



© lenets_tan – stock.adobe.com

Ambulantes Operieren nach §115b SGB V

Der aktuelle Stand

Von Ursula Klinger-Schindler

Der Gesetzgeber hatte GKV, DKG und KBV beauftragt, ein gemeinsames Gutachten zur Reform des AOP-Katalogs als Grundlage für das ambulante Operieren vorzulegen. Die konkreten Festlegungen, wie der Katalog in Stufe 1 erweitert werden soll, wird zeitnah zum Januar 2023 erfolgen. Die Erweiterung des AOP-Kataloges geht zurück auf das MDK-Reformgesetz von 2020. Wie der Grundsatz „ambulant vor stationär“ und eine möglichst umfassende Ambulantisierung erreicht werden soll, stellt viele Krankenhäuser vor neue Herausforderungen.

Keywords: Abrechnung, Ambulantisierung, Recht

Ambulante Operationen werden seit 1989 im vertragsärztlichen niedergelassenen Bereich überwiegend in speziellen ambulanten OP-Zentren durchgeführt. Die Beschränkung auf die vertragsärztliche Versorgung wurde 1992 aufgehoben. Der neu eingeführte §115b SGB V eröffnete nun den Krankenhäusern die Möglichkeit, ambulante Operationen

durchzuführen. Entsprechende Regelungen für spezielle Qualitätssicherungsmaßnahmen sind in eigenen Vereinbarungen festgehalten. In der Regel sind Arthroskopien, Kataraktoperationen und Biopsien als ambulante Operationen seit Jahren in jedem Krankenhaus bekannt. Aber auch Gefäß-Operationen sowie Hernien-Eingriffe ergänzen das Regelspektrum ambulanter Operationen.

Der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vereinbaren gemäß §115b SGB V einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe sowie einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte.

Seit 2004 regelt der Vertrag nach §115 b Abs. 1 SGB V – Ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus – (AOP-Vertrag) hierzu die Grundsätze der Abrechnung. In den Abschnitten 1, 2 und 3 als Anlage zum AOP-Vertrag

ist der Katalog möglicher ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe gemäß §115 b SGB V im Krankenhaus definiert. Dabei regelt der Abschnitt 1 die ambulant durchführbaren Operationen und Abschnitt 2 die konservativ durchzuführenden Eingriffe. Es stehen vor der Erweiterung des AOP-Kataloges durch das IGES-Gutachten zum 1.1.2023, bereits 2.879 Leistungen für die Leistungserbringung in der Institutsambulanz am Krankenhaus zur Verfügung.

Aktualisierung

Ambulante Versorgungssysteme am Krankenhaus sind überwiegend bei der Abrechnung mit den Kostenträgern auf der Grundlage des EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) vereinbart und damit regelmäßigen Änderungen des Gebührenordnungsverzeichnisses unterworfen. Innerhalb des Gebührenordnungs-kataloges EBM kann dies zum Beginn eines jeden Quartals sein. Der AOP-Katalog als Anlage zum Vertrag nach §115b SGB V unterliegt einer jährlichen Aktualisierung.

Nachmeldung

Eine ambulante Operation nach §115b SGB V muss mittels Meldeformular gemäß §1 Abs. 2 AOP-Vertrag durch die Krankenhäuser gegenüber der Krankenkasse angezeigt werden. Dies muss vorab erfüllt sein, da nur dann der Eingriff auch mit der Krankenkasse abgerechnet werden kann. Neue OPS-Codierungen, die nach der jährlichen Aktualisierung in den Katalog aufgenommen werden, müssen mittels dem Meldeformular gemäß §1 Abs. 2 AOP-Vertrag nachgemeldet werden, sofern die Leistung des Krankenhauses vorher ausschließlich stationär erbracht worden ist.

Abrechnungsgrundlage

Die Abrechnungsgrundlage bildet der EBM (Einheitliche Bewertungsmaßstab). Dieser wurde zuletzt für die Abrechnung der ambulanten Operationen grundlegend zum 1. April 2005 reformiert. Seitdem finden sich im Anhang 2 des Abschnitt IV des EBM die OPS (Operationsprozedurenschlüssel), die für die Abrechnung der ambulanten operativen Eingriffe genutzt werden müssen. Im Anhang 2 findet der Anwender die Zuordnung der operativen Prozeduren nach §295 SGB V (OPS) zu den Leistungen der Kapitel 31 für seine Abrechnung.

Dabei leitet der gewählte OPS eine festgelegte Abrechnungsprozedur ab, bestehend aus der OP-Leistung, der Überwachung, der Nachbehandlung bei Überweisung, der Nachbehandlung durch den Operateur und der Narkose. Für die Abrechnung spielt die Schnitt-Naht-Zeit nach diesem System keine Rolle, da die Prozedur an eine festgelegte EBM GOP (Gebührenordnungsposition) gebunden ist.

Der EBM mit seinen fachgruppenspezifischen Leistungen sowie die Leistungen Radiologie, Histologie und Ultraschall und der Anhang 2 des EBM gehören bei der Abrechnung von ambulanten Operationen zusammen.

Sachkosten

In den Bereichen der ambulanten Behandlung am Krankenhaus besteht die Möglichkeit, Sachkosten zu den erbrachten ärztlichen diagnostischen und therapeutischen

Leistungen zusätzlich zu berechnen. Ganz besonders dann, wenn ambulante Leistungsbereiche im Krankenhaus, wie die ambulanten Operationen nach §115b SGB V, neu umgesetzt werden, entsteht hier meist ein hoher Verlust an abrechenbaren Kosten, der oftmals über Jahre nicht transparent wird. Die häufigste Ursache nicht abgerechneter Sachkosten bei ambulanten Operationen sind auf mangelhafte Einarbeitung der Mitarbeitenden in die Ambulanzabrechnung zurückzuführen. Aber auch Mitarbeitende der Patientenabrechnung, die zuvor in der stationären Patientenabrechnung tätig waren, kennen die Grundsätze der Sachkostenabrechnung in Ambulanzabrechnungen häufig nicht.

Die Möglichkeit der Berechnung von Sachkosten ist im AOP-Vertrag in §9 vereinbart. In §9 wird hier in insgesamt fünf Absätzen beschrieben, was an Sachkosten berechnet werden kann und wie. Die Besonderheit an der Vertragsstruktur des Vertrages nach §115 b SGB V ambulante Operationen und stationsersetzende Maßnahmen liegt in der zuletzt überarbeiteten Fassung von 2014 darin, dass sich in §9 des AOP-Vertrages unter Absatz 1 bis 5 nahezu alle unterschiedlichen Möglichkeiten der Abrechnung von Kosten wiederfinden. Eine besondere Rolle im Bereich der Berechnung von Sachkosten trägt die Abrechnungsgrundlage ambulanter Leistungen selbst, dort beschreibt Abschnitt I Grundsätzliches zur Anwenderregelung. Unter dem Punkt I.7 der allgemeinen Bestimmungen ist die Kostenregelung definiert. So werden unter Punkt 1 die in den Gebührenordnungspositionen bereits enthaltenen – soweit nichts anderes bestimmt ist – Kosten definiert:

- allgemeine Praxiskosten
- Kosten, die durch die Anwendung von ärztlichen Instrumenten und Apparaturen entstanden sind
- Kosten für Einmalspritzen, Einmalkanülen, Einmaltrachealtuben, Einmalabsaugkatheter, Einmalhandschuhe, Einmalrasierer, Einmalharnblasenkatheter, Einmalskalpelle, Einmalproktoskope, Einmaldarmrohre, Einmalspekula, Einmalküretten, Einmal-Abdecksets

- Kosten für Reagenzien, Substanzen und Materialien für Laboratoriumsuntersuchungen
- Kosten für Filmmaterial

Die Bestimmung nennt die nicht abrechnungsfähigen gängigen Einmalartikel, ähnlich der Bestimmungen der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte). Als ebenfalls nicht abrechnungsfähig zählen die allgemeinen Praxiskosten. Zu diesen gehören beispielsweise Miete, Strom, Gas, Heizung, Reinigung, Hygiene, aber auch Reparaturen, Wäsche, Berufskleidung, Investitionen. Allerdings beschreibt I.7 des EBM auch, dass Porto für den Versand von Arztbriefen, nachrichtliche Befundkopien an Hausärzte, Versandkosten im Zusammenhang mit Versendungen im Rahmen der Langzeit-EKG-Diagnostik, Laboratoriumsuntersuchungen, Zytologie, Histologie, Zytogenetik und Molekulargenetik, Strahlendiagnostik, Anwendung radioaktiver Substanzen sowie der Strahlentherapie abrechnungsfähig sind.

Gemäß §9 (1) Vergütung von Sachkosten im Rahmen des bisherigen AOP-Vertrages ist der Krankenhausarzt nicht berechtigt, diese auf Kassenrezept zu verordnen. Für Arznei- und Sachmittel die nicht in §9 (2) sowie Absatz (4) und (7) gesondert abgerechnet werden können, wird ein pauschaler Zuschlag von sieben Prozent auf die gesamte Honorarsumme vergütet. Ausgeschlossen von der gesamten Honorarsumme sind jedoch Kostenpauschalen nach Kapitel 40 im Abschnitt V des EBM. Die in §9 (4) genannten und zur Abrechnung möglichen Kostenpauschalen des Kapitel 40 des EBM sind wiederum für die Berechnung des pauschalen Zuschlages von sieben Prozent ebenso wie die operative Leistung auszuklammern. Sachkostenpauschalen nach Kapitel 40 des EBM kommen im Rahmen von Herzkatheteruntersuchungen, arthroskopischen operativen Eingriffen und im Rahmen von endoskopischen Untersuchungsleistungen zum Ansatz. Das Beispiel in der ►Tabelle zeigt den korrekten Berechnungsweg eines arthroskopischen Eingriffes in Bezug auf die Sachkostenberechnung auf.

§9 Absatz 5 regelt Sachkosten, die zusätzlich zu der Vergütung nach

Tag	EBM	OPS 5-811.0h arthroskop. Op Knie der Synovialis	Euro
Prä-op Tag	07211	Grundpauschale	26,02 €
	05211	Grundpauschale	10,14 €
	05310	Präanesthesiologische Untersuchung	14,87 €
OP-Tag	31141	Endos. Gelenkeingriff E1	175,30 €
	31821	Anästhesie Operateur	112,32 €
	31503	Postoperative Überwachung	27,83 €
		Zwischensumme	366,48 €
	7 %	Sachmittel/Arzneimittelpauschale die entsprechende ärztliche Leistung des EBM für die Berechnung der Zuschlagshöhe aus der Honorarsumme auszuklammern	19,82 €
	40750	Kostenpauschale	122,00 €
1. postoperative Tag		A-P-Kontakt (mit Grundpauschale abgegolten)	508,30 €

Tab.: Korrekter Berechnungsweg eines arthroskopischen Eingriffes

Abs. 3 und 4 nach Aufwand erstattet werden, soweit sie je nachfolgend aufgeführter Sachmittelposition (je Aufzählungspunkt) einen Betrag von 12,50 Euro im Behandlungsfall überschreiten:

- im Körper verbleibende Implantate in Summe
- Röntgenkontrastmittel
- Nahtmaterial
- diagnostische und interventionelle Katheter einschl. Führungsdraht, Gefäßschleuse, Einführungsbesteck und Verschlusssysteme im Zusammenhang mit angiologisch-diagnostischen und therapeutischen, gefäßchirurgischen und phlebologischen Leistungen
- diagnostische und interventionelle Katheter einschl. Führungsdraht, im Zusammenhang mit gastrokopischen Leistungen (inkl. Leistungen an den Gallenwegen)
- Trokare, Endoclips und Einmalapplikatoren für Clips, im Zusammenhang mit laparoskopischen Leistungen
- Narkosegase, Sauerstoff
- diagnostische und interventionelle Katheter (ausgenommen Transferkatheter) einschl. Führungsdraht im Zusammenhang mit Leistungen zur In-vitro-Fertilisation abzüglich des Patienteneigenanteils
- Iris-Retraktoren, Kapselspannringe, Injektionshalterungen bei ophthalmochirurgischen Leistungen
- Ophthalmica (Viskoelastika, Perfluordecalin, Silikonöl, C3F8-Gas) bei ophthalmochirurgischen Leistungen

- Schienen, Kompressionsstrümpfe (nicht Anti-Thrombosestrümpfe)

Durch diese Regelungen können Sachkosten wie beispielsweise Herzschrittmacher, Herniennetze, Ports, Katheter für angiologische Leistungen aber auch Kontrastmittel stets zusätzlich nach Aufwand berechnet werden.

Die derzeitige gültige Sachkostenabrechnung des Vertrages gemäß §3115b SGB V soll im Rahmen der Erweiterung des AOP-Kataloges zukünftig angepasst werden.

IGES-Gutachten

Der Umfang des AOP-Kataloges, welcher bislang 2.879 Leistungen zählt, soll in den Jahren 2023 und 2024 substanziell erweitert werden. Das zugrundeliegende IGES-Gutachten empfiehlt hierzu 2.476 neue Leistungen. Ob der Umfang des AOP-Kataloges mit einem Plus um 86 Prozent auf insgesamt 5.355 vergrößert wird, kann erst 2024 beantwortet werden (die Festlegung, welche OPS-Prozeduren zum 1.1.2023 für den AOP-Katalog 2023 gültig sind, war bei Redaktionsschluss noch nicht bekannt). Zudem soll die Festlegung in Stufen erfolgen.

Integrierte Versorgung

Die Erweiterung des AOP-Kataloges führt nicht automatisch dazu, dass das Krankenhaus alle Leistungen, die ambulant erbracht werden, nun auch auf der Grundlage nach §115b SGB V abgerechnet werden können. Hierzu bedarf es zudem einer sorgfältigen Analyse der nicht abrechnungsfähigen ambulanten Eingriffe

mit anschließender Prüfung gültiger integrierter Versorgungsverträge. Derzeit existieren rund 1.400 integrierte Versorgungsverträge bundesweit mit unterschiedlichsten Krankenkassen. Das Kernproblem der IV-Verträge liegt aber stets darin, dass nicht alle Krankenkassen beteiligt sind und die Vertragswerke umfassend sind.

Fazit

Die Reform des AOP-Kataloges gemäß §115 b SGB V wird die Lücke nicht schließen, dass zukünftig alle ambulanten Leistungen am Krankenhaus, die häufig in sogenannten „Indikationssprechstunden“ ohne Abrechnungsmöglichkeit durchgeführt werden, auch Erlöse nach sich ziehen. So sollte in jedem Krankenhaus ein Monitoring nicht abrechnungsfähiger Fälle durchgeführt werden. Bei der Überlegung einer zukünftigen Ambulanzstrategie, wie Auslagerung von mehr Leistungen in das tragereigene MVZ, Prüfung, um welche Fachbereiche ein bestehendes MVZ ggf. erweitert werden muss, oder die überstürzte Planung einer ASV-Ambulanz, wird eine direkte Kostenübernahmeerklärungen mit Krankenkassen und dem Angebot von Selbstzahlerleistungen ergänzt werden müssen. ■

Literatur bei der Verfasserin

Ursula Klinger-Schindler
Abrechnungsberatung für Klinik und MVZ
u.klinger@abrechnungsseminare.de