

Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V

Kurzfassung

GUTACHTEN

Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V

Kurzfassung

Kurzfassung des Gutachtens

für die Kassenärztliche Bundesvereinigung, den GKV-Spitzenverband
und die Deutsche Krankenhausgesellschaft

Berlin, März 2022

Autoren des Gutachtens

Dr. Martin Albrecht
Prof. Dr. Thomas Mansky
Dr. Monika Sander
Guido Schiffhorst
IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V

– Kurzfassung –

Gesetzliche Grundlagen

Der Katalog gemäß § 115b SGB V („AOP-Katalog“) ist ein Verzeichnis ambulant durchführbarer Operationen und stationersetzender Eingriffe, die sowohl von Krankenhäusern als auch in der vertragsärztlichen Versorgung unter einheitlichen Rahmenbedingungen durchgeführt werden. Mit dem zu Jahresbeginn 2020 in Kraft getretenen MDK-Reformgesetz wurde beschlossen, dass dieser Katalog substantziell erweitert werden soll. Ziel der Erweiterung ist es, eine möglichst umfassende Ambulantisierung zu erreichen. Gemäß dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ sollen bestehende ambulante Behandlungsmöglichkeiten in den Krankenhäusern besser genutzt und ausgebaut werden, zugleich ist beabsichtigt, damit der Entstehung eines der häufigsten Anlässe für Abrechnungsprüfungen in Kliniken entgegenzuwirken.

Vereinbart wird der AOP-Katalog zwischen dem GKV-Spitzenverband (GKV-SV), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Für die im Katalog aufgeführten Leistungen vereinbaren die drei Vertragsparteien zudem einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte.

Als Grundlage für ihre Vereinbarungen des erweiterten Katalogs über ambulant durchführbare Operationen, sonstige stationersetzende Eingriffe und stationersetzende Behandlungen haben die Vertragsparteien das vorliegende wissenschaftliche Gutachten beauftragt.

Aufgabe des Gutachtens

Gemäß § 115b Abs. 1a SGB V ist es Aufgabe des Gutachtens, den Stand der medizinischen Erkenntnisse über ambulant durchführbare Operationen, stationersetzende Eingriffe und stationersetzende Behandlungen zu untersuchen und solche konkret zu benennen. Außerdem sollen unterschiedliche Maßnahmen zur Falldifferenzierung nach Schweregrad analysiert werden.

Der Gutachtenauftrag umfasst eine Reihe von Forschungsfragen, die folgenden vier thematischen Modulen zugeordnet sind: (1) internationaler Vergleich, (2) Leistungen des Katalogs nach § 115b SGB V und angrenzender Versorgungskontexte im Status Quo in Deutschland, (3) Leistungen für die Überarbeitung des Katalogs nach § 115b SGB V, (4) Schweregraddifferenzierung.

Zentrale Ergebnisse des Gutachtens

Internationaler Vergleich¹

Kriterien für die Entscheidung, ob bzw. welche Leistung ambulant durchführbar ist, sind vielschichtig. In keinem der betrachteten Länder gelten rein medizinische Kriterien. Neben leistungsspezifisch zeitlichen Aspekten (u. a. Operations-/Narkosedauer, Rekonvaleszenzzeit) ist vor allem die ärztliche Einschätzung auf Basis patientenindividueller Merkmale (z. B. Krankheitsvorgeschichte) entscheidungsrelevant. Darüber hinaus werden in allen untersuchten Ländern nicht-medizinische Kriterien für die Entscheidung über die ambulante Durchführbarkeit von medizinischen Eingriffen herangezogen. Hierzu zählen u. a. die Verfügbarkeit von Transport- und postoperativen Betreuungsmöglichkeiten sowie das soziale Umfeld der Patienten. Schließlich reflektiert die Kategorisierung von medizinischen Eingriffen als ambulant durchführbar teilweise auch die jeweilige länderspezifische Historie.

In den vier betrachteten europäischen Ländern findet die Ambulantisierung bislang überwiegend stationär durchgeführter Leistungen vor allem innerhalb von Krankenhäusern statt. In England und Dänemark ist dies darauf zurückzuführen, dass dort die fachärztliche Versorgung primär von Krankenhäusern übernommen wird. Dagegen entwickelt sich in den USA die Ambulantisierung stationärer Leistungen sehr dynamisch auch aus den Krankenhäusern heraus in Klinikambulanzen, ambulanten OP-Zentren und in die Arztpraxen.

Die regulatorischen Rahmenbedingungen der betrachteten Länder unterscheiden sich teilweise deutlich darin, inwiefern und mit welchen Ansätzen sie bewirken, dass als ambulant durchführbar kategorisierte Leistungen tatsächlich ambulant durchgeführt werden. In den Gesundheitssystemen Englands, Österreichs und der USA werden finanzielle Anreize des Vergütungssystems eingesetzt, um Ambulantisierungsprozesse zu fördern.

Die teilweise sehr weitreichende Ambulantisierung in einigen der Vergleichsländer wird von umfassenden Maßnahmen zur Schaffung von Qualitätstransparenz und zur Qualitätssicherung begleitet. Einen wesentlichen Beitrag zur Akzeptanz der ambulanten Durchführung operativer Eingriffe leistet eine explizite Patientenorientierung bei der Optimierung von Organisation und Prozessen. Zentrale Elemente sind hierbei die präoperative Patientenedukation, die Strukturierung von Patientenpfaden inkl. Aufnahme- und Entlassprozedere sowie die postoperative Patientenbetreuung bzw. Nachsorge.

Leistungen des bisherigen AOP-Katalogs

Die Leistungen des Katalogs gemäß § 115b SGB V (AOP-Katalog) werden in unterschiedlichen ambulanten und stationären Versorgungskontexten erbracht. Trotz Nutzung verschiedener Datenquellen ist eine vollständige Übersicht zu den Leistungen des AOP-Katalogs im Status Quo nicht möglich. Gründe hierfür sind u. a.

¹ Für den internationalen Vergleich wurden Österreich, die Schweiz, Großbritannien, Dänemark und die USA als Vergleichsländer ausgewählt.

eine fehlende Erfassung von Operationen und Prozeduren (gemäß OPS-Klassifikation) für Teilbereiche des AOP-Katalogs im vertragsärztlichen Bereich, während sich im Krankenhausbereich AOP-Leistungsfälle nicht ohne Weiteres trennscharf abbilden lassen. Darüber hinaus bestehen Datenlücken bei Leistungen des AOP-Katalogs, die im Rahmen selektivvertraglicher Versorgung oder durch Spezialambulanzen der Krankenhäuser oder durch Hochschulambulanzen erbracht werden.

Ohne die aufgrund dieser Datenlücken fehlenden Leistungsbereiche² ergibt sich eine Gesamtzahl von knapp 13 Mio. AOP-Leistungen im Jahr 2019, die sich rd. 6,1 Mio. (vertragsärztlich oder im Krankenhaus) ambulanten und rd. 2,7 Mio. stationären Behandlungsfällen zuordnen lassen.

- ◆ Im Jahr 2019 umfasste Abschnitt 1 des AOP-Katalogs 2.670 der insgesamt 2.879 OPS-Leistungen. Diese wurden insgesamt knapp 6,9 Mio. mal durchgeführt, davon etwa 44 % ambulant vertragsärztlich, ca. 20 % ambulant am Krankenhaus und knapp 36 % stationär.
- ◆ Die 213 OPS-Leistungen von Abschnitt 2 des AOP-Katalogs wurden an Krankenhäusern rd. 2,7 Mio. mal durchgeführt, davon zu einem knappen Drittel ambulant.
- ◆ Die 19 durch EBM-Gebührenordnungspositionen beschriebenen Leistungen von Abschnitt 3 des AOP-Katalogs wurden vertragsärztlich rd. 3,3 Mio. mal bei knapp 1,8 Mio. Patienten durchgeführt.

Die Verteilung der durchgeführten AOP-Leistungen konzentrierte sich im Jahr 2019 in allen sektoralen Kontexten relativ stark auf eine begrenzte Zahl von Positionen. Dabei gab es folgende leistungsbezogene Schwerpunkte:

- ◆ In der vertragsärztlichen Versorgung entfiel etwa ein Drittel der insgesamt rd. 3 Mio. durchgeführten Leistungen von Abschnitt 1 des AOP-Katalogs auf den augenärztlichen Bereich. Erhöhte Leistungsanteile hatten zudem Eingriffe an Hand, Gelenken und Varizen.
- ◆ Ambulant am Krankenhaus wurden rd. 2,2 Mio. AOP-Leistungen (Abschnitte 1 und 2 des Katalogs) durchgeführt. Am häufigsten waren Leistungen der Fachrichtungen Gastroenterologie, Orthopädie/Unfallchirurgie und Gynäkologie. Mit einem Anteil von rd. 16 % war die diagnostische Koloskopie die häufigste Leistung.
- ◆ Stationär wurden ca. 4,3 Mio. AOP-Leistungen für Behandlungsfälle erbracht, bei denen davon ausgegangen werden kann, dass die AOP-Leistung jeweils die Hauptleistung darstellte. Darunter hatten diagnostische Leistungen hohe Anteile, die häufigste Leistung war auch hier die diagnostische Koloskopie. Fachbezogen dominierten unter den häufigsten

² Nicht erfasst sind Leistungen des Abschnitts 2 des AOP-Katalogs im vertragsärztlichen Bereich und des Abschnitts 3 im Krankenhaus (ambulant und stationär).

Leistungen die Bereiche Gastroenterologie, Kardiologie, Orthopädie/Unfallchirurgie, allgemeine Chirurgie und Urologie.

Der AOP-Katalog umfasste im Jahr 2019 in den Abschnitten 1 und 2 insgesamt 241 Leistungen, die keinmal stationär durchgeführt wurden und die auch ambulant entweder gar nicht oder nur relativ selten erbracht wurden.

Leistungen angrenzender Versorgungskontexte

Als angrenzende Versorgungskontexte wurden Leistungsbereiche der Krankenhausversorgung betrachtet, bei denen u. a. aufgrund kurzer Verweildauern, eines im Vergleich zur vollstationären Versorgung reduzierten Leistungsumfangs (bei vor- und teilstationärer Behandlung), bestimmter Diagnosen oder häufiger Fehlbelegungsprüfungen weitergehende Ambulantisierungspotenziale vermutet werden können.

Im Bereich der teilstationären Versorgung zählen hierzu u. a. die Behandlung des Schlafapnoesyndroms, von Erkrankungen des Nervensystems ohne komplexe Diagnosen sowie bösartiger Neubildungen mit teilstationär durchgeführten Chemotherapien. Im Bereich der vorstationären Versorgung dominieren Behandlungen von leichten bis moderaten Erkrankungen der Verdauungsorgane sowie konservative Behandlungen von Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich. Zu den operativen Leistungen, die aufgrund der kurzen Verweildauern Hinweise auf Ambulantisierungspotenziale geben, zählen Herniotomien, proktologische Eingriffe und Kataraktoperationen.

Wählt man als Identifizierungskriterium Diagnosen, bei denen im Regelfall eine ambulante Behandlung möglich sein sollte, ergeben sich teilweise ähnliche Leistungsbereiche. Dies gilt z. B. für die Behandlung von mäßig schweren Erkrankungen der Verdauungsorgane, die auch unter den Fällen mit geringen Verweildauern stark zugenommen hat und zudem einen häufigen Anlass für Prüfungen auf primäre Fehlbelegung darstellten. Darüber hinaus richten sich die Hinweise auf Ambulantisierungspotenziale auf die Behandlung leichterer Fälle mit Erkrankungen der Atmungsorgane, des Herzens oder mit Harnwegsinfektionen.

Häufig stehen vorstationäre Behandlungen, Fälle mit geringen Verweildauern oder im Regelfall ambulant behandelbaren Diagnosen im Zusammenhang mit Notfällen bzw. der Abklärung akutstationär behandlungsbedürftiger Erkrankungen.

Hinweise auf Ambulantisierungspotenzial gibt schließlich auch die selektivvertragliche Versorgung, insofern sie Operationen und Leistungen umfasst, die stationärsersatzend erbracht werden sollen, derzeit aber nicht im AOP-Katalog enthalten sind. Teilweise handelt es sich hierbei um Leistungen, die auf neueren Methoden beruhen (z. B. Laserverfahren, neuere Behandlungsverfahren für Varizen), darüber hinaus aber auch um kleinere, teilweise aber auch größere Eingriffe der Fachrichtungen Gynäkologie, Augenheilkunde und Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde.

Grundsätze zur Ableitung von Empfehlungen für eine Erweiterung des Katalogs

Die gesetzlichen Grundlagen und speziell die Zielsetzungen des MDK-Reformgesetzes begründen aus Sicht der Gutachter eine umfassende Betrachtung des stationären Leistungsspektrums, um Ambulantisierungspotenziale für eine Weiterentwicklung des AOP-Katalogs zu erfassen. Daher werden im Sinne eines potenzialorientierten Ansatzes prinzipiell sämtliche Leistungen für eine Erweiterung des AOP-Katalogs in Betracht gezogen, für welche die Möglichkeit einer ambulanten Durchführung besteht, und zwar unabhängig von den gegenwärtigen sektoralen Anteilen an der Durchführung dieser Leistungen.

Da im Rahmen des Gutachtens zeitgleich Sachverhalte zu identifizieren bzw. Schweregraddifferenzierungen zu entwickeln sind, anhand derer sich eine stationäre Durchführung begründen lässt, können die Empfehlungen für die Erweiterung des AOP-Katalogs (ex ante) nicht bereits das zu erwartende tatsächliche ambulante Potenzial der einzelnen Leistungen berücksichtigen. Mit Blick auf das gesetzliche Ziel einer möglichst umfassenden Ambulantisierung ist es darüber hinaus begründbar, auch Leistungen mit nur vergleichsweise geringen ambulant durchführbaren Anteilen einzubeziehen.

Die Empfehlungen für die Überarbeitung des AOP-Katalogs beziehen sich primär auf Leistungen, die anhand der OPS-Klassifikation definiert sind. Die differenzierte OPS-Klassifikation umfasst zahlreiche inhaltlich sehr ähnliche Leistungspositionen. Insoweit diese hinsichtlich der prinzipiellen Möglichkeit einer ambulanten Durchführung gleich eingestuft werden, sollten sie auch in gleicher Weise hinsichtlich einer Erweiterung des AOP-Katalogs bewertet werden – unabhängig davon, ob sich die gegenwärtigen sektoralen Anteile einzelner OPS-Leistungen unterscheiden oder Sachverhalte für eine stationäre Durchführung möglicherweise in unterschiedlichem Ausmaß geltend gemacht werden können. Die Feststellung eines vergleichsweise geringen ambulant durchführbaren Leistungsanteils stellt eine Momentaufnahme da. Die Möglichkeiten der ambulanten Durchführung können sich im Zuge des medizinisch-technischen Fortschritts ändern. Ebenso können sich die sektoralen Anteile infolgedessen, aber auch unabhängig hiervon (z. B. wegen Veränderungen verfügbarer Versorgungskapazitäten) verschieben.

Für die Ableitung von Empfehlungen zur Weiterentwicklung des AOP-Katalogs ist grundsätzlich zu beachten, dass die ambulante Durchführbarkeit einer durch den OPS beschriebenen Leistung in Abhängigkeit vom jeweiligen Behandlungskontext variieren und sich teilweise stark unterscheiden kann. Daran scheitert letztlich eine generelle Kategorisierung von OPS-Leistungen als ambulant durchführbar. Über generelle Einstufungen der ambulanten Durchführbarkeit, die aus rein leistungsbezogenen Bewertungen auf Basis der OPS-Systematik resultieren, lässt sich nach Ansicht der Gutachter nur in Ausnahmefällen ein fachlicher oder wissenschaftlicher Konsens erzielen. Dies ist auf den Umstand zurückzuführen, dass die Möglichkeiten einer ambulanten Durchführung maßgeblich von leistungs- und patientenbezogenen Kontextfaktoren abhängen, die sich für ein und dieselbe OPS-Leistung sehr unterschiedlich gestalten können.

Daher ist die Kontextinformation unverzichtbar, um die ambulante Durchführbarkeit einer Behandlung beurteilen zu können. Die im gegenwärtigen AOP-Katalog verwendeten Leistungskategorien, die eine Unterscheidung zwischen „in der Regel ambulant“ und „sowohl ambulant, als auch stationär“ erlauben, werden dieser Kontextabhängigkeit nicht ausreichend gerecht. Die Kategorisierung ist zu undifferenziert und bildet die wesentlichen unterschiedlichen Kontextfaktoren, die für eine ambulante Durchführbarkeit entscheidend sind, nicht explizit ab. Sie hat sich auch in der Prüfpraxis offensichtlich nicht bewährt. Eine systematische Prüfung der ambulanten Durchführbarkeit nach gleichen Maßstäben scheint somit gegenwärtig nicht gewährleistet zu sein.³

Für den gewählten potenzialorientierten Ansatz ist die Einschätzung der prinzipiellen Möglichkeit einer ambulanten Durchführung maßgeblich. Das bedeutet, dass auch solche Leistungen für eine Erweiterung in Frage kommen, bei denen nach Berücksichtigung relevanter Kontextfaktoren nur für einen geringen Anteil der gesamten Leistungshäufigkeit zu erwarten ist, dass er ambulant durchgeführt werden kann. Damit wird eine generalisierende Einstufung als ambulant oder stationär durchführbar vermieden, welche die Entstehung von Prüfanlässen eher fördert als ihr entgegenzuwirken.

Von entscheidender Bedeutung für den gewählten Ansatz ist daher eine systematische fallindividuelle Prüfung von Kontextfaktoren, die weitgehend ohne administrativen Zusatzaufwand umgesetzt werden kann. Mit ihr sollen die Ambulantisierungspotenziale stationärer Leistungen spezifischer identifizierbar und erschließbar werden. Der Ansatz zielt darauf ab, eine umfassendere Ambulantisierung bei gleichzeitiger Wahrung der Patientensicherheit zu erreichen. Würde hingegen eine substanzielle Erweiterung des AOP-Katalogs auf einer stärker generalisierenden Einstufung von Leistungen basieren, bestünde ein höheres Risiko der Gefährdung von Patientensicherheit.

Methodisches Vorgehen zur Ableitung der Empfehlungen

Die Ableitung von Empfehlungen von Leistungen zur Erweiterung des AOP-Katalogs gliedert sich in vier Schritte:

- ◆ Die gegenwärtig nicht im AOP-Katalog enthaltenen OPS-Leistungen wurden anhand übergeordneter medizinischer Kriterien hinsichtlich der Möglichkeit einer ambulanten Durchführung kategorisiert. Zu diesen Kriterien zählen u. a. Eingriffsintensität, Blutungsrisiken, kritische Lage der Organe, gravierende akute Behandlungsanlässe und primärer Wundverschluss.
- ◆ Für alle OPS-Leistungen, die gegenwärtig nicht im AOP-Katalog enthalten sind, wurde geprüft, ob bzw. in welchem Ausmaß sie in den o. g. angrenzenden Versorgungsbereichen erbracht wurden und inwieweit sich aus

³ Dies gilt ebenso im Hinblick auf die ergänzende (nicht abschließende) Positivliste mit Kriterien zum Ausschluss „unstreitiger notwendigerweise vollstationär zu behandelnder Fälle“ (G-AEP-Kriterien).

dem internationalen Vergleich Hinweise auf Möglichkeiten ihrer ambulanten Durchführung ergeben.

- ◆ Für den Teil der OPS-Leistungen, für die sich aus den vorangehenden Schritten keine hinreichend eindeutigen Anhaltspunkte für eine Empfehlung ergaben, wurden von den jeweils fachlich betroffenen medizinischen Fachgesellschaften Stellungnahmen eingeholt. Darüber hinaus wurden Erkenntnisse aus der wissenschaftlichen Fachliteratur herangezogen.⁴
- ◆ Voraussetzung für die Empfehlung der auf Basis der vorigen Schritte abgeleiteten OPS-Leistungen ist ein System der fallindividuellen Kontextprüfung. Daher wurden im vierten Schritt die für eine solche Kontextprüfung maßgeblichen Sachverhalte definiert und operationalisiert, die eine stationäre Durchführung der Leistungen begründen. Dabei werden zwei Kategorien von Kontextfaktoren unterschieden: individuelle Patientencharakteristika, die unabhängig von einer konkreten Behandlung vorliegen, aber für diese relevant sind (z. B. alters- oder komorbiditätsbedingte Risiken einer Behandlung), sowie leistungsspezifische Kontextfaktoren, die durch die jeweilige Diagnose bzw. Indikation sowie ggf. durch weitere operative oder nicht-operative Maßnahmen determiniert sind, die für denselben Behandlungsfall durchgeführt werden.

Während sich die Potenzialorientierung vor allem in den ersten beiden Schritten des Vorgehens äußert, wirkt die Kontextprüfung fallindividuell einschränkend auf die Erweiterungsmöglichkeiten. Damit ermöglicht es die Kontextprüfung aber gerade, Leistungen für eine Erweiterung des AOP-Katalogs anhand genereller, leistungsübergreifender Kriterien potenzialorientiert zu empfehlen, da sie die Patientensicherheit gewährleisten kann.

Der dargestellte Ansatz bedarf der Ergänzung mit Blick auf stationär durchgeführte, nicht-operative („konservative“) Leistungen, weil diese nicht oder nur sehr eingeschränkt anhand der OPS-Klassifikation abgebildet bzw. erfasst werden können. Daher wurden zusätzlich Leistungen aus dem stationären Spektrum ausgewählt und für eine Erweiterung des AOP-Katalogs empfohlen, die anhand der DRG-Klassifikation beschrieben werden.

Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Katalogs

Für 2.476 OPS-Leistungen ergab die Bewertung, dass eine Möglichkeit zu ambulanter Durchführung – in Abhängigkeit von fallindividuellen Kontextfaktoren – besteht, so dass sie für eine Erweiterung des AOP-Katalogs empfohlen werden. In Relation zu den 2.879 OPS-Leistungen des bisherigen AOP-Katalogs (2019) wird damit bezüglich der Zahl der OPS-Leistungen eine substantielle Erweiterung (um 86 %) vorgeschlagen.

⁴ Aus Zeitgründen konnten die Fachgesellschaften nicht über den sehr begrenzten Bereich der durch die Gutachter nicht eindeutig kategorisierten OPS-Leistungen hinaus für Stellungnahmen einbezogen werden.

Von den 2.476 für eine Erweiterung empfohlenen OPS-Leistungen entfallen mit 1.482 die meisten auf Kapitel 5 (Operationen), gefolgt von Kapitel 1 (diagnostische Maßnahmen) mit 546 OPS-Kodes, Kapitel 8 (nicht operative therapeutische Maßnahmen) mit 276 OPS-Kodes und Kapitel 3 (bildgebende Diagnostik) mit 164 OPS-Kodes.

Die Anzahl der OPS-Leistungen ist jedoch für eine Einschätzung der Versorgungsrelevanz nur von sehr begrenzter Aussagekraft, allein schon aus dem Grund, dass sich die Differenzierungstiefe bei der Leistungsdefinition bzw. -abgrenzung in den einzelnen OPS-Abschnitten teilweise deutlich unterscheidet. Als erster Hinweis auf das Ambulantisierungspotenzial bieten sich die bisherigen stationären Leistungshäufigkeiten der für eine Erweiterung empfohlenen OPS-Leistungen an. Allerdings ist deren Aussagekraft stark eingeschränkt, weil

- ◆ die OPS-Häufigkeiten aufgrund möglicher Mehrfachkodierungen nicht den Fallhäufigkeiten entsprechen,
- ◆ ohne weitere Informationen zum Fallkontext nicht ersichtlich ist, inwiefern es sich bei den OPS-Häufigkeiten um Haupt- oder Begleitleistungen handelte,
- ◆ die Ergebnisse der fallindividuellen Kontextprüfung ex ante nicht bekannt sind.

Insgesamt entfielen auf die für eine Erweiterung empfohlenen OPS-Leistungen der OPS-Kapitel 1, 3, 5, 8 und 9 etwas mehr als ein Viertel (26,0 % bzw. etwa 15,1 Mio.) der stationären Gesamtleistungshäufigkeit aller OPS-Leistungen dieser Kapitel (ca. 58,1 Mio.).⁵ Am häufigsten wurden die für eine Erweiterung empfohlenen OPS-Leistungen aus dem Bereich diagnostischer Maßnahmen (OPS-Kapitel 1) durchgeführt (knapp 7,4 Mio. im Jahr 2019). An zweiter Stelle folgen die aus Kapitel 8 (nicht operative therapeutische Maßnahmen) für eine Erweiterung empfohlenen OPS-Leistungen mit einer Häufigkeit von knapp 2,5 Mio. und an dritter Stelle die empfohlenen OPS-Leistungen aus dem Bereich Operationen (Kapitel 5) mit einer Leistungshäufigkeit von knapp 2,3 Mio. Innerhalb von OPS-Kapitel 5 wurden von den empfohlenen Leistungen Operationen am Verdauungstrakt am häufigsten durchgeführt (666.548-mal), gefolgt von Operationen an Bewegungsorganen (398.108), Operationen an Haut und Unterhaut (343.949) und Operationen an den Harnorganen (240.289).

Die hohen Häufigkeiten der Kapitel 1 und 3 ergeben sich auch deshalb, weil viele dieser diagnostischen Leistungen keine Hauptleistungen sind, sondern im Zusammenhang mit anderen konservativen oder operativen Leistungen erbracht werden. Fälle mit Diagnostik im Krankenhaus ohne erschwerenden Kontext können aber beispielsweise auch auf gezielte vertragsärztliche Einweisung hin entstehen, wenn

⁵ Die zugrundeliegenden Daten der DRG-Statistik des Statistischen Bundesamtes beziehen sich auf alle stationären Behandlungsfälle unabhängig von Kostenträgern, beschränken sich also nicht auf die GKV.

regional bestimmte Diagnostikleistungen vertragsärztlich nicht oder in nicht ausreichender Zahl oder nicht mit der erforderlichen technischen Ausstattung durchführbar sind (z. B. aufgrund erhöhter Anforderungen an den Strahlenschutz). Dies kann Einweisungen zur Abklärung bei sonst auch ambulant behandelbaren Patienten zur Folge haben, wodurch potenziell vermeidbare stationäre Fälle entstehen. Gerade hierfür ist eine Erweiterung des AOP-Katalogs um Leistungen aus den OPS-Kapiteln 1 und 3 sinnvoll. Die fallindividuelle Kontextprüfung zeigt an, ob es sich bei der Diagnostikleistung um eine Begleitleistung im Zusammenhang mit einer OPS- oder DRG-Leistung handelt, die wiederum begründet stationär erbracht wird. Oder es handelt sich – z. B. bei gezielter vertragsärztlicher Einweisung – um keine Begleitleistung, dann wäre die diagnostische Leistung für das Krankenhaus nur noch ambulant erbringbar, es sei denn, die Kontextprüfung ergibt eine patientenbezogene Erschwernis (z. B. Frailty).

Nicht-operative Behandlungen

Neben OPS-Leistungen wurden für den Bereich nicht-operativer Behandlungen über DRG definierte Leistungen ausgewählt und für eine Erweiterung des Katalogs empfohlen. Hierbei handelt es sich um

- ◆ die 20 fallzahlstärksten DRGs, die nicht über eine medizinisch dominante Prozedur definiert sind,
- ◆ 31 DRGs, mit denen strahlentherapeutische Leistungen ohne komplexen Leistungskontext beschrieben werden,
- ◆ 14 DRGs, die konservative Behandlungen von Tumorfällen ohne komplexe Konstellationen und ohne äußerst schwere Komplikationen oder Komorbidität beschreiben.

Eine häufige Erklärung für stationäre Behandlungsfälle, für die keine wesentliche OPS-Leistung dokumentiert wird, sind Situationen, in denen durch ärztliche Beobachtung und Diagnostik medizinische Notfälle ausgeschlossen werden sollen. Die Erweiterung des AOP-Katalogs um die o. g. DRG-Leistungen ohne medizinisch dominante Prozedur ist daher an eine zusätzliche, der generellen Kontextprüfung vorgeschaltete Prüfung gebunden, ob eine solche Akutsituation vorliegt („Ausschlussnotfälle“). Es wird empfohlen, für diese Fälle einen gesonderten Beobachtungsstatus einzuführen, wie er in ähnlicher Weise auch in einigen der untersuchten Vergleichsländer existiert: Die Notfallabklärung als rein beobachtende medizinische Betreuung von Patienten, verbunden mit ausschließlich diagnostischen Maßnahmen, gilt grundsätzlich als ambulant durchführbar, ist aber an die strukturelle Voraussetzung geknüpft, dass für die weitere Patientenbehandlung unverzüglich auf stationäre Behandlungsmöglichkeiten und die für die Abklärung erforderliche Infrastruktur zurückgegriffen werden kann. Das heißt, dass die ambulant durchgeführte Abklärung an oder in unmittelbarer Nähe einer an der Notfallversorgung teilnehmenden Klinik stattfindet. Für die Zuordnung von Fällen zum

Beobachtungsstatus wurden entsprechende Diagnosen im ICD-Katalog kategorisiert. Der Beobachtungsstatus sollte zeitlich auf maximal 24 Stunden begrenzt werden.⁶

Für die auf strahlentherapeutische Leistungen und konservativ behandelte Tumorfälle bezogenen DRGs ist in der Kontextprüfung eine zusätzliche Differenzierung nach Behandlungskontext speziell für Tumorfälle vorzusehen.

Mögliche Herausnahme von Leistungen

Für die Empfehlungen zur Überarbeitung des AOP-Katalogs wurde auch geprüft, ob bzw. welche OPS-Leistungen des gegenwärtigen Katalogs ggf. entfallen können. Im Rahmen dieser Prüfung wurden zwei Gruppen von OPS-Leistungen identifiziert.

- ◆ Im Jahr 2019 wurden insgesamt 125 der 2.670 im AOP-Katalog (Abschnitt 1) enthaltenen Leistungen nicht erbracht bzw. dokumentiert. Gründe können veraltete Behandlungsverfahren, aber auch nicht-medizinischer (z. B. ökonomischer) Art sein. Die Gutachter empfehlen daher eine vertiefende Prüfung der identifizierten Positionen. Zusätzlich sollten in diese Prüfung die 47 OPS-Leistungen einbezogen werden, die im Jahr 2019 ausschließlich vertragsärztlich erbracht bzw. dokumentiert wurden.
- ◆ Für eine Auswahl im bisherigen AOP-Katalog enthaltener OPS-Leistungen wurde geprüft, ob diese im Widerspruch zu den übergeordneten medizinischen Kriterien stehen, die zur Ableitung von Empfehlungen zur Erweiterung des Katalogs angewandt wurden.⁷ Dies konnte für insgesamt 108 OPS-Leistungen festgestellt werden. Für diese OPS-Leistungen wird – nicht zuletzt aus Konsistenzgründen – empfohlen, eine Herausnahme aus dem AOP-Katalog gezielt zu prüfen.

Kontextprüfung zur Begründung einer stationären Durchführung

Für die Kontextprüfung wurden allgemeine Sachverhalte definiert, bei deren Vorliegen die stationäre Durchführung einer AOP-Leistung begründet ist. Die Definition dieser Sachverhalte basiert auf unterschiedlichen Schweregraden von Behandlungsfällen, die wiederum anhand patientenbezogener und leistungsübergreifender Merkmale bestimmt werden. Die Kontextprüfung gilt grundsätzlich für sämtliche AOP-Leistungen, unabhängig davon, ob sie durch OPS-Kodes als Operationen bzw. Prozeduren oder durch DRGs als stationsersetzende Behandlungen definiert sind.

⁶ Die Empfehlung eines Beobachtungsstatus berührt grundlegend die Organisation der Notfall- und Akutversorgung und könnte daher kaum isoliert nur für den AOP-Leistungsbereich umgesetzt werden.

⁷ Aus pragmatischen Gründen wurde diese Prüfung auf OPS-Leistungen beschränkt, die überwiegend stationär durchgeführt wurden und die gemäß dem bisherigen AOP-Katalog sowohl ambulant als auch (oder unter bestimmten Umständen) stationär durchgeführt werden können (Kategorie Ziffer 2 oder Ziffer 1 mit zusätzlicher Differenzierung).

Wenn die Kontextprüfung zu dem Ergebnis gelangt, dass eine stationäre Durchführung einer AOP-Leistung begründet ist, besteht unabhängig davon weiterhin die Möglichkeit der ambulanten Durchführung. Diese resultiert aus dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ gemäß § 39 Abs.1 Satz 2 SGB V, kann aber auch gewählt werden, um einem expliziten Patientenwillen zu entsprechen und steht grundsätzlich unter Arztvorbehalt, wobei medizinisch-ethische und berufsrechtliche Normen sowie haftungsrechtliche Rahmenbedingungen zu berücksichtigen sind.

Eine Kontextprüfung ist nur bei stationärer Durchführung zu dokumentieren. Die Operationalisierungen der Kontextfaktoren wurden so gewählt, dass die vollständige Kontextprüfung und ihre Dokumentation größtenteils auf Basis bereits existierender Routinedokumentationen durchführbar sind.

Insgesamt umfasst das empfohlene Konzept der Kontextprüfung neun Kontextfaktoren, davon sind vier leistungskontextbezogen und fünf mit Patientenbezug.

Zu den leistungskontextbezogenen Faktoren zählen:

- ◆ Stationärer Behandlungskontext gemäß DRG: Die OPS-Leistung aus dem AOP-Katalog wird im Rahmen einer DRG-Leistung erbracht, welche im DRG-Katalog grundsätzlich als eine stationär durchzuführende Leistung kategorisiert ist.⁸
- ◆ Kombination mit Nicht-AOP-Leistungen gemäß OPS-Klassifikation: Die OPS-Leistung aus dem AOP-Katalog wird in Kombination mit einer anderen OPS-Leistung durchgeführt, welche im OPS-Verzeichnis als nicht ambulant erbringbar kategorisiert ist bzw. nicht im AOP-Katalog enthalten ist. Die im OPS-Verzeichnis als Zusatzkodierungen eingestuft Leistungen bleiben außer Betracht.
- ◆ Beatmung: Die AOP-Leistung wird bei beatmeten Patienten durchgeführt, für die eine von der Narkoseführung unabhängige Beatmung im Datensatz nach § 301 SGB V kodiert ist.
- ◆ Komplexe Kombinationen von AOP-Leistungen: Die Kombination mehrerer AOP-Leistungen im Rahmen eines Behandlungsfalls verursacht in der Gesamtwirkung eine Behandlungskomplexität, die eine stationäre Durchführung begründet.

Zu den patientenbezogenen Kontextfaktoren zählen:

- ◆ Besonderer Betreuungsbedarf, der durch bestimmte (z. B. psychiatrische) Erkrankungen verursacht wird, begründet die stationäre Durchführung einer AOP-Leistung. Entsprechende Diagnosen wurden im ICD-Katalog kategorisiert.

⁸ Dieser Kontextfaktor gilt logischerweise nicht für den Teil der AOP-Leistungen, die als DRG-Leistungen definiert sind.

- ◆ Diagnosekontext: Die AOP-Leistung wird bei einem Patienten mit einer stationär behandlungsbedürftigen Haupt- oder Nebendiagnose (z. B. Herzinfarkt, Sepsis, Schlaganfall) durchgeführt. Auch hierfür wurde eine Kategorisierung im ICD-Katalog vorgenommen.
- ◆ Komplexe Komorbidität: Mehrere Nebendiagnosen eines multipel erkrankten Patienten können die Behandlungskomplexität kumulativ so stark erhöhen, dass eine stationäre Durchführung von AOP-Leistungen begründbar ist. Für die Definition werden die PCCL-Werte genutzt.
- ◆ Frailty: Eine meist altersbedingt erhöhte Vulnerabilität von Patienten geht mit systematisch erhöhten Risiken eines ungünstigen Behandlungsverlaufs einher, so dass eine stationäre Durchführung von AOP-Leistungen begründbar ist. Zur Operationalisierung werden neben dem Frailty-Status ergänzend ein ggf. vorliegender Pflegegrad (>3) oder Grad der Behinderung (mind. 50) vorgeschlagen.
- ◆ Soziale Begleitumstände: Der Behandlungserfolg bei ambulanter Durchführung einer AOP-Leistung hängt auch von außermedizinischen Faktoren ab, u. a. von einer ausreichenden Überwachung und Nachbetreuung von Patienten in ihrer häuslichen Umgebung. Sind diese Voraussetzungen nicht erfüllt, kann eine stationäre Durchführung begründet werden.

Für die Umsetzung und Praktikabilität der beschriebenen Kontextprüfung ist die Datenverfügbarkeit von wesentlicher Bedeutung. Die entscheidungsrelevanten Indikatoren des Behandlungskontextes wurden daher auch unter dem Aspekt gewählt, dass ihre Ausprägungen möglichst anhand etablierter Messsysteme und weitgehend auf Basis bestehender routinemäßiger Dokumentationssysteme erhoben werden können.

Ein wesentliches Funktionsprinzip der Kontextprüfung ist, dass jeder Kontextfaktor für sich genommen eine stationäre Durchführung begründen kann. Es gibt weder eine Hierarchisierung noch eine Kumulation oder Verrechnung der einzelnen Faktoren. Die aufgeführten Kontextfaktoren sind als gleichwertig hinsichtlich der Entscheidung bzw. Beurteilung anzusehen, ob die stationäre Durchführung einer AOP-Leistung begründbar ist. Zwischen den Kontextfaktoren und den diesbezüglichen Systemen der Schweregradmessung besteht keine „Überschneidungsfreiheit“. Schweregrad und Behandlungskomplexität werden aus unterschiedlichen Perspektiven operationalisiert, so dass gleiche schweregradrelevante Sachverhalte mehrfach und in unterschiedlicher Form erfasst werden. Diese Prinzipien dienen dem Ziel, bei der Ausweitung ambulanter Durchführungsmöglichkeiten die Patientensicherheit zu gewährleisten.

Die Angemessenheit einer stationären Durchführung von AOP-Leistungen wird sowohl ex ante (v. a. durch den behandelnden Arzt) als auch ex post (z. B. durch den Medizinischen Dienst) geprüft. Die Bewertung der Kontextfaktoren dient primär der Begründung eines stationären Aufenthaltes ex post. Wenn nach medizinischen Gesichtspunkten entschieden wird, eine Behandlung ambulant durchzuführen, ist

eine Bewertung der Kontextfaktoren nicht erforderlich. In seltenen und grenzwertigen Zweifelsfällen kann es sein, dass eine Vorab-Einstufung gewünscht wird. Dies trifft insbesondere zu, wenn für einen elektiven Eingriff eine stationäre Aufnahme geplant wird und sich die Frage stellt, ob diese begründet ist. In diesem Fall – und damit also auch nur im Krankenhaus – kann eine Ex-ante-Einstufung anhand der vorhandenen Begleiterkrankungen und der ggf. geplanten Prozedur vorgenommen werden. Die hierfür erforderlichen Informationen der Kontextprüfung sind zum Großteil bereits ex ante verfügbar.

Vergütungsrelevante Schweregraddifferenzierung

Im Hinblick auf vergütungsrelevante Aufwandsunterschiede, die durch Schweregraddifferenzierungen abgebildet werden, haben die Gutachter den Fokus auf Unterschiede der medizinisch erforderlichen perioperativen Versorgung bzw. Nachbetreuung sowie die postoperative Nachsorge im Anschluss an ambulant durchgeführte Operationen und Eingriffe ausgerichtet. Für eine substanzielle Ausweitung der Möglichkeiten, Operationen und Eingriffe ambulant durchzuführen, ist aus Sicht der Gutachter insbesondere die Sicherstellung der postoperativen Nachbetreuung und Nachsorge von kritischer Bedeutung. Hierauf deuten auch die internationalen Erfahrungen. Dies betrifft vor allem die Erschließung von Ambulantisierungspotenzialen bei Eingriffen mit erhöhten Risiken.

Aufwandsrelevante zusätzliche Nachbetreuungs- und Nachsorgeleistungen können z. B. pflegerisch betreute Übernachtungen in einer ambulanten Einrichtung oder postoperative Patientenbesuche durch Gesundheits-/Krankenpfleger(innen), aber auch Ärztinnen/Ärzte, in der Häuslichkeit der Patientinnen/Patienten sein, u. a. zur Kontrolle des Heilungsverlaufs, der Medikation oder für die allgemeine Wundversorgung.

Die vorgeschlagene vergütungsrelevante Schweregraddifferenzierung dient dazu, AOP-Fälle zu identifizieren, bei denen ein erhöhter perioperativer Betreuungs- und/oder Nachsorgebedarf bei ambulanter Durchführung prinzipiell begründet werden kann. Zu diesem Zweck wurde die Schweregraddifferenzierung im Rahmen der Kontextprüfung erweitert: Bei vier der insgesamt neun Kontextfaktoren werden für die vergütungsrelevante Schweregraddifferenzierung zusätzliche graduelle Abstufungen vorgeschlagen, die eine differenzierende Zuordnung zu den Optionen „stationäre Durchführung“ und „ambulante Durchführung mit zusätzlichem peri/postoperativen Versorgungsbedarf“ ermöglichen. Dies betrifft die Kontextfaktoren Operationskomplexität, besonderer Betreuungsbedarf, Frailty und soziale Begleitumstände.

Zusätzlich wurden in Erweiterung des Kontextfaktors Diagnosekontext spezifische Haupt- und Nebendiagnosen der ICD kategorisiert, die bei ambulanter Durchführung einen erhöhten peri- bzw. postoperativen Versorgungsbedarf begründen (z. B. manifester Diabetes, eine Herz- oder Niereninsuffizienz, eine vorbestehende Lungenerkrankung). Somit umfasst die vergütungsrelevante Schweregraddifferenzierung insgesamt fünf Faktoren.

Die vergütungsrelevante Schweregraddifferenzierung schließt sich immer dann einer Kontextprüfung an, wenn sich aus letzterer keine Begründung für die stationäre Durchführung einer AOP-Leistung ergibt. Analog zur Kontextprüfung gilt auch für die vergütungsbezogene Schweregraddifferenzierung, dass der Nachweis eines Faktors ausreicht, um einen erhöhten peri- bzw. postoperativen Versorgungsbedarf zu begründen.

Auch mit diesem System der Schweregraddifferenzierung wäre keine generelle Dokumentationspflicht verbunden. Dokumentationspflichtig wären Kontextfaktoren immer dann, wenn abrechnungsbezogen eine stationäre Durchführung oder – bei ambulanter Durchführung – ein erhöhter Nachsorgebedarf geltend gemacht würde. Im letztgenannten Fall wäre zudem nur die Information zu dokumentieren, die für den erhöhten Schweregrad eines Kontextfaktors relevant ist.

Umsetzung und zukünftige Anpassungen

Die umfassenden Empfehlungen zur Erweiterung des AOP-Katalogs sind eng verknüpft mit der Empfehlung, ein System der fallindividuellen Kontextprüfung zu etablieren. Für ein solches System enthält das vorliegende Gutachten ein Konzept für eine weitgehend algorithmisier- und automatisierbare Umsetzung auf Basis bereits routinemäßig erhobener Daten. Eine solche Kontextprüfung sollte nach Einschätzung der Gutachter dazu führen, die Prüfpraxis zu rationalisieren, zu verschlanken und weniger streitanfällig zu machen.

Die fallindividuelle Kontextprüfung trägt der fehlenden Konsentierbarkeit einer generellen rein leistungsbezogenen Einstufung der Ambulantisierbarkeit Rechnung und damit letztlich auch der Patientensicherheit. Sie ermöglicht daher, den AOP-Katalog umfassend, d. h. potenzialorientiert, zu erweitern. Sie hat aber auch zur Folge, dass sich ex ante das Ambulantisierungspotenzial der Erweiterung nicht exakt abschätzen lässt, da bislang keine empirischen Ergebnisse des vorgeschlagenen Systems der Kontextprüfungen vorliegen.

Die Kontextprüfung bildet einen wesentlichen Teil der Schweregraddifferenzierung, die in Verbindung mit einer Weiterentwicklung des AOP-Katalogs empfohlen wird. Die hierfür verwendeten Kontextfaktoren sind so operationalisiert, dass sie eine Ja-Nein-Entscheidung ermöglichen, ob die stationäre Durchführung einer Leistung bzw. Behandlung begründet ist. Darüber hinaus umfasst die vorgeschlagene Schweregraddifferenzierung eine weitergehende Abstufung der Kontextfaktoren, mit der Patienten identifiziert werden können, die einen erhöhten Versorgungsaufwand bei ambulanter Durchführung benötigen.

Als ein Verfahren für die regelmäßige Anpassung und Weiterentwicklung des Katalogs gemäß § 115b SGB V wird ein institutioneller Ansatz vorgeschlagen. Kernelement eines solchen Ansatzes wäre die Beauftragung eines fachlich unabhängigen Instituts mit der Erarbeitung eines „Ambulantisierungs-Groupers“ auf Basis des vorliegenden Konzepts der Kontextprüfung und mit dessen kontinuierlicher Pflege und ggf. Verfeinerung auf Basis routinemäßig erhobener administrativer Daten und der Praxiserfahrung.

Der für die Empfehlung für Erweiterungen des AOP-Katalogs gewählte potenzialorientierte, längerfristig ausgerichtete Ansatz ist damit verbunden, dass die Möglichkeiten einer ambulanten Durchführung im Sinne einer umfassenden Ambulantisierung kurzfristig nicht für alle empfohlenen Leistungen gleichermaßen genutzt werden können. Für einen Teil der Leistungen fehlt es hierfür an zusätzlichen Voraussetzungen struktureller, organisatorischer oder regulatorischer Art. Daher bietet es sich an, die Erweiterung des AOP-Katalogs stufenweise und im Sinne eines „lernenden Systems“ umzusetzen.

Neben punktuell noch fehlenden Operationalisierungen für die Kontextprüfung wurde die Empfehlung einiger Leistungen mit Ambulantisierungspotenzial zurückgestellt, da zunächst Anpassungen der Leistungsdefinitionen und -differenzierungen erforderlich wären. Ein weiterer, wesentlicher Faktor sind die strukturellen Voraussetzungen (räumlich, personell) und finanzierungs- bzw. vergütungsbezogenen Rahmenbedingungen, die maßgeblichen Einfluss darauf haben können, ob Leistungen ambulant durchgeführt werden.

Bei einem Teil der empfohlenen Leistungen ergeben sich erweiterte Möglichkeiten einer ambulanten Durchführung, wenn die Patientensicherheit durch eine zeitlich ausgedehnte und intensivere postoperative Nachbetreuung erhöht werden kann. Bei einer substanziellen Erweiterung des AOP-Katalogs dürften gegenwärtig die strukturellen bzw. organisatorischen Voraussetzungen fehlen, um eine solche erweiterte ambulante Nachsorge regulär zu gewährleisten. Hierfür bedarf es eines regulatorischen Rahmens für eine differenzierte Leistungsdefinition, die Indikation bzw. die Verordnung, die organisationsbezogene Zuständigkeit und die Finanzierung entsprechend geeigneter Nachsorgestrukturen.

Eine stufenweise Umsetzung sollte intensiv wissenschaftlich-fachlich und datenbasiert begleitet werden. In Verbindung hiermit empfehlen die Gutachter, den medizinischen Fachgesellschaften und ggf. weiteren fachlichen Expertinnen und Experten bzw. Organisationen sowie dem Medizinischen Dienst im Verlauf des Verfahrens zur Weiterentwicklung des AOP-Katalogs umfassendere und ergänzende Möglichkeiten zur Stellungnahme einzuräumen. Angesichts des hohen medizinischen Spezialisierungsgrades und des kontinuierlichen medizinisch-technischen Fortschritts sollten in diesem Rahmen vertiefende Prüfungen leistungsspezifischer Aspekte ermöglicht werden, die – neben den durch die Kontextprüfung abgedeckten Faktoren – Einfluss auf die ambulante Durchführbarkeit haben können.



IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin
www.iges.com

