

FAQ Beendigung Katarakt-Vereinbarung

Katarakt-Operation

Abrechnung nach EBM

Die für die Katarakt-Operationen zutreffenden Gebührenordnungspositionen sind im Anhang 2 des EBM bei dem für den Eingriff zutreffenden OPS-Kode aufgeführt (in Abschnitt 2.7 - Operationen an den Augen). Hier finden sich auch die Gebührenordnungspositionen für die im Zusammenhang mit den Operationen berechnungsfähigen Überwachungskomplexe, postoperativen Behandlungskomplexe sowie die zugeordneten Narkoseleistungen.

Beispiel (Auszug aus dem Anhang 2 des EBM)

OPS 2025	Seite	Bezeichnung OPS 2025	Kategorie	OP-Leistung (amb./belegärztl.)	Überwachung (amb./belegärztl.)	Nachbehandlung Überweisung	Nachbehandlung Operateur	Narkose
5-144.5a	↔	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	X2	31351 / 36351	31503 / 36503	31718	31719	31841 / 36841

Für die vorgenannte ambulante Katarakt-OP kann somit die GOP 31351 (Intraocularer Eingriff der Kategorie X2 – 3.754 Punkte / 465,25 €) abgerechnet werden.

Notwendige Angaben bei der Abrechnung

Bei der Abrechnung der OP ist der **zutreffende OPS-Kode der Operation** nach Anhang 2 Abschnitt 2.7 EBM **zwingend in der Feldkennung 5035 „OP-Schlüssel“ zur Gebührenordnung der Operation** anzugeben. Zum OPS-Kode ist auch die Seitenlokalisierung Pflichtangabe (Feldkennung 5041 „Seitenlokalisierung OPS“).

Mehrere Prozeduren in einer OP

Erfolgen im Rahmen einer Operation mehrere operative Eingriffe/Prozeduren unter einer Diagnose und/oder über einen gemeinsamen operativen Zugangsweg (d. h. kein Simultaneingriff), so wird nur der am höchsten bewertete Eingriff vergütet.

Simultaneingriffe

Um eine weitere Operation aus dem Anhang 2 EBM in derselben Sitzung abrechnen zu können, muss es sich bei der Zweit-OP um einen sogenannten Simultaneingriff handeln. Für diesen muss zunächst eine **zusätzliche, vom Haupteingriff gesonderte Diagnose** vorliegen. **Zudem muss ein anderer operativer Zugangsweg als der für den Haupteingriff** genutzt werden, oder es muss ein Instrumentenwechsel erfolgen (bei endoskopischen Eingriffen), ein anderes Operationsgebiet angesteuert werden oder eine deutliche Erweiterung des Zugangsweges vorgenommen werden, die für den Ersteingriff allein nicht erforderlich wäre.

Für Simultaneingriffe können die zutreffenden **Zuschläge des Abschnittes 31.2** (ambulante Operationen) oder 36.2 (belegärztliche Operationen) des EBM abgerechnet werden. Als Haupteingriff gilt immer der Eingriff mit der höheren Bewertung. Ab dem Zeitpunkt der Überschreitung der Schnitt-Naht-Zeit des Haupteingriffes der Kategorien 1 bis 6 kann der Zuschlag für den Simultaneingriff je vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit abgerechnet werden, je nach tatsächlicher Dauer auch mehrfach, maximal jedoch nur bis zur im EBM vorgegebenen Höchstzeit (Präambel 2.1 Absatz 3 des Anhang 2).

Für jeden Simultaneingriff muss zwingend ein OPS-Code angegeben werden und 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.

- ➔ Weitere Informationen zu den Simultaneingriffen finden Sie in unserem [Merkblatt zum Thema Simultaneingriffe](#).

Operation beider Augen im Abstand von 1-2 Tagen

Neben einer ambulanten Katarakt-Operation können in einem Zeitraum von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag, in der Praxis (des Operateurs) keine weiteren ambulanten oder belegärztlichen Katarakt-Operationen abgerechnet werden (Präambel 31.2.1 Nr. 8 EBM).

Sachkosten

Die Beendigung der Kataraktvereinbarung hat keine Auswirkungen auf die Abrechnung von Sachkosten im Rahmen von Kataraktoperationen. Die diesbezüglichen Erstattungsregelungen bestehen unverändert fort.

Wird im Rahmen einer Katarakt-OP eine Implantation eines trabekulären Implantats zur Druckminderung bei Glaukom (z. Bsp.: iStent) durchgeführt, kann die Implantation des Stents ggf. wegen der fehlenden Voraussetzungen (mindestens 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit) nicht als

Simultaneingriff abgerechnet werden. Jedoch können die **Sachkosten L003** für den implantierten Stent weiterhin mit dem tatsächlichen EURO-Betrag abgerechnet werden. Hierfür ist **zwingend der OPS-Kode 5-131.61** im APK erforderlich. Daher geben Sie bitte **alle erbrachten Prozeduren mit den entsprechenden OPS-Kodes am Haupteingriff der Katarakt-OP in der Feldkennung 5035 an**.

Beispiel:

Es wird eine Kataraktoperation und zusätzlich eine zehnminütige Implantation eines i-Stents durchgeführt:

Abrechnung GOP 31351

Feldkennung 5035 „OPS-Kode 5-144.3a“

Feldkennung 5035 „OPS-Kode 5-131.61“

Sachkosten L003 (tatsächlicher EURO-Betrag)

Abrechnungsausschlüsse

In einem Zeitraum von drei Tagen - beginnend mit dem Operationstag – können von der Praxis des Operateurs neben der ambulanten Operation nur bestimmte Leistungen erbracht und abgerechnet werden. Die Gebührenordnungspositionen sind in der Präambel 31.2.1 Nr. 8 EBM abschließend aufgeführt.

Postoperative Nachbehandlung

Abrechnung nach EBM

Die postoperativen Nachbehandlungskomplexe nach den GOPen 31718 (bei Überweisung durch den Operateur) oder 31719 (bei Erbringung durch den Operateur) können in dem Zeitraum vom 1. bis zum 21. postoperativen Tag nach einer Operation **einmalig** angesetzt werden.

Wird der operative Eingriff und die postoperative Behandlung nach dem operativen Eingriff von **unterschiedlichen Ärzten einer Berufsausübungsgemeinschaft bzw. eines medizinischen Versorgungszentrums** durchgeführt, ist die Gebührenordnungsposition des Operateurs (GOP 31719) zu berechnen, siehe Allgemeine Bestimmung 4.3.7 Nr. 4 EBM.

Notwendige Angaben bei der Abrechnung

Bei der Abrechnung des postoperativen Behandlungskomplexes nach GOP 31718 und/oder 31719 ist das OP-Datum in der Feldkennung 5034 anzugeben.

Abrechnungsausschlüsse

Die postoperativen Behandlungskomplexe sind im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 neben bestimmten Leistungen ausgeschlossen (z.B. Kleinchirurgie und Wundversorgung).

Rechnet der **Operateur selbst den postoperativen Behandlungskomplex (GOP 31719)** zeitnah nach einer OP ab, ist zu beachten, dass im Zeitraum von 3 Tagen neben einer OP (beginnend mit dem OP-Tag) nur die in Präambel 31.2.1 Nr. 8 EBM definierten Leistungen abrechenbar sind. Wird der postoperative Behandlungskomplex vom Operateur zum Beispiel bereits am ersten oder zweiten Tag nach der Operation abgerechnet, kann eine zusätzlich erforderliche Ultraschall-Biometrie nach GOP 33001 wegen des 3-Tages-Ausschlusses zur OP auch neben dem postoperativen Behandlungskomplex nach GOP 31719 nicht abgerechnet werden.

Überweisung zur Nachbehandlung

Wird die postoperative Behandlung von einer anderen als der operierenden Praxis übernommen, ist für die Abrechnung der GOP 31718 die **Vorlage einer entsprechenden Überweisung vom Operateur** für die Abrechnung **zwingend erforderlich** (Abrechnung auf Scheinuntergruppe 21 „Auftragsleistung“ oder 24 „Mit-/Weiterbehandlung“ unter Angabe des OP-Datums, siehe oben). Dies gilt auch dann, wenn der Patient ggf. im Quartal schon beim (nach-)behandelnden Augenarzt in der Praxis war. Da die postoperative Behandlung nur von einem Arzt abgerechnet werden kann, dient die Ausstellung der Überweisung durch den Operateur der Sicherheit, dass der Operateur die Nachbehandlung nicht selbst durchführt.

Überweist ein operierender Augenarzt seinen Patienten zur Durchführung der postoperativen Behandlung nach einer Katarakt-OP an einen anderen Augenarzt, kann dieser **im gleichen Arzt-Patienten-Kontakt neben dem postoperativen Behandlungskomplex die Konsultationspauschale nach GOP 01436** berechnen (Abrechnung erfolgt auf einem Überweisungsschein der Scheinuntergruppe 21 bei Auftragsüberweisung oder der Scheinuntergruppe 24 bei ÜW zur Mit-/Weiterbehandlung).

Wurde oder wird der Patient über diese postoperative Behandlung im gleichen Behandlungsfall auch aus einem anderen Grund, z. B. im Rahmen einer vorausgegangenen Indikationsstellung zur Kataraktoperation oder aufgrund einer anderen Erkrankung (zusätzliche Diagnose), in der Praxis behandelt, so kann die **augenärztlichen Grundpauschale (GOPen 06210 - 06212) bei einem anderen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt** oder Kontakt im Rahmen der Videosprechstunde **im gleichen Behandlungsfall** berechnet werden.

Beispiel im Vergleich zum alten Betreuungsmodul:

Ein 75-jähriger Patient sucht im Quartal die (konservativ tätige) augenärztliche Praxis wegen Sehstörungen am rechten Auge auf. Bei einem ersten Kontakt im Quartal erfolgt eine augenärztliche Diagnostik und der Augenarzt überweist den Patienten an einen operierenden Augenarzt zur ambulanten Katarakt-OP. Nach der Katarakt-OP am rechten Auge kommt der Patient im gleichen Quartal mit einer (Rück-)Überweisung des Operateurs zur postoperativen Behandlung in die behandelnde Praxis.

Erster Arzt-Patienten-Kontakt (originäre Inanspruchnahme durch den Patienten): Abrechnung der augenärztlichen Grundpauschale GOP 06212 plus ggf. weitere Leistungen wie GOP 06225 (Zuschlag Behandlung durch konservativ tätigen Augenarzt) und gegebenenfalls erbrachte Einzelleistungen.

Weiterer Arzt-Patienten-Kontakt zur postoperativen Nachbehandlung auf ÜW des Operateurs (SUG 21 oder 24): Nachbehandlungspauschale GOP 31718 plus Konsultationspauschale GOP 01436 plus ggf. weitere notwendige Einzelleistungen.

Abrechnung Post-OP-Komplex ab 1. Oktober 2025

Postoperative Nachbehandlung durch den Operateur / die operierende Praxis:

Durch die Beendigung der Kataraktvereinbarung mit Beginn des Quartal 4/2025 ist es möglich, dass für eine Ende September durchgeführte Operation noch das OP-Modul A (GOP 97442) oder OP-Modul B (GOP 97443) nach der bayerischen Kataraktvereinbarung abgerechnet wird, die Nachbehandlung aber erst ab/nach dem 1. Oktober 2025 erfolgt. In diesen Fällen kann für die postoperative Nachbehandlung nur der zutreffende Komplex aus Abschnitt 31.4 EBM abgerechnet werden.

Beispiel:

29.09.2025 *Katarakt-OP nach GOP 97442 oder GOP 97443*

02.10.2025 *Bei Nachbehandlung Operateur: GOP 31719 mit Angabe des OP-Datums (25092029) in FK 5034*

Bei Nachbehandlung auf Überweisung: GOP 31718 mit Angabe des OP-Datums (25092029) in FK 5034

Wurde die Nachbehandlung vom Operateur noch im September 2025 über die GOP 97445 nach der bayerischen Kataraktvereinbarung abgerechnet, kann für eine erforderliche weitere Nachbehandlung im Oktober kein postoperativer Behandlungskomplex nach Abschnitt 31.4 EBM abgerechnet werden.

Beispiel:

29.09.2025 *Katarakt-OP nach GOP 97442 oder GOP 97443*

30.09.2025 *Nachbehandlung Operateur nach GOP 97445*

06.10.2025 *Weiterer APK im Rahmen der postoperativen Nachbehandlung => hierfür ist keine (erneute) Abrechnung eines postoperativen Behandlungskomplexes nach Abschnitt 31.4 EBM möglich.*

Postoperative Nachbehandlung durch konservative Praxis:

Wurde im September das Betreuungsmodul (GOP 97441) nach der bayerischen Kataraktvereinbarung im Zusammenhang mit einer ambulanten Kataraktoperation abgerechnet, kann ab dem 1. Oktober 2025 für diese Operation keine weitere Nachbehandlung nach der GOP 31718 EBM abgerechnet werden.

Wurde im September 2025 das Betreuungsmodul nicht abgerechnet, weil die für die Abrechnung erforderlichen Leistungen nicht vollumfänglich erbracht wurden, darf für die ab/nach dem 1. Oktober 2025 erbrachte postoperative Nachbehandlung die GOP 31718 EBM abgerechnet werden.

Beispiel:

03.09.2025: *Indikationsstellung zur ambulanten Katarakt-OP und Ausstellung der Überweisung zur Operation: augenärztliche Grundpauschale plus ggf. weitere Leistungen wie GOP 06225 (Zuschlag Behandlung durch konservativ tätigen Augenarzt) und gegebenenfalls erbrachte Einzelleistungen.*

28.09.2025 *Durchführung der Kataraktoperation durch den Operateur*

02.10.2025 *postoperative Nachbehandlung nach Überweisung durch den Operateur (SUG 21 oder 24): GOP 31718 (mit Angabe des OP-Datums in FK 5034) plus Konsultationspauschale 01436 plus ggf. weitere erforderliche Einzelleistungen.*

04.10.2025 *Weiterer APK im Rahmen der postoperativen Nachbehandlung: Hierfür ist keine (erneute) Abrechnung der GOP 31718 möglich.*

Anästhesie durch Anästhesisten

Bei einer Katarakt-Operation nach der bayerischen Kataraktvereinbarung konnte der Anästhesist bisher das Anästhesiemodul 97444 berechnen. Ab dem 1. Oktober 2025 kann die Anästhesie bei einer Katarakt-Operation je nach Verfahren nach GOP 31841 (= Patientenadaptiertes Narkosemanagement II) und/oder nach GOP 31820 (= Leistungsanästhesie an der Schädelbasis) abgerechnet werden.

Für die postoperative Überwachung, die bisher in dem Anästhesiemodul 97444 enthalten war, kann die GOP 31503 EBM berechnet werden.

Abrechnungsbeispiel: Katarakt-OP mit Anästhesie und postoperative Behandlung

Katarakt-Operation mit dem OPS-Kode 5-144.3a (Extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE): Linsenkernverflüssigung (Phakoemulsifikation) über sklero-kornealen Zugang: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse)

Abrechnung durch den Operateur:

- Operation: GOP 31531 (3.754 Punkte / 465,25 €) mit Angabe des OPS-Kodes 5.144.3a in der Feldkennung 5035
- Postoperative Nachbehandlung: GOP 31719 „Postoperative Behandlung nach Erbringung einer Leistung entsprechend den GOPen 31332, 31333 oder 31351 bei Erbringung durch den Operateur einmalig im Zeitraum vom 1. bis zum 21. Postoperativen Tag. Zur GOP 31719 (301 Punkte / 37,30 €) muss in der Feldkennung 5034 das OP-Datum angegeben werden.
- Bei Überweisung der postoperativen Nachbehandlung an eine andere Praxis muss vom Operateur ein Überweisungsschein (Scheinuntergruppe 21 bei Auftragsüberweisung oder Scheinuntergruppe 24 bei Überweisung zur Mit-/Weiterbehandlung) für die postoperative Nachbehandlung ausgestellt werden. Auf dem Überweisungsschein muss das OP-Datum angegeben werden.

Abrechnung durch den Anästhesisten:

- Anästhesie / Narkose: GOP 31841 (706 Punkte / 87,50 €). Der Zuschlag nach GOP 05315 (14 Punkte / 1,74 €) wird von der KVB zugesetzt.
- Gegebenenfalls zusätzlich notwendige peribulbäre Leitungsanästhesien sind über die GOP 31820 (215 Punkte / 26,65 €) gesondert berechnungsfähig.
- Für die postoperative Überwachung kann die GOP 31503 (488 Punkte / 60,48 €) abgerechnet werden.

Abrechnung postoperative Behandlung durch die konservativ tätige Augenarztpraxis:

- Erhält eine konservativ tätige Praxis vom Operateur eine Überweisung für die postoperative Nachbehandlung, kann sie hierfür die Konsultationspauschale nach GOP 01436 sowie im Zeitraum vom 1. bis zum 21. Postoperativen Tag die GOP 31718 „Postoperative Behandlungen

nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31332, 31333 oder 31351 bei Überweisung durch den Operateur“ abrechnen.

- Bei Abrechnung der GOP 31718 (368 Punkte / 45,61 €) muss das OP-Datum in der Feldkennung 5034 angegeben werden.

Sonstige Informationen

Kataraktoperationen mittels Femtosekundenlaser keine GKV-Leistung

Bei der ambulanten Kataraktoperation unter Einsatz eines Femtosekundenlasers handelt es sich um eine neue Behandlungsmethode, die ohne eine Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden darf. Dies hat aktuell das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg in seinem Urteil vom 13.01.2023 (Aktenzeichen: L 1 KR 188/20) bestätigt.

Derartige Kataraktoperationen können daher nicht über die Gebührenordnungspositionen der bayerischen Kataraktvereinbarung oder des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes auf Versichertenkarte abgerechnet werden. Eine Leistungssplittung durch Abrechnung der Operation über Versichertenkarte und eine privatärztliche Mehrkostenvereinbarung für den Einsatz des Femtosekundenlasers ist nicht zulässig.

Die Operation ist privat zu liquidieren. Hierbei gilt, dass eine Privatliquidation nur unter den engen Voraussetzungen des § 18 Bundesmantelvertrag-Ärzte möglich ist, das heißt der Patient muss über den Leistungsumfang der GKV informiert worden sein, er muss die Privatliquidation dennoch ausdrücklich wünschen und dies vor Beginn der Behandlung schriftlich erklärt haben.

Mehrkostenregelung bei Sonderlinsen

Im Rahmen von Kataraktoperationen nach EBM ist eine Zuzahlung bei gesetzlich versicherten Patienten nur vorgesehen, wenn Versicherte eine „Sonderlinse“ (IOL, die gemäß § 33 Abs. 1 S. 9 SGB V über das Maß des Notwendigen hinausgehen) außerhalb der Regelversorgung wählen. Die Versicherten tragen in diesen Fällen nur noch den Differenzbetrag zwischen monofokaler Standard- und Sonderlinse sowie die Kosten des Mehraufwandes für sämtliche ärztliche Leistungen, die durch die Sonderlinse bedingt sind und nicht zum Umfang der Regelversorgung gehören. Diese „Sonderlinsen“ können mit der Abrechnungsnummer 96200 und einem Pauschalbetrag in Höhe von 140,00 € pro Linse über die KVB abgerechnet werden. In der Rechnung an den Patienten ist der GKV-Anteil in Höhe von 140,00 € auszuweisen.