

## Neue AOP-Regeln fallen aus ophthalmologischer Sicht durch

Ursula Hahn

Umfassende Änderungen im EBM und im AOP-Vertrag, die sowohl Niedergelassene als auch Krankenhäuser betreffen, sind zum 1. Januar 2023 in Kraft getreten – zur Überraschung vieler. Wie wirken sie sich für die Ophthalmologie aus?

Wenige Tage vor Jahresende kamen kurz hintereinander zwei Nachrichten hinein: Erst meldete die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vom Bewertungsausschuss beschlossene umfassende Änderungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) – also der vertragsärztlichen Vergütungsordnung – zu ambulanten und belegärztlichen Operationen und Prozeduren. Wenige Tage später wurde der zwischen KBV, Deutscher Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverband neu verhandelte AOP-Vertrag samt Anlagen nach § 115b mit wesentlichen Neuerungen veröffentlicht.

Die Ergebnisse der Nacht- und Nebelaktionen sind alle schon zum 1. Januar 2023 in Kraft getreten und betreffen sowohl Niedergelassene wie Krankenhäuser. Die Änderungen haben überrascht – auch viele der üblicherweise gut Informierten; die Berufsverbände laufen Sturm, dass sie nicht mal gehört wurden. Die Methode Überraschungscoup ist zwar in dem aktuellen angespannten politischen Klima verständlich. Die Termine bis zu der gesetzlich vorgeschriebenen Überarbeitung des AOP-Katalogs waren längst überschritten und das Bundesgesundheitsministerium hat wiederholt sehr deutlich gemacht, dass die Selbstverwaltung nicht mit Langmut rechnen kann, wenn sie gesetzlich vorgegebene Fristen überschreitet. Und natürlich wollten die Gre-

mien nicht ihre Deutungshoheit und Entscheidungskompetenz verlieren. Die Konsequenz: Die eigentlich übliche Diskussion mit den Berufsverbänden, die (manchmal) auch dazu dient, dass fachlich sachgerechte Lösungen vereinbart werden, hat nicht stattgefunden.

### Umfassende EBM-Änderungen, Phakoemulsifikation und IVOM außen vor

Die EBM-Änderungen betreffen (nahezu) alle Leistungen der Kapitel 31 (ambulante Operationen und Prozeduren) und 36 (belegärztliche Versorgung): Bewertung, Kalkulationszeiten und Prüfzeiten wurden geändert (Teil A Bewertungsausschussbeschluss). Davon ausgenommen sind nur die Kataraktoperation (EBM-Ziffer 31350/36350 und 31351/26351) und die intravitreale Medikamenteneingabe (IVOM; EBM-Ziffern 31371 und 31372). Heißt: Sie wurden weder ab- noch aufgewertet, Kalkulations- und Prüfzeiten sind unverändert.

„Ausgabenneutralität“ – die Prämisse, unter der die EBM-Reform stand – ist eine schlechte Basis für eine Ambulantisierungsoffensive. Um unter dem Strich nicht mehr auszugeben, wurden Bewertungen „umgeschichtet“. Fachübergreifend wurden Leistungen mit niedrigem Zeitansatz abgewertet. In diesen Kategorien sind aber gerade besonders viele volumenstarke Gebührenordnungspositio-

nen (in der Augenheilkunde u. a. die YAG-Kapsulotomie, die Zyklphotokoagulation und die Iridektomie). Die parallele Aufwertung von Operationen mit höherem Zeitansatz kompensiert weder nach Menge noch nach Finanzierung. Komplexere Eingriffe sind eher seltener und gehen in der Regel mit höheren Sachkosten einher – und da die häufig nicht gedeckt sind, kann auch keine ambulante Versorgung stattfinden. Außerdem: Die abgewerteten Leistungen werden gerade auch in kleineren Praxen durchgeführt, komplexere Leistungen erbringen vor allem große augenmedizinische Zentren und Krankenhäuser. Die KBV, die sich gerne als Hüterin von Praxen traditionellen Zuschnitts gibt, erweist ihrer Kernklientel mit dieser Umschichtung einen Bärendienst.

### Ohne suffiziente Kostendeckung für Verbrauchsartikel und Implantate keine Ambulantisierung

Es ist ein offenes Geheimnis, dass neben der Höhe der Honorare die insuffiziente Kostendeckung für Verbrauchsartikel und Implantate die wichtigste Ambulantisierungshürde ist. Moderne chirurgische Verfahren kommen häufig mit hohen Sachkosten einher. Im Sinne einer flexiblen und der großen Vielfalt von Verbrauchsartikeln und Implantaten gerecht werdenden Lösung haben sich regionale Pauschalvereinbarungen bewährt. In der Region sind die Versor-

gungsherausforderungen viel unmittelbarer spürbar, Initiativen und Lösungen kommen aus der Region und passen zu den dortigen Gegebenheiten. Das hat auch die Erfahrung mit der Kataraktoperation gezeigt: Ohne regionale Initiativen hätte es auch bei dieser Indikation keine Ambulantisierung gegeben. In die derzeit geführte intensive Debatte um mehr Regionalisierung sollte auch dieser Regelungsbereich mit einbezogen werden. Mit der nur auf Honorare abzielenden AOP-Reform wurde jedenfalls die Chance verpasst.

### EBM-Änderungen spiegeln Imageproblem der Augen-chirurgie

Die EBM-Änderungen wirken, als solle die Augenheilkunde, immerhin Vorreiterin der Ambulantisierung mit einem bereits vorbildhaften und weit ausgeweiteten ambulanten Spektrum, abgestraft werden. Schon im vergangenen Jahr wurde die Kataraktoperation und die IVOM im EBM abgewertet, in der jetzt in Kraft getretenen EBM-Reform ist die Augen-chirurgie explizit von allen Ambulantisierung fördernden neuen Instrumenten ausgenommen: Keine ophthalmologische Operation oder Prozedur kommt in den Genuss neu definierter Förderzuschläge (immerhin mit Punktausstattungen zwischen 223 und 1.923), auch nicht die prekären aus der Strabologie und Glaukomchirurgie. Ophthalmochirurgische Eingriffe sind zudem explizit von neuen postoperativen Überwachungsziffern ausgeschlossen. Die wenigen neu in den EBM aufgenommenen ophthalmochirurgischen Operationen sind nicht nur selten, sie wurden laut Berufsverband der Augenärzte (BVA) der Verbandsempfehlung zuwider einbezogen. Hingegen wurden für Ambulantisierung wichtige OPS wie zum Bei-

spiel Vitrektomie mit Manipulation an der Netzhaut (OPS 5–158.2 bis 5–158.4) nicht berücksichtigt. Es ist richtig, dass andere Fächer erst mal ihre Ambulantisierungsaufgaben machen müssen, sie haben ein ungleich höheres Potenzial dazu. Das aber zu Lasten der Augenheilkunde zu tun, ist ungerecht, sachfremd und behindert die weitere Ambulantisierung in unserem Fach.

Tatsächlich hat die Ophthalmochirurgie einen schwierigen Stand, Vertreter des Faches bekommen das in der Diskussion in den fachübergreifenden Gremien, etwa der KBV, mit Wucht zu spüren. Statt sich die Augenheilkunde und hier speziell die Kataraktoperation zum Vorbild zu nehmen – deren Finanzierung hat die Ambulantisierung ja gerade erst ermöglicht – und eine auskömmliche finanzielle Ausstattung auch für eigene Indikationen nachdrücklich zu vertreten, stößt man auf Neid-getriggerte Verunglimpfung. Manchmal kommen die Anwürfe sogar aus dem Fach selber. Diese Diskussionen sind dann oft emotional so aufgeladen, dass Logik und berufspolitische Vernunft aussetzen. Hinter vorgehaltener Hand wird auch zugegeben, dass sich das ophthalmologische Imageproblem in der AOP-Reform niederschlägt. Und die Zahlen bestätigen es: In einem Gespräch mit Berufsverbänden hat die KBV vorgerechnet, dass die Reform der operativen Augenheilkunde rund ein Prozent des Leistungsbedarfs aus Kapitel 31 und 36 entzieht.

### Geänderter AOP-Vertrag: Kontextfaktoren für stationäre Durchführung schaffen neue Versorgungslücke

Auch im AOP-Vertrag gibt es einige Änderungen. Sie betreffen die in Anlage 1 genannten Operatio-

nen und Prozeduren (sogenannter AOP-Katalog) und die Vergütung von Rezidivoperationen. Vor allem aber kann eine Operation aus dem AOP-Katalog nunmehr nur noch dann stationär durchgeführt werden, wenn patientenindividuell mindestens einer der in Anlage 2 des AOP-Vertrags gelisteten Kontextfaktoren vorliegt (§ 8 AOP-Vertrag neu).

Von dieser Neuregelung sind die Operationen und Prozeduren des AOP-Katalogs betroffen. Allerdings – und das ist für Vertragsärzte und -ärztinnen wichtig – gibt es in den EBM-Kapiteln 31/36 mehr Leistungen als im AOP-Katalog. So sind z.B. Pars-plana-Vitrektomie, Keratoplastiken und MIGS-Eingriffe zwar im EBM enthalten, gehören aber nicht zum AOP-Katalog. Nach unserem Verständnis greifen die im Folgenden erläuterten Regeln nur für die Leistungen, die sowohl im AOP-Katalog wie im EBM enthalten sind. Das trifft z.B. für Kanaloplastik, Zyklphotokoakulation, Crosslinking und natürlich die Phakoemulsifikation zu.

Nach bisherigem AOP-Vertrag konnte eine Operation und Prozedur sowohl ambulant als auch stationär durchgeführt werden, manche OPS erfolgten vor allem ambulant, andere mehrheitlich stationär. Nunmehr sind die im AOP-Katalog gelisteten OPS grundsätzlich ambulant zu erbringen, nur ein Kontextfaktor kann eine stationäre Durchführung begründen. Der bisherige Freestyle – jeder hat so begründet, wie er es für richtig erachtete – ist passé. Die Liste der Kontextfaktoren umfasst 259(!) eng beschriebene Tabellenseiten in Anlage 2 des AOP-Vertrags. Es sind Diagnosen nach ICD, Operationen und Prozeduren nach OPS, kognitive oder motorische Stö-

### Beschluss des Bewertungsausschusses/Änderungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) vom 14.12.2022

- Teil A: Einführung von Kalkulationszeiten/Reduktion von Prüfzeiten/Anpassung (Anhebung und Absenkung) der Punktwerte für zahlreiche EBM-Gebührenordnungspositionen des Kapitels 31 (ambulantes Operieren) und Kapitel 36 (belegärztliches Operieren) [https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2022-12-14\\_ba620\\_de.pdf](https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2022-12-14_ba620_de.pdf)
- Teil B: Förderung der Ambulantisierung mittels sieben verschiedener von Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) abhängigen neuen EBM-Zuschlagsziffern mit einer Bewertung von 223 bis (immerhin) 1.923 Punkten
- Teil C: Neue EBM-Zuschlagsziffer, die „im unmittelbaren Anschluss an die postoperative Überwachung nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 berechnungsfähig ist“
- Teil D: Neuaufnahme von OPS in Anhang 2 des EBM mit Gebührenordnungszuordnung in Kapitel 31 und 36 [https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2022-12-14\\_ba620\\_ops.pdf](https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2022-12-14_ba620_ops.pdf)

Download:

[https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2022-12-14\\_ba620\\_8.pdf](https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2022-12-14_ba620_8.pdf)

### Neufassung des Vertrags nach § 115 b Absatz 1 SGB V – Ambulantes Operieren, stationersetze Eingriffe und stationersetze Behandlungen im Krankenhaus – (AOP-Vertrag) samt Anlagen vom 21.12.2022

- Neue OPS im AOP Katalog: In Anlage 1, Abschnitt 1 und 2 wurden neue OPS aufgenommen [https://www.kbv.de/media/sp/AOP-Vertrag\\_Anlage\\_1.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/AOP-Vertrag_Anlage_1.pdf).
- Rezidiv- bzw. Reoperationen (§ 10 AOP-Vertrag neu) können nach EBM-Gebührenordnungsziffern für Simultanoperationen abgerechnet werden.
- Begründung von stationärer Durchführung entlang von Kontextfaktoren (§ 8 AOP-Vertrag neu in Verbindung mit Anlage 2), die Einteilung nach „i. d. R. ambulant“ und „ambulant und stationär“ ist entfallen. Sonderregelungen für die Augen Chirurgie ([https://www.kbv.de/media/sp/AOP-Vertrag\\_Anlage\\_2.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/AOP-Vertrag_Anlage_2.pdf)).

Download:

<https://www.kbv.de/media/sp/AOP-Vertrag.pdf>

rungen nach Spezialscores, Pflegestufen, Alter <1 Jahr und Beatmungszeiten. Andere eine stationäre Versorgung begründende medizinische oder soziale Gründe greifen nur, wenn „die Versorgung des Patienten in der Häuslichkeit nicht sichergestellt werden kann und dadurch der medizinische Behandlungserfolg gefährdet ist“ und müssen jeweils fallindividuell dargestellt werden.

Die Kontextfaktoren sind scharf, das gilt auch für die aus dem ophthalmologischen Diagnostik- und Therapiekanon. Die wenigen als Kontextfaktoren akzeptierten Diagnosen sind extrem selten wie z.B. purulente Endophthalmitis (ICD H44.0), akute Entzündung der Orbita (H05.0), Augenerkrankung durch Toxoplasmen (B58.0) oder durch Herpesviren (B00.5). Die Diagnosen sind weit entfernt von den bislang wohl gelegent-

lich verwendeten Begründungen wie „letztes Auge“, „extrem flache Vorderkammer“, „hohe Myopie/Hyperopie“ oder „Z.n. Voroperation“. Kontextbegründende ophthalmochirurgische Operationen und Prozeduren sind zahlreicher, darunter aber – natürlich – keine häufigen. Keratoplastiken sind neben eher seltenen Kolibris (Rekonstruktionen, Plastiken, Eingriffe an Orbita und Orbitainnenhaut) dabei.

Die Konsequenz für Patientinnen und Patienten: Wenn sie ohne Kontextfaktoren einen Versorgungsbedarf haben, der unter den AOP-Katalog fällt, zugleich aber ambulant nicht ausreichend kostengedeckt ist, dann bleiben sie potenziell auf der Strecke. Über solche Versorgungslücken wurde schon bislang vereinzelt berichtet – Anlass war meist, dass sich der Medizinische Dienst gerade in einem Indikationsgebiet mit Fehlbelegungsprüfungen austobte. Mit Kontextfaktoren wird das zu einem systematischen und größeren Problem.

### Mehr Bürden für die vertragsärztliche/belegärztliche Versorgung

Ophthalmologische Kontextfaktoren dürften für Fachgruppenangehörige noch gut diagnostizier- und kodierbar sein, sie sind in der klinischen Praxis aber – siehe oben – selten. Daher wird in unserem Fach auch auf Kontextfaktoren aus anderen Versorgungsgebieten zurückgegriffen werden müssen. Und da wird es dann schwierig: Nicht nur wegen der schieren Menge an Kontextfaktoren, auch wegen der unzureichenden Kodierkenntnis und -praxis.

Kontextfaktoren ergeben sich aus der Krankheitsgeschichte des Patienten; um einen stationären

Aufenthalt zu begründen, müssen sie dem Grunde nach schon bei Einweisung bekannt sein. Der Medizinische Dienst wird sich zu Prüfzwecken in erster Linie an die Krankenhäuser wenden – es geht ja auch um deren Diagnosis Related Groups (DRG) und sie sind laut AOP-Vertrag zur Dokumentation verpflichtet. Die Krankenhäuser werden aber auf die Zuarbeit der einweisenden Kollegen und Kolleginnen angewiesen sein. Besonders drastisch wird das in der belegärztlichen Versorgung, bei der das Krankenhaus den Patienten bzw. die Patientin gar nicht selber kennt.

Je spezifischer ein Fach, umso schwerer wird es sich mit fachübergreifenden Kontextfaktoren tun. Aber selbst wenn der Ophthalmologe bzw. die Ophthalmologin in der Niederlassung bereit wäre und sich in der Lage fühlte, die für einen nicht-ophthalmologischen Kontextfaktor relevante Diagnostik durchzuführen bzw. zu veranlassen, es gibt dafür keine Finanzierung. So soll z.B. der Kontextfaktor motorische Störungen nach Barthel-Index kodiert werden. Dieser Index taucht sogar im EBM auf (als hausärztlich-geriatrisches Basisassessment und als physikalisch-rehabilitative Funktionsdiagnostik), ist aber für Augenärzte und -ärztinnen nicht abrechenbar.

Was heißt das für Belegärzte und Belegärztinnen? Der Aufwand, eine stationäre Durchführung zu begründen, wird höher, die Aufgabenverteilung mit dem Krankenhaus muss überdacht und die Anforderungen an präoperative hausärztliche Diagnostik müssen geschärft werden. Macht alles keinen Spaß bei einer Versorgungsart, die auch so schon auf der letzten Rille fährt. Ein Krankenkassenvertreter könnte einwenden, dass

hohe Hürden gut sind: Dann wird mehr ambulant operiert. Stimmt vielleicht sogar. Allerdings muss dann auch die Kehrseite mit betrachtet werden: Da sich fachbezogene Belegärzte und Belegärztinnen mit den Kodieranforderungen schwerer tun als Hauptabteilungen in fachübergreifend aufgestellten Krankenhäusern, drücken die neuen Anforderungen die intersektorale Versorgungsstruktur Belegarztwesen noch weiter an den Rand.

### Ophthalmologische Sonderregeln für 2023

Was noch in Anlage 2 des AOP-Vertrags auffällt: Unter den Kontextfaktoren gibt es nur für die Augenchirurgie zwei Sonderregeln, die beide auf das Jahr 2023 beschränkt sind. Eine stationäre Durchführung ist demnach bei beidseitigen Eingriffen vor allem aus dem strabologischen Leistungsspektrum begründet. Ein vergiftetes „Geschenk“: Wird der kurzfristige Vorteil gut genutzt, dann ist schon absehbar, dass die Operationen – auch die einseitige – im nächsten Jahr abgewertet werden. Zweite Sonderregelung: Bei bestimmten ophthalmologischen Vorerkrankungen ist eine stationäre Phakoemulsifikation begründet. Die Liste dieser Vorerkrankungen ist weit gefasst und umfasst auch PEX, mature Katarakt oder eine Bulbuslänge <26,5 mm. Auch hier stellt sich die Frage, was nach 2023 ist. Und woher kommt die Initiative für diese Sonderregeln? Erster Eindruck: Die Vertragspartner standen unter Druck, was für die (stationäre) Augenheilkunde zu tun, wollten aber gar nicht. Das Ergebnis sind verquaste Sonderregeln mit einjähriger Laufzeit.

### Fazit

Mit der EBM-Reform wird der operativen Augenheilkunde Geld

entzogen. Weder augenmedizinische Patientinnen und Patienten noch Einrichtungen – egal ob am Krankenhaus oder in der Niederlassung – profitieren. Mit der Überarbeitung des AOP-Vertrags wird die Begründung stationärer Operationen deutlich schwieriger und aufwendiger. Das wird nicht nur die Krankenhäuser und Belegärzte und -ärztinnen belasten. Wenn stationäre Versorgung wegen fehlender Kontextfaktoren nicht möglich ist, ambulante Versorgung aber unterfinanziert bleibt, dann schafft diese Reform systematische Versorgungslücken für Patientinnen und Patienten. Unterm Strich sind sowohl die Änderungen im EBM als auch im AOP-Vertrag aus ophthalmologischer Sicht enttäuschend – eine tragfähige Ambulantisierungsoffensive sieht anders aus.

### Korrespondenzadresse:

Priv.-Doz. Dr. rer. medic. Ursula Hahn  
Geschäftsführerin der  
OcuNet Verwaltungs GmbH  
Friedrichstr. 47  
40217 Düsseldorf  
zentrale@ocunet.de

PD Dr. rer. medic.  
Ursula Hahn

