

Beiträge und Analysen

Gesundheitswesen

aktuell 2023

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Martin Röbler, Claudia Schulte, Uwe Repschläger, Danny Wende

Ambulantisierungen – Auswirkungen der Erweiterung des Vertrags für ambulantes Operieren und stationärsersetzende Eingriffe: Analyse und Vergleich mit den Empfehlungen des IGES-Gutachtens
Seite 34–48

doi: 10.30433/GWA2023-34

Martin Rößler, Claudia Schulte, Uwe Repschläger, Danny Wende

Ambulantisierungen – Auswirkungen der Erweiterung des Vertrags für ambulant Operieren und stationersetzende Eingriffe: Analyse und Vergleich mit den Empfehlungen des IGES-Gutachtens

Der AOP-Katalog (Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe gemäß § 115b SGB V) definiert medizinische Leistungen, welche grundsätzlich ambulant erbracht werden sollen. Angesichts des medizinischen Fortschritts wurde im Rahmen eines Gutachtens unter der Federführung des IGES-Instituts eine umfangreiche Erweiterung des AOP-Katalogs empfohlen. Diese Erweiterung wurde im AOP-Katalog des Jahres 2023 in Teilen umgesetzt. In diesem Beitrag wird das durch den neuen AOP-Katalog erfasste Ambulantisierungspotenzial analysiert und mit den Vorschlägen des IGES-Gutachtens verglichen. Die Ergebnisse zeigen, dass die Erweiterung des AOP-Katalogs deutlich hinter den Gutachtenvorschlägen zurückbleibt. Im Sinne einer patientengerechten Versorgung sind daher künftig verstärkte Anstrengungen zur Förderung der ambulanten Leistungserbringung unerlässlich.

Hintergrund

Ambulante Operationen und stationersetzende Eingriffe sind chirurgische und diagnostische Leistungen, die ohne eine stationäre Aufnahme der Patientinnen und Patienten und anschließende Übernachtung erfolgen. Diese Leistungen werden seit dem Jahr 1992 im sogenannten AOP-Vertrag (Vertrag nach § 115b Absatz 1 SGB V – Ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus) definiert und durch Krankenhäuser und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte erbracht. Neben Operationen zeigt der Begriff „stationersetzende Eingriffe“ bereits an, dass auch diagnostische und andere nicht-operative Leistungen berücksichtigt werden. Das Ziel des AOP-Vertrags ist die Vermeidung von vollstationären Krankenhausbehandlungen für Patientinnen und Patienten, deren Erkrankung dies auch zulässt. Hierdurch wird in der Regel der Aufwand für die zu behandelnde Person, bei gleicher Güte der medizinischen Versorgung, reduziert und gleichzeitig werden personelle und finanzielle Ressourcen geschont. In

diesem Sinne sah der Gesetzgeber die Notwendigkeit, den AOP-Vertrag zu erweitern (MDK-Reformgesetz).

Im April 2022 wurde das unter Federführung des IGES-Instituts erarbeitete Gutachten zur Erweiterung des Katalogs ambulant erbringbarer Leistungen gemäß § 115b SGB V (AOP-Katalog) veröffentlicht (IGES 2022). Im Rahmen dieses Gutachtens wurde eine Erweiterung des zum Ausgangszeitpunkt 2.879 Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) umfassenden AOP-Katalogs um 2.476 weitere OPS sowie 65 Diagnosis Related Groups (DRGs) vorgeschlagen. Den Ausgangspunkt für die Erweiterung bildete ein Potenzialansatz. Dabei wurden zunächst grundsätzlich ambulantisierbare Leistungen definiert. Anschließend wurden Kontextfaktoren definiert, die sowohl bei den bisherigen Leistungen als auch bei den neuen Leistungen einer ambulanten Erbringung entgegenstehen. Diese Kontextfaktoren bilden beispielsweise komplizierte Operationen im selben stationären Fall oder schwere Komorbiditäten ab. Sie sind daher nach Einschätzung der IGES-Gutachter zur Begründung einer stationären Leistungserbringung geeignet beziehungsweise stehen einer Ambulantisierung der Leistung im Einzelfall im Wege. Das BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg) widmete sich bereits in mehreren Analysen dem aus den Gutachternvorschlägen resultierenden Ambulantisierungspotenzial (Repschläger et al. 2022a und 2022b) und der Validität der vorgeschlagenen Kontextprüfung (Rößler et al. 2022).

Aufbauend auf den Vorschlägen des IGES-Gutachtens beschlossen die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband der Krankenkassen eine Erweiterung des AOP-Katalogs mit Wirkung zum 1. Januar 2023. Neben einer Ausweitung der Liste ambulant erbringbarer Leistungen beinhaltet diese Erweiterung auch die Aufnahme von sogenannten Kontextfaktoren zur Begründung einer stationären Leistungserbringung. Erfolgt die Durchführung einer Katalogleistung stationär, muss seit Anfang des Jahres ein Kontextfaktor angegeben werden, der die Notwendigkeit der stationären Behandlung begründet. Die Angabe erfolgt über die bewährten Informationsaustauschwege zwischen Leistungserbringern und Krankenkasse mittels entsprechender ICD- oder OPS-Schlüssel beziehungsweise in Freitextform bei sonstigen Ausschlussgründen, wie etwa fehlenden Betreuungsmöglichkeiten nach einer Operation.

Im Vergleich des erweiterten AOP-Katalogs mit den IGES-Gutachternvorschlägen zeigen sich deutliche Abweichungen hinsichtlich der Auswahl der AOP-Leistungen und der Definition von Kontextfaktoren. Die Kontextfaktoren können wiederum mit der medizinischen Realität verglichen werden. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und Krankenhäuser erbringen bereits heute ambulante Leistungen im Rahmen des AOP-Vertrags vor 2023. Es stand im Ermessen des medizinischen Einzelfalles, ob das Vorliegen bestimmter Kontextfaktoren ein Ausschlussgrund für die ambulante Versorgung darstellte oder nicht. Ausgehend von dieser gelebten Praxis lässt sich die Güte der Kontextfaktoren des AOP-Katalogs bezüglich der Trennung zwischen ambulant erbringbaren und stationär notwendigen Fällen bestimmen.

Das Ziel der hier präsentierten Analysen ist der Vergleich der beschlossenen Erweiterung des AOP-Katalogs mit den Vorschlägen des IGES-Gutachtens. Neben dem Abgleich der zur Definition von AOP-Leistungen und Kontextfaktoren verwendeten Codes wurden hierzu das aus den Ansätzen resultierende Ambulantisierungsvolumen und die Güte im Sinne der ambulant/stationären Trennschärfe der jeweils formalisierten Kontextfaktoren empirisch ermittelt.

Vergleich des IGES-Gutachtens mit der tatsächlich in Kraft getretenen Änderung des AOP-Vertrags

Der AOP-Vertrag definiert den Katalog ambulant erbringbarer Leistungen sowie deren Kontextfaktoren über OPS- und ICD-Listen. Diese Listen mit den IGES-Gutachternvorschlägen abzugleichen, mag zunächst einfach erscheinen – doch während das IGES-Gutachten zur Definition von potenziellen AOP-Leistungen und Kontextfaktoren auf die ICD- und OPS-Kataloge des Jahres 2019 zurückgreift, beziehen sich die in den gegenwärtigen AOP-Katalog aufgenommenen Codes auf das Jahr 2023. Aufgrund von Veränderungen der ICD- und OPS-Kataloge (in der Regel erfolgt eine stärkere Differenzierungen der Codes) können sich Unterschiede ergeben.

Zur Abbildung der AOP-Leistungen und Kontextfaktoren im Rahmen der hier gezeigten Analysen wurden daher alle ICD- und OPS-Kodes mittels der vom Bundesinstitut für

Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) bereitgestellten Überleitungstabellen auf das Jahr 2021 übertragen. Hierdurch ergeben sich Abweichungen vom IGES-Gutachten beziehungsweise vom AOP-Katalog des Jahres 2023 in Bezug auf die unten dargestellten Anzahlen an ICD- beziehungsweise OPS-Kodes.

Leistungen

Der AOP-Katalog definierte bis zu seiner Erweiterung 2.879 ambulant erbringbare Leistungen über OPS-Kodes. Im Zuge der Erweiterung wurden 208 neue OPS-Kodes hinzugefügt, welche allesamt auch mit den IGES-Gutachternvorschlägen übereinstimmen (Tabelle 1).

Tabelle 1: Anzahl an OPS-Kodes zur Definition von AOP-Leistungen

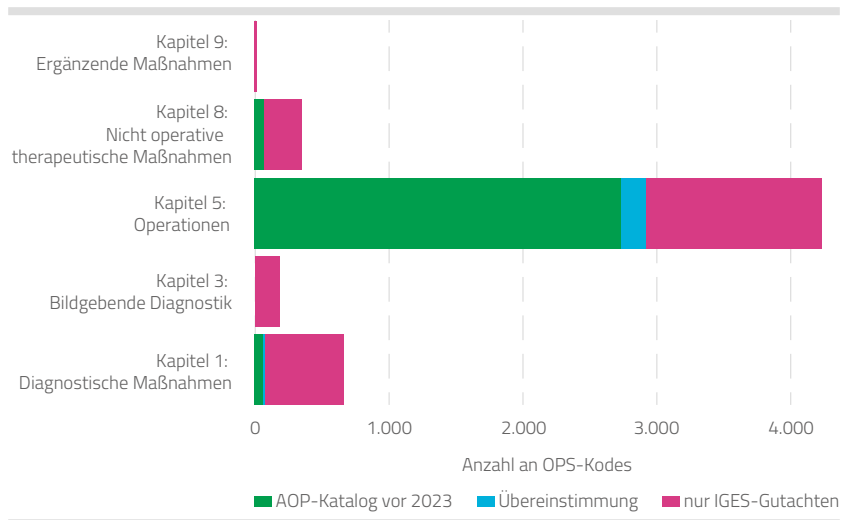
Kategorie	Anzahl	Prozent
AOP-Katalog vor 2023	2.879	52,9
Übereinstimmung	208	3,8
nur IGES-Gutachten	2.354	43,3

Quelle: eigene Darstellung

Angesichts von 2.354 weiteren, durch das IGES-Gutachten vorgeschlagenen OPS-Kodes (bezogen auf den ICD-Katalog des Jahres 2021) erscheint diese Erweiterung des AOP-Katalogs jedoch als überschaubar. So verbleiben bezogen auf die Gesamtzahl potenziell ambulantisierbarer Leistungen rund 43,3 Prozent der OPS-Kodes, welche ausschließlich im IGES-Gutachten, aber nicht im aktuell gültigen AOP-Katalog aufgeführt sind.

Die überwiegende Mehrheit der neu hinzugekommenen AOP-Leistungen stammt aus dem OPS-Kapitel 5 „Operationen“ (Abbildung 1). Dies korrespondiert mit der Dominanz von OPS-Kodes aus dem Kapitel im alten AOP-Katalog. Die vom IGES vorgeschlagenen Erweiterungen in Bezug auf die Kapitel 1 „Diagnostische Maßnahmen“, 3 „Bildgebende Diagnostik“ und 8 „Nicht operative therapeutische Maßnahmen“ fanden auch anteilig betrachtet kaum Berücksichtigung.

Abbildung 1: OPS-Kodes zur Definition von AOP-Leistungen nach OPS-Kapitel



Quelle: eigene Darstellung

Kontextfaktoren

Im AOP-Katalog 2023 wurde lediglich eine Auswahl der im IGES-Gutachten vorgeschlagenen und operationalisierten Kontextfaktoren abgebildet (Tabelle 2). Nicht übernommen wurden die Kontextfaktoren K1 (DRG nicht ambulant durchführbar), K5 (postoperative Versorgungssicherheit nicht gewährleistet), K6-S (erhöhter Aufwand durch Diagnose angezeigt) und K7 (stationäre Behandlung durch komplexe Komorbidität angezeigt). Von den genannten Kontextfaktoren war jedoch nur K1 im IGES-Gutachten als strikter Kontextfaktor zur Begründung einer stationären Leistungserbringung vorgesehen. Analog zum IGES-Gutachten wurden die Kontextfaktoren K2 (stationäre Behandlung laut OPS angezeigt) und K6 (stationäre Behandlung durch Diagnose angezeigt) im AOP-Katalog über OPS beziehungsweise ICD operationalisiert. Es erfolgte jedoch keine identische Übernahme der durch die Gutachter vorgeschlagenen Codes. Weitere Änderungen im Vergleich zum IGES-Gutachten ergaben sich in Bezug auf den Kontextfaktor K8 (stationäre Behandlung aufgrund von Gebrechlichkeit angezeigt). Als in Routinedaten abbildbares Kriterium wurde im IGES-Gutachten das Vorliegen eines Pflegegrades 4

oder 5 empfohlen. Der AOP-Katalog 2023 ergänzte diese Pflegegrade um bestimmte Wertebereiche des Barthel-Index, des motorischen FIM (Functional Independence Measure), des kognitiven FIM und der MMSE (Mini-Mental-Status-Examination) (Tabelle 2). Über das IGES-Gutachten hinausgehend wurde zudem eine untere Altersgrenze beschlossen. Bei Personen im Alter von weniger als einem Jahr können Leistungen des AOP-Katalogs demnach grundsätzlich stationär erbracht werden.

Tabelle 2: Operationalisierung von Kontextfaktoren im IGES-Gutachten und im AOP-Katalog 2023

Kontextfaktor	IGES-Gutachten	AOP-Katalog 2023
K1: DRG nicht ambulant durchführbar	operationalisiert über DRGs	nicht operationalisiert
K2: stationäre Behandlung laut OPS angezeigt	operationalisiert über OPS	operationalisiert über OPS, Abweichungen von IGES
K3: Beatmung	Beatmungszeit > 0 Stunden	analog IGES
K4: hohe Komplexität aufgrund von Kombinationen leichter Eingriffe	nicht operationalisiert	nicht operationalisiert
K5: postoperative Versorgungssicherheit nicht gewährleistet	operationalisiert über ICD; kein zwingender Ausschlussgrund von Ambulantisierung	nicht operationalisiert
K6: stationäre Behandlung durch Diagnose angezeigt	operationalisiert über ICD	operationalisiert über ICD, Abweichungen von IGES
K6-S: erhöhter Aufwand durch Diagnose angezeigt	operationalisiert über ICD; kein zwingender Ausschlussgrund von Ambulantisierung	nicht operationalisiert
K7: stationäre Behandlung durch komplexe Komorbidität angezeigt	operationalisiert über PCCL-Wert	nicht operationalisiert
K8: stationäre Behandlung aufgrund von Gebrechlichkeit angezeigt	Pflegegrade 4 und 5	Pflegegrade 4 und 5, Barthel-Index ≤ 35 , motorischer FIM ≤ 42 , kognitiver FIM ≤ 10 , MMSE ≤ 16
K9: stationäre Behandlung aufgrund sozialer Begleitumstände angezeigt	nicht operationalisiert	nicht operationalisiert
untere Altersgrenze	nicht operationalisiert	Alter < 1 Jahr

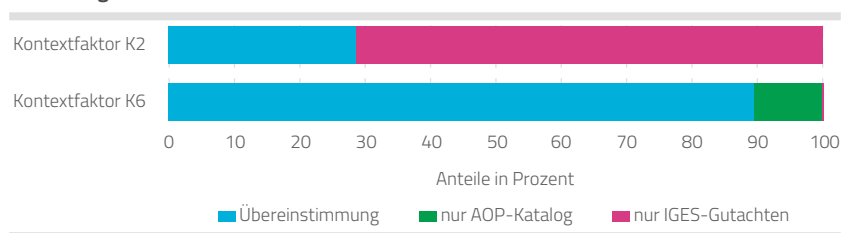
Quelle: eigene Darstellung

Abkürzungen: FIM = Functional Independence Measure, MMSE = Mini-Mental-Status-Examination, PCCL = Patient Clinical Complexity Level

In Bezug auf die Kontextprüfung ist insbesondere der Vergleich zwischen dem IGES-Gutachten und dem AOP-Katalog 2023 hinsichtlich der Kontextfaktoren K2 und K6 von Interesse. So treten bei diesen Kontextfaktoren Abweichungen in der Auswahl der

OPS- beziehungsweise ICD-Kodes auf (Abbildung 2). Zur Definition des Kontextfaktors K2 wurde weniger als ein Drittel der durch das IGES-Gutachten vorgeschlagenen OPS-Kodes in den AOP-Katalog aufgenommen. Dahingegen erfolgte mit Ausnahme von zwei ICD-Kodes eine vollständige Übernahme der Gutachtervorschläge zur Definition von K6. Zusätzlich wurden K6 im Rahmen des AOP-Katalogs 150 (10,4 Prozent) weitere ICD-Kodes hinzugefügt, von denen 143 aus den ICD-Gruppen S und T (Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen) stammen.

Abbildung 2: OPS- und ICD-Kodes zur Definition der Kontextfaktoren K2 und K6



Quelle: eigene Darstellung

Schätzung des Ambulantisierungspotenzials

Für die Schätzung des Ambulantisierungspotenzials wurden die Vorschläge des IGES-Gutachtens und die Kriterien des aktuellen AOP-Vertrags auf die stationären Abrechnungsdaten nach § 301 SGB V für Versicherte der BARMER des Jahres 2021 angewendet. Für die Analyse der Fallzahlen gemäß IGES-Gutachten konnten jedoch ausschließlich die folgenden Kontextfaktoren verwendet werden:

- K2: stationäre Behandlung laut OPS angezeigt,
- K3: Beatmung,
- K6: stationäre Behandlung durch Diagnose angezeigt,
- K7: stationäre Behandlung durch komplexe Komorbidität angezeigt,
- K8: stationäre Behandlung aufgrund von Gebrechlichkeit angezeigt.

Der Kontextfaktor K1 (DRG nicht ambulant durchführbar) ließ sich aufgrund vielzähliger Änderungen der zugrundeliegenden DRGs seit dem Jahr 2019 nicht ohne Weiteres auf das Jahr 2021 übertragen und wurde daher nicht angewandt. Der Kontextfaktor K1 erwies sich in Voranalysen als wenig bedeutsam für das Ergebnis der Kontextprüfung (Rößler et al. 2022), sodass von keiner relevanten Mengenverschiebung auszugehen ist. Die Kontextfaktoren K5 (postoperative Versorgungssicherheit nicht gewährleistet) und K6-S (erhöhter Aufwand durch Diagnose angezeigt) wurden im IGES-Gutachten nicht als strikte Ausschlussgründe von der ambulanten Leistungserbringung definiert und daher auch nicht als Kontextfaktoren eingesetzt.

Für die Kontextprüfung nach AOP-Katalog wurden sämtliche im AOP-Katalog 2023 definierten Kontextfaktoren verwendet. Nicht berücksichtigt wurden Übergangsregelungen – beispielsweise bezüglich beidseitiger Eingriffe –, die eine stationäre Leistungserbringung ausschließlich im Jahr 2023 begründen können.

Bei der Abbildung von Diagnosen wurden im Sinne einer sensitiven Kontextprüfung nicht nur solche ICD-Kodes betrachtet, die im betreffenden stationären oder ambulanten Fall selbst dokumentiert wurden. Stattdessen wurde für jede behandelte Person das Vorliegen entsprechender Diagnosen unter Anwendung des M2Q-Kriteriums geprüft (mindestens zweimaliges Vorliegen der Diagnose innerhalb der vier Vorquartale des betreffenden stationären Aufenthalts).

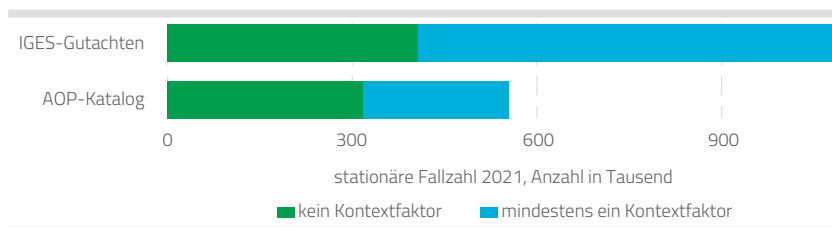
Ergebnisse

Bei Anwendung der IGES-Gutachternvorschläge beziehungsweise des AOP-Katalogs 2023 auf die stationären BARMER-Daten des Jahres 2011 ergaben sich deutliche Unterschiede zwischen diesen Ansätzen in Bezug auf die resultierenden Fallzahlen vor und nach der Kontextprüfung (Abbildung 3).

So spiegelte sich die im Vergleich zum AOP-Katalog umfangreichere Liste an potenziellen AOP-Leistungen des IGES-Gutachtens in einer deutlich höheren Anzahl vollstationärer Fälle mit mindestens einer dieser Leistungen wider (grüner und blauer Balken).

Gleichzeitig schlug sich die umfangreichere Kontextprüfung nach IGES-Gutachten in einer deutlich höheren Anzahl an Fällen, welche mindestens einen Kontextfaktor aufwies, nieder. Das resultierende Ambulantisierungspotenzial nach der Kontextprüfung auf Basis des IGES-Gutachtens (407.500 Fälle) lag um rund 28,5 Prozent höher als dasjenige des AOP-Katalogs (317.100 Fälle) (Abbildung 3).

Abbildung 3: Ambulantisierungspotenzial vor und nach der Kontextprüfung auf Grundlage des IGES-Gutachtens beziehungsweise des AOP-Katalogs 2023

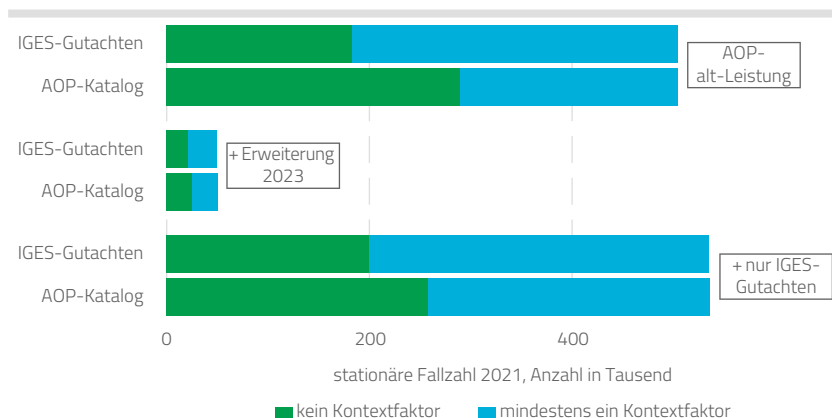


Quelle: BARMER-Daten 2021

Bei Stratifizierung des Ambulantisierungspotenzials nach der Quelle der ambulantisierbaren Leistung (AOP-Katalog vor 2023; Erweiterung des AOP-Katalogs 2023; zusätzliche, nur durch das IGES-Gutachten abgedeckte Fälle) traten deutliche Unterschiede hervor (Abbildung 4). So wiesen rund 290.900 stationäre Fälle mit einer Leistung aus dem alten AOP-Katalog keinen Kontextfaktor gemäß AOP-Katalog auf. Bei Anwendung der IGES-Kontextprüfung reduzierte sich diese Fallzahl auf 184.000. Die durch die Erweiterung des AOP-Katalogs zusätzlich aufgegriffene Anzahl an Fällen ohne Kontextfaktor fiel dahingegen unabhängig von der Kontextprüfung deutlich niedriger aus (Kontextprüfung nach AOP-Katalog: 22.600 Fälle; Kontextprüfung nach IGES-Gutachten: 22.200 Fälle).

Das ausschließlich durch das IGES-Gutachten erfasste Ambulantisierungspotenzial nach Kontextprüfung belief sich bei Anwendung beider Kontextprüfungen auf etwa das Neun- bis Zehnfache des durch die Erweiterung des AOP-Katalogs ausgeschöpften Potenzials.

Abbildung 4: Ambulantisierungspotenzial vor und nach Kontextprüfung nach Quelle der ambulantisierbaren Leistung



Quelle: BARMER-Daten 2021

Die Kontextprüfungen nach AOP-Katalog und IGES-Gutachten wiesen unabhängig von der Quelle der ambulantisierbaren Leistung eine Übereinstimmung von mehr als 70 Prozent auf (Tabelle 3). Für den Großteil der Fälle wurde also durch beide Kontextprüfungen übereinstimmend das Vorliegen mindestens eines Kontextfaktors beziehungsweise die Abwesenheit sämtlicher Kontextfaktoren konstatiert.

Tabelle 3: Übereinstimmung der Kontextprüfungen nach AOP-Katalog 2023 und IGES-Gutachten (Angaben in Prozent)

AOP-Leistung	Übereinstimmung der Kontextprüfungen
AOP-Katalog vor 2023	77,6
Erweiterung 2023	79,9
nur IGES-Gutachten	73,9

Quelle: BARMER-Daten 2021

Prüfung der Trennschärfe der Kontextprüfungen

Mit Trennschärfe bezeichnen wir die Fähigkeit eines Kontextfaktors, zwischen ambulanter und stationärer Leistungserbringung zu trennen. Zur Einschätzung der Trennschärfe der Kontextprüfungen nach AOP-Vertrag beziehungsweise IGES-Gutachten

wurden stationäre und ambulante Fälle des Jahres 2021 auf das Vorliegen von mindestens einem Kontextfaktor geprüft. Da für diese Fälle noch keine Kontextprüfung vorgesehen war, lag es im Ermessen der Ärztinnen und Ärzte einzuschätzen, ob das Vorliegen eines Kontextfaktors eine ambulante Versorgung ausschließt.

Zur Einschätzung der Klassifikationsgüte der jeweiligen Kontextprüfung wurden die Accuracy (zwischen 0 und 100 Prozent) als Maß für die Güte der Gesamtklassifikation und die Anteile an korrekt klassifizierten ambulant beziehungsweise stationär behandelten Fällen berechnet. Hierbei wurde die Einordnung eines Falls durch die Kontextprüfung als korrekt betrachtet, wenn die Leistungserbringung bei einem Fall mit mindestens einem Kontextfaktor stationär erfolgte oder die Leistungserbringung bei einem Fall ohne Kontextfaktor ambulant erfolgte. Hierzu wurde neben den stationären Fällen des alten AOP-Katalogs auf die ambulanten Daten der Krankenhäuser und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte des Jahres 2021 zurückgegriffen. Um doppelte Erhebungen von Fällen auszuschließen, wurden belegärztliche Fälle in der Abrechnung der Niedergelassenen aus der Analyse ausgeschlossen.

Ergebnisse

Gemessen an der Accuracy lag die Übereinstimmung mit der tatsächlichen Leistungserbringung sowohl für die Kontextprüfung nach AOP-Katalog als auch für die Kontextprüfung nach IGES-Gutachten bei über 70 Prozent (Tabelle 4). Während die Kontextprüfung nach AOP-Katalog eine geringfügig bessere Identifikation ambulanter Fälle ermöglichte (AOP-Katalog-Kontextprüfung: 87 Prozent, IGES-Kontextprüfung: 83 Prozent), zeichnete sich die Kontextprüfung nach IGES-Gutachten durch eine wesentlich bessere Identifikation stationärer Fälle aus (AOP-Katalog-Kontextprüfung: 42 Prozent, IGES-Kontextprüfung: 63 Prozent).

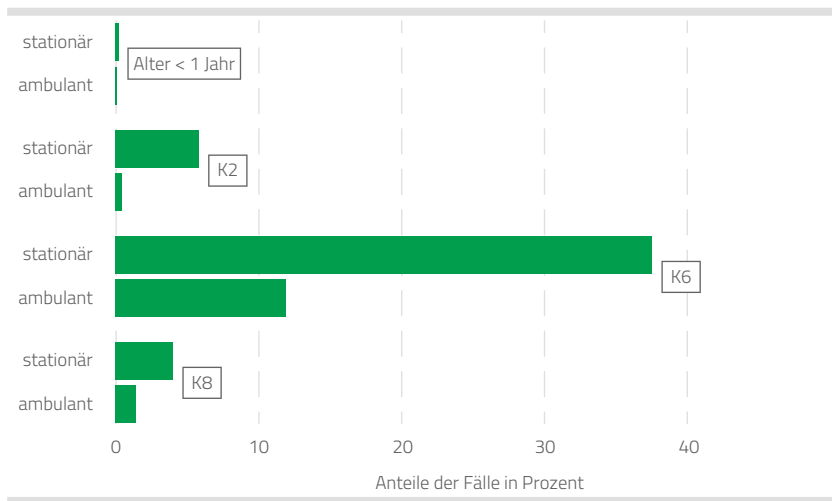
Tabelle 4: Klassifikationsgüte nach Kontextprüfung (Angaben in Prozent)

Kontextprüfung	Accuracy	ambulant korrekt	stationär korrekt
AOP-Katalog	74	87	42
IGES-Gutachten	78	83	63

Quelle: BARMER-Daten 2021

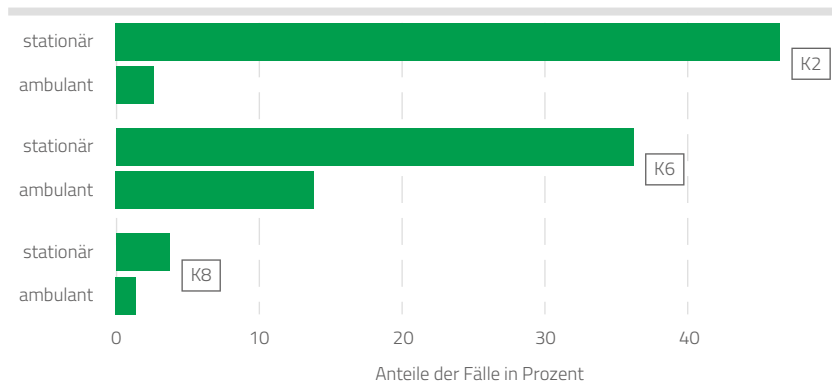
Die Begründung für die bessere Identifikation stationärer Fälle durch die IGES-Kontextprüfung im Vergleich zur Kontextprüfung des AOP-Katalogs ist vor allem auf Unterschiede in den Definitionen des Kontextfaktors K2 zurückzuführen (Abbildungen 5 und 6). Während K2 nach Definition des AOP-Katalogs bei rund 5,7 Prozent der stationären Fälle und bei rund 0,4 Prozent der ambulanten Fälle auftrat, lagen die Fallanteile von K2 nach Definition des IGES-Gutachtens bei rund 46,5 Prozent im stationären und 2,6 Prozent im ambulanten Bereich. Die Erweiterung des Kontextfaktors K6 im AOP-Katalog relativ zum IGES-Gutachten zeigte in der Analyse keine quantitativ bedeutsamen Effekte. Auch die durch den AOP-Katalog vorgesehene untere Altersgrenze erwies sich als irrelevant in Bezug auf die hierdurch abgedeckten stationären und ambulanten Fallzahlen (Abbildung 5).

Abbildung 5: Kontextprüfung nach AOP-Katalog bei stationären und ambulanten Fällen des AOP-Katalogs vor 2023



Quelle: BARMER-Daten 2021

Abbildung 6: Kontextprüfung nach IGES-Gutachten bei stationären und ambulanten Fällen des AOP-Katalogs vor 2023



Quelle: BARMER-Daten 2021

Diskussion

Mit der Erweiterung des AOP-Katalogs 2023 sollte ein als grundsätzlich überfällig betrachteter Schritt in Richtung einer stärkeren Ambulantisierung medizinischer Leistungen erfolgen. Das IGES-Gutachten (IGES 2022) und der darin vorgeschlagene Potenzialansatz bildeten in diesem Zusammenhang eine transparente methodische Grundlage, deren potenzielle Auswirkungen in mehreren empirischen Analysen untersucht wurden (Repschläger et al. 2022a und 2022b sowie Röblier et al. 2022).

Im Rahmen der Analysen zeigte sich, dass die beschlossene Erweiterung des AOP-Katalogs weit hinter dem durch das IGES-Gutachten identifizierten Ambulantisierungspotenzial zurückbleibt. Dies gilt sowohl in Bezug auf die 208 in den AOP-Katalog aufgenommenen OPS-Kodes, denen mehr als 2.300 nicht aus dem IGES-Gutachten übernommene OPS-Kodes gegenüberstehen, als auch in Bezug auf die Anzahl stationärer Fälle, welche nach Kontextprüfung als ambulantisierbar gelten. So erbrachte die Umsetzung der IGES-Gutachternvorschläge ein im Vergleich zum AOP-Katalog 2023 um 28,5 Prozent höheres Ambulantisierungspotenzial in den stationären Daten der BARMER des Jahres 2021. Weiterhin zeigte sich, dass die neu in den AOP-Katalog aufgenommenen Leistungen das erwartbare Ambulantisierungsvolumen nur marginal

erweitern. Das Gros des Ambulantisierungspotenzials wurde bei Fällen identifiziert, die Leistungen aus dem alten AOP-Katalog erhielten. In Bezug auf diese Fälle bleibt jedoch abzuwarten, inwieweit künftig tatsächlich eine verstärkte Ambulantisierung oder alternativ eine verstärkte Dokumentation von Kontextfaktoren bei stationärer Leistungserbringung erfolgen wird.

Neben der Leistungsauswahl unterscheidet sich auch die im AOP-Katalog 2023 vorgesehene Kontextprüfung deutlich von den IGES-Gutachternvorschlägen. Hervorzuheben sind insbesondere die Abweichungen in Bezug auf den Kontextfaktor K2 (stationäre Behandlung laut OPS angezeigt), dessen hervorragende Eignung zur Trennung zwischen stationärer und ambulanter Leistungserbringung empirisch demonstriert wurde (Rößler et al. 2022). Der AOP-Katalog weist eine im relevanten Ausmaß reduzierte Variante dieses Kontextfaktors auf, welche weniger als ein Drittel der durch das IGES-Gutachten zur Definition von K2 vorgesehenen OPS-Kodes aufgreift. Hieraus ergab sich eine empirisch schlechtere Trennung von stationären und ambulanten Fällen und eine geringere Gesamtgüte der Kontextprüfung. Die im AOP-Katalog enthaltene Erweiterung des Kontextfaktors K6 um 150 ICD-Kodes sowie die Einführung einer unteren Altersgrenze erweisen sich dagegen als quantitativ wenig bedeutsam.

In der Gesamtbetrachtung ergibt sich somit eine durchaus kritische Beurteilung der beschlossenen Erweiterung des AOP-Katalogs. Ausgehend von den hier gezeigten Analyseergebnissen sind keine relevanten Schritte in Richtung einer verstärkten Ambulantisierung medizinischer Leistungen zu erwarten. Der AOP-Katalog 2023 bleibt somit deutlich hinter dem eigentlichen, durch das IGES-Gutachten aufgezeigten Potenzial zurück. Durch den gegenüber dem IGES-Gutachten verkürzten Katalog wird außerdem der Behandlungsspielraum der Ärztinnen und Ärzte unnötig eingeschränkt. Im Sinne einer patientenzentrierten medizinischen Versorgung sollte zusätzlichen Erweiterungen des AOP-Katalogs daher künftig eine höhere Priorität zukommen.

Literatur

- IGES Institut, Albrecht, M., Mansky, T., Sander, M. und G. Schiffhorst (2022). Gutachten nach §115b Absatz 1a SGB V. Online unter www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2022/erweiterter-aop-katalog/index_ger.html (Download am 11. Januar 2023).
- Repschläger, U., Rößler, M., Schulte, C., Sievers, C. und D. Wende (2022a). IGES-Gutachten zur Ausweitung ambulanter Operationen. Eine Potenzialermittlung unter Berücksichtigung des Behandlungskontextes. doi: 10.30433/ePGSF.2022.002.
- Repschläger, U., Rößler, M., Schulte, C., Sievers, C. und D. Wende (2022b). Ergänzende Auswertungen zum IGES-Vorschlag zum ambulanten Operieren. doi: 10.30433/ePGSF.2022.004.
- Rößler, M., Schulte, C., Repschläger, U., Sievers, C. und D. Wende (2022). Die Kontextprüfung im Rahmen des IGES-Vorschlags zum ambulanten Operieren. Eine Analyse der Relevanz und Aussagekraft der Kontextfaktoren bei der Ermittlung des Ambulantisierungspotenzials. doi: 10.30433/ePGSF.2022.007.