



Fragen ?

Allgemeine Bestimmungen

- Bitte um Erklärung des Pkt. A. 4.2. „Akutaufnahmen“
- Mehrfachoperationsgruppenregelung
Pkt. B. 2.4.3. - % fehlen?

Allgemeine Bestimmungen

Konsilien

- Lupenlaryngoskopien, Nasenendoskopien und Urethroskopien sind nicht mehr explizit unter Punkt 4.2. angeführt. Dürfen diese weiterhin als „Konsilien mit invasiver Sonderleistung“ angesehen werden?

NEIN, wenn konsiliariter durchgeführt ist ein normales Konsil verrechenbar, wenn als Hauptbehandler, kommt konservatives Honorar zum Tragen

- A.10.5. Internistisches Konsilium + interner Hauptbehandler: Wann ist hier ein Konsilium mit invasiver Sonderleistung verrechenbar? Nur bei Gastroskopien – bei Coloskopien, TEEs nicht?

Ein Konsilium mit invasiver Sonderleistung ist nur aus der gastroenterologischen Endoskopie, also Gastroskopie und Coloskopie verrechenbar und nur dann, wenn an der internen Abteilung, wo Pat. liegt, diese Untersuchungen nicht gemacht werden und keine gastroenterologische Diagnose zur Aufnahme geführt hat- für alle anderen Fälle ist ein normales Konsilium für ein internes Konsilium bei internem Hauptbehandler eines anderen Additivfaches verrechenbar

Allgemeine Bestimmungen

Konsilien

- Punkt 10.5. letzter Satz „dieser Betrag gilt auch für Konsilien gemäß B.4.2.“ ist unklar.
zB: Patient liegt wegen Niereninsuffizienz auf der Nephrologie / Interne, der Gastroenterologe / Additivfach Interne führt eine Gastroskopie durch → darf ein Konsilium mit invasiver Sonderleistung verrechnet werden?

Siehe oben

Allgemeine Bestimmungen

- Pkt. B. 2.1.2. konservative / operative Abrechnung
wie viele Tage?
auch bei OP-Gruppe IV?

Es zählt der Behandlungsschwerpunkt, aber länger dauernd gilt sicher nicht für kurze Aufenthaltsdauern, die durch den alleinigen operativen Eingriff bedingt sind. Nur bis OP Gruppe III gültig.

- Sind Patienten, die zur Chemotherapie aufgenommen werden, bei denen die Behandlung aber wegen des schlechten Allgemeinzustandes und/oder des Blutbildes nicht durchgeführt werden kann, als konservativer Fall oder nach dem mehrzeitigen Behandlungskonzept bei Chemotherapien abzurechnen?

Mehrzeitiges Behandlungskonzept bei Chemotherapien gilt nur für die Verabreichung der Chemotherapien. Wenn aus irgendeinem Grund die Chemotherapie nicht möglich wird oder sich durch Komplikationen danach, der Aufenthalt verlängert, wird daraus, für den gesamten Aufenthalt, ein konservativer Abrechnungsfall

Allgemeine Bestimmungen

- B. 2.4.3 bei mehrzeitigem Vorgehen in identen Regionen
Bitte um genaue Definition, wie dieser Punkt interpretiert werden muss.

Die getrennten Regionen sind definiert und mehrzeitig heißt entweder bei einem Aufenthalt ein nochmaliger Eingriff im selben OP Gebiet oder bei geplanten Wiederaufnahmen ein Eingriff im OP Gebiet des Voraufenthaltes.

Anästhesie + ITV

- Anästhesie 7.3. + 7.6.2. bitte nähere Erläuterung

Pkt.7.3:Für einen durchgehenden Anästhesiezeitraum sind 32 % des gesamt verrechenbaren OP-Honorars als Anästhesiehonorar zu vergüten , unabhängig von der Art der Anästhesie und ev. kombinierten Verfahren

(mit Ausnahme LA)

Pkt. 7.6.2:Werden bei einem Aufenthalt mehrere zeitlich voneinander getrennte Operationen mit Anästhesieleistungen gemacht und werden vom Anästhesisten keine Leistungen aus dem OP Gruppenschema erbracht so sind zweimal die 32% des gesamt verrechenbaren OP Honorars verrechenbar.

Anästhesie + ITV

- 7.6 Verrechenbarkeit mehrerer Leistungen
bitte eine genaue Definition wie dieser Punkt (7.6.1, 7.6.2. 7.6.3) interpretiert werden muss.

wird in Folie 15 und 16 beantwortet

- 7.3 Vollnarkose, Reg.....
wie ist dieser Punkt zu verstehen (Beispiel)?
können hier die unter dem OP-Katalog V angeführten OP-Gruppen zusätzlich verrechnet werden (Epidural + komb. Spinal) - unter welche Position fällt die Femoralisblockade?

Für Narkose sind 32% des verrechenbaren OP Honorars verrechenbar, egal in welcher Narkoseart, Leistungen aus dem OP Katalog sind für schmerztherapeutische Eingriffe zusätzlich zu 50% verrechenbar, wenn nur eine Narkoseleistung zum Tragen kommt.

Anästhesie + ITV

- Kann eine LA auch vom Anästhesisten verrechnet werden? Ist bei Pkt. 7 Anästhesie nicht mehr angeführt.

Wenn er als Operateur tätig wird ja (siehe Punkt C.15.), sonst nicht

- Leistungen durch den Anästhesisten:
zB Anästhesiehonorar von OP-Gr. VIII + IV sowie 2 Leistungen aus dem OP-Katalog (z.B. Herzkatheter und Schmerztherapie od. ZVK) zusätzlich
Sind in so einem Fall alle 4 Leistungen verrechenbar?

Nein, es werden das Anästhesiehonorar von OP Gruppe VIII+ IV als eine Leistung gesehen, also 32% von dem verrechenbaren OP Honorar und zusätzlich kann 50% OP Honorar für eine Leistung aus dem OP Katalog verrechnet werden, wobei die höhere Leistung (in diesem Fall die AN-Leistung der OP Gruppen VIII+IV) zu 100% und die zweite zu 50%

Anästhesie + ITV

- Punkt 7.6.3.- ist der Text so zu verstehen, dass für FÄ f. Anästhesiologie und Intensivmedizin 2 Leistungen aus dem Anästhesiebereich verrechnet werden dürfen und zusätzlich 2 Leistungen aus dem OP-Schema?

Nein - siehe oben

- Pkt. B 7.6.1 „ ...durchgehender Anästhesiezeitraum 1 Leistung ...“
Ist da gemeint, z.B. Verrechnung v. Op.Gr.V
+ Op.Gr.II x 0,5
Narkose wäre dann nur 32 % von Op.Gr. V????

Nein

Jedoch kann lt. Pkt.7.1. 32 % des gesamten verrechenbaren OP-Honorares verrechnet werden.

Wäre dann in diesem Fall 32 % von Op.Gr.V + 32 % von Op.Gr.II x 0,5 ?

Richtig

Anästhesie + ITV

- Pkt. B 7.6.2 Leistungen gem. B.7.1 und/oder B.7.2 und/oder B.7.4 – max. 2 Leistungen (z.B. Op.Gr.V + Op.Gr.III x 0,8 sowie CT in Narkose, MR in Narkose)
Ist dann 32 % von Op. Gr. V + 32 % von Op. Gr. III x 0,8 verrechenbar?
Kann für CT und MR dann noch eine Narkose verrechnet werden?

Wenn OP Gruppe V zeitlich getrennt von OP Gruppe III und keine Leistungen des Anästhesisten aus dem OP Schema erbracht werden - 2 x 32%

Wenn OP Gruppe V+III/80% in einem Anästhesiezeitraum und CT/MR in Narkose zeitlich getrennt- 32% von OP Honorar V+III/80% und 32% von OP Gruppe II für CT/MR in Narkose so keine Leistungen des Anästhesisten aus dem OP Schema erbracht werden

- Anästhesie B. 7.6.2. + 7.6.3.
Anästhesie + Schmerzdienst?

Welcher Schmerzdienst ist gemeint – wenn aus OP Schema, dann wurde die Konstellation bereits oben erklärt;

Wenn keine Anästhesieleistung verrechnet, gibt es die Möglichkeit Konsilien zu verrechnen

Anästhesie + ITV

- Pkt. B 7.6.3
Leistungen gem. B.7.1 bis B.7.4 und
Leistungen aus OP-Schema
Ist da gemeint, dass zusätzlich zum Narkosehonorar noch 2 weitere
Leistungen aus dem OP-Katalog – zB 2 Schmerztherapeutische Eingriffe
- verrechnet werden können (1. zu 100 % und 2. zu 50 %)?

Wurde bereits beantwortet

- Pkt. B 7.6 Genaue Erläuterung + Fallbeispiele erbeten!
Sind 3 Anästhesien verrechenbar, wenn 3 Operateure verschiedener
Fachrichtungen zu 3 unterschiedlichen Zeitpunkten bzw. Erkrankungen
operieren? OP-Honorar wäre verrechenbar und bei Anästhesie dann nur 2
Leistungen?

Richtig, in diesem Fall sind 2 x 32% (aber von ev. 4 OP Gruppen, bei
polytraumatisierten Patienten, je nachdem, wieviele OP Gruppen der
Operateur verrechnen kann) verrechenbar.

Anästhesie + ITV

- B. 8.4.

Können zum konservativen Honorar der Überwachungseinheit (bei uns Aufwachstation) auch noch Anästhesieleistungen (gem. B. 7.1. – 7.4.) verrechnet werden?

Nur wenn dabei mehrere Fachrichtungen betroffen sind, dann gelten die Regelungen für interdisziplinäre Behandlungen

- Ist das noch gleich geblieben, dass bei einer Verlegung nach der Operation auf die Anästhesie-Überwachung nur die Operation verrechnet werden kann?

Ja, da die postoperative Betreuung mit dem OP Honorar abgegolten ist.

Anästhesie + ITV

- B. 8.1.
Kann zum Intensivhonorar zusätzlich eine OP-Gr. verrechnet werden für den selben Hauptbehandler (z.B. Coronarangiographie – OP + Intensivhonorar für den Internisten)?

Operative Eingriffe auf der Intensivstation durch dasselbe Fachgebiet sind mit dem Intensivhonorar abgegolten, aber bei Operationen durch ein anderes Fachgebiet mit Anästhesie, und anschließende Verlegung auf Intensiv ist zusätzlich zu Anästhesiehonorar das Intensivhonorar zu verrechnen, allerdings nur durch den Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin.

- 8.1 ... von mehr als 20 Stunden....
wie ist dies zu verstehen?

z.B. Verlegung auf Intensivstation um 12 Uhr mittags , Pat. bleibt bis 9 Uhr am nächsten Morgen = 21 Stunden

Anästhesie + ITV

- Zu 7.6.1. Was ist mit einem durchgehenden Anästhesiezeitraum gemeint ? Der Zeitpunkt z.B. vom Beginn einer Narkose bis zum Ende?

Richtig

- Zu 7.6.2. Heißt das, man kann maximal bei einem Aufenthalt z. B. 2 Narkosen verrechnen (mit jeweils 32%) und Leistungen aus dem Op-Katalog zusätzlich extra?

Entweder sind 2x Narkoseleistungen (bei 2 zeitlich getrennten Eingriffen)

zu je 32% verrechenbar oder 1x Narkoseleistung zu 32% (wobei diese an die verrechenbaren OP Gruppen gekoppelt ist) und 50% eines OP Honorars , wenn der Anästhesist selbst einen Eingriff aus dem OP Schema durchführt

Anästhesie + ITV

- Zu 7.6.3. zB: KTEP Operation zweizeitig. 1.Op.: Narkose (32%) und Plexuskatheter zu 50% Op.Gr.2 verrechenbar. Nach 4 Tagen Operation des 2. Knies: Wieder Narkose zu 32% zu verrechnen und neuerlich Plexuskatheter zu 50% oder der 2. Plexuskatheter nicht mehr ? (Es steht hier max. 2 Leistungen verrechenbar, bezieht sich das nur auf 1 Op. oder auf mehrere Op.?)

Bezieht sich auf alle Operationen eines Aufenthaltes, also in diesem Fall 2 x 32% des Narkosehonorars (allerdings für ev. 4 OP Gruppen, bei polytraumatisierten Patienten, je nachdem, wie viele vom Chirurgen verrechnet werden können) oder 1x 32% Narkosehonorar (ev. von 2 OP Gruppen) und 50% des OP Honorars für den Plexuskatheter, je nachdem, welche Leistung höher ist.

- Einzeitige bds. KTEP. Narkose ist klar. Kann man hier nur 1 Plexuskatheter zu 50 % verrechnen , oder auch einen 2. , da ja an beiden Beinen ein Katheter gelegt wird?

Eine zusätzliche Leistung aus dem OP Schema ist zu 50% möglich, also 1x Plexuskatheter zu 50% zusätzlich zum Narkosehonorar.

Anästhesie + ITV

- Zu 7.2. Anästhesieleistungen, die nicht im Op- Schema enthalten sind
Dazu gehört z.B. die Programmierung einer i.v. PCA Pumpe zur postoperative Schmerztherapie und regelmäßige Visitierung der Patienten? 32% der OP. Gruppe 2 müsste man also unter diesem Titel z.B. neben einer Narkose verrechnen können?

Sollten keine Anästhesieleistungen erbracht worden sein, können vom Anästhesisten Konsilien verrechnet werden, ansonsten kommt Pkt. 7.6.3. zu Anwendung (Anästhesiehonorar und 50% OP Honorar, wenn schmerztherapeutischer Eingriff aus dem OP Schema)

- Zu OP Schema:
B 305 Kathetereinbringung in eine Arterie - also z.B. zur HZV Messung oder arteriellen Blutdruckmessung - ist das so gemeint?

Richtig

Sonderregelungen

Augen

- Cataract-OP: Sind Cat-OP und OP-Gr. VIII gemeinsam verrechenbar? → lt. Pkt. C 1.2 schon, aber lt. Pkt. C 1.3 nicht!!!

Bei Zusammentreffen von Cat-OP und OP Gruppen aus dem OP Gruppenschema kommt die Mehrfachoperationsgruppenregel zur Anwendung und die Abrechnung erfolgt als operativer Fall. Wenn nur eine Cat-OP erfolgt, gilt der Pauschalbetrag als Honorar für alle ärztlichen Leistungen mit Ausnahme der Anästhesie und kann bei Operation an beiden Augen in einem Aufenthalt zu 180% verrechnet werden, bei alleinigen Cat-OP in zwei Aufenthalten 2x zu 100% verrechnet werden.

- Können Cat-OP und Intravitreale Injektion während eines Aufenthaltes gemeinsam verrechnet werden? → IVOM lt. Pkt. C 2.5 als konservatives Honorar zu behandeln?

Nein, da IVOM als konservatives Honorar gilt und Cat-Honorar eine Pauschale ist.

- C1.1.2 Anästhesiehonorar...
wenn bei Cataract Stand by .. Anästhesiehonorar oder Konsil?

Sofern sonst keine Leistungen durch den Facharzt für Anästhesie verrechnet werden ist ein Konsil für stand by verrechenbar (siehe Pkt 7.7.)

Sonderregelungen

Augen

- IVOM C.2.3.
was kann bei Überschreitung des Honorarlimits verrechnet werden?

Innerhalb eines Jahres kann nur der Maximalbetrag verrechnet werden, danach honorarseitig keine Verrechnung möglich, hausseitig 1 Tag

- IVOM “Sonderklassestatus“ – genaue Erklärung

Aufnahme auf der Sonderklasse , auch wenn honorarseitig das Jahreslimit erfüllt ist

- Intravitreale Injektion bds. (Kriterien jeweils erfüllt) + zusätzlich OP-Gr. V: Sind alle 3 Leistungen verrechenbar? Vgl. Pkt. C 2.5.

Nein, da IVOM als konservatives Honorar gilt ist in diesem Fall

OP Gruppe V und operativ abzurechnen (Verrechnung von konservativem und operativem Honorar durch denselben Hauptbehandler nicht möglich)

Sonderregelungen

Augen

- PDT: gibt es im Vertrag nicht mehr?
wie wird eine PDT abgerechnet?

Gilt als ambulantes Verfahren und ist durch stationäre Tarife nicht gedeckt.

Sonderregelungen

Augen

- Pkt. C.3. Behandlungen bei Kapseltrübungen am Auge:
Wie viele Tage Anstaltsgebühr können verrechnet werden?

Wird noch mit den Trägern verhandelt, derzeit 1 Tag

- C.3.2. + C.3.3. bitte nähere Erläuterung

Mit dem Honorar der OP Gruppe sind alle Honorare abgegolten, es kann nur noch 1 Tag Haussatz und Boni dazuverrechnet werden.

Die Transfer-, Wiederaufnahme- und interdisziplinären Regelungen gelangen zur Anwendung, wobei aber der Pauschalbetrag der OP Gruppe II jedenfalls voll gezahlt wird.

- YAG-Laser:
Tagesklinik? welcher Faktor für Anstaltsgebühr ?

Wird noch mit den Trägern verhandelt

Sonderregelungen

Augen

- Abrechnung von Laserbehandlungen – Punkt C 3 ist nur für bestimmte Laserbehandlungen anwendbar.
Wie können **andere Laserbehandlungen** verrechnet werden? (vgl. Schreiben „Differenzen bei der Abrechnung von Laserbehandlungen“ vom 13.12.10 – „... bezahlt werden für unkomplizierte Laserbehandlungen 1-Tagesaufenthalte ...“)
Aufenthaltsdauer? (Keine Laserbehandlungen der OP-Gr. V in der Anlage 3)

Punkt C 3 betrifft die Nachstarlaserungen, alle anderen Laserbehandlungen werden wie bisher gehandhabt.

Sonderregelungen

Infiltrationen

- C.11: Infiltrationsbehandlungen unter Anwendung bildgebender Verfahren:
Patient liegt auf Ortho - Infiltrationsbehandlung durch Anästhesisten, ev. auch Laboruntersuchung:
Verrechnung z.B. nur Op.Gr.II V 203?
Oder ist zusätzlich konservative Behandlung für Ortho und Laborpauschale verrechenbar?

Wenn Aufnahme zur epiduralen und spinalen Single shot Applikation sind mit dem Honorar der OP Gruppe II alle ärztlichen Leistungen abgegolten.

Wenn Aufnahme zur konservativen Schmerztherapie, welche meist länger dauert und in diesem eine Infiltration durch den Anästhesisten erfolgt, so kommt Pkt. C 11.5 zur Anwendung .

- Pkt. 11.5. kann der Radiologe zusätzlich zur Infiltration die CT verrechnen?

Nein

Sonderregelungen

- LA durch Operateur:

Kann eine LA auch zusätzlich zu einem Konsilium mit invasiver Sonderleistung verrechnet werden oder besteht diese Möglichkeit nur bei Abrechnung von OP-Gruppen?

Da die Konsilien mit invasiver Sonderleistung taxativ aufgezählt sind und überwiegend endoskopischer Natur sind, kann keine LA verrechnet werden, da sich LA als lokale Umspritzung verstehen und Tropf-, und Sprayanästhesien sowie Einlage getränkter Wattebäusche nicht als LA im Sinne der Vereinbarung gelten(siehe C 15)

OP- Katalog

- Frage von unserem Orthopäden:
Welche Pos. Nr. kann für eine arthroskopische Meniskusoperation verrechnet werden?
D 529 (es steht nicht arthroskopisch dabei)?

Das OP Schema 2006 Vers. 3.0 versucht, Zugänge nicht zu bewerten, daher für Meniskusoperation OP Gruppe D 529 , egal ob offen oder arthroskopisch operiert wird

- OP-Schema: Wie wird die Venenentnahme für Bypass, Interponat, Patch jetzt abgerechnet
(GC 306)?

Entweder X 308 (Entnahme von Transplantationsmaterial außerhalb des OP Bereiches) oder B 401 für die Entnahme der Art. mammaria int.

AGR

- Anlage II 2. AG/R ..
gilt dies auch für die Anstaltsgebühr?

wird noch mit den Trägern verhandelt

- Passus Remo/Palliativ – wenn 21 Tage erschöpft sind + Pat. wünscht
Weiterbehandlung auf SKL???
- handelt sich auch um Gebühr?

Weiterbehandlung auf der Sonderklasse ist auch nach den 21 Tagen zu
gewährleisten (siehe Punkt 3 Anlage II)

- Anlage II
21 Tage gilt dies auch für die Anstaltsgebühr oder 28 Tage – da noch keine
neue Vereinbarung mit den Trägern?

AGR

- Ist es richtig, dass bei direkter Aufnahme des Patienten die Honorarvereinbarung Anlage I zu verwenden ist?
zB: Patient liegt 10 Tage auf Palliativeinheit
Konservatives Honorar: Euro 996,39 (952,56) für 10 Tage
Oder muss das konservative Honorar mit Euro 40,-- pro Tag bemessen werden?

Richtig ist die Abrechnung nach der Honorarvereinbarung Anlage I, allerdings bei Transferfällen sind pro Tag 40 EUR für alle Leistungen (auch Konsilien und technische Fächer) vorgesehen.

Stationäre SonderVB

- Anlage III
Gültigkeit? noch keine neue Konsenserklärung!
wie erfolgt die Abrechnung?

Bis zu einer Vereinbarung mit den Trägern gilt noch die alte Vereinbarung mit dem alten OP-Katalog.

Schlichtungsstellenentscheidungen

- Bronchoskopie mit PE:

zB: Der Patient liegt auf der Lungenabteilung. Hier wird eine diagnostische Bronchoskopie in Analgesie durchgeführt . Die Leistungen hat der Hauptbehandler durchgeführt

→darf man das konservative Honorar **UND** die Lokalanästhesie durch Operateur in Rechnung stellen?

Da sich Lokalanästhesien als lokale Umspritzung verstehen und Tropf-, und Sprayanästhesien sowie Einlage getränkter Wattebäusche nicht als LA im Sinne der Vereinbarung gelten(siehe C 15) kann bei einer Bronchoskopie keine LA zur Verrechnung gelangen