

Kardiologie 2023 · 17:385–388

<https://doi.org/10.1007/s12181-023-00629-w>

Angenommen: 15. Juni 2023

Online publiziert: 20. Juli 2023

© Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e.V. Published by Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature - all rights reserved 2023



Empfehlungen für die Dokumentation des Arzt-Vorbehalts für die stationäre Leistungserbringung im Rahmen des AOP-Vertrags 2023

Addendum zum Positionspapier zu strukturellen, prozeduralen und personellen Voraussetzungen für eine ambulante bzw. stationäre Erbringung kardiologischer Leistungen

Christoph Stellbrink¹ · Michael A. Weber² · Lutz Frankenstein³ · Bernd Nowak⁴ · Christian Veltmann⁵ · Daniel Steven⁶ · Jan-Malte Sinning⁷ · Volker Schächinger⁸ · Christoph Liebetrau⁴ · Tanja Katharina Rudolph⁹ · Julinda Mehilli¹⁰ · Holger Thiele¹¹ · Christian Perings^{12,14} · Lars Eckardt¹³

Der Verlag veröffentlicht die Beiträge in der von den Autorinnen und Autoren gewählten Genderform. Bei der Verwendung des generischen Maskulinums als geschlechtsneutrale Form sind alle Geschlechter impliziert.



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Weitere Informationen zu den Affiliations der Autoren befinden sich auf der letzten Artikelseite.

Seit dem 01.01.2023 ist der neue Vertrag zum ambulanten Operieren, der sog. AOP-Vertrag, vereinbart zwischen dem Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV-SV), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) in Kraft getreten [1], nach einer Übergangsfrist von 3 Monaten sind inzwischen die dort getroffenen Vereinbarungen im Prinzip verbindlich umzusetzen. In diesem Vertrag wurden nicht nur ca. 200 neue Leistungen in den Katalog ambulant zu erbringender Leistungen aufgenommen, sondern es soll auch die Abrechnung von Leistungen als sog. „Hybrid-Disease-related-group“ (Hybrid-DRG) ermöglicht werden. In der Kardiologie sind bisher Leistungen im Rahmen der invasiven Koronardiagnostik und der Implantation von Schrittmachern und ICD betroffen. Es bleiben jedoch wesentliche Unklarheiten. Die Vertragspartner konnten sich bisher nicht darauf einigen, welche Leistungen in Zukunft als Hybrid-DRG abrechenbar sind bzw. wie hoch die Vergütung dieser Leistungen sein wird. Daneben wurden die bisherigen G-AEP (German Appropriateness Evaluation Protocol)-Kriterien

en durch sog. „Kontext-Faktoren“ ersetzt [1]. Diese sind nach Auffassung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) allerdings nicht geeignet, um Hochrisikofälle zu erfassen, bei denen die ambulante Leistungserbringung medizinisch nicht zu vertreten ist. In einem Positionspapier hat die DGK bereits dazu Stellung genommen, welche strukturellen, prozeduralen und personellen Voraussetzungen nach Auffassung der DGK für eine ambulante Erbringung kardiologischer Leistungen erforderlich sind [2]. Diese Empfehlung enthielt allerdings noch keine Aussage zum Aspekt patientenbezogener Kontextfaktoren. Daher soll in diesem Addendum eine praktische Hilfestellung für den Umgang mit den Kontextfaktoren zur Verfügung gestellt werden. Eine direkte Einflussnahme der Fachgesellschaften auf die Definition der Kontextfaktoren ist nicht vorgesehen, diese sind auch unabhängig von den krankheits- und eingriffsbezogenen, d. h. für alle Patienten und nicht für spezielle Eingriffe, vereinbart. Allerdings gibt es im AOP-Vertrag in der aktuell gültigen Fassung (1) einen sog. Arzt-Vorbehalt, der unter § 2 (2) folgendermaßen definiert ist:

Tab. 1 Allgemeine Begründung für stationäre Leistungserbringung nach § 2(2) bei Leistungen des AOP-Vertrags gem. § 115b Absatz 1 SGB V vom 21.12.2022	
Soziale Faktoren	
Fehlende Kommunikationsmöglichkeit zu Hause (lebt allein, kein Telefon)	<input type="checkbox"/>
Keine Transportmöglichkeit oder schlechte Erreichbarkeit durch Stellen, die Notfallhilfe leisten können	<input type="checkbox"/>
Fehlende Versorgungsmöglichkeiten, z. B. häusliche Verhältnisse, die eine sichere Betreuung bzw. Beobachtung nicht gewährleisten, nicht behebbare Einschränkung der Selbstversorgung (z. B. alleinstehend mit schwerer körperlicher Behinderung), allgemeine Gebrechlichkeit (Frailty)	<input type="checkbox"/>
Patientenbezogen (gelten für koronare Diagnostik/Intervention und Device-Eingriffe)	
Alter < 18 Jahre und > 80 Jahre	<input type="checkbox"/>
Notwendigkeit der Antikoagulation in therapeutischer Dosis (VKA, NOAC, Heparine), wenn Pausierung nicht möglich, mit mehrfachen klinischen Nachkontrollen über mindestens 12 h	<input type="checkbox"/>
Angeborene und dauerhaft erworbene Blutungsdiathesen	<input type="checkbox"/>
Klappenvitium > Grad 3/4	<input type="checkbox"/>
Prognostisch bedeutsame Herzrhythmusstörungen mit Überwachungsbedarf > 12 h	<input type="checkbox"/>
Symptomatische Herzinsuffizienz (NYHA-Stadium > II)	<input type="checkbox"/>
Invasiv bestätigter pulmonaler Hochdruck mit einem mittleren PA-Druck \geq 25 mm Hg oder echokardiographisch geschätzter, systolischer PA-Druck > 50 mm Hg	<input type="checkbox"/>
Unzureichend kontrollierte Hypertonie mit > 1 dok. Werten > 180 mm Hg syst. und/oder > 110 mm Hg diast., post-HK Blutdruckmessungen über mindestens 12 h, mindestens stündlich bis zur Normalisierung	<input type="checkbox"/>
Chron. resp. Global- oder Partialinsuffizienz mit chron. Sauerstofftherapie	<input type="checkbox"/>
Überwachungsnotwendigkeit bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus mit mindestens 2 Blutzuckermessungen am Aufnahmetag und mindestens 3 Blutzuckermessungen vor und nach der Untersuchung bei:	<input type="checkbox"/>
a) Hypoglykämien in den letzten 30 Tagen mit neurologischen Symptomen oder Fremdhilfebedürftigkeit, oder b) Hyperglykämien in den letzten 30 Tagen mit BZ > 250 mg/dl (14 mmol/l) trotz > 50 IE Insulin täglich	<input type="checkbox"/>
Chron. Niereninsuffizienz ab Stadium 3 KDIGO bzw. geschätzte GFR < 60 ml/min/1,73 m ² und dok. i.v.-Hydratation (12 h vor und mindestens 12 h nach KM-Gabe) und Nierenwertkontrolle, letztmalig zumindest am Folgetag; bzw. dialysepflichtige Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/>
Durch andere Umstände erhöhtes Risiko für eine KM-induzierte Nephropathie (z. B. Plasmozytom, Makroalbuminurie) mit dok. i.v.-Hydratation (12 h vor und mindestens 12 h nach KM-Gabe) und Retentionsparameterkontrolle, letztmalig zumindest am Folgetag ^a	<input type="checkbox"/>
KM-Allergie mit Indikation für i.v.-Gabe einer KM-Prophylaxe und anschl. Überwachung ^a	<input type="checkbox"/>
Hyperthyreose mit erhöhten fT3- und fT4-Werten und/oder Einleitung einer Behandlung mit Perchloraten und/oder Thyreostatika, wenn die Herzkatheteruntersuchung/Implantation nicht verschoben werden kann ^a	<input type="checkbox"/>
BZ Blutzucker, CRT kardiale Resynchronisationstherapie, GFR glomeruläre Filtrationsrate, HK Herzkatheter, ICD implantierbarer Cardioverter-Defibrillator, IE Internationale Einheiten, KDIGO Kidney Disease: Improving Global Outcomes, KM Kontrastmittel, NOAC Non-Vitamin K-Antagonist orales Antikoagulans, NYHA New York Heart Association, SM Schrittmacher, VKA Vitamin K Antagonist ^a Gilt bei SM/ICD-Implantationen nur, wenn auch KM gegeben wird (z. B. CRT)	

„Aus dem als Anlage 1 des Vertrages beigefügten ‚Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationärsersetzender Eingriffe und stationärsersetzender Behandlungen‘ kann nicht die Verpflichtung hergeleitet werden, dass die dort aufgeführten Eingriffe ausschließlich ambulant zu erbringen sind. Die Ärztin bzw.

der Arzt ist verpflichtet, in jedem Einzelfall zu prüfen, ob Art und Schwere der beabsichtigten Leistung unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes der Patientin bzw. des Patienten die ambulante Durchführung nach den Regeln der ärztlichen Kunst mit den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten erlauben. Zugleich

Infobox 1

Positionspapiere

„Strukturelle, prozedurale und personelle Voraussetzungen für eine ambulante bzw. stationäre Erbringung kardiologischer Leistungen“

Das Positionspapier wurde 2023 in der Zeitschrift *Die Kardiologie* [2] publiziert.

muss sich die verantwortliche Ärztin bzw. der verantwortliche Arzt vergewissern und dafür Sorge tragen, dass die Patientin bzw. der Patient nach Entlassung aus der unmittelbaren Betreuung der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes auch im häuslichen Bereich sowohl ärztlich als gegebenenfalls auch pflegerisch angemessen versorgt wird. Die Entscheidung ist zu dokumentieren.“

Vor diesem Hintergrund besteht prinzipiell die Möglichkeit für den verantwortlichen Arzt, unabhängig von den Kontextfaktoren eine im AOP-Katalog enthaltene Prozedur stationär zu erbringen, wenn dokumentierte Gründe vorliegen, die eine ambulante Leistungserbringung als medizinisch nicht vertretbar erscheinen lassen. Bereits in den Jahren 2015 und 2017 hat die DGK gemeinsam mit dem Medizinischen Dienst (MD) Kriterien erarbeitet, mit denen ein stationärer Aufenthalt für kardiologische Eingriffe begründet ist [3, 4]. Sie können als Argumentationshilfe gegenüber dem MD dienen, wenn dieser eine stationäre Behandlungsnotwendigkeit anzweifelt. Diese Kriterien wurden in tabellarischer Form zusammengestellt und durch wenige, weitere Kriterien ergänzt, die in der Task Force der DGK konsentiert wurden. Die Tabellen sind speziell für die bisher in den AOP-Katalog übernommenen Leistungen erarbeitet und enthalten daher aktuell neben allgemeinen Begründungen (■ Tab. 1) Argumente für die Koronardiagnostik (■ Tab. 2) und Device-Implantationen (■ Tab. 3), nicht aber für Prozeduren, die bisher nicht im AOP-Katalog enthalten sind und daher aktuell stationär erbracht und abgerechnet werden. Die Listen ersetzen ausdrücklich nicht die im AOP-Vertrag festgelegten Kontextfaktoren, sondern ergänzen diese, zumindest bis eine Überarbeitung der Kontextfaktoren zwischen GKV-SV, KBV und DKG erarbeitet worden ist. Zur Durchsetzung der in dieser Liste genannten Kriterien

Tab. 2 Prozedurbezogene Begründung (koronar) für stationäre Leistungserbringung nach § 2(2) bei Leistungen des AOP-Vertrags gem. § 115b Absatz 1 SGB V vom 21.12.2022	
Erschwerter Gefäßzugang (z. B. durch peripheren Bypass oder Komplikation bei Voruntersuchung) ohne alternative Zugangsmöglichkeit, mit mehrfachen klinischen Nachkontrollen über mindestens 12 h	<input type="checkbox"/>
Aufgetretene KM-Reaktion (Allergie, Übelkeit/Erbrechen)	<input type="checkbox"/>
Neu aufgetretene symptomatische oder prognostisch bedeutsame Herzrhythmusstörungen mit anschließender mindestens 12-stündiger Monitorüberwachung	<input type="checkbox"/>
Neu aufgetretene neurologische Auffälligkeiten (z. B. Sehstörungen, sensorische oder motorische Defizite) mit Erhebung eines neurologischen Untersuchungsstatus und engmaschigen klinischen Kontrollen über mindestens 12 h	<input type="checkbox"/>
Während oder nach der Untersuchung entgleiste Hypertonie, mehrfach dokumentiert > 180 mm Hg syst. oder > 110 mm Hg diast., mit postinterventionellen RR-Messungen über mindestens 12 h, mindestens stündlich bis zur Normalisierung	<input type="checkbox"/>
Neue aufgetretene akute Myokardischämie (u. a. anhaltende Angina pectoris, ischämietypische EKG-Veränderungen, relevanter Troponinanstieg oberhalb des Grenzwerts)	<input type="checkbox"/>
Dekompensierte Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>
Symptomat. Hypotonie mit mehrfach dok. RR-Werten < 100 mm Hg syst. über > 2 h, mit i.v.-Volumengabe und mit postinterventionellen RR-Messungen über mindestens 12 h, mindestens stündlich bis zur Normalisierung	<input type="checkbox"/>
Notwendigkeit einer Katecholamingabe	<input type="checkbox"/>
KM-Menge > 300 ml mit dok. i.v.-Hydratation (Durchführung der Hydratation mindestens 12 h nach KM-Gabe) und Nierenwertkontrolle am Folgetag	<input type="checkbox"/>
Überwachungs- und/oder behandlungspflichtige Gefäßkomplikationen während oder nach der Untersuchung:	
1. Blutung (transfusionspflichtig, operationspflichtig, Hb-Abfall > 2 g/dl oder Anlage Druckverband > 12 h notwendig)	<input type="checkbox"/>
2. Dissektion am Zugangsgefäß (Ischämiezeichen der Extremität und/oder drohender Gefäßverschluss), mit mindestens klin. Kontrolle (Auskultation und Pulsstatus) alle 12 h	<input type="checkbox"/>
3. Aneurysma spurium oder AV-Fistel mit Druckverband und Bettruhe über mindestens 12 h mit nachfolgend eingeschränkter Mobilisation	<input type="checkbox"/>
4. Retroperitoneale Blutung	<input type="checkbox"/>
Andere Komplikationen während/nach der Untersuchung: hämodynamisch relevanter Perikarderguss, Koronarthromben, Reanimation, peri-prozeduraler STEMI oder NSTEMI	<input type="checkbox"/>
<i>Hb</i> Hämoglobin, <i>STEMI</i> ST-Hebungsinfarkt, <i>NSTEMI</i> Nicht.-ST-Hebungsinfarkt	

Tab. 3 Prozedurbezogene Begründung (Herzschrittmacher/ICD) für stationäre Leistungserbringung nach § 2(2) bei Leistungen des AOP-Vertrags gem. § 115b Absatz 1 SGB V vom 21.12.2022	
Eingriffe mit Sondenentfernung (Explantation) oder intrakardialer Umplatzierung einer Sonde	<input type="checkbox"/>
Schwieriger intraoperativer Verlauf mit z. B. dokumentierten arteriellen Fehlfunktionen oder neu aufgetretenem Perikarderguss mit Notwendigkeit stationärer Kontrollen und deren Durchführung	<input type="checkbox"/>
Schwierige Sondenplatzierung (mehr als 10 dokumentierte Umpositionierungen einschließlich Operationsdauer ≥ 60 min beim 1-Kammer-System und ≥ 120 min beim 2-Kammer-System) mit Gefahr frühpostoperativer Sondendislokation	<input type="checkbox"/>
Fortgesetzte Medikation mit OAC oder Heparin auch am Tag des Eingriffs in therapeutischer Dosis, wenn die Antikoagulation nicht pausiert werden kann (z. B. mechanische Herzklappenprothese)	<input type="checkbox"/>
Durch orale Therapie nicht ausreichend kontrollierte starke Wundschmerzen mit Notwendigkeit zur parenteralen Schmerztherapie > 6 h	<input type="checkbox"/>
Anhaltende Nachblutung (z. B. transfusionspflichtig, operationspflichtig, Hb-Abfall > 2 g/dl) mit Notwendigkeit einer operativen Therapie oder verlängerten Lokaltherapie mit Bettruhe	<input type="checkbox"/>
Revisionsoperation eines infizierten oder perforierten Herzschrittmacher- oder Defibrillatorsystems	<input type="checkbox"/>
Nach Eingriff erkennbare Fehlfunktionen, die eine Revisionsoperation erforderlich machen	<input type="checkbox"/>
Pneumothorax	<input type="checkbox"/>
Peri-/postoperative kardiale Dekompensation	<input type="checkbox"/>
Peri-/postoperative kardiale Reanimation	<input type="checkbox"/>
Peri-/postoperativ neu aufgetretene Herzrhythmusstörungen innerhalb der 4 h Überwachungsphase mit Notwendigkeit einer mindestens 12-h-Monitorüberwachung	<input type="checkbox"/>
Zeichen der Infektion des implantierten Systems (Fieber, CRP-Anstieg, lokale Rötung und Überwärmung) mit der Notwendigkeit einer Revisionsoperation oder einer mehrtägigen antibiotischen Therapie	<input type="checkbox"/>
Schwere postoperative Akuterkrankungen (z. B. Pneumonie, zerebrovaskuläres Ereignis, Delir), die die weitere stationäre Krankenhausbehandlung erfordern	<input type="checkbox"/>
Aggregatloge abdominell, subkostal oder subpektoral unter fortgeführter, oraler Antikoagulation	<input type="checkbox"/>
Eingriffe an Systemen mit Sicherheitswarnung des Herstellers (Aggregat oder Elektroden)	<input type="checkbox"/>
> 1 Defibrillation des Patienten	<input type="checkbox"/>
<i>CRP</i> C-reaktives Protein	

ist zudem eine adäquate Dokumentation der Sachverhalte erforderlich (z. B. wiederholte Blutdruckmessungen bei entgleister Hypertonie, Bestimmung der Nierenfunktion bei Niereninsuffizienz, Nachweis der durchgeführten Telemetrie etc.). Die DGK macht darauf aufmerksam, dass diese Liste nur als Argumentationshilfe zu verstehen und nicht als rechtsverbindlich anzusehen ist. Auch gibt es weitere Kriterien, die für eine stationäre Leistungserbringung angeführt werden können (z. B. sehr späte Entlassung bei einem älteren Patienten). Diese sind aber durch die zugrunde gelegten Konsensuspapiere nicht abgedeckt und müssen daher individuell mit dem MD verhandelt werden.

Korrespondenzadresse



Christoph Stellbrink

Universitätsklinik für Kardiologie und internistische Intensivmedizin, Medizinische Fakultät OWL, Campus Klinikum Bielefeld Mitte Teutoburger Str. 50, 33604 Bielefeld, Deutschland
Christoph.stellbrink@klinikumbielefeld.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. Den Interessenkonflikt der Autoren finden Sie online auf der DGK-Homepage unter <http://leitlinien.dgk.org/> bei der entsprechenden Publikation.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

1. Ambulantes Operieren, sonstige stationsersetzende Eingriffe und stationsersetzende Behandlungen im Krankenhaus – (AOP-Vertrag) zwischen dem GKV-Spitzenverband, Berlin, und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin, sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Berlin. https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.2_

- Finanzierung_und_Leistungskataloge/2.2.4._Ambulante_Verguetung/2.2.4.2._Ambulantes_Operieren_115b_SGB_V/Neuer_AOP-Vertrag_zum_01.01.2023.pdf. Zugriffsdatum: 25.04.2023
2. Stellbrink C, Weber MA, Frankenstein L et al (2023) Strukturelle, prozedurale und personelle Voraussetzungen für eine ambulante bzw. stationäre Erbringung kardiologischer Leistungen: Ein Positionspapier der DGK. *Kardiologie* 17:95–110. <https://doi.org/10.1007/s12181-023-00602-7>
3. Reinecke H, Braun M, Frankenstein L et al (2015) Kriterien für die Notwendigkeit und Dauer von Krankenhausbehandlung bei Koronarangiografien und -interventionen. *Kardiologie* 9:295–302. <https://doi.org/10.1007/s12181-015-0004-x>
4. Schumacher B, Reichle B, Sommer P et al (2017) Kriterien für die Notwendigkeit und Dauer von Krankenhausbehandlung bei elektiven rhythmologischen Eingriffen: Implantation von Herzschrittmachern, Defibrillatoren und Ablationsbehandlungen von tachykarden Herzrhythmusstörungen. *Kardiologie* 11:209–218. <https://doi.org/10.1007/s12181-017-0152-2>

Affiliations

¹ Universitätsklinik für Kardiologie und internistische Intensivmedizin, Medizinische Fakultät OWL, Campus Klinikum Bielefeld Mitte, Bielefeld, Deutschland; ² Verband der leitenden Krankenhausärzte, Düsseldorf, Deutschland; ³ Klinik für Innere Med. III, Kardiologie, Angiologie u. Pneumologie, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland; ⁴ CCB-Cardioangiologisches Centrum Bethanien, Agaplesion Bethanien Krankenhaus, Frankfurt am Main, Deutschland; ⁵ Elektrophysiologie Bremen, Herzzentrum Bremen, Bremen, Deutschland; ⁶ Abteilung für Elektrophysiologie, Herzzentrum der Universitätsklinik Köln, Köln, Deutschland; ⁷ Innere Medizin III – Kardiologie, St. Vinzenz-Hospital, Köln, Deutschland; ⁸ Medizinische Klinik I, Klinikum Fulda gAG, Fulda, Deutschland; ⁹ Klinik für Allgemeine und Interventionelle Kardiologie/Angiologie, Herz- und Diabeteszentrum NRW, Ruhr-Universität, Bad Oeynhausen, Deutschland; ¹⁰ Medizinische Klinik I für Kardiologie, Pneumologie, internistische Intensivmedizin, Krankenhaus Landshut-Achdorf, Klinikum der Universität München, Ludwig-Maximilians-Universität, München, Landshut, Deutschland; ¹¹ Universitätsklinik für Kardiologie, Helios-Herzzentrum Leipzig, Leipzig, Deutschland; ¹² Klinik für Kardiologie, Elektrophysiologie, Pneumologie und konservative Intensivmedizin, KLV Paulus GmbH, Klinikum Lünen, Lünen, Deutschland; ¹³ Klinik für Kardiologie II: Rhythmologie, Universitätsklinikum Münster, Münster, Deutschland; ¹⁴ Kommission für Klinische Kardiovaskuläre Medizin, Deutsche Gesellschaft für Kardiologie, Düsseldorf, Deutschland