

- **Umsetzung des einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zum 1. April 2005,**
- **Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V – Ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus- (AOP-Vertrag) Bundesschiedsamt Festsetzung in der Sitzung am 18.03.2005**

Aus dem Vertrag nach § 115 b und dem EBM ergeben sich Regelungen, die unbedingt zu beachten sind:

1. Der Zugang eines Patienten zum ambulanten, stationersetzenden Operieren im Krankenhaus erfolgt bei elektiven Eingriffen durch Überweisung eines Vertragsarztes. Ein Patient wird abgelehnt, wenn er nach dem Besuch bei einem Vertragsarzt ohne eine Überweisung ins Krankenhaus kommt.
2. Patienten, die ohne vorherige Konsultation eines Vertragsarztes und ohne Überweisungsschein ins Krankenhaus kommen, müssen ihre Krankenversichertenkarte in Verbindung mit einem amtlichen Lichtbildausweis vorlegen. Gleichzeitig müssen sie – ohne Ausnahme- die Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V – (€ 10-Praxisgebühr) – entrichten.
3. Bei der Aufnahme des Patienten müssen sowohl der überweisende Vertragsarzt als auch der Hausarzt des Patienten erfasst werden.
4. Im Krankenhaus darf nur diejenige gebietsbezogene präoperative Abklärungsuntersuchung im operativen Gebiet und in der Anästhesiologie durchgeführt werden, die gemäß Ziff. 31.2.1, 4. EBM und §4 (3) des Vertrages zur Klärung der ambulanten Durchführbarkeit des Eingriffes erforderlich ist.
5. Weitergehende präoperative Untersuchungen dürfen im Krankenhaus nicht veranlasst werden (§4 (5) des Vertrages). Die Patienten sind durch den Vertragsarzt bzw. durch den Arzt des Krankenhauses an einen Arzt gemäß Kapitel 31.1 EBM zur Durchführung des präoperativen Untersuchungskomplexes so rechtzeitig zu überweisen, dass die Ergebnisse spätestens bei der anästhesiologischen Voruntersuchung vorliegen. Auf der Überweisung müssen der Auftrag und der Anlaß für diese Maßnahme vermerkt sein. Für Krankenhausärzte gilt, dass die Überweisungen mit dem Stempel des Zentrums für ambulantes Operieren versehen sein müssen.
6. Über das Ergebnis der präoperativen Abklärungsuntersuchungen im operativen Fachgebiet und in der Anästhesie sind der überweisende Vertragsarzt und der Hausarzt in Form eines Arztbriefes zu unterrichten. Mit dem anästhesiologischen Brief wird der ambulante Operationstermin für den Patienten bestätigt. Die Anmeldung eines Patienten zu einer ambulanten Operation erfolgt wie bisher auf einem Vordruck. Auf diesem sind neben der geplanten Operation, die Diagnose nach ICD 10 und der vorläufige OPS anzugeben. Zusätzlich ist der erste Termin der postoperativen Behandlung durch den Operateur anzugeben, damit dieser dem Patienten bereits präoperativ mit der Patienteninformation schriftlich ausgehändigt wird.
7. Bei der Planung und Durchführung eines operativen Eingriffes sind die Bestimmungen über Simultaneingriffe zu beachten.
8. Eine Operation ist erst abgeschlossen, wenn alle Maßnahmen durchgeführt wurden:
 - Die Schnitt-Naht-Zeit ist dokumentiert.
 - ICD 10 und OPS sind kodiert. Dabei gilt für Vertragsärzte, dass die im Krankenhaus dokumentierte ICD 10 und OPS identisch sein müssen mit derjenigen auf ihrer persönlichen Abrechnung gegenüber der KV.
 - Die erstattungsfähigen Sachkosten nach §9 des Vertrages sind patienten- und eingriffsbezogen erfasst.

- Der Patient ist vor seiner Entlassung vom Operateur/Anästhesisten untersucht worden (Abschlussuntersuchung). Das Ergebnis dieser Untersuchung wurde dokumentiert. Der Zeitpunkt der Entlassung wird dokumentiert.
 - Der Patient hat die erforderlichen Analgetika in ausreichender Menge für drei Tage erhalten.
 - Für den Patienten ist ein **Arztbrief** in vierfacher Ausfertigung erstellt worden. Davon erhalten
 - 1 Exemplar der Patient
 - 1 Exemplar der überweisende Vertragsarzt bzw. die operierende Klinik
 - 1 Exemplar der Hausarzt
 - 1 Exemplar das Zentrum für ambulantes Operieren
 - Der Arztbrief muß die Angaben zur Diagnose, durchgeführtem Eingriff, Komorbiditäten und zur postoperativen Analgesie enthalten.
 - Der Arztbrief muß weiterhin Angaben darüber enthalten, wann der erste postoperative Untersuchungstermin beim Operateur erfolgt.
 - Der Arztbrief muß Angaben darüber enthalten, wer die postoperative Behandlung durchführt- Krankenhaus oder Vertragsarzt. Das Krankenhaus kann diese Leistungen nur bis 14 Tage nach der Operation durchführen (§6 des Vertrages). Verweist der Krankenhausarzt den Patienten zur Weiterbehandlung an einen Vertragsarzt so erfolgt dies durch Überweisung des Operateurs, mit Angabe der Nummer der Leistung des Abschnittes [31.4.2](#) für die **postoperative** Behandlung. Vom weiterbehandelnden Vertragsarzt können die vom ihm erbrachten Leistung nach ambulanter Durchführung eines Eingriffs des Abschnittes [31.2](#) entsprechend Abschnitt [31.4.2](#) berechnet werden. Die Abrechnung der Leistung hat, unabhängig vom Datum der tatsächlichen Leistungserbringung, am ersten postoperativen Tag zu erfolgen.
 - Der Arztbrief muß Angaben enthalten über eine bescheinigte Arbeitsunfähigkeit, die vom Krankenhausarzt in der Regel bis zu fünf Tagen bescheinigt werden kann.(§10(1) des Vertrages)
 - Eine Verordnung von häuslicher Krankenpflege als Sicherungspflege ist durch den Krankenhausarzt bis zu einer Dauer von drei Tagen möglich. Dies muß vor der Durchführung der Operation bei der Krankenkasse beantragt und von dieser genehmigt werden. Folgeverordnungen sind durch den nachbehandelnden Vertragsarzt vorzunehmen. (§10(2) des Vertrages)
 - ggf. eine Krankentransportbescheinigung ausgestellt wurde. (§11 des Vertrages)
 - Der Operationsbericht gefertigt und ggf. das Anästhesieprotokoll abgeschlossen sind. Diese sind Bestandteil der Patientenakte des Zentrums, um Nachfragen dokumentiert beantworten zu können.
9. postoperative Überwachungskomplexe können nur vom Krankenhaus abgerechnet werden, das diese Leistungen erbringt.

Im Übrigen wird auf den EBM 1. April 2005 in seiner jeweils gültigen Fassung hingewiesen. Dazu kann im Internet unter KVWL der jeweils neueste Browser heruntergeladen werden.

Nachfolgend übermitteln wir Ihnen wesentliche Auszüge aus dem in zwei Bänden vorliegenden EBM 1.4.2005 im Original:

Band 1:**Vollständigkeit der Leistungserbringung**

Eine Leistung oder ein Leistungskomplex ist nur berechnungsfähig, wenn der Leistungsinhalt vollständig erbracht worden ist.

Die Vollständigkeit der Leistungserbringung in einem Leistungskomplex ist gegeben, wenn die obligaten Leistungsinhalte erbracht worden sind und die in den Präambeln, Leistungslegenden und Anmerkungen aufgeführten Dokumentationspflichten - auch die der Patienten- bzw. Prozedurenklassifikation (z.B. OPS-301/ICPM, ICD 10 GM) - erfüllt, sowie die erbrachten fakultativen Leistungen dokumentiert sind.

Die in der Überschrift zu einer Leistung oder zu einem Leistungskomplex aufgeführten Leistungsinhalte sind immer Bestandteil der obligaten Leistungsinhalte zu der jeweiligen Leistung oder des jeweiligen Leistungskomplexes.

Fakultative Leistungsinhalte sind Bestandteil des Leistungskataloges in der Gesetzlichen Krankenversicherung; deren Erbringung ist vom Einzelfall abhängig.

Eine unvollständig erbrachte Leistung kann nicht berechnet werden.

Eine Leistung ist nicht berechnungsfähig, wenn sie Teilleistung einer anderen berechnungsfähigen Leistung oder eines Leistungskomplexes ist. Dies gilt für Gesprächs- und Beratungsleistungen auch dann, wenn das Gespräch mit unterschiedlicher Zielsetzung (Diagnose/Therapie) geführt wird. Erfüllen erbrachte Leistungen die Voraussetzungen zur Berechnung eines Leistungskomplexes, ist der entsprechende Komplex und nicht die einzelne(n) Leistung(en) abzurechnen.

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.

31.2.1 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 Abschnittes 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 § 301 SGB V (OPS-301) 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 Abschnittes [31.2](#) ist nicht gebietspezifisch. 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 gebietspezifisch 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 01612](#), [01620 bis 01623](#), [01710 bis 01721](#), [01770](#), [01772 bis 01775](#), [01780 bis 01787](#), [01790 bis 01793](#), [01800 bis 01813 und 01815](#), [01820 bis 01822](#), [01825 bis 01832](#), [01835 bis 01839](#) und [01850](#), [01950 bis 01952](#), die arztgruppenspezifischen

Ordinations- und Konsultationskomplexe, Leistungen der Kapitel bzw. Abschnitte [31.3](#), [31.4](#), [31.5.2](#), [32](#), [34](#) und [35](#) 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 Punktsumme der Leistung in Höhe von 50 %.

5.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Leistungen können ausschließlich von Fachärzten für Anästhesiologie berechnet werden.
2. Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung können - wenn sie im Wesentlichen anästhesiologische Leistungen erbringen - gemäß § 73 Abs. 1a SGB V auf deren Antrag die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erhalten und Leistungen dieses Kapitels berechnen. Nach Erhalt der Genehmigung können sie Leistungen des Kapitels [3](#) nicht mehr berechnen.
3. Ausser den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß [5](#) und [6.2](#) der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Leistungen berechnungsfähig: Nrn. [01100 bis 01102](#), [01210](#), [01215](#), [01220 bis 01222](#), [01310 bis 01312](#), [01410 bis 01414](#), [01430](#), [01440](#), [01510 bis 01512](#), [01520](#), [01521](#), [01530](#), [01531](#), [01600 bis 01602](#), [01610 bis 01612](#), [01620 bis 01623](#), [01701](#), [01710](#), [01783](#), [01800 bis 01813](#), [01852](#), [01856](#), [01857](#), [01903](#), [01913](#), [01914](#), [01950 bis 01952](#), [02100](#), [02101](#), [02110 bis 02112](#), [02120](#), [02200](#), [02300 bis 02302](#), [02320 bis 02323](#), [02330](#), [02331](#), [02340 bis 02342](#), [02360](#) und [02510 bis 02512](#).
4. Ausser den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß [5](#) und [6.2](#) der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Leistungen berechnungsfähig: Nrn. [30400 bis 30402](#), [30410](#), [30411](#), [30420](#), [30421](#), [30610](#), [30611](#) und [30800](#), Leistungen der Abschnitte [30.1](#), [30.2](#), [30.3](#), [30.5](#), [30.7](#), [31.2](#), [31.3](#), [31.4.2](#), [31.5](#) und [31.6](#) sowie Leistungen der Kapitel [32](#), [33](#) und [35](#).
5. Voraussetzung für die Berechnung von anästhesiologischen Leistungskomplexziffern ist ein im Rahmen der Qualitätssicherung definiertes Narkosemanagement, das die notwendigen fachlichen und personellen Bedingungen (wie z. B. EKG-Monitoring, Ausrüstung zur Reanimations- und Schockbehandlung, Lagerungs- und Ruhemöglichkeiten für die Überwachungszeit) sowie eine entsprechende fachspezifische Dokumentation beinhaltet.
6. Zur Durchführung einer Regionalanästhesie und/oder Vollnarkose sind gemäß eines einheitlichen Qualitätsstandards eine dokumentierte präoperative Untersuchung und Beratung des Patienten zwecks Erfassung und Aufklärung über ein anästhesiologisches Risiko, die dokumentierte Durchführung des gewählten anästhesiologischen Verfahrens und eine dokumentierte **postoperative** Überwachung des Patienten erforderlich.
7. Bei der Berechnung der zusätzlich berechnungsfähigen Leistungen in den Nummern 3 und 4 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die

berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

31.1 Präoperative Untersuchungskomplexe

31.1.1 Präoperative Untersuchungskomplexe

1. Die in diesem Abschnitt genannten Leistungen können nur von:
 - Fachärzten für Allgemeinmedizin,
 - Praktischen Ärzten,
 - Ärzten ohne Gebietsbezeichnung,
 - Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V erklärt haben,
 - Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin

berechnet werden.

31.1.2 Präoperative Untersuchungskomplexe

31010 **Operationsvorbereitung** bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum 12. Lebensjahr

Beschreibung

Operationsvorbereitung für ambulante und belegärztliche Eingriffe **bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern**

Obligater Leistungsinhalt

- Beratung und Erörterung ggf. unter Einbeziehung einer Bezugsperson,
- Überprüfung der Eignung des häuslichen, familiären oder sozialen Umfeldes,
- Aufklärung über Vor- und Nachteile einer ambulanten oder belegärztlichen Operation,
- Ganzkörperstatus,
- Dokumentation und schriftliche Befundmitteilung für den Operateur und/oder Anästhesisten,
- Ärztlicher Brief nach Nr. [01601](#),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Überprüfung der Operationsfähigkeit,
- Laboruntersuchungen nach den Nrn. [32098 bis 32101](#), [32125](#) und/oder [32110 bis 32116](#),

Abrechnungsbestimmung

einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss

Leistungen	Kapitel
am Behandlungstag 01600 , 01601 , 03311 , 03312 , 03320 , 04311 , 04312 , 04320 32	

Bewertung

Gesamt (Punkte)
750

31011 **Operationsvorbereitung** für Eingriffe bei Jugendlichen und Erwachsenen bis zum vollendeten 40. Lebensjahr

Beschreibung

Operationsvorbereitung für ambulante und belegärztliche Eingriffe bei Jugendlichen und Erwachsenen **bis zum vollendeten 40. Lebensjahr**

Obligater Leistungsinhalt

- Beratung und Erörterung,
- Überprüfung der Eignung des häuslichen, familiären oder sozialen Umfeldes,
- Aufklärung über Vor- und Nachteile einer ambulanten oder belegärztlichen Operation,
- Ganzkörperstatus,
- Dokumentation und schriftliche Befundmitteilung für den Operateur und/oder Anästhesisten,
- Ärztlicher Brief nach Nr. [01601](#),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Überprüfung der Operationsfähigkeit,
- Ruhe-EKG,
- Laboruntersuchungen nach den Nrn. [32098 bis 32101](#), [32125](#) und/oder [32110 bis 32116](#),

Abrechnungsbestimmung

einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss

Leistungen	Kapitel
am Behandlungstag 01600 , 01601 , 03311 , 03312 , 03320 , 04311 , 04312 , 04320 32	

Bewertung

Gesamt (Punkte)
750

31012

Operationsvorbereitung bei ambulanten und belegärztlichen Eingriffen bei Patienten **nach Vollendung des 40. Lebensjahres** bis zur Vollendung **des 60. Lebensjahres**

Obligater Leistungsinhalt

- Beratung und Erörterung,
- Überprüfung der Eignung des häuslichen, familiären oder sozialen Umfeldes,
- Aufklärung über Vor- und Nachteile einer ambulanten oder belegärztlichen Operation,
- Ganzkörperstatus,
- Ruhe-EKG,
- Dokumentation und/oder schriftliche Befundmitteilung für den Operateur und/oder Anästhesisten,
- Ärztlicher Brief nach Nr. [01601](#),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Überprüfung der Operationsfähigkeit,
- Laboruntersuchung nach den/der Nrn. [32098 bis 32101](#), [32125](#) und/oder [32110 bis 32116](#),

Abrechnungsbestimmung

einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss

Leistungen Kapitel
am Behandlungstag [01600](#), [01601](#), [03311](#), [03312](#), [03320](#), [04311](#), [04312](#), [04320](#) [32](#)

Bewertung

32125 Präoperative Labordiagnostik

Beschreibung

Bestimmung von **mindestens sechs** der folgenden **Parameter**: Erythrozyten, Leukozyten, Thrombozyten, Hämoglobin, Hämatokrit, Kalium, Glukose im Blut, Kreatinin, Gamma-GT **vor Eingriffen in Narkose oder in rückenmarksnaher Regionalanästhesie** (spinal, peridural)

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in derselben Sitzung	32035 , 32036 , 32037 , 32038 , 32039 , 32047 , 32057 , 32066 , 32067 , 32071 , 32081 , 32120 , 32122 ,	

Bewertung

Kosten (Euro)
1,45

31.4 postoperative Behandlungskomplexe

31.4.1 Präambel

1. Die Leistungen des Abschnittes [31.4.2](#) können vom Operateur oder auf Überweisung des Operateurs, mit Angabe der Nummer der Leistung für die **postoperative** Behandlung, vom weiterbehandelnden Vertragsarzt nach ambulanter Durchführung eines Eingriffs des Abschnittes [31.2](#) berechnet werden. Die Abrechnung der Leistung hat, unabhängig vom Datum der tatsächlichen Leistungserbringung, am ersten postoperativen Tag zu erfolgen.
2. Bei der Berechnung der Leistungen dieses Abschnittes nach kurativ-stationären (belegärztlichen) Behandlungsfall erfolgt ein Abschlag von der Punktsomme in Höhe von 65 %.
3. In einem Zeitraum von 21 Tagen, beginnend mit dem Operationstag, kann nur einmalig ein Behandlungskomplex des Abschnittes [31.4](#) abgerechnet werden oder eine Überweisung zur Weiterbehandlung durch einen anderen Vertragsarzt erfolgen.
4. Haben an der Erbringung einer Leistung des Abschnittes [31.4](#) mehrere Ärzte mitgewirkt, so hat der die Leistung 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.
5. Nach einem Simultaneingriff erfolgt die Abrechnung des Nachbehandlungskomplexes entsprechend dem höchstwertigsten Eingriff.

31.3 Postoperative Überwachungskomplexe nach ambulanter Erbringung der Leistungen des Abschnittes 31.2

31.3.1 Präambel

1. Haben an der Erbringung der Leistungen des Abschnitts 31.2, die nachfolgend eine Überwachung nach den Leistungen des Abschnitts [31.3](#) erforderlich machen oder an der Überwachung selbst mehrere Ärzte mitgewirkt, hat der die Leistungen 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 Leistungen abrechnet.
2. Neben den in diesem Abschnitt genannten Leistungen können die Leistungen nach den Nrn. [01510 bis 01512](#), [01520](#), [01521](#), [01530](#) und [01531](#), [01857](#), [01914](#), [02100](#), [02120](#), [02323](#), [04333](#), [32247](#) und [34502](#) nicht abgerechnet werden.
3. Die Leistungen dieses Abschnitts sind nur einmalig im unmittelbaren Anschluss an die ambulante Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 abrechenbar.

05350 Beobachtung und Betreuung

Beschreibung

Beobachtung und Betreuung eines Pati