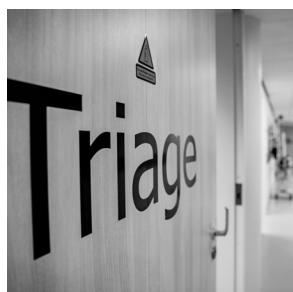


# OPG 12 | 2022

Auszug  
OPG-Ausgabe  
12-2022  
Lizenziert für den  
GKV-Spitzenverband

**Operation Gesundheitswesen • »Wir erklären Gesundheitspolitik«**  
20. Jahrgang – Gesundheitspolitische Nachrichten und Analysen der  
Presseagentur Gesundheit • ISSN 1860-8434

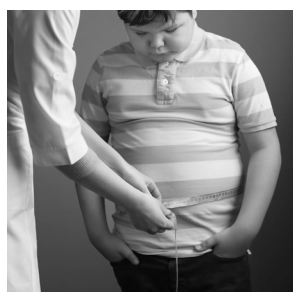
## INHALT | Auszug Ausgabe 12 vom 18. Mai 2022



© imago images, ANP



© pag, Fiolka



© stock.adobe, Africa Studio

„Fataler Irrweg“ bei EU-HTA .....	Seite 2
Hecken warnt vor zu wenigen Beratungsterminen für Industrie	
Geht's jetzt los? .....	Seite 3
Bundesgesundheitsministerium aktualisiert seine To-Do-Liste	
Lauterbach will Ex-Post-Triage nicht erlauben .....	Seite 6
Gesundheitsminister zieht wieder einen Gesetzentwurf zurück	
Ärzte aus dem Ausland unverzichtbar .....	Seite 7
Sachverständigenrat für Integration und Migration legt Gutachten vor	

## INTERVIEW

<b>EBM-Bezahlung für Ambulantes Operieren</b> .....	Seite 10
Stefanie Stoff-Ahnis vom GKV-SV erinnert an maue Finanzsituation	

## MELDUNGEN

Broich: Macron will DiGA-System .....	Seite 15
KHZG: Umsetzungsfrist birgt Probleme .....	Seite 16
DMP Adipositas: IQWiG publiziert Leitlinienrecherche .....	Seite 17
KKH: Pflegedienste betrügen am häufigsten .....	Seite 18
Analyse: Überlastung der Intensivstationen nur gefühlt .....	Seite 19
Bundestag diskutiert erstmals Streichung von §219a .....	Seite 20
Pharmazeutische Dienstleistungen verzögern sich .....	Seite 21
Fast 50.000 Ärzte ambulant angestellt .....	Seite 22
Expertenrat: Post-COVID-Versorgung mangelhaft .....	Seite 23
Aus der Versorgung in die Forschung und zurück .....	Seite 25
In eigener Sache: 20 Jahre Gesundheitspolitik .....	Seite 26
<b>Impressum</b> .....	Seite 27

## INTERVIEW

## ■ EBM-Bezahlung für Ambulantes Operieren

Stefanie Stoff-Ahnis vom GKV-SV erinnert an maue Finanzsituation

Berlin (opg) – Wir schließen unsere Interviewreihe zum Ambulanten Operieren (AOP) mit Stefanie Stoff-Ahnis. Das Vorstandsmitglied im GKV-Spitzenverband verrät uns, warum die Kassen auf den Facharztstatus pochen, wie weit die drei Partner der Selbstverwaltung mit der Umsetzung des IGES-Gutachtens sind und wieso der neuen AOP-Katalog nicht die Ouartüre zur großen Krankenhausstrukturreform ist. Deutlich wird, dass die Frage der Bezahlung noch zu Kontroversen mit den Krankenhäusern und den Vertragsärzten führen wird. Denn Stoff-Ahnis setzt voll auf den EBM.

**opg:** Das IGES-Gutachten identifiziert über 5.000 ambulante Leistungen. Deckt sich das mit den Vorstellungen des GKV-Spitzenverbands?

**Stefanie Stoff-Ahnis:** Das IGES-Gutachten zeigt vor allem das enorme Ambulantisierungspotenzial im deutschen Gesundheitswesen auf. Im internationalen Vergleich schneidet Deutschland hier noch völlig unzureichend ab. Nehmen Sie das Beispiel der Hernienoperation. In Dänemark und Großbritannien erfolgen über drei Viertel der erbrachten Hernienoperationen ambulant, in Deutschland hingegen wird diese OP noch fast zu 100 Prozent vollstationär erbracht. Des Weiteren haben wir in Deutschland jährlich circa vier Millionen Krankenhausfälle mit maximal einer Übernachtung – ein weiterer Hinweis für unsere niedrige Ambulantisierungsrate. Wir müssen jetzt die Ambulantisierung in Deutschland erfolgreich voranbringen, denn so können unnötige stationäre Krankenhausaufenthalte und die damit verbundenen Risiken für die Patientinnen und Patienten vermieden werden. Auch Krankenhäuser, Ärzteschaft und Pflegepersonal werden dadurch entlastet. Das IGES-Gutachten leistet somit eine wertvolle Vorarbeit für die Erweiterung des AOP-Katalogs. Mehr als die Hälfte der vom IGES



© pag, Fiolka

### Zur Person

Vor ihrem beruflichen Engagement im GKV-Spitzenverband (GKV-SV) stand Stefanie Stoff-Ahnis (Jahrgang 1976) kurz auf der „anderen Seite“ und war 2006 in Magdeburg für wenige Monate designierte Landesgeschäftsführerin des Bundesverbands privater Anbieter sozialer Dienstleistungen (bpa). Dem Vorstand des GKV-SV gehört sie seit 2019 an, davor war sie in verschiedenen Leitungspositionen bei der AOK Nordost tätig.

empfohlenen 5.000 Leistungen können aber bereits heute über den AOP-Katalog abgerechnet werden. Hier kommt es maßgeblich darauf an, dass diese Leistungen zukünftig wirklich nur noch dann stationär erbracht werden, wenn eine ambulante Behandlung im Einzelfall nicht vertretbar ist.

**opg:** Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) betonen, dass die Kassen erst einmal nicht mit großen Einsparungen rechnen dürfen. Was erwarten Sie, wann Einsparungen zu Buche schlagen werden und über welche Höhe der Kostensenkung reden wir insgesamt?

**Stoff-Ahnis:** Einsparungen könnten sich für die Kassen nur ergeben, wenn es aufgrund der Ambulantisierung weniger stationäre Eingriffe gibt. Wie sich das entwickelt, müssen wir erst beobachten. Ambulante Leistungen müssen weiter wie ambulante Leistungen bezahlt werden. Hier gewährleistet der EBM bereits ein angemessenes Vergütungsniveau, wie ein Blick in alle unabhängigen Statistiken zu Einkommen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte deutlich macht. Zeitnah wollen wir EBM-Ziffern für die AOP-Leistungen kalkulieren, um hier eine sachgerechte Vergütung sicherzustellen. Ein „ambulant behandeln, stationär finanzieren“, wie es in manchen Auftragsgutachten empfohlen wird, wäre kein verantwortlicher Umgang mit den Beitragsgeldern unserer Versicherten und der Arbeitgebenden. Wir setzen uns dafür ein, dass die Ambulantisierung auch zu Einsparungen führen wird. Zum heutigen Zeitpunkt hier Zahlen zu nennen, wäre nicht seriös.



„Einsparungen könnten sich für die Kassen nur ergeben, wenn es aufgrund der Ambulantisierung weniger stationäre Eingriffe gibt.“ © stock.adobe.com, Nuthawut

**opg:** Nicht nur Krankenhäuser würden sich über ein DRG-ähnliches Modell freuen, sondern auch Vertragsärzte. Welche Finanzierung bevorzugen Sie?

**Stoff-Ahnis:** Ein DRG-ähnliches Modell für alle Leistungserbringenden scheint mit der Vorstellung verknüpft zu sein, dass sich die Vergütung an einer vollstationären Leistung orientiert. Für die Leistungen des AOP-Katalogs sieht das Gesetz jedoch klar eine Vergütung ausgehend vom EBM, also dem Vergütungskatalog für vertragsärztliche Leistungen, vor. Diesen Ansatz finden wir so auch richtig. Zusätzlich sind natürlich Besonderheiten im AOP-Leistungsbereich – wie etwa nicht-ärztliche Leistungen und Sachkosten von Krankenhäusern – ergänzend zu berücksichtigen, sollte dies aktuell im EBM noch nicht der Fall sein. Um Aufwandsunterschiede in Behandlungen oder Eingriffen aufzufangen, und damit einer Risikoselektion vorzubeugen, wird die Vergütung nach dem Schweregrad differenziert.

**opg:** Wenn das Ambulante Operieren eine eigene Finanzierungsform erhält, besteht dann die Gefahr eines neuen Sektors?

**Stoff-Ahnis:** Einen weiteren Sektor mit neuen Schnittstellenproblemen und finanziellen Verschiebeparkplätzen brauchen wir auf keinen Fall. Zum Glück ist das Gesetz an dieser Stelle klar: Ausgangsbasis der AOP-Vergütung ist und bleibt der EBM. Uns ist es auch wichtig, dass mit einer Strukturreform teure Doppelstrukturen in der Versorgung und parallele Abrechnungsmöglichkeiten für Krankenhäuser abgebaut werden. Man denke an all die verschiedenen ambulanten Abrechnungsmöglichkeiten, die Krankenhäuser nutzen können, angefangen mit AOP über ASV, Ambulanzen oder teilstationäre Leistungen. Hier kann die AOP-Reform bereits ein erster Schritt sein.

**opg:** Wer entscheidet, wer wo und wie operiert wird? Wer steuert den Patienten?

**Stoff-Ahnis:** In der Regel werden Patientinnen und Patienten auf Veranlassung eines niedergelassenen Arztes oder -ärztin in einer Praxis oder im Krankenhaus ambulant operiert. So sieht es schon der aktuelle AOP-Vertrag vor. Die für den Eingriff verantwortlichen Medizinerinnen und Mediziner entscheiden über Art und Umfang des Eingriffs. Dabei sind sie verpflichtet, in jedem Einzelfall zu prüfen, ob der Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten die ambulante Durchführung der Operation erlaubt. Das IGES Institut schlägt im Gutachten einige konkrete Indikatoren für eine stationäre Erbringbarkeit von AOP-Leistungen vor. Wir werden diese Vorschläge gewissenhaft prüfen. Uns ist es auch wichtig, dass nach der Durchführung einer AOP-Leistung eine sachgemäße Einbindung der weiterbehandelnden Vertragsärzteschaft erfolgt.



„Die für den Eingriff verantwortlichen Medizinerinnen und Mediziner entscheiden über Art und Umfang des Eingriffs. Dabei sind sie verpflichtet, in jedem Einzelfall zu prüfen, ob der Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten die ambulante Durchführung der Operation erlaubt.“  
© iStock.com, andresr

**opg:** Krankenhäuser und Vertragsärzte sind sich uneins über den Facharztstatus. Die KBV sagt: Facharztstatus ist ein Muss beim Ambulanten Operieren. Die DKG sagt: Muss nicht zwingend. Wie positioniert sich die GKV?

**Stoff-Ahnis:** Ein wesentliches Kennzeichen der ambulanten Versorgung ist und bleibt der Facharztstatus. Der EBM ist unter der Annahme kalkuliert, dass eine Ärztin oder ein Arzt mit abgeschlossener Facharztweiterbildung die Leistung erbringt. Wenn Krankenhäusern erlaubt würde, dieses Qualifikationsniveau zu unterlaufen,

ergäben sich daraus unfaire Wettbewerbsvorteile gegenüber der Vertragsärzteschaft. Dies gilt im Übrigen für sämtliche Anforderungen an die Leistungserbringung. Da der Gesetzgeber ausdrücklich den EBM als Grundlage der AOP-Vergütung gewählt hat, sehen wir hierin gleichzeitig auch ein implizites Votum für den Facharztstatus. Es wäre auch ein seltsames Signal, im Zuge der Ambulantisierung Abstriche bei der Patientensicherheit zu machen, zumal auch komplexere Eingriffe in den AOP-Katalog aufgenommen werden sollen.

**opg:** Der Facharztstatus wird nicht das einzige Konfliktfeld sein. Wo sehen Sie aus Kassensicht noch Reibungspunkte mit den beiden anderen Partnern der Selbstverwaltung?

**Stoff-Ahnis:** Ich sehe eine große gemeinsame Bereitschaft der Selbstverwaltung, die Ambulantisierung jetzt voranzubringen. Dafür muss jede Seite bereit sein, sich von der einen oder anderen bisherigen Grundsatzposition zu lösen. Eine Herausforderung werden sicherlich die schon angesprochenen Vergütungserwartungen der Leistungserbringenden sein. Wie bereits gesagt, darf die Ambulantisierung nicht zulasten der Patientensicherheit gehen. Und jedem ist die aktuelle Finanzsituation der GKV bewusst.

**opg:** Wann wird der neue AOP-Katalog Ihrer Einschätzung nach konsentiert sein? KBV und DKG rechnen ja mit zwei Stufen.

**Stoff-Ahnis:** Wir haben uns mit DKG und KBV inzwischen auf ein stufenweises Vorgehen verständigt, um den AOP-Katalog zu erweitern und neue Vergütungsregelungen zu treffen. In einer ersten Stufe wollen wir bis Juli dieses Jahres eine erste Katalogerweiterung beschließen, die dann zum Jahresbeginn 2023 abrechenbar ist. Auch wollen wir uns bis dahin auf die Eckpunkte der neuen Vergütungsregelungen verständigen, die wir dann bis Anfang 2023 im Detail vereinbaren. Zum 1. Januar 2024 erfolgt eine zweite Katalogerweiterung mit komplexeren stationersetzenden Leistungen, für die müssen Selbstverwaltung und Leistungserbringende aber erst einmal die Voraussetzungen zur ambulanten Erbringung und Abrechenbarkeit schaffen. Wichtig ist, dass die erste Katalogerweiterung alle stationersetzenden Leistungen umfasst, bei denen eine ambulante Erbringung schon heute möglich ist. Das betrifft meines Erachtens einen großen Teil der IGES-Empfehlungen zur Katalogerweiterung.

**opg:** Wird der neue AOP-Katalog die Overtüre zur großen Krankenhausstrukturreform?



„Ein wesentliches Kennzeichen der ambulanten Versorgung ist und bleibt der Facharztstatus. (...) Wenn Krankenhäusern erlaubt würde, dieses Qualifikationsniveau zu unterlaufen, ergäben sich daraus unfaire Wettbewerbsvorteile gegenüber der Vertragsärzteschaft.“  
© iStock.com, RealPeopleGroup



**Stoff-Ahnis:** Die Überarbeitung des AOP-Katalogs ist ein längst überfälliger Schritt, der schon in der letzten Legislaturperiode auf den Weg gebracht worden ist und nichts mit der notwendigen Krankenhausstrukturreform zu tun hat. Aber er zielt an wichtigen Stellen natürlich in die gleiche Richtung: Die Ambulantisierung von unnötig stationär erbrachten Leistungen ist einer der wesentlichen Ansätze, um unnötigen Aufwand in Krankenhäusern zu vermeiden, aber gleichzeitig die Versorgung der Patienten und Patientinnen auf einem qualitativ hohen Niveau zu gewährleisten. Die Umsetzung ist allerdings komplex und wird nur in Stufen gelingen können.

**opg:** Apropos Strukturreform: Wie enttäuscht sind Sie, dass die Kostenträger in der Regierungskommission nicht berücksichtigt wurden?

**Stoff-Ahnis:** Es geht nicht um Enttäuschung, sondern um einen Lapsus: Wenn in finanziell kritischen Zeiten der Sachverstand der Kostentragenden nicht in eine solche Kommission einfließt, kann das nur bedeuten, dass die vermeintlichen „Ergebnisse“ der Kommissionsarbeit wenig mehr als Anregungen sein werden, die alle unter einem Finanzvorbehalt stehen. Es wäre allerdings kein gutes Signal, wenn der Finanzminister über die Frage, was finanziert werden kann und was nicht, faktisch mit darüber entscheidet, wie sich Qualität und Umfang der gesundheitlichen Versorgung der 73 Millionen gesetzlich Versicherten entwickeln.



*Hinweis: Mit diesem Interview endet unsere Interviewreihe zum Ambulanten Operieren. In den beiden vorherigen Ausgaben führten wir Interviews mit den jeweiligen Vorstandsvorsitzenden der KBV und DKG, Dr. Andreas Gassen und Dr. Gerald Gaß.*

- **Link:** IGES, Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V, Gutachten für die Kassenärztliche Bundesvereinigung, den GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft, Berlin, März 2022, PDF, 295 Seiten
- **Link:** OPG Ausgabe 10/2022 vom 27. April 2022, „Das ist nichts für Kollegen in Weiterbildung“, Ambulantes Operieren: KBV-Chef Andreas Gassen pocht auf Facharztstatus, PDF, 10 Seiten
- **Link:** OPG Ausgabe 11/2022 vom 09. Mai 2022, „Mehr Möglichkeiten für Krankenhäuser“, Dr. Gerald Gaß wirbt für aufwandgerechte Hybrid-DRG, PDF, 11 Seiten

◀ [zurück zum Inhalt](#)

[E-Mail an die Redaktion](#) ▶

## IMPRESSUM

OPG – Operation Gesundheitswesen, ISSN 1860-8434, 2017, 20. Jahrgang;  
pag- Presseagentur Gesundheit GmbH, Albrechtstraße 11, 10117 Berlin,  
Telefon: 030 - 318 649 - 0, Fax: 030 - 318 649 - 49, E-Mail: [news@pa-gesundheit.de](mailto:news@pa-gesundheit.de),  
Web: [www.pa-gesundheit.de](http://www.pa-gesundheit.de).

Geschäftsführer: Lisa Braun, Michael Pross, Herausgeberin: Lisa Braun

Redaktion: Lisa Braun (verantwortlich), Anna Fiolka u. Denise Toygar (Fotos, Lay-out), Antje Hoppe, Marion Schneider, Christoph Starke

Alle Texte und Fotos sind urheberrechtlich geschützt. © PAG 2022. Es gelten ausschließlich die vertraglich vereinbarten Geschäfts- und Nutzungsbedingungen.

Haftungshinweis: Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

### **Bitte beachten Sie die Nutzungsbedingungen**

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an uns unter 030 - 318 649 0. Vielen Dank.

1. Die vorliegende Einzelausgabe des OPG bzw. der vorliegende Auszug des OPG dient ausschließlich zur persönlichen Information der Person, der sie durch die Presseagentur Gesundheit zugesandt wurde.
2. Ebenso dienen die OPG-Auszüge, sofern sie über die OPG-Vollausgabe verlinkt sind, ausschließlich der persönlichen Information der Abonnenten entsprechend den gültigen Abo- und Nutzungsbedingungen.
3. Jede elektronische oder drucktechnische Vervielfältigung oder Verbreitung oder Veröffentlichung sowie die unbefugte Weiterleitung des Dienstes und/oder seiner Auszüge ist unzulässig.
4. Die komplette oder auch auszugsweise Übernahme von Inhalten des OPG in hauseigene Medien, Pressespiegel, Publikationen oder sonstige Veröffentlichungen sowie die Verwertung des OPG insgesamt ist ohne die schriftliche Genehmigung der PAG nicht gestattet.
5. Bei Nachweis der Nutzung unter Verstoß gegen diese Bedingungen (Missbrauch) ist die PAG zur Geltendmachung von Schadensersatz berechtigt.

- [Link zu unserer Datenschutzerklärung](#)

## »OPG – Operation Gesundheitswesen«

Der gesundheitspolitische Informationsdienst



Demonstration im Berliner Regierungsviertel gegenüber dem Reichstag am 18. November 2020 © pag, Fiolka

## Meinungsvielfalt *darstellen*

### Der OPG in Kürze

- Gesundheitspolitischer Infodienst
- Erstausgabe Januar 2003
- journalistisch, unabhängig
- werbe- und sponsorenfrei
- mind. 30 Ausgaben pro Jahr
- 20-30 Seiten je Ausgabe
- Versand als PDF-Datei
- zahlreiche Links zu Quellen und Originaldokumenten

### OPG testen und abonnieren

- Kostenloses Probeexemplar unter [www.pa-gesundheit.de](http://www.pa-gesundheit.de)
- 3 Monate Probeabo zum Sonderpreis
- Abos für Einzelleser u. Firmenkunden
- alle weiteren Details auf Faktenblatt



Download **Faktenblatt**  
und **Bestellformular** 