Abrechnung von Leistungen/Begleitleistungen nach § 115b SGB V mit der Pseudo-GOP 88115

Ambulantes Operieren und sonstige stationsersetzende Eingriffe (AOP-Vertrag) sowie Begleitleistungen

Alle **Leistungen des ambulanten Operierens und stationsersetzender Eingriffe** sowie die **im direkten Zusammenhang** damit stehenden sogenannten **Begleitleistungen** nach dem Vertrag zu § 115b SGB V werden immer zu 100 Prozent vergütet. Dies betrifft außer den **ambulanten Operationen** auch beispielhaft Leistungen im Bereich **Herzkatheter oder Zystoskopien** und die kurative **Koloskopie**.

Zur Umsetzung dieser besonderen Vergütung ist es notwendig, dass in der Regel bei Abrechnung von **intraoperativen** Leistungen nach §115b SGB V sowie der in direktem Zusammenhang damit stehenden Begleitleistungen ein gesonderter **(duplizierter) Schein** mit Angabe der **Pseudo-GOP 88115** angelegt wird. Zusätzlich muss bei der ersten auf diesem Schein angegebenen Gebührenordnungsposition der **Prozedurenschlüssel (OPS)** der zugrunde liegenden §115b-Leistung (von Operateur, Urologe, Kardiologe, Gastroenterologe übernehmen) in das KVDT-Feld 5035 eingetragen werden.

Ein Eingriff nach § 115b SGB V liegt vor, sofern er die Voraussetzungen aus Abschnitt 1, 2 oder 3 des AOP-Kataloges erfüllt:

- Abschnitt 1 beinhaltet ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationsersetzende Eingriffe gem. § 115b SGB V, die im **EBM in Anhang 2** zu Kapitel 31 (Zuordnung der operativen Prozeduren nach § 295 SGB V (OPS)) enthalten sind.
- Abschnitt 2 beinhaltet ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationsersetzende Eingriffe gem. § 115b SGB V, die im EBM **außerhalb des Anhanges 2** zu Kapitel 31 (Zuordnung der operativen Prozeduren nach § 295 SGB V (OPS)) aufgeführt sind (zum Beispiel: 13400 + 13410/13411).
- Abschnitt 3 enthält ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationsersetzende Leistungen gem. § 115b SGB V **ohne OPS-Zuordnung**; d. h. hier werden ausschließlich EBM-Leistungen aufgeführt.

Grundsätzliche Voraussetzung für die Abrechnung von Begleitleistungen nach dem Vertrag zu § 115b SGB V ist die Durchführung einer entsprechenden Leistung aus dem AOP-Katalog. Damit im Zusammenhang stehende präoperative Leistungen **sind vom Operateur und/oder Zuweiser ab dem Zeitpunkt abrechenbar, ab dem die Indikation für den Eingriff gestellt wurde und der Patient zugestimmt hat**. Die KVBW bittet Erbringer der Leistungen nach dem o. g. AOP-Katalog, den hinzugezogenen Kollegen, insbesondere auch der Fachgruppen Radiologie und Pathologie, die **Prozedurenschlüssel (OPS)** des geplanten bzw. durchgeführten Eingriffes z. B. **auf der Überweisung** zur (postoperativen) Weiterbehandlung (welche ebenso als Begleitleistung abzurechnen ist) **mitzuteilen**. Nur durch Anlegen eines gesonderten Scheines sowie Angabe der Pseudo-GOP 88115 und des OPS ist es der KVBW möglich, §115b-Begleitleistungen herauszufiltern und gesondert zu vergüten.

Unter **Begleitleistungen** sind die **Leistungen aller Ärzte** zu verstehen, die mit der Durchführung einer originären §115b-Leistung im direkten Zusammenhang stehen, also z. B. die allgemeinärztliche Untersuchung und Labordiagnostik vor einer indizierten und abgestimmten ambulanten OP (siehe oben), oder eine orthopädisch-unfallchirurgische Untersuchung mit entsprechender Röntgendiagnostik oder Sonographie bei vorliegender OP-Indikation, auch wenn die Operation bei einem **anderen Arzt** durchgeführt wird.

Für Operateure, Anästhesisten, Hausärzte, Kinderärzte und Fachärzte ist es nicht erforderlich, den Abrechnungsschein zu duplizieren, wenn **ausschließlich** Leistungen im Zusammenhang mit § 115b SGB V erbracht werden. Hier ist die Kennzeichnung mit der Pseudo-GOP 88115 ausreichend sowie die Angabe des OPS direkt hinter der EBM-Leistung.

Hinweis:

- Es können ausschließlich solche Leistungen als Einzelleistung vergütet werden, zu denen alle geforderten Angaben gemacht wurden.
- Der OPS-Code muss direkt hinter der EBM-Leistung stehen.

Beispiele:

Abrechnung Hausarzt, auf Überweisung von Operateur zur Weiterbehandlung

Versichertenpauschale und Sonographie als Begleitleistung
Patient war im Quartal noch nicht in Behandlung beim Hausarzt

OPS-Code in KVDT-Feld 5035	Leistungsinhalt	Leistungsziffer nach § 115b	Abrechnung Hausarzt
5-530.31	Leistenhernien-OP laparoskopisch	31163 31455	03004 33081 88115

Abrechnung konservativ tätiger Orthopäde bei notwendiger Knie-OP

Indikationsstellung zur OP und Weiterbehandlung nach 21 Tagen nach OP
Grundpauschale, Röntgen und orthop. Zusatzpauschale als Begleitleistung
Drei Arzt-Patientenkontakte zum selben Krankheitsbild; OPS nach der Operation beim Operateur erfragen

OPS-Code in KVDT-Feld 5035	Leistungsinhalt	Leistungsziffer nach § 115b	Abrechnung Orthopäde
5-812.eh	Arthroskopische OP am Gelenkknorpel und den Menisken mit Knorpelglättung	31142 31453	18211 34233 88115 Nachbeh.: Ggf.18311 34233

Abrechnung konservativ tätiger Augenarzt: postoperativer Behandlungskomplex

Patient war im Quartal noch nicht in Behandlung. Grundpauschale als Begleitleistung. Bei postoperativer Behandlung durch den nicht operierenden Facharzt ist eine Überweisung des Operateurs notwendig.

OPS-Code in KVDT-Feld 5035	Leistungsinhalt	Leistungsziffer nach § 115b	Abrechnung Augenarzt
5-144.5a	Katarakt-OP	31351	06212 31718 88115

Abrechnung Hausarzt: postoperativer Behandlungskomplex

Patient war im Quartal noch nicht in Behandlung. Versichertenpauschale als Begleitleistung.
Bei postoperativer Behandlung durch den Hausarzt ist eine Überweisung des Operateurs notwendig.

OPS-Code in KVDT-Feld 5035	Leistungsinhalt	Leistungsziffer nach § 115b	Abrechnung Hausarzt
5-795.hc	Offene Reposition einer Fraktur an den Phalangen der Hand ohne Osteosynthese	31132	03004 31600 88115

Abrechnung Hausarzt/Kinderarzt, auf Überweisung von Operateur zur Vorbereitung für eine Narkose:

Patient war im Quartal schon in Behandlung beim Hausarzt.
Überweisungsschein wird angelegt und zusätzlich die GOP 01436 EBM als Begleitleistung abgerechnet.

OPS-Code in KVDT-Feld 5035	Leistungsinhalt	Leistungsziffer nach § 115b	Abrechnung Hausarzt
5-285.0	Adenotomie (Primäreingriff)	31231	01436 31010-31013 (= Prä-OP) 88115

Abrechnung des Anästhesisten: Arthroskopie des Schultergelenks

Patient war im Quartal noch nicht in Behandlung. Kein Duplizieren des Abrechnungsscheins erforderlich.

OPS-Code in KVDT-Feld 5035	**Leistungsinhalt**	**Leistungsziffer nach § 115b**	**Abrechnung Anästhesist**
1-697.1	Diagnostische Arthroskopie: Schultergelenk	31142	05211 05230 05310 88115 evtl. 31503 31822

Abrechnung des den Eingriff durchführenden Orthopäden/Chirurgen: Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation des Schultergelenks, Röntgen als Begleitleistung

Patient war im Quartal bereits beim Orthopäden/Chirurgen. Behandlungsschein wird dupliziert.

OPS-Code in KVDT-Feld 5035	**Leistungsinhalt**	**Leistungsziffer nach § 115b**	Abrechnung Orthopäde/ Chirurg
8-201.0	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese: Humeroglenoidalgelenk	31914	31914 34231 34281 88115

Abrechnung des den Eingriff durchführenden Orthopäden/Chirurgen: Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation Schultergelenk. Röntgen und Grundpauschale als Begleitleistung

Patient war im Quartal noch nicht in Behandlung. Behandlungsschein muss nicht dupliziert werden.

OPS-Code in KVDT-Feld 5035	**Leistungsinhalt**	**Leistungsziffer nach § 115b**	Abrechnung Orthopäde/ Chirurg
8-201.0	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese: Humeroglenoidalgelenk	31914	Grundpauschale, 31914 34231 34281 88115

Abrechnung des Urologen Zystoskopie:

Patient war im Quartal bereits in Behandlung beim Urologen. Behandlungsschein wird dupliziert.

OPS-Code in KVDT-Feld 5035	**Leistungsinhalt**	**Leistungsziffer nach § 115b**	**Abrechnung Urologe**
1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie Mann	26310	26310, 88115

Abrechnung HNO-Arzt beidseitige Paukendrainage in Sedierung:

Patient war im Quartal bereits in Behandlung beim HNO-Arzt. Behandlungsschein wird dupliziert.

OPS-Code in KVDT-Feld 5035	**Leistungsinhalt**	**Leistungsziffer nach § 115b**	Abrechnung HNO-Arzt
5-200.5B	Parazentese [Myringotomie]: Mit Einlegen einer Paukendrainage beidseits	09351x2	09351x2, 88115

Häufig gestellte Fragen:

Woher weiß die Praxis, dass es sich um eine §115b-Leistungen handelt?
Der Operateur kennt i. d. R. die genaue Definition. Sie ist den Abschnitten 1 bis 3 zum Anhang 1 des sog. AOP-Vertrages zu entnehmen.

Was passiert, wenn die Pseudo-GOP 88115 und OPS nicht angegeben werden?
Es erfolgt keine extrabudgetäre Vergütung der Begleitleistungen.

Wo finde ich diesen Katalog zum AOP-Vertrag?
https://www.kbv.de/documents/infothek/rechtsquellen/weitere-vertraege/praxen/ambulantes-operieren/aop-vertrag-anlage-1.pdf

Ist es für Operateure ausreichend, die 88115 auf dem angelegten Abrechnungsschein abzurechnen, wenn ausschließlich Leistungen i. Z. mit § 115b SGB V erbracht wurden?
Ja, wenn sich der Patient nur wegen der OP vorstellt und keine anderen Behandlungskontakte stattgefunden haben, ist es nicht nötig, einen duplizierten Schein anzulegen, jedoch ist die Angabe des OPS auf dem Originalschein erforderlich.

Patient kommt zuerst zur §115b-Inanspruchnahme. Im weiteren Verlauf kommt der Patient erneut. Bei diesem Kontakt werden keine Leistungen im Zusammenhang mit § 115b SGB V erbracht.
Es ist ein als § 115b gekennzeichneter Schein (88115) anzulegen. Der OPS ist hinter der ersten abgerechneten Leistung anzugeben. Für die nicht im Zusammenhang mit § 115b SG V stehenden Leistungen ist ein gesonderter Schein anzulegen.

Ab welchem Zeitpunkt können präoperative (Begleit-)Leistungen nach § 115b abgerechnet werden?
Ab dem Zeitpunkt, ab welchem die Indikation zum Eingriff gestellt wurde und der Patient zugestimmt hat.

Wie ist die Pseudo-GOP 88115 einzutragen?
Wie jede andere Gebührenposition im Leistungsfeld.

Ist für die besondere Vergütung bei Kennzeichnung mit 88115 die Angabe des OPS zwingend erforderlich?
Ja.

Muss der OPS-Code zur 88115 oder zur EBM-Leistung eingetragen werden?
Der OPS-Code steht im Falle von Begleitleistungen bei der ersten angegebenen Gebührenposition. Bei Operationen jeweils bei der OP-Leistung.

Wie ist bei quartalsübergreifenden Fällen zu verfahren (Indikation im Vorquartal/Operation erst im Folgequartal)?
Sowohl die Behandlung im Vorquartal (frühestens ab Quartal 1/2014) als auch die Behandlung für das laufende Quartal können mit 88115 und OPS-Angabe gekennzeichnet werden.

Werden die Ambulantisierungszuschläge automatisch durch die KV zugesetzt?
Nein, diese müssen aktiv vom Operateur in Ansatz gebracht werden.

Ansprechpartner:

Abrechnungsberatung, Telefon **0711 7875-3397** oder E-Mail an *abrechnungsberatung@kvbawue.de*