



**Berufsverband
für Arthroskopie e.V.**

Arthroskopie 2020 · 33:216–220
<https://doi.org/10.1007/s00142-020-00377-z>
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
 Springer Nature 2020

Impressum

Herausgeber und V. i. S. d. P.
 Berufsverband für Arthroskopie e.V.

Geschäftsstelle
 Berufsverband für Arthroskopie e.V.
 c./o. OPN, Breite Str. 96, 41460 Neuss
 Tel. 02131-51 257-22, Fax 02131-25412
 mail@bvask.de www.bvask.de

Geschäftszeiten
 Mo–Do von 08.00–10.00 Uhr

Redaktion dieser Ausgabe:
 PD Dr. Ralf Müller-Rath, 1. Vorsitzender BVASK (V. i. S. d. P.)

Ambulantes Operieren in der Corona-Pandemie

Diesen Artikel habe ich am 17.04.2020 verfasst. Die Nennung des Datums ist wichtig, denn eine Bewertung von Maßnahmen in Zusammenhang mit der Coronakrise muss aufgrund der Dynamik immer vor dem tagesaktuellen Geschehen erfolgen. Aussagen von heute können sich in den kommenden Tagen schon wieder als falsch oder zumindest als zu offensiv oder defensiv herausstellen und müssen dann ggf. revidiert werden. Die heutige Lage (geplante schrittweise Rückkehr in das öffentliche Leben ab dem 20.04, Reproduktionsrate 0,7) halte ich jedoch für ausreichend stabil, um einen ersten zusammenfassenden Rückblick auf die letzten 4 Wochen zu werfen. Hierbei soll es insbesondere darum gehen, die Auswirkungen der Krise und der damit verbundenen Beschlüsse, Verordnungen, Erlasse und Empfehlungen etc. für das Ambulante Operieren einzuordnen und eine eigene Bewertung vorzunehmen.

Grundlage aller weiteren Schritte war das Treffen im Kanzleramt am 12.03. und der daraus abgeleitete Beschluss.

Bundesregierung 12.03.: Mit dem Ziel, dass sich die Krankenhäuser in Deutschland auf den erwartbar steigenden Bedarf an Intensiv- und Beatmungskapa-

zitäten zur Behandlung von Patienten mit schweren Atemwegserkrankungen durch Covid-19 konzentrieren, sollen, soweit medizinisch vertretbar, grundsätzlich alle planbaren Aufnahmen, Operationen und Eingriffe in allen Krankenhäusern ab Montag auf unbestimmte Zeit verschoben und ausgesetzt werden.

Jens Spahn wandte sich in einem Brief an die Geschäftsführer der Krankenhäuser.

BM Spahn 13.03.: Bitte verschieben Sie planbare Operationen und Eingriffe jetzt.

Am gleichen Tage informierte die Deutsche Krankenhausgesellschaft.

DKG 13.03.: Die gestrige Gipfelrunde im Kanzleramt hat weitreichende Beschlüsse gefasst, die gerade auch die deutschen Krankenhäuser betreffen. Im Mittelpunkt steht für uns dabei die Erwartung der Politik an die Kliniken, ab der kommenden Woche, soweit wie medizinisch vertretbar, Patientenbehandlungen in den Kliniken zurückzufahren, um notwendige Kapazitäten für die Versorgung von schwer betroffenen Patienten mit COVID-19 Infektion und alle weiteren akut behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten verfügbar zu machen.

Diese Bitte/Empfehlung betraf also ausschließlich Kranken-

häuser. Die meisten Krankenhausgeschäften ordneten daraufhin kurzfristig einen freiwilligen, weitgehend kompletten Verzicht auf elektive Operationen in ihren Häusern an. Auch wenn es nicht Gegenstand dieses Artikels sein soll: Die sich hieraus ergebenden arbeitsrechtlichen Folgen für Kooperations- und Honorararztverträge und den Umgang mit möglichen Ausgleichszahlungen bedürfen sicherlich der juristischen Prüfung!

Das Ambulante Operieren rückte dann erst mit einer Pressemeldung von Johannes Flechtenmacher, Präsident des BVOU, sowie einer tagesgleichen Mitteilung des BDC in die Öffentlichkeit

BVOU 17.03.: Alle planbaren Operationen und Eingriffe müssen für die nächsten sechs Wochen verschoben werden

BDC 17.03.: Reduzieren Sie alle nicht unmittelbar erforderlichen Patientenkontakte, verzichten Sie auf wirklich elektiv planbare Behandlungen, sowohl operativ als auch konservativ. Das gilt nicht nur für Krankenhäuser, sondern in gleicher Weise und wegen der hohen Patientenzahlen auch für ambulante Einrichtungen.

Diese Äußerungen brachten ambulante Operateure in Bedrängnis, obwohl zu diesem Zeitpunkt keine Verordnungen seitens der Bundesregierung, einer Landesregierung, der KBV oder einer KV hierzu veröffent-

licht worden war. Der BVASK hat sich entschieden, in dieser sehr vulnerablen und von Unsicherheit geprägten Phase nicht in eine öffentliche Debatte über Sinn und Unsinn der jeweiligen Empfehlungen einzusteigen. Daher erfolgte nach Rücksprache mit dem Justiziar ausschließlich eine Information der Mitglieder per E-Mail.

BVASK 18.03.: Priorität hat die Umsetzung der Hygienevorgaben in Ihren Einrichtungen. Um das Prinzip der sozialen Distanzierung zu erfüllen, ist hiermit zumeist schon eine erhebliche Reduktion des elektiven Praxisgeschäftes verbunden. Eine vollständige aktive Schließung oder den Verzicht auf ambulante Operationen empfehlen wir aktuell nicht.

Während es in Phase I zunächst darum ging, kurzfristig Krankenhauskapazitäten für eine mögliche erste Welle eines endemischen Geschehens freizuhalten, änderte sich nun der Fokus. Zunehmend ging es um die Frage der Bedeutung des Kontaktverbotes für ärztliche Behandlungen und damit auch um die Diskussion darüber, welche Operationen dringlich erledigt werden sollen und welche nicht. Nachdem nun also alle Berufsverbände entsprechende – wenn auch unterschiedliche – Mitteilungen gemacht haben, traten die Fachgesellschaften auf den Plan.

DGCH 24.03.: Die Leitlinie der Bundesregierung, persönlichen Kontakte auf das unbedingt notwendige Maß zu reduzieren gilt

auch für das chirurgische Fachpersonal. Allein aus diesem Grund gilt die Verschiebung von geplanten Eingriffen für alle stationären und ambulanten Einrichtungen unabhängig davon, ob sie für die Behandlung von schweren COVID 19 Fällen geeignet oder zugelassen sind.

DGOU, DGOOC und DGU 27.03.: Dringlichkeit durchzuführender Operationen

Um Ihnen den Prozess und mögliche Diskussionen vor Ort zu erleichtern, überlassen wir Ihnen hier eine Liste von dringlichen Operationen (siehe Tabelle hinter diesem Link). Diese orientiert sich an den Empfehlungen des American College of Surgeons (Stand 24.03.2020) und ist in drei Phasen eingeteilt. Sie entscheiden vor Ort, in welcher Phase Sie und Ihre Klinik sich befinden.

Ein Großteil der Kassenärztlichen Vereinigungen und auch die KBV haben sich öffentlich nicht zu diesen Themenkomplexen geäußert. Die KV Hessen sticht allerdings mit einer sehr eindeutigen Positionierung hervor.

KV Hessen 25.03.: Ambulante Operationen finden in Hessen bis auf Weiteres nicht mehr statt, soweit sie elektiver Natur sind. Die Anpassungsverordnung des HSMI, erlassen am 20. März 2020, Artikel 5, § 2, ist für uns eindeutig, auch wenn wir wissen, dass es in anderen Bundesländern (noch) andere Regeln gibt.

Die KV Rheinland-Pfalz setzt auf die ärztliche Entscheidungsfähigkeit statt auf ein Verbot.

KV RP 27.03.: Jede und jeder von ihnen entscheidet gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten über eine Notwendigkeit der Behandlung, Diagnostik, Operation oder Vorsorgeuntersuchung.

In einer FAQ-Sammlung für Patienten stellt sich die KV Sachsen auf einen ähnlichen Standpunkt der individuellen Fallbewertung.

KV Sachsen: Sollen nicht dringliche Behandlungen, Beratungen, Operationen und Untersuchungen ausgesetzt werden?

Seitens des Gesundheitsministers wurde mitgeteilt, dass alle

nicht dringend notwendigen Behandlungen, Beratungen, Operationen und Untersuchungen ausgesetzt werden sollen, um einerseits das Infektionsrisiko zu minimieren und andererseits vorhandene Ressourcen zu schonen. Dieser Sprachregelung schließen wir uns vollumfänglich an. Grundsätzlich nehmen Sie dazu – bei Bedarf – mit Ihrer Arztpraxis Kontakt auf. Der behandelnde Arzt entscheidet ausschließlich allein, ob er der Empfehlung des Bundesministeriums für Gesundheit folgt.

Weitere Verlautbaren aus anderen KVen sind mir nicht bekannt.

Die KV Hessen verweist auf die Verordnung des Hessischen Sozialministeriums. Von allen Landesregierungen wurden entsprechende Verordnungen zur Eindämmung der Corona-Pandemie erlassen. Allerdings äußern sich nur Hessen und Bremen explizit zum Ambulanten Operieren.

HSMI 20.03.: Die Durchführung von medizinischen Eingriffen und Behandlungen, für die derzeit keine dringende medizinische Notwendigkeit besteht (nicht notwendige Behandlungen), wird in folgenden Einrichtungen ausgesetzt: 2. Praxiskliniken nach § 115 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, 3. Einrichtungen für ambulantes Operieren nach § 23 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 des Infektionsschutzgesetzes, 4. Privatkrankenanstalten im Sinne des § 30.

Landesregierung Bremen 03.04.: Krankenhäusern und Einrichtungen für ambulantes Operieren wird untersagt, planbare Aufnahmen, Operationen und sonstige Eingriffe, die die Belegung eines Krankenhausbettes erforderlich machen, durchzuführen, sofern die Verschiebung der Aufnahme, der Operation oder des sonstigen Eingriffs medizinisch vertretbar ist.

In NRW findet sich lediglich ein Hinweis in einer FAQ-Sammlung.

Landesregierung NRW: Wie sieht es mit Arztpraxen aus, die ambulant operieren. Werden

Operationen abgesagt? Alle Arztpraxen bleiben geöffnet. Allerdings wird geraten, Operationen, die nicht zeitkritisch sind – sogenannte elektive Operationen – auf einen späteren Zeitpunkt zu verschieben.

Eine Besonderheit stellt die Situation in Niedersachsen dar. Hier enthält die Allgemeinverfügung den folgenden Passus.

Sozialministerium NS 23.03.: Insbesondere sind weiterhin zulässig: c) die Inanspruchnahme ambulanter oder stationärer medizinischer Versorgungsleistungen (z. B. Arztbesuch, medizinische Behandlungen; Blutspenden sind ausdrücklich erlaubt) sowie der Besuch bei Angehörigen medizinischer Fachberufe, soweit dies medizinisch dringend erforderlich ist (z. B. Psycho- und Physiotherapie)

Abgesehen von der Tatsache, dass zumindest ärztliche Psychotherapeuten nicht den medizinischen Fachberufen zugeordnet werden können, ist mittlerweile eine email aus dem Sozialministerium Niedersachsen an die KV Niedersachsen öffentlich geworden. Hier leitet die Referatsleiterin aus der o.g. Allgemeinverfügung folgende Konsequenz ab:

„Danach sind planbare ambulante Operationen grundsätzlich nicht zulässig.“

Diese Auflistung der mir zugänglichen öffentlichen Äußerungen in Zusammenhang mit dem Ambulanten Operieren spiegelt die allgemeine öffentliche und private Debatte zu dem Gesamtgeschehen wider. Ich gehe davon aus, dass sämtliche Beschlüsse, Verordnungen, Erlasse und Empfehlungen in bester Absicht erfolgt sind und mancher handwerkliche Fehler erscheint vor dem Hintergrund der Dynamik und des entsprechenden Zeitdrucks verzeihlich. Daher verzichte ich hier vollständig auf eine bewertende Analyse und überlasse diese dem Leser. Sowohl der Verlauf als auch die aktuelle Situation in Bezug auf das gesamte Krankheitsgeschehen und die Ressourcenlage im Gesundheitswesen hat mich

nicht dazu veranlasst, den Inhalt meiner Mitgliederinformation vom 18.03. zu revidieren.

Mir ist bewusst, dass es einen innerärztlichen Diskussionsprozess zu diesem Thema gibt. Gerne möchte ich daher die unterschiedlichen Argumente aufgreifen und meine persönliche Einschätzung hierzu geben.

Es werden folgende Argumente gegen das Ambulante Operieren ins Feld geführt:

1. Durch ambulante Operationen werden Ressourcen verbraucht, die an anderer Stelle dringender gebraucht würden

Mir sind keine Zahlen bekannt, die das für die aktuelle Situation belegen. Wir gehen davon aus, dass die Krankenhäuser aufgrund des elektiven shutdowns genügend Material haben bzw. erhalten. Uns in Neuss ist es durch Eigeninitiative, Kooperation mit unserem Lieferanten und der lokalen Apotheke ohne großen Aufwand möglich, die benötigten Artikel zu erhalten. Operationen, die jetzt verschoben werden, werden ggf. in einer wesentlich vulnerableren Phase in Bezug auf das Gesamtgeschehen nachgeholt und beanspruchen dann Ressourcen, die dann tatsächlich an anderer Stelle nötiger gebraucht werden. Insofern entlastet jede Operation, die aktuell noch durchgeführt wird, letztendlich die benötigten Kapazitäten in der Zukunft. Hinzu kommt die Erkenntnis, dass ein Krankenhaus aufgrund der Gefahr einer nosokomialen Infektion mit dem Coronavirus insgesamt ein problematischer Ort ist. Eingriffe sollten vor diesem Hintergrund erstrecht in den ambulanten Sektor verschoben werden.

2. Ambulant tätige Ärzte müssen sich bereithalten für den Einsatz im Krankenhaus/Testzentren etc.

Ein tatsächlicher Mangel an Personal und/oder Intensivkapazitäten ist mir bisher

nicht bekannt. Im Gegenteil: Zur Zeit werden z. B. auf NRW-Intensivstationen Pat. aus dem Ausland behandelt. Das ist uneingeschränkt zu begrüßen, zeigt aber auch, dass aktuell unsere Kapazitäten nicht ausgelastet sind. Es ist vollkommen klar: Wenn der sog. Ernstfall eintritt, ist jedes AOZ in der Lage, innerhalb von 5 Stunden Räume, Personal und Material zur Verfügung zu stellen. Ein prophylaktischer elektiver shutdown ambulanter Ressourcen ist nicht notwendig.

3. Durch AOP und zugehörige Sprechstunden werden Kontakte erzeugt, die zu Infektionen bei Ärzten, Mitarbeitern und unseren Patienten führen können.

Ja, das ist so. Da unterscheiden wir uns als ambulante Operateure nicht von allen anderen Ärzten. Hier geht es also um eine Risikoabwägung, welche dieses Risiko in Abwägung mit der Dringlichkeit eines Eingriffs bringt.

Das Risiko lässt sich durch die allgemein bekannten Hygienemaßnahmen (Händedesinfektion, Tragen von Handschuhen und Mundschutz, Schutzbarrieren, Abstandsregelungen, Personalreduktion, Leistungsreduktion, platzschaffende Maßnahmen) erreichen.

Der zweite Aspekt der Risikominimierung liegt in der Reduktion von Kontakten mit Menschen, die ein besonderes medizinisches Risikopotenzial haben. Dieses lässt sich z. B. durch vorheri-

ge Kontaktaufnahme durch Telefon oder Video bzw. webbasierten Anamnesebögen erkennen.

Die Frage der Dringlichkeit ist im Übrigen keine, die das Sozialministerium, die KV oder simplifizierte Bewertungsschemata (wie das von der DGOU empfohlene Schema der American College of Surgeons) beurteilen können. Die Dringlichkeit legt auch der Arzt nicht alleine fest. Jeder Arzt hat die Aufgabe, die Dringlichkeit der geplanten Operation mit dem Patienten im Einzelfall unter Berücksichtigung der o. g. Faktoren zu erörtern. Wie auch im Rahmen der allgemeinen Prinzipien der Indikationsstellung ist der Patientenwunsch in die Überlegungen zwingend einzubeziehen.

Zusammenfassung: Es geht um eine abwägende, bedarfsgerechte individuelle Betrachtung bei der Frage der Verschiebung einer ambulanten Operation. Prinzipielle Verbote ambulanter Operationen widersprechen dem Sicherheitsauftrag, sind vor dem Hintergrund der aktuellen allgemeinen Situation im Gesundheitswesen unangemessen, können sekundären Schaden durch Unterlassung verursachen und werden den Ansprüchen unserer Patienten nicht gerecht.

Ambulantes Operieren ist auch unter den aktuellen Gegebenheiten verantwortbar durchzuführen.

Priv.-Doz. Dr. med. Ralf Müller-Rath

Bohrkanalauffüllung mit allogener Spongiosa bei VKB-Reruptur

Unterschiede in der Vergütung im ambulanten und im stationären Sektor

Bedingt durch die Corona-Epidemie und den Shutdown vieler Krankenhäuser für stationäre elektive Eingriffe waren wir in den letzten Wochen gezwungen, bei geeigneten Patienten klassische, stationäre Operationen unter ambulanten Bedingungen durchzuführen, um unseren Patienten lange Wartezeiten auf ihre Operation zu ersparen.

Es kommt dabei aber teilweise zu sehr großen Unterschieden in der Vergütung für den Operateur, da die Vergütungsstruktur sich oft erheblich unterscheidet.

Eine häufige, klassischerweise stationäre Operation aus unserem Gebiet ist die Bohrkanalauffüllung mit allogener Spongiosa bei einer Reruptur des vorderen Kreuzbandes (VKB).

Bei einer Operation unter stationären Bedingungen erfolgt die Vergütung nach DRG-Gruppierung.

Informationen zur Vergütung findet man im Internet im webgroupier unter www.drg-research-group.de.

Die Vergütung bei ambulanter Durchführung der Operation richtet sich nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab EBM. Informationen zur Eingruppierung und Vergütung findet man im Internet leicht über die KBV-2GO App.

Für den Operateur ist es wichtig, die besonderen Arten der Kodierung zu berücksichtigen, da sich hierdurch zum Teil erhebliche Vergütungsunterschiede ergeben. Gerade bei der Bohrkanalauffüllung wurden einige übliche OPS-Codes aus den zurückliegenden Jahren im Jahr 2020 durch Neue ersetzt.

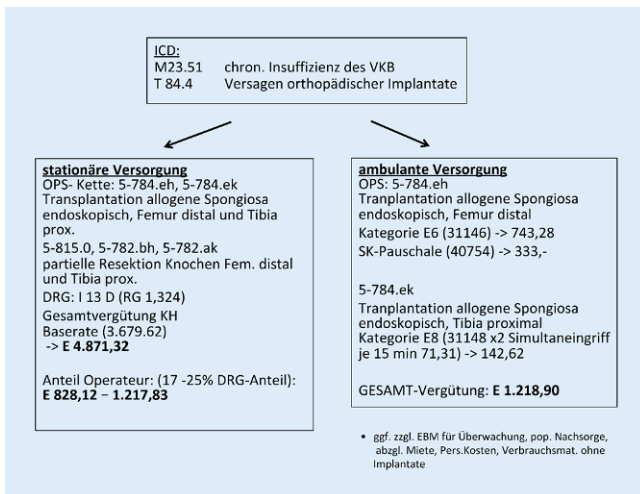
In der nachfolgenden Abbildung werden am Beispiel der Bohrkanalauffüllung nach fehl-

geschlagenem VKB-Ersatz beziehungsweise bei einer VKB-Reruptur, die unterschiedlichen Kodierungs- und Vergütungsrichtlinien erläutert.

Bei stationären Eingriffen sind offene und arthroskopische Codierung nicht erlösrelevant. Man wird in allen Fällen in die DRG Gruppe I13D gruppiert mit einem Relativgewicht von 1,324. Die endgültige Vergütung des Operateurs hängt dann von individuellen Vereinbarungen mit dem Krankenhaus ab, abhängig auch davon, ob eigenes Personal oder Instrumentarium eingesetzt wird. Vereinfachend ist bei der Kalkulation ein (auf dem Boden der INEK-Kostenkalkulation als angemessener) Vergütungskorridor zwischen 17 und 25 % der DRG-Summe ausgewiesen. Eine im Jahr 2019 verwendete Kodierung nach 5.780.6 h/k beschreibt das Débridement von Knochen septisch und aseptisch (mündet in die Fallgruppe I08D mit Relativgewicht von 2309), wird von den Krankenkassen im Jahr 2020 aber häufig nicht mehr akzeptiert. Vorläufige Gerichtsurteile haben diesen OPS-Code bisher ablehnend beschieden.

» Man bekommt für eine Operation nicht das, was man verdient, sondern das, was man kodiert

Bei ambulanten Eingriffen sollte der neue OPS-Code 5-784.eh verwendet werden, bei dem der Eingriff als E6 Kategorie (EBM-Ziffer 31146) bewertet wird. Zusätzlich zur OP-Ziffer wird dabei die arthroskopische Sachkostenpauschale (EBM-Ziffer 40754) mit 333,- € fällig. Vermieden



▲ Arthroskopisch assistierte Bohrkanauffüllung bei VKB-Reruptur

werden sollte in der Vergangenheit immer die Kodierung einer offenen Spongiosaplastik (5-784.7k), da in diesem Fall der Eingriff in die deutlich schlechtere Vergütungskategorie D3 gruppiert wurde. Allerdings ist dieser OPS-Code im Jahr 2020 aus dem AOP-Katalog gestrichen worden. Seltsamerweise kann eine offene Spongiosaplastik ambulant derzeit überhaupt nicht mehr codiert werden.

Die endgültige Vergütung des Operateurs hängt in der ambulanten Versorgung dann noch von einigen Rahmenbedingungen ab. Diese umfassen mögliche Zusatzerlöse durch eine Überwachungsziffer oder Nachsorgeziffer nach EBM. Abgezogen werden müssen dagegen fallbezogener Kosten wie OP-Miete, Personalkosten und Verbrauchsmaterialien (ohne Implantate und Sprechstundenbedarf). In der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein werden die Kosten für die allogene Spongio-

sa als im Körper verbleibendes Implantat dem Operateur rück-erstattet. Im Einzelfall muss eine Erstattung mit der zuständigen KV regional abgestimmt werden. Bei Nichterstattung ist die Verwendung autogener Spongiosa zu erwägen.

Das Beispiel der unterschiedlichen Codierungen am Fall der Bohrkanauffüllung bei VKB-Re-Ruptur unterstreicht, wie wichtig es auch für Operateure sein kann, vertiefende Kenntnisse über die aktuellen Codierungsregularien zu haben.

Quellen

www.drg-research-group.de
KBV2Go App für smartphone

Prof. Dr. med. Jürgen Höher
SPORTCLINIC COLOGNE
Praxis für Sporttraumatologie und Gelenkchirurgie, Köln
Vorstandsmitglied des BVASK e.V.
hoeher@sporttrauma-koeln.de

Hier steht eine Anzeige.

