



Liebe BVASK Mitglieder,

Es tut sich was beim Ambulanten Operieren!

Viel zu lange hat es gedauert - und leider musste erst der Krankenhaussektor und das dort tätige ärztliche und pflegerische Personal an den Rand des Kollapses gebracht werden.

Dennoch hat nun offenbar auch der Letzte erkannt, dass man Krankenhausressourcen nicht für Operationen benötigt, die man ambulant erbringen kann. Viel wichtiger scheint aber die Erkenntnis, dass Ambulantes Operieren eine echte Strukturalternative und nicht nur eine Einsparoption ist. Krankenkassen und Gesundheitspolitik mussten erkennen, dass die zu geringen EBM-Erlöse das Haupthindernis der Ambulantisierung sind.

Nach über 15 Jahren Stillstand passieren an der ambulant-stationären Schnittstelle nun allerdings plötzlich so viele Dinge gleichzeitig, dass man leicht den Überblick verlieren kann. Manche Dinge sind für uns eher nicht von Bedeutung (tagesstationärer Fall nach §115e SGB V) bzw. mangels konzeptioneller Ausarbeitung noch nicht greifbar (Reform der Krankenhausfinanzierung, „Lauterbachs Revolution“).

Eine Reihe von Entwicklungen sind hingegen von großer Bedeutung und werden bereits im kommenden halben Jahr ihre Wirkung entfalten:

1. Aufnahme der ACT in den EBM (Beschluss vom 14.12.)

- a. Mit Wirkung zum 1.1.23 werden die OPS-Ziffern zur Entnahme und Implantation einer mACT in den Anhang 2 des EBM aufgenommen.
5-801.ah: D3
5-801.kh: D5
5-812.8h: E3
5-812.hh: E5
- b. Die Gebührenordnungspositionen zu den OPS-Kodes 5-801.ah, 5-801.kh, 5-812.8h und 5-812.hh sind nur bei Patienten mit einem Gelenkknorpeldefekt des Kniegelenks des Schweregrads III oder IV gemäß der Klassifikation der International Cartilage Repair Society berechnungsfähig
- c. Die entstehenden Kosten sind entsprechend Nr. 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen gesondert berechnungsfähig. Die Abrechnung der Laborkosten geschieht gegenüber der Krankenkasse bzw. der KV. Ggf. wird in der Zukunft eine Kostenpauschale eingeführt.
- d. Die Gebührenordnungspositionen zu den OPS-Kodes 5-801.ah und 5-812.8h sind nur dann berechnungsfähig, wenn die Entnahme des Knorpelgewebes in einer

Einrichtung gemäß § 20b Absatz 1 des Gesetzes über den Verkehr mit Arzneimitteln (AMG) und unter Einhaltung der Vorschriften des Transplantationsgesetzes erfolgt.

2. Erweiterung des EBM

- a. Zum 1.1.23. werden eine Reihe weiterer OPS – Codes in den EBM aufgenommen. Hierbei handelt es sich zu großen Teilen um eher seltene Eingriffe und Eingriffe aus der Handchirurgie. Von Bedeutung für den BVASK ist die Aufnahme der SCR-OP an der Schulter (obere Kapselplastik, 5-814.e / E7). Leider hat der Bewertungsausschuss weitere von uns geforderte Codes (z.B. AMIC/subakromialer Platzhalter) nicht umgesetzt.

3. Änderung der EBM - Erlöse

- a. Die Ambulantisierung arthroskopischer Eingriffe soll gefördert werden. Hierzu werden OPS-gekoppelte GOP eingeführt. Diese führen zu einer Erlössteigerung in den Kategorien E1-E3 um ca. 17% und den Kategorien E4-um ca. 32%.
- b. Regionale Förderungen werden dann ggf. angepasst oder fallen für die hier geförderten Kategorien weg (z.B. Zentrumsvertrag in Nordrhein).
- c. Im Rahmen der kostenneutralen EBM-Fortentwicklung ergeben sich Verschiebungen zwischen den EBM-Klassen. Diese führen zu einer moderaten Absenkung bei E1 und E2, einer geringen Absenkung von E3 und E4 und zu einer Steigerung von E5-E7 (s. Tabelle). Die Absenkungen werden durch die unter 3a genannten Förderungs-GOP überkompensiert.
- d. Kalkulations- und Plausibilitätszeiten sinken (s. Tabelle). Mit diesen Beschlüssen ist das jahrelang über uns schwebende Damoklesschwert der Zeit- und Erlösabsenkung im EBM abschließend beseitigt.

GOP	Kurzlegende	Bewertung			Bewertungs-einheit	Kalkulationszeit (Min.)		Prüfzeit (Min.)	
		bis 31.12.2022	ab 01.01.2023			bis 31.12.2022	ab 01.01.2023	bis 31.12.2022	ab 01.01.2023
31141	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E1	1.556	1.518	Punkte	KA		22	25	19
31142	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E2	2.238	2.193	Punkte	KA		36	36	29
31143	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E3	3.156	3.123	Punkte	KA		49	44	37
31144	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E4	4.153	4.127	Punkte	KA		65	55	46
31145	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E5	5.407	5.434	Punkte	KA		93	72	61
31146	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E6	6.765	6.934	Punkte	KA		119	83	72
31147	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E7	7.435	7.926	Punkte	KA		138	120	112

4. Verlängerte Nachbeobachtung

- a. Es wird die Möglichkeit eingeführt, Patienten verlängert in der OP-Einrichtung zu betreuen. Hierzu wird eine Ziffer eingeführt, die je 30 Minuten mit 77 Punkten abgerechnet werden kann (31530).

- b. Die verlängerte Nachbeobachtung kann bei Kindern unter 12 Jahren und im Anschluss an die Erbringung eines operativen Eingriffs der OP-Kategorie 5 bis 7 erbracht und abgerechnet werden. Es werden eine Reihe weiterer geriatrischer Diagnosen genannt, die aufgrund der erheblichen Schwere jedoch kaum für ambulantes Patientenklintel eine Bedeutung haben dürften.
- c. Die Überwachungs- und Nachbeobachtungszeiten sind durch die Verlaufs-/Patientendokumentation nachzuweisen. Erfolgt eine Nachbeobachtung im Anschluss an die Erbringung eines operativen Eingriffs der OP-Kategorie 5 bis 7 ist dies medizinisch zu begründen.
- d. Die postoperative Überwachungszeit nach den Gebührenordnungspositionen 31505 bis 31507 (in Zusammenhang mit E5, E6 und E7) und die verlängerte Nachbeobachtungszeit nach der GOP 31530 dürfen in Summe nicht das Doppelte der jeweiligen postoperativen Überwachungszeit gemäß Nr. 2 übersteigen. Diese betragen:
 - 31505: 4 Stunden
 - 31506: 6 Stunden
 - 31507: 8 Stunden
 Das würde also bedeuten, dass z.B. ein Patient mit Rotatorenmanschettenrekonstruktion, dessen OP um 14 Uhr beendet ist und der z.B. aufgrund der postoperativen Schmerzen (medizinische Begründung) die Einrichtung nicht verlassen kann, bis 10 Uhr am Folgetag (+16 Stunden) in der OP-Einrichtung beobachtet werden kann.

5. Änderungen AOP-Katalog

- a. Der AOP-Katalog (Anhang1) beschreibt die Leistungen, die ein Krankenhaus ambulant erbringen kann. Dieser Katalog ist kleiner als der EBM (Anhang 2). Der AOP-Katalog wird zum 1.1.23 um OPS ergänzt, die vom IGES-Institut als ambulantisierbar identifiziert wurden. Dieses betrifft u.A. die 5-814.0 (Schulterstabilisation) und die 5-814.4 (Rotatorenmanschettennaht).
- b. Die Kategorien 1 (in der Regel ambulante Leistung) und 2 (ambulant oder stationäre Leistung) sollen entfallen.
- c. Die GAEP – Kriterien sollen entfallen und durch Kontextfaktoren ersetzt werden. Hier liegt das finale Verhandlungsergebnis noch nicht vor.
- d. Insgesamt führt das dazu, dass Leistungen aus dem AOP-Katalog nur noch bei Vorliegen der unter c) genannten Kontextfaktoren möglich ist, wobei ein Arztvorbehalt bzgl. der Entscheidung greifen soll. In der Zusammenschau ist jedoch zu erwarten, dass die Möglichkeit zur stationären Erbringung von AOP-Leistungen erheblich erschwert wird.
- e. Der abschließende Katalog wird in der kommenden Woche veröffentlicht.

6. Sektorengleiche Fallpauschale für ambulante und stationäre OP

- a. Der Bundestag hat mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz auch den neuen §115f SGB V („Spezielle Sektorengleiche Vergütung) verabschiedet.
- b. Der Zeitrahmen für die Einführung ist eng gesteckt. Bis zum 31.3. sollen sich KBV, DKG und Krankenkassen auf Inhalte, Methodik und Vergütung einigen. Gelingt dies nicht, kann das Gesundheitsministerium per Verordnungsermächtigung Festlegungen treffen.
- c. Es müssen also zunächst Leistungen „mit hohem Ambulantisierungspotenzial“ ausgewählt werden. Dieses gilt aufgrund weiterhin hoher stationärer Eingriffszahlen

für die gesamte Arthroskopie. Offenbar soll der AOP – Katalog (s.o.) als Grundlage zur Auswahl geeigneter Ziffern dienen.

- d. Diese Leistungen gemäß 115f sollen mittels Fallpauschale i.S. eines Hybrids aus EBM und DRG vergütet werden. Der Mechanismus zur Preisfindung wird im Gesetz allenfalls angedeutet. Es ist zu erwarten, dass Leistungen, die bisher einen geringen Ambulantisierungsgrad aufweisen (z.B. Kreuzbandchirurgie /Rotatorenmanschettenrekonstruktion) sich preislich eher der DRG annähern, umgekehrt eine Meniskusresektion eher dem EBM. Hier stellen sich natürlich sofort eine Reihe von Fragen, die alle in den kommenden Monaten ausgearbeitet werden müssen. Besonders spannend ist der Umgang mit Sachkosten. Diese sind in den DRG-Kalkulationen (z.B. I29C) erheblich unterkalkuliert. Bei einem Hybrid aus EBM und DRG droht bei pauschalierten Sachkosten sogar eine Abwertung gegenüber dem Status Quo im EBM.
- e. Praxiskliniken können Eingriffe nach §115f auch stationär erbringen. Die Frage des Erlöses wird davon abgekoppelt, wer wo den Eingriff erbringt.

Fazit:

Wir befinden uns in der spannendsten Phase, die ich bisher berufspolitisch erlebt habe. Während die Reform der GoÄ vor sich hin dümpelt, wird die Versorgung und Vergütung gesetzliche versicherter Patienten auf neue Füße gestellt.


Die Gleichzeitigkeit der Beschlüsse und die z.T. unangemessen engen Zeitpläne stellen uns jedoch alle vor große Herausforderungen. Mitunter sind die Beschlüsse und Konzepte auch nicht aufeinander abgestimmt und Details nicht sauber ausgearbeitet.

Insbesondere zur sektorengleichen Fallpauschale gibt es aktuell noch mehr Fragen als Lösungen. Hier wird in den kommenden Monaten viel Detailarbeit zu leisten sein.

Die KVen werden nun die o.g. Beschlüsse zum 1.1.23 umsetzen müssen. Bitte achten Sie auf die offiziellen Mitteilungen oder recherchieren Sie diese entsprechend auf den Seiten Ihrer KV oder der KBV. Über weitere Beschlüsse (z.B. AOP – Katalog) werde ich Sie informieren. Für Rückfragen stehen wir selbstverständlich gerne zur Verfügung

Trotz aller Unklarheiten und auch Risiken – für mich überwiegen bei aktueller Betrachtung die Chancen in der aktuellen Entwicklung. Es könnte gelingen, die starre Sektorengrenze aufzubrechen und endlich angemessene Vergütungen für ambulante und stationäre Operationen durch niedergelassene Fachärzte zu erzielen und die Leistungen von Praxiskliniken aufzuwerten. Die Auswirkungen auf Selektivverträge bleiben abzuwarten. Für den Krankenhaussektor und damit auch für niedergelassene Honorar- und Kooperationsärzte sind indes erhebliche Umwälzungen zu erwarten.

Mit diesen hoffnungsvollen Gedanken wünsche ich Ihnen und Ihren Familien eine schöne Weihnachtszeit und einen guten Rutsch in das spannende neue Jahr 2023!



Ihr
PD Dr. Ralf Müller-Rath