

# Systemversagen mit Ansage: Ambulante Operationen

Regularien insbesondere für die **Kinderaugenchirurgie problematisch** – Eine Zustandsbeschreibung von Ursula Hahn

**DÜSSELDORF** „Ambulantisierung“ ist gerade das berufspolitische Zauberwort – mit der Verlagerung aus der stationären in die ambulante Versorgung sind viele Erwartungen verbunden. Unstrittig gibt es in Deutschland auch noch einiges an Potenzial.

Die Augenheilkunde hat im Kontext der Fächer eine spezielle Position: Vor mehr als 30 Jahren haben Pioniere unter den Augenärzten und den Kostenträgern die richtigen Rahmenbedingungen für die Ambulantisierung der Kataraktoperation geschaffen, andere Indikationen sind nachgezogen. Ambulante Augenchirurgie in Praxen, MVZ und Krankenhäusern ist in unserem Fach Alltag. Aber: Das Vorbild Kataraktoperation hat wenig Nachahmer gefunden – das gilt nahezu für alle anderen Fächer, aber eben auch für einige Krankheitsbilder innerhalb der Ophthalmologie.

Und ganz im Gegensatz zu der große Erwartungen schürenden Debatte haben sich mit dem zum 1. Januar 2023 geänderten Vertrag zum ambulanten Operieren (AOP-Vertrag) nach § 115b SGB V die Voraussetzungen für erfolgreiche Ambulantisierung keinesfalls verbessert, im Gegenteil droht Systemversagen mit Ansage. Ursache ist ein Paradigmenwechsel im Vertrag, der einen typisch deutschen Reflex bedient: Um Ambulantisierung zu erreichen, wird einseitig stationäre Durchführung verhindert oder zumindest drastisch erschwert.

Bis Ende 2022 waren die im AOP-Katalog genannten Leistungen sowohl ambulant wie stationär erbringbar. Nach neuem Vertrag sind alle gelisteten Leistungen grundsätzlich ambulant. Eine stationäre Durchführung ist nur zulässig, wenn ein sogenannter Kontextfaktor (Anlage 2 zum Vertrag) vorliegt. Kontextfaktoren sind ausgesprochen scharfe und seltene Diagnosen (Beispiel aus der Augenheilkunde: „Purulente Endophthalmitis“) beziehungsweise einige wenige parallel zu erbringende Operationen und Prozeduren (z.B. Keratoplastik, Amnionmembran, Enukleation). Der AOP-Vertrag sieht neben den Kontextfaktoren einige minimale Spielräume vor, um für eine stationäre Durchführung zu argumentieren.

Dabei wird ausgeblendet, dass es zwingende Gründe für stationäre Durchführung gab und gibt. Sie können medizinischer Natur sein: So ist bei einigen Indikationen beziehungsweise Prozessen und Operationen eine stationäre Durchführung nicht als Ausnahme, sondern als Regel indiziert – etwa bei fistulierenden Glaukomoperationen aufgrund der Gefahr von postoperativer Hypotonie. Solche verfahrensspezifischen Risiken spielen in den Kontextfaktoren aber keine Rolle. Behandler wollen Patienten und Patientinnen nicht dem Risiko der ambulanten Versorgung aussetzen, sehen sich aber potenziellen Sanktionen bei stationärer Durchführung gegenüber. Was sollen sie also tun? Erbringen sie die Leistung ambu-

lant und kommt es zu einer Komplikation, hängen sie am Fliegenfänger, denn nach § 2 AOP-Vertrag trägt der behandelnde Arzt die Verantwortung, dass die ambulante Durchführung im individuellen Fall möglich ist und der Patient adäquat nachbetreut wird. Führen sie die Operation stationär durch, dann droht die Fehlbelegungsprüfung mit wahrscheinlichem negativen Ausgang.

Auch der genau entgegengesetzte Grund kann Ambulantisierung verhindern: Leistungen sind zwar aus medizinischem Blickwinkel ambulant möglich, dafür aber nicht zugelassen. So fehlt im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zum Beispiel mit der „Vitrektomie mit Manipulation an der Netzhaut“ eine häufige Prozedur in der Netzhaut-/Glaskörperchirurgie.

Es muss aber dringend auch über Finanzen gesprochen werden: Und dabei geht es nicht um „Sich die Taschen voll machen“, sondern um die „schwarze Null unter dem Strich“. Sachkosten bei ambulanter Durchführung ist dabei eine Dimension. Die Sachkostenregelungen für ambulante Leistungen sind ein intransparenter Flickenteppich. Ein Beispiel ist die Kanaloplastie, die (teure) Sonde wird regelhaft nicht erstattet. Ohne Kostenersatzung der Sonde jedoch keine ambulante Durchführung: Selbst die gutwilligste operative Praxis wird Sachkosten von bis zu 800 Euro nicht aus einem Honorar von 440,58 Euro (Kanaloplastie, EBM 31344) finanzieren können und wollen. Man kann als Patient, als Patientin aber Glück haben: wenn man bei einer Krankenkasse versichert ist, die im Wege der Einzelabrechnung die Kosten übernimmt und in einem Zentrum behandelt wird, das um diese informelle Krankenkassenpraxis weiß und gewillt ist, den höheren administrativen Aufwand für Einzelabrechnung auf sich zu nehmen. Eine paradoxe Stillblüte in einem Gesundheitswesen, das für sich in Anspruch nimmt, allen Patienten und Patientinnen in gleichem Maße Zugang zur Versorgung zu gewähren.

## Besondere Brisanz in der Strabismuschirurgie

Eine andere finanzielle Dimension: Bei einigen Operationen und Prozeduren steht die Honorarhöhe bei ambulanter Durchführung in keinem Verhältnis zu den Kosten für Personal und Infrastruktur. Beispiele dafür sind die Pterygium-OP, Tränenwegschirurgie, Ptosis-OP und Defektdeckungen nach Tumorentfernung am Lid. Besonders drastisch ist die Problematik bei allen strabologischen Operationen. Für die häufigste Augenmuskuloperation, die „5-10k.0-Operationen an 2 geraden Augenmuskeln“, erzielt das Krankenhaus (DRG in der Hauptabteilung) einen Erlös zwischen rund 2300 beziehungsweise 2600 Euro (C10B oder C10C, jeweils aDRG nach Bundesbasisfallwert plus Pflegeentgelt, 2023). Mit dem für ambulante Durchführung heranzuziehenden EBM wird hingegen nur ein Honorar von rund 400 Euro erreicht (eigentliche Operation € 255 [31323], Anästhesie

€ 114,57 [31821], postoperative Überwachung € 27,92 [31502]). Dieser Betrag steht in keinem Verhältnis zum Ressourcenverbrauch der Operation.

**Die prekäre „Ambulantisierungsstrategie“ trifft besonders die Patienten und Patientinnen, die, wenn überhaupt, nur noch mit Mühe einen Behandler finden [...] im Zweifelsfall landet der schwarze Peter bei den Ärzten und Ärztinnen.**

Ursula Hahn

In einer jüngst veröffentlichten Kostenträgerrechnung wurden retrospektiv für 302 Patienten OP- und kalkulationsrelevante Daten wie unter anderem Schnitt-Naht-Zeit, Präsenzzeiten der Chirurgen, Anästhesisten und Funktionsdienste sowie die auf die Operation entfallenden Material- und Infrastrukturkosten der Medizinischen Hochschule Hannover ermittelt<sup>1</sup>. In der Auswertung zeigte sich, dass insbesondere der hohe Personaleinsatz aufgrund der langen OP-Dauer zu Buche schlägt. Die Gesamtkosten der durchschnittlichen strabologischen Operation ohne „Hotel Krankenhaus“ beliefen sich auf 930,08 Euro, also rund 500 Euro mehr, als eine ambulant operierende Einrichtung nach EBM bekommt.

Der Druck auf die stationäre strabologische Chirurgie ist hoch, Eingriffe sind immer wieder Gegenstand von Schwerpunktprüfungen des Medizinischen Dienstes auf Fehlbelegung. Die Krankenhaus-Geschäftsführer scheuen die Fehlbelegungsprüfung, zumal die Aussichten auf Erfolg gering sind. Ambulante Durchführung ist ohne kostendeckende Vergütungssätze aber keine tragfähige Alternative. Das sehen Strabologen und Strabologinnen in Krankenhäusern und in Praxen/Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gleichermaßen. Man braucht keine seherische Gabe, um die Konsequenzen zu erahnen.

Es hilft auch nicht, dass es im aktuellen Kontextfaktoren-Katalog Sonderregeln für die Strabologie gibt<sup>2</sup>: In 2023 begründet ein beidseitiger Eingriff automatisch eine stationäre Durchführung. Beidseitige Eingriffe sind, wie Fachleute nicht müde werden zu erklären, eher selten indiziert, zudem ist das Jahr 2023 so gut wie vorbei. Völlig unklar ist, was sich bis 2024 geändert haben soll, sodass der Bedarf für die Sonderregelung wegfallen kann.

Warum gibt es aktuell noch stationäre und ambulante strabologische Operationen? Wir hören, dass die Prüfpraxis des Medizinischen Dienstes nicht in allen Teilen der Bundesrepublik exakt den Buchstaben des AOP-Vertrags folgen soll. Einige Krankenhäuser halten an dem Leistungs-



Ursula Hahn

bereich fest, da die medizinischen Funktionsträger aus anderem Grund für das Krankenhaus wichtig sind (z.B. mit Blick auf Drittmittel oder weil die Fachärzte und Fachärztinnen auch andere, finanziell tragfähige Indikationsgebiete abdecken). Praxen und MVZ wollen nicht mit der Tradition brechen. Das geht für den Moment, ist aber keine dauerhafte Basis für ein ausreichendes Angebot an strabologische Operationskapazitäten. Die Indizien, dass sich die ophthalmologische Kinderchirurgie in Praxen und MVZ sowie Haupt- und Belegabteilungen in schwierigen Fahrwassern befindet, mehren sich. Die Zahl der Kinderchirurgie anbietenden Abteilungen und Praxen/MVZ ist rückläufig und dieser Trend wird weiter gehen.

## Multidimensionales Systemversagen

Juristen bezeichnen den Effekt als Systemversagen – das Regelungsnetzwerk zwingt eine ambulante Durchführung, ohne die dafür erforderlichen flankierenden Rahmenbedingungen bereitzustellen. Die prekäre „Ambulantisierungsstrategie“ trifft besonders die Patienten und Patientinnen, die, wenn überhaupt, nur noch mit Mühe einen Behandler finden. Für die Versorgung ist das eine Katastrophe. Und im Zweifelsfall landet der schwarze Peter bei den Ärzten und Ärztinnen.

Andere Länder haben besser nachgedacht. Laut einem vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebenen Gutachten wurden in England, Frankreich, Dänemark, Norwegen, Schweiz und Österreich die Vergütung für ambulante Leistungen angehoben und so die Voraussetzungen geschaffen, dass Fälle aus der stationären Versorgung herausgelöst wurden<sup>3</sup>. England sah sogar – auf Zeit – eine gegenüber der stationären Versorgung höhere Vergütung für ambulante Versorgung vor. In diesen Ländern wurde also nicht nur sichergestellt, dass die Kosten bei ambulanter Durchführung gedeckt werden, zusätzlich wurde der Wandel mit finanziellen Anreizen flankiert. Die deutschen Strabologen und Strabologinnen sind deutlich bescheidener – sie wollen einfach nur, dass ihre Arbeit bezahlt wird.

## Positionierung der Fachgesellschaften

Aktuell haben sich der Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e.V. (BVA), der Bundesverband Deutscher OphthalmoChirurgen e.V. (BDOC) und

die Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft e.V. (DOG) mit einer eigenen Positionierung in die Debatte eingebracht und sich an die für den AOP-Vertrag zuständigen Institutionen – GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung und Deutsche Krankenhausgesellschaft – gewandt („AOP-Vertrag und die Zukunft der Versorgungsqualität und -sicherheit“ vom 1.8.2023, im Mitgliederseminar des BVA heruntergeladbar). Sie haben das „Gerippe“ an Kontextfaktoren für die ophthalmologische Versorgung weitergedacht: fallindividuelle Gründe (Beispiele daraus: „Patient zu unsicher zum Selbertröpfen“, „Pflegedienst ohne ausgebildete Augenfachkraft“, „Grad der Behinderung nach Operation ggf. höher als vorher; funktionelle Einängigkeit nach Operation“) und ophthalmologisch-spezifische Kontextfaktoren – unterteilt nach präoperativ (vorbestehend), intra- und postoperativ – werden in zwei nicht abschließenden Listen aufgeführt. Sie fordern des Weiteren eine Entfristung der Sonderregelung, eine Klärung der Haftungsfrage bei nichtzulässiger stationärer Aufnahme und eine Komplettierung der Regelungen zur Sachmittelfinanzierung.

Es bleibt abzuwarten, wie die Adressaten darauf reagieren. Aktuell sind weder ein ausgeprägtes Problembewusstsein noch Änderungswille bei den politisch Verantwortlichen in Deutschland zu erkennen. Andere Baustellen – unter anderem die Krankenhausreform – überlagern die Debatte. Im Sinne einer rationalen Versorgungssteuerung und im Interesse der Patientinnen und Patienten wäre eine Nachsteuerung dringend geboten – es wäre schön, wenn der Karren nicht erst vor die Wand fahren müsste.

**Fr20-03** **Raum 3**  
**Fr., 29.09.** **15.00–16.15 h**

## Literatur

1. Framme C, Gottschling J, Kuiper T et al. Kostenträgerrechnungen von strabologischen Operationen an einer Universitäts-Augenklinik. *Ophthalmologie* 2020;117(10):1006–1014.
2. [https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2\\_Themen/2.2\\_Finanzierung\\_und\\_Leistungskataloge/2.2.4\\_Ambulante\\_Verguetung/2.2.4.2\\_Ambulantes\\_Operieren\\_115b\\_SGB\\_V/AOP\\_Kontextfaktoren\\_2023.xlsx](https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.2_Finanzierung_und_Leistungskataloge/2.2.4_Ambulante_Verguetung/2.2.4.2_Ambulantes_Operieren_115b_SGB_V/AOP_Kontextfaktoren_2023.xlsx) (Mappe „Beidseits“).
3. Schreyögg J, Milstein R. Gutachten im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit: Identifizierung einer initialen Auswahl von Leistungsbereichen für eine sektorengleiche Vergütung. Berlin Hamburg Center of Health Economics; 2021: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Expertise\\_sektorengleiche\\_Verguetung.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Expertise_sektorengleiche_Verguetung.pdf)

## ► Autorin:

Priv.-Doz. Dr. rer. medic. Ursula Hahn  
Geschäftsführerin der  
OcuNet Verwaltungen GmbH  
OcuNet GmbH & Co. KG  
Friedrichstr. 47  
40217 Düsseldorf  
Tel.: 0211-17932-66  
Fax: 0211-17932-67  
E-Mail: zentrale@ocunet.de