

Positionspapier zum Ambulanten Operieren in der Urologie

Gemeinsame Stellungnahme des Berufsverbands der Deutschen Urologie (BvDU) und der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU)

Positionierung der urologischen Verbände BvDU und DGU

Grundsätzlich wird die Ambulantisierung seitens beider urologischer Verbände, dem Berufsverband der Deutschen Urologie (BvDU) und der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU), begrüßt. Ziel ist die Kosteneinsparung für die Krankenkassen durch Verlagerung nicht zwingend stationärer Operationen in den ambulanten Sektor, ohne Qualitätsverlust der hochwertigen medizinischen Versorgung. Das Potential hierzu wird durchaus gesehen, die Ausgestaltung wirft jedoch Fragen, Kritikpunkte und Forderungen beider Verbände auf.

Grundgedanke bei der Ambulantisierung ist, dass jeder, der in der Lage ist, den Eingriff unter den allgemein gültigen Qualitätskriterien zu erbringen, dies zu gleichen Bedingungen tun darf – egal, ob in den Strukturen einer Praxis, eines ambulanten OP-Zentrums oder eines Krankenhauses.

Zwingend erforderlich ist es jedoch, Konzepte zu entwickeln mit der Zielsetzung, wenig komplexe OP-Fälle aus den Krankenhäusern in ambulante Zentren auszulagern, ob in an Krankenhäusern angesiedelten OP-Zentren, OP-Zentren in der vertragsärztlichen Versorgung oder ambulanten Strukturen in Praxen.

Gerade beim Ambulanten Operieren ergeben sich regelmäßig Themen und Nahtstellen der beiden Verbände. BvDU und DGU befassen sich aus ihren jeweiligen Blickwinkeln mit dem Thema, um die besten Lösungen für die Zukunft der Urologie zu finden – der Berufsverband aus berufspolitischer Sicht und den Rahmenbedingungen urologischer Arbeit, wie leistungsgerechten Vergütungskonzepten, die Fachgesellschaft aus medizinischer Sicht, wie die qualitativ bestmögliche medizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten.

Hintergründe

Die Politik arbeitet an einem Konzept zur Vergütung bei ambulanten Operationen. Dies ist eines der zentralen Themen der Strukturveränderungen in der deutschen Gesundheitsversorgung der kommenden Jahre und ein weiterer Schritt zur Überwindung der Sektorengrenzen stationär-ambulant.

In Deutschland sind ca. 20-30% der stationär behandelten Patienten heute bereits sogenannte „Kurzlieger“. Laut IGES-Gutachten könnten rund 2.500 medizinische Leistungen zusätzlich in den Katalog für ambulantes Operieren aufgenommen werden, wovon 162 potentiell urologisch ambulante Leistungen sein könnten. Damit würde sich die Anzahl der derzeit möglichen ambulanten Leistungen nahezu verdoppeln.

Bei den Leistungen, die gemäß dem IGES-Gutachten als AOP-Leistungen erbracht werden können, handelt es sich um vier Gruppen:

1. Leistungen, die schon in der Vergangenheit als AOP erbracht werden konnten und über EBM abzurechnen sind. Dies sind z.B. die Zirkumzision, Eingriffe am äußeren Genitale, die Zystoskopie, die Anlage, der Wechsel oder die Entfernung von Harnleiterschienen.
2. Leistungen, die schon immer ambulant erbracht wurden, aber nicht als AOP gewertet wurden. Hierzu gehören die transrektale Sonographie der Prostata sowie die Stanzbiopsie der Prostata in Lokalanästhesie, die Sonographie des Abdomens beim Kleinkind, die urologische Röntgendiagnostik, der Wechsel von suprapubischen Kathetern oder Nephrostomiekathetern, die intravesikale Instillation, die ambulante Chemotherapie oder die Urodynamik.
3. Leistungen, die ambulant erbringbar sind, bisher aber unter stationären Bedingungen erbracht wurden, da ansonsten die erforderliche Narkose nicht vergütet werden konnte. Dies betrifft zum Beispiel die Fusionsbiopsie der Prostata in Narkose oder die Botox-Injektion in die Blase.
4. Leistungen, die im Regelfall stationär erbracht werden, aber im Einzelfall bei günstigem Verlauf ambulant durchführbar sind. Ob hier eine ambulante Erbringung möglich ist, entscheidet sich jeweils erst am Ende des Eingriffs. Hierzu gehören die TUR-Blase, die ureterorenoskopische Entfernung von Harnleiter- oder Nierensteinen, die Blasendehnung in Narkose oder die Urethrotomia interna.

Gleichzeitig wurden zum Anfang dieses Jahres im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung durch die aktuellen Anpassungen im EBM (= Einheitlicher Bewertungsmaßstab), der die Vergütung regelt, viele der ambulant erbringbaren kleineren urologischen Operationen abgewertet.

Die Grundlage des ambulanten Operierens findet sich im Sozialgesetzbuch in § 115b SGB V. Für Krankenhäuser sind ambulante Operationen bislang nicht kostendeckend zu erbringen. Dies gilt gleichermaßen im vertragsärztlichen Bereich. Besonders problematisch ist die fehlende (vergessene) Berücksichtigung der Vergütung/Erstattung von Sachkosten im Gebiet der Urologie, insbesondere bei endourologischen Eingriffen: Die zum Teil sehr hohen Materialkosten, die insbesondere bei der Steintherapie anfallen, werden nicht erstattet. In anderen Fachgebieten ist die Sachlage anders, denn deren Sachkosten werden erstattet.

Zusätzlich werden im ambulanten Bereich die seit 2012 enorm gestiegenen Hygienekosten bei der Vergütung im EBM immer noch nicht berücksichtigt.

Operieren nach § 115 b SGB V ist folglich für alle Erbringer hochdefizitär geworden. Neu geschaffen wird die Möglichkeit der Leistungserbringung für ambulante Operationen nach § 115 f SGB V, mit der die sektorengleiche Vergütung geregelt wird.

Positionen von BvDU und DGU

1. Attraktive und gleiche Vergütung für Kliniken, wie für Vertragsärzte

Geschaffen werden muss ein zukunftsfähiges System, das die bedarfsgerechte, flächendeckende und wohnortnahe Versorgung sowohl in Krankenhäusern als auch bei den niedergelassenen Ärzten ermöglicht – mit einer für beide Seiten gleichermaßen attraktiven Finanzierung und Planungssicherheit.

Position: Neben einer Basisfinanzierung für Ausstattungs-, Vorhalte- und Fortbildungskosten muss das Operationsspektrum die Besonderheit des Erbringers der operativen Leistungen bezüglich des von ihm therapierten Patientenspektrums abbilden.

Um die Zielsetzung, OPs in Zukunft verstärkt ambulant durchzuführen, zu erreichen, müssen vor allem zu Beginn als Anreiz für erforderliche Investitionen und zum Aufbau notwendiger Strukturen im Umfeld von Krankenhäusern und bei Vertragsärzten verstärkt Gelder einfließen.

2. Aufnahme von Leistungen

Aufnahme zusätzlicher Leistungen in den AOP-Katalog

Neben der bereits beschlossenen massiven Ausweitung von ambulant zu erbringenden Operationen ist die Aufnahme von urologisch wichtigen Verfahrensweisen, wie insbesondere die Prostatabiopsie bei Verdacht auf das Vorliegen eines Prostatakarzinoms (in all ihren Facetten - transrektal, perineal, sonographiegesteuert, Fusionsbiopsie) als auch die Urodynamik bei Blasenfunktionsstörungen aller Art, der Wechsel von suprapubischen Kathetern oder Nephrostomien und die Botox-Therapie bei hyperaktiver Blase und neurogenen Blasenfunktionsstörungen dringend erforderlich.

Position: Aufnahme der Prostatabiopsie, der Urodynamik, des Wechsels suprapubischer Katheter sowie der Nephrostomie und der Botox-Therapie in den AOP-Katalog.

3. Vergütung

Vergütung gesteigener Hygienekosten

Die Hygieneanforderungen sind gerade im operativen Sektor zunehmend gestiegen. Alleine in der Aufbereitung von Medizinprodukten sind die Kosten immens gestiegen. Im derzeit vorgesehenen Finanzierungssystem nach § 115b, welches sich an der EBM-Systematik von 2006 orientiert, finden diese Kosten nur marginale Beachtung.

Position: Die Kosten für Hygiene und Aufbereitung der Medizinprodukte müssen an den Stand der Technik angepasst und entsprechend der Anpassung an gesetzlich vorgeschriebene Anforderungen übernommen werden.

Sachkostenerstattung

Bei neuen, schonenderen, aber auch kostenintensiveren OP-Verfahren (wie in der Endo-Urologie oder der Steintherapie), werden im EBM lediglich die reinen OP-Kosten abgebildet. Dieses gilt auch für Eingriffe die schon längere Zeit üblicher Bestandteil einer modernen operativen Urologie sind.

Dabei zum Einsatz kommende zum Teil kostenintensive Verbrauchsmaterialien, wie Ureterkatheter, Dormiakörbchen, etc. sind bislang und nicht nachvollziehbar in der Erstattung für die Urologie nicht vorgesehen. Zum Teil finden Sachkosten-Pauschalen Anwendung. Sie bergen das Risiko einer Verwendung minderwertigen Materials aus Not, welche bei Reevaluierung die Pauschale weiter senken wird.

Position: Sachkosten müssen 1:1 übernommen werden.

Überprüfung sogenannter Kontextfaktoren für Ausnahmefälle

Die sogenannten Kontextfaktoren begründen die Ausnahmefälle, welche stationär geführt werden dürfen. Alle anderen Fälle müssen ambulant erbracht werden. Ob ein Patient ambulant operiert werden kann, zeigt sich oft jedoch erst während der OP oder der postoperativen Nachbetreuung. Somit kann die Beurteilung nicht selten erst ex post erfolgen. Die vorgesehene Überprüfung nach Kontextfaktoren setzt teilweise eine Zusatzqualifikation wie z.B. ein geriatrisches Assessment voraus. Die Überprüfung der Kontextfaktoren ist in der EBM-Vergütung bislang nicht vorgesehen und muss gratis erbracht werden.

Position: Die Überprüfung der Kontextfaktoren ist mit einem deutlichen Mehraufwand verbunden und muss adäquat honoriert werden.

Vorhalte- und Strukturkosten

Vorhalte- und Strukturkosten, welche durch potentielle stationäre Aufnahme nach Anwendung der Kontextfaktoren, aber auch generell durch die Organisation im ambulanten Setting entstehen, sind nicht im EBM abgebildet. Sie entstehen jedoch dem betreuenden OP-Zentrum und sind von diesem in Eigenleistung zu erbringen. Die Bereitschaft, Operationen ambulant zu erbringen, wird hierdurch nicht gefördert.

Position: Vorhalte- und Strukturkosten müssen adäquat erstattet werden.

Vergütungssystem

Der EBM-Katalog in seiner jetzigen Form ist bei den bereits ausformulierten Anforderungen zum ambulanten Operieren nach § 115b nicht kostendeckend erbringbar. Operationen werden aus dem stationären DRG-System in das ambulante EBM-System überführt, ohne den zahlreichen Anforderungen und deren Komplexität gerecht zu werden: Sach-, Hygiene- und Vorhaltekosten werden nicht ausreichend berücksichtigt.

Daher ist entweder eine Komplett-Neubewertung des EBM-Kataloges oder ein an die DRG-Vergütung angelehntes System zu fordern. Eine Vergütung für ambulantes Operieren nach § 115f – sektorgleiche Vergütung – bietet eine Lösung dieses Dilemmas. Die Überführung von stationären Operationen in den ambulanten Sektor überführt in diesem Fall auch das stationäre Abrechnungssystem in den ambulanten Bereich. Kosteneinsparungen können abgebildet werden und gehen nicht zu Lasten der operierenden Einheit.

Position: Schaffung eines Vergütungssystems für ambulante Operationen, welches alle tatsächlichen Kosten abbildet und dynamisch an den Stand des Wissens und an zukünftige technische Entwicklungen angepasst wird. Dieses kann als Aufwertung des EBM-Kataloges, als Neu-Erarbeitung von Hybrid-DRG's oder in Form von Fallpauschalen erfolgen.

FAZIT

BvDU und DGU werden zusammen weiter daran arbeiten,

- die hochwertige medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten auch beim ausgeweiteten Katalog zum ambulanten Operieren aufrecht zu erhalten;
- Planungs- und Zukunftssicherheit für urologische Zentren, egal ob vertragsärztlich oder klinikgebunden, zu gewährleisten;
- die sektorenübergreifende Zusammenarbeit zu verbessern;
- die Verzahnung von Vertragsarzt- und Krankenhausmedizin voran zu treiben;
- neue Konzepte zu entwickeln und diese in die politische Diskussion mit einzubringen.