©Yury Zap-stock.adobe.com

Ambulantes Operieren nach § 115b SGB V

Aktuelle Entwicklungen

Von Ursula Klinger-Schindler

Der Gesetzgeber hatte 2019 die 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, erfolgten bereits im Dezember 2022. Nach wie vor stellt die Umsetzung nicht mehr durchsetzbarer stationärer Fälle in das ambulante Operieren und deren Abrechnung Krankenhäuser vor große Herausforderungen.

Keywords: *Abrechnung, Ambulantisierung, Recht*

Der §115b SGB V ermöglicht den Krankenhäusern die Möglichkeit, ambulante Operationen durchzuführen. Der am 21.12.2022 aktualisierte AOP-Vertrag zur Umsetzung der ambulanten Operationen enthält vierundzwanzig Paragraphen mit entsprechenden Regelungen für spezielle Qualitätssicherungsmaßnahmen, Vorgaben für die Zuweisung, präoperative Leistungen, Abrechnung von Sachkosten und Fristen zur Abrechnung.

Der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vereinbaren gemäß §115b SGB V einen Katalog als Anlage 1 ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe sowie eine einheitliche Vergütung für Krankenhäuser und Vertragsärzte.

Der Vertrag nach §115 b Abs. 1 SGB V – Ambulantes Operieren und stationsersetzende Eingriffe – regelt bereits seit 2004 die Rahmenbedingungen zur Umsetzung (AOP-Vertrag). Seit 2023 werden neben den ambulanten Operationen und stationsersetzenden Maßnahmen zusätzlich stationsersetzende Behandlungen im AOP-Katalog definiert. Der Katalog (Anlage 1) enthält die Abschnitte 1 und 2, in denen die ambulant abrechnungsfähigen OPS-Prozeduren definiert sind. Die Abschnitte werden in der Regel einmal pro Jahr aktualisiert und ergänzt. Die Grundsätze der Abrechnung erfolgen nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in Form von Einzelleistungen, welche zudem Regelungen für die Abrechnung unterliegen.

Der EBM Abschnitt IV. 31.2 regelt dabei in einer systematischen Anordnung die Abrechnung der im Abschnitt 1 des AOP-Kataloges definierten Operationsprozeduren. Dabei werden neben dem operativen Eingriff die Überwachung, die Narkose und die postoperative Nachbehandlung (für den Operateur oder den nachversorgenden Haus- oder Facharzt) durch Gebührenordnungspositionen (GOP) vorgegeben.

Der EBM Abschnitt III Unterkapitel 05 bis 26 regelt den Abschnitt 2 des AOP-Kataloges mit den sogenannten nicht operativen konservativen Leistungen. Die Erweiterungen des letzten Jahres im Bereich des Kataloges ambulanten Operierens nach §115b SGB V zeigen schon erste Schwierigkeiten der unterschiedlichen Begrifflichkeiten zwischen Abschnitten, Anhängen und Anlagen, die bei der Abrechnung des ambulanten Operierens zu berücksichtigen sind. Die ▶Tabelle 1 zeigt einen Überblick.

Erweiterung des AOP-Kataloges

Vor der Erweiterung des AOP-Kataloges durch das IGES-Gutachten zum 1.1.2023 enthielt der AOP-Katalog bereits 2.879 Leistungen, die für die Leistungserbringung in der Institutsambulanz am Krankenhaus zur Verfügung standen. Zum 01.01.2023 wurde der AOP-Katalog um 205 neue OPS-Proze-

duren erweitert. Davon wurden 55 dem Abschnitt 2 zugeordnet und 150 dem Abschnitt 1 des AOP-Kataloges. Den Fachgruppenbereichen der Unfallchirurgie, Kardiologie und Augenheilkunde wurden hierbei die meisten OPS-Prozeduren zugeteilt. Zum 01.01.2024 soll der AOP-Katalog in einer zweiten Stufe um weitere 200 OPS-Prozeduren erweitert werden.

Begriff	Bemerkung
AOP Katalog 2023 Abschnitt 1	Operationen aus EBM Kapitel 31.2
AOP Katalog 2023 Abschnitt 2	Stationsersetztende Eingriffe aus EBM Kapitel 06 bis 26
AOP Katalog 2023 Abschnitt 3	Leistungen des EBM ohne OPS-Zuordnung
Anlage 1	AOP Katalog
Anlage 2	Kontextfaktoren zum AOP-Vertrag
Anhang 2 des EBM	enthält die Abrechnungsdefinition der Operationen

Tab. 1: Überblick

Erweiterung des EBM

Die Problematik des zugrundeliegenden, für die Erweiterung notwendige IGES-Gutachten von April 2022 lag unter anderem darin, dass mehr als 400 OPS-Prozeduren bisher keiner EBM-Leistung zugeordnet werden konnten. Hierzu hat der Bewertungsausschuss bereits im Lauf des Jahres 2023 einzelne neue Leistungen, wie beispielsweise die Rahmenbedingungen zur Hochfrequenzablation – OPS: 5–861.53 , für die Aufnahme in den EBM beschlossen. Am 16.11.2023 – hat der Bewertungsausschuss das Verzeichnis der operativen Prozeduren im Anhang 2 zum EBM mit Wirkung zum 01.01.2024 routinemäßig an die aktuelle Version des Operationen- und Prozedurenschlüssels angepasst. Darüber hinaus wurden 33 weitere Verfahren beschlossen, die neu aufgenommen wurden. Berücksichtigt wurden dabei OPS-Kodes für Biopsien an der Prostata und an Gelenken, Inzisionen im Bereich der Augen und der männlichen Geschlechtsorgane und die Revision von venösen Katheterverweilsystemen. Entscheidend dabei ist, dass im Anhang 2 Leistungen des EBM vorerst generell nur durch ein MVZ oder einen niedergelassenen Vertragsarzt erbracht und berechnet werden können. Für die Erbringung durch ein Krankenhaus muss zudem die Aufnahme in den AOP-Katalog erfolgen.

Die ▶Tabelle 2 zeigt die neue OPS Prozedur der Hochfrequenzablation im Anhang 2 des EBM in Verbindung mit einer vereinbarten Sachkostenpauschale.

Sachkosten

Nach wie vor große Probleme macht die Abrechnung von Sachkosten bei ambulanten Operationen nach 115b SGB V im Krankenhaus. Die Regelungen hierzu finden sich im neuen Paragraf 11 des AOP-Vertrages. Sind in der stationären Abrechnung nach den DRG-Fallpauschalen die Sachkosten bereits inklusive, bildet Paragraf 11 des §115b SGB V unterschiedliche Möglichkeiten der Sachkostenabrechnung. Dabei kommen der generell anzusetzende Sieben-Prozent-Zuschlag, Sachkostenpauschalen nach Abschnitt V ▶

SAVE
THE DATE

25. KU KODIERFACHKRÄFTEKONGRESS
11. April 2024 – Online

Weitere Informationen folgen in Kürze unter
ku-gesundheitsmanagement.de

EBM-Ziffer	Beschreibung Leistungstyp	€-Wert
08211	Grundpauschale GYN	16,89 €
31319	Hochfrequenzablation der Kategorie TT2	280,05 €
31503	Postoperative Überwachung	56,08 €
40685	Kostenpauschale für Netzelektrode	1.020,00 €
05211	Grundpauschale Anästhesie	10,34 €
05310	Präanästhesiologische Untersuchung	15,17 €
31822	Anästhesie	154,68 €
	Zuzüglich Plus 7% (ohne Berücksichtigung der ärztlichen Leistung)	

Tab. 2: Beispiel

des EBM sowie jede Menge Sachkosten nach Aufwand abzüglich 6,25 Euro (zum 01.01.2023) zum Ansatz. Sachkosten nach Aufwand gemäß AOP Vertrag werden in den unterschiedlichen Schlüsselprägungen des §301 der Datenübermittlung an die Krankenkasse zum Ansatz gebracht. Problematisch ist eine bisher fehlende einheitliche Sachkostenregelung bei ambulanten Operationen zwischen Klinik und Niedergelassenen. Im Gespräch sind für die Zukunft Einkaufsgemeinschaft zwischen Klinik und Niedergelassenen, um den Einkaufspreis auch für Niedergelassene ökonomischer gestalten zu können. Eine generelle Einführung von Sachkostenpauschalen nach dem Kapitel V des EBM hingegen wäre ein Nachteil für Klinik und Niederlassung gleichermaßen, da Sachkostenpauschalen in der Kalkulation weit unter dem Niveau der tatsächlichen Einkaufspreise liegen.

Ambulante Förderungszuschläge

Ebenfalls neu im EBM sind seit 01.07.2023 die ambulanten Förderzuschläge. Sie sind gleichermaßen für Leistungen nach §115b SGB V in der Institutsambulanz der Klinik als auch im MVZ oder im niedergelassenen Bereich berechnungsfähig. Ambulante Förderzuschläge sollen die ambulante Durchführung in Klinik und Praxis fördern, und sind ebenfalls an die OPS-Prozedur gebunden. Nur eine Auswahl von 500 Leistungen des Abschnitt 1 des AOP Kataloges haben eine Zuordnung des ambulanten Förderzuschlages erhalten. Die Abschnitt 2 Leistungen des AOP Kataloges sind von einer Berechnung der Zuschläge generell ausgeschlossen. In Bezug auf die zentrale Operationsleistung erhöhen sie die Vergütung des Eingriffes zwischen 15 und 30 Prozent. Leider gibt es bis heute im Anhang 2 des EBM keine automatisierte Zuordnung der ambulanten Zuschläge, wie dies beispielsweise bei operativen Eingriffen, Narkose und der Überwachung der Fall ist. Dies Systematik ähnelt dem Prinzip der ambulanten Operationszuschläge in der Gebührenordnung für Ärzte der GOÄ.

Verlängerte Nachbeobachtungszeiten

Große Schwierigkeiten macht der neu seit Januar 2023 bei ambulanten Operationen eingeführte EBM-Zuschlag 31530 für die verlängerte Nachbeobachtungszeit. Der Zuschlag gilt für ausgewählte Patientengruppen und für geeignete Operationen als Zeitzuschlag je 30 Minuten, in Verlängerung einer postoperativen Überwachung. Er ist jedoch nur je vollendete 30 Minuten berechnungsfähig, wenn die dem Eingriff zu Grunde liegende postoperative Nachbeobachtungsziffer bereits überschritten wird. Die Postoperative Nachbeobachtung selbst ist wiederum gemäß der EBM Bestimmungen 31.3.3 mit vorgeschriebenen Überwachungszeiten belegt. Betroffen sind die GOP 31501 bis 31507. Die Überwachungszeiten liegen zwischen 30 Minuten bei GOP 31501 bis 8 Stunden bei der GOP 31507.

Die jeweilige postoperative Überwachungszeit (GOP 31501 bis 31507) muss in jedem Falle überschritten sein, bevor die Zuschläge je 30 Minuten berechnet werden können. Zusätzliche Voraussetzungen wie Kinder unter zwölf Jahren, Parkinsonpatienten oder Demenzpatienten oder Eingriffe der Kategorie 5–7 sind im Vorfeld der Berechnung zu prüfen. Die Zuschläge der verlängerten Nachbeobachtungszeit und die ambulanten Förderzuschläge haben jedoch gegenseitig keinen Abrechnungsausschluss.

Fazit

Die Abrechnung des ambulanten Operierens nach §115b SGB V unterscheidet sich vom Honorar bei Leistungserbringung im MVZ oder in der Institutsambulanz eines Krankenhauses generell nicht. Dennoch ist sie im Vergleich zur stationären Abrechnung eine komplexe Herausforderung, der sich viele Kliniken stellen müssen. In Anbetracht der vielen Zusatzleistungen zur systematischen OPS Abrechnung ist fundiertes Wissen in der Umsetzung zwingend notwendig. ■

„Große Schwierigkeiten macht der neu seit Januar 2023 bei ambulanten Operationen eingeführte EBM-Zuschlag 31530 für die verlängerte Nachbeobachtungszeit. Der Zuschlag gilt für ausgewählte Patientengruppen und für geeignete Operationen als Zeitzuschlag je 30 Minuten, in Verlängerung einer postoperativen Überwachung. “

Ursula Klinger-Schindler
Geschäftsführung AmPAC-Consulting
Ambulanz- & Abrechnungsmamangement
u.klinger@ampac-consulting.de