

Ambulantes Operieren

im niedergelassenen Bereich und ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)

Olaf Winkler
Leiter Referat Industrieller Gesundheitsmarkt



Ambulantes Operieren durch Vertragsärzte



- Der Gesetzgeber hatte die KBV, die DKG und den GKV-Spitzenverband im Jahr 2019 beauftragt, das ambulante Operieren nach Paragraph 115b SGB V weiterzuentwickeln und höhere Anreize zu setzen, dass mehr Operationen am Krankenhaus ambulant erfolgen.
- Dazu soll unter anderem der AOP-Katalog erweitert werden.
- In einem ersten Schritt wurde das IGES-Institut beauftragt, stationäre Leistungen zu identifizieren, die ambulant erbracht werden könnten.
- Die Gutachter kamen im Frühjahr 2022 zu dem Schluss, dass von den rund 35.000 analysierten OPS-Kodes fast 2.500 OPS-Kodes in den AOP-Katalog hinzugefügt werden könnten.

Ambulantes Operieren durch Vertragsärzte



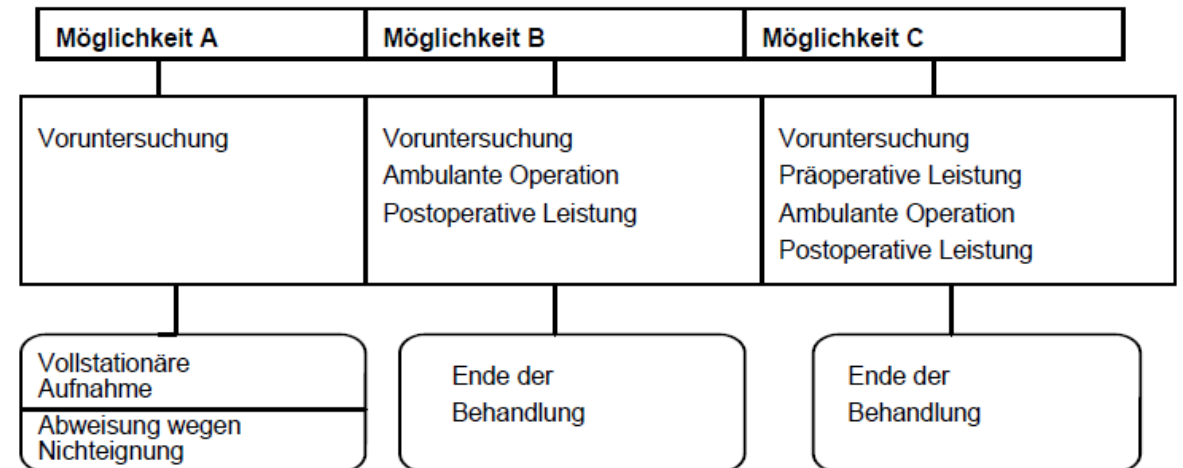
- Ärztliche Leistungen mit chirurgisch-instrumenteller Eröffnung der Haut mindestens mit Oberflächen-Anästhesie sowie Leistungen entsprechend OPS- Prozeduren
- Sachliche personelle Voraussetzung (Zulassung KV)
- Leistungsumfang der Krankenhäuser § 115 b SGB V definiert sich nicht durch diesen Abschnitt (Kapitel 31 EBM)
- Leistungen entsprechen den OPS-Prozeduren des Anhangs 2 des EBM
Link: https://www.kbv.de/html/ambulantes_operieren.php
- Ausgabenvolumen nach KJ 1 2023: Vertragsärzte rd. 2,3 Mrd. Euro

Ambulantes Operieren

Der Zugang des Patienten zum ambulanten Operieren erfolgt

- durch Überweisung eines niedergelassenen Vertragsarztes
- auf eigene Veranlassung

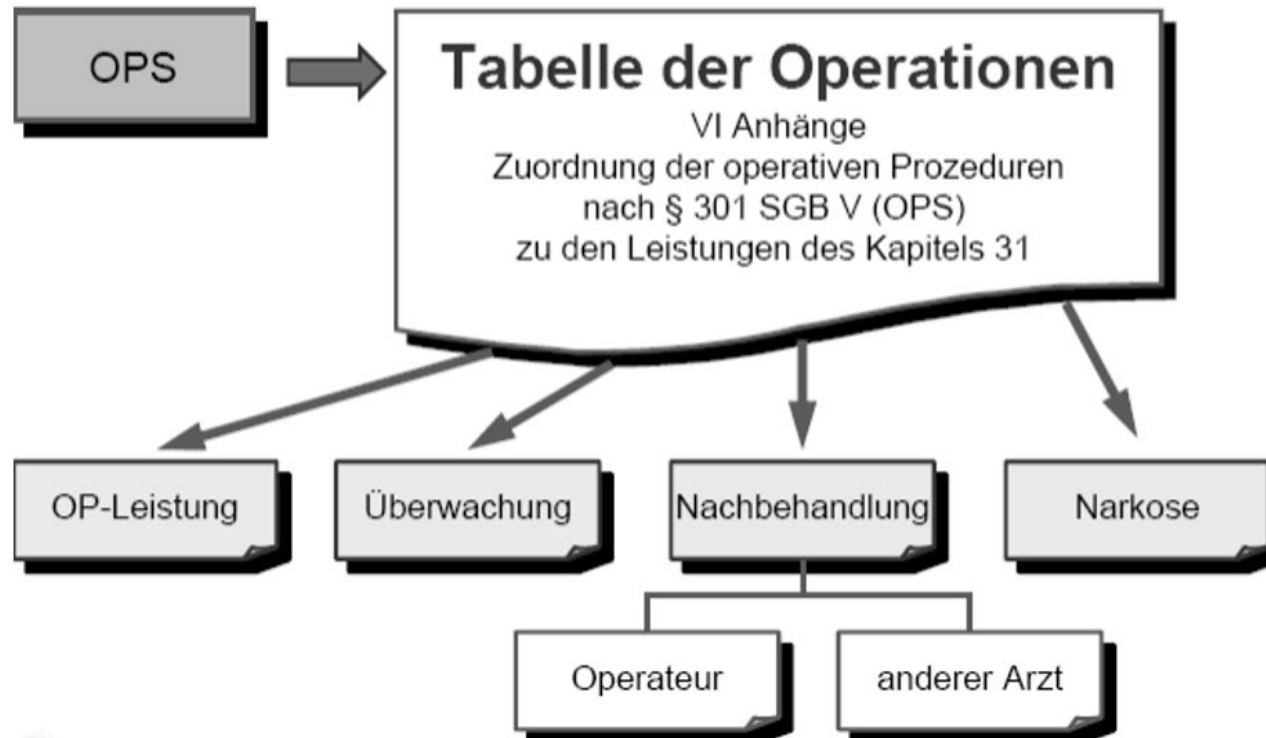
Für die Frage, ob und in welchem Rahmen eine ambulante Operation durchgeführt wird, gibt es verschiedene Möglichkeiten:



Vergütung nach EBM Kap. 31 ff.



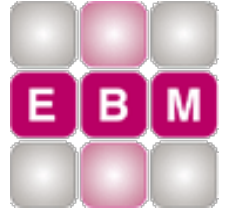
Der Weg zum Operationskomplex



Vergütung nach EBM Kap. 31 ff.

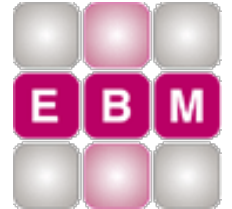
Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung:

- Sachkosten: Kapitel 40 Pauschalen (z. B. PTCA)
- außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung
- Sachkosten Kapitel 7 EBM
- Sonderverträge ambulant Operieren regionale KVen (gestützter Punktwert)



Ambulante und belegärztliche Leistungen neu bewertet

Der Bewertungsausschuss hat darüber hinaus alle Leistungen des ambulanten und belegärztlichen Operierens neu kalkuliert und zum 1. Januar 2023



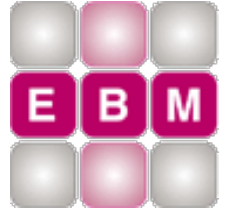
Geschäftsführung des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V

Anlage: Technische Anlage zum Beschluss Teil A mit Änderung der Bewertungen und Änderungen im Anhang 3

GOP	Kurzlegende	Bewertung		Bewertungs- einheit	Kalkulationszeit (Min.)		Prüfzeit (Min.)	
		bis 31.12.2022	ab 01.01.2023		bis 31.12.2022	ab 01.01.2023	bis 31.12.2022	ab 01.01.2023
01854	Sterilisation des Mannes	801	802	Punkte	KA	16	25	14
01855	Sterilisation der Frau	1.303	1.307	Punkte	KA	26	38	21
01904	Abruptio, medizinische oder kriminologische Indikation, operativ	964	964	Punkte	KA	29	24	23
01905	Abruptio, medizinische Indikation	1.102	1.102	Punkte	KA	32	30	25
01906	Abruptio, medizinische oder kriminologische Indikation, medikamentös	561	561	Punkte	KA	27	25	21
31101	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A1	881	865	Punkte	KA	23	25	20
31102	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2	1.438	1.413	Punkte	KA	37	36	30
31103	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3	2.053	2.097	Punkte	KA	50	44	37
31104	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A4	2.767	2.881	Punkte	KA	65	55	46
31105	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A5	3.649	3.981	Punkte	KA	93	72	61
31106	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A6	4.622	5.326	Punkte	KA	119	83	72
31107	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A7	5.082	6.509	Punkte	KA	138	120	112
31108	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31101 bis 31107	463	640	Punkte	KA	15	15	15
31111	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B1	992	941	Punkte	KA	22	25	19
31112	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B2	1.602	1.533	Punkte	KA	36	36	29
31113	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B3	2.343	2.343	Punkte	KA	49	44	37
31114	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B4	3.117	3.169	Punkte	KA	65	55	46
31115	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B5	4.236	4.571	Punkte	KA	93	72	61
31116	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B6	5.324	6.071	Punkte	KA	119	83	72
31117	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B7	5.695	7.208	Punkte	KA	138	120	112
	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31111							

Beispielabrechnung EBM-31.2

**Eine linksseitige Inguinalhernie wird laparoskopisch transperitoneal verschlossen (TAPP).
Der Eingriff wird mit dem OPS-Kode 5-530.31 verschlüsselt.**



Vergütung des Eingriffs (GOP 31163) **ohne Zuschlag:**
278,90 Euro (2.427 Punkte)

Vergütung des Eingriffs (GOP 31163) **mit Zuschlag** V (GOP31455):
389,33 Euro (3.388 Punkte)

Durch den Zuschlag steigt die Vergütung für den Eingriff um 40 Prozent.

zusätzlich Abrechnung des Anästhesisten

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)

nach § 116 b SGB V

- Die ASV umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern. Hierzu gehören insbesondere schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierte Leistungen.
- Es gilt der Verbotsvorbehalt nach § 137 c SGB V.
- Sowohl niedergelassene Vertragsärzte und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) als auch Krankenhäuser können diese Leistungen erbringen (G-BA und Landesausschuss-Voraussetzungen sind zu erfüllen).



Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)

nach § 116 b SGB V

- G-BA regelt das Nähere und Details.
- Stand 10.2024: 23 Indikationen
- Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116 b SGB V – ASV-RL
www.g-ba.de/informationen/beschluesse/1706
- Die Leistungen werden von den Kassen unmittelbar vergütet.
- Für die **Vergütung der Leistungen** vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung gemeinsam und einheitlich die Kalkulationssystematik, diagnosebezogene Gebührenpositionen in Euro sowie deren jeweilige verbindliche Einführungszeitpunkte nach Inkrafttreten der entsprechenden Richtlinien.





Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)

Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V

Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V – ASV-RL

Die Richtlinie regelt das Nähere zum erkrankungsspezifischen Versorgungsangebot der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, insbesondere die einbezogenen Erkrankungen, den Behandlungsumfang, die personellen und sächlichen Anforderungen an die teilnehmenden Krankenhäuser und vertragsärztlichen Leistungserbringer sowie den Zugang der Patientinnen und Patienten.

 **Dokument zum Download**
(PDF 967,44 kB)

In Kraft getreten am: 24.08.2024

Geändert am: 21.03.2024 BAnz AT 23.08.2024 B3

Fassung vom: 21.03.2013 BAnz AT 19.07.2013 B1

Anlagen

» [Appendix Anlage 1.1 a\) Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle](#)

» [Appendix Anlage 1.1 a\) Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren](#)

» [Appendix Anlage 1.1 a\) Tumorgruppe 3: urologische Tumoren](#)

» [Appendix Anlage 1.1 a\) Tumorgruppe 4: Hauttumoren](#)

Historie

Ältere Versionen der Richtlinie finden Sie hier im Überblick.

[zur Historie](#)

Letzte Beschlüsse

17.10.2024

» **Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Umstrukturierung des Verfahrens der Jährlichen Anpassung der Appendizes an den aktuellen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)**

10.04.2024

» **Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Bericht zu Tumorgruppe 7 – Gehirn und periphere Nerven**

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)



- Die ASV steht Vertragsärzten und Krankenhäusern offen und unterliegt nicht der Bedarfsplanung.
- Die Anforderungen an die ASV-Teams sowie den Umfang von Diagnostik und Therapie der 25 im SGB V gelisteten Erkrankungen definiert der Gemeinsame Bundesausschuss in krankheitsspezifischen Anlagen zur ASV-Richtlinie
- Die ASV-Leistungen werden zu festen Preisen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab vergütet. Eine Mengengrenzung gibt es nicht. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird um die ASV-Leistungen bereinigt.
- Ausgaben nach KJ 1 2023: Ärzte 150 Mio. Euro und Krankenhäuser 335 Mio. Euro

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)

nach § 116 b SGB V

Vergütung:

- Die Kalkulation erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, **der Sachkosten** sowie der spezifischen Investitionsbedingungen.

Übergangsregelung:

- Bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung erfolgt die Vergütung auf der Grundlage der vom Bewertungsausschuss gemäß § 87 Absatz 5 a SGB V bestimmten abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen mit dem Preis der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung; dabei ist die Vergütung bei den öffentlich geförderten Krankenhäusern, um einen Investitionskostenabschlag von fünf Prozent zu kürzen. (wird zeitweise ausgesetzt)



Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)

nach § 116 b SGB V

Vergütung:

- Beschlüsse des Ergänzten Bewertungsausschusses (ergBA) zur ASV
- Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 5a SGB V regelt die Abrechnung für die ASV. Dazu gehören die Bestimmung der im Rahmen der ASV abrechnungsfähigen Leistungen auf Grundlage des EBM und die Anpassung des EBM zur Vergütung der Leistungen der ASV. Ergänzt ist er im Gegensatz zum Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V um Mitglieder der Deutschen Krankenhausgesellschaft.
- Kapitel 50 EBM-Kostenpauschalen
- **Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses zur Vergütung von Sachkosten der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung**



Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)

nach § 116 b SGB V

Verordnung:

- Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach Absatz 1 schließt die Verordnung von Leistungen nach § 73 Absatz 2 Nummern 5 bis 8 und 12 ein, soweit diese zur Erfüllung des Behandlungsauftrags nach Absatz 2 erforderlich sind
- **z. B. Verband- und Hilfsmittel**



Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)

Vergütung der Sachkosten

Nicht gesondert berechnungsfähige Kosten (Praxisbedarf)

Kosten, die gemäß 7.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM mit der Gebühr für die ärztliche Leistung abgegolten oder explizit Leistungsinhalt der vom ergänzten Bewertungsausschuss gemäß § 87 Abs. 5a SGB V bestimmten abrechnungsfähigen Leistungen sind nicht gesondert berechnungsfähig.

Sprechstundenbedarf

Für an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und Medizinische Versorgungszentren gilt in der ASV die Sprechstundenvereinbarung der regionalen KV.



Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)

Sprechstundenbedarf-Krankenhäuser

Der Umfang des Sprechstundenbedarfes richtet sich nach den jeweils regional gültigen Sprechstundenbedarfsvereinbarungen. Der Sprechstundenbedarf wird für onkologische Erkrankungen mit 13,00 Euro je Kalendervierteljahr und Patient vergütet. Für alle übrigen Erkrankungen beträgt die Pauschale für den Sprechstundenbedarf 4,00 Euro je Kalendervierteljahr und Patient.



Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)

Gesondert berechnungsfähige Sachkosten

Die berechnungsfähigen Sachkosten werden nach den Regelungen der ASV-AV mit der Krankenkasse abgerechnet.

Der ASV-Berechtigte wählt diese gesondert berechnungsfähigen Materialien unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der medizinischen Notwendigkeit aus.

Der ASV-Berechtigte ist verpflichtet, die tatsächlich realisierten Preise in Rechnung zu stellen und ggf. vom Hersteller bzw. Lieferanten gewährte Rückvergütungen, wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligungen, Bonifikationen und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten bis zu 3 % weiterzugeben.

Werden die Materialien bei mehreren Patienten verbraucht, so ist ein durchschnittlicher Preis je Patient abzurechnen.



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



Olaf Winkler
Leiter Referat Industrieller
Gesundheitsmarkt
knorr@bvmed.de

BVMed folgen!

Newsletter:
bvmed.de/abo

Twitter: @bvmed

LinkedIn: @bvmed

Instagram: @bvmed.de