

Start der Erweiterung des AOP-Katalogs zum 1. Januar 2023

Welche Auswirkungen hat das für die Urologie?

Der erste Schritt zur Erweiterung der Ambulantisierung in der Medizin in Deutschland ist getan.

Der sich abzeichnende eklatante Personalmangel und die finanzielle Schieflage der meisten Krankenhäuser war 2020 der Anlass, das Ambulante Operieren vollständig zu überarbeiten. Hierzu wurde zunächst das IGES-Institut beauftragt, ein Gutachten zu erstellen, das die internationale Situation des ambulanten Operierens analysieren sollte. In diesem Gutachten wird ein sehr umfangreicher neuer OPS-Katalog präsentiert. Als Entscheidungshilfe, welche Fälle ambulant und welche stationär behandelt werden sollten, wird ein System aus 9 verschiedenen Kontextprüfungen empfohlen. Für dieses Gutachten wurden wiederholt einzelne OPS-Codes den Fachgesellschaften zur Begutachtung vorgelegt. So konnten wir beispielsweise empfehlen, die TUR-Prostata aus dem AOP-Katalog herauszunehmen.

Sie finden die entsprechenden Stellungnahmen der DGU hier: [Anmerkungen DGU zur Überarbeitung des AOP-Katalogs](#) und [Anmerkungen DGU zu IGES-Gutachten](#).

Die Verhandlungspartner KBV, GKV-Spitzenverband und Deutsche Krankenhausgesellschaft konnten sich bisher nicht auf eine Realisierung dieser großen Lösung verständigen. Viele Aspekte werden von den Parteien unterschiedlich interpretiert. So wird der Begriff „ambulant“ sowohl als tagesklinisch, aber auch als bis zu 72 Stunden stationär definiert. Ein großer Streitpunkt ist die Vergütung der ambulanten Operationen. Aus diesem Grund konnte zum Jahreswechsel 2022/2023 nur eine erste Zwischenlösung verabschiedet werden. Für die Urologie enthält er vor allem die folgenden Leistungen:

- Zystoskopie;
- Einlage, Wechsel oder Entfernung einer Harnleiterschleife;
- Eingriffe am Hoden, Nebenhoden, Skrotum;
- Zirkumzision, Frenulumplastik, dorsale Inzision;
- Anlage einer Nephrostomie;
- Ureterorenoskopische Steinentfernung aus dem Harnleiter (nicht aus der Niere!) mit/ohne Lithotripsie, Push-Back.

Für diese Eingriffe gilt, dass in jedem Fall bei stationärer Erbringung dokumentiert werden muss, warum eine ambulante Erbringung nicht möglich war. In jedem dieser Fälle ist mit einer Überprüfung durch den Medizinischen Dienst im Auftrag der Krankenkassen zu rechnen.

Die Regularien zur Abrechnung der ambulanten Operationen und der verwendeten Materialien haben sich im Vergleich zur bisherigen Regelung nicht verändert. Bei endoskopischen urologischen Eingriffen können ausschließlich das Kontrastmittel und die Implantate (Harnleiterschleifen, Nephrostomiekatheter), nicht aber die weiteren Materialien (Flexible Einmal-Ureterorenoskope, Laserfasern, Dormiakörbchen, Führungshülsen, Drähte) gesondert abgerechnet werden. Die sonstigen Materialien müssen vom Krankenhaus zur Verfügung gestellt werden – auch wenn sie in der Summe bis zu 1500 € bei einem einzelnen Eingriff betragen können.

Der G-AEP-Katalog, der bisher zur Rechtfertigung einer stationären Behandlung herangezogen

wurde, wird ab jetzt nicht mehr berücksichtigt. Stattdessen wurde eine Reihe von sogenannten Kontextfaktoren veröffentlicht, die eine stationäre Behandlung rechtfertigen. Diese umfassen Diagnosen (z.B. akuter Myokardinfarkt, entgleister Diabetes mellitus, akutes Nierenversagen, Nierenabszess), Prozeduren (z.B. Nephrektomie, Nierenteilresektion, Prostataktomie, Zystektomie, Harnableitung), stark eingeschränkte Mobilität oder stark beeinträchtigte kognitive Fähigkeiten, Pflegegrad 4 oder 5. Das Vorliegen dieser Faktoren muss in der Akte dokumentiert sein.

Sollte der behandelnde Arzt entscheiden, dass ein Patient aus anderen Gründen stationär operiert werden muss, ist dieses ebenfalls ausführlich zu dokumentieren. Zu diesen Gründen könnten aber auch intra-/postoperative Komplikationen oder eine nicht sichergestellte ambulante/häusliche Versorgung postoperativ gehören.

Eingriffe, bei denen sich alle Urologen einig sind, dass sie in den AOP-Katalog gehören sollten, wie z.B. die Botox-Injektion in die Blase, der Wechsel von Nephrostomiekathetern oder die Stanzbiopsie der Prostata, wurden bisher leider nicht berücksichtigt.

Hier bietet sich aktuell eine Übergangslösung an: Stationäre Fälle, die aktuell als Eintagesfälle behandelt werden, dürfen bei unverändert stationärer 1-Tagesfall-Abrechnung als tagesklinische Behandlung erbracht werden. Voraussetzung ist eine stationäre Behandlung/Überwachung von mindestens 6 Stunden im Krankenhaus. Diese Leistungen betreffen ausschließlich OPS-Codes, die derzeit nicht im AOP-Katalog enthalten sind. Diese Leistungen müssen dafür vorher vom Krankenhaus benannt werden.

Es ist allerdings vorhersehbar, dass die jetzt so abgerechneten Leistungen in der nächsten Überarbeitung des OPS-Katalogs als AOP definiert werden. Daher sollten hier von den Kliniken nur solche Leistungen hier benannt werden, für die eine ambulante Erbringung nicht nur im Ausnahmefall, sondern im Regelfall vertretbar ist (Beispiel: Fusionsbiopsie der Prostata). Eine Ausweitung auf Ausnahmefälle (z.B. flexible URS beim Nierenstein) würde dazu führen, dass zukünftig jeder der stationär erbrachten Fälle ausführlich zu rechtfertigen ist, was für alle Beteiligten den Dokumentationsaufwand massiv erhöhen würde.

Die jetzt beschlossene AOP-Vereinbarung legt fest, dass spätestens nach 2 Jahren die nächste Überarbeitung erfolgen muss. Aufgrund der sehr großen Diskrepanzen zwischen der aktuellen Lösung und dem IGES-Gutachten, ist von einer wesentlich schnelleren Überarbeitung auszugehen.

Die zweite Katalog-Erweiterung soll im Januar 2024 mit komplexeren stationärsersetzenden Leistungen folgen. Dann werden mit Sicherheit auch wir Urologen Änderungen zu spüren bekommen.

Wir bleiben am Ball und werden Sie auf dem Laufenden halten.

Für den Vorstand der DGU

Ihre

Prof. Dr. Daniela Schultz-Lampel, Villingen-Schwenningen, Ressort Wissenschaft und Praxis der DGU

Prof. Dr. Björn Volkmer, Kassel, Vorsitzender AG Leitende Krankenhausärzte der DGU

Dr. Holger Borchers, Berlin, Medizinischer Geschäftsführer der DGU