

Uwe Repschläger, Martin Rößler, Claudia Schulte,  
Christoph Sievers, Danny Wende



# IGES-Gutachten zur Ausweitung ambulanter Operationen

Eine Potenzialermittlung unter Berücksichtigung  
des Behandlungskontextes



## Hintergrund

Mit dem MDK-Reformgesetz (2019) wurde eine Erweiterung des Katalogs für ambulante und stationsersetzende Leistungen beschlossen. Zudem wurden die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-SV) beauftragt, ein entsprechendes Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V erstellen zu lassen und auf Basis dieses Gutachtens Vereinbarungen zur Ausweitung der Ambulantisierung zu treffen. Da der AOP-Katalog (Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe) seit 2005 nur geringfügig überarbeitet wurde, während gleichzeitig der medizinisch-technische Fortschritt zusätzliche Möglichkeiten für ambulante Behandlungen schafft, war aus Sicht des Gesetzgebers eine Ausweitung des Katalogs möglich und geboten.

Mit der Erstellung des Gutachtens wurde das IGES Institut beauftragt und das Gutachten wurde am 1. April 2022 vorgelegt (IGES Institut, 2022). Es identifiziert im ersten Schritt sämtliche operativen Leistungen, die für eine ambulante Leistungserbringung in Betracht gezogen werden können. Die Leistungen werden teilweise als OPS-Codes und teilweise als DRGs definiert (Einschlusskriterien A1 bis A4). Darüber hinaus benennt das Gutachten zusätzlich Sachverhalte, die ggf. eine stationäre Durchführung der Behandlung begründen können (Kontextfaktoren K1 bis K9 und zwei weitere Kriterien). Sowohl begleitende Sachverhalte des Krankenhausfalls als auch Eigenschaften des Patienten bzw. der Patientin können eine Ambulantisierung des Falls unmöglich machen, so dass die tatsächliche ambulante Durchführbarkeit einer Leistung sich erst durch die zusätzliche Berücksichtigung des konkreten Be-



handlungskontextes ergibt. Der überwiegende Teil der Kontextfaktoren ist im Gutachten bereits operationalisiert und in den Daten einer Krankenkasse verfügbar.

Derzeit gibt es (noch) keine valide Einschätzung, wie hoch das zusätzliche Ambulantisierungspotenzial auf Basis des vom IGES erstellten Gutachtens sein könnte. Anhand der Daten der BARMER kann ermittelt werden, welchen Effekt die Ausweitung des Katalogs, aber auch die Anwendung der Kontextfaktoren auf die Fallmen- gen und -struktur haben.

## Methodik

Die hier vorgestellten Analysen basieren auf BARMER-Daten des Jahres 2019. Das Jahr 2019 wurde zum einen gewählt, um eine direkte Korrespondenz mit der im Rahmen des Gutachtens verwendeten Daten- grundlage herzustellen. Zum anderen können hierdurch pandemiebedingte Verzerrungen der Ergebnisse in Hin- blick auf das stationäre Leistungsgeschehen vermieden werden.

Zur Operationalisierung von Aufgreifkriterien für po- tenziell ambulantisierbare Krankenhausfälle und von Ausschlusskriterien (K1–K8) im Rahmen der Kontext- prüfung wurde auf die im Rahmen des Gutachtens erstellten Code-Listen zugegriffen (Annex Kontextprü- fung) (Tabelle 1a bzw. 1b). Aufgrund fehlender Operati-

onalisierungen im Rahmen des Gutachtens konnten die vorgeschlagenen Kriterien K4 (Hohe Komplexität aufgrund von Kombinationen leichter Eingriffe) und K9 (Soziale Begleitumstände) hierbei nicht angewendet werden.

Zusätzlich zu den im Gutachten empfohlenen und ope- rationalisierten Ausschlusskriterien wurden sämtliche Entlassdiagnosen, aufgrund derer der Ausschluss einer schwerwiegenden Akuterkrankung im Rahmen der stationären Behandlung anzunehmen ist (X1), sowie ein Lebensalter von 80 oder mehr Jahren (X2) als Aus- schlusskriterien verwendet.

Neben der Hinzuziehung der Kriterien X1 und X2 wurde zur Erreichung einer möglichst sensitiven Kontextprü- fung

- das Vorliegen einer relevanten Diagnose grund- sätzlich nicht nur für den jeweiligen Krankenhaus- fall, sondern ebenfalls unter Anwendung des M2Q- Kriteriums (mindestens zweimaliges Vorliegen einer ambulanten oder stationären Diagnose inner- halb der vier Vorquartale) für die betrachtete Per- son geprüft;
- der Barthel-Index (Mahoney & Barthel, 1965) zu- sätzlich zum Vorliegen eines Pflegegrads von 4 oder 5 innerhalb der zwölf Monate vor Kranken- hausaufenthalt zur Operationalisierung von Ge- brechlichkeit verwendet.

**Tabelle 1a: Aufgreifkriterien für potenziell ambulantisierbare Krankenhausfälle**

Kriterium	Beschreibung
Fälle 115b (AOP) alt (2.879 OPS)	Fälle mit einem im aktuell gültigen AOP-Katalog enthaltenen OPS
Zus. Fälle 115b (AOP) neu (2.476 OPS)	Fälle mit einem von den Gutachtern zur potenziellen Ambulantisierung empfohlenen OPS
DRG med. TOP 20 (20 Codes)	Im Gutachten genannte Top-20-DRGs, die für eine ambulante Behandlung in Frage kommen
DRG Tumor (14 Codes)	Neubildungen in medizinischen DRGs ohne erschwerenden DRG-Behandlungskontext
DRG Strahlentherapie (31 Codes)	DRGs mit Hauptleistung Strahlentherapie ohne erschwerenden DRG-Behandlungskontext

Anmerkung: OPS: Operationen- und Prozedurenschlüssel, DRG: Diagnosis Related Group

Tabelle 1b: Ausschlusskriterien im Rahmen der Kontextprüfung

Kriterium	Beschreibung
DRG nicht ambulant durchführbar (K1)	Behandlung nicht ambulant durchführbar aufgrund der DRG-Leistungsbeschreibung
Stationäre Behandlung laut OPS angezeigt (inkl. .xy-Codes) (K2)	Behandlung nur stationär durchführbar aufgrund der Art der OPS-Leistung. Hier sind OPS einbegriffen, die .x oder .y enthalten. Die Auswahl dieser OPS erfolgte auf Grundlage der von den Gutachtern vorgeschlagenen Verfahrensweise.
Beatmung (K3)	Notwendigkeit stationärer Beatmung
Hohe Komplexität aufgrund von Kombinationen leichter Eingriffe (K4)	Im Rahmen des Gutachtens nicht operationalisiert
Postoperative Versorgungssicherheit nicht gewährleistet (K5)	Diagnosen, bei denen Probleme mit der postoperativen Compliance und/oder Versorgungssicherheit zu erwarten sind
Stationäre Behandlung durch Diagnose angezeigt (K6)	Diagnosen, die eine besondere Akuität aufweisen und dadurch einen stationären Aufenthalt begründen
Erhöhter Aufwand durch Diagnose angezeigt (K6-S)	Diagnosen, die einen erhöhten perioperativen Aufwand bzw. Nachsorgebedarf bedingen
Stationäre Behandlung durch komplexe Komorbidität angezeigt (K7)	Vorliegen einer komplexen Komorbidität, gemessen anhand eines PCCL-Wertes $\geq 4$
Stationäre Behandlung aufgrund von Gebrechlichkeit angezeigt (K8)	Gebrechlichkeit, operationalisiert anhand von Pflegegrad 4 oder 5 innerhalb der zwölf Monate vor Krankenhausaufenthalt und des Barthel-Index
Stationäre Behandlung aufgrund sozialer Begleitumstände angezeigt (K9)	Im Rahmen des Gutachtens nicht operationalisiert
ICD-Beobachtungsstatus (X1)	Entlassdiagnosen, bei denen im Zusammenhang mit Behandlungen der Ausschluss schwerwiegender Akuterkrankungen anzunehmen ist
Alter $\geq 80$ Jahre (X2)	Hohes Lebensalter von mindestens 80 Jahren

Anmerkung: OPS: Operationen- und Prozedurenschlüssel, DRG: Diagnosis Related Group, PCCL: Patient Clinical Complexity Level

## Ergebnisse

### Identifizierung potenziell ambulantisierbarer Krankenhausfälle

Vor Kontextprüfung ergaben sich auf Grundlage des bisherigen AOP-Katalogs rund 590.000 potenziell ambulantisierbare vollstationäre Krankenhausfälle im Jahr

2019 (Tabelle 2). Dies entsprach etwa 26% des gesamten vollstationären Volumens von ca. 2.290.000 Fällen desselben Jahres. Durch die Hinzuziehung der im Gutachten empfohlenen Aufgreifkriterien stieg die Zahl potenziell ambulantisierbarer Fälle auf rund 1.480.000 und somit auf ca. 65% der vollstationären Fälle.

Tabelle 2: Potenziell ambulantisierbare vollstationäre Fälle vor Kontextprüfung

Gruppe	Fälle (in 1.000)	Anteil in Prozent
<b>Vollstationäre Fälle</b>	<b>2.290</b>	<b>100</b>
Fälle 115b (AOP) alt (2.879 OPS)	590	26
Zusätzliche Fälle 115b (AOP) neu (2.476 OPS)	670	29
<b>Fälle 115b gesamt (5.355 OPS)</b>	<b>1.260</b>	<b>55</b>
DRG med. TOP 20 (20)	330	14
DRG Tumor (14)	60	3
DRG Strahlentherapie (31)	10	<1
<b>DRG med. alle</b>	<b>400</b>	<b>17</b>
<b>Potenziell ambulantisierbar gesamt (AOP alt + AOP neu + DRG) vor Kontextprüfung</b>	<b>1.480</b>	<b>65</b>

Anmerkung: Da einzelne Fälle sowohl über OPS- als auch über DRG-Codes aufgegriffen werden können, addieren sich die Zwischensummen nicht zur Anzahl potenziell ambulantisierbarer Fälle.

Quelle: BARMER-Daten 2019

### Ergebnisse der Kontextprüfung

Im Rahmen der Kontextprüfung ergab sich für den Großteil der potenziell ambulantisierbaren Krankenhausfälle mindestens eine fall- oder personenbezogene Begründung für eine stationäre Behandlung (Tabelle 3). Besonders häufig trafen hierbei die Kriterien K6-S (Erhöhter Aufwand durch Diagnose angezeigt) und K2 (Stationäre Behandlung laut OPS angezeigt) zu. In Bezug auf die relative Wichtigkeit der Ausschlussgründe ergaben sich keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den Ergebnissen der Kontextprüfung für potenziell ambulantisierbare Fälle nach bestehendem AOP-Katalog (AOP alt) und den erweiterten Aufgreifkriterien (AOP alt + AOP neu + DRG).

Durch die im Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V benannten operationalisierbaren Ausschlusskriterien (K1–K8) wurden rund 82% der potenziell ambulantisierbaren Fälle von der Ambulantisierung ausgenommen. Durch die zusätzlichen Kriterien (X1–X2) erhöhte sich dieser Anteil auf 84%. Je nach Wahl der Ausschlusskriterien lag die Anzahl ambulantisierbarer Krankenhausfälle nach Kontextprüfung entsprechend zwischen 230.000 und 270.000 und somit zwischen 16% und 18% der identifizierten potenziell ambulantisierbaren Fälle.

Tabelle 3: Ambulantisierbare vollstationäre Krankenhausfälle nach Kontextprüfung

Gruppe	AOP alt		AOP alt + AOP neu + DRG	
	Fälle (in 1.000)	Anteil in Prozent	Fälle (in 1.000)	Anteil in Prozent
<b>Potenziell ambulantisierbar gesamt (vor Kontextprüfung)</b>	<b>590</b>	<b>100</b>	<b>1.480</b>	<b>100</b>
DRG nicht ambulant durchführbar (K1)	30	5	110	7
Stationäre Behandlung laut OPS angezeigt (inkl. .xy-Codes) (K2)	260	44	550	37
Beatmung (K3)	10	2	40	3
Postoperative Versorgungssicherheit nicht gewährleistet (K5)	130	22	370	25
Stationäre Behandlung durch Diagnose angezeigt (K6)	220	37	550	37
Erhöhter Aufwand durch Diagnose angezeigt (K6-S)	330	56	850	57
Stationäre Behandlung durch komplexe Komorbidität angezeigt (K7)	40	7	80	5
Stationäre Behandlung aufgrund von Gebrechlichkeit angezeigt (K8)	100	17	310	21
ICD-Beobachtungsstatus (X1)	80	14	250	17
Alter ≥ 80 Jahre (X2)	120	20	330	22
Ausschluss durch K1–K8	490	83	1.210	82
Ausschluss durch K1–K8 oder X1–X2	500	85	1.250	84
<b>Ambulantisierbar nach Kontextprüfung (K1–K8)</b>	<b>100</b>	<b>17</b>	<b>270</b>	<b>18</b>
<b>Ambulantisierbar nach Kontextprüfung (K1–K8 sowie X1–X2)</b>	<b>80</b>	<b>14</b>	<b>230</b>	<b>16</b>

Anmerkung: Da auf einzelne Fälle mehrere Ausschlussgründe zutreffen können, entspricht die Summe der Häufigkeit der einzelnen Ausschlussgründe nicht der Gesamtsumme der ausgeschlossenen Fälle.

Quelle: BARMER-Daten 2019

## Gesamtbetrachtung

Insgesamt zeigte sich nach Kontextprüfung ein Ambulantisierungspotenzial von 10% bis 12% der vollstationären Fälle des Jahres 2019 (Tabelle 4). Diese potenziell ambulantisierbaren Fälle waren im Vergleich zu der Gesamtheit der vollstationären Fälle durch eine wesentlich kürzere durchschnittliche Verweildauer sowie durch deutlich niedrigere Durchschnittskosten gekennzeichnet. Das finanzielle Gesamtvolumen der potenziell ambulantisierbaren Fälle belief sich unter Anwen-

dung der erweiterten Ausschlusskriterien (K1–K8 sowie X1–X2) auf rund 440 Mio. Euro. Bei der Interpretation ist zu beachten, dass dieser Wert nicht dem Einsparpotenzial durch Ambulantisierung entspricht. Letzteres ist vielmehr durch die Differenz der Kosten einer stationären Behandlung und der Kosten einer adäquaten ambulanten Behandlung gegeben und wurde im Rahmen dieser Analyse nicht aufgezeigt.

Tabelle 4: Fallzahlen, Kosten und Verweildauern aller vollstationären sowie ambulantisierbaren Fälle

Gruppe	Fälle (in 1.000)	Anteil an vollst. Fällen in Prozent	Ausgaben in Mio. €	Verweildauer in Tagen	Ausgaben je Fall in €
Vollstationäre Fälle	2.290	100	10.500	7,3	4.600
AOP alt	590	26	3.000	6,2	5.200
AOP alt + AOP neu + DRG	1.480	65	6.600	6,1	4.500
<b>Ambulantisierbar nach Kontextprüfung (K1–K8)</b>	<b>270</b>	<b>12</b>	<b>520</b>	<b>2,5</b>	<b>2.000</b>
<b>Ambulantisierbar nach Kontextprüfung (K1–K8 sowie X1–X2)</b>	<b>230</b>	<b>10</b>	<b>440</b>	<b>2,5</b>	<b>1.900</b>

Quelle: BARMER-Daten 2019

## Diskussion

Die Überarbeitung des AOP-Katalogs ist überfällig – obwohl der medizinische Fortschritt mehr und mehr Möglichkeiten für die ambulante Leistungserbringung schafft, waren die Fallzahlen ambulanter Operationen in Krankenhäusern in den Jahren 2018 und 2019 sogar rückläufig (DESTATIS, 2019). Der hier untersuchte, an dem aktuellen Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V orientierte Vorschlag ist durch seine Transparenz und die Operationalisierung fast aller Kontextprüfungen sehr gut geeignet als Grundlage einer konstruktiven Diskussion, die eine Einigung der beteiligten Parteien ermöglicht.

Durch die vorgeschlagene Ausweitung des AOP-Katalogs und die Einbeziehung der Kontextfaktoren ergibt sich ein zusätzliches Ambulantisierungspotenzial in Höhe von 12 % aller vollstationären Fälle.

Auf Basis des bisher gültigen AOP-Katalogs werden bereits Leistungen ambulant erbracht. Dennoch finden sich unter den verbleibenden, noch stationär erbrachten Leistungen bei der BARMER ca. 80.000 Fälle, die auch unter Berücksichtigung aller Kontextfaktoren zusätzlich ambulantisiert werden könnten und sollten. Die neu hinzugetretenen Leistungen des Gutachter-Vorschlags werden in der Regel bisher stationär erbracht. Ihre Hinzuziehung erhöht die Anzahl der ambulantisierbaren Fälle somit deutlich um rund 150.000 auf ca. 230.000, hochgerechnet auf die GKV entspricht dies etwa 1,9 Mio. Fällen. Das so ermittelte Ambulantisierungspotenzial besteht aus Fällen, die eine kurze durchschnittliche Verweildauer von ca. 2,5 Tagen und vergleichsweise geringe Fallkosten aufweisen. Diese Ergebnisse unterstreichen die Plausibilität des vorliegenden Vorschlags.

## Quellen

DESTATIS (2019). Grunddaten der Krankenhäuser – Fachserie 12, Reihe 6.1.1. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611197004.html> [08.04.2022].

IGES Institut, Albrecht, M., Mansky, T., Sander, M. & Schiffhorst, G. (2022): Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V. Verfügbar unter: [https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e27603/e27841/e27842/e27844/attr\\_objs27932/IGES\\_AOP\\_Gutachten\\_032022\\_ger.pdf](https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e27603/e27841/e27842/e27844/attr_objs27932/IGES_AOP_Gutachten_032022_ger.pdf) [08.04.2022].

Mahoney, F. I. & Barthel, D. W. (1965). Functional Evaluation: The Barthel Index. Maryland State Medical Journal, 14, S. 61–65.

MDK-Reformgesetz – Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen (2019). Verfügbar unter: [https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2019/0501-0600/556-19.pdf;jsessionid=CB52DD3D729F5ED5F0F8FF19F9AAB26D.1\\_cid391?\\_\\_blob=publicationFile&v=1](https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2019/0501-0600/556-19.pdf;jsessionid=CB52DD3D729F5ED5F0F8FF19F9AAB26D.1_cid391?__blob=publicationFile&v=1) [08.04.2022]

## Impressum

### Herausgeber

BARMER Institut für  
Gesundheitssystemforschung (bifg)  
10837 Berlin

### Autor:innen

Uwe Repschläger, Dr. Martin Röbler,  
Claudia Schulte, Christoph Sievers,  
Danny Wende

### Ansprechpartner zum Papier

Dr. Martin Röbler  
[info@bifg.de](mailto:info@bifg.de)

### Design und Realisation

zweiband.media GmbH, Berlin

### Veröffentlichungstermin

April 2022

### DOI

10.30433/ePGSF.2022.002

### Copyright



Lizenziert unter CC BY-NC 4.0