

BVA-Geschäftsstelle, Tersteegenstraße 12, 40474 Düsseldorf

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin

Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.
Wegelystraße 3
10623 Berlin

Kassenärztlichen Bundesvereinigung KdÖR
Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin

BVA
Berufsverband der Augen-
ärzte Deutschlands e.V.
Tersteegenstraße 12,
40474 Düsseldorf
Tel. 0211-4303700

BDOC
Bundesverband Deutscher
OphthalmoChirurgen e.V.
Lindwurmstr. 10
80337 München
Tel. 04131 - 75 780 57

DOG
Deutsche Ophthalmologische
Gesellschaft e.V.
Platenstr. 1
80336 München
Tel. 089-5505768-0

01.08.2023

AOP-Vertrag und die Zukunft der Versorgungsqualität und -sicherheit hier: Kontextfaktoren und fallindividuelle Begründungen in der Augenheilkunde

Sehr geehrte Damen und Herren,

Augenärztinnen und Augenärzte befürchten, dass die Revision des AOP-Vertrags in Verbindung mit der Ausweitung des AOP-Katalogs, der zum 1.1.2023 in Kraft getreten ist, zu einer deutlichen Verschlechterung der Versorgung der Patienten führen wird.

Bereits heute ist die Augenheilkunde ein in hohem Maße ambulantisierendes Fach. Die Quote der ambulant durchgeführten Operationen liegt bei über 75%. Paradebeispiel ist die Operation des grauen Stars (Katarakt-Operation). Aufgrund ihrer geringen Invasivität wird diese heute zu 85% ambulant erbracht. Angesichts einer alternden und damit zunehmend morbideren Gesellschaft ist das aber nicht bei allen Patienten möglich. Bei ca. 15 % unserer Patienten erfordern diverse bedeutende Begleitumstände einen Eingriff unter stationären Bedingungen.

Kontextfaktoren

Bisher bestand in begründeten Fällen zwischen Leistungserbringern, Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst Übereinkunft für eine stationäre Durchführung von Operationen, auch wenn sie in der bis Ende 2022 gültigen Version des AOP-Vertrages mit Ziffer 1 (also als „in der Regel ambulant“ zu erbringende Leistung) gekennzeichnet waren. Diese Begründungen entsprachen der Lebenswirklichkeit einer alternden Gesellschaft mit einer zunehmenden Zahl von multimorbiden, z.T. alleinlebenden Patienten. Sie ermöglichten es, die Patienten stationär zu behandeln, bei denen eine ophthalmologische oder systemische Begleiterkrankung bzw. soziale, pflegerische oder andere Gründe jeweils oder in Kombination eine stationäre Aufnahme erforderlich machten. Als Begründungen wurden etwa funktionelle Einäugigkeit, schwerwiegende internistische oder psychiatrische Begleiterkrankungen, komplexe Augensituation mit multiplen Pathologien, das Fehlen von Angehörigen, eine ausgeprägte Demenz oder andere Gründe, die es verhinderten, dass Patienten sich nach einer Augenoperation selbst versorgen können, akzeptiert.

In der aktuellen Fassung regelt § 8 des AOP-Vertrages mit den Kontextfaktoren zwar die allgemeinen Tatbestände, bei deren Vorliegen die stationäre Durchführung von Eingriffen als erforderlich angesehen werden. Anlage 2 zum AOP-Vertrag 2023 sieht im Unterabschnitt „ophthalmologische Begleiterkrankungen“ für diese Kontextfaktoren aber nur eine befristete Übergangsregelung für einige definierte Eingriffe vor.

Diese Befristung entbehrt jeder medizinischen Logik. Die aufgeführten ophthalmologischen Begleiterkrankungen werden auch nach Dezember 2023 noch bei Patienten auftreten und sie werden aus medizinischer Sicht auch dann noch eine stationäre Durchführung zwingend erforderlich machen.

Während die bisherigen Tatbestände der Lebensrealität entsprachen und dadurch die stationäre Behandlung multimorbider oder organspezifisch schwerkranker Patienten ermöglichten, sind die neuen Kontextfaktoren so eng gefasst, dass sie nur auf einen sehr kleinen Anteil der Patienten zutreffen und damit die Versorgungsqualität und vor allem die Versorgungssicherheit massiv einschränken.

Fallindividuelle Faktoren gem. § 8 Absatz (3) des AOP-Vertrages

Zur Präzisierung von § 8 Absatz (3) haben wir für unser Fach eine Liste von fallindividuellen Faktoren erstellt, bei deren Vorliegen es ärztlicherseits ex ante nicht sichergestellt werden kann, dass die Patienten sich nach der OP allein in der häuslichen Umgebung versorgen können und eine stationäre Aufnahme geboten ist.

Bei der Berücksichtigung der fallindividuellen Faktoren sind die vorübergehenden Einschränkungen des Sehvermögens nach einer Operation am Auge zu berücksichtigen. Sie können eine erhebliche Einschränkung der Selbstständigkeit darstellen und damit eine stationäre Aufnahme rechtfertigen.

Notwendige Verbesserungen

Dieser Stellungnahme sind 2 Listen zu den Kontextfaktoren einerseits und zu den fallindividuellen Faktoren andererseits angefügt.

Augenärztinnen und Augenärzte, die einen operativen Eingriff durchführen und ggfs. entgegen der eigenen medizinischen Beurteilung den Patienten nicht stationär aufnehmen dürfen, werden im Falle einer Komplikation in der häuslichen Umgebung dennoch dafür zur Verantwortung gezogen. Zur Verantwortung darf jedoch nur herangezogen werden, wer über die entsprechende Entscheidungskompetenz verfügt!

Des Weiteren enthält der Unterabschnitt „Beidseits“ der Anlage 2 zum AOP-Vertrag 2023 eine befristete Übergangsregelung für eine Auswahl an Operationen, nach der bei einem beidseitigen Eingriff eine stationäre Durchführung der Leistung begründet ist. Die Ausnahmen bei beidseitiger Erbringung animieren möglicherweise dazu, trotz medizinischer Abwägung einen beidseitigen Eingriff überhaupt durchzuführen - anstelle von zwei Operationen in zeitlichem Abstand. Das ist in Anbetracht der Tatsache, dass Komplikationen immer dazu führen können, dass Patienten ihr Augenlicht verlieren und ganz oder teilweise erblinden – dann ggf. beidseits – aus unserer Sicht ethisch nicht zu rechtfertigen.

Für einen bestimmten Teil der Eingriffe, die nun neu in den AOP-Vertrag aufgenommen wurden, ist grundsätzlich eine ambulante Durchführung möglich, so z. B. für einige der strabologischen Operationen. Für diese Eingriffe muss dann eine kostendeckende und leistungsgerechte Vergütung vorgesehen werden. Dies ist bei den strabologischen Operationen gegenwärtig nicht der Fall.

Die Augenoperateure haben in den letzten Jahren eindrucksvoll unter Beweis gestellt, dass sie die medizinische Abwägung verlässlich treffen und einen Großteil an Operationen im ambulanten Setting erfolgreich durchführen. Soweit das ohne Abstriche an der Versorgungsqualität und ohne die Patienten einem Sicherheitsrisiko auszusetzen medizinisch begründbar möglich ist, wird sich dieser Trend in der Augenheilkunde weiter fortsetzen. Hierzu gilt es, vernünftige Voraussetzungen zu schaffen und Kriterien zu etablieren, die das Patientenwohl ausreichend berücksichtigen.

Im Übrigen werden die Sachmittel nach § 11 AOP-Vertrag durch die Erweiterung des Katalogs unzureichend abgebildet. Ein Beispiel unter vielen dafür wäre der Katheter, der bei einer Viskokanaloplastik zum Einsatz kommt. Hier sind umgehend Anpassungen erforderlich, damit diese Eingriffe kostendeckend erbracht werden können.

Wir fordern Sie deshalb auf,

- die Befristungen von Kontextfaktoren auf das Jahr 2023 aufzuheben,
- den monetären Anreiz zur Erbringung von beidseitigen Eingriffen ersatzlos zu streichen,
- die Anerkennung von sämtlichen erforderlichen Kontextfaktoren im AOP-Vertrag zu regeln,
- die Haftungsfrage bei nicht zulässiger stationärer Aufnahme zu klären und
- die Regelung der Sachmittelfinanzierung im AOP-Vertrag zu komplettieren.

Wir sind gerne bereit, unsere Überlegungen im Detail mit der Fachebene der Verhandler des AOP-Katalogs persönlich zu erörtern und stehen für Rückfragen selbstverständlich zur Verfügung.

Dr. Peter Heinz
1. Vorsitzender des BVA

Dr. Kaweh Schayan-Araghi
1. Vorsitzender des BDOC

Prof. Dr. Claus Cursiefen
Generalsekretär der DOG

Anhang 1 (zusätzliche) ophthalmologisch-spezifische Kontextfaktoren

Anhang 2 Fallindividuelle Faktoren i.S.d. § 8 (3) AOP-Vertrag

Die Inhalte der Anhänge wurden in Abstimmung und mit Unterstützung der folgenden Verbände erstellt:

- DGII** - Deutschsprachige Gesellschaft für Intraokularlinsen-Implantation, interventionelle und refraktive Chirurgie e.V.
- DOCH** - Vereinigung Deutscher Ophthalmologischer Chefärzte e. V.
- GSNK** - Gesellschaft für Strabologie, Neuroophthalmologie und Kinderophthalmologie e.V.
- RG** - Retinologische Gesellschaft e.V.
- VOL** - Vereinigung Ophthalmologischer Lehrstuhlinhaber e.V.

	(Zusätzliche) Ophthalmologisch-spezifische Kontextaktoren (nicht abschließend)	OPS	ICD
	OP am einzigen Auge		
	OP am besseren Auge / beidseitige OP bei funktioneller Einäugigkeit		H53.4; H54.4
	Gesichtsfeldausfall auf dem nicht zu operierenden Auge		H53.4
	Akutsituation - Ausschluss Notfälle (max 24h) (IGES)		
	Absehbarer Bindehaut-Mangel oder Komplikationen (Revisionen, Skleromalazie, Z.n. Plombenchirurgie), die sicher eine intensive post-operative Versorgung erfordern, die nicht durch Angehörige oder Pflegedienste erbracht werden kann		
	Absehbares Risiko der Vorderabschnittsischämie		
	Ischämierisiko bei Folgeoperationen an mehr als zwei geraden Augenmuskeln monokular	5-10k.	
	Multiples Trauma (bspw. mit Beteiligung von Lidern, Hornhaut, Sklera, Iris, Linse, etc.)	u.a. 5-095.11; 5-130.0; 5130.1; 5-140.0; 5-140.1	S05.- S02
	Trauma mit GK-Prolaps und Erfordernis einer vorderen Vitrektomie	5-159.00; 5-159.1	H43.0
prä-operativ bestehend	OP wegen Z. n. intraokularer Entzündung erforderlich		
	prä-operative Aufnahme erforderlich (bspw. bei Netzhautablösung, da präoperative besondere Lagerung erforderlich u.a.m.)		
	Operationen unter Antikoagulation oder Koagulopathien bei Eingriffen mit hoher Blutungsneigung; Gerinnungsstörungen; Marcumar-Therapie [gilt auch fachübergreifend]		D68.9
	Kontrolle bei Patienten mit Gerinnungshemmung insbesondere bei Hypotonie postoperativ, Anpassung / Überwachung /Wiederansetzen der Gerinnungshemmung [gilt auch fachübergreifend]		
	Schlecht eingestellter Diabetes mellitus bei perioperativer Nüchternheit [gilt auch fachübergreifend]		
	Perioperative Dialysepflicht; Niereninsuffizienz [gilt auch fachübergreifend]		N18.9; Z99.2
	Bekanntes Anästhesiekomplikationen: Übelkeit, OSAS, Muskelerkrankungen [gilt auch fachübergreifend]		
	Fehlende Auffassungsgabe für das postoperative Behandlungsschema [gilt auch fachübergreifend]		F03
	Fehlende Fähigkeit zur Tropfenapplikation (z.B. degenerative Gelenkerkrankungen), Tremor, M. Parkinson, bds. stark reduzierter Visus)		M06.99; G25.0; G20; H54.1
	Stark eingeschränkte Mobilität (z.B. Rollstuhl, Prothese, körperliche Behinderung) [gilt auch fachübergreifend]		Z99.3; Z97.1; R26.8

(Zusätzliche) Ophthalmologisch-spezifische Kontextaktoren (nicht abschließend)		OPS	ICD
prä-operativ bestehend	Mangelnde Krankheitseinsicht, Medikamenteneinnahme (auch Tbl.) nicht gewährleistet [gilt auch fachübergreifend]		F09; R54
	Klaustrophobie, Depression, weitere schwerwiegende neurologische / psychiatrische Störungen [gilt auch fachübergreifend]		F40.2; F32.9; F43.9
	Tabletten-, Alkohol-, Drogenabhängigkeit [gilt auch fachübergreifend]		F13.2; F10.2; F15.2
	Geistige Behinderung (z.B. Demenz, Altersdemenz, Alzheimer), Down-Syndrom [gilt auch fachübergreifend]		F03; Q90.9
	Schlechter endokriner oder metabolischer Status (z.B. labiler Diabetes mellitus, Hypertonus) [gilt auch fachübergreifend]		E10.; E11.; E14.; I10.90
	Erhöhtes kardiovaskuläres Risiko mit evtl. Notwendigkeit einer intensivmedizinischen Betreuung (z.B. KHK mit Angina pectoris, Zn.n. Apoplex, Zn.n. Myokardinfarkt, Klappendysfunktion, Herzinsuffizienz Grad III/IV) [gilt auch fachübergreifend]		I20.8; I69.4; I21.9; I38.0; I50.9
	Relevante Lungenfunktionsstörung (z.B. Asthma, obstruktive Bronchitis, Schlafapnoe-Syndrom) [gilt auch fachübergreifend]		R94.2; J45.9; J44.8; G47.3
	Anamnestisch maligne Hyperthermie [gilt auch fachübergreifend]		Z88.4
	ITN erforderlich (ASA >2, mit erhöhtem Behandlungs- oder Überwachungsaufwand)		

(Zusätzliche) Ophthalmologisch-spezifische Kontextaktoren (nicht abschließend)		OPS	ICD
intra-/post-operativ	besondere Lagerungen wegen Gasendotamponade (Rückenlage bei Gas in der VK und zwar auch tagsüber)	5-139.2;	
	Lagerung bei Makulaforamen		H35.38
	Lagerungskontrolle auch bei kombinierten sonstigen Eingriffen (Luxationsgefahr der IOL)		
	Vermeidung körperlicher Anstrengung post-operativ wegen teilweise erheblicher Gefahr (zB bei postoperativer Hypotonie nach skleraler IOL Fixation) der expulsiven Aderhautblutung	5-144.2c; 5-144.26; 5-144.3c; 5-144.3g; 5-144.4c; 5-144.4g; 5-144.5c; 5-144.5g; 5-146.2c; 5-146.2g	H31.3; T81.0; T81.3
	Überwachung bei Blutungsneigung nach Glaukomoperationen	5-137.1; 5-132.1,,2,,21; 5-133.7; 5-134.00, .2	T81.0; T81.3; T85.3
	Druckkontrolle wegen Gefahr der Hypotonie nach Glaukomoperationen	5-137.1; 5-132.1,,2,,21; 5-133.7; 5-134.00, .2	T81.9
	Notwendigkeit abendlicher/nächtlicher Augeninnendruck-Kontrollen in der frühen postoperativen Phase	5-10a. bis 5-10k.	R11
	Therapie postoperativer Übelkeit (PONV) (z. B. nach Augenmuskel OPs, insbesondere bei Kindern) oder Störungen des Allgemeinzustandes	5-10a. bis 5-10k.	
	Blutungsneigung bei Kammerwinkelchirurgie/Kanaloplastik bei post-operativer Hypotonie, nachfolgender Tensioanstieg bei Blutungsresorption welche mehrfache (mehrfach tägliche und nächtliche) Kontrollen erfordern	5-137.1; 5-132.1,,2,,21; 5-133.7; 5-134.00, .2	T81.0; T81.3; T85.3
	Blutungsneigung/Perforationsrisiko nach Entfernung einer Cerclage	5-153.2	
	Hochfrequente tägliche Tropfapplikation (mehr als 4 tägl. , bis zu 8x oder stündlich bspw. bei starkem post-operativem Reiz, Hornhaut-Ulcera, etc.) was von Sozialdiensten nicht geleistet wird		H44.0; H44.1; H16.0
	Komplexe Revisionen mit hohem Risiko von post-operativem Reiz	5-983, 5-10e.0, 5-10j.0	
	Erhöhte Infektionsgefahr bei Einbringung von Fremdmaterial (z.B. Interponate)	5-10b.4, 5-10g.x	T85.78, T85.88, T85.6, H59.8
	Bindehautmangel, eingeschränkter Wundverschluss (z.B. Endokrine Orbitopathie, Revisionen), Einlegen einer Illigschale		H11.8, H11.2
Blutungskomplikationen [gilt auch fachübergreifend]		D68.3-, H11.3	

Standpunkt von BDOC, DOG und BVA:

- Zusätzlich zu den Kontextfaktoren müssen auch patientenbezogene Gegebenheiten wie Funktionseinschränkungen, Pflegebedürftigkeit, Lebensalter mit Frailty-Grad, Immobilität, Sturzgefahr, Delir-Risiko nach Anästhesie berücksichtigt werden.
- Pflegegrad, Immobilität und kognitive Einschränkungen müssen ex ante unter Berücksichtigung des bevorstehenden medizinischen Eingriffs von Ärzten beurteilt werden auch und gerade für die Tage direkt nach dem Eingriff, an denen u.a. ggf. der GdB /Pflegestufe vorübergehend erhöht angenommen werden kann.
- Soziale Faktoren inklusive der häuslichen Lebenssituation, müssen als Entscheidungsgrundlage mit einfließen und können eine stationäre Aufnahme begründen.

Deshalb:

- Bei der Entscheidung, ob eine Maßnahme ambulant oder stationär durchgeführt wird, muss neben den medizinischen Kriterien insbesondere der Patient und sein häuslicher Versorgungs-Kontext fallindividuell mitberücksichtigt werden.
 - Der betroffene Mensch steht im Zentrum und sollte ausdrücklich in die Entscheidung mit einbezogen werden, wo, wie und durch wen die Maßnahme durchgeführt wird.
 - Die Entscheidung muss ex ante aufgrund der (Risiko-)Einschätzung von Ärzten getroffen werden können, ohne dass ex post der Medizinische Dienst anders votiert und die Honorierung verweigert /kürzt. Andernfalls darf die juristische Verantwortung nicht den Ärzten und Krankenhausträgern bei der Entscheidung für die ambulante Behandlung angelastet werden.
- Die Gründe, die nach § 8 Abs. (3) zu einer stationären Aufnahme führen, müssen zu entsprechenden medizinischen und /oder pflegerischen Maßnahmen Tag und Nacht führen, die entsprechend zu dokumentieren sind.

Fallindividuelle Faktoren i.S.d. §8 (3) (nicht abschließend)	Begründungen
Patient zu unsicher zum selber tropfen (Antinfektiva, Antiphlogistika, Drucksenker, Kortikosteroide, Serum-Augentropfen)	Gefahr eines Augeninnendruckanstiegs/-abfalls; Gefahr post-operativer Infektionen bis hin zum Verlust des Auges (Endophthalmitis). Behandlungserfolg gefährdet
Begleitperson /Partner ebenfalls gebrechlich und nicht zum regelmäßigen täglichen /nächtlichen Tropfen in der Lage (Antinfektiva, Antiphlogistika, Drucksenker, Kortikosteroide, Serum-Augentropfen)	
Notwendigkeit der Tropfenapplikation von > 4 pro Tag im häuslichen Umfeld (Antinfektiva, Antiphlogistika, Drucksenker, Kortikosteroide etc.)	Ambulante Pflegedienste haben eine maximale Anzahl von Besuchen pro Pat und Tag von 4
HKP -Pflegedienst hat keine ausgebildete Augenfachkraft	Sicherstellung des Behandlungserfolges
Einziges Auge (auf dem anderen Auge Visus 0,2); Veränderung der Pflegebedürftigkeit post-operativ zumindest für einige Tage	Verletzungs-/Sturzgefahr maximal erhöht, keine eigenständige Versorgung möglich
HKP (häusliche Krankenpflege) ist nicht gesichert - trotz Entlassmanagement	Sicherstellung des Behandlungserfolges; gilt auch fachübergreifend
HKP ist nachts nicht gesichert	Sicherstellung des Behandlungserfolges; gilt auch fachübergreifend
Mehrfache tägliche Kontrollen (nach vielen Eingriffen aus unserer Aufstellung, die für fast alle unsere Patienten nicht ohne stat Aufnahme auf Grund, Alter, Begleiterkrankungen und sozialen Aspekte nicht möglich sind.)	Sicherstellung des Behandlungserfolges; gilt auch fachübergreifend
Postoperative Sturzgefährdung	Sicherstellung des Behandlungserfolges; gilt auch fachübergreifend
Expliziter Patientenwille / Weigerung des Patienten	Sicherstellung des Behandlungserfolges; gilt auch fachübergreifend
GdB nach Operation ggf. höher als vorher; funktionelle Einäugigkeit nach Operation	z.B. ein bestehender Pflegegrad 3 kann direkt postoperativ für eine bestimmte Zeitdauer (einige Tage) wegen des Eingriffs erhöht sein. Stufe 4 und 5 begründen per se eine stationäre Aufnahme. Sicherstellung des Behandlungserfolges; gilt auch fachübergreifend
Alleinstehend (ohne Angehörige, Versorgungsperson) [Z74.8]	Sicherstellung des Behandlungserfolges; gilt auch fachübergreifend