheliegenden Strukturen ist ein gesonderter Zugangsweg dann gegeben, wenn wegen des Zweiteingriffs eine deutliche Erweiterung des primären Zugangs erforderlich wird, die für den Ersteingriff allein nicht erforderlich wäre und/oder der Eingriff an einem anderen Organsystem bzw. in einer anderen OP-Region erfolgt.

Ist bei einem Simultaneingriff die Angabe eines OPS-Codes notwendig?

Bei der Abrechnung von ambulanten und belegärztlichen Operationen ist der OPS-Code und die ICD-Codierung bei der Abrechnung der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.2 und 36.2 zwingend anzugeben.

Ein OPS-Code aus Anhang 2 des EBM muss zu jedem Haupteingriff und zu jedem Simultaneingriff in der Feldkennung 5035 angegeben werden. Auch in Verbindung mit anästhesiologischen Leistungen ist die Angabe eines OPS in der Feldkennung 5035 zu empfehlen.

Wie muss die Dokumentation bei einem Simultaneingriff erfolgen?

Die Überschreitung der Schnitt-Naht-Zeit des Haupteingriffes muss durch das OP- und/oder Narkoseprotokoll nachgewiesen werden. Dabei muss eine Abgrenzung von Haupteingriff und Simultaneingriff ersichtlich sein.

Als Haupteingriff gilt immer die Operation mit der höchsten Bewertung.

Ab wann darf ein Simultaneingriff abgerechnet werden?

Operationen der Kategorie 1 bis 6:

Bei den Operationen der Kategorie 1 bis 6 können Simultaneingriffe **ab dem tatsächlichen Ende des Haupteingriffes** abgerechnet werden. Die Zuschläge für die Simultaneingriffe können **je vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit** abgerechnet werden.

Beispiel:

Eine radikale Operation an mehreren Nasennebenhöhlen nach dem OPS-Code 5.224.4 (Kategorie N5) dauert 60 Minuten. Zusätzlich wurde eine plastische Rekonstruktion des Nasenseptum nach dem OPS-Code 5-214.6 (Kategorie N3) mit einer Dauer von nochmals 45 Minuten durchgeführt.

=> Abrechnung der GOP 31235 für den Haupteingriff (höher bewertete Operation, da Kategorie N5) und zusätzlich 3-mal die GOP 31238 für den Zweiteingriff

Operationen der Kategorie 7:

Bei Haupteingriffen der Kategorie 7 findet hingegen Nr. 4 der Präambel 2.1 des Anhang 2 Anwendung, wobei für die Berechnung von Zuschlägen nicht notwendigerweise ein Simultaneingriff erfolgen muss. Demnach können die entsprechenden Zuschlagsziffern in Ansatz gebracht werden, sobald die **kalkulatorische Schnitt-Naht-Zeit von 120 Minuten um mindestens 15 Minuten überschritten** wurde und **nicht bereits ab Überschreiten der tatsächlichen Schnitt-Naht-Zeit**. Dies wurde vom Bundessozialgericht bestätigt (BSG, Urteil vom 26.01.2022, Az: B 6 KA 8/21 R).

Beispiel:

Eine erweiterte radikale Mastektomie mit Resektion an den Mm. pectorales majores et minores und tiefer Thoraxwandresektion nach OPS-Code 5-874.8 (Kategorie B7) dauert insgesamt 165 Minuten

=> Abrechnung der GOP 36117 und zusätzlich 3-mal die GOP 36118

Wie häufig darf ein Simultaneingriff abgerechnet werden?

Ein Simultaneingriff kann je vollendete 15 Minuten abgerechnet werden. Das heißt, je nach tatsächlicher Dauer auch mehrfach, maximal jedoch nur bis zur im EBM (Präambel 2.1 Absatz 3 des Anhang 2) vorgegebenen Höchstzeit.

Höchstzeiten nach EBM:

- Operation der Kategorie 1 => **15 Minuten**, d.h. die entsprechende GOP für den Simultaneingriff kann **max. einmal** berechnet werden
- Operation der Kategorie 2 => **30 Minuten**, d. h. die entsprechende GOP für den Simultaneingriff kann **max. zweimal** berechnet werden
- Operation der Kategorie 3 => **45 Minuten**, d. h. die entsprechende GOP für den Simultaneingriff kann **max. dreimal** berechnet werden
- Operation der Kategorie 4 => **60 Minuten**, d. h. die entsprechende GOP für den Simultaneingriff kann **max. viermal** berechnet werden
- Operation der Kategorie 5 => **90 Minuten**, d. h. die entsprechende GOP für den Simultaneingriff kann **max. sechsmal** berechnet werden
- Operation der Kategorie 6 => **120 Minuten**, d. h. die entsprechende GOP für den Simultaneingriff kann **max. achtmal** berechnet werden

Beispiel:

Eine radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut mit Transplantation am Unterschenkel und histographischer Chirurgie nach dem OPS-Code 5-895.5e (Kategorie A3) dauert 45 Minuten. Zusätzlich wurde eine radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut mit primären Wundverschluss an Brustwand und Rücken nach dem OPS-Code 5-895.2a (Kategorie 1) mit einer Dauer von nochmals 30 Minuten durchgeführt.

=> Abrechnung der GOP 31103 für den Haupteingriff (höher bewertete Operation, da Kategorie A3) und zusätzlich 1-mal die GOP 31108 für den Zweiteingriff (GOP 31108 kann - trotz der Dauer des Zweiteingriffes von 30 Minuten - nur einmal abgerechnet werden, da die abrechenbare Höchstzeit für Simultaneingriffe bei Eingriffen der Kategorie 1 15 Minuten beträgt)

Welcher Simultaneingriff kann abgerechnet werden, wenn der Haupteingriff und der Zweiteingriff unterschiedlichen Abschnitten der Kapitel 31.2 des EBM angehören?

Bei Operationen der Kategorie 1 bis 6 ist der am höchsten bewertete Simultaneingriff berechnungsfähig. Entweder wird der Simultaneingriff aus dem Abschnitt des Haupteingriffes oder aus dem Abschnitt des Zweiteingriffes berechnet.

Beispiel:

Eine Exzision an Muskel, Sehne und Faszie mit Kompartmentresektion mit spezieller Gefäß- und Nervenpräparation in der Leisten- und Genitalregion nach OPS-Code 5-852.c7 (Kategorie C4) dauert 60

Minuten. Zusätzlich wird eine Inzision am Knochen, septisch und aseptisch mit Einlegen eines Medikamententrägers am Becken nach dem OPS-Code 5-780.4d (Kategorie D3) mit einer Dauer von 45 Minuten durchgeführt.

=> Abrechnung der GOP 31124 und zusätzlich 3-mal die GOP 31138 für den Zweiteingriff
(GOP 31138 ist höher bewertet als die GOP 31128)

Vor und nach der Operation fallen umfangreiche Rüstzeiten an. Können hierfür Zuschläge berechnet werden?

Nein. Die Basis für die Berechnung ist immer die Schnitt-Naht-Zeit - also die Zeit vom Ansetzen des Messers bis zum „Abschneiden des Fadens“. Der Aufwand für Vor- und Nachbereitungszeiten ist in der Leistung mit einkalkuliert.

Was ist bei mehreren Operateuren zu beachten?

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 Haupteingriffes berechnet werden.

Wann darf der Anästhesist die Zuschlagsziffern 31828 bzw. 36828 abrechnen?

Grundsätzlich kann der Anästhesist die Fortsetzung einer Anästhesie/Narkose mit dem Zuschlag der GOP 31828 bzw. 36828 EBM berechnen, wenn der Operateur nach den Bestimmungen des EBM einen Simultaneingriff abrechnen kann. Kann der Operateur selbst keinen Simultaneingriff abrechnen, kann dies auch der Anästhesist nicht.