

Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V



GUTACHTEN

Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V

Martin Albrecht
Thomas Mansky
Monika Sander
Guido Schiffhorst

unter Mitarbeit von
Sebastian Irps
Steffen John
Marc Kurepkat
Sophia Papadopoulou

Gutachten

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

Berlin, März 2022

Autoren

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

Inhalt

Einleitung	14
1. Modul 1: Internationaler Vergleich	16
1.1 Ziel und Fragestellungen	16
1.2 Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse	17
1.2.1 Definition ambulanter Operationen und stationersetzender Eingriffe bzw. Behandlungen	17
1.2.2 Strukturelle, personelle und medizinische Voraussetzungen ambulanter Operationen	19
1.2.3 Finanzierung und Honorierung	22
1.2.4 Perspektiven der Weiterentwicklung	24
1.3 Schlussfolgerungen für die Überarbeitung des Katalogs nach § 115b SGB V	26
2. Modul 2: Leistungen des Katalogs nach § 115b SGB V und angrenzender Versorgungskontexte im Status Quo in Deutschland	29
2.1 Methodisches Vorgehen und Beschreibung der Datenquellen	29
2.1.1 Methodisches Vorgehen	29
2.1.2 Beschreibung der Datenquellen	34
2.2 Leistungen gemäß dem Katalog nach § 115b SGB V	40
2.2.1 Beschreibung des AOP-Katalogs	40
2.2.2 Aggregierte Daten zur Gesamtzahl ambulanter Operationen	42
2.2.3 Ambulant am Krankenhaus erbrachte Leistungen des AOP-Katalogs	47
2.2.4 Ambulant vertragsärztlich erbrachte Leistungen des AOP-Katalogs	52
2.2.5 Stationär erbrachte Leistungen des AOP-Katalogs	61
2.2.6 Selektivvertraglich erbrachte Leistungen des AOP-Katalogs	75
2.2.7 Sektorenübergreifende Betrachtung	83
2.2.8 Nicht erbrachte Leistungen des AOP-Katalogs	93
2.3 Leistungen angrenzender Versorgungskontexte	96
2.3.1 Teilstationäre Fälle	96
2.3.2 Vorstationäre Fälle ohne anschließende vollstationäre Behandlung	102
2.3.3 Vollstationäre Fälle mit geringer Verweildauer (Kurzlieger)	108
2.3.4 Ambulant-sensitive Krankenhausfälle	116
2.3.5 Primäre Fehlbelegung	124
2.3.6 Selektivvertraglich erbrachte Leistungen außerhalb des AOP-Katalogs	139
2.3.7 Vertragsärztliche Leistungen gemäß Anhang 2 des EBM	146
2.4 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen für Modul 3	149
3. Modul 3: Leistungen für die Überarbeitung des Katalogs nach § 115b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	155
3.1 Gesetzliche Grundlagen des Vorgehens	155

3.2	Methodische Grundlagen des Vorgehens	159
3.3	Methodisches Vorgehen	162
3.3.1	Kategorisierung von OPS-Leistungen hinsichtlich der Möglichkeit einer ambulanten Durchführung anhand übergeordneter medizinischer Kriterien	163
3.3.2	Abgleich mit empirischen Hinweisen aus angrenzenden Bereichen (Modul 2) und internationalen Erfahrungen (Modul 1)	165
3.3.3	Validierung der nicht eindeutig kategorisierten OPS-Leistungen	168
3.3.4	Auswahl nicht-operativer Leistungen	175
3.3.5	Prüfung des Ausschlusses aktueller AOP-Leistungen	180
3.3.6	Systematisierung von Kontextfaktoren	182
3.4	Ergebnisse der Ableitung von Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Katalogs gemäß § 115b Abs. 1 SGB V	184
3.4.1	Übersicht über die für eine Erweiterung des AOP-Katalogs empfohlenen OPS-Leistungen	184
3.4.2	Übersicht über die für eine Erweiterung des AOP-Katalogs empfohlenen nicht-operativen Leistungen	204
3.4.3	Übersicht über die zur Prüfung einer Herausnahme aus dem AOP-Katalog empfohlenen Leistungen	212
3.4.4	Kontextprüfung zur Begründung einer stationären Durchführung von AOP-Leistungen	215
3.4.5	Besondere leistungsübergreifende Strukturanforderungen	233
3.4.6	Verfahren für regelmäßige Anpassungen	237
4.	Modul 4: Schweregraddifferenzierung	241
4.1	Ziele der Schweregraddifferenzierung	241
4.2	Vergütungsrelevante Differenzierung im Hinblick auf perioperative Betreuung und postoperative Nachsorge	241
4.3	Schweregraddifferenzierung auf Basis der Kontextfaktoren	242
5.	Abschließende Ausführungen zu den Empfehlungen	250
	Literatur	254
	Ergänzende Literaturangaben	261
6.	Anhang	270
A1	Internationaler Vergleich Tagesfall-Operationen	271
A2	Auswertungen auf Endsteller-Ebene	272
A3	Angeforderte Auswertungen Zi-Daten	279
A4	Liste der angeforderten Variablen für die § 21-KHEntgG-Daten	281
A5	Liste der Expertinnen und Experten für qualitative Expertengespräche	283
A6	Verwendete Diagnosen zur Abgrenzung der ambulant-sensitiven Krankenhausfälle	284
A7	Liste der im Rahmen der Primären Fehlbelegung von den Krankenkassen genannten OPS	288

Abbildungen	6
Tabellen	6
Abkürzungsverzeichnis	11

Abbildungen

Abbildung 1:	Übersicht über die für das Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V analysierten Leistungsbereiche und Datengrundlagen	31
Abbildung 2:	Ambulantes Operieren: Leistungshäufigkeiten in der GKV, 1996-2020	44
Abbildung 3:	Ambulantes Operieren: Leistungshäufigkeiten in der GKV nach Versichertengruppen, 1996-2019	46
Abbildung 4:	Ableitung der Analysepopulation für die Fälle mit einer OPS aus dem AOP-Katalog, 2019	63
Abbildung 5:	Altersstruktur von Versicherten mit AOP-Leistung (Abschnitt 1) im sektoralen Vergleich, 2019	92
Abbildung 6:	Anteil pflegebedürftiger Versicherter mit AOP-Leistung (Abschnitt 1), differenziert nach Pflegegraden, im sektoralen Vergleich, 2019	93
Abbildung 7:	Ableitung der Analysepopulation für die teilstationären Fälle, 2019	97
Abbildung 8:	Ableitung der Analysepopulation für die vorstationären Fälle ohne anschließende vollstationäre Behandlung, 2019	103
Abbildung 9:	Ableitung der Analysepopulation für die Kurzlieger, 2019	109
Abbildung 10:	Ableitung der Analysepopulation für die ambulant-sensitiven Krankenhausfälle, 2019	117
Abbildung 11:	Kontextfaktoren für die Kontextprüfung im Überblick	217
Abbildung 12:	Darstellung der Kontextprüfung als Flussdiagramm	232
Abbildung 13:	Funktionen der Schweregraddifferenzierung im AOP-Kontext	243
Abbildung 14:	Faktoren der Schweregraddifferenzierung nach Anwendungsbereich	247
Abbildung 15:	Darstellung der vergütungsrelevanten Schweregraddifferenzierung im Flussdiagramm	248

Tabellen

Tabelle 1:	Anzahl unterschiedlicher OPS-Kodes und Anzahl erbrachter Prozeduren im Bereich ambulanter Operationen an Krankenhäusern, 2019	48
Tabelle 2:	TOP 25-Prozeduren des AOP-Katalogs (4-Steller-Ebene) – ambulant am Krankenhaus, 2019	49

Tabelle 3:	TOP 25-Prozeduren außerhalb des AOP-Katalogs mit Dokumentation als „ambulante Operationen nach § 115b SGB V“ auf 4-Steller-Ebene – ambulant am Krankenhaus, 2019	51
Tabelle 4:	Leistungen von Abschnitt 1 des AOP-Katalogs: Gesamtzahl dokumentierter OPS, Fall- und Patientenzahl, 2019	53
Tabelle 5:	TOP 25-Prozeduren des Abschnitts 1 des AOP-Katalogs (4-Steller-Ebene) in den vertragsärztlichen Praxen, 2019	54
Tabelle 6:	Dokumentationshäufigkeit von OPS-Kodes des AOP-Katalogs (Abschnitt 1, endstellig) mit Ermächtigungs-Anteil > 5 %, 2019	56
Tabelle 7:	TOP 25 der im vertragsärztlichen Bereich abgerechneten EBM-GOP der Abschnitte 2 und 3 des AOP-Katalogs, 2019	58
Tabelle 8:	Dokumentationshäufigkeit von GOP des AOP-Katalogs (Abschnitte 2 und 3) mit Ermächtigungs-Anteil > 10 %, 2019	61
Tabelle 9:	Häufigkeit der stationär durchgeführten Leistungen (OPS) der Abschnitte 1 und 2 des AOP-Katalogs, 2019	62
Tabelle 10:	TOP 25-Prozeduren aus den Abschnitten 1 und 2 des AOP-Katalogs (4-Steller-Ebene) – stationär am Krankenhaus, 2019	65
Tabelle 11:	TOP 25-Prozeduren des AOP-Katalogs (4-Steller-Ebene) unter Berücksichtigung der Gruppierungsrelevanz – stationär am Krankenhaus, 2019	68
Tabelle 12:	TOP 25-DRGs der vollstationären Fälle mit einem OPS-Kode aus dem AOP-Katalog (nach Häufigkeit), 2019	71
Tabelle 13:	OPS-Kodes des AOP-Katalogs mit selektivvertraglichem Leistungskontext, 2019	76
Tabelle 14:	OPS-Kodes des AOP-Katalogs (endstellig) mit selektivvertraglichem Leistungskontext und Abrechnung über medicalnetworks (TOP 25), 2019	81
Tabelle 15:	Zusammenfassender Überblick über erbrachte Leistungen des AOP-Katalogs nach Sektoren, 2019	86
Tabelle 16:	TOP 25 der erbrachten Leistungen des AOP-Katalogs (Abschnitt 1, OPS auf 4-Steller-Ebene) nach sektoralen Anteilen, 2019	87
Tabelle 17:	TOP 5 der erbrachten Leistungen des AOP-Katalogs (Abschnitt 1, OPS auf 4-Steller-Ebene) für die drei Sektoren mit dem jeweils höchsten Anteil je Sektor, 2019	90
Tabelle 18:	Leistungshäufigkeiten für Abschnitt 1 des AOP-Katalogs gemäß Abrechnungsdaten ausgewählter Krankenkassen, 2019	91
Tabelle 19:	Nicht erbrachte bzw. dokumentierte AOP-Leistungen, 2019	94

Tabelle 20:	TOP 25 der den teilstationären Fällen ohne teilstationären DRGs zugeordneten DRGs (nach Häufigkeit), 2019	99
Tabelle 21:	Entwicklung der Fallzahlen der teilstationären Fälle, 2017 bis 2019	102
Tabelle 22:	TOP 25 der DRGs der vorstationären Fälle ohne anschließende vollstationäre Behandlung (nach Häufigkeit), 2019	105
Tabelle 23:	Entwicklung der Fallzahlen der vorstationären Fälle ohne anschließende vollstationäre Behandlung, 2017 bis 2019	108
Tabelle 24:	TOP 25 der DRGs der Kurzlieger-Fälle (nach Häufigkeit), 2019	111
Tabelle 25:	Entwicklung der Fallzahlen der Kurzlieger-Fälle, 2017 bis 2019	115
Tabelle 26:	TOP 25-DRGs nach Anzahl der ASK-Fälle, 2019	119
Tabelle 27:	Entwicklung der Fallzahlen der ASK-Fälle, 2017 bis 2019	123
Tabelle 28:	TOP25-DRGs mit häufigsten Prüfungen auf primäre Fehlbelegung durch die Krankenkassen, 2019	126
Tabelle 29:	TOP6-OPS mit häufigsten Prüfungen auf primäre Fehlbelegung durch die Krankenkassen, 2019	128
Tabelle 30:	Leistungsbereiche mit häufigen Prüfungen auf primäre Fehlbelegung aus Sicht der Krankenhäuser	132
Tabelle 31:	OPS-Kodes außerhalb des AOP-Katalogs mit mindestens einem Selektivvertrag, 2019	140
Tabelle 32:	TOP 25-OPS-Kodes außerhalb des AOP-Katalogs (endstellig) der über medicalnetworks abgerechneten Selektivverträge, 2019	145
Tabelle 33:	TOP 25-OPS-Kodes der vertragsärztlichen Abrechnung aus Anhang 2 EBM außerhalb des AOP-Katalogs (endstellig), 2019	147
Tabelle 34:	Systematik der Ableitung von Empfehlungen für die Erweiterung des AOP-Katalogs	169
Tabelle 35:	Übersicht über Themenbereiche der für Validierungszwecke ausgewerteten Literatur	172
Tabelle 36:	Übersicht über die medizinische Fachgesellschaften und Leistungsbereiche ihrer Stellungnahmen im Rahmen der externen Validierung	174
Tabelle 37:	Ergebnisse der Bewertung von OPS-Leistungen im Hinblick auf eine Erweiterung des AOP-Katalogs im Überblick nach Kapiteln	185
Tabelle 38:	Ergebnisse der Bewertung von OPS-Leistungen des OPS-Kapitels 5 nach OPS-Bereichen im Überblick	188

Tabelle 39:	Anteile der für eine Erweiterung empfohlenen OPS-Leistungen an der Gesamthäufigkeit stationär durchgeführter OPS-Leistungen nach OPS-Kapiteln bzw. Kode-Bereichen von OPS-Kapitel 5, 2019	194
Tabelle 40:	OPS-Kodes mit Empfehlung zur Aufnahme in den AOP-Katalog und größten stationären Häufigkeiten (2019) nach OPS-Gruppen und OPS-Dreistellern	197
Tabelle 41:	TOP 5 OPS-Kodes nach stationärer Häufigkeit (2019) mit Empfehlung zur Aufnahme in den AOP-Katalog	200
Tabelle 42:	Häufigste nicht-operative ("konservative") DRG-Leistungskomplexe nach Fallzahlen (2019) und angrenzenden Versorgungsbereichen	206
Tabelle 43:	DRGs mit Hauptleistung Strahlentherapie und Fallzahlen (2019)	208
Tabelle 44:	DRGs für konservativ behandelte Tumorfälle und Fallzahlen (2019)	211
Tabelle 45:	Zur Prüfung einer Herausnahme aus dem AOP-Katalog empfohlene Leistungen mit der höchsten Dokumentationshäufigkeit (2019)	213
Tabelle 46:	DRG-Liste für Kontextprüfung (Auszug)	219
Tabelle 47:	Diagnosebeispiele für besonderen Betreuungsbedarf im Rahmen der Kontextprüfung	223
Tabelle 48:	Behandlungskontext als Zusatzkennzeichen bei Tumorerkrankungen im Rahmen der Kontextprüfung	224
Tabelle 49:	Diagnosen als Indikator für erhöhten perioperativen und/oder Nachsorgebedarf (ICD-Beispiele)	246
Tabelle 50:	Abstufung des Dokumentationsaufwands für Schweregraddifferenzierungen	249
Tabelle 51:	Anteil der Eintagesfälle bei ausgewählten Operationen im internationalen Vergleich, 2019	271
Tabelle 52:	TOP 25 Prozeduren des AOP-Katalogs (endstellig) - ambulant am Krankenhaus, 2019	272
Tabelle 53:	TOP 25 Prozeduren im Bereich „ambulanter Operationen nach § 115b SGB V“ außerhalb des AOP-Katalogs – ambulant am Krankenhaus, 2019	275
Tabelle 54:	TOP 25-Prozeduren des Abschnitts 1 des AOP-Katalogs (endstellig) in den vertragsärztlichen Praxen, 2019	276

Tabelle 55:	Liste der angeforderten Variablen für die Auswertungen der § 21-KHEntg-Daten	281
Tabelle 56:	Liste der Expertinnen und Experten für qualitative Expertengespräche	283
Tabelle 57:	Diagnosen zur Abgrenzung ambulant-sensitiver Krankenhausfälle	284
Tabelle 58:	Liste der von den Krankenkassen genannten OPS im Zusammenhang mit Prüfungen auf primäre Fehlbelegung	288

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
AKPS	Australian-modified Karnofsky-Performance Status
AKV	Allgemeine Krankenversicherung (Mitglieder ohne Rentner)
AOP	Ambulantes Operieren nach § 115b SGB V
APPC	Advanced program to Program Communications
ASC	Ambulatory Surgery Center
ASK	Ambulant-sensitive Krankenhausfälle
BfARM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Body-Mass-Index
BSNR	Betriebsstättennummer
CC	Complication or Comorbidity (Komplikationen oder Komorbidität)
CCL	Complication or Comorbidity Level
CMS	Centers for Medicare & Medicaid Services
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRG	Diagnosebezogene Fallgruppen
DS-GVO	Datenschutz-Grundverordnung
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
ECCE	Extrakapsuläre Extraktion der Linse
ECOG	Eastern Cooperative Oncology Group
G-AEP	German appropriate evaluation protocol
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV	Gesetzliche Krankenversicherung Spitzenverband
GOP	Gebührenordnungsposition

Abkürzung	Erläuterung
GRG	Gesundheitsreformgesetz
GuKP	Gesundheits- und Krankenpfleger(in)
HCPCS	Healthcare Common Procedure Coding System
HKP	Häusliche Krankenpflege
HOPD	Hospital outpatient department (Krankenhausambulanz)
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KH	Krankenhaus
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KRINKO	Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVB	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
KVdR	Krankenversicherung der Rentner
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
MD	Medizinischer Dienst
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
MFA	Medizinische Fachangestellte
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OKP	Obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Abkürzung	Erläuterung
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PCCL	Patient Clinical Complexity Level
Qb-R	Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser
RKI	Robert-Koch-Institut
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
SGB XI	Elftes Buch Sozialgesetzbuch
SQB	Strukturierte Qualitätsberichte
SSI	Surgical site infection (Eingriffsbezogenes Infektionsrisiko)
VWD	Verweildauer
Zi	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung

Ausschließlich zum Zweck der besseren Lesbarkeit wird auf die geschlechtsspezifische Schreibweise verzichtet. Alle personenbezogenen Bezeichnungen sind geschlechtsneutral und beziehen sich auf Angehörige aller Geschlechter.

Einleitung

Mit dem zu Jahresbeginn 2020 in Kraft getretenen MDK-Reformgesetz wurde eine substanzielle Erweiterung des Katalogs ambulant erbringbarer Leistungen gemäß § 115b SGB V („AOP-Katalog“) beschlossen. Demnach soll dieser Katalog aktualisiert, um stationersetzende Behandlungen ergänzt und zukünftig regelmäßig an den Stand der medizinischen Erkenntnisse angepasst werden.

Den Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen sowie hierfür einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV).

Als Grundlage für ihre Vereinbarungen zum Katalog gemäß § 115b SGB V haben die genannten Vertragsparteien das vorliegende wissenschaftliche Gutachten beauftragt. Gemäß § 115b Abs. 1a SGB V ist es Aufgabe dieses Gutachtens

- ◆ den Stand der medizinischen Erkenntnisse über ambulant durchführbare Operationen, stationersetzende Eingriffe und stationersetzende Behandlungen zu untersuchen,
- ◆ ambulant durchführbarer Operationen, stationersetzende Eingriffe und stationersetzende Behandlungen konkret zu benennen,
- ◆ diesbezügliche unterschiedliche Maßnahmen zur Falldifferenzierung nach Schweregrad zu analysieren.

Die Leistungsbeschreibung, die dem Gutachtenauftrag zugrunde liegt, enthält eine Reihe von Forschungsfragen, die vier thematischen Modulen zugeordnet sind:

- Modul 1: Internationaler Vergleich
- Modul 2: Leistungen des Katalogs nach § 115b SGB V und angrenzender Versorgungskontexte im Status Quo in Deutschland
- Modul 3: Leistungen für die Überarbeitung des Katalogs nach § 115b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V
- Modul 4: Schweregraddifferenzierung

Das erste Modul umfasst die Analyse von ambulant durchführbaren Operationen, stationersetzenden Eingriffen und stationersetzenden Behandlungen in ausgewählten Vergleichsländern. Modul 2 enthält eine detaillierte Darstellung des Umfangs und der sektoralen Verteilung der Leistungen des aktuellen Katalogs nach § 115b SGB V sowie relevanter Leistungen in angrenzenden Versorgungskontexten auf Basis empirischer Daten.

Die Ergebnisse der Module 1 und 2 bilden die Grundlage für die Auswahl von Leistungen, welche die Gutachter in Modul 3 für die Überarbeitung und Erweiterung des Katalogs nach § 115b SGB V empfehlen. Gegenstand von Modul 4 sind schließlich Vorschläge für eine Schweregraddifferenzierung der Behandlungsfälle, die als

Grundlage für eine Differenzierung der Vergütung nach § 115b Satz 1 Nummer 2 SGB V herangezogen werden können.

Das Modul 1 wurde überwiegend von der Gesundheit Österreich GmbH bearbeitet, ein Teil von Modul 1 (Vergleichsland USA) sowie die Module 2 bis 4 von der IGES Institut GmbH.

Nachfolgend sind die Ergebnisse der vier Module dargestellt. Die Ausführungen zu Modul 1 beschränken sich auf eine Zusammenfassung. Die ausführlichen Ergebnisse zu den ausgewählten Vergleichsländern enthält ein Annex zu diesem Gutachten.

1. Modul 1: Internationaler Vergleich

1.1 Ziel und Fragestellungen

Im Rahmen von Modul 1 wurde analysiert, wie das ambulante Operieren und stationersetzende Eingriffe bzw. Behandlungen in ausgewählten Vergleichsländern organisiert sind. Ziel dieser Analyse ist es Hinweise darauf zu erhalten, unter welchen Voraussetzungen eine weitergehende Ambulantisierung gegenwärtig stationär erbrachter Leistungen in Deutschland möglich wäre und welche Leistungsbe- reiche bzw. Leistungen für eine Erweiterung des Katalogs nach § 115b SGB V geeignet sein könnten.

Der Analyse wurden vier übergeordnete Forschungsfragen zugrunde gelegt:

1. Wie werden die Begriffe „ambulant durchführbare Operationen“, „stationersetzende Eingriffe und Behandlungen“ in dem jeweiligen Land definiert?
2. Wie sind die strukturellen, personellen und medizinischen Voraussetzungen ambulanter Operationen im jeweiligen Vergleichsland gestaltet und wie wird die Patientensicherheit gewährleistet?
(regulatorische Rahmenbedingungen, strukturelle und personelle Anforderungen, Patientensicherheit/Qualitätssicherung)
3. Wie ist die Vergütung ambulanter Leistungen im jeweiligen Vergleichsland geregelt?
(Umfang und Art der Vergütung in unterschiedlichen Settings, konkrete Vergütungskataloge, Differenzierung in der Vergütung, politische Bewertung)
4. Wie war der Entstehungsprozess und welche Perspektiven zur Weiterentwicklung gibt es?
(historische) Entwicklung des Systems, Empirie, Weiterentwicklung der Kataloge, Ausblick)

Die Auswahl der Vergleichsländer orientierte sich an folgenden Kriterien:

- ◆ Ein hoher Ambulantisierungsgrad liegt vor bzw. Projekte/Strategien zur Ambulantisierung in den entsprechenden Ländern sind abgeschlossen bzw. in Umsetzung.
 - ◆ Das Gesundheitssystem ist mit dem in Deutschland vergleichbar. Grundsätzlich sind die beiden in Europa üblichen Finanzierungssysteme – steuerfinanziertes Modell oder Sozialversicherungsmodell – bei der gegenständlichen Fragestellung als vergleichbar zu betrachten.
 - ◆ Die Gutachter haben Zugang zu Experten/Expertinnen in den entsprechenden Ländern und die Publikationen sind in englischer oder deutscher Sprache verfügbar.
-

Gemäß diesen Kriterien wurden Österreich, die Schweiz, Großbritannien, Dänemark und die USA als Vergleichsländer ausgewählt. Von einem vergleichsweise hohen Ambulantisierungsgrad ist insbesondere für Dänemark, Großbritannien und die USA auszugehen. So zeigen die Daten der OECD für ausgewählte Operationen teilweise deutlich höhere Anteile von Ein-tagesfällen in Dänemark und Großbritannien (vgl. Anhang A1, Tabelle 51).¹ In den USA gilt die Verlagerung von Operationen aus stationären in ambulante Settings als wichtigster Trend der letzten 20 Jahre im US-Gesundheitssystem, und es wird erwartet, dass sich dieser Trend fortsetzt und verstärkt, weil mit ihm die größten Potenziale für Kostendämpfung assoziiert werden (Badlani 2019). Die Gesundheitssysteme in Österreich und der Schweiz weisen größere Ähnlichkeiten mit dem in Deutschland auf. In beiden Ländern wird das Ziel verfolgt, die Potenziale zur Verlagerung von Eingriffen vom stationären in den ambulanten Bereich stärker zu nutzen. Österreich hat hierfür jüngst einen Tagesklinik-Katalog eingeführt.

1.2 Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse

Die Ergebnisse der Analysen der ausgewählten Vergleichsländer werden ausführlich im „Annex Modul 1“ zu diesem Gutachten dargestellt.² Nachfolgend sind die wesentlichen Ergebnisse zusammengefasst und es werden Schlussfolgerungen im Hinblick auf die Weiterentwicklung des Katalogs gemäß § 115b SGB V abgeleitet.

1.2.1 Definition ambulanter Operationen und stationersetzender Eingriffe bzw. Behandlungen

Einheitliche Definitionen zu stationersetzenden ambulanten Eingriffen, Behandlungen und Operationen konnten nicht gefunden werden. In den meisten Staaten werden die Begriffe „Eingriff“ und „Operation“, manchmal auch noch der Begriff „Intervention“ synonym verwendet. Im Englischen findet sich der Begriff „procedure“, der umfassend verwendet wird. Zu stationersetzenden Behandlungen im Sinne von (ehemals) stationären Aufenthalten ohne Eingriff oder Operation, die (künftig) ambulant durchgeführt werden sollen, konnten keine Dokumente oder Literatur gefunden werden.

Als „ambulanter Eingriff“ bzw. „ambulante Operation“ wird im Wesentlichen ein Eingriff bzw. eine Operation verstanden, der bzw. die an einer Patientin/einem Patienten durchgeführt wird, welche(r) am selben Tag aufgenommen und entlassen

¹ Die Daten der OECD geben Hinweise auf internationale Unterschiede der Ambulantisierungsgrade, ein exakter Vergleich ist allerdings aufgrund teilweise voneinander abweichender Zählweisen (z. B. Prozeduren vs. Fälle) und Abgrenzungen nicht möglich. Für Deutschland werden ambulante Operationen gemäß § 115b SGB V, die in Krankenhäusern durchgeführt werden, nicht erfasst. In Dänemark werden ab dem Jahr 2019 Krankenhausaufenthalte bereits ab einer Dauer von mind. zwölf Stunden als stationäre Fälle gezählt (vgl. OECD 2021).

² Vgl. Gesundheit Österreich GmbH, IGES Institut GmbH und Prof. Nikolas Matthes (2022): Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V, Annex Modul 1: Internationaler Vergleich.

wird. Allerdings gibt es hier auch innerhalb einzelner Länder Unterschiede. Manchmal wird auch eine Übernachtung prä- oder postoperativ noch im Rahmen eines ambulanten Eingriffs angesehen.³

Bei der Eingrenzung, welche Eingriffe oder Operationen ambulant durchgeführt werden können, werden in fast allen Ländern Kriterien genannt, die sich auf den Gesundheitszustand der zu behandelnden Person und auf die Schwere des Eingriffs/der Operation beziehen, wobei auch immer soziale Faktoren berücksichtigt werden. Die Entscheidung, ob ein Patient/eine Patientin stationär aufgenommen oder ambulant behandelt wird, obliegt international immer dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin.⁴

In Österreich, der Schweiz und den USA gibt es Kataloge, die auflisten, welche Eingriffe ambulant durchgeführt werden können/sollen.

In Österreich wurde im Rahmen der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) schon vor Jahren ein „Tagesklinik-Katalog“ erstellt (aktuell umfasst er 254 Positionen) und die tagesklinische Leistungserbringung (Aufnahme und Entlassung an einem Kalendertag) mit finanziellen Anreizen versehen. Der Katalog ist eine „KANN-Liste“, die enthaltenen Leistungen sind seit 2020 auch ambulant abrechenbar. Wo die Leistung tatsächlich erbracht wird, obliegt gesetzlich dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin in der Krankenanstalt.⁵

In der Schweiz wurden in der „Liste der grundsätzlich ambulant durchzuführenden elektiven Eingriffe“ sechs Gruppen von Eingriffen festgelegt, die grundsätzlich in der gesamten Schweiz nur noch bei ambulanter Durchführung von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) vergütet werden, außer es liegen besondere Umstände vor, die eine stationäre Durchführung erfordern (Liste mit Ausnahmekriterien). Eingriffe und Operationen, die bereits überwiegend ambulant erbracht werden, sind nicht enthalten. Hier handelt es sich um eine „MUSS-Liste“.⁶

In den USA existieren im Bereich des staatlichen Krankenversicherungssystems (Medicare) Kataloge erstattungsfähiger Leistungen für Krankenhausambulanzen und für ambulante OP-Zentren. Die Festlegung von Leistungen, die ambulant durchgeführt werden können, orientiert sich also am Einrichtungstyp, wobei das ambulante Leistungsgeschehen in Arztpraxen hiervon nicht erfasst wird. Zudem existiert eine Liste mit Leistungen, die ausschließlich stationär durchgeführt werden dürfen. Das Vorhaben, diese Liste in den nächsten Jahren ganz aufzulösen, wurde mittlerweile gestoppt.⁷

³ Bailey et al. 2019; Jackson, McWhinnie 2015; Eurostat 2020; PWC 2016; NHS 2020b; IAAS 2021; e-CFR 2021: 42 CFR § 416.2

⁴ PWC 2016; Bailey et al. 2019; Morris 2020; Medpac 2020a; ASA 2020; KAKuG 2021

⁵ Sozialministerium 2021a; Sozialministerium 2021b, Sozialministerium 2021d; Sozialministerium 2021e; KAKuG 2021; ÖSG 2017a

⁶ IAAS 2021; Bundesamt für Gesundheit BAG 2021a; Roth, Pellegrini 2018

⁷ ResDac 2021; CMS 2020; CMS-1736-FC 2021; 3M 2021

In England gibt es finanziell begünstigte Verfahren für Tageschirurgie (19 Positionen) bzw. ambulante Verfahren (3 Positionen) im Rahmen einer Anreizfinanzierung („Best Practice Tariff“) im nationalen Tarifmodell. Dies ist eine „KANN-Liste“, die Entscheidung trifft der Arzt/die Ärztin. Grundsätzlich gibt es aber die Empfehlung, dass Tageschirurgie für viele elektive chirurgische Eingriffe als Standard angesehen werden sollte. Im regulären Tarifmodell werden Eingriffe und Operationen einheitlich vergütet, unabhängig davon, ob sie ambulant oder stationär erbracht werden.⁸

In Dänemark wird davon ausgegangen, dass der Großteil chirurgischer Leistungen ambulant erbracht werden kann. Die Entscheidung trifft der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin. Explizite finanzielle Anreize für ambulante Eingriffe gibt es nicht, allerdings unterstützt die Budget-Finanzierung eine möglichst kostengünstige Art der Leistungserbringung und somit die Tageschirurgie.⁹

1.2.2 Strukturelle, personelle und medizinische Voraussetzungen ambulanter Operationen

In einem Teil der untersuchten Länder (Österreich, Schweiz, England) wurde zur Förderung von ambulanten Operationen bzw. Eingriffen ein regulatorischer Rahmen geschaffen, der primär auf die Finanzierung dieser Leistung abstellt. In Dänemark gibt es nur implizit eine Förderung durch die Budget-Finanzierung.¹⁰

Abhängig von der historischen Entwicklung und der Ausgestaltung des Gesundheitswesens gibt es in den unterschiedlichen Ländern unterschiedliche Geschwindigkeiten bei der Ambulantisierung von ehemals stationär erbrachten Operationen bzw. Eingriffen. Auch ist die primäre Zuordnung, ob eine Leistung per se ambulant oder stationär durchführbar ist oder auch durchgeführt werden sollte, unterschiedlich (z. B. Endoskopien). Unterschiedliche Sektoren innerhalb des Gesundheitswesens, die unterschiedlich finanziert werden und auch unterschiedliche Honorierungssysteme aufweisen, erschweren die Ambulantisierung, bieten aber auch die Möglichkeit, unterschiedliche Settings für die ambulante Leistungserbringung anzubieten. Dies trifft vor allem auf Sozialversicherungssysteme zu (Österreich, Schweiz), wo ambulante Eingriffe auch im niedergelassenen bzw. extramuralen Bereich durchführbar sind oder wären. In staatlich finanzierten Gesundheitssystemen (England, Dänemark) sind ambulante Eingriffe – mit einigen Ausnahmen – primär auf den (öffentlich finanzierten) Spitalsbereich beschränkt. In den USA hingegen spielen die Entwicklungen innerhalb des ambulanten Bereichs eine zunehmend bedeutende Rolle für den Prozess der Ambulantisierung, da es größere

⁸ BADS 2019; NHS Digital 2020; NHS 2020a; NHS 2020b; NHS 2020/21

⁹ Christiansen, Vrangbæk 2018; Hansen 2021; IAAS 2021

¹⁰ Sozialministerium 2021c; EDI 2017; Health and Social Care Act 2012; NHS 2020a, IAAS 2021; Hansen 2021

Verlagerungen der Leistungserbringung von den Krankenhausambulanzen über die ambulanten OP-Zentren bis zu den Arztpraxen gibt.¹¹

Vorbedingung der ambulanten Durchführung eines Eingriffs bzw. einer Operation ist die medizinische Beurteilung durch den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin. Dabei fließen die Art des Eingriffs mit der entsprechenden Komplikationsrate oder postoperativen Überwachungs- und Behandlungsnotwendigkeiten ein sowie der physische Zustand des Patienten/der Patientin. Berücksichtigt wird aber auch das soziale Umfeld, beispielsweise ob eine Betreuung zu Hause gegeben ist.¹²

Hinsichtlich infrastruktureller Voraussetzungen werden grundsätzlich zwei Möglichkeiten beschrieben, wobei die zweite Variante auch von einer Krankenanstalt unabhängig betrieben und finanziert werden kann.

1. Nutzung der stationären Strukturen und Definition der ambulanten Prozesse

Diese Möglichkeit wird hauptsächlich in kleinen Spitälern genutzt. Patienten/Patientinnen, die einen geplanten Eingriff haben, werden direkt auf einer Station aufgenommen und im zentralen OP operiert. Von besonderer Bedeutung sind hier die prä- und postoperativen Prozesse, die entsprechend definiert sein und eingehalten werden müssen. Es wird aber international darauf hingewiesen, dass es bei Nutzung eines allgemeinen zentralen OP aufgrund von Akutfällen immer wieder zu Verschiebungen der geplanten ambulanten Eingriffe kommen kann, wodurch der Prozess unterbrochen wird. Im schlechtesten Fall muss der Eingriff dadurch sogar abgesagt oder – verbunden mit einer stationären Aufnahme – verschoben werden.¹³

2. Auslagerung in räumlich getrennte ambulante Zentren

Diese ambulanten Zentren können entweder - allerdings räumlich getrennt - Teil einer Krankenanstalt sein oder auch unabhängig von einem Spital betrieben werden, abhängig von der Ausgestaltung des Gesundheitssystems. Dabei verfügt diese Einheit über einen eigenen OP bzw. Eingriffsraum. Auch in diesem Fall sind die Prozesse zu definieren. Vorteil ist, dass es in der Regel zu keinen Verschiebungen im OP-Programm kommt, da keine Akutfälle behandelt werden. Diese Möglichkeit wird in den meisten Ländern als Model of Best Practice beschrieben. Bei ambulanten Zentren, die unabhängig von einem Spital betrieben werden, kann sich aber auch die Frage stellen, wie die Aus- und Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte sichergestellt werden kann (z. B. Vorgaben zu Rotation, Anrechnung von Ausbildungszeit).¹⁴

¹¹ Sozialministerium 2021e; TARMED Suisse 2007, NHS o. J.; Christiansen, Vrangbæk 2018; Hansen 2021, Blasco 2020; Frack et al. 2017

¹² PWC 2016; Bailey et al. 2019; Morris 2020; Medpac 2020a; ASA 2020; KAKuG 2021

¹³ Bailey et al. 2019

¹⁴ Medpac 2020a; Eurostat 2020; NHS 2020b

Welche Variante zum Einsatz kommt bzw. kommen kann, hängt von den regionalen Gegebenheiten (rurales oder städtisches Gebiet), aber auch von der Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (niedergelassene chirurgische Versorgung in Sozialversicherungssystemen) ab.

Die postoperative Betreuung und Nachsorge sind von großer Bedeutung, um die Möglichkeiten der ambulanten Durchführung auch größere Operationen zu erweitern. Ausführliche und strukturierte Patientenedukation präoperativ sowie Organisation von Ansprechpersonen postoperativ oder Betreuung zu Hause sind dann fixe Bestandteile des im Voraus zu planenden Behandlungsprozesses.¹⁵

In den betrachteten Vergleichsländern finden sich unterschiedliche Formen einer postoperativen Nachsorge und Betreuung. In den britischen Leitlinien für Tageschirurgie wird beispielsweise eine „Helpline“ als bewährte Praxis genannt, die dem Patienten/der Patientin und der Betreuungsperson nach der Operation 24 Stunden lang zur Verfügung steht sowie Follow-up-Telefonate am nächsten Tag, die nicht nur zur Patientenzufriedenheit beitragen, sondern auch als Tool zur Qualitätskontrolle genutzt werden können, um postoperative Symptome und den Operations-Outcome zu evaluieren (Bailey et al. 2019). In Dänemark bietet die allgemeine, kommunal organisierte pflegerische Infrastruktur ein Umfeld, das stationersetzende Ambulantisierung begünstigt. Zu dieser Infrastruktur zählen Akutpflege-Teams aus Pflegefachpersonen und Pflegeassistenten, die rund um die Uhr einsatzbereit sind und eng mit Hausärzten und Kliniken kooperieren. Diese Kooperation wird durch einen hohen Digitalisierungsgrad der Kommunikation und Arbeitsabläufe erleichtert. Zur Infrastruktur zählen weiterhin Einrichtungen für Kurzzeit-Aufenthalte, die durch speziell ausgebildete Pflegekräfte geführt werden und sich an Patienten richten, welche keinen Krankenhausaufenthalt benötigen, jedoch nicht allein zu Hause verbleiben können (Schmidt et al. 2018).

Die personellen Voraussetzungen (Ausbildung, Weiterbildungserfordernisse der Gesundheitsberufe) sind unabhängig davon, ob die Leistung stationär oder ambulant erbracht wird. Für die Abwicklung der Prozesse, die für das Patientenmanagement von besonderer Bedeutung sind, können Weiterbildungen angeboten werden. Das wird auch gefordert, meist findet jedoch ein „Training on the Job“ statt.¹⁶

Die Qualität und Sicherheit der Leistungserbringung muss unabhängig davon, in welchem Setting eine Leistung erbracht wird, sichergestellt sein. In allen Ländern gibt es zahlreiche Initiativen oder auch regulatorische Rahmenregelungen, die ambulante Eingriffe oder Operationen unterstützen und/oder die Einhaltung von Standards überprüfen. Generell wird in den Ländern, die gemäß OECD den höchsten Anteil an ambulanten Operationen/Eingriffen aufweisen (Großbritannien, Dänemark), darauf hingewiesen, dass ambulante Operationen für Patientinnen und Patienten grundsätzlich sicher seien, die Rate an nosokomialen Infektionen sehr

¹⁵ Medpac 2020a; Bailey et al. 2019; Morris 2020; Tikkanen et al. 2020; ASA 2020

¹⁶ Bailey et al. 2019

niedrig sei und dass v. a. für alte Personen die häusliche Umgebung postoperativ zu weniger Verwirrungszuständen führe.¹⁷

Outcome-Indikatoren speziell für die Tageschirurgie, wie beispielsweise die Wiederaufnahmerate, werden in den untersuchten Ländern bislang nicht regelmäßig veröffentlicht, allerdings wurde mehrfach darauf hingewiesen, dass dies zukünftig angestrebt werden sollte.¹⁸

1.2.3 Finanzierung und Honorierung

Einen großen Einfluss auf den Ambulantisierungsprozess haben Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens.

Föderale Strukturen bedingen einen mitunter schwierigen Abstimmungsprozess, um staatliche Rahmenregelungen umsetzen zu können, allerdings können durch die Mitsprache der Länder/Regionen auch unterschiedliche Bedarfe von ruralen oder städtischen Gebieten einfließen. In Ländern mit einer zentralen staatlichen Organisation fallen einige dieser Abstimmungsprozesse weg, die Umsetzung kann dann aber regional problematisch sein.

In den im vorliegenden Gutachten dargestellten Sozialversicherungssystemen in Österreich und der Schweiz gibt es jeweils eine unterschiedliche Finanzierung und auch Zuständigkeit für den Spitalsbereich und den niedergelassenen ambulanten Bereich mit jeweils unterschiedlichen Honorierungssystemen. Da unterschiedliche Interessen vorliegen, die zusammengeführt werden müssen, wird der Ambulantisierungsprozess erschwert. Im Gegensatz zur Schweiz sind die Spitalsambulanzen in Österreich in der Zuständigkeit der Länder, weshalb eine Verlagerung von Eingriffen/Operationen innerhalb der Krankenanstalten auch im selben Abrechnungssystem erfolgen kann.

In den staatlich finanzierten Gesundheitssystemen ist die Finanzierung im Wesentlichen einheitlich, ambulante (fachärztliche) Versorgung findet bevorzugt in den Krankenanstalten statt. Die Honorierung erfolgt in einem einheitlichen System, Dänemark hat die unterschiedliche Abrechnung ambulanter und stationärer Leistungen mittlerweile ebenfalls vereinheitlicht. Damit können Anreize zur ambulanten Durchführung von Eingriffen bzw. Operationen innerhalb eines Systems relativ einfach erfolgen.

Das staatliche Krankenversicherungssystem der USA (Medicare) übernimmt zwar die Finanzierung bzw. Leistungshonorierung sowohl ambulanter als auch stationärer Behandlungen, verwendet hierfür aber unterschiedliche Vergütungssysteme. Grundsätzlich gibt es eigene Vergütungssysteme für unterschiedliche Einrichtungsarten (Krankenhaus stationär, Krankenhaus ambulant, ambulantes OP-Zentrum), während das medizinische Personal für seine Leistungen eigenständig und einrich-

¹⁷ OECD 2019; Majholm et al. 2012; Choosing Wisely UK 2021a

¹⁸ Bailey et al. 2019; Hansen 2021; Royse et al. 2010

tungsunabhängig vergütet wird. Als Konsequenz ergeben sich nicht nur Vergütungsgefälle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung, sondern auch innerhalb verschiedener Formen der ambulanten Behandlung.

Der wichtigste Mechanismus zur Förderung des ambulanten Operierens ist die Anreizwirkung im Rahmen der Honorierung. In allen Staaten werden explizite oder implizite Anreize gesetzt.¹⁹

- ◆ In der Schweiz werden die definierten Eingriffe (abgesehen von Ausnahmekriterien) nur mehr im ambulanten Bereich bezahlt.
- ◆ In Österreich werden ausgewählte Leistungen bei tagesklinischer oder ambulanter Erbringung mit der gleichen Punktzahl wie ein Mehrtagesaufenthalt abgerechnet.
- ◆ In Großbritannien werden ausgewählte Leistungen bei ambulanter Erbringung mit einem höheren Tarif als im stationären Setting abgegolten. Zusätzlich gibt es noch den impliziten Anreiz, dass alle Eingriffe/Operationen einheitlich honoriert sind, unabhängig davon, in welchem Setting sie erbracht werden.
- ◆ In Dänemark wird (als Basis für das Budget) grundsätzlich nur die Leistung bewertet, unabhängig davon, ob diese ambulant oder stationär erbracht wird. Durch die Budgetfinanzierung ergibt sich jedoch ein starker Anreiz, die Leistung so günstig wie möglich zu erbringen, wodurch das ambulante Operieren bevorzugt wird.
- ◆ In den USA fördert das staatliche Medicare-System die Verlagerung innerhalb der ambulanten Versorgung zu kostengünstigeren Settings, indem es die Vergütungsdifferenzen zwischen den unterschiedlichen Einrichtungstypen mit dem Ziel einer „site neutrality“ verringert. Zusätzlich wird das Spektrum erstattungsfähiger Leistungen, die in ambulanten OP-Zentren erbracht werden können, kontinuierlich erweitert.

Unterschiedliche Wege haben die Vergleichsländer bei der Wahl des Honorierungsmodells beschritten²⁰:

- ◆ In Österreich wurde für den spitalsambulanten Bereich ein Pauschalmodell analog zu jenem für den stationären Bereich entwickelt, allerdings ist dieses durch die zusätzliche Bepunktung zahlreicher Einzelleistungen gekennzeichnet, da für diagnosebasierte Pauschalen eine verpflichtende Diagnosenkodierung im ambulanten Bereich fehlt. Im niedergelassenen ambulanten Bereich gibt es eine Einzelleistungshonorierung mit unterschiedlichen Deckelungen.

¹⁹ Bundesamt für Gesundheit BAG 2021b, Sozialministerium 2021e, NHS o. J., Hansen 2021, Badlani 2019; Zaman 2020

²⁰ Sozialministerium 2021e, Bundesamt für Gesundheit BAG 2021b; Schweizerische Bundesrat 2018, NHS o. J., Hansen 2021, Medpac 2020a; Medpac 2020b; CMS 2021

- ◆ In der Schweiz gibt es im stationären Bereich ein Pauschalmodell, im ambulanten Bereich eine Einzelleistungsvergütung, wobei ein Reformprozess im Laufen ist, der eine Weiterentwicklung des ambulanten Tarifwerks zum Ziel hat, wobei auch ein Pauschalmodell für den ambulanten Bereich zur Diskussion steht.
- ◆ In Großbritannien wurde, nachdem jahrelang Budgets die Basis der Finanzierung der Spitäler waren, ein Pauschalssystem, basierend auf dem Prinzip der ergebnisabhängigen Bezahlung, eingeführt.
- ◆ In Dänemark hingegen wurde das jahrelang bestehende Pauschalssystem, das im Rahmen der aktivitätsbasierten Bezahlung die Leistungserbringung fördern sollte, zugunsten einer Budgetfinanzierung mit Zielerreichungskriterien aufgegeben.
- ◆ Im staatlichen Medicare-Krankenversicherungssystem in den USA werden alle einrichtungsbezogenen Vergütungen pauschaliert gezahlt, während das medizinische Personal überwiegend auf Basis eines Einzelleistungssystem honoriert wird, wobei hier zunehmend auch alternative Vergütungsansätze Anwendung finden.

In Großbritannien und Dänemark wird trotz der unterschiedlichen Honorierungsmodelle das ambulante Operieren durch jeweils unterschiedliche Anreize soweit gefördert, dass beide Staaten die höchsten Raten an ambulanten Operationen gemäß OECD-Statistik aufweisen.

1.2.4 Perspektiven der Weiterentwicklung

Großbritannien und Dänemark sind unter den ausgewählten europäischen Vergleichsländern in der Ambulantisierung am weitesten fortgeschritten. In Großbritannien gibt es Bestrebungen, „Day Surgery“ als Norm zu etablieren, weil dies für Patienten und die effiziente Nutzung von Krankenhauskapazitäten als vorteilhaft gilt. Der NHS hat als Zielmarke für Day Surgery einen Anteil von 75 % der elektiven Operationen genannt (bei minimalinvasiven Eingriffen ggf. noch höher). Unausgeschöpftes Potenzial für Tagesfälle wird u. a. im gynäkologischen Bereich gesehen. Darüber hinaus werden Möglichkeiten geprüft, Tagesfallbehandlungen von Operationssälen in Eingriffsräume zu verlagern. Hinsichtlich der angestrebten Ausweitung von „Day Surgery“ setzt man weiter auf finanzielle Anreize in Form von Best Practice Tariffs, wobei diese bei Erreichen der Zielmarke wieder beendet werden (so wie jüngst z. B. bei Hernienoperationen). Bestehen Zweifel an der Indikationsqualität eines Eingriffs, werden diese aus der finanziellen Förderung entfernt (z. B. Tonsillektomie). Zunehmende Bedeutung gewinnt im Zusammenhang mit der Ausweitung von Day Surgery das Entlassungsmanagement durch qualifizierte Pflegekräfte.²¹

²¹ Choosing Wisely UK 2021a; Choosing Wisely UK 2021b, NHS 2019, NHS 2020b, NHS 2020c; Alderwick et al. 2015

In Dänemark liegt der Fokus für die weitere Entwicklung der Tageschirurgie auf den nach wie vor bestehenden, teilweise ausgeprägten Unterschieden der Anteile und der Qualität zwischen Krankenhäusern und Regionen. Ein verstärkter Wissens- und Erfahrungsaustausch soll zur Steigerung von Qualität und Effizienz des Gesamtsystems beitragen. Darüber hinaus wird angestrebt, die Einbindung von Patienten, zu fördern; Patientenedukation gilt als ein wesentlicher Erfolgsfaktor.²²

In den USA gilt die Verlagerung von Operationen aus dem stationären in ambulante Settings als wichtigster Trend der letzten 20 Jahre. Weil damit erhebliche Potenziale für Kostendämpfung assoziiert werden, wird erwartet, dass sich dieser Trend verstärkt fortsetzt. Die Träger des staatlichen Krankenversicherungssystems (CMS) sind davon überzeugt, dass die Unterschiede zwischen der stationären Behandlungsbedürftigkeit und der Angemessenheit einer ambulanten Versorgung für viele Leistungen nicht mehr stark ausgeprägt sind. Daher befürworten sie eine maximale Verfügbarkeit von Leistungen für Patienten, die in einer ambulanten Umgebung erbracht werden können. Nach einer aktuellen Schätzung wird im Zeitraum 2018-2028 das ambulante Leistungsvolumen um insgesamt 19 % zunehmen, während das Volumen stationärer Leistungen der Krankenhäuser stagniert. Als Treiber der Ambulantisierung gelten allgemein die Fortschritte bei Anästhesie und (minimalinvasiven) Operationstechniken sowie die zunehmende (Mit-)Eigentümerschaft von Ärzten an ambulanten Operationszentren (ASCs), die ihnen im Vergleich zu Krankenhäusern häufig bessere Einkommensperspektiven bieten. Bereits beschlossene grundlegende Erweiterungen des Spektrums von Leistungen, die auch bei ambulanter Durchführung im staatlichen System erstattungsfähig sind, wurden allerdings kürzlich zurückgenommen. Dies betraf vor allem die schrittweise Streichung der Auflage einer ausschließlich stationären Durchführung für eine Reihe von Leistungen („Inpatient-Only-Liste“). Grund für diese Revision waren Bedenken hinsichtlich der Patientensicherheit, da die Liste zahlreiche invasive Eingriffe mit hohem Risiko umfasst, die ein intensives postoperatives Monitoring erfordern (z. B. Bandscheibentotalendoprothese).²³

Deutlich weniger weitgehend ist die Ambulantisierung stationärer Leistungen in den beiden übrigen Vergleichsländern. In Österreich wird erwartet, dass sich mittelfristig das Tagesklinik-Modell zu einem umfassenderen ambulanten Modell entwickelt, somit auch der niedergelassene Bereich zunehmend Leistungen stationsersetzend erbringt. Als Herausforderung wird hierbei die Qualitätssicherung gesehen. In der Schweiz hemmen Fehlanreize des Vergütungssystems eine Verlagerung von Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich. Diskutiert werden dort daher vor allem honorierungsbezogene Voraussetzungen bzw. Reformen, darunter eine Angleichung von ambulanten und stationären Tarifen bis hin zu einer einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen.²⁴

²² Hansen 2021

²³ Badlani 2019, CMS-1736-FC 2021, Sg2 health care intelligence 2019, Blasco 2020

²⁴ ÖSG 2017a; ÖSG 2017b, FMH Bundesverband 2021

1.3 Schlussfolgerungen für die Überarbeitung des Katalogs nach § 115b SGB V

Im Hinblick auf das Ziel, Ambulantisierungspotenziale im Bereich bislang (überwiegend) stationärer Leistungen zu identifizieren, lassen sich aus dem internationalen Vergleich länderübergreifend vier wesentliche Implikationen ableiten.

Abgrenzungskriterien ambulant – stationär

Kriterien für die Entscheidung, ob bzw. welche Leistung ambulant durchführbar ist, sind vielschichtig. In keinem der betrachteten Länder gelten rein medizinische Kriterien.

Es dominieren leistungsunspezifische Abgrenzungen anhand zeitlicher Parameter. Hierzu zählen u. a. die Gesamtdauer einer (operativen) Behandlung, die Dauer einer Operation und/oder einer Narkose sowie die postoperative Rekonvaleszenzzeit.

Zu den medizinischen Kriterien zählt auch die individuelle Krankheitsvorgeschichte von Patienten. Daher hat in allen der betrachteten Länder die Entscheidung der jeweils behandelnden Ärzte einen hohen Stellenwert. Ihr wird eine prinzipielle Priorität eingeräumt.

Zur Entscheidung über die ambulante Durchführbarkeit medizinischer Behandlungen werden in allen betrachteten Ländern auch vielfältige nicht-medizinische Kriterien herangezogen. Diese beziehen sich vor allem auf die Verfügbarkeit von Transportmöglichkeiten und von postoperativen Betreuungsmöglichkeiten (inkl. Schmerztherapie) sowie auf das soziale Umfeld der Patienten. Auch sprachliche Verständigungsmöglichkeiten sind teilweise ein verwendetes Entscheidungskriterium.

Schließlich reflektieren die in den Ländern existierenden Zuordnungen zum Bereich ambulant durchführbarer Behandlungen auch eine gewisse „Pfadabhängigkeit“, d. h., sie unterliegen dem Einfluss der jeweils länderspezifischen Historie. Teilweise wird mit diesen Zuordnungen die „normative Kraft des Faktischen“ nachvollzogen, also eine Zuordnung, die sich unabhängig von regulativen Vorgaben (z. B. durch entsprechende Leistungsangebote getrieben) herausgebildet hat.

Ambulantisierung in- und außerhalb von Krankenhäusern

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 in Krankenhäusern stattfindet. In Österreich und der Schweiz sind hierfür Sonderfaktoren verantwortlich: in Österreich die Art der Spitalsfinanzierung und in der Schweiz die seit einigen Jahren ausstehende Reform des ambulanten Vergütungssystems. Für die beiden letztgenannten Länder ist aber zumindest längerfristig mit einer Ausweitung der Ambulantisierung auf den niedergelassenen ärztlichen Versorgungsbereich zu rechnen.

Im Unterschied zu den betrachteten europäischen Ländern entwickelt sich in den USA die Ambulantisierung stationärer Leistungen sehr dynamisch auch aus den Krankenhäusern heraus: Mit den Klinikambulanzen, den ambulanten OP-Zentren und den Arztpraxen existiert eine Art an Einrichtungstypen orientierter konsekutiver Ambulantisierungsprozess.

Regulatorische Regime der Ambulantisierung

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. Dabei werden entweder Leistungen bei ambulanter Durchführung in Kliniken gleich vergütet (England, Österreich) oder bestehende Vergütungsgefälle verringert (USA). In England gibt es für ausgewählte Leistungen sogar eine zeitlich befristete höhere Vergütung (Best Practice Tariff). Darüber hinaus wirken Gewinnanreize verstärkend auf die Ambulantisierung von Leistungen, so etwa bei den ambulanten OP-Zentren (ASC) in den USA. In Dänemark sind die finanziellen Anreize für eine stärkere Ambulantisierung im Rahmen der Budgetfinanzierung von Kliniken zwar unspezifisch, aber dennoch sehr wirksam.

In Österreich und den USA werden die beschriebenen finanziellen Anreize stärker (als in England und Dänemark) auf Leistungen fokussiert, die zuvor ausgewählt und in Katalogen gelistet wurden (Tagesklinikcatalog bzw. Listen erstattungsfähiger Prozeduren je nach Einrichtungstyp).

In der Schweiz gibt es dagegen derzeit keine explizite Steuerung durch finanzielle Anreize, sondern ausschließlich über eine Listung von Leistungen, die grundsätzlich ambulant durchzuführen sind. Der bundesweit einheitliche Teil dieser Liste ist vergleichsweise eng gefasst. Damit unterscheidet sich die Schweiz von den anderen Ländern, die mehr Leistungen für eine Ambulantisierung vorsehen, die tatsächliche ambulante Durchführung aber stärker optional gestalten und auf finanzielle Anreize setzen.

Ein dem in Deutschland für die GKV ähnliches System, bei dem im Wesentlichen Abrechnungsprüfungen der Krankenkassen und des Medizinischen Dienstes auf die ambulante Durchführung entsprechend katalogisierter Leistungen hinwirken, konnte in den Vergleichsländern nicht ausgemacht werden.

Qualitätssicherung und Patientenorientierung

Die teilweise sehr weitreichende Ambulantisierung in einigen der Vergleichsländer wird von umfassenden Maßnahmen zur Schaffung von Qualitätstransparenz und zur Qualitätssicherung begleitet. So ist in den USA die Datenübermittlung für die einrichtungsbezogenen Qualitätsprogramme verpflichtend und in Form von Ver-

gütungskürzungen sanktionsbewährt. In England und Dänemark fällt die Qualitätssicherung ambulant erbrachter Klinikleistungen unter die allgemeinen, umfassenden Qualitätsprogramme.

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 (telemedizinisch und bei Bedarf auch durch Hausbesuche). Insbesondere England und Dänemark zeigen diesbezüglich relativ weit entwickelte Ansätze.

2. Modul 2: Leistungen des Katalogs nach § 115b SGB V und angrenzender Versorgungskontexte im Status Quo in Deutschland

Gegenstand von Modul 2 ist die Beschreibung von Leistungen des gegenwärtigen Katalogs nach § 115b SGB V im Status Quo sowie die Entwicklung der Leistungen in angrenzenden Versorgungsbereichen.

Für die Beschreibung werden jeweils verfügbare administrative Daten genutzt. Dabei stützen sich die Analysen auf mehrere Datenquellen und Datensätze, mit denen unterschiedliche Leistungskontexte abgebildet werden. Teilweise handelt es sich dabei um Vollerhebungen, teilweise um Stichproben. Ein Teil der Datensätze wurde speziell für den Zweck des Gutachtens erstellt. Für die Analyse und Interpretation der Daten wurden ergänzende Experteninterviews geführt.

Für den Katalog nach § 115b SGB V in seiner heutigen Fassung werden Umfang und Struktur der Leistungen zum aktuellen Zeitpunkt (letzter verfügbares Datenjahr) dargestellt. Mit Blick auf mögliche Erweiterungen des Katalogs werden Leistungen in angrenzenden Versorgungskontexten identifiziert, für die sich die Annahme bestehender Ambulantisierungspotenziale begründen lässt. Für diese Leistungen wird auch die Entwicklung im Zeitverlauf (Zeitraum 2017-2019) betrachtet.

2.1 Methodisches Vorgehen und Beschreibung der Datenquellen

2.1.1 Methodisches Vorgehen

Der Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus (AOP-Katalog) umfasst den Teil der nach EBM zu vergütenden ambulanten Eingriffe, die auch Krankenhäuser zu Lasten der GKV erbringen bzw. abrechnen können. Der Katalog unterscheidet dabei Leistungen, die in der Regel ambulant erbracht werden, und Leistungen, die sowohl ambulant als auch stationär durchgeführt werden können (vgl. Kapitel 2.2.1). Die § 115b-Leistungen werden ganz überwiegend durch Codes des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) beschrieben, sie gelten einheitlich für Krankenhäuser und im vertragsärztlichen Bereich. Für die (ebenfalls einheitliche) Vergütung werden diesen durch OPS-Codes definierten Leistungen EBM-Ziffern zugeordnet.

Eine umfassende Beschreibung des Leistungsgeschehens gemäß § 115b SGB V erfordert Datengrundlagen mit Leistungsdokumentationen auf Basis einzelner OPS-Codes und individueller EBM-Ziffern sowie verschiedener Leistungserbringungskontexte. Zu letzteren zählen vor allem: ambulant im Krankenhaus, (teil-)stationär im Krankenhaus durch Krankenhausarzt oder Belegarzt und ambulant durch Vertragsärzte. Gegenwärtig existiert weder eine Statistik noch eine einzelne Datenquelle, die alle diese Dimensionen des Leistungsgeschehens gemäß § 115b SGB V detailliert umfasst.

Hochaggregierte Daten zur Gesamtzahl ambulanter Operationen bzw. entsprechender Leistungsfälle sind differenziert nach Leistungserbringer (Krankenhaus, Vertragsarzt), nach Versichertenstatus (alle Fälle, nur GKV-Fälle) und innerhalb der GKV differenziert nach Versichertengruppen und Krankenkassenarten verfügbar (KG 2-, KG 3- und Krankenhausstatistik, vgl. Kapitel 2.2.2). Für Angaben zur Häufigkeit und Durchführungsart einzelner Leistungen im Bereich der ambulanten Operationen und stationsersetzenden Eingriffe gemäß dem Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V (AOP-Vertrag) ist keine Statistik verfügbar.

Für eine umfassende Bestandsaufnahme des Leistungsgeschehens sind daher Auswertungen verschiedener administrativer Datengrundlagen erforderlich, die im Folgenden überblicksartig dargestellt werden (Abbildung 1).

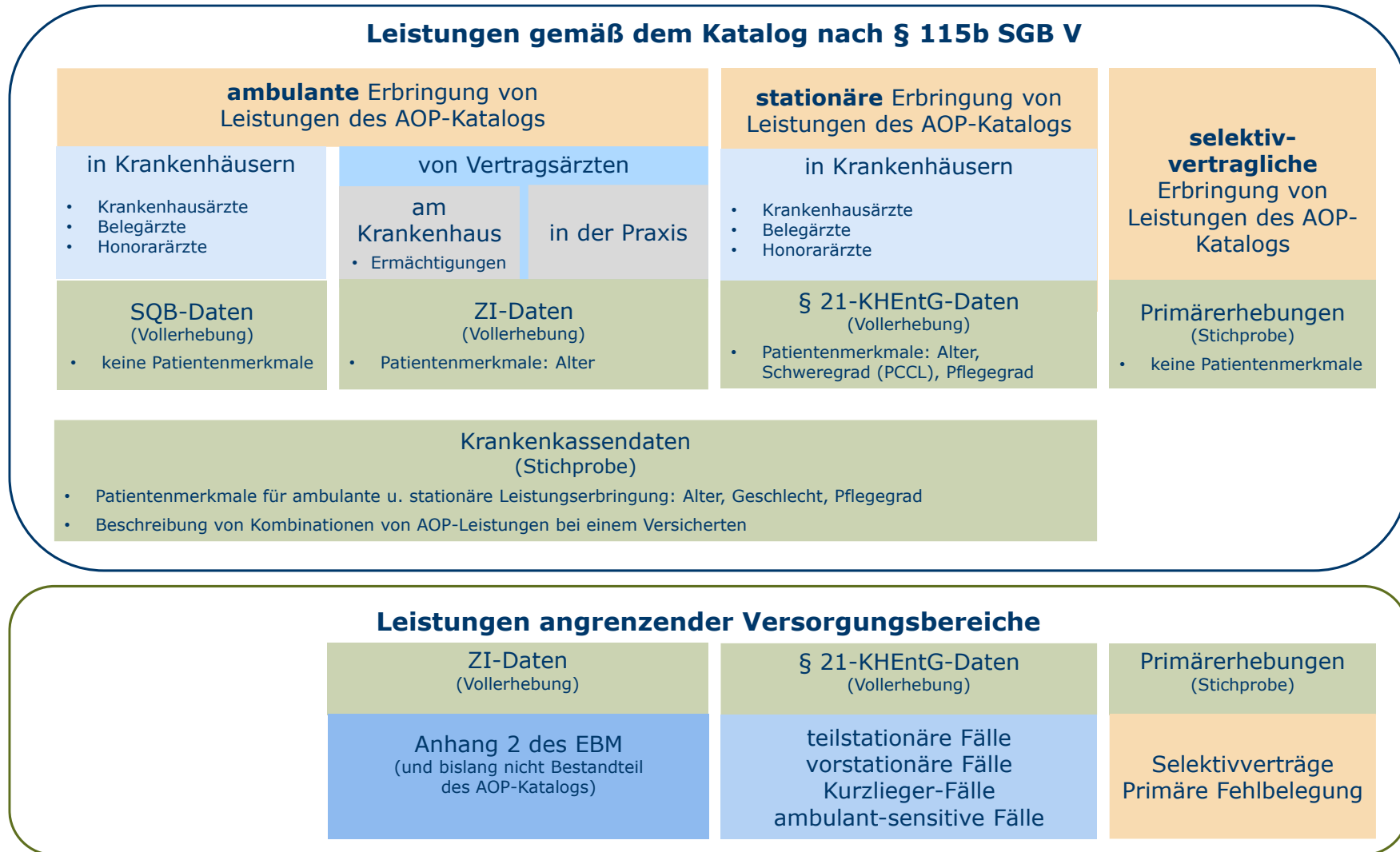
Leistungen gemäß dem Katalog nach § 115b SGB V

Sämtliche im AOP-Katalog gelistete Leistungen können ambulant erbracht werden, aber auch eine stationäre Durchführung ist möglich (vgl. Kapitel 2.2.1). Die ambulante Durchführung von AOP-Leistungen kann wiederum sowohl in Krankenhäusern als auch außerhalb von Krankenhäusern durch Vertragsärzte stattfinden. Mit der Status Quo-Analyse soll ermittelt werden, wie sich die Erbringung von AOP-Leistungen hinsichtlich Häufigkeit und Struktur auf die unterschiedlichen Kontexte der Leistungserbringung – ambulant im/am Krankenhaus, ambulant durch Vertragsärzte, stationär – verteilt.

Für eine umfassende Beschreibung des diesbezüglichen Leistungsgeschehens werden verschiedene Datenquellen herangezogen. Im Wesentlichen handelt es sich um administrative bzw. Routine-Daten, die zu Abrechnungszwecken, im Rahmen der Qualitätssicherung der Leistungserbringung oder zur Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems regelmäßig erhoben werden, aber nur teilweise öffentlich verfügbar sind. Konkret kann auf drei Vollerhebungen zurückgegriffen werden:

- ◆ strukturierte Qualitätsberichte der Krankenhäuser gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V mit Daten zur Anzahl der ambulanten Operationen gemäß § 115b SGB V mit der jeweiligen OPS-Ziffer, die in Krankenhäusern durch Krankenhaus-, Beleg- oder Honorarärzte durchgeführt werden (vgl. Kapitel 2.1.2.1);
- ◆ Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen mit Informationen über Häufigkeiten der ambulanten Erbringung von Leistungen des AOP-Katalogs durch Vertragsärzte oder im Rahmen von Ermächtigungen an Krankenhäusern, die vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi) aufbereitet und zugänglich gemacht wurden (vgl. Kapitel 2.1.2.2);

Abbildung 1: Übersicht über die für das Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V analysierten Leistungsbereiche und Datengrundlagen



Quelle: IGES

- ◆ Struktur- und Leistungsdaten der Krankenhäuser mit Angaben zu Häufigkeiten einer stationären Erbringung von Leistungen des AOP-Katalogs in Krankenhäusern durch Krankenhaus-, Beleg- oder Honorarärzte, welche diese nach § 21 KHEntgG verpflichtend an das InEK zu übermitteln haben und die durch den GKV-Spitzenverband zum Zwecke des Gutachtens aufbereitet und zugänglich gemacht wurden (vgl. Kapitel 2.1.2.3).

Diese drei umfassenden Datengrundlagen werden im Hinblick auf spezifische Kontexte der Leistungserbringung sowie vertiefende und weitergehend differenzierende Informationen ergänzt.

- ◆ Das Leistungsgeschehen auf Basis von Selektivverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern ist in den o. a. Datengrundlagen nicht enthalten. Daher hat das IGES Institut für das Gutachten in Abstimmung mit den Auftraggebern eine Kurzbefragung unter potenziellen Selektivvertragspartnern (Krankenhäuser, Vertragsärzten und Krankenkassen) und Dienstleistern des Vertragsmanagements durchgeführt.
- ◆ Als vertiefende bzw. weitergehend differenzierende Informationen zum Leistungsgeschehen sind – im Hinblick auf die nachfolgenden Module 3 und 4 – vor allem ergänzende Angaben zu den behandelten Patienten relevant. Hierzu zählen Angaben zu Patientenmerkmalen, die nicht bereits in den drei o. a. Datengrundlagen enthalten sind. Dies betrifft teilweise das Alter (für ambulant in Krankenhäusern behandelte Patienten) und Angaben über die Pflegebedürftigkeit als Indikator für eine erhöhte Morbidität. Informationen hierzu enthalten die Leistungsdaten, die den Krankenkassen zu sämtlichen abrechnungsrelevanten Leistungsbereichen vorliegen. Für den Zweck des Gutachtens hat daher der GKV-Spitzenverband diesbezügliche Daten eines Teils der Krankenkassen als Datenstichprobe aufbereitet und zugänglich gemacht. Darüber hinaus ermöglichen die Daten der Krankenkassen eine Zusammenführung von Leistungsdaten der Fallebene auf die Patientenebene, so dass feststellbar ist, in welchem Ausmaß Patienten mehrere AOP-Leistungsfälle innerhalb eines Jahres verursachen. Für diese Zwecke wird ebenfalls auf die vom GKV-Spitzenverband erstellte Datenstichprobe (s. o.) zurückgegriffen.

Es verbleibt eine Erfassungslücke im Hinblick auf Krankenhausleistungen, die ambulant in Hochschul- oder Kinderspezialambulanzen erbracht werden. Diese sind in den o. a. Datengrundlagen nicht enthalten, da es z. B. für sie separate Vergütungsvereinbarungen gibt (Direktabrechnung nach § 120 Abs. 2 SGB V). Im Rahmen der Status-Quo-Analyse konnten keine diesbezüglichen Daten erschlossen werden.

Angrenzende Leistungsbereiche

Mit Blick auf die vorgesehene Aktualisierung und Erweiterung des AOP-Katalogs wurden auch Leistungen angrenzender Versorgungskontexte in die Bestandsaufnahme einbezogen.

Als wesentliche Aspekte für die Spezifizierung angrenzender Versorgungskontexte bieten sich die, teilweise aus der Rechtsprechung abgeleiteten, Definitionsmerkmale der heutigen AOP-Leistungen an. Hierzu zählen:

- ◆ Patienten verbringen sowohl die Nacht vor als auch die Nacht nach dem Eingriff bzw. der Behandlung außerhalb eines Krankenhauses („ambulante Operation“),
- ◆ Behandlungen werden überwiegend stationär oder teilstationär durchgeführt, sind aber auch ambulant durchführbar und/oder eignen sich für eine Verlagerung aus der stationären in die ambulante Versorgung („stationersetzend“),
- ◆ Behandlungen, die in der Regel voll- oder teilstationär durchgeführt werden, bei denen aus besonderen Gründen (z. B. im Rahmen der Patientenautonomie) eine ambulante Behandlung bevorzugt bzw. gewählt wird („stationersetzend“).

Für den zweiten Teil der Status Quo-Analyse wurden Leistungsbereiche ausgewählt, auf die diese Definitionsmerkmale – ggf. teilweise oder tendenziell – zutreffen könnten. Hierbei handelt es sich vor allem um gegenwärtig stationär erbrachte Leistungen, die dadurch gekennzeichnet sind, dass sie

- ◆ nicht in einem vollstationären Kontext erbracht werden (Leistungen bei teil- und vorstationären Behandlungsfällen),
- ◆ Behandlungsfälle mit sehr kurzen stationären Verweildauern betreffen (Kurzlieger-Fälle),
- ◆ Behandlungsfälle mit so genannten ambulant-sensitiven Diagnosen betreffen (ASK),
- ◆ Behandlungsfälle betreffen, die häufig Gegenstand von primären Fehlbelegungsprüfungen durch die Krankenkassen bzw. die Medizinischen Dienste (gemäß § 17c KHG bzw. der diesbezüglichen Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und der DKG) sind.²⁵

Datengrundlage für die Analyse dieser Bereiche bilden die Struktur- und Leistungsdaten der Krankenhäuser gemäß § 21 KHEntgG (vgl. Kapitel 2.1.2.3) – mit Ausnahme der Leistungen im Zusammenhang mit primären Fehlbelegungsprüfungen. Zu letzteren wurden eine standardisierte schriftliche Befragung der Krankenkassen sowie leitfaden-gestützte Expertengespräche durchgeführt (vgl. Kapitel 2.1.2.6).

²⁵ Der aktuelle AOP-Katalog bildet eine wesentliche Grundlage der Fehlbelegungsprüfungen. Wenn stationäre Fälle mit AOP-Leistungen sehr oft als Fehlbelegungen beanstandet werden, könnte dies ggf. ein Hinweis auf Anpassungsbedarf des AOP-Katalogs sein. Darüber hinaus könnten Ansatzpunkte für Erweiterungen des AOP-Katalogs Leistungen sein, die häufig beanstandete Fehlbelegungen begründen, derzeit jedoch nicht im AOP-Katalog enthalten sind.

Darüber hinaus umfasst die Analyse zwei angrenzende Leistungsbereiche der ambulanten Versorgung:

- ◆ Für den größten Teil der Leistungen des AOP-Katalogs (Abschnitt 1) findet sich die OPS-EBM-Zuordnung im Anhang 2 des EBM. Der Anhang 2 umfasst alle OPS-Kodes, die den EBM-Leistungen der Abschnitte 31.2 (Ambulante Operationen) und 36.2 (Belegärztliche Operationen) zugeordnet sind. Ein großer Teil dieser OPS-EBM-Kombinationen betreffen Leistungen, die als ambulante bzw. belegärztliche operative Leistungen abrechenbar sind, ohne Bestandteil des AOP-Katalogs zu sein. Wie häufig diese Leistungen erbracht werden, lässt sich auf Basis der Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen ermitteln, die für das Gutachten diesbezüglich durch das Zi ausgewertet wurden (vgl. Kapitel 2.1.2.2).
- ◆ Im Rahmen selektivvertraglicher Versorgung können Behandlungsleistungen, die im Rahmen der Regelversorgung ausschließlich als stationäre Leistung abrechenbar sind (bzw. für die keine EBM-Position existiert), ambulant erbracht werden.²⁶ Im Rahmen der Kurzbefragung unter potenziellen Selektivvertragspartnern (Krankenhäuser, Vertragsärzte und Krankenkassen) und Dienstleistern des Vertragsmanagements soll daher erhoben werden, welche Leistungen der stationären Versorgung Gegenstand solcher selektivvertraglichen Vereinbarungen zur Förderung der ambulanten Leistungserbringung sind.

Für die angrenzenden Bereiche, die durch die Struktur- und Leistungsdaten der Krankenhäuser gemäß § 21 KHEntgG erfasst sind, wurden zudem die Veränderungen der Häufigkeiten im Zeitraum 2017 bis 2019 betrachtet, um eventuelle Entwicklungstrends (insbesondere kontinuierliche Zunahmen über die Zeit) zu identifizieren.

2.1.2 Beschreibung der Datenquellen

2.1.2.1 Daten der Strukturierten Qualitätsberichte (SQB-Daten)

Die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser sind seit dem Jahr 2005 gesetzlich dazu verpflichtet, in Qualitätsberichten über ihre Arbeit und ihre Strukturen zu informieren. Welche konkreten Informationen die Qualitätsberichte enthalten und wie sie strukturiert und bereitgestellt werden müssen, legt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) auf gesetzlicher Grundlage fest (§ 136b SGB V).

²⁶ Dies hat ein aktuelles Urteil des Bundessozialgerichts vom 27.01.2021 (B 6 A 1/20 R) bestätigt. (vgl. https://www.bsg.bund.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2021/2021_01_27_B_06_A_01_20_R.html, Abruf am 14.07.2021).

Nach den gegenwärtig gültigen Regelungen des G-BA zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R)²⁷ ist in Kapitel B-[X].9 der Qualitätsberichte die Anzahl der ambulanten Operationen gemäß § 115b SGB V mit der jeweiligen OPS-Ziffer (endstellig) zu dokumentieren.²⁸ Berücksichtigt werden in diesem Kapitel nur die OPS-Ziffern, die in den Abschnitten 1 und 2 des AOP-Katalogs aufgeführt sind. Die Leistungen des Abschnitts 3 (ohne OPS-Zuordnung) können in dem Kapitel B-[X].8 zu ambulanten Behandlungsmöglichkeiten berichtet werden. Die SQB-Daten ermöglichen somit eine nahezu vollständige und OPS-spezifische Darstellung von Umfang und Struktur der ambulant in Krankenhäuser erbrachten Leistungen gemäß § 115b SGB V. Eine weitergehende Auswertung der Daten (z. B. Zusammenführung der Leistungen auf Fall- bzw. Patientenebene, Differenzierung nach Patientenmerkmalen) ist nicht möglich. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass die SQB-Daten auch Leistungen gemäß § 115b SGB V enthalten, welche die Krankenhäuser nicht zu Lasten der GKV, sondern anderer Kostenträger erbracht haben.

Dem IGES Institut stehen die Qualitätsberichte für das Jahr 2019 (Stand Februar 2021) im XML-Format zur Verfügung.²⁹

2.1.2.2 Daten des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi)

Zur Beschreibung der im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten AOP-Leistungen werden Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen genutzt. Aus ihnen lassen sich die Abrechnungshäufigkeiten aller EBM-Positionen ermitteln, die den AOP-Leistungen zugeordnet sind – entweder direkt durch die in den Abschnitten 2 und 3 des AOP-Katalogs enthaltenen EBM-Gebührenordnungspositionen oder für Abschnitt 1 des AOP-Katalogs im Anhang 2 des EBM, in dem die ambulanten und belegärztlichen Operationen nach OPS kodiert verzeichnet sind. Die vertragsärztlichen Daten umfassen weiterhin auch AOP-Leistungen, die auf Basis persönlicher und von Institutsermächtigungen erbracht werden. AOP-Leistungen im Zusammenhang mit belegärztlichen Behandlungsfällen wurden von der Analyse ausgeschlossen.³⁰

Eine Unschärfe besteht im Hinblick auf Leistungen des Abschnitts 2 des AOP-Katalogs. Er enthält ganz überwiegend OPS-Kodes, die nicht im Anhang 2 des EBM verzeichnet sind und die daher ggf. nicht dokumentiert werden, während Vertragsärzte die den EBM-Ziffern des Kapitels 31 im Anhang 2 des EBM zugeordneten OPS-

²⁷ in der Neufassung vom 16. Mai 2013, zuletzt geändert am 20. November 2020 und in Kraft getreten am 23. Dezember 2020

²⁸ Ausgenommen sind aus Datenschutzgründen Leistungen mit drei oder weniger Fällen.

²⁹ Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V, Berichtsjahr 2019 wurden vorliegend nur teilweise bzw. auszugsweise genutzt. Eine vollständige unveränderte Darstellung der Qualitätsberichte der Krankenhäuser ist unter www.g-ba.de erhältlich.

³⁰ Damit wurde eine doppelte Erfassung in der Bestandsaufnahme vermieden, da die belegärztlichen Leistungen in den § 21-KHEntG-Daten enthalten sind.

Kodes im Abrechnungsverfahren zu dokumentieren haben. Die Häufigkeit der AOP-Leistungen des Abschnitts 2 kann damit nur anhand der EBM-Ziffern dargestellt werden. Da die EBM-Ziffern auch in Verbindung mit anderen Prozeduren, die nicht in Abschnitt 2 des AOP-Katalogs enthalten sind, abgerechnet werden können, ist eine exakte datenmäßige Erfassung der AOP-Leistungen von Abschnitt 2 im vertragsärztlichen Bereich nicht möglich.

Die Häufigkeit der dokumentierten OPS-Kodes von Abschnitt 1 des AOP-Katalogs bzw. der OPS-Kodes gemäß Anhang 2 EBM wurden auf Grundlage der Behandlungsfälle zu Abschnitt 31.2 EBM ausgewertet, so dass keine Anästhesie- oder Nachsorge-Fälle gezählt wurden.

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi) verfügt über die bundesweiten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten, die die vertragsärztlichen Praxen zu Abrechnungszwecken quartalsweise an ihre Kassenärztliche Vereinigung übermitteln. Für den Zweck des Gutachtens hat das Zi für das IGES Institut Daten zu den Leistungshäufigkeiten der im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten AOP-Leistungen (OPS und EBM) auf Basis eines Analyseplans ausgewertet. Dem IGES Institut wurden die ausgezählten Ergebnisse zur Verfügung gestellt. Eine Übersicht über die angeforderten Auswertungen findet sich im Anhang A3 des Berichts.

2.1.2.3 Daten gemäß § 21 KHEntgG

Die Daten gemäß § 21 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG werden primär zur Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems und der Krankenhausfinanzierung erhoben. Es handelt sich um eine Vollerhebung, da jedes zugelassene Krankenhaus zur Übermittlung dieser Daten an die Datenstelle des InEK verpflichtet ist. Das InEK stellt diese Daten – mit Ausnahme einiger Variablen (z. B. Krankenversicherungsnummer, Patientennummer, Anzahl interkurrenter Dialysen) – dem GKV-Spitzenverband zur Verfügung.³¹ Der GKV-Spitzenverband generiert zusätzlich einige Variablen selbst, z. B. Relativgewicht, PCCL-Wert, durch den Grouper ermittelte DRG, Verweildauer.

Das IGES Institut hat auf Basis dieser Variablenliste der § 21-KHEntgG-Daten, die dem GKV-Spitzenverband zur Verfügung stehen, eine Datenanforderung erstellt. Angefordert wurden für die Jahre 2017 und 2019 jeweils alle Fälle, die mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllen:

- ◆ teilstationäre Fälle,
- ◆ vorstationäre Fälle ohne anschließende vollstationäre Behandlung,
- ◆ Fälle mit einer kurzen Verweildauer (unter 3 Tagen),

³¹ Das InEK stellt diese Daten auch der DKG zur Verfügung.

- ◆ Fälle mit einer ambulant-sensitiven Diagnose³²

Für die Status-Quo-Analyse wurden für das Jahr 2019 zusätzlich alle Fälle angefordert, die eine OPS aus dem AOP-Katalog des Jahres 2019 enthielten. Die angeforderte Liste der Variablen für diese Fälle findet sich im Anhang A4 des Berichts.

Der GKV-Spitzenverband hat für das IGES Institut – nach Anzeige der Datenverarbeitung beim BMG und nach Abschluss einer Vereinbarung nach § 80 SGB X, Art. 28 Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) einen Forschungsarbeitsplatz beim GKV-Spitzenverband eingerichtet. Das IGES Institut hatte an diesem Forschungsarbeitsplatz die Möglichkeit, die angeforderten Daten auszuwerten. Die Ergebnistabellen werden vom GKV-Spitzenverband datenschutzrechtlich geprüft und dann dem IGES Institut übermittelt.

2.1.2.4 Abrechnungsdaten der Krankenkassen

Zusätzlich zu den genannten Vollerhebungen sollen auch Abrechnungsdaten der Krankenkassen in das Gutachten einbezogen werden.

Eine mögliche Verzerrung der OPS-basierten Leistungsdaten der SQB betrifft den fehlenden Fall- bzw. Patientenbezug, insoweit für einzelne Behandlungsfälle mehrere OPS kodiert wurden. Anhand der Stichprobe von Krankenkassendaten kann das Ausmaß solcher Mehrfachkodierungen eingeschätzt werden. Außerdem erlaubt die Stichprobe der Krankenkassendaten die Häufigkeit einzuschätzen, mit der einzelne Patienten mehrere AOP-Leistungsfälle – ggf. in unterschiedlichen Leistungserbringungskontexten – innerhalb des betrachteten Jahres verursachen, da die Daten der Krankenkassen eine patientenbezogene Zusammenführung von detaillierten Leistungsdaten unterschiedlicher Leistungserbringer ermöglichen.

Die Krankenkassendaten enthalten darüber hinaus Zusatzinformationen über die Patientencharakteristika zu den in Krankenhäusern ambulant durchgeführten AOP-Leistungen, insoweit diese direkt mit den Krankenkassen abgerechnet werden. So lässt sich insbesondere die Altersstruktur der Behandlungsfälle ermitteln.

Zusätzlich ermöglichen die Krankenkassendaten auch Analysen der AOP-Leistungen, bei denen gleichzeitig nach dem Pflegegrad von Patienten und nach Art und Ort der AOP-Leistungserbringung differenziert werden kann.

Das IGES Institut hat ein Dokument erstellt, in dem

- ◆ die Erforderlichkeit der Krankenkassendaten für das Gutachten begründet wurde,
- ◆ die Analysepopulation abgegrenzt wurde,
- ◆ die Datenübermittlung und -verarbeitung erläutert wurde,

³² Die Liste der ambulant-sensitiven Diagnosen wurde vom IGES Institut auf Basis von Literaturrecherchen erstellt und findet sich im Anhang.

- ◆ die Schnittstellenbeschreibung enthalten war.

Das Dokument wurde im Rahmen eines Workshops mit Vertreterinnen und Vertretern der Krankenkassen diskutiert und auf Basis der – hauptsächlich technischen bzw. datenschutzrechtlichen Anmerkungen der Krankenkassen – mehrfach überarbeitet. Das finale Dokument wurde dem BMG zur Verfügung gestellt, um die Verarbeitung der Krankenkassendaten anzuzeigen.

Die von den Krankenkassen (AOK, BKK, vdek, Knappschaft) gelieferten Daten wurden vom GKV-Spitzenverband zu einem Datensatz integriert, so dass für das IGES Institut nicht ersichtlich war, welche Datensätze von welcher Krankenkasse geliefert wurden. Des Weiteren konnten nicht alle Krankenkassen die Daten entsprechend der Datenanforderung liefern. Dies wurde bei der Zusammenführung der Daten vom GKV-Spitzenverband berücksichtigt, so dass an das IGES Institut ein Datensatz mit den Bestandteilen übermittelt wurde, die von allen Krankenkassen geliefert werden konnten.

Auf Basis der Auswertungen (vgl. Kapitel 2.2.7.2, Tabelle 18) kann davon ausgegangen werden, dass mit der Datenstichprobe der Krankenkassen ungefähr 80 % der insgesamt erbrachten AOP-Leistungen des Jahres 2019 erfasst werden.

2.1.2.5 Primärerhebungen zu Selektivverträgen über die Erbringung von AOP-Leistungen

Neben der Regelversorgung können AOP-Leistungen auch im Rahmen selektivvertraglicher Versorgung erbracht werden. So existieren regionale Verträge zum ambulanten Operieren mit Kliniken, Ambulanten Operationszentren/Praxiskliniken oder vertragsärztlichen Praxen. Eine Datengrundlage, die das diesbezügliche Leistungsgeschehen annähernd umfassend abbildet, ist nicht verfügbar.

Daher hat das IGES Institut für das Gutachten in Abstimmung mit den Auftraggebern eine Kurzbefragung unter potenziellen Selektivvertragspartnern (Vertragsärzten, Krankenhäuser und Krankenkassen) und Dienstleistern des Vertragsmanagements durchgeführt. Fokus der Befragung waren solche Selektivverträge, bei denen AOP-Leistungen einen wesentlichen Vertragsgegenstand bilden.

Die Fragebögen wurden von den Auftraggebern an die jeweiligen in Frage kommenden Selektivvertragspartner weitergeleitet, d. h. der GKV-Spitzenverband leitete die Erhebungsunterlagen an die Krankenkassen weiter, die DKG an die Krankenhäuser und die KBV an die Berufsverbände. Die Berufsverbände haben einerseits teilweise den Fragebogen selbst beantwortet, andererseits haben sie teilweise entweder eine Abfrage unter ihren Mitgliedern durchgeführt oder den Fragebogen an Leistungserbringer aus dem vertragsärztlichen Bereich weitergeleitet.

Die Befragung wurde im Zeitraum von Mitte April bis Mitte Juni 2021 durchgeführt. Der Fragebogen war so angelegt, dass je Vertrag ein Fragebogen ausgefüllt werden sollte. Dies bedeutet, dass eine Krankenkasse, ein Krankenhaus oder ein Leistungserbringer aus dem vertragsärztlichen Bereich mehrere Fragebogen einreichen

konnte. Insgesamt lagen zum Ende der Befragungsfrist 326 Fragebögen vor.³³ In 212 Fragebögen wurde angegeben, dass keine relevanten Selektivverträge vorliegen.

Insgesamt haben sich an der Befragung 25 Krankenkassen, 125 Krankenhäuser und zehn Berufsverbände beteiligt. Über die genaue Anzahl der vertragsärztlichen Leistungserbringer kann keine Aussage getroffen werden, da die Rückmeldungen teilweise zusammengefasst über die Berufsverbände an das IGES Institut übermittelt wurden.

Auch die Zahl der durch die Befragung erfassten unterschiedlichen Selektivverträge lässt sich nicht bestimmen, da sich mehrere Vertragspartner des gleichen Vertrags an der Befragung beteiligt haben können.

Aufgrund der Heterogenität von Selektivverträgen und im Hinblick auf die unterschiedlichen Zielgruppen der Befragung (s. o.) wurden für den Fragebogen relativ offene Antwortformate verwendet. Entsprechend heterogen fiel die Art der gemachten Angaben aus. In zahlreichen Fällen wurden begleitende Auswertungen oder Vertragsdokumente mitgeschickt. Die Auswertung und Darstellung der Ergebnisse in den Kapiteln 2.2.6 und 2.3.6 erfolgt daher auf qualitativer Ebene. Es wird dargestellt, welchen Fachgebieten die Verträge zuzuordnen sind sowie welche OPS aus dem AOP-Katalog bzw. außerhalb des AOP-Katalogs derzeit Gegenstand selektivvertraglicher Regelungen sind.

Zusätzlich stellte das Dienstleistungsunternehmen medicalnetworks CJ GmbH & Co.KG, das u. a. als Managementgesellschaft für Selektivverträge tätig ist, eine anonymisierte OPS-Auszählung aller abgerechneten Selektivverträge zur Verfügung, welche das Unternehmen im Jahr 2019 managte.

2.1.2.6 Primärerhebungen zu primären Fehlbelegungen

Durchführung einer standardisierten schriftlichen Befragung bei allen Krankenkassen

Um Informationen zu den Leistungen zu gewinnen, die derzeit Gegenstand primärer Fehlbelegungsprüfungen sind, sowie zu den möglichen Ursachen für primäre Fehlbelegungsprüfungen wurde eine standardisierte schriftliche Abfrage bei den gesetzlichen Krankenkassen durchgeführt. Das IGES Institut entwickelte einen Fragebogen und ein Anschreiben; beide Dokumente wurden über den GKV-Spitzenverband an die Krankenkassen weitergegeben. Die Befragung startete im April 2021 und endete Anfang Juli 2021.

³³ In wenigen Fällen wurde der Fragebogen nicht ausgefüllt, sondern es wurden andere Dokumente zugesendet (Informationen per E-Mail, Excel-Auswertungen oder Vertragsdokumente). Diese Antworten wurden in den Auswertungen ebenfalls berücksichtigt.

An der Befragung beteiligten sich insgesamt 31 Krankenkassen. Diese repräsentieren alle Krankenkassenarten und insgesamt ungefähr 84 % aller Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland.³⁴

Durchführung leitfaden-gestützter Expertengespräche

Zusätzlich zur Abfrage bei den Krankenkassen wurden sechs qualitative leitfaden-gestützte Expertengespräche durchgeführt, fünf davon mit Vertreterinnen und Vertretern von Krankenhäusern und ein Gespräch mit zwei Vertreterinnen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK).³⁵

Die Auswahl der Krankenhausexpertinnen und -experten erfolgte durch die DKG, der Kontakt zum MDK wurde durch den GKV-Spitzenverband hergestellt.

Die Gespräche wurden im Rahmen von Videokonferenzen durchgeführt und dauerten durchschnittlich rund eine Stunde. Von den Gesprächen wurden Mitschriften angefertigt.

2.2 Leistungen gemäß dem Katalog nach § 115b SGB V

2.2.1 Beschreibung des AOP-Katalogs

Der Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus (AOP-Katalog) bildet die Anlage 1 zum Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V (AOP-Vertrag) zwischen dem GKV-Spitzenverband, der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Er umfasst den Teil der nach EBM zu vergütenden ambulanten Eingriffe, die auch Krankenhäuser zu Lasten der GKV erbringen bzw. abrechnen können. Die im AOP-Katalog aufgeführten Leistungen werden ganz überwiegend durch Codes des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) beschrieben. Dabei handelt es sich um die amtliche Klassifikation zum Verschlüsseln von Operationen, Prozeduren und allgemein medizinischen Maßnahmen, die von Krankenhäusern gemäß § 301 SGB V und im Bereich des ambulanten Operierens auch durch Vertragsärzte gemäß § 295 SGB V anzuwenden ist.³⁶ Für die (einheitliche) Vergütung³⁷ werden diesen durch OPS-Codes definierten Leistungen EBM-Ziffern zugeordnet.

³⁴ Der Anteil der Mitglieder ist eine Schätzung, da die Krankenkassen teilweise die Fragebögen anonym über die Verbände zurückgesendet haben.

³⁵ Die Liste der Gesprächspartnerinnen und -partner findet sich im Anhang A5.

³⁶ Das OPS-Klassifikationssystem wird vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) herausgegeben.

³⁷ Den Krankenhäusern werden diese Leistungen unmittelbar von den Krankenkassen vergütet; im vertragsärztlichen Bereich werden die Leistungen extrabudgetär (d. h. außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung) entgolten.

- ◆ Für den größten Teil der Katalog-Leistungen (Abschnitt 1) findet sich die OPS-EBM-Zuordnung im Anhang 2 des EBM.³⁸ Für das Jahr 2019 umfasst Abschnitt 1 insgesamt 2.670 OPS-Kodes (ohne Dopplungen).
- ◆ Für einen kleineren Teil der Katalog-Leistungen, die durch die Zuordnung in Anhang 2 des EBM nicht erfasst werden, sind die relevanten EBM-Ziffern im Katalog aufgeführt.³⁹ Dieser Abschnitt 2 des Katalogs umfasst 213 OPS-Codes (ohne Dopplungen) für das Jahr 2019.
- ◆ Eine kleine Zahl an Katalog-Leistungen (19 im Jahr 2019) wird ausschließlich durch EBM-Ziffern ohne OPS definiert (Abschnitt 3).

Insgesamt gibt es 2.879 OPS-Codes in den Abschnitten 1 und 2 (ohne Dopplungen) für das Jahr 2019, vier OPS-Codes sind jeweils in beiden Abschnitten gelistet.

Zusätzlich wird jeder Katalog-Leistung i. d. R. eine von zwei Kategorien zugeordnet, je nachdem, ob die Leistung „in der Regel ambulant erbracht“ wird (Ziffer 1) oder „sowohl eine ambulante, als auch eine stationäre Durchführung möglich ist“ (Ziffer 2). Dabei kann unter bestimmten Umständen (gemäß § 3 Abs. 3 des AOP-Vertrags mit Verweis auf Anlage 2: G-AEP-Kriterien) auch bei Leistungen der Kategorie 1 eine stationäre Durchführung erforderlich sein.⁴⁰ Zu einigen OPS-Kodes existiert eine z. B. nach Alter oder Diagnose differenzierte Zuordnung der Kategorie.

Im Abschnitt 1 des AOP-Katalogs werden von den 2.670 OPS-Kodes (ohne Dopplungen)

- ◆ 1.071 (40,1 %) der Kategorie 1,
- ◆ 1.502 (56,3 %) der Kategorie 2,
- ◆ 97 (3,6 %) einer Kategorie bzw. einer stationären Erbringung abhängig von bestimmten Kriterien (z. B. Alter oder Diagnosen) zugeordnet.

Im Abschnitt 2 des AOP-Katalogs werden von den 213 OPS-Codes

- ◆ 94 (44,1 %) der Kategorie 1,

³⁸ Dies betrifft die EBM-Leistungen der Abschnitte 31.2 (Ambulante Operationen) und 36.2 (Belegärztliche Operationen).

³⁹ Es handelt sich entsprechend um EBM-Leistungen, die nicht in den Abschnitten 31.2 (Ambulante Operationen) und 36.2 (Belegärztliche Operationen) enthalten sind.

⁴⁰ Der in Anlage 2 zum AOP-Vertrag enthaltene Kriterienkatalog (G-AEP = German appropriate evaluation protocol) soll „Transparenz darüber schaffen, wann eine stationäre Aufnahme in ein Krankenhaus nach Auffassung der Vertragspartner erforderlich ist.“ Es handelt sich hierbei „um eine nicht abschließende Positivliste zum Ausschluss unstrittiger notwendigerweise vollstationär zu behandelnder Fälle. ... Die Kriterien können nicht alle stationären Behandlungsnotwendigkeiten abbilden“; sie sind in sechs Gruppen eingeteilt (A: Schwere der Erkrankung, B: Intensität der Behandlung, C: Operation/invasive Maßnahme, D: Komorbiditäten, E: Notwendigkeit intensiver Betreuung, F: Soziale Faktoren).

- ◆ 97 (45,5 %) der Kategorie 2,
- ◆ 22 (10,3 %) einer Kategorie in Abhängigkeit bestimmter Kriterien zugeordnet.

Im Abschnitt 3 betreffen sechs Leistungen (EBM-Ziffern) die In-Vitro-Fertilisation, die der Kategorie 1 zugeordnet sind (Voraussetzung ist die Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen gem. § 121a SGB V). Zwei weitere Leistungen sind der Kategorie 2 zugeordnet, eine in Abhängigkeit bestimmter Kriterien.

2.2.2 Aggregierte Daten zur Gesamtzahl ambulanter Operationen

Das Bundesministerium für Gesundheit erstellt zwei Statistiken, welche Angaben zur Häufigkeit von Leistungen des ambulanten Operierens in der GKV enthalten:

- ◆ Die KG 3-Statistik umfasst Daten zur Anzahl der Abrechnungsfälle ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung und anderer ambulanter Leistungen.⁴¹ Unter den Angaben zu den Abrechnungsfällen ärztlicher Behandlung bilden die „Fälle ambulantes Operieren“ (Schlüsselnummer 01300⁴²) eine von mehreren Unterpositionen. Datengrundlage sind die Abrechnungsstatistiken der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV).
- ◆ Die KG 2-Statistik umfasst Daten zu Leistungsfällen und -zeiten von Arbeitsunfähigkeit, Krankengeld, Krankenhausbehandlung u. a.⁴³ in der GKV. Leistungsfälle des ambulanten Operierens gemäß § 115 b SGB V im Krankenhaus werden als Unterposition separat und differenziert nach Versicherungsgруппen ausgewiesen (Schlüsselnummern 12100 bis 12999).

Ein entscheidender Unterschied zwischen KG 2- und KG 3-Statistik ist, dass letztere nicht auf ambulante Operationen gemäß dem Katalog nach § 115b SGB V be-

⁴¹ Zu den anderen Leistungsbereichen zählen: Maßnahmen zur Früherkennung nach § 25 Abs. 2 und § 26 SGB V (ohne zahnärztliche Kinder-Früherkennung), Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten nach § 25 Abs. 1 SGB V, Integrierte Versorgung (Fälle ambulanter ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung sowie Zahnersatz).

⁴² In der Schlüssel-Nummer 01300 Ambulantes Operieren sind die Abrechnungsfälle des ambulanten Operierens für alle Abrechnungsvierteljahre des Berichtszeitraumes zu erfassen, deren Kosten der Kontenart 401 des Kontenrahmens der Träger der GKV zugeordnet sind. Die Kontenart 401 entspricht: Ambulantes Operieren (ohne Kontenart 462). Bei der Kontenart 462 handelt es sich um das ambulante Operieren im Krankenhaus (§ 115b SGB V) (vgl. dazu die lose Blattsammlung „Soziale Gesetzgebung und Praxis Sozialgesetzbuch – Haushalts- und Rechnungswesen“). Die Fälle der KG 3-Statistik enthalten somit keine Fälle des ambulanten Operierens am Krankenhaus.

⁴³ Weitere Leistungsbereiche, die durch die Statistik erfasst werden, sind u. a. Schwangerschaft/Mutterschaft, Haushaltshilfen, häusliche Kranken-/Behandlungs-/Kurzzeitpflege, ambulante/stationäre Intensivpflege, Hospize, Psychiatrische/Psychosomatische Institutsambulanzen, Rettungsfahrten/Krankentransport sowie Überschreiten der Belastungsgrenze.

schränkt ist. Die KG 3-Statistik umfasst somit auch Abrechnungsfälle mit OPS-Leistungen aus Anhang 2 des EBM (Kapitel 31 und 36), die nicht zum AOP-Katalog zählen. Zahlreiche Leistungen der Abschnitte 2 und 3 des AOP-Katalogs werden hingegen nicht oder nur teilweise durch die KG 3-Statistik erfasst (z. B. Koloskopien), da sie nicht über die dieser Statistik zugrundeliegenden Kontenart (401) abgerechnet werden. Somit ermöglicht die amtliche Statistik aufgrund ihrer abweichenden Abgrenzung keine Aussage über die Anzahl der Leistungen bzw. Leistungsfälle gemäß AOP-Katalog im vertragsärztlichen Bereich.

Hinzu kommt, dass die KG 3-Statistik auch sämtliche Anästhesiefälle enthält und diese separat zählt, weil die entsprechenden Gebührenpositionen aus anderen EBM-Kapiteln stammen. Diese Zählung ist begründet, weil die Statistik einer Abrechnungs- bzw. Kostenperspektive entspricht. Sie verzerrt aber eine leistungsbezogene Betrachtung, da ein Patient mit einer ambulanten Operation plus Anästhesie mit zwei Leistungsfällen in die Statistik eingeht.

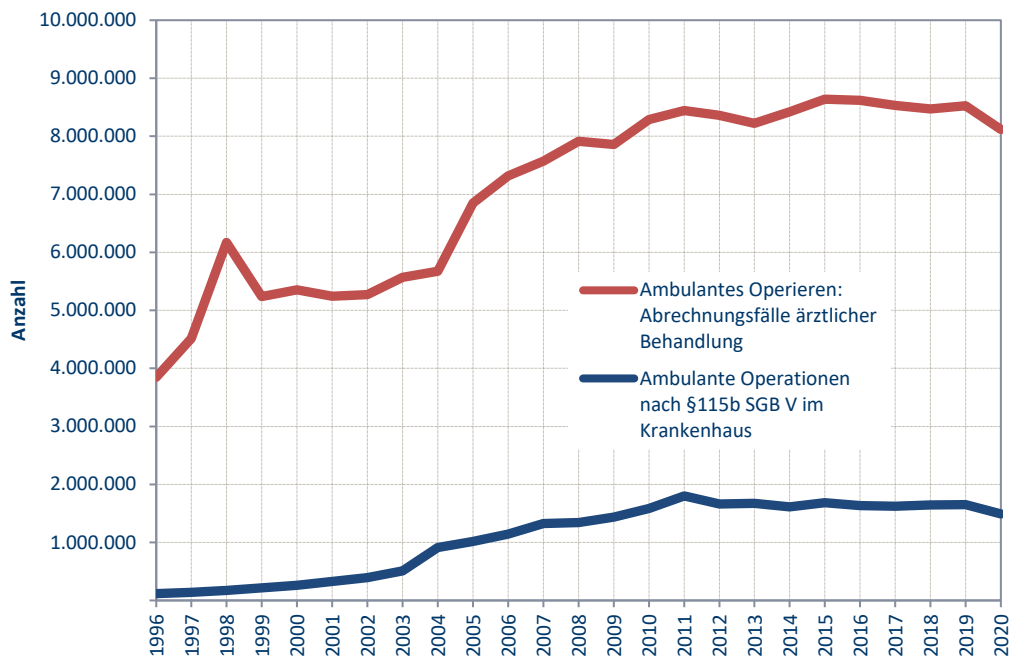
Beide Statistiken bleiben schließlich auch deshalb unvollständig, weil sie keine Daten zu ambulanten Operationen bzw. entsprechenden Fällen mit Leistungen des AOP-Katalogs enthalten, die im Rahmen von Selektivverträgen oder durch Krankenhausambulanzen erbracht und direkt mit den Krankenkassen abgerechnet werden.

Trotz dieser Einschränkungen werden im Folgenden die Ergebnisse der beiden amtlichen Statistiken zum ambulanten Operieren kurz dargestellt.

Im Jahr 2019 wurden gemäß der KG 3-Statistik 8.528.098 Abrechnungsfälle für ambulantes Operieren in der GKV dokumentiert. Seit dem Beginn der statistischen Erfassung ambulanter Operationen im Jahr 1996 hat sich die Zahl der GKV-Leistungsfälle mehr als verdoppelt, durchschnittlich betrug die Zunahme 3,5 % pro Jahr (Abbildung 2). Allerdings war die Entwicklung uneinheitlich: Nach einem starken Anstieg im Jahr 2005 verringerten sich die Zuwächse in den Folgejahren.⁴⁴ Im Zeitraum 2011 bis 2019 erhöhte sich die Anzahl der ambulanten Operationen – ohne das ambulante Operieren am Krankenhaus nach § 115b SGB V – gemäß der KG 3-Statistik nur noch um durchschnittlich 0,12 % pro Jahr. Das Jahr 2020 stellt pandemiebedingt eine Sondersituation dar, die Anzahl der von Ärzten abgerechneten Behandlungsfälle mit ambulanten Operationen sank relativ stark (-4,8 %).

⁴⁴ Ursächlich für diesen Anstieg im Jahr 2005 war die mit Einführung des EBM2000plus verbundene neue Abrechnungssystematik, welche die Leistungen des ambulanten Operierens in eigenen Kapiteln (31 und 36) neu strukturierte und damit die Anzahl der abrechenbaren ambulanten Operationen erhöhte (Friedrich/Tillmanns 2016).

Abbildung 2: Ambulantes Operieren: Leistungshäufigkeiten in der GKV, 1996-2020



Quelle: IGES auf Basis der KG2- und KG3-Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit

Die Anzahl ambulanter Operationen nach § 115b SGB V, die gemäß der KG 2-Statistik im Krankenhaus durchgeführt werden, ist deutlich geringer als die Anzahl der ärztlichen Abrechnungsfälle für ambulantes Operieren, aufgrund des geringen Ausgangsniveaus war die Zunahme aber deutlich stärker: Im Jahr 2019 lag sie bei 1.652.882 und damit um etwa das 14-fache über dem Wert des Jahres 1996. Im Durchschnitt erhöhte sich die Anzahl im Gesamtzeitraum somit um 12,2 % pro Jahr. Die Entwicklung war ähnlich wie bei der Anzahl der Fälle mit ambulanter Operation außerhalb der Krankenhäuser: Nach starken Zuwächsen, vor allem infolge der Umstellung auf das DRG-Vergütungssystem für stationäre Leistungen im Jahr 2004⁴⁵, schwächte sich die Dynamik ab. Seit dem Jahr 2011 wechseln sich Jahre mit geringen Zuwächsen und leichten Rückgängen ab. Insgesamt hat sich die Anzahl ambu-

⁴⁵ In den Jahren 2003 und 2004 konnten Krankenhäuser vergleichsweise budgetneutral Leistungen stationäre Leistungen ausgliedern, so dass es Anreize gab, vollstationäre Krankenhausfälle durch AOP-Fälle zu ersetzen (Friedrich/Tillmanns 2016). Im Jahr 2004 trat zusätzlich eine Änderung im AOP-Vertrag in Kraft, die zudem für den Anstieg ambulanter Operationen verantwortlich sein könnte: „Für einen Teil der Prozeduren des AOP-Katalogs (Kategorie 1) gilt seitdem die umgekehrte Beweislast mit Allgemeinen Tatbeständen. In diesen Fällen ist eine Begründung für eine stationäre Einweisung anstelle einer ambulanten Behandlung notwendig.“ (Schreyögg/Milstein 2021)

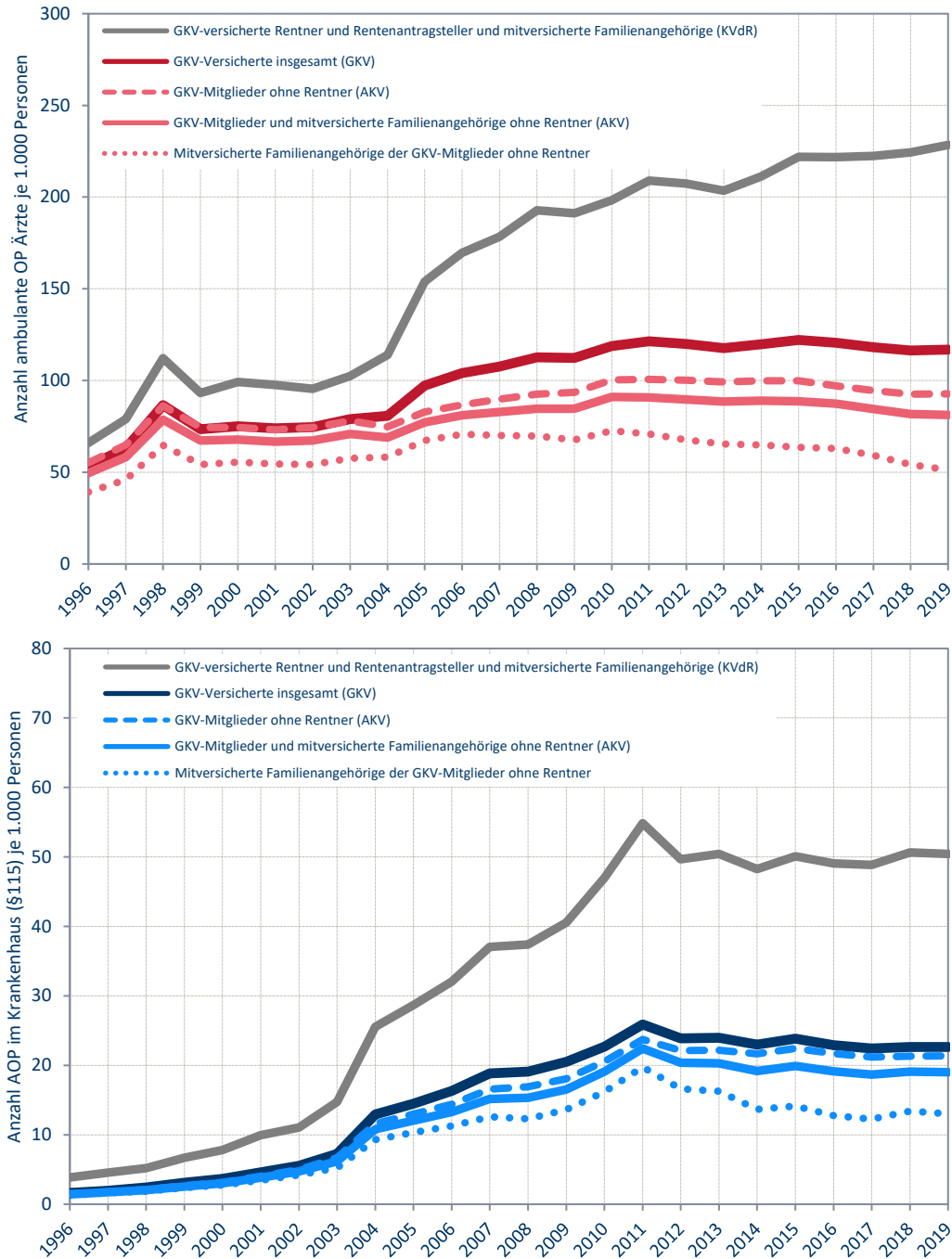
lanter Operationen gemäß der KG 2-Statistik im Zeitraum 2011 bis 2019 um durchschnittlich 1,1 % pro Jahr verringert. Im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie gab es im Jahr 2020 einen sehr starken Rückgang um 9,7 %.

Beide Statistiken erlauben eine Differenzierung der Leistungshäufigkeiten nach Versichertengruppen und Krankenkassenarten.

Bezieht man die Anzahl ambulanter Operationen bzw. der Leistungsfälle auf die Anzahl der Personen der jeweiligen Versichertengruppe in der GKV, zeigt sich eine deutlich höhere Häufigkeit des ambulanten Operierens unter den Rentnern und ihren mitversicherten Familienangehörigen (KVdR) im Vergleich zu den übrigen, in der AKV versicherten Personen (Abbildung 3). Dies gilt für die ambulanten Operationen sowohl in als auch außerhalb von Krankenhäusern. Bei Letzteren betrug im Jahr 2019 die Häufigkeit für alle GKV-Versicherte 116,8 Fälle je 1.000 Personen, unter den KVdR-Versicherten waren es 228,4, unter den AKV-Versicherten dagegen nur 81,2.

Bei den ambulanten Operationen außerhalb von Krankenhäusern (obere Abbildung) zeigt sich eine divergente Entwicklung: Während die Häufigkeit ambulanter Operationsfälle unter den KVdR-Versicherten auch im Zeitraum ab 2011 zunahm (+1,1 % p.a.), ging sie für die anderen Versichertengruppen zurück (insgesamt -1,4 % p.a.), darunter am stärksten für die mitversicherten Familienangehörigen der AKV-Mitglieder (-4,0 % p.a.). Anders bei den ambulanten Operationen nach § 115b SGB V, die im Krankenhaus durchgeführt wurden: Ihre Häufigkeit reduzierte sich seit dem Jahr 2011 in allen Versichertengruppen, auch unter den KVdR-Versicherten, wenn auch bei ihnen am schwächsten (-1,0 % p.a.). Erneut war der Rückgang unter den mitversicherten Familienangehörigen der AKV-Mitglieder am stärksten (-5,1 % p.a.).

Abbildung 3: Ambulantes Operieren: Leistungshäufigkeiten in der GKV nach Versichertengruppen, 1996-2019



Quelle: IGES auf Basis der KG2-, KG3- und KM6-Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit

Die Häufigkeit ambulanten Operierens variiert auch zwischen den Krankenkassenarten relativ stark. Im Jahr 2019 reichte das Spektrum beim ambulanten Operieren außerhalb von Krankenhäusern von 107,3 Fällen je 1.000 versicherten Personen

(Innungskrankenkassen) bis zu 162,0 Fällen (Knappschaft-Bahn-See) im Vergleich zu 116,8 im GKV-Durchschnitt. Innerhalb der einzelnen Versichertengruppen sind die Unterschiede nach Krankenkassenart zwar geringer, aber immer noch ausgeprägt (so liegt die entsprechende Kennzahl z. B. unter den KVdR-Versicherten bei 214,1 für die Ortskrankenkassen und bei 243,8 für die Betriebskrankenkassen). Bei den ambulanten Operationen nach § 115b SGB V im Krankenhaus reichte das Spektrum im Jahr 2019 von 20,9 je 1.000 Versicherten der Betriebskrankenkassen bis zu 29,8 je 1.000 Versicherten der Knappschaft-Bahn-See. Die relativen Unterschiede zwischen den Krankenkassenarten verändern sich hier auch innerhalb der einzelnen Versichertengruppen nicht wesentlich. So wurden im Jahr 2019 je 1.000 KVdR-Versicherten GKV-weit 34,1 dieser Operationen durchgeführt, für die Landwirtschaftlichen Krankenkassen lag der Wert bei 28,3 und für die Innungskrankenkassen bei 39,1.

Neben den Statistiken des BMG enthält auch die Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes (Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1) Daten zur Anzahl der Fälle mit ambulanten Operationen und stationersetzenden Eingriffen nach § 115b SGB V sowie (seit dem Berichtsjahr 2018) auch mit sonstigen ambulanten Operationen⁴⁶. Im Unterschied zu den BMG-Statistiken umfassen diese Daten alle Fälle unabhängig vom Versichertenstatus, enthalten also auch die Fälle von privat versicherten/zahlenden Patienten. Im Jahr 2019 wurden demnach 1.886.544 ambulante Operationen und stationersetzende Eingriffe nach § 115b SGB V an insgesamt 1.120 allgemeinen Krankenhäusern durchgeführt. Diese Zahl ist um knapp 234.000 (rd. 14 %) höher als die Anzahl gemäß KG 2-Statistik mit Bezug zu den GKV-Versicherten. Gegenüber dem Vorjahr hat sich die Anzahl um +1,6 % erhöht. Die Anzahl sonstiger ambulanter Operationen betrug 1.037.420, die im Jahr 2019 an insgesamt 447 Krankenhäusern durchgeführt wurden. Gegenüber dem Vorjahr, für das diese Zahl erstmalig ausgewiesen wurde, entspricht dies etwas mehr als einer Verdopplung.

2.2.3 Ambulant am Krankenhaus erbrachte Leistungen des AOP-Katalogs

2.2.3.1 Überblick

Im Jahr 2019 dokumentierten 1.264 Krankenhausstandorte mindestens eine OPS-Ziffer im Kapitel „Ambulante Operationen nach § 115b SGB V“ (Kapitel B-[X].9) der strukturierten Qualitätsberichte (SQB-Daten)⁴⁷. Von diesen Krankenhausstandorten wurden in diesem Kapitel 5.836 unterschiedliche OPS-Ziffern dokumentiert,

⁴⁶ Dabei handelt es sich um zusätzliche oder weitere ambulante Operationen, die von ermächtigten Ärzten/-innen, Vertragsärzten/-innen oder Belegärzten/-innen durchgeführt werden und die nicht im Katalog der ambulanten Operationen gem. § 115b SGB V enthalten sind.

⁴⁷ Dies berücksichtigt ausschließlich die Leistungen der Abschnitte 1 und 2 des AOP-Katalogs (vgl. dazu auch Kapitel 2.2.1).

wovon elf in der OPS-Klassifikation für das Jahr 2019 nicht bekannt waren und 389 OPS-Kodes nicht endstellig kodiert wurden.⁴⁸

Von den bekannten und endstellig kodierten unterschiedlichen OPS-Kodes im Kapitel B-[X].9 der strukturierten Qualitätsberichte (n = 5.437) waren 2.496 (45,9 %) im AOP-Katalog des Jahres 2019 enthalten (Tabelle 1). Damit wurden an den Krankenhausstandorten im Jahr 2019 von den insgesamt 2.879 OPS-Kodes im Abschnitt 1 und Abschnitt 2 des AOP-Katalogs rund 86,7 % dokumentiert. Die übrigen in diesem Kapitel dokumentierten OPS-Kodes sind eigentlich nicht für eine Dokumentation in dem entsprechenden Abschnitt der strukturierten Qualitätsberichte vorgesehen. Bei ihnen handelt es sich vermutlich überwiegend um Begleitleistungen, teilweise könnten diese Leistungen aber auch separat erbracht werden. Da die Daten der strukturierten Qualitätsberichte keine fallbezogene Auswertung ermöglichen, durch die Fälle mit mehreren Prozeduren bzw. OPS-Kodes identifiziert werden können, lässt sich dies nicht prüfen.

Insgesamt wurden im Jahr 2019 an den Krankenhausstandorten 2.397.956 Prozeduren im Bereich der „ambulanten Operationen nach § 115 SGB V“ dokumentiert, davon entfiel der Großteil (2.250.515 bzw. 93,9 %) auf OPS-Ziffern, die im AOP-Katalog des Jahres 2019 enthalten waren.⁴⁹ Leistungen aus Abschnitt 1 des AOP-Katalogs hatten hieran einen Anteil von 1.379.986 (61,3 %), Leistungen aus Abschnitt 2 von 867.925 (38,6 %) und Leistungen, die beiden Abschnitten zugeordnet werden können, von 2.604 (0,1 %).

Tabelle 1: Anzahl unterschiedlicher OPS-Kodes und Anzahl erbrachter Prozeduren im Bereich ambulanter Operationen an Krankenhäusern, 2019

	insgesamt	im AOP-Katalog enthalten		nicht im AOP- Katalog enthalten	
		Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Anzahl unterschiedlicher OPS-Kodes (endstellig)	5.437	2.496	45,9%	2.941	54,1%
Anzahl erbrachter Prozeduren	2.397.956	2.250.515	93,9%	147.441	6,1%

Quelle: IGES auf Basis der strukturierten Qualitätsberichte für das Jahr 2019

⁴⁸ Diese wurden in den weiteren Auswertungen nicht berücksichtigt.

⁴⁹ Die fehlende Möglichkeit einer Fallzusammenführung der einzeln dokumentierten OPS-Leistungen erklärt den Unterschied zur KG 2-Statistik (vgl. dazu Abbildung 2), in der die Leistungsfälle des ambulanten Operierens im Krankenhaus ausgewiesen werden. Berechnet man das Verhältnis zwischen der Anzahl der Prozeduren gemäß den SQB-Daten und der Anzahl der Fälle gemäß der KG 2-Statistik, so kommt man rechnerisch durchschnittlich auf knapp 1,4 Prozeduren pro Fall.

Anmerkungen Die Auswertungen beziehen sich ausschließlich auf das Berichtskapitel B-[X].9 der SQB und damit auf die Abschnitte 1 und 2 des AOP-Katalogs.

2.2.3.2 Leistungen des AOP-Katalogs

Bezogen auf die OPS-4-Steller-Ebene entfielen auf die häufigsten 25 Leistungspositionen knapp 1,75 Mio. bzw. 77,6 % aller ambulant am Krankenhaus erbrachter Leistungen des AOP-Katalogs (Abschnitte 1 und 2).⁵⁰ Unter den häufigsten Leistungen dominierten die Fachrichtungen Gastroenterologie (26,0 %), Orthopädie/Unfallchirurgie (14,7 %) und Gynäkologie (12,0 %). Bei den Leistungen handelt es sich um leichtere bis mittelschwere Eingriffe. Die häufigste Leistung war die diagnostische Koloskopie (OPS 1-650; n = 369.307) mit einem Anteil von rund 16,4 % (Tabelle 2). An zweiter Stelle folgte die Extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE) mit einem Anteil von rund 6,0 %.

Tabelle 2: TOP 25-Prozeduren des AOP-Katalogs (4-Steller-Ebene) – ambulant am Krankenhaus, 2019

OPS-4-Steller	Beschreibung	Anzahl	Anteil*
1-650	Diagnostische Koloskopie	369.307	16,4%
5-144	Extrakapsuläre Exzision der Linse [ECCE]	136.061	6,0%
1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	115.889	5,1%
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	115.739	5,1%
1-672	Diagnostische Hysteroskopie	98.724	4,4%
5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	98.464	4,4%
5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	90.765	4,0%
5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	77.627	3,4%
5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	77.114	3,4%
8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]	66.496	3,0%
1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	63.183	2,8%
1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	48.214	2,1%
5-640	Operationen am Präputium	44.254	2,0%
5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	39.386	1,8%
5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	36.590	1,6%

⁵⁰ Eine Auswertung auf Endsteller-Ebene findet sich in Anhang A2

OPS-4-Steller	Beschreibung	Anzahl	Anteil*
5-285	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	35.940	1,6%
5-155	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea	33.540	1,5%
5-200	Parazentese [Myringotomie]	31.710	1,4%
1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	30.906	1,4%
5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	28.876	1,3%
5-841	Operationen an Bändern der Hand	27.128	1,2%
5-840	Operationen an Sehnen der Hand	21.402	1,0%
5-091	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	20.479	0,9%
5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	19.519	0,9%
1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	19.047	0,8%
		1.746.360	77,6%

Quelle: IGES auf Basis der strukturierten Qualitätsberichte für das Jahr 2019

Anmerkungen: *Der Anteil bezieht sich ausschließlich auf die ambulant an Krankenhäusern erbrachten Prozeduren des AOP-Katalogs (n = 2.249.778), die im Berichtskapitel B-[X].9 dokumentiert wurden.

2.2.3.3 Leistungen außerhalb des AOP-Katalogs

Von den Leistungen außerhalb des AOP-Katalogs wurden von den Krankenhäusern im Jahr 2019 insgesamt 810 unterschiedliche OPS-Kodes der 4-Steller-Ebene dokumentiert. Am häufigsten wurde der OPS-Kode 5-156 „Andere Operationen an der Retina“ im Berichtskapitel B-[X].9 dokumentiert (Tabelle 3). Die Leistungshäufigkeit beträgt hierfür 18.159, was einem Anteil von mehr als 12,3 % aller dokumentierten Prozeduren im Bereich der ambulanten Leistungen außerhalb des AOP-Katalogs an Krankenhäusern entspricht. Für die 25 am häufigsten kodierten OPS-Kodes außerhalb des AOP-Katalogs ergibt sich eine Anzahl von insgesamt 97.456 bzw. ein Anteil von rund 66,1 % aller im Berichtskapitel B-[X].9 dokumentierten OPS-Leistungen außerhalb des AOP-Katalogs.

Am anderen Ende des Spektrums wurden 583 OPS-Kodes auf 4-Steller-Ebene und damit rund 72 % der OPS-Kodes außerhalb des AOP-Katalogs weniger als 50-mal dokumentiert. Darunter befinden sich 232 OPS-Leistungen auf 4-Steller-Ebene, deren Durchführung lediglich weniger als 3-mal dokumentiert wurde.

Generell befinden sich unter den TOP 25-Leistungen im Bereich der OPS-Kodes außerhalb des AOP-Katalogs vermutlich überwiegend Begleitleistungen. Beispiele für

Begleitleistungen sind OPS 5-984 (Mikrochirurgische Technik), OPS 8-900 (Intravenöse Anästhesie), OPS 8-930 (Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes), OPS 6-003 (Applikation von Medikamenten, Liste 3) und OPS 6-007 (Applikation von Medikamenten, Liste 7).⁵¹ Aufgrund der Art dieser Eingriffe ist anzunehmen, dass sie im Zusammenhang mit einem Eingriff aus dem AOP-Katalog kodiert wurden. Einige der u. a. Leistungen können prinzipiell aber auch eigenständig durchgeführt werden.

Tabelle 3: TOP 25-Prozeduren außerhalb des AOP-Katalogs mit Dokumentation als „ambulante Operationen nach § 115b SGB V“ auf 4-Steller-Ebene – ambulant am Krankenhaus, 2019

OPS-4-Steller	Beschreibung	Anzahl	Anteil*
5-156	Andere Operationen an der Retina	18.159	12,3%
5-984	Mikrochirurgische Technik	13.228	9,0%
1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	7.673	5,2%
8-900	Intravenöse Anästhesie	7.606	5,2%
8-020	Therapeutische Injektion	6.616	4,5%
5-469	Andere Operationen am Darm	6.422	4,4%
1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	5.652	3,8%
1-653	Diagnostische Proktoskopie	5.000	3,4%
3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	3.291	2,2%
6-003	Applikation von Medikamenten, Liste 3	2.759	1,9%
3-13d	Urographie	2.135	1,4%
5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	2.106	1,4%
5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	1.995	1,4%
3-200	Native Computertomographie des Schädels	1.813	1,2%
1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	1.806	1,2%
3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	1.741	1,2%

⁵¹ Eine Zuordnung der OPS-Kodes zu Behandlungsfällen ist anhand der vorliegenden Daten nicht möglich (vgl. Kapitel 2.2.3.1).

OPS-4-Steller	Beschreibung	Anzahl	Anteil*
8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	1.466	1,0%
6-007	Applikation von Medikamenten, Liste 7	1.235	0,8%
8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	1.119	0,8%
9-984	Pflegebedürftigkeit	1.074	0,7%
3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	965	0,7%
3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelettsystems	941	0,6%
5-482	Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums	921	0,6%
1-655	Chromoendoskopie des unteren Verdauungstraktes	916	0,6%
5-667	Insufflation der Tubae uterinae	817	0,6%
		97.456	65,8%

Quelle: IGES auf Basis der Strukturierten Qualitätsberichte für das Jahr 2019

Anmerkungen: *Der Anteil bezieht sich ausschließlich auf die Prozeduren, die nicht im AOP-Katalog enthalten sind, aber im Berichtskapitel B-[X].9 von den Krankenhäusern dokumentiert wurden (n = 148.178).

2.2.4 Ambulant vertragsärztlich erbrachte Leistungen des AOP-Katalogs

Die vertragsärztlichen Praxen sind lediglich für die Leistungen des Abschnitts 1 des AOP-Katalogs verpflichtet, eine entsprechende OPS zu kodieren. Da bei den Leistungen des Abschnitts 2 diese Verpflichtung nicht besteht, ist davon auszugehen, dass von den vertragsärztlichen Praxen – zumindest teilweise – keine OPS dokumentiert wird. Die Leistungen aus dem Abschnitt 2 und dem Abschnitt 3 des AOP-Katalogs werden daher ausschließlich auf Basis der abgerechneten EBM-Ziffern (GOP) dargestellt.

2.2.4.1 Leistungen des AOP-Katalogs Abschnitt 1 (OPS)

Im Jahr 2019 haben die vertragsärztlichen Praxen von den insgesamt 2.670 unterschiedlichen OPS-Kodes des Abschnitts 1 des AOP-Katalogs 2.310 OPS-Kodes (86,5 %) zur Dokumentation von Leistungen verwendet.

Aus datenschutzrechtlichen Gründen wurden dem IGES Institut lediglich die Anzahl der OPS-Leistungen übermittelt, wenn die jeweilige OPS mehr als 30-mal dokumentiert wurde. Diese datenschutzrechtliche Vorgabe betraf 1.028 OPS, d. h.

diese 1.028 unterschiedlichen OPS-Leistungen wurden jeweils 30-mal oder seltener von den vertragsärztlichen Praxen erbracht. Die Gesamtzahl der OPS-Leistungen von Abschnitt 1 des AOP-Katalogs, die im Jahr 2019 im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht wurden, wurde dem IGES Institut aufgrund der datenschutzrechtlichen Vorgaben gesondert übermittelt, sie betrug 3.035.138 (Tabelle 4). Diese können 2.453.978 Behandlungsfällen und 2.196.579 Patientinnen bzw. Patienten zugeordnet werden. Damit wurden im Jahr 2019 im Durchschnitt ca. 1,24 OPS-Leistungen je AOP-Fall dokumentiert sowie ca. 1,12 Fälle je Patient(in).

Tabelle 4: Vertragsärztliche Leistungen von Abschnitt 1 des AOP-Katalogs: Gesamtzahl dokumentierter OPS, Fall- und Patientenzahl, 2019

AOP-Katalog, Abschnitt 1	Anzahl insgesamt
Leistungen (OPS)	3.035.138
Fälle	2.453.978
Patienten	2.196.579

Quelle: Datenauswertung des Zi

Auf die 25 am häufigsten dokumentierten OPS-Leistungen (endstellig) entfiel im Jahr 2019 ein Anteil von 58,2 % aller im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen des Abschnitts 1 des AOP-Katalogs (siehe Tabelle 54 im Anhang). Die häufigste Leistung war die Eröffnung der Linsenkapsel mit Hilfe eines Lasers (Behandlung des Nachstars), die knapp 400.000-mal durchgeführt wurde (Anteil: 13,1 %). Auch die zwei nächsthäufigsten Leistungen zählen zur augenärztlichen Versorgung; insgesamt entfiel auf augenärztliche Leistungen unter den TOP 25 ein Anteil von rd. einem Drittel aller im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen des Abschnitts 1 des AOP-Katalogs (33,7 %). Mehrfach unter den TOP 25 vertreten sind zudem Behandlungen und Eingriffe an der Hand (5,2 %), an Gelenken (4,1 %) und Varizen (2,5 %).

Betrachtet man die dokumentierten AOP-Leistungshäufigkeiten auf der übergeordneten 4-Steller-Ebene, war die am häufigsten dokumentierte OPS-Leistung aus dem Abschnitt 1 des AOP-Katalogs die Extrakapsuläre Extraktion der Linse (5-144; n = 473.450) mit einem Anteil von rund 15,6 % aller OPS-Leistungen von Abschnitt 1 des AOP-Katalogs (Tabelle 5). Alle augenärztlichen Leistungen unter den TOP 25-OPS-Kodes zusammen hatten einen Anteil von etwas mehr als einem Drittel aller OPS-Leistungen auf 4-Steller-Ebene. Die TOP 25 der insgesamt 219 OPS-4-Steller-Kodes des Abschnitts 1 des AOP-Katalogs wurden insgesamt knapp 2,4 Millionen mal dokumentiert und hatten damit einen Anteil von 78,1 %.

Tabelle 5: TOP 25-Prozeduren des Abschnitts 1 des AOP-Katalogs (4-Steller-Ebene) in den vertragsärztlichen Praxen, 2019

OPS-4-Steller	Beschreibung	Anzahl	Anteil
5-144	Extrakapsuläre Exzision der Linse [ECCE]	473.450	15,6%
5-142	Kapsulotomie der Linse	408.285	13,4%
5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	130.911	4,3%
5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	130.836	4,3%
5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	113.488	3,7%
5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	111.026	3,7%
5-840	Operationen an Sehnen der Hand	101.822	3,3%
5-155	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea	85.194	2,8%
5-133	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation	84.683	2,8%
5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	66.768	2,2%
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	66.561	2,2%
5-640	Operationen am Präputium	59.723	2,0%
5-849	Andere Operationen an der Hand	54.232	1,8%
5-285	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	53.341	1,8%
1-672	Diagnostische Hysteroskopie	52.824	1,7%
5-231	Operative Zahntfernung (durch Osteotomie)	50.460	1,7%
5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	44.911	1,5%
5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	44.682	1,5%
5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	43.367	1,4%
5-091	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augnlides	39.086	1,3%
5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	38.832	1,3%
5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	32.268	1,1%
5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	30.717	1,0%
5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	29.104	1,0%

OPS-4-Steller	Beschreibung	Anzahl	Anteil
5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	28.500	0,9%

Quelle: IGES auf Basis der Auswertungen der Daten des Zi

Für die TOP-25-Prozeduren des Abschnitts 1 des AOP-Vertrages wurde die Altersverteilung ermittelt. Eingriffe bei Kindern und Jugendlichen (bis einschließlich 15 Jahren) waren sehr selten mit Ausnahme der OPS 5-285.0 „Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Primäreingriff“ und der OPS 5-640.3 „Operationen am Präputium: Frenulum- und Präputiumplastik“, bei denen 98 % bzw. 55 % der dokumentierten OPS auf die Altersgruppe der 0 bis 15-Jährigen entfiel. Auf die Altersgruppe ab 70 Jahren entfielen jeweils rund ein Drittel der Leistungen bei der Kapsulotomie der Linse (OPS 5-142.2) sowie der Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE] (OPS 5-144.5a und OPS 5-144.3a).

Der Anteil der im Rahmen von Ermächtigungen erbrachten OPS-Leistungen lag bei den TOP 25-OPS-Prozeduren des Abschnitts 1 des AOP-Katalogs jeweils unter einem Prozent (Ausnahme: OPS 5-154.2 „Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut: Laser-Retinopexie“ mit einem Ermächtigungs-Anteil von rund 1,3 %).

Bei insgesamt 15 OPS-Kodes des Abschnitts 1 des AOP-Katalogs lag der Anteil der im Rahmen von Ermächtigungen dokumentierten Leistungen bei mehr als fünf Prozent (Tabelle 6).

Tabelle 6: Dokumentationshäufigkeit von OPS-Kodes des AOP-Katalogs (Abschnitt 1, endstellig) mit Ermächtigungs-Anteil > 5 %, 2019

OPS-Ziffer	Beschreibung	insgesamt	Anzahl Erm.	Anteil Erm.
5-530.00	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit hoher Bruchsackunterbindung u Teilresektion	533	180	34%
5-530.01	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit Hydrozelenwandresektion	285	49	17%
5-392.10	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes: Innere AV-Fistel (Cimino-Fistel): Ohne Vorverlagerung der Vena basilica	340	47	14%
5-870.90	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Exzision: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation	1.331	179	13%
5-787.03	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Humerus distal	584	74	13%
5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation / Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen	11.117	1.326	12%
5-787.g8	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Ulnaschaft	524	50	10%
5-787.g5	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Radiuschaft	766	71	9%
5-790.2b	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Metakarpale	529	48	9%
5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	5.089	432	8%
5-640.2	Operationen am Präputium: Zirkumzision	5.003	378	8%
5-787.05	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Radiuschaft	1.384	101	7%
5-787.k0	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Klavikula	947	54	6%
5-881.1	Inzision der Mamma: Drainage	676	38	6%
5-840.64	Operationen an Sehnen der Hand: Naht, primär: Strecksehnen Langfinger	921	47	5%

Quelle: IGES auf Basis der Auswertungen der Daten des Zi

2.2.4.2 Leistungen des AOP-Katalogs Abschnitt 2 und Abschnitt 3 (GOP)

Im Unterschied zu den Leistungen von Abschnitt 1 lassen sich für den vertragsärztlichen Bereich die Leistungshäufigkeiten für die Abschnitte 2 und 3 des AOP-Katalogs auf OPS-Basis nicht bestimmen. Die vergleichsweise geringe Zahl der Leistungspositionen von Abschnitt 3 ist im AOP-Katalog nicht durch OPS definiert, sondern ausschließlich durch Gebührenordnungspositionen (GOP) des EBM. Die AOP-Leistungen von Abschnitt 2 sind zwar durch OPS-Kodes definiert, bei der Abrechnung dieser Leistungen besteht für Vertragsärzte jedoch keine Verpflichtung zur OPS-Dokumentation, da diese nicht im Anhang 2 des EBM enthalten sind. Überwiegend wird für diese Leistungen zu Abrechnungszwecken lediglich die EBM-Ziffer (GOP) dokumentiert. Allerdings können die im AOP-Katalog enthaltenen EBM-Ziffern auch im Zusammenhang mit Behandlungsfällen abgerechnet werden, bei denen andere OPS-Leistungen erbracht wurden, die nicht in Abschnitt 2 des AOP-Katalogs enthalten sind. Eine Abgrenzung der AOP-Leistungen bzw. AOP-Fälle anhand der EBM-Häufigkeiten ist also aufgrund der fehlenden OPS-Dokumentation nicht möglich. Entsprechend ergeben sich bei Zählung der AOP-relevanten EBM-Ziffern sehr hohe Leistungs- bzw. Fallhäufigkeiten, die das AOP-Leistungsvolumen gemäß § 115b SGB V im vertragsärztlichen Bereich nicht korrekt abbilden, sondern z. T. deutlich überschätzen.

Dies kann anhand von Beispielauswertungen verdeutlicht werden.

- ◆ Beispiel 1: Die in Abschnitt 2 des AOP-Katalogs enthaltene EBM-Nr. 02300 (Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation) wurde im Jahr 2019 insgesamt 4.455.482-mal abgerechnet. Gemäß AOP-Katalog können mit dieser GOP drei AOP-Leistungen zur Entfernung von Osteosynthesematerial abgerechnet werden, die durch die OPS 5-787.06, 5-787.0c und 5-787.0w beschrieben werden. Diese drei OPS-Kodes wurden jedoch lediglich 1.763-mal in Zusammenhang mit der GOP 02300 dokumentiert (Anteil: 0,05 %). Insgesamt wurden weitere 449 OPS-Kodes zusammen mit dieser GOP dokumentiert, i. d. R. aber weniger als 30-mal (aus Datenschutzgründen liegt die genaue Anzahl in diesen Fällen nicht vor). Mehr als 100-mal wurden außer den drei OPS aus des AOP-Katalogs nur noch die OPS 1-571.1 (Biopsie an Uterus und Cervix uteri durch Inzision: Cervix uteri) und 5-91a.y (Andere Operationen an Haut und Unterhaut: N.n.bez.) erfasst. Unterstellt man für die OPS-Kodes mit einer Dokumentationshäufigkeit von <30 vereinfachend eine Häufigkeit von 15, erhält man lediglich 9.300 der knapp 3,25 Mio. Fälle, für die ein dazugehöriger OPS-Kode erfasst ist.
- ◆ Beispiel 2: Die in Abschnitt 2 des AOP-Katalogs enthaltene EBM-Nr. 13421 (Zusatzpauschale Koloskopie) wurde im Jahr 2019 insgesamt 1.418.758-mal abgerechnet. Gemäß AOP-Katalog können mit dieser GOP 16 AOP-Leistungen (OPS-Kodes) abgerechnet werden, von denen sich zwei auf die endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt, zwei auf die diagnostische Koloskopie und zwölf auf die lokale Exzision und Destruktion

von erkranktem Gewebe des Dickdarms beziehen. Diese 16 OPS-Kodes wurden in 701.647 Fällen mit der GOP zusammen dokumentiert (40,3 %). Daneben wurden 50 weitere OPS-Kodes mit derselben GOP dokumentiert, die nicht im AOP-Katalog enthalten sind, wieder mehrheitlich mit nur wenigen Fällen (<30). Am häufigsten unter diesen OPS-Kodes war die Ziffer 5-452.20 (Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch: Exzision ohne weitere Maßnahmen) mit 1.812 Fällen.

Die nachfolgend dargestellten Auswertungsergebnisse der EBM-GOP-Häufigkeiten haben daher im Hinblick auf die Häufigkeiten der Leistungen von Abschnitt 2 des AOP-Katalogs eine stark eingeschränkte Aussagekraft.

Bei den Leistungen der Abschnitte 2 und 3 des AOP-Katalogs lag der Anteil der 25 am häufigsten dokumentierten EBM-Ziffern (GOPs) – aufgrund der relativ geringeren Gesamtzahl der Positionen dieser Abschnitte im AOP-Katalog – deutlich höher als bei den Leistungen des Abschnitts 1. Im Jahr 2019 konzentrierte sich die Leistungserbringung in den durch die Abschnitte 2 und 3 beschriebenen Bereichen fast ausschließlich auf die 25 am häufigsten dokumentierten mit einem Anteil von 98,7 %. Unter diesen 25 Leistungen wiederum waren vor allem klein chirurgische Eingriffe besonders häufig (Gesamtanteil: 51,3 %). Es ist naheliegend, dass derartige Leistungen häufig im vertragsärztlichen Bereich erbracht werden. In diesem Zusammenhang soll (nochmals) darauf hingewiesen werden, dass die aufgeführten EBM-GOP-Häufigkeiten aus den o. g. Gründen zu einem großen Teil OPS-Leistungen umfassen, die nicht im AOP-Katalog enthalten sind. Hiervon ist insbesondere für den Bereich klein chirurgischer Leistungen auszugehen.

Tabelle 7: TOP 25 der im vertragsärztlichen Bereich abgerechneten EBM-GOP der Abschnitte 2 und 3 des AOP-Katalogs, 2019

EBM-GOP	Beschreibung	Anzahl (Leistungshäufigkeit)	Anteil*
02300	Klein chirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation	4.455.482	27,1%
31941	Abdrücke und Modelle I	2.261.148	13,8%
30600	Zusatzpauschale Prokto-/Rektoskopie	2.017.640	12,3%
02301	Klein chirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung mittels Naht	1.813.096	11,0%
09361	Klein chirurgischer Eingriff II im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich und/oder primäre Wundversorgung im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich	1.428.748	8,7%
13421	Zusatzpauschale Koloskopie	1.418.758	8,6%
31900	Praktische Schulung	842.857	5,1%

EBM-GOP	Beschreibung	Anzahl (Leistungshäufigkeit)	Anteil*
02302	Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	443.381	2,7%
26310	Urethro(-zysto)skopie des Mannes oder gemäß den Vorgaben der Allgemeinen Bestimmungen 4.2.1	355.434	2,2%
26311	Urethro(-zysto)skopie der Frau oder gemäß den Vorgaben der Allgemeinen Bestimmungen 4.2.1	333.858	2,0%
13423	Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 13421 und 13422	201.009	1,2%
06352	Kleinchirurgischer Eingriff am Auge III und/oder primäre Wundversorgung am Auge bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	82.254	0,5%
13422	Zusatzpauschale (Teil-)Koloskopie	70.879	0,4%
15322	Kleinchirurgischer Eingriff II im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich und/oder primäre Wundversorgung im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich	62.964	0,4%
34291	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie	62.501	0,4%
09362	Kleinchirurgischer Eingriff III im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich	62.433	0,4%
31932	Behandlung mit einer orthopädischen Hilfsvorrichtung	54.252	0,3%
08541	Ultraschallgezielte und/oder laparoskopische Eizellentnahme	39.430	0,2%
15323	Kleinchirurgischer Eingriff III im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich	38.370	0,2%
01851	Untersuchung vor Sterilisation	28.427	0,2%
31912	Fraktur-Einrichtung Ellenbogen-/Kniegelenk	28.313	0,2%
31920	Kontraktionsmobilisierung	27.487	0,2%
06351	Kleinchirurgischer Eingriff am Auge II und/oder primäre Wundversorgung am Auge	26.669	0,2%
26324	Entfernung einer Ureterverweilschiene	24.477	0,1%
08560	IVF einschl. ICSI mit anschließendem Embryo-Transfer (ET)	23.947	0,1%
	insg.	16.203.814	98,7%

Quelle: IGES auf Basis der Auswertungen der Zi-Daten

Anmerkungen: * Anteil bezogen auf alle GOPs in den Abschnitten 2 und 3 (n = 16.411.911)

Bei vier GOP entfielen mindestens die Hälfte der Fälle auf Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 15 Jahren⁵²:

- ◆ GOP 15323: Kleinchirurgischer Eingriff III im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen (76 %)
- ◆ GOP 04514: Zusatzpauschale Koloskopie beim Säugling, Kleinkind, Kind oder Jugendlichen (64 %)
- ◆ GOP 04518: Zusatzpauschale (Teil-)Koloskopie und/oder Sigmoidoskopie (50 %)
- ◆ GOP 31912: Fraktur-Einrichtung Ellenbogen-/Kniegelenk (50 %)

Bei drei GOP entfiel mindestens die Hälfte der Fälle auf Personen in den Altersgruppen ab 70 Jahren:

- ◆ GOP 02321: Legen eines suprapubischen Harnblasenkatheter (71 %)
- ◆ GOP 26323: Wechsel einer Ureterverweilschiene (67 %)
- ◆ GOP 26310: Urethro(-zysto)skopie des Mannes oder gemäß den Vorgaben der Allgemeinen Bestimmungen 4.2.1 (54 %)

Bei insgesamt 37 GOP lag der Anteil der im Rahmen von Ermächtigungen erbrachten Fälle bei mehr als fünf Prozent. Berücksichtigt man lediglich Leistungen, die insgesamt mehr als 150 Fälle betrafen, dann bleiben 28 GOPs mit einem Anteil der Ermächtigungen von mehr als fünf Prozent. Den höchsten Ermächtigungs-Anteil hatte die GOP 13431 „Zusatzpauschale bilio-pankreatische Therapie“ mit einem Anteil von 90,4 % (Tabelle 8).⁵³

Die Tabelle 8 enthält erkennbar andere Leistungen als die der TOP 25 der vertragsärztlichen Versorgung (vgl. Tabelle 7). Aufgrund der Art und des möglichen Behandlungsrisikos einiger Leistungen ist nachvollziehbar, dass diese am Krankenhaus im Ermächtigungsbereich erbracht werden (siehe z. B. 13410 Bougierung des Ösophagus oder Kardiasprengung, 34284 Darstellung hirnversorgender Gefäße oder 01781 Amniozentese).

⁵² Bei einer Auswertung des EBM nach Alter ist zu berücksichtigen, dass bestimmte Ziffern per Definition altersspezifisch sind, insbesondere die Ziffern in Kapitel 4 (Kinder- und Jugendmediziner). Einige EBM-Ziffern sind zwar nicht altersbegrenzt, benennen aber Säuglinge, Kleinkinder und Kinder in der Leistungslegende.

⁵³ Aus Platzgründen werden in der Tabelle nur die GOP mit einem Ermächtigungs-Anteil von mehr als 10 % dargestellt.

Tabelle 8: Dokumentationshäufigkeit von GOP des AOP-Katalogs (Abschnitte 2 und 3) mit Ermächtigungs-Anteil > 10 %, 2019

GOP	Beschreibung	insgesamt	Anzahl Erm.	Anteil Erm.
13431	Zusatzpauschale bilio-pankreatische Therapie	769	695	90,4%
26323	Wechsel einer Ureterverweilschiene	3.577	2.167	60,6%
34284	Zuschlag Selektive Darstellung hirnversorgender Gefäße	569	277	48,9%
13410	Bougierung des Ösophagus oder Kardiasprengung	1.361	663	48,7%
13412	Perkutane Gastrostomie	1.010	475	47,0%
34286	Zuschlag Intervention	4.510	1.628	36,1%
34283	Serienangiographie	9.158	3.139	34,3%
34285	Zuschlag Selektive Darstellung anderer Gefäße	6.465	1.561	24,1%
31945	Abdrücke und Modelle V	3.161	501	15,8%
31943	Abdrücke und Modelle III	338	52	15,4%
26322	Einlegen einer Ureterverweilschiene	1.055	147	13,9%
15323	Kleinchirurgischer Eingriff III im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen	37.101	4.195	11,3%
08311	Urethro(-zysto)skopie	2.282	275	12,1%
34294	Phlebographie	4.728	509	10,8%
15322	Kleinchirurgischer Eingriff II im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich und/oder primäre Wundversorgung im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich	57.633	6.159	10,7%
01781	Fruchtwasserentnahme durch Amniozentese	6.966	733	10,5%

Quelle: IGES auf Basis der Auswertungen der Daten des Zi

2.2.5 Stationär erbrachte Leistungen des AOP-Katalogs

2.2.5.1 Übersicht anhand der amtlichen Statistik

Die DRG-Statistik enthält die Leistungshäufigkeiten der stationären Behandlungen auf OPS-Ebene. Selektiert man hieraus die OPS-Positionen, die im AOP-Katalog enthalten sind, erhält man einen ersten Überblick über die Verteilung der AOP-Leistungen auf die unterschiedlichen OPS-Kapitel. Demnach entfielen von den knapp 7,9 Mio. für das Jahr 2019 dokumentierten OPS-Leistungen mehr als die Hälfte

(56,8 %) auf Operationen, mehr als ein Drittel (37,3 %) auf diagnostische Maßnahmen bzw. bildgebende Diagnostik und knapp 6 % auf nicht operative therapeutische Maßnahmen.

Tabelle 9: Häufigkeit der stationär durchgeführten Leistungen (OPS) der Abschnitte 1 und 2 des AOP-Katalogs, 2019

OPS-Kapitel	Summe OPS-Häufigkeit	Anteil
1: Diagnostische Maßnahmen 3: Bildgebende Diagnostik	2.943.361	37,3%
5: Operationen	4.477.351	56,8%
8: nicht operative therapeutische Maßnahmen	465.681	5,9%
Summe	7.886.393	100,0%

Quelle: IGES auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes (2020)

Die folgenden Analysen der stationär erbrachten Leistungen des AOP-Katalogs basieren auf Auswertungen der Daten gemäß § 21 KHEntgG. Diese Datengrundlage bietet gegenüber den veröffentlichten Daten der amtlichen Statistik erweiterte Analysemöglichkeiten. Hierzu zählen die Zuordnung von OPS-Leistungen zu stationären Behandlungsfällen und eine Differenzierung dieser Fälle nach Kostenträgern (GKV vs. andere). Darüber hinaus lassen sich stationäre Behandlungsfälle ausschließen, bei denen zwar eine AOP-Leistung erbracht wurde, die aber i. d. R. nicht für eine ambulante Durchführung in Frage kommen (vgl. Kapitel 2.2.5.2). Schließlich ermöglichen die Daten gemäß § 21 KHEntgG weitergehende Analysen zur Abschätzung von Ambulantisierungspotenzialen. Diese beziehen sich u. a. auf Patientenmerkmale (z. B. PCCL, Pflegegrad) sowie den Behandlungskontext (via DRG-Zuordnung).

2.2.5.2 Ableitung der Analysepopulation

Im Jahr 2019 gab es an den Krankenhäusern in Deutschland 5.032.596 vollstationäre Fälle, bei denen mindestens ein OPS-Code aus dem AOP-Katalog dokumentiert wurde (Abbildung 4). Von der weiteren Analyse dieser AOP-Fälle sind einige Teilgruppen auszuschließen.

Da sich die Analyse auf den SGB V-Rechtskreis und damit auf GKV-Leistungen bezieht, sind zunächst Fälle mit Zuständigkeit anderer Kostenträger auszuschließen. Werden lediglich GKV-Versicherte berücksichtigt, verbleiben 4.443.375 Fälle in der Analysepopulation. Von diesen sind darüber hinaus Fälle auszuschließen, bei denen die Berufsgenossenschaften aufgrund eines Wegeunfalls oder einer Berufskrankheit die Erstattung der Behandlungsleistungen übernehmen (Aufnahmegrund xx02).

Sukzessive wurden des Weiteren die folgenden Fälle von der Analysepopulation ausgeschlossen, weil für diese grundsätzlich von einer stationären Behandlungsbedürftigkeit bzw. fehlenden Ambulantisierungspotenzialen auszugehen ist:

- ◆ Zuverlegungen (Aufnahmeanlass „V“ und „A“)
- ◆ Organentnahmen (Aufnahmegrund „08“)
- ◆ Wiederaufnahmen nach Komplikationen (Aufnahmegrund „07“)
- ◆ Verstorbene (Entlassungsgrund „07“)
- ◆ Entlassungen in ein Hospiz (Entlassungsgrund „11“)
- ◆ Weiterverlegungen (Entlassungsgrund „06“, „08“, „16“, „17“, „18“)

Schließlich wurden auch Fälle mit Entlassungen gegen ärztlichen Rat (Entlassungsgrund „04“, „15“) von der Analysepopulation ausgeschlossen, weil aufgrund des aus ärztlicher Sicht vorzeitigen Abbruchs der stationären Behandlung nicht beurteilt werden kann, welche Leistungen und welche Verweildauer sich bei medizinisch indizierter Behandlung ergeben hätten. Dadurch besteht die Möglichkeit, dass die Einbeziehung dieser Fälle zumindest teilweise dazu führt, die Verweildauer zu unterschätzen. Insgesamt handelt es sich jedoch um eine anteilmäßig relativ kleine Fallgruppe.

Abbildung 4: Ableitung der Analysepopulation für die Fälle mit einer OPS aus dem AOP-Katalog, 2019



Quelle: IGES auf Basis der § 21-KHEntgG-Daten

Insgesamt wurden damit rund 17,8 % (n = 895.110) der Fälle mit einer OPS aus dem AOP-Katalog von den weiteren Analysen ausgeschlossen und in der Analysepopulation verbleiben 4.137.486 Fälle.

Nicht von der Analysepopulation ausgeschlossen wurden stationäre Fälle mit dem Aufnahmearbeit Notfall. Diese in den zugrundeliegenden Daten verwendete Kategorisierung basiert nicht auf einer medizinischen Definition, sondern bezieht sich auf das (administrative) Kriterium des Zugangs (mit bzw. ohne ärztliche Einweisung). Verschiedene Studien haben gezeigt, dass die dadurch gekennzeichneten Fälle nur eingeschränkt Notfallcharakter im medizinischen Sinne, sondern teilweise elektiven Charakter aufweisen (vgl. hierzu Schreyögg et al. 2014, Huke/Robra 2015, Krämer et al. 2017).

2.2.5.3 Beschreibung der Analysepopulation auf Basis des OPS

Für die Analysepopulation mit etwas mehr als 4,1 Millionen Fällen wurden von den 2.880 unterschiedlichen OPS-Kodes des AOP-Katalogs (Abschnitte 1 und 2) 2.684 dokumentiert. Diese 2.684 OPS-Ziffern wurden insgesamt 6.481.620-mal erbracht; dies entspricht durchschnittlich rund 1,6 AOP-OPS-Leistungen je Fall.

Von den 2.684 OPS-Kodes wurden 1.005 jeweils weniger als 50-mal dokumentiert. Die 25 am häufigsten dokumentierten OPS-Kodes (endstellig) decken insgesamt rund 45,1 % aller dokumentierten Leistungen aus dem AOP-Katalog ab.

Auf 4-Steller-Ebene wurden mit 268 unterschiedlichen OPS-Kodes alle OPS-Kodes der 4-Steller-Ebene des AOP-Katalogs dokumentiert, acht davon seltener als 50-mal. Die 25 am häufigsten dokumentierten OPS-Kodes auf 4-Steller-Ebene decken insgesamt 65,4 % aller dokumentierter Leistungen aus dem AOP-Katalog ab.

Am häufigsten wurde der OPS-Kode 1-275 „Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung“ dokumentiert (n = 652.044) (Tabelle 10). An zweiter Stelle folgt die diagnostische Koloskopie (OPS 1-650).

Tabelle 10: TOP 25-Prozeduren aus den Abschnitten 1 und 2 des AOP-Katalogs (4-Steller-Ebene) – stationär am Krankenhaus, 2019

OPS-4-Steller	Beschreibung	Anzahl	Anteil	Anteil mit PCCL 0 oder 1	Anteil ohne Pflegegrad	Anteil ohne Intensiv-VWD
1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	652.044	10,1%	77,5%	88,0%	81,7%
1-650	Diagnostische Koloskopie	571.509	8,8%	68,5%	78,5%	92,7%
5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	306.318	4,7%	93,9%	100,0%	99,6%
8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	242.344	3,7%	76,9%	85,0%	94,6%
1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	223.821	3,5%	69,7%	81,5%	93,2%
5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	171.732	2,6%	72,9%	81,8%	94,6%
5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	165.119	2,5%	64,6%	73,9%	91,7%
5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	149.620	2,3%	96,3%	98,5%	99,4%
5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	140.531	2,2%	91,8%	94,7%	97,4%
3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	136.644	2,1%	62,2%	74,5%	86,4%
1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	130.643	2,0%	75,0%	82,0%	95,6%
5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	127.490	2,0%	95,2%	98,0%	99,0%
8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	119.151	1,8%	70,0%	79,0%	90,3%

OPS-4-Steller	Beschreibung	Anzahl	Anteil	Anteil mit PCCL 0 oder 1	Anteil ohne Pflegegrad	Anteil ohne Intensiv-VWD
3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	115.627	1,8%	65,2%	79,9%	80,2%
5-144	Extrakapsuläre Exzision der Linse [ECCE]	109.027	1,7%	92,5%	82,7%	99,7%
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	101.567	1,6%	73,7%	86,4%	94,5%
5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	98.389	1,5%	41,6%	69,0%	85,6%
5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	96.120	1,5%	94,6%	97,0%	99,5%
5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	92.234	1,4%	96,9%	98,4%	99,4%
5-469	Andere Operationen am Darm	90.048	1,4%	79,1%	94,3%	88,6%
5-214	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums	87.135	1,3%	97,9%	99,3%	98,2%
5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	83.657	1,3%	94,8%	98,3%	99,2%
5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	78.281	1,2%	97,7%	98,6%	99,1%
5-562	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung	74.586	1,2%	88,7%	94,5%	98,8%
5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	72.212	1,1%	86,8%	93,7%	98,3%

Quelle: IGES auf Basis der § 21-KHEntgG-Daten

Es ist zu berücksichtigen, dass viele der hier genannten Leistungen nicht notwendigerweise die Hauptleistung der dazugehörigen Krankenhausfälle waren. Ohne Kenntnis des Fallkontextes lässt sich aus der OPS-Liste das Ambulantisierungspotenzial nicht näher bestimmen. Die Linksherzkatheteruntersuchungen könnten beispielsweise als isolierte Leistung erbracht werden, sie können aber auch im Rahmen der Behandlung eines akuten Herzinfarktes oder einer instabilen Angina pectoris erfolgen, so dass eine stationäre Behandlung aufgrund des Kontextes begründet ist. Die Koloskopien dürften in der Regel im Kontext einer diagnostischen Abklärung (Blutung oder OP-Vorbereitung) durchgeführt werden. Auch Ureterschien sind beispielsweise oft im Zusammenhang mit schweren Erkrankungen erforderlich (z. B. Raumforderungen, akute Nierensteinabgänge u. a.). Die Rekonstruktionen weiblicher Geschlechtsorgane post partum sind im Kontext von Geburten zu sehen. Es gibt allerdings auch Leistungen, bei denen mit einem Anteil an ambulant durchführbaren Eingriffen zu rechnen ist (z. B. Nasenseptumkorrektur, Linksherzkatheter).

Um das Ambulantisierungspotenzial weitergehend einzugrenzen, werden im Folgenden nur die OPS-Kodes des AOP-Katalogs betrachtet, die im Zusammenhang mit stationären Fällen dokumentiert wurden, bei denen entweder diese OPS-Kodes gruppierungsrelevant waren oder bei denen zumindest kein anderer, nicht im AOP-Katalog enthaltener OPS-Kode gruppierungsrelevant war.

Unter Berücksichtigung der Gruppierungsrelevanz wurden Leistungen von Abschnitt 1 und 2 des AOP-Katalogs insgesamt 4.327.693-mal stationär durchgeführt. Bei der Differenz von mehr als 2,1 Mio. OPS-Kodes im Vergleich zur Auswertung ohne Berücksichtigung der Gruppierungsrelevanz ist davon auszugehen, dass die AOP-Leistung nicht die Hauptleistung des stationären Falles war.

Mehr als zwei Drittel (rd. 2,9 Mio. bzw. 67,3 %) der gruppierungsrelevant stationär durchgeführten AOP-Leistungen konzentrieren sich auf 25 OPS-4-Steller (Tabelle 11), unter denen diagnostische Leistungen fast 40 % ausmachen – am häufigsten die diagnostische Koloskopie (OPS 1-650 mit n = 455.068 bzw. 10,5 %). Fachbezogen dominiert unter den 25 häufigsten Leistungen der Bereich Gastroenterologie, gefolgt von den Bereichen Kardiologie, Orthopädie/Unfallchirurgie, allgemeine Chirurgie und Urologie.

Tabelle 11: TOP 25-Prozeduren des AOP-Katalogs (4-Steller-Ebene) unter Berücksichtigung der Gruppierungsrelevanz – stationär am Krankenhaus, 2019

OPS-4-Steller	Beschreibung	Anzahl	Anteil	Anteil mit PCCL 0 oder 1	Anteil ohne Pflegegrad	Anteil ohne Intensiv-VWD
1-650	Diagnostische Koloskopie	455.068	10,5%	73,9%	79,1%	96,7%
1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	310.698	7,2%	84,4%	87,9%	89,8%
5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	294.811	6,8%	94,1%	100,0%	99,8%
1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	174.394	4,0%	75,9%	82,3%	97,4%
8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	159.613	3,7%	82,1%	84,7%	97,5%
5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	143.801	3,3%	77,8%	82,6%	97,5%
5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	132.059	3,1%	92,6%	94,8%	97,8%
5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	122.309	2,8%	96,7%	98,5%	99,5%
5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	109.448	2,5%	73,0%	72,9%	94,7%
5-144	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]	100.659	2,3%	92,3%	82,1%	99,8%
5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	88.171	2,0%	95,5%	98,0%	99,2%
5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	79.423	1,8%	97,2%	98,4%	99,4%
5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	76.266	1,8%	95,2%	97,2%	99,6%

OPS-4-Steller	Beschreibung	Anzahl	Anteil	Anteil mit PCCL 0 oder 1	Anteil ohne Pflegegrad	Anteil ohne Intensiv-VWD
5-562	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung	72.158	1,7%	89,5%	94,7%	99,0%
5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	63.424	1,5%	46,2%	67,4%	91,7%
1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	62.599	1,4%	78,8%	78,1%	97,4%
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	62.010	1,4%	81,0%	89,3%	97,5%
8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	61.485	1,4%	75,6%	79,2%	95,2%
5-214	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums	56.472	1,3%	98,2%	99,3%	98,3%
3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	55.974	1,3%	71,0%	75,4%	94,5%
5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	54.994	1,3%	95,1%	98,1%	99,3%
5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	54.449	1,3%	89,1%	95,0%	99,2%
5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	45.462	1,1%	59,1%	74,8%	75,7%
3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	42.364	1,0%	74,5%	79,4%	93,0%
1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	34.731	0,8%	72,7%	73,5%	95,6%

Quelle: IGES auf Basis der § 21-KHEntgG-Daten

2.2.5.4 Beschreibung der Analysepopulation auf Basis von DRGs

Die Möglichkeiten zur Einschätzung von Ambulantisierungspotenzialen der stationär durchgeführten AOP-Leistungen werden erweitert, wenn die Fälle mit entsprechenden OPS-Kodierungen mittels einer DRG-Statistik ausgewertet werden. Diese liefert zusätzliche Informationen zum Behandlungskontext und lässt Rückschlüsse auf die Hauptleistung zu, die dem Krankenhausaufenthalt zugrunde liegt.

Die Fälle mit einem OPS-Kode aus dem AOP-Katalog lassen sich insgesamt 1.304 unterschiedlichen DRGs zuordnen. Von den mehr als 4,1 Millionen Fällen mit einem OPS-Kode aus dem AOP-Katalog entfielen mehr als 1,7 Millionen Fälle auf die 25 häufigsten DRGs, was einem Anteil von rund 41,3 % entspricht.

Die meisten Fälle entfielen auf die DRG 060C „Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen“ (n = 193.611; 4,7 %) (Tabelle 12). Weitere DRGs unter den 25 häufigsten mit relativ hohen Fallanteilen beziehen sich auf kardiologische Leistungen (invasive kardiologische Diagnostik und perkutane Koronarangioplastie) mit Anteilen von insgesamt 10,6 % aller Fälle der Analysepopulation und auf die Behandlung von Verdauungserkrankungen (Ösophagitis u. a.) mit Fallanteilen von insgesamt 5,6 %. Unter den 25 häufigsten, durch die DRG beschriebenen Leistungskontexte von stationär dokumentierten AOP-OPS-Kodes befinden sich außerdem Erkrankungen der Harnorgane sowie Eingriffe bei Hernien, an der Nase bzw. an den Nasennebenhöhlen, am Anus, am Schulter-, Knie- und Ellbogengelenk sowie aus dem augenärztlichen Bereich die extrakapsuläre Linsenextraktion (Katarakt-Operationen).

Der jeweilige Anteil der Fälle mit AOP-Leistungen an allen vollstationären Fällen variiert zwischen den TOP 26-DRGs sehr stark und reicht von 17,8 % bei der DRG G67B (Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane mit anderen komplizierenden Faktoren oder mit äußerst schweren CC) bis zu 94,8 % bei der DRG F59E (Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne aufwendigen, bestimmten oder bestimmten anderen Eingriff, ohne Mehrfacheingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag).

Die Auflistung der 25 häufigsten DRG-Leistungen i. V. m. stationär dokumentierten AOP-OPS-Kodes verdeutlicht bereits die unterschiedlichen möglichen Leistungskontexte, die dazu beitragen können, das Ambulantisierungspotenzial identischer OPS-Leistungen kontextbezogen einzuschätzen. So ermöglichen beispielsweise die auf die Behandlung von Verdauungserkrankungen bezogenen DRGs eine Unterscheidung nach Schweregraden (ohne vs. mit anderen komplizierenden Faktoren, ohne vs. mit äußerst schwere CC oder „mäßig schwere Erkrankungen“).

Tabelle 12: TOP 25-DRGs der vollstationären Fälle mit einem OPS-Kode aus dem AOP-Katalog (nach Häufigkeit), 2019

DRG	Beschreibung	Anzahl	Anteil*	Anteil PCCL0/1	Anteil ohne Pflegegrad	Anteil Alter <80 Jahre
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen	193.611	49,9%	97,8%	100,0%	100,0%
F49G	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei BT > 1, ohne komplexe Diagnose, ohne best. Eingriff	171.463	81,6%	97,1%	92,1%	82,3%
G24C	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, ohne beidseitigen Eingriff, ohne komplexen Eingriff, Alter > 13 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC	125.342	71,1%	92,5%	94,4%	87,4%
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne bestimmte oder andere komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC	103.898	21,3%	87,0%	84,4%	81,6%
F58B	Perkutane Koronarangioplastie ohne äußerst schwere CC	90.640	79,7%	85,2%	92,0%	79,6%
L64B	Andere Erkrankungen der Harnorgane mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter Diagnose, mehr als ein Belegungstag oder Urethrozystoskopie, außer bei angeborener Fehlbildung, Alter > 2 Jahre	82.000	71,2%	86,2%	77,1%	77,0%
C08B	Extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE) ohne angeborene Fehlbildung der Linse oder bestimmte Eingriffe an der Linse	75.113	88,9%	91,7%	79,8%	64,8%
F49F	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17	67.998	70,2%	89,4%	86,4%	75,7%

DRG	Beschreibung	Anzahl	Anteil*	Anteil PCCL0/1	Anteil ohne Pflegegrad	Anteil Alter <80 Jahre
	Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei BT > 1, ohne best. kompl. Diagnose, mit best. Eingr.					
F52B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention	67.799	75,8%	83,4%	89,9%	79,9%
G71Z	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane	66.216	67,8%	88,0%	87,5%	80,9%
G67B	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane mit anderen komplizierenden Faktoren oder mit äußerst schweren CC	60.859	17,8%	76,6%	74,0%	59,8%
L20C	Transurethrale Eingr. außer Prostatares. und kompl. Ureterorenoskop. ohne ESWL, ohne kompl. Eingriff od. andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie oder mit ESWL bei Harnsteinen, ohne äuß. schw. CC, Alter > 15 J. und Alter < 90 J.	59.425	54,1%	85,3%	91,5%	86,1%
H41D	Andere aufwendige ERCP ohne bestimmte ERCP, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexen Eingriff, ohne Radiofrequenzablation mit endoskopischer Stentimplantation oder bestimmte endoskopische Eingriffe	54.766	87,3%	82,1%	77,1%	70,1%
G26B	Andere Eingriffe am Anus, Alter > 15 Jahre, außer bei bestimmter bösartiger Neubildung, ohne kleinen Eingriff am Rektum	48.526	47,4%	92,6%	95,7%	94,7%
D38Z	Mäßig komplexe Eingriffe an der Nase oder an den Nasennebenhöhlen	48.493	86,9%	98,4%	99,2%	99,6%
D06C	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an Speicheldrüsen, Rachen, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose	46.031	61,0%	96,8%	99,0%	98,9%

DRG	Beschreibung	Anzahl	Anteil*	Anteil PCCL0/1	Anteil ohne Pflegegrad	Anteil Alter <80 Jahre
F39B	Unterbindung und Stripping von Venen ohne beidseitigen Eingriff, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC	42.726	84,3%	98,5%	98,8%	96,1%
O60C	Vaginale Entbindung mit schwerer oder mäßig schwerer komplizierender Diagnose oder Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen	42.628	49,0%	84,4%	99,9%	100,0%
F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention oder ohne äußerst schwere CC oder Kryoplastie	40.097	76,2%	80,9%	92,3%	80,0%
L20B	Transurethrale Eingr. auß. Prostatares. und kompl. Ureterorenoskop. ohne ESWL, mit kompl. Eingriff od. andere Eingriffe an der Urethra bei Para- / Tetraplegie od. mit ESWL bei Harnsteinen, oh. äußerst schwere CC oder Alter < 16 J. oder Alter > 89 J.	39.537	57,1%	86,3%	92,3%	89,7%
I29B	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder best. Osteosynthesen an der Klavikula ohne kompliz. Diagnose, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen oder sonst. arthroskopische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette mit bestimmten Eingriffen an der Schulter	38.001	71,6%	97,0%	98,7%	98,4%
I18B	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne beidseitigen Eingriff am Kniegelenk	36.804	81,3%	96,0%	98,2%	97,1%
N25Z	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose oder andere kleine Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen	36.548	83,8%	95,9%	99,1%	99,6%
I30C	Bestimmte komplexe ohne sehr komplexe Eingriffe am Kniegelenk	36.428	n/a	96,8%	99,5%	99,7%

DRG	Beschreibung	Anzahl	Anteil*	Anteil PCCL0/1	Anteil ohne Pflegegrad	Anteil Alter <80 Jahre
F59E	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne aufwendigen, bestimmten oder bestimmten anderen Eingriff, ohne Mehrfacheingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag	34.258	94,8%	87,7%	86,7%	82,2%

Quelle: IGES auf Basis der § 21-KHEntgG-Daten

Anmerkungen: * Anteil an allen vollstationären Fällen der jeweiligen DRG (vollstationäre Fälle gemäß InEK-DatenBrowser DRG 2019 gruppiert nach 2020).

n/a: aufgrund von Änderungen der DRG-Einteilung im Jahr 2020 keine Angabe möglich.

2.2.6 Selektivvertraglich erbrachte Leistungen des AOP-Katalogs

2.2.6.1 Ergebnisse der Befragung

Aufgrund ihres explorativen Charakters bot die Befragung zu AOP-Leistungen, die im Rahmen selektivvertraglicher Versorgung durchgeführt wurden, den Teilnehmern relativ offene Antwortformate. Infolgedessen fiel die Art der gemachten Angaben vergleichsweise heterogen aus. Nicht alle Befragungsteilnehmenden machten Angaben zu konkreten OPS-Leistungen der selektivvertraglichen Versorgung, sondern teilweise wurde nur allgemein der Leistungsbereich des Vertrages (z. B. Leistenhernien oder Varizen) genannt, während andere ergänzend Tabellen und (Vertrags-)dokumente hinzufügten. Einige Verträge wurden zudem nicht auf Basis von spezifischen OPS-Kodes geschlossen. Zudem gaben einige Befragungsteilnehmende OPS-Ziffern nicht endstellig an.⁵⁴

Von den Informationen, die ausgewertet werden konnten, ergaben sich Selektivverträge mit insgesamt 561 unterschiedlichen OPS-Kodes, die derzeit im AOP-Katalog enthalten sind. Die meisten dieser Eingriffe lassen sich den Bereichen

- ◆ Orthopädie / Unfallchirurgie
- ◆ Augenheilkunde
- ◆ Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
- ◆ Gynäkologie

zuordnen. Es handelt sich bei diesen Leistungen überwiegend um kleinere Eingriffe (z. B. Handchirurgie). Darüber hinaus finden sich Leistungen zu den Bereichen Allgemeine Chirurgie (u. a. Hernienverschluss, Proktologie), Gefäßchirurgie, Kardiologie, Neurochirurgie, Radiologie und Urologie.

Die OPS-Kodes aus dem AOP-Katalog, die derzeit Gegenstand von Selektivverträgen sind, werden in Tabelle 13 zusammenfassend auf 4-Steller-Ebene dargestellt.

⁵⁴ Eine zusätzliche Schwierigkeit ergab sich durch vergleichsweise alte Verträge, deren OPS-Ziffern nicht mehr im aktuellen OPS-Katalog enthalten sind.

Tabelle 13: OPS-Kodes des AOP-Katalogs mit selektivvertraglichem Leistungskontext, 2019

OPS 4-Steller	Beschreibung	Anzahl der genannten zugehörigen endstelligen OPS-Kodes
5-144	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]	44
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	38
5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	33
5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	20
5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	19
5-840	Operationen an Sehnen der Hand	16
5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	15
5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	13
5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	12
5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	12
5-663	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]	12
5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	12
5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	12
5-531	Verschluss einer Hernia femoralis	10
5-847	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand	10
5-300	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx	9
5-671	Konisation der Cervix uteri	8
5-093	Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium	6
5-146	(Sekundäre) Einführung und Wechsel einer alloplastischen Linse	6
5-813	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes	6
5-808	Offen chirurgische Arthrodese	6
5-841	Operationen an Bändern der Hand	6

OPS 4-Steller	Beschreibung	Anzahl der genannten zugehörigen endstelligen OPS-Kodes
1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	6
5-392	Anlegen eines arteriovenösen Shunttes	6
5-214	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums	6
5-139	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare	5
5-098	Vertikale Lidverlängerung	5
5-889	Andere Operationen an der Mamma	5
5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	5
8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	5
5-10a	Verstärkende Eingriffe an einem geraden Augenmuskel	4
5-10b	Schwächende Eingriffe an einem geraden Augenmuskel	4
5-10g	Schwächende Eingriffe an einem schrägen Augenmuskel	4
5-10k	Kombinierte Operationen an den Augenmuskeln	4
5-096	Andere Rekonstruktion der Augenlider	4
5-155	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea	4
5-092	Operationen an Kanthus und Epikanthus	4
5-094	Korrekturoperation bei Blepharoptosis	4
5-657	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung	4
5-184	Plastische Korrektur absteigender Ohren	4
5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	4
5-195	Tympanoplastik (Verschluss einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen)	4
5-10e	Andere Operationen an den geraden Augenmuskeln	3
5-10f	Verstärkende Eingriffe an einem schrägen Augenmuskel	3
5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	3
5-491	Operative Behandlung von Analfisteln	3

OPS 4-Steller	Beschreibung	Anzahl der genannten zugehörigen endstelligen OPS-Kodes
5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	3
5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	3
5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	3
5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	3
1-697	Diagnostische Arthroskopie	3
5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	3
5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	3
5-221	Operationen an der Kieferhöhle	3
5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehenscheide	3
5-846	Arthrodese an Gelenken der Hand	3
5-211	Inzision der Nase	3
5-216	Reposition einer Nasenfraktur	3
5-159	Vitrektomie über anderen Zugang und andere Operationen am Corpus vitreum	2
5-10c	Chirurgie der Abrollstrecke (Faden-Operation, Myopexie)	2
5-10d	Transposition eines geraden Augenmuskels	2
5-10h	Transposition eines schrägen Augenmuskels	2
5-10j	Andere Operationen an den schrägen Augenmuskeln	2
5-091	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	2
5-097	Blepharoplastik	2
5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	2
5-666	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina	2
5-702	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes	2
5-711	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)	2
5-882	Operationen an der Brustwarze	2
5-842	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger	2

OPS 4-Steller	Beschreibung	Anzahl der genannten zugehörigen endstelligen OPS-Kodes
5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	2
5-536	Verschluss einer Narbenhernie	2
5-041	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven	2
5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	2
5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	2
5-854	Rekonstruktion von Sehnen	2
5-824	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität	2
5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe	2
5-562	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung	2
5-285	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	2
5-153	Revision, Wechsel und Entfernung einer Cerclage oder Plombe, die zur Fixation der Netzhaut angelegt wurde	1
5-154	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut	1
5-095	Naht des Augenlides	1
5-113	Konjunktivaplastik	1
5-114	Lösung von Adhäsionen zwischen Konjunktiva und Augenlid	1
5-137	Andere Operationen an der Iris	1
5-142	Kapsulotomie der Linse	1
5-145	Andere Linsenextraktionen	1
5-147	Revision und Entfernung einer alloplastischen Linse	1
5-149	Andere Operationen an der Linse	1
5-535	Verschluss einer Hernia epigastrica	1
5-653	Salpingoovariektomie	1
5-660	Salpingotomie	1
5-661	Salpingektomie	1
5-673	Amputation der Cervix uteri	1

OPS 4-Steller	Beschreibung	Anzahl der genannten zugehörigen endstelligen OPS-Kodes
5-675	Andere Rekonstruktion der Cervix uteri	1
5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	1
5-881	Inzision der Mamma	1
5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	1
5-469	Andere Operationen am Darm	1
1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	1
1-672	Diagnostische Hysteroskopie	1
5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Ge- lenkbereich eines langen Röhrenknochens	1
5-222	Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle	1
5-804	Offen chirurgische Operationen an der Patella und ihrem Halteapparat	1
5-806	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapsel- bandapparat des Sprunggelenkes	1
5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	1
5-849	Andere Operationen an der Hand	1
5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	1
5-851	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie	1
5-918	Syndaktylie- und Polydaktyliekorrektur der Zehen	1
5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	1
3-600	Arteriographie der intrakraniellen Gefäße	1
3-601	Arteriographie der Gefäße des Halses	1
3-602	Arteriographie des Aortenbogens	1
3-603	Arteriographie der thorakalen Gefäße	1
3-604	Arteriographie der Gefäße des Abdomens	1
3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	1
3-606	Arteriographie der Gefäße der oberen Extremitäten	1
3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	1
3-608	Superselektive Arteriographie	1

OPS 4-Steller	Beschreibung	Anzahl der genannten zugehörigen endstelligen OPS-Kodes
5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	1
5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	1
1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	1
5-585	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra	1
5-185	Konstruktion und Rekonstruktion des äußeren Gehörganges	1
5-219	Andere Operationen an der Nase	1
5-220	Nasennebenhöhlenpunktion	1
5-194	Myringoplastik [Tympanoplastik Typ I]	1
5-188	Andere Rekonstruktion des äußeren Ohres	1
5-280	Transorale Inzision und Drainage eines pharyngealen oder parapharyngealen Abszesses	1

Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenkassen und Leistungserbringer

2.2.6.2 Auswertungen von medicalnetworks

Nach eigener Einschätzung deckt die medicalnetworks CJ GmbH & Co.KG ungefähr ein Viertel des GKV-Selektivvertragsmarktes ab. Über die medicalnetworks wurden 220 unterschiedliche OPS-Ziffern aus dem AOP-Katalog insgesamt 51.505-mal abgerechnet. Dabei konzentrierte sich das selektivvertragliche Leistungsspektrum extrem stark auf augenärztliche Behandlungen: Rund 87 % der dokumentierten Leistungen entfielen auf lediglich zwei OPS-Ziffern aus dem Bereich der Extrakapsuläre Extraktion der Linse (5-144.5a und 5-144.3a) (Tabelle 14). 141 OPS-Ziffern wurden hingegen jeweils weniger als 10-mal abgerechnet.

Weitere über medicalnetworks selektivvertraglich abgerechnete AOP-Leistungen zählten zu den Bereichen Chirurgie / Orthopädie (Arthroskopien, Hand-/Fußchirurgie), Phlebologie (Varizen) und Proktologie (Hämorrhoiden).

Tabelle 14: OPS-Kodes des AOP-Katalogs (endstellig) mit selektivvertraglichem Leistungskontext und Abrechnung über medicalnetworks (TOP 25), 2019

OPS-Ziffer	Beschreibung	Anzahl	Anteil
5-144.5a	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	32.513	63,1%

OPS-Ziffer	Beschreibung	Anzahl	Anteil
5-144.3a	Extrakapsuläre Extradktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über sklero-kornealen Zugang: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	12.275	23,8%
5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	616	1,2%
5-813.4	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Plastik des vorderen Kreuzbandes mit sonstiger autogener Sehne	591	1,1%
5-814.3	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	517	1,0%
5-385.70	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena magna	409	0,8%
5-811.2h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Kniegelenk	348	0,7%
5-144.3e	Extrakapsuläre Extradktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über sklero-kornealen Zugang: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, Sonderform der Intraokularlinse	335	0,7%
5-144.5e	Extrakapsuläre Extradktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, Sonderform der Intraokularlinse	315	0,6%
5-492.00	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals: Exzision: Lokal	219	0,4%
5-810.4h	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung freier Gelenkkörper: Kniegelenk	181	0,4%
5-812.0h	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel: Kniegelenk	134	0,3%
5-385.90	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Exhairese (als selbständiger Eingriff): V. saphena magna	127	0,2%
5-385.72	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena parva	117	0,2%
5-812.7	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusrefixation	95	0,2%
5-657.62	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Endoskopisch (laparoskopisch)	93	0,2%
5-214.6	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des	86	0,2%

OPS-Ziffer	Beschreibung	Anzahl	Anteil
	Nasenseptums: Plastische Korrektur mit Resektion		
5-810.2h	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Kniegelenk	80	0,2%
5-056.40	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Hand: Offen chirurgisch	79	0,2%
5-493.2	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Exzision (z.B. nach Milligan-Morgan)	79	0,2%
5-788.5e	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Os metatarsale I, mehrdimensionale Osteotomie	78	0,2%
5-788.56	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Digitus I	66	0,1%
5-385.d0	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: (Isolierte) Rezidivcrossektomie: V. saphena magna	65	0,1%
5-385.4	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Transkutane Unterbindung der Vv. perforantes (als selbständiger Eingriff)	62	0,1%
5-812.fh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pri-die, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Kniegelenk	62	0,1%

Quelle: IGES auf Basis der Auswertungen von medicalnetworks

2.2.7 Sektorenübergreifende Betrachtung

2.2.7.1 Sektorale Anteile an den erbrachten Leistungen des AOP-Katalogs

Eine vollständige Übersicht über sämtliche erbrachte AOP-Leistungen konnte – trotz Nutzung der unterschiedlichen Datengrundlagen und Sonderauswertungen (vgl. Kapitel 2.1.2) – nicht erstellt werden. Folgende Datenlücken bestehen:

- ◆ Es existiert keine umfassende Datenquelle oder Statistik zur Anzahl und Struktur der im Rahmen selektivvertraglicher Versorgung erbrachten AOP-Leistungen.
- ◆ Für die ambulant am Krankenhaus erbrachten AOP-Leistungen enthalten die strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser zwar die leistungsspezifischen Häufigkeiten, sie erlauben aber keine fallbezogene Betrachtung. Die Gesamtfallzahlen stammen aus anderen Statistiken (KG 2-Statistik nur für GKV-Fälle, Krankenhausstatistik für alle Fälle unabhängig vom Kostenträger). Vollständig erfasst sind in den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser darüber hinaus nur die OPS-basierten

Leistungen der Abschnitte 1 und 2 des AOP-Katalogs, so dass die Gesamthäufigkeit der Leistungen von Abschnitt 3 nicht bekannt ist (vgl. Kapitel 2.1.2.1).

- ◆ Eine wesentliche Datenlücke betrifft die AOP-Leistungen von Abschnitt 2 des Katalogs gemäß § 115b SGB V, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden. Da bei der Abrechnung dieser Leistungen für Vertragsärzte keine Verpflichtung zur OPS-Dokumentation besteht, ergeben die OPS-Häufigkeiten ein höchst unvollständiges Abbild des AOP-Leistungsvolumen für diesen Abschnitt. Mit den Abrechnungshäufigkeiten der EBM-GOP, denen die in Abschnitt 2 des AOP-Katalogs enthaltenen OPS-Kodes zugeordnet sind, wird das AOP-Leistungsvolumen für Abschnitt 2 hingegen substantiell überschätzt, weil diese GOP auch im Zusammenhang mit anderen OPS außerhalb des Katalogs gemäß § 115b SGB V abgerechnet werden können (vgl. Kapitel 2.2.4.2). Eine Abgrenzung der AOP-Leistungen bzw. AOP-Fälle anhand der EBM-Häufigkeiten ist also aufgrund der fehlenden OPS-Dokumentation nicht möglich.⁵⁵
- ◆ In ähnlicher Weise bildet die Dokumentationshäufigkeit der im AOP-Katalog enthaltenen OPS bei stationären Fällen das Leistungsvolumen im Sinne von § 115b SGB V nicht adäquat ab. Bei vielen dieser stationären Fälle stellt die AOP-OPS nicht die Hauptleistung dar, so dass diese auch nicht ohne Weiteres als AOP-Fälle kategorisiert werden können. Um den relevanten Leistungsanteil im Sinne von § 115b SGB V näherungsweise abzugrenzen, wurden daher nur die stationären Fälle betrachtet, bei denen die AOP-OPS gruppierungsrelevant waren und/oder keine anderen OPS gruppierungsrelevant waren (vgl. Kapitel 2.2.5.3). Schließlich kann auch anhand der verfügbaren Datengrundlage nicht erfasst werden, ob bzw. wie häufig Leistungen stationär erbracht werden, die den über EBM-GOP definierten Leistungen von Abschnitt 3 des AOP-Katalogs entsprechen.

Insbesondere aufgrund der Datenlücke bei den Abschnitt 2-Leistungen des AOP-Katalogs im vertragsärztlichen Bereich können die sektoralen Anteile an den insgesamt erbrachten Leistungen des AOP-Katalogs nicht vollständig bestimmt werden. Für den vertragsärztlichen Bereich lassen sich auf Basis der verfügbaren Daten nur

⁵⁵ Die in der KG 3-Statistik des BMG enthaltene Fallzahl zum ambulanten Operieren kann – im Gegensatz zu den Daten der KG 2-Statistik – nicht hilfswiese als ein Aggregat über das gesamte Leistungsspektrum des AOP-Katalogs (d. h. Abschnitte 1 bis 3) herangezogen werden. Die KG 3-Statistik bezieht sich zwar auf den vertragsärztlichen Bereich, ihr liegt aber nicht die Leistungsabgrenzung gemäß § 115b SGB V zugrunde. Stattdessen erfasst sie auch Fälle mit ambulanten Operationen, die nicht im AOP-Katalog aufgeführt sind, umgekehrt sind einige Fälle mit Leistungen des AOP-Katalogs nicht enthalten. Hinzu kommt eine Überschätzung durch separate Fallzählung aufgrund von Anästhesieleistungen, weil die Statistik primär der Erfassung von Leistungsvorgängen aus Kosten- und Abrechnungsperspektive dient (vgl. Kapitel 2.2.2).

die Leistungen der Abschnitte 1 und 3 des Katalogs trennscharf abbilden. Zu Abschnitt 3 liegen jedoch für die durch Krankenhäuser – ambulant oder stationär – erbrachten Leistungen keine (vollständigen) Daten vor. Eine Bestimmung der sektoralen Anteile an den erbrachten AOP-Leistungen ist somit nur für die Leistungen von Abschnitt 1 des AOP-Katalogs möglich. Dabei ist mit Hilfe des Merkmals der Gruppierungsrelevanz der stationäre Leistungsanteil, bei dem die AOP-Leistung die Hauptleistung darstellte, zu schätzen.

Die folgende Übersicht (Tabelle 15) zeigt eine Zusammenschau der aggregierten sektoralen Leistungshäufigkeiten und macht die bestehenden Datenlücken kenntlich.

Ohne die aufgrund von Datenlücken fehlenden Leistungsbereiche – Abschnitt 2 des AOP-Katalogs im vertragsärztlichen Bereich und Abschnitt 3 im Krankenhaus (ambulant und stationär) – ergibt sich eine Gesamtzahl von 12.935.712 OPS-Kodes, deren Erbringung dokumentiert wurde. Diese Leistungen sind insgesamt 6.113.242 ambulanten Behandlungsfällen und 2.730.643 stationären Behandlungsfällen zuzuordnen.

Allein die Häufigkeit der Leistungen von Abschnitt 1 des AOP-Katalogs kann insgesamt, d. h. für alle Sektoren, bestimmt werden: Im Jahr 2019 wurden demnach 6.863.088-mal OPS-Kodes dieses Abschnitts dokumentiert. Davon entfiel der größte Anteil mit 44,2 % auf den vertragsärztlichen Bereich, ein Fünftel (20,1 %) auf ambulante Durchführung im Krankenhaus und 35,6 % auf stationäre Behandlungsfälle. Damit wurden knapp zwei Drittel (64,4 %) der OPS-Kodes von Abschnitt 1 des AOP-Katalogs im Jahr 2019 ambulant erbracht.⁵⁶

Von den AOP-Leistungen (ohne Abschnitt 3), die ambulant im Krankenhaus erbracht wurden, entfielen 61,4 % auf Abschnitt 1-Leistungen und 38,6 % auf Abschnitt 2-Leistungen. Die stationär durchgeführten AOP-Leistungen (ohne Abschnitt 3) verteilten sich zu 56,5 % auf Abschnitt 1 und zu 43,5 % auf Abschnitt 2.

Die durchschnittliche Anzahl der AOP-OPS je Fall war im vertragsärztlichen Bereich niedriger als im Krankenhaus, wobei hier wiederum kein bereichsidentischer Vergleich möglich ist. So lag der Durchschnittswert im vertragsärztlichen Bereich bei rd. 1,24 AOP-OPS je Fall (nur Abschnitt 1-Leistungen) und bei rd. 1,36 AOP-OPS je Fall bei ambulanter Durchführung an Krankenhäusern (Leistungen der Abschnitte 1 und 2). Für Fälle mit stationärer Durchführung ergibt sich ein Durchschnittswert von rd. 1,58 AOP-OPS je Fall (ebenfalls Leistungen der Abschnitte 1 und 2). Diese Differenzen könnten auf eine tendenziell erhöhte Komplexität der

⁵⁶ Allerdings könnten die Daten zu den ambulant im Krankenhaus erbrachten Leistungen – im Unterschied zu den Daten für die vertragsärztlich oder stationär erbrachten Leistungen – auch solche enthalten, die nicht zu Lasten der GKV abgerechnet wurden (vgl. Kapitel 2.1.2.1).

an/in Krankenhäusern – ambulant oder stationär – behandelten AOP-Fälle hindeuten, allerdings zumindest teilweise auch durch unterschiedliche Kodiervorgaben verursacht sein.⁵⁷

Tabelle 15: Zusammenfassender Überblick über erbrachte Leistungen des AOP-Katalogs nach Sektoren, 2019

Anzahl	ambulant		stationär ⁽¹⁾
	vertragsärztlich	Krankenhaus	
Abschnitt 1 des AOP-Katalogs			
mind. einmal erbrachte Leistungen (OPS)	2.310	2.276	2.431
erbrachte Leistungen insg.	3.035.138	1.381.853	2.446.097
Fälle insg.	2.453.978		
Patienten insg.	2.196.579		
Abschnitt 2 des AOP-Katalogs			
erbrachte Leistungen insg.		867.925	1.881.596
Fälle insg.			
Abschnitte 1 + 2 des AOP-Katalogs			
mind. einmal erbrachte Leistungen (OPS)		2.467	2.636
erbrachte Leistungen insg.		2.249.778	4.327.693
Fälle insg.		1.652.882 ⁽²⁾	2.730.643
Abschnitt 3 des AOP-Katalogs			
erbrachte Leistungen insg.	3.323.103		
Fälle insg.	2.006.382		
Patienten insg.	1.774.396		

Quelle: IGES auf Basis der Datenauswertung des Zi, strukturierten Qualitätsberichte für das Jahr 2019, § 21-KHEntgG-Daten und der KG 2-Statistik des BMG

Anmerkungen: Die OPS-Kodes, die sowohl in Abschnitt 1 als auch in Abschnitt 2 des AOP-Katalogs vorkommen, wurden dem Abschnitt 1 zugerechnet.

⁽¹⁾ Berücksichtigt wurden nur Fälle, bei denen die OPS aus dem AOP-Katalog gruppierungsrelevant war und/oder keine weitere OPS, die nicht im AOP-Katalog enthalten ist, gruppierungsrelevant war.

⁽²⁾ Abweichende Datenquelle: Fallzahl gemäß KG 2-Statistik vs. Anzahl erbrachter Leistungen insg. gemäß strukturierter Qualitätsberichte.

Die jeweiligen Anteile der einzelnen Sektoren (ambulant – vertragsärztlich oder am Krankenhaus sowie stationär) an der Durchführung der häufigsten durch die OPS-Kodes beschriebenen Leistungen des AOP-Katalogs unterscheiden sich teilweise

⁵⁷ Während stationäre Fälle umfassend kodiert werden müssen, ist für die Abrechnung eines AOP-Falles die Angabe eines einzigen OPS-Kodes bereits ausreichend.

sehr deutlich voneinander. Für die – unabhängig von der sektoralen Zuordnung – im Jahr 2019 am häufigsten erbrachten Leistungen des AOP-Katalogs (Abschnitt 1) ergeben sich beispielsweise folgende sektoralen Anteile (Tabelle 16):

- ◆ Die „Kapsulotomie der Linse“ (OPS 5-142) und die „Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation“ (OPS 5-133) wurden nahezu ausschließlich ambulant durchgeführt, mit rund 95 % bzw. 92 % hauptsächlich vertragsärztlich.
- ◆ Nahezu vollständig stationär wurden dagegen geburtshilfliche Leistungen aus dem Bereich der Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur post partum durchgeführt (OPS 5-758), die in der Regel im Zusammenhang mit einer stationären Geburt stehen, in Einzelfällen aber möglicherweise auch stationäre Komplikationsbehandlung nach ambulanter Geburt darstellen.
- ◆ Auch die „Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung“ (OPS 5-562) wurde zu einem Anteil von 98 % stationär durchgeführt.
- ◆ Von den TOP 25-AOP-Leistungen auf 4-Steller Ebene hatte die „Biopsie ohne Inzision am Endometrium“ (OPS 1-471) den höchsten Anteil mit einer Durchführung ambulant am Krankenhaus in Höhe von rund 67 %.
- ◆ Zu den „anderen Operationen an den Blutgefäßen“ (OPS 5-399) zählt die Implantation oder der Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (OPS 5-399.5), was im Rahmen komplexer Tumortherapien bzw. Schmerzbehandlungen erfolgt. Dies geschieht erwartungsgemäß im Kontext stationärer Behandlungen des Tumorleidens (40 %) bzw. ambulant am behandelnden Krankenhaus (49 %).

Tabelle 16: TOP 25 der erbrachten Leistungen des AOP-Katalogs (Abschnitt 1, OPS auf 4-Steller-Ebene) nach sektoralen Anteilen, 2019

OPS-4-Steller	Beschreibung	Anzahl insg.	sektorale Anteile		
			vertragsärztlich	amb. am KH	stationär*
5-144	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]	710.170	67%	19%	14%
5-142	Kapsulotomie der Linse	428.100	95%	4%	0%
5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	330.250	40%	23%	37%
5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	296.372	0%	0%	99%

OPS-4-Steller	Beschreibung	Anzahl insg.	sektorale Anteile		
			vertragsärztlich	amb. am KH	stationär*
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	231.132	29%	45%	26%
5-385	Unterbindung, Exzision und Striping von Varizen	226.962	49%	16%	35%
1-672	Diagnostische Hysteroskopie	184.459	29%	54%	18%
5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	174.365	65%	23%	12%
5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	172.862	76%	6%	18%
5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	167.581	26%	54%	20%
5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	165.559	11%	9%	80%
5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	157.498	10%	49%	40%
5-840	Operationen an Sehnen der Hand	149.480	68%	14%	18%
5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	145.477	20%	20%	61%
5-155	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea	124.044	69%	27%	4%
5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	116.454	38%	14%	47%
5-640	Operationen am Präputium	114.088	52%	39%	9%
5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	110.985	26%	6%	69%
5-285	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	105.419	51%	34%	15%
5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	96.484	69%	6%	25%
1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	94.859	11%	67%	22%
5-133	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation	91.602	92%	4%	3%
5-214	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums	76.383	24%	2%	74%
5-849	Andere Operationen an der Hand	74.408	73%	19%	9%

OPS-4-Steller	Beschreibung	Anzahl insg.	sektorale Anteile		
			vertragsärztlich	amb. am KH	stationär*
5-562	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung	73.686	1%	2%	98%

Quelle: IGES auf Basis der Auswertungen der SQB-Daten, der Zi-Daten und der § 21-KhentG-Daten

Anmerkungen: * Berücksichtigt wurden nur Fälle, bei denen der OPS-Kode aus dem AOP-Katalog gruppierungsrelevant war oder keine weitere OPS, die nicht im AOP-Katalog enthalten ist, gruppierungsrelevant war.

Im Folgenden werden jeweils die fünf OPS-4-Steller-Leistungen aus Abschnitt 1 des AOP-Katalogs aufgeführt, bei denen die drei verschiedenen sektoralen Durchführungsarten (vertragsärztlich, ambulant am Krankenhaus, stationär) die höchsten Anteile an der insgesamt dokumentierten Leistungshäufigkeit hatten (Tabelle 17). Betrachtet wurden dabei nur OPS-4-Steller-Kodes mit einer Leistungshäufigkeit von insgesamt mindestens 1.000.

- ◆ Der vertragsärztliche Bereich erreichte den höchsten Leistungsanteil bei der „Kapsulotomie der Linse“ (OPS 5-142) sowie der „Exzision einer odontogenen pathologischen Veränderung des Kiefers“ (OPS 5-243) mit Anteilen von jeweils rund 95 %.
- ◆ Die ambulante Leistungserbringung am Krankenhaus dominierte bei der „Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens“ (OPS 5-636) mit einem Leistungsanteil von rund 81 % und bei der „Biopsie ohne Inzision am Endometrium“ (OPS 1-471) mit einem Anteil von rund 67 %.
- ◆ Die stationären Leistungsanteile waren am höchsten bei der „Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]“ (OPS 5-758) sowie der „Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung“ (OPS 5-562) mit Anteilen von 99 % bzw. 98 %.

Tabelle 17: TOP 5 der erbrachten Leistungen des AOP-Katalogs (Abschnitt 1, OPS auf 4-Steller-Ebene) für die drei Sektoren mit dem jeweils höchsten Anteil je Sektor, 2019

OPS-4-Steller	Beschreibung	Anzahl insg.	sektorale Anteile		
			vertragsärztlich	amb. am KH	stationär*
AOP-Leistungen (Abschnitt 1) mit höchsten Anteilen vertragsärztlich					
5-142	Kapsulotomie der Linse	428.100	95%	4%	0%
5-243	Exzision einer odontogenen pathologischen Veränderung des Kiefers	23.770	95%	2%	3%
5-225	Plastische Rekonstruktion der Nasennebenhöhlen	12.120	94%	4%	2%
5-259	Andere Operationen an der Zunge	4.352	93%	4%	3%
5-242	Andere Operationen am Zahnfleisch	1.028	94%	3%	3%
AOP-Leistungen (Abschnitt 1) mit höchsten Anteilen ambulant am Krankenhaus					
5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	226.962	26%	54%	20%
1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	184.459	11%	67%	22%
5-671	Konisation der Cervix uteri	174.365	34%	54%	12%
5-129	Andere Operationen an der Kornea	172.862	28%	59%	13%
5-636	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens	167.581	1%	81%	17%
AOP-Leistungen (Abschnitt 1) mit höchsten Anteilen stationär					
5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	296.372	0%	0%	99%
5-562	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung	73.686	1%	2%	98%
5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	47.217	2%	2%	96%
5-865	Amputation und Exartikulation Fuß	18.938	2%	1%	96%
5-889	Andere Operationen an der Mamma	2.877	3%	1%	96%

Quelle: IGES auf Basis der Auswertungen der SQB-Daten, der Zi-Daten und der § 21-KhentG-Daten

Anmerkungen: Gezeigt werden die fünf AOP-Leistungen (4-Steller-OPS-Kodes), bei denen die

drei unterschiedlichen sektoralen Durchführungsarten jeweils den höchsten Leistungsanteil erreichen. Ausgewählt wurden dabei nur OPS auf 4-Steller-Ebene mit einer Gesamthäufigkeit von mind. 1.000.

* Berücksichtigt wurden nur Fälle, bei denen die OPS aus dem AOP-Katalog gruppierungsrelevant war oder keine weitere OPS, die nicht im AOP-Katalog enthalten ist, gruppierungsrelevant war.

2.2.7.2 Sektoraler Vergleich von Patientencharakteristika

Auf Basis der Auswertung von Abrechnungsdaten einer Auswahl von Krankenkassen (vgl. Kapitel 2.1.2.4) ist es möglich, Strukturmerkmale der Patienten, die AOP-Leistungen erhalten haben, intersektoral zu vergleichen. Die zugrundeliegende Fragestellung lautet, ob sich bei AOP-Leistungen die Patientenstrukturen je nach Versorgungssetting (vertragsärztlich, ambulant im Krankenhaus, stationär) systematisch voneinander unterscheiden.

Die Stichprobe der Krankenkassendaten bezieht sich aus Gründen der Vergleichbarkeit (s. o.) ausschließlich auf Leistungen von Abschnitt 1 des AOP-Katalogs und umfasst insgesamt knapp 4,75 Mio. Fälle mit AOP-Leistungen von knapp 4,1 Mio. Versicherten im Jahr 2019. Für diese Fälle wurden insgesamt knapp 6,2 Mio. OPS-Kodes aus dem AOP-Katalog dokumentiert (Tabelle 18). Allerdings kann bei Bestimmung der stationären Leistungshäufigkeiten auf Basis der Krankenkassendaten die Gruppierungsrelevanz der dokumentierten OPS nicht berücksichtigt werden, so dass der stationäre Anteil gegenüber der vorigen Betrachtung (vgl. Tabelle 15) höher ausfällt bzw. überschätzt wird.

Tabelle 18: Leistungshäufigkeiten für Abschnitt 1 des AOP-Katalogs gemäß Abrechnungsdaten ausgewählter Krankenkassen, 2019

Anzahl	insgesamt	ambulant		stationär
		vertragsärztlich	Krankenhaus	
Versicherte mit AOP-OPS	4.059.249	1.706.271	871.664	1.717.845
Fälle mit AOP-OPS	4.746.891	1.908.203	962.397	1.876.291
AOP-OPS	6.150.563	2.115.687	1.241.237	2.793.639

Quelle: IGES auf Basis von Datenauswertungen für ausgewählte Krankenkassen

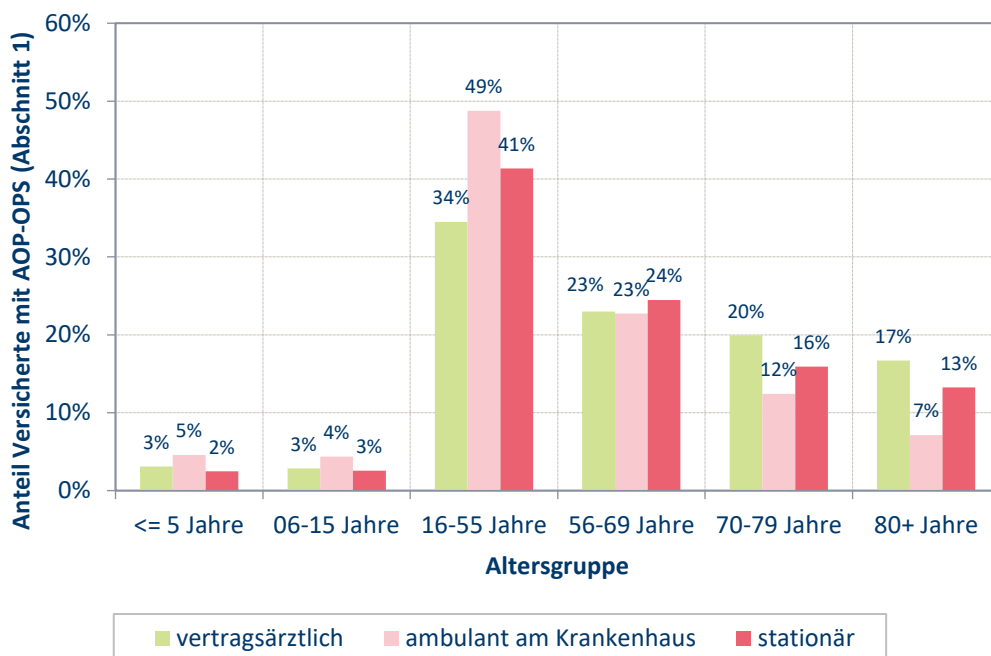
Anmerkung: Die Anzahl der Versicherten insgesamt ist niedriger als die Summe der sektoralen Versichertenzahlen, da Versicherte mit mehreren AOP-Fällen ihre Behandlungen in unterschiedlichen Sektoren erhalten haben können.

Mit der Einschränkung einer Überschätzung des stationären Anteils zeigt sich auch auf Basis der Krankenkassendaten, dass die durchschnittliche Anzahl der AOP-OPS je Fall – als ein möglicher Indikator der Fallkomplexität – am Leistungsort Krankenhaus höher liegt: Sie betrug ca. 1,11 im vertragsärztlichen Bereich gegenüber 1,29

bei ambulanter Durchführung am Krankenhaus und 1,49 bei stationärer Durchführung.⁵⁸

Aus der sektoralen Verteilung der Fälle differenziert nach Altersgruppen lässt sich dagegen keine erhöhte Fallkomplexität am Leistungsort Krankenhaus in dem Sinne ablesen, dass dort relativ höhere Anteile der Gesamtleistungshäufigkeit auf ältere Patienten entfallen (Abbildung 5). So zählten insgesamt 37 % aller Patienten mit einer AOP-Leistung im vertragsärztlichen Bereich zur Altersgruppe ab 70 Jahre, im stationären Bereich waren es 29 % und bei ambulanter Durchführung am Krankenhaus knapp 20 %.

Abbildung 5: Altersstruktur von Versicherten mit AOP-Leistung (Abschnitt 1) im sektoralen Vergleich, 2019



Quelle: IGES auf Basis von Datenauswertungen für ausgewählte Krankenkassen

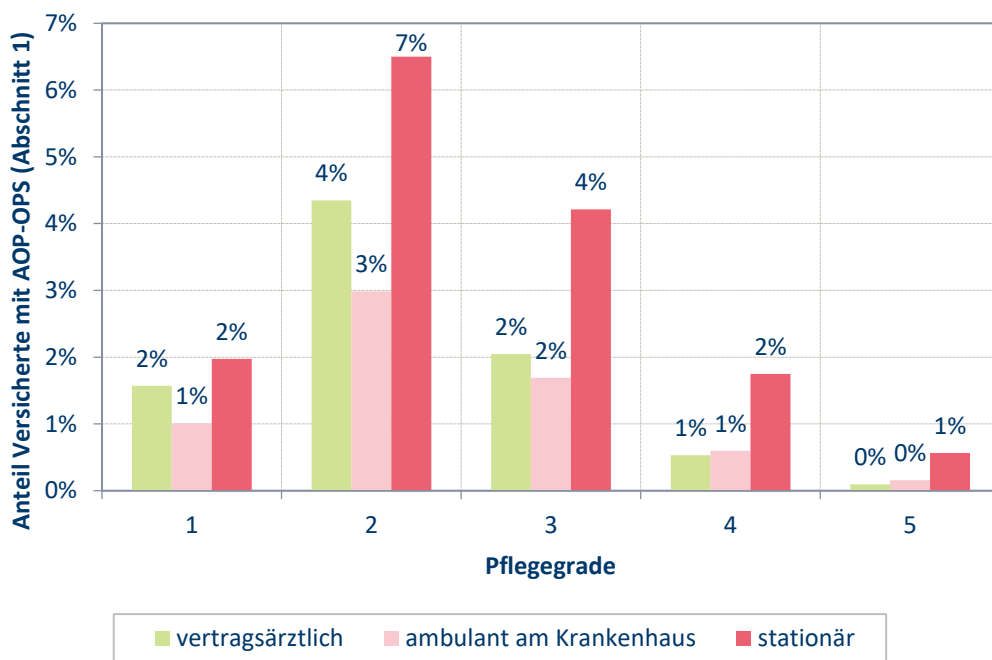
Hinsichtlich der Geschlechtsstruktur gab es in allen drei sektoralen Kontexten mehr weibliche Versicherte mit AOP-Leistungen aus Abschnitt 1 als männliche, wobei der Frauenanteil bei ambulanter Durchführung am Krankenhaus mit 60 % am höchsten war (vertragsärztlich: 57 %, stationär: 52 %).

Die unterschiedlichen Anteile von pflegebedürftigen Versicherten, differenziert nach Pflegegraden gemäß § 15 SGB XI, geben hingegen Hinweise auf eine höhere Fallkomplexität im stationären Bereich (Abbildung 6). So lag der Anteil der pflege-

⁵⁸ Allerdings sind hierbei erneut die unterschiedlichen Kodiervorgaben für stationäre vs. AOP-Fälle zu beachten (vgl. Fußnote 55).

bedürftigen Versicherten mit einer stationär durchgeführten AOP-Leistung (Abschnitt 1) bei 15 % gegenüber 9 % im vertragsärztlichen Bereich und 6 % bei ambulanter Durchführung am Krankenhaus. Insgesamt über alle Sektoren waren 11 % der Versicherten pflegebedürftig im Sinne des SGB XI, davon 8 % mit Pflegegraden 2 oder 3.

Abbildung 6: Anteil pflegebedürftiger Versicherter mit AOP-Leistung (Abschnitt 1), differenziert nach Pflegegraden, im sektoralen Vergleich, 2019



Quelle: IGES auf Basis von Datenauswertungen für ausgewählte Krankenkassen

2.2.8 Nicht erbrachte Leistungen des AOP-Katalogs

Im Jahr 2019 wurden insgesamt 125 der 2.670 im AOP-Katalog (Abschnitt 1) enthaltenen Leistungen nicht erbracht bzw. dokumentiert. Diese Leistungen verteilen sich auf 29 verschiedene Leistungsbereiche (Abgrenzung orientiert an übergeordneter OPS-4-Steller-Ebene) (Tabelle 19).

Tabelle 19: Nicht erbrachte bzw. dokumentierte AOP-Leistungen, 2019

OPS-4-Steller	Beschreibung	OPS-Leistungen (endstellig)
5-039	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen	5-039.39, 5-039.n0, 5-039.n2
5-144	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]	5-144.3g, 5-144.47, 5-144.4g
5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	5-385.d1
5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	5-530.34
5-531	Verschluss einer Hernia femoralis	5-531.34
5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	5-780.5p, 5-780.5q
5-781	Osteotomie und Korrekturosteotomie	5-781.5a
5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe	5-782.a0, 5-782.aa
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.n3, 5-787.n6, 5-787.n7, 5-787.n8, 5-787.n9, 5-787.na, 5-787.nb, 5-787.nc, 5-787.nd, 5-787.nf, 5-787.ng, 5-787.nh, 5-787.nk, 5-787.nm, 5-787.nn, 5-787.np, 5-787.nq, 5-787.nr, 5-787.ns, 5-787.nt, 5-787.pt, 5-787.gp, 5-787.m3
5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	5-788.5f, 5-788.5g, 5-788.5j
5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	5-790.94, 5-790.97, 5-790.99, 5-790.m5, 5-790.m8, 5-790.mb
5-791 5-793 5-794	Offene Reposition einer einfachen oder Mehrfragment-Fraktur im Schaft- oder Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	5-791.9q, 5-793.n9, 5-793.99, 5-794.n6
5-795 5-796	Offene Reposition einer einfachen Fraktur oder Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	5-795.4a, 5-795.4u, 5-795.4w, 5-795.5a, 5-795.5u, 5-795.5v, 5-795.6a, 5-795.6u, 5-795.6w, 5-795.8a, 5-795.8u, 5-795.8w, 5-795.eu, 5-795.hu, 5-795.ma, 5-795.mu, 5-796.4a, 5-796.4u, 5-796.4w, 5-796.5a, 5-796.hu, 5-796.mb
5-79a	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese	5-79a.19, 5-79a.6q, 5-79a.6r, 5-79a.77, 5-79a.78, 5-79a.79, 5-79a.7a, 5-79a.7b, 5-79a.7p, 5-79a.7q, 5-79a.7r, 5-79a.86, 5-79a.88, 5-79a.89, 5-79a.8a

OPS-4-Steller	Beschreibung	OPS-Leistungen (endstellig)
5-79b	Offene Reposition einer Gelenkluxation	5-79b.7c, 5-79b.7d, 5-79b.7q, 5-79b.8c, 5-79b.8q
5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	5-800.6s, 5-800.9s, 5-800.9t, 5-800.bs, 5-800.bt, 5-800.19, 5-800.b6, 5-800.b9
5-807	Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat anderer Gelenke	5-807.72, 5-807.73
5-808	Offen chirurgische Arthrodese	5-808.b7
5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	5-810.2s, 5-810.3g, 5-810.84, 5-810.85, 5-810.8s, 5-810.8t
5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	5-811.2t
5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	5-812.et, 5-812.35, 5-812.3s
5-819	Andere arthroskopische Operationen	5-819.05
5-840	Operationen an Sehnen der Hand	5-840.f3, 5-840.g0, 5-840.g2, 5-840.g3, 5-840.g5
5-847	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand	5-847.26, 5-847.27, 5-847.47
5-854	Rekonstruktion von Sehnen	5-584.9c
5-857	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien	5-857.a2

Quelle: IGES auf Basis der Datenauswertung des Zi, strukturierten Qualitätsberichte für das Jahr 2019 und § 21-KHEntgG-Daten

Von den insgesamt 2.670 im AOP-Katalog (Abschnitt 1) enthaltenen Leistungen wurden 114 nicht stationär, sondern ausschließlich ambulant erbracht bzw. dokumentiert, davon

- ◆ 27 ausschließlich ambulant am Krankenhaus,
- ◆ 47 ausschließlich vertragsärztlich und
- ◆ 40 sowohl vertragsärztlich als auch ambulant am Krankenhaus.

Sämtliche dieser 114 Leistungen hatten eine sehr geringe Leistungshäufigkeit, sie wurden nur jeweils weniger als 100-mal dokumentiert.

Vier OPS-Kodes von Abschnitt 2 des AOP-Katalogs (OPS 5-663.11, 5-663.21, 5-663.31, 5-663.51) wurden weder ambulant am Krankenhaus noch stationär erbracht.⁵⁹

Der AOP-Katalog umfasste demnach im Jahr 2019 in den Abschnitten 1 und 2 insgesamt 243 Leistungen, die keinmal stationär durchgeführt wurden und die auch ambulant entweder gar nicht oder nur relativ selten erbracht wurden.

2.3 Leistungen angrenzender Versorgungskontexte

2.3.1 Teilstationäre Fälle

Teilstationäre Behandlungen nutzen die medizinisch-organisatorische Infrastruktur eines Krankenhauses, sind aber durch eingeschränkte Verweildauern gekennzeichnet, d. h. die Zeit des Aufenthalts in der Klinik ist geringer als 24 Stunden bzw. ein Tag und eine Nacht. Im somatischen Bereich sind teilstationäre Behandlungen somit ambulanten Behandlungen im Krankenhaus gleichzusetzen.

2.3.1.1 Ableitung der Analysepopulation

Im Jahr 2019 gab es 417.879 Fälle mit dem Aufnahmegrund „teilstationär“ (ohne Begleitpersonen) (Abbildung 7). Für die weiteren Analysen wurden lediglich die GKV-Versicherten berücksichtigt.⁶⁰ Zudem wurden – analog zum Vorgehen bei der Analyse der stationär erbrachten Leistungen des AOP-Katalogs (vgl. Kapitel 2.2.5.2) – weitere Fälle ausgeschlossen, darunter Zu- und Weiterverlegungen, Organentnahmen, Wiederaufnahmen nach Komplikation, Verstorbene sowie Entlassungen gegen ärztlichen Rat. Nach Ausschluss dieser Fälle verbleiben 377.793 teilstationäre Fälle in der Analysepopulation.

⁵⁹ Zum vertragsärztlichen Bereich sind bezüglich Abschnitt 2 des AOP-Katalogs keine sektorenvergleichenden Angaben möglich (vgl. Kapitel 2.2.7.1).

⁶⁰ Dazu wurde vom GKV-Spitzenverband eine Variable zur Verfügung gestellt, die die Identifikation der GKV-Versicherten erlaubte. Diese Variable wurde auf Basis der Information über das Institutionenkennzeichen der Krankenkassen generiert.

Abbildung 7: Ableitung der Analysepopulation für die teilstationären Fälle, 2019



Quelle: IGES auf Basis der § 21-KHEntgG-Daten

2.3.1.2 Beschreibung der Analysepopulation „teilstationäre Fälle“

Für die teilstationären Fälle ohne spezifische teilstationäre DRG wird keine DRG abgerechnet; die Krankenhäuser vereinbaren mit den Kostenträgern separate Preise. Aufgrund der dokumentierten fallbezogenen Angaben können diese teilstationären Fälle mit Hilfe des DRG-Groupers einer (vollstationären) DRG zugeordnet werden, um sie medizinisch-inhaltlich einordnen zu können. Diese Zuordnung zu einer DRG mit den dazugehörigen Informationen (z. B. PCCL) kann für die späteren Analysen (Modul 3), d. h. für die Frage, welche Leistungen für eine Erweiterung des AOP-Katalogs in Frage kommen, hilfreich sein. Allerdings sind die Ergebnisse dieses näherungsweise Vorgehens nur begrenzt belastbar.⁶¹ Zur Ableitung von ergänzenden, (primär qualitativen) Hinweisen auf Ambulantisierungspotenziale erscheint dieses Vorgehen aber vertretbar.

⁶¹ Die teilstationären Fälle ohne spezifische teilstationäre DRG sind zwar formaler Bestandteil des § 21-Datensatzes, sie werden jedoch vom InEK nicht auf Qualität und Vollständigkeit geprüft. Häufig gibt es zu diesen Fällen nur Angaben zur OPS ohne dazugehörige Diagnose. Solche Fälle ordnet der Groupier einer Fehler-DRG zu, weil es keine Regel gibt, die eine Diagnose für diese Fälle verlangt. Bei teilstationären Fällen liegt zudem keine Information über die Art und Weise der Abrechnung vor, so könnten je nach regionaler Vereinbarung einzelne Tage, aber auch Fälle mit mehreren, aufeinander folgenden Tagen abgerechnet werden, so dass die Leistungshäufigkeit unterschiedlich gemessen würde.

Die teilstationären Fälle ohne teilstationäre DRG wurden insgesamt 632 „simulierten DRGs“ zugeordnet. Auf mehr als die Hälfte (57,8 %) dieser DRGs entfielen weniger als 50 teilstationäre Fälle.

Rund 5,7 % der Fälle (n = 21.472) wurden der DRG E63B „Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie oder Polygraphie bis 2 Belegungstage, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmte invasive kardiologische Diagnostik“ zugeordnet (Tabelle 20). Am zweithäufigsten war die DRG B81B „Andere Erkrankungen des Nervensystems ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandlung, mit bestimmter Diagnose“ und an dritter Stelle folgte die DRG J62B „Bösartige Neubildungen der Mamma, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC“. Es folgen weitere DRGs mit bösartigen Neubildungen verschiedener Organe. Diese dürften die überwiegend mit teilstationär durchgeführten Chemotherapien in Zusammenhang stehen.

Insgesamt machten die TOP 25 DRGs mehr als die Hälfte der teilstationären Fälle aus.

Tabelle 20: TOP 25 der den teilstationären Fällen ohne teilstationären DRGs zugeordneten DRGs (nach Häufigkeit), 2019

DRG	Beschreibung	Anzahl	Anteil an allen Fällen*	Anteil PCCL0/1	Anteil ohne Pflegegrad	Anteil Alter <80 Jahre
E63B	Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie oder Polygraphie bis 2 Belegungstage, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmte invasive kardiologische Diagnostik	21.472	5,7%	98,4%	96,4%	94,0%
B81B	Andere Erkrankungen des Nervensystems ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandlung, mit bestimmter Diagnose	14.168	3,8%	80,2%	51,8%	46,3%
J62B	Bösartige Neubildungen der Mamma, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC	14.162	3,7%	91,2%	93,2%	94,6%
E71D	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne Bronchoskopie, ohne bestimmte Lungenbiopsie, ohne endoskopische Biopsie am Respirationstrakt	14.110	3,7%	83,2%	86,1%	91,3%
G60B	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung	12.514	3,3%	91,7%	87,6%	90,6%
R65B	Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre	12.425	3,3%	90,4%	92,3%	88,9%
J61C	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter < 18 Jahre, ohne hochkomplexe Diagnose oder mäßig schwere Hauterkrankungen, mehr als ein Belegungstag	8.597	2,3%	95,2%	95,1%	88,8%
Z64D	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, Nachbehandl. nach abgeschl. Behandl. oh. Radiojoddiagnostik, oh. inv. kard. Diagn. b. Zustand n. Herz-Tx od. Alter > 17 J., oh. best. Kontak Anlass od. allergologische	8.593	2,3%	95,8%	96,2%	94,9%

DRG	Beschreibung	Anzahl	Anteil an allen Fällen*	Anteil PCCL0/1	Anteil ohne Pflegegrad	Anteil Alter <80 Jahre
Provokationstestung bis 2 BT						
U64Z	Angststörungen oder andere affektive und somatoforme Störungen	8.113	2,1%	96,1%	98,4%	97,4%
R61H	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Prozedur, Alter > 15 Jahre	8.110	2,1%	88,8%	86,0%	85,7%
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, mehr als ein Belegungstag oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur, ohne best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh.	6.550	1,7%	93,5%	81,7%	73,3%
D65Z	Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals oder Verletzung und Deformität der Nase	6.370	1,7%	98,8%	93,1%	94,4%
H61C	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne Pfortaderthrombose, Alter > 16 Jahre	5.942	1,6%	85,2%	86,9%	90,3%
J68A	Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder Alter < 16 Jahre	5.368	1,4%	97,8%	94,5%	82,1%
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag	5.270	1,4%	98,5%	96,8%	90,3%
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne bestimmte oder andere komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC	5.267	1,4%	97,6%	95,0%	96,6%

DRG	Beschreibung	Anzahl	Anteil an allen Fällen*	Anteil PCCL0/1	Anteil ohne Pflegegrad	Anteil Alter <80 Jahre
U60A	Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre	4.808	1,3%	97,3%	95,5%	100,0%
D61Z	Gleichgewichtsstörung, Hörverlust und Tinnitus	4.740	1,3%	98,5%	97,6%	91,2%
B71D	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne komplexe Diagnose, ohne Komplexbehandlung der Hand, ohne äußerst schwere oder schwere CC	4.700	1,2%	96,0%	89,5%	87,7%
M60C	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hoch- und mittelgradig komplexe Chemotherapie	4.498	1,2%	91,6%	94,6%	88,8%
K64D	Endokrinopathien ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere CC, ohne invasive endokrinologische Diagnostik	4.487	1,2%	96,0%	95,4%	97,6%
N60B	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC	4.360	1,2%	83,9%	86,1%	92,0%
I69Z	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien oder Muskel- und Sehnenenerkrankungen bei Para- oder Tetraplegie	4.229	1,1%	94,0%	82,6%	76,0%
G64B	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, ohne äußerst schwere CC	4.152	1,1%	97,3%	97,7%	100,0%
U60B	Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre	4.037	1,1%	96,9%	97,2%	97,6%

Quelle: IGES auf Basis der § 21-KHEntgG-Daten

Anmerkungen: Bezogen auf alle teilstationären Fälle in der Analysepopulation

2.3.1.3 Entwicklung der teilstationären Fälle im Zeitraum 2017 bis 2019

Die Fallzahlen bei den teilstationären Fällen – vor und nach Selektion – sind im Zeitraum von 2017 auf 2019 um 1,3 % gesunken (Tabelle 21).

Tabelle 21: Entwicklung der Fallzahlen der teilstationären Fälle, 2017 bis 2019

	2017	2018	2019	Veränderung 2017/2019
Anzahl Fälle insgesamt	423.333	430.034	417.879	-1,3%
Anzahl Fälle in der Analyse- population nach Selektion	382.678	389.306	377.793	-1,3%

Quelle: IGES auf Basis der § 21-KHEntgG-Daten

Betrachtet man die TOP-25-DRGs (nach Anzahl der ihnen zugeordneten teilstationären Fälle), gab es im Zeitraum 2017 bis 2019 insbesondere Anstiege bei den DRGs B81B „Andere Erkrankungen des Nervensystems ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte aufwendige/hochaufwendige Behandlung“, I68D „Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, mehr als ein Belegungstag oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur, ohne best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh.“ und K64D „Endokrinopathien ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere CC, ohne invasive endokrinologische Diagnostik, Alter > 17 Jahre oder außer bei bösartiger Neubildung“.

Rückläufig waren dagegen insbesondere die Fallzahlen, die DRGs im onkologischen Bereich betrafen, nämlich die DRG N60B „Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC“, J62B „Bösartige Neubildungen der Mamma, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC“ und G60B „Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung“ zugeordnet wurden.

2.3.2 Vorstationäre Fälle ohne anschließende vollstationäre Behandlung

Wie auch teilstationäre Fälle sind vorstationäre Behandlungen, denen keine vollstationären Behandlungen folgen, ambulanten Behandlungen im Krankenhaus gleichzusetzen.

2.3.2.1 Ableitung der Analysepopulation

Im Jahr 2019 gab es gemäß den Auswertungen der § 21-KHEntgG-Daten 2.322.227 vorstationäre Fälle ohne anschließende vollstationäre Behandlung („Aufnahmegrund 04“) (Abbildung 8). Für die weiteren Analysen wurden lediglich die GKV-Versicherten berücksichtigt. Dies führte zu einem Ausschluss von mehr als 900.000

Fällen.⁶² Da das InEK bei den vorstationären Fällen keine Qualitätssicherung vornimmt, ist davon auszugehen, dass bei diesen ausgeschlossenen Fällen teilweise das Institutionenkennzeichen der Krankenkassen nicht eingetragen wurde, so dass sich unter ihnen GKV-Fälle befinden, die als solche in der Datengrundlage nicht identifizierbar sind. Für die weiteren Analysen blieb somit als einzige Möglichkeit, alle Fälle, die als Nicht-GKV-Fall markiert sind, auszuschließen.

Zudem wurden – analog zum Vorgehen der vorigen Analysen (vgl. Kapitel 2.2.5.2 und 2.3.1.1) – weitere Fälle ausgeschlossen, darunter Zu- und Weiterverlegungen, Organentnahmen, Wiederaufnahmen nach Komplikation, Verstorbene sowie Entlassungen gegen ärztlichen Rat. Nach Ausschluss dieser Fälle verbleiben 1.347.552 vorstationäre Fälle ohne anschließende vollstationäre Behandlung in der Analysepopulation.

Abbildung 8: Ableitung der Analysepopulation für die vorstationären Fälle ohne anschließende vollstationäre Behandlung, 2019



Quelle: IGES auf Basis der § 21-KHEntgG-Daten

2.3.2.2 Beschreibung der Analysepopulation vorstationäre Fälle ohne anschließende vollstationäre Behandlung

Die Behandlung vorstationärer Fälle ohne anschließenden stationären Aufenthalt wird nicht im Rahmen des DRG-Systems vergütet, sondern durch eine zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen vereinbarten Pauschale abgegolten. Analog

⁶² Der Ausschluss dieser Fälle führt zu keiner systematischen Verzerrung der Ergebnisse.

zum Vorgehen bei den teilstationären Fällen können diese Fälle vom Grouper einer DRG zugeordnet werden, um sie medizinisch-inhaltlich einordnen zu können. Hierbei sind entsprechend die methodischen Einschränkungen zu berücksichtigen (vgl. Kapitel 2.3.1.2).

Von den vorstationären Fällen der Analysepopulation waren rund 12,4 % (n = 167.499) nicht gruppierbar (DRG 960Z). Weitere 1,3 % (n = 18.186) der vorstationären Fälle hatten eine unzulässige Hauptdiagnose (DRG 961Z). Die restlichen 1.161.867 vorstationären Fälle konnten insgesamt 611 „simulierten DRGs“ zugeordnet werden; auf 345 DRGs entfielen jeweils weniger als 50 vorstationäre Fälle ohne anschließende vollstationäre Behandlung.

Rund 6,4 % der Fälle (n = 74.716) wurden der DRG G72B „Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane, Alter > 2 Jahre oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter > 2 Jahre und Alter < 56 Jahre oder ohne CC“ zugeordnet (Tabelle 22). Am zweithäufigsten war die DRG G67C „Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne bestimmte oder andere komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC“, und an dritter Stelle folgte die DRG I68E „Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulen-bereich, ein Belegungstag“.

Es ist anhand der DRGs nicht sicher zu erkennen, ob die Patienten unter Nutzung der „abgebrochenen vorstationären Behandlung“ zur Durchführung bestimmter Leistungen an das Krankenhaus verwiesen wurden oder ob es sich um Akutfälle handelte, bei denen nach Ausschluss schwererer bzw. akut behandlungsbedürftiger Erkrankungen kein weiterer Behandlungsbedarf bestand. Bei der DRG G67C könnte es sich um Fälle handeln, die gezielt zur Koloskopie eingewiesen wurden (die DRG-Beschreibung umfasst die Diagnose gastrointestinale Blutung und die Prozedur der Koloskopie). Bei der DRG G72B könnte der Ausschluss einer akuten bzw. operationspflichtigen Appendizitis im Vordergrund gestanden haben. Bei der DRG F74Z sind Herzinfarktausschlüsse zu vermuten. Auch verschiedene ambulant behandelbare Verletzungen, nicht stationär behandlungsbedürftige Erkrankungen der Wirbelsäule sowie Fälle mit Nasenbluten oder Mittelohrentzündung finden sich in der Tabelle 22. Es ist nachvollziehbar, wenn sich Krankenhäuser bei solchen Fällen nach Erstabklärung im Sinne des § 39 SGB V gegen die stationäre Weiterbehandlung entscheiden und vorstationäre Pauschalen abrechnen.

Tabelle 22: TOP 25 der DRGs der vorstationären Fälle ohne anschließende vollstationäre Behandlung (nach Häufigkeit), 2019

DRG	Beschreibung	Anzahl	Anteil an allen Fällen*	Anteil PCCL0/1	Anteil ohne Pflegegrad	Anteil Alter <80 Jahre
G72B	Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane, Alter > 2 Jahre oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter > 2 Jahre und Alter < 56 Jahre oder ohne CC	74.716	6,4%	99,8%	99,1%	95,5%
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne bestimmte oder andere komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC	69.778	6,0%	99,8%	98,7%	92,3%
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag	34.254	2,9%	99,8%	98,7%	87,1%
F65B	Periphere Gefäßkrankheiten ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte	34.065	2,9%	99,5%	97,8%	79,9%
G71Z	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane	30.530	2,6%	99,8%	98,6%	90,2%
I69Z	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien oder Muskel- und Sehnerkrankungen bei Para- oder Tetraplegie	29.205	2,5%	99,9%	98,4%	82,7%
F71B	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, ohne kathetergestützte elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung	27.884	2,4%	99,7%	98,6%	82,7%
I71B	Muskel- und Sehnerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, ohne	27.528	2,4%	99,5%	97,9%	86,1%

DRG	Beschreibung	Anzahl	Anteil an allen Fällen*	Anteil PCCL0/1	Anteil ohne Pflegegrad	Anteil Alter <80 Jahre
	Zerebralparese, ohne Kontraktur					
F74Z	Thoraxschmerz und sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems	24.430	2,1%	98,9%	98,8%	92,1%
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, mehr als ein Belegungstag oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur, ohne best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh.	23.870	2,1%	99,9%	98,1%	87,7%
F63B	Venenthrombose ohne äußerst schwere CC	23.816	2,0%	99,9%	98,0%	84,1%
J65A	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma mit komplexer Diagnose	23.474	2,0%	99,6%	95,3%	71,7%
L64D	Andere Erkrankungen der Harnorgane ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte Diagnose oder ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre	23.338	2,0%	99,9%	96,4%	79,5%
J64B	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus ohne äußerst schwere CC	20.621	1,8%	99,8%	96,9%	86,3%
I77Z	Mäßig schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk	20.416	1,8%	99,8%	98,9%	93,1%
I75B	Schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk ohne CC oder Entzündungen von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln ohne äußerst schwere oder schwere CC	19.671	1,7%	99,8%	98,7%	90,5%
E69E	Bronchitis und Asthma bronchiale, Alter > 5 Jahre, ein Belegungstag oder Alter > 5 Jahre und Alter < 56 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Beschwerden und Symptome d. Atmung ohne komplexe Diagnose, Alter	17.982	1,5%	98,6%	97,7%	88,9%

DRG	Beschreibung	Anzahl	Anteil an allen Fällen*	Anteil PCCL0/1	Anteil ohne Pflegegrad	Anteil Alter <80 Jahre
	> 15 Jahre oder bei Hyperventilation					
I74C	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 Jahre	17.054	1,5%	100,0%	98,5%	87,7%
E63B	Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie oder Polygraphie bis 2 Belegungstage, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmte invasive kardiologische Diagnostik	15.560	1,3%	99,2%	99,3%	95,1%
D61Z	Gleichgewichtsstörung, Hörverlust und Tinnitus	15.481	1,3%	99,3%	98,7%	88,9%
D65Z	Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals oder Verletzung und Deformität der Nase	15.402	1,3%	99,8%	99,0%	93,8%
F67D	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung, Alter > 17 Jahre	15.068	1,3%	99,6%	97,7%	81,6%
X60Z	Verletzungen und allergische Reaktionen	14.619	1,3%	99,8%	96,9%	82,8%
J62B	Bösartige Neubildungen der Mamma, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC	14.426	1,2%	99,2%	99,0%	88,8%
D62Z	Blutung aus Nase und Rachen oder Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter > 2 Jahre	14.251	1,2%	99,7%	98,7%	93,1%

Quelle: IGES auf Basis der § 21-KHEntgG-Daten

Anmerkungen: Bezogen auf alle vorstationären Fälle der Analysepopulation ohne die DRGs 960Z und 961Z (n = 1.161.867)

2.3.2.3 Entwicklung der vorstationären Fälle ohne anschließende vollstationäre Behandlung im Zeitraum 2017 bis 2019

Die Fallzahlen bei den vorstationären Fällen ohne anschließende vollstationäre Behandlung sind im Zeitraum von 2017 auf 2019 um 0,9 % gestiegen (Tabelle 23). Allerdings wurden in den Jahren 2018 und 2019 überproportional mehr Fälle aufgrund der Selektionskriterien (vgl. dazu Kapitel „Ableitung der Analysepopulation“) aus der Analysepopulation ausgeschlossen, so dass die Fallzahl der Analysepopulation im Zeitraum 2017 bis 2019 um 1,3 % zurückgegangen ist.

Tabelle 23: Entwicklung der Fallzahlen der vorstationären Fälle ohne anschließende vollstationäre Behandlung, 2017 bis 2019

	2017	2018	2019	Veränderung 2017/2019
Anzahl Fälle insgesamt	2.300.643	2.330.322	2.322.227	0,9%
Anzahl Fälle in der Analysepopulation nach Selektion	1.365.878	1.362.114	1.347.552	-1,3%

Quelle: IGES auf Basis der § 21-KHEntgG-Daten

Betrachtet man die TOP-25-DRGs (nach Anzahl der ihnen zugeordneten vorstationären Fälle), gab es im Zeitraum 2017 bis 2019 insbesondere einen Anstieg bei der DRG F74Z „Thoraxschmerz und sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems“ (ca. +16 %). Auch die vorstationären Fallzahlen, die der DRG J64B „Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus ohne äußerst schwere CC“ zugeordnet wurden, sind im betrachteten Zeitraum gestiegen (ca. +8 %).

Rückläufig waren dagegen insbesondere die Fallzahlen, die den DRGs J68B „Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre“ und I68E „Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag“ zugeordnet wurden (jeweils ca. -36 %).⁶³

2.3.3 Vollstationäre Fälle mit geringer Verweildauer (Kurzlieger)

2.3.3.1 Ableitung der Analysepopulation

Als Kurzlieger wurden für dieses Gutachten alle Krankenhausfälle mit einer Verweildauer von unter drei Tagen (inkl. Stundenfälle) definiert. Demgegenüber bezeichnen nach der vom Statistischen Bundesamt verwendeten Definition Kurzlieger solche Patientinnen und Patienten, die wegen einer vollstationären

⁶³ Aufgrund von Umstellungen in der DRG-Systematik gab es bei einigen DRGs noch größere Veränderungen. Diese wurden hier nicht berücksichtigt. Darüber hinaus sind die oben erwähnten methodischen Einschränkungen zu beachten (vgl. Kapitel 2.3.1.2).

Behandlung mindestens eine Nacht und höchstens drei Nächte im Krankenhaus verbracht haben. Entsprechende Zahlenangaben des Statistischen Bundesamtes sind daher mit den Fallzahlen in dieser Auswertung nicht vergleichbar.

Im Jahr 2019 gab es gemäß der oben genannten Definition 6.737.814 Kurzlieger-Fälle (Abbildung 9). Nach Ausschluss der Nicht-GKV-Versicherten, der Organentnahmen, der Zu- und Weiterverlegungen, der Verstorbenen sowie der Entlassungen in ein Hospiz sowie gegen ärztlichen Rat (vgl. zum Vorgehen Kapitel 2.2.5.2) konnten 5.297.824 Kurzlieger-Fälle für die weiteren Analysen berücksichtigt werden.

Abbildung 9: Ableitung der Analysepopulation für die Kurzlieger, 2019



Quelle: IGES auf Basis der § 21-KHEntg-Daten

2.3.3.2 Beschreibung der Analysepopulation „Kurzlieger“

Die mehr als fünf Millionen Kurzlieger-Fälle entfielen auf insgesamt 1.062 unterschiedliche DRGs. Von diesen wurden 314 DRGs jeweils weniger als 50 Kurzlieger-Fälle zugeordnet.

Inhaltlich ergibt sich ein vielfältiges Leistungsbild (Tabelle 24). Es finden sich bei den nach Fallzahlen TOP-25 DRGs der Kurzlieger-Fälle Notfallbehandlungen wie die DRG B80Z, die vorwiegend Gehirnschütterungen beinhalten dürfte, oder die DRG F74Z, welche u. a. Infarktausschlüsse umfasst. Auch die DRGs G67C (gastrointestinale Blutungen), F71B (Herzrhythmusstörungen) oder V60B (akute Alkoholintoxi-

kation) dürften häufig abklärungsbedürftige Notfälle enthalten. Einige DRGs betreffen verschiedene geburtshilfliche Fallgruppen (bezogen auf Mütter bzw. Neugeborene). Andererseits finden sich DRGs mit operativen Leistungen, teils mit Überschneidung zu den in vorangegangenen Kapiteln genannten ambulanten Eingriffen, wie z. B. DRG G24C (Herniotomie), DRG G26B (proktologische Eingriffe), DRG G08B (Kataraktoperationen) oder DRG E63B (Schlafapnoe).

Tabelle 24: TOP 25 der DRGs der Kurzlieger-Fälle (nach Häufigkeit), 2019

DRG	Beschreibung	Anzahl	Anteil an vollstationären Fällen*	Anteil PCCL0/1	Anteil ohne Pflegegrad	Anteil Alter <80 Jahre
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne bestimmte oder andere komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC	234.532	48,2%	92,7%	88,5%	99,5%
P67E	Neugeborener Einling, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag, ohne bestimmte Prozedur ohne bestimmte Diagnosen beim Neugeborenen	191.741	30,3%	99,8%	100,0%	100,0%
B80Z	Andere Kopfverletzungen	133.964	58,5%	94,7%	80,1%	99,4%
F71B	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, ohne kathetergestützte elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung	124.031	42,8%	93,6%	93,3%	99,6%
G24C	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, ohne beidseitigen Eingriff, ohne komplexen Eingriff, Alter > 13 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC	118.891	67,5%	96,1%	97,3%	99,8%
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen	105.486	27,2%	98,9%	100,0%	100,0%
F49G	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei BT > 1, ohne komplexe	96.912	46,1%	98,3%	94,3%	99,7%

DRG	Beschreibung	Anzahl	Anteil an vollstationären Fällen*	Anteil PCCL0/1	Anteil ohne Pflegegrad	Anteil Alter <80 Jahre
	Diagnose, ohne best. Eingriff					
G72B	Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane, Alter > 2 Jahre oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter > 2 Jahre und Alter < 56 Jahre oder ohne CC	78.561	59,6%	98,0%	95,8%	99,9%
G67B	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane mit anderen komplizierenden Faktoren oder mit äußerst schweren CC	74.700	21,9%	90,7%	88,4%	99,8%
F67D	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung, Alter > 17 Jahre	72.243	33,1%	97,5%	87,6%	99,7%
F74Z	Thoraxschmerz und sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems	68.920	61,1%	97,7%	93,3%	99,9%
G26B	Andere Eingriffe am Anus, Alter > 15 Jahre, außer bei bestimmter bösartiger Neubildung, ohne kleinen Eingriff am Rektum	68.552	66,9%	96,2%	98,0%	100,0%
C08B	Extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE) ohne angeborene Fehlbildung der Linse oder bestimmte Eingriffe an der Linse	65.332	77,3%	91,8%	79,4%	99,6%
E63B	Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie oder Polygraphie bis 2 Belegungstage, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmte invasive kardiologische Diagnostik	64.828	59,3%	92,3%	93,1%	99,9%
G71Z	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane	61.547	63,0%	91,6%	89,8%	99,8%

DRG	Beschreibung	Anzahl	Anteil an vollstationären Fällen*	Anteil PCCL0/1	Anteil ohne Pflegegrad	Anteil Alter <80 Jahre
F58B	Perkutane Koronarangioplastie ohne äußerst schwere CC	60.304	53,0%	91,7%	94,6%	99,8%
O65A	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplexer Diagnose oder komplizierendem Eingriff oder ein Belegungstag	58.720	65,9%	97,9%	99,9%	100,0%
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag	58.695	72,5%	98,1%	92,8%	99,9%
F73B	Synkope und Kollaps, Alter > 13 Jahre oder mehr als ein Belegungstag	52.944	32,9%	94,8%	85,6%	99,8%
V60B	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit ohne psychotisches Syndrom, ohne HIV-Krankheit	49.808	46,6%	96,3%	96,8%	100,0%
L64B	Andere Erkrankungen der Harnorgane mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter Diagnose, mehr als ein Belegungstag oder Urethrozystoskopie, außer bei angeborener Fehlbildung, Alter > 2 Jahre	49.509	43,0%	91,1%	79,9%	99,8%
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, mehr als ein Belegungstag oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur, ohne best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh.	49.069	16,5%	98,1%	90,9%	99,9%
L64D	Andere Erkrankungen der Harnorgane ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte Diagnose oder ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre	48.634	59,1%	97,3%	91,8%	99,9%
E71D	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst	48.314	34,2%	62,8%	74,8%	99,9%

DRG	Beschreibung	Anzahl	Anteil an vollstationären Fällen*	Anteil PCCL0/1	Anteil ohne Pflegegrad	Anteil Alter <80 Jahre
	schwere CC, ohne Bronchoskopie, ohne bestimmte Lungenbiopsie, ohne endoskopische Biopsie am Respirationstrakt					
J65B	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma ohne komplexe Diagnose	46.757	60,2%	95,7%	71,4%	99,7%

Quelle: IGES auf Basis der § 21-KHEntgG-Daten

Anmerkungen: * Anteil Kurzlieger in Bezug auf alle vollstationären Fälle (vollstationäre Fälle gemäß InEK-DatenBrowser DRG 2019 gruppiert nach 2020).

2.3.3.3 Entwicklung der Kurzlieger-Fälle im Zeitraum 2017 bis 2019

Die Anzahl der Kurzlieger-Fälle ist im Zeitraum von 2017 bis 2019 um 3,6 % gestiegen; die Analysepopulation – nach Selektion bestimmter Fälle (vgl. dazu Kapitel „Ableitung der Analysepopulation“) – wuchs um 4,9 % (Tabelle 25).

Tabelle 25: Entwicklung der Fallzahlen der Kurzlieger-Fälle, 2017 bis 2019

	2017	2018	2019	Veränderung 2017/2019
Anzahl Fälle insgesamt	6.503.674	6.594.850	6.737.814	3,6%
Anzahl Fälle in der Analysepopulation nach Selektion	5.051.508	5.157.899	5.297.824	4,9%

Quelle: IGES auf Basis der § 21-KHEntgG-Daten

Betrachtet man die TOP-25-DRGs (nach Fallhäufigkeit), gab es im Zeitraum 2017 bis 2019 insbesondere einen Anstieg bei der DRG G71Z „Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane“ (+17,7 %). Auch die Fallzahlen der beiden DRGs G67B bzw. G67C (Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane) sind im beobachteten Zeitraum gestiegen (+15,6 % bzw. +8,0 %).

Rückläufig waren dagegen die Fallzahlen insbesondere der DRG E63B „Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie oder Polygraphie bis 2 Belegungstage, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmte invasive kardiologische Diagnostik“ (-16,8 %).⁶⁴

Im Rahmen der Analysen zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser in der Coronakrise wurde jüngst die Entwicklung der Fallzahlen bei ausgewählten DRGs betrachtet, bei denen ein substanzieller Anteil der Fälle auf kurze Verweildauern (1 bis max. 3 Tage) entfällt und bei denen daher ein ambulantes Potenzial vermutet wird (RWI/TU Berlin 2021, S. 35 ff.). Starke und dauerhafte Fallzahlrückgänge während der Pandemie werden als zusätzlicher Hinweis auf ein hohes ambulantes Potenzial gewertet. Für das Jahr 2020 konnte bei mehreren operativen DRGs eine starke Abnahme der Fallzahlen gegenüber dem Vorjahr festgestellt werden. Darunter befinden sich auch einige DRGs, die in Tabelle 24 aufgeführt sind, nämlich DRG C08B „Extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE) ohne angeborene Fehlbildung der Linse oder bestimmte Eingriffe an der Linse“ (Fallzahl -22 %), DRG G26B

⁶⁴ Grundsätzlich können die beschriebenen Veränderungen – zumindest teilweise – auch auf jährliche Anpassungen des DRG-Katalogs bzw. der DRG-Definitionen zurückzuführen sein. Umstellungen in der DRG-Systematik erklären bei einigen DRGs noch größere Veränderungen. Daher wurden diese hier nicht berücksichtigt.

„Andere Eingriffe am Anus, Alter > 15 Jahre, außer bei bestimmter bösartiger Neubildung, ohne kleinen Eingriff am Rektum“ (-17 %) und DRG G24C „Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, ohne beidseitigen Eingriff, ohne komplexen Eingriff, Alter > 13 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC“ (Fallzahl -17 %). Deutlich schwächer war der Fallzahlrückgang bei der diagnostischen DRG F49G „Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei BT > 1, ohne komplexe Diagnose, ohne best. Eingriff“ (-5 %).

2.3.4 Ambulant-sensitive Krankenhausfälle

2.3.4.1 Ableitung der Analysepopulation

Das Konzept der „ambulant-sensitiven Krankenhausfälle“ (ASK) umfasst Diagnosen, bei denen davon ausgegangen wird, dass stationäre Krankenhausaufenthalte durch eine effektive und rechtzeitige ambulante Versorgung prinzipiell vermeidbar sind. Darunter fallen z. B. akut auftretende Beschwerden oder Krankheiten, die durch ambulante Behandlung kontrolliert werden können oder die durch Impfungen bzw. andere präventive Maßnahmen zu verhindern gewesen wären.

Grundsätzlich handelt es sich bei ASK um eine primär diagnosebasierte Einstufung von stationären Fällen als ambulant behandelbar, die jedoch weitergehende Umstände eines Falles, die u. U. eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit begründen können, nur begrenzt berücksichtigt. Das heißt, dass als ambulant sensitiv gekennzeichnete Krankenhausfälle nicht in jedem Einzelfall ambulantisierbar sind bzw. gewesen wären. Darunter können z. B. Patienten fallen, die bei ausreichender ambulanter Behandlung nicht stationär behandlungsbedürftig hätten werden sollen, bei denen jedoch aus unterschiedlichen möglichen Gründen (z. B. fehlende Compliance oder fehlende ambulante pflegerische Betreuungskapazitäten) die ambulante Versorgung nicht entsprechend funktionierte. Als Folge kann es zur stationären Behandlungsbedürftigkeit kommen, die dann vom Krankenhaus nicht mehr abzuwenden ist.

Im Vordergrund der Auswahl von Diagnosen zur Kennzeichnung „vermeidbarer“ Krankenhausaufenthalte steht daher primär, dass bei diesen Diagnosen die ambulante Behandlung den Regelfall darstellen sollte und ein entsprechendes Behandlungspotenzial besteht. Vor diesem Hintergrund ist anhand der identifizierten „ambulant-sensitiven Krankenhausfälle“ nur eine grobe Näherung des Umfangs möglich, in dem Krankenhäuser Leistungen erbringen, die grundsätzlich auch ambulant erbracht werden könnten.

Hinsichtlich der Abgrenzung von ASK existieren unterschiedliche Konzepte und eine eindeutige, trennscharfe Abgrenzung der relevanten Fälle ist nicht möglich.

Die hier zugrundeliegende Abgrenzung wurde im Rahmen eigener voriger Forschungsarbeiten entwickelt.⁶⁵ Als ambulant-sensitive Krankenhausfälle wurden alle Fälle mit einer der in Tabelle 57 im Anhang A6 genannten Diagnosen klassifiziert. Die ASK-Diagnoseliste umfasst in der hier gewählten Abgrenzung 77 ICD-3-Steller und 353 ICD-4-Steller.

Im Jahr 2019 gab es gemäß dieser Definition 4.604.448 Fälle mit einer ambulant-sensitiven Diagnose (Abbildung 10). Nach Ausschluss u. a. der Nicht-GKV-Versicherten, der Fälle mit Organentnahmen, Zu- und Weiterverlegungen, Verstorbene, Entlassungen in ein Hospiz sowie gegen ärztlichen Rat blieben 3.560.260 ASK-Fälle für die weiteren Analysen.

Abbildung 10: Ableitung der Analysepopulation für die ambulant-sensitiven Krankenhausfälle, 2019



Quelle: IGES auf Basis der § 21-KHEntgG-Daten

⁶⁵ Die hier zugrundeliegende Abgrenzung der „ambulant-sensitiven Krankenhausfälle“ basiert auf einem Forschungsvorhaben, welches das IGES Institut im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) durchgeführt hat (Albrecht et al. 2014). Die dort vorgenommenen Abgrenzungen wurden unter Berücksichtigung einer Delphi-Studie von Sundmacher et al. (2015) und im Rahmen weiterer eigener Studien (Albrecht/Sander 2015, Albrecht/Zich 2016 und Albrecht et al. 2017) angepasst bzw. ergänzt.

2.3.4.2 Beschreibung der Analysepopulation

Die ASK-Fälle der Analysepopulation wurden insgesamt 1.304 unterschiedlichen DRGs zugeordnet. Auf 256 DRGs entfielen jeweils weniger als 50 Fälle.

Auf die häufigsten 25 DRGs entfielen insgesamt mehr als die Hälfte (51,8 %) aller ASK-Fälle der Analysepopulation. Den größten Anteil hatte die DRG G67C (Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne bestimmte oder andere komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC) mit 170.479 ASK-Fällen (Tabelle 26).

Ambulant sensitive Krankenhausfälle sind nicht in jedem Einzelfall ambulantisierbar (s. o.). Ein Beispiel hierfür sind Ulkusblutungen (ohne Tumor). Angesichts der heutzutage zur Verfügung stehenden Medikamente sollte es nur noch in seltenen Fällen zu derartigen Blutungen kommen. Wenn sie aber auftreten, z. B. weil der Patient die Medikamente nicht genommen hat, handelt es sich um Notfälle, die stationär behandelt werden müssen. Auch die Alkoholintoxikation (DRG V60B) ist in der Tabelle enthalten. Hier wäre zwar theoretisch präventiv eine Vermeidung eines solchen Zustandes möglich. Wie allgemein bekannt, gelingt dies nicht immer. Wenn Patienten intoxikiert ein Krankenhaus erreichen, das am Ende der Behandlungskette steht, ist eine stationäre Behandlung nicht mehr abzuwenden. Auch viele stationäre Behandlungen wegen Herzinsuffizienz (DRG F62C) sollten bei adäquater ambulanter Einstellung vermeidbar sein. Wenn es aber zur Dekompensation kommt, weil beispielsweise ältere Patienten ihre Medikamente nicht ordnungsgemäß einnehmen oder Flüssigkeitsrestriktionen nicht beachten, kann eine stationäre Behandlung unvermeidlich sein.

Insgesamt enthält die Liste der DRGs mit den meisten ASK-Fällen Hinweise auf ambulantisierbare Behandlungen. Es wird deutlich, dass diese nicht nur prozeduraler Art sind. Daneben enthält die Tabelle durch die DRG bezeichnete Erkrankungen mit Potenzialen zur Verbesserung der Patientenüberwachung im ambulanten Bereich bzw. zur Verbesserung der intersektoralen Zusammenarbeit.

Tabelle 26: TOP 25-DRGs nach Anzahl der ASK-Fälle, 2019

DRG	Beschreibung	Anzahl	Anteil an vollstationären Fällen *	Anteil PCCL0/1	Anteil ohne Pflegegrad	Anteil Alter <80 Jahre
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne bestimmte oder andere komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC	170.479	35,0%	85,9%	80,0%	80,1%
E79D	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne kompl. Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne best. mäßig aufwendige Behandlung, Alter > 0 J., ohne äußerst schwere od. schwere CC od. Alter >13 J.	169.069	n/a	59,9%	60,6%	64,5%
F62C	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC oder ohne Dialyse, ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne best. hochaufw. Beh., mehr als ein Belegungstag, ohne best. akutes Nierenversagen oder ohne äußerst schwere CC	147.105	41,7%	55,5%	35,6%	35,7%
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, mehr als ein Belegungstag oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur, ohne best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh.	125.156	42,1%	96,5%	85,6%	80,8%
L63F	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte mäßig aufwendige / aufwendige / hochaufwendige Behandlung, ohne Komplexbeh. MRE, ohne best. schwere Infektionen, Alter > 5 und < 18 Jahre, ohne schwere CC od. Alter > 17 und < 90 Jahre	110.913	71,1%	70,7%	55,8%	64,8%
K62C	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie, ohne kompliz. Diagnose, ohne endoskopische Einlage eines Magenballons, ohne	97.913	58,7%	72,2%	31,9%	34,7%

DRG	Beschreibung	Anzahl	Anteil an vollstationären Fällen *	Anteil PCCL0/1	Anteil ohne Pflegegrad	Anteil Alter <80 Jahre
	äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, ohne best. aufwendige / hochaufwendige Behandlung, Alter > 15 Jahre					
J64B	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus ohne äußerst schwere CC	91.962	n/a	80,6%	77,7%	80,3%
G67B	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane mit anderen komplizierenden Faktoren oder mit äußerst schweren CC	90.384	26,5%	84,0%	82,4%	80,9%
F49G	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei BT > 1, ohne komplexe Diagnose, ohne best. Eingriff	85.760	40,8%	96,4%	90,8%	81,7%
V60B	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit ohne psychotisches Syndrom, ohne HIV-Krankheit	74.904	70,0%	93,4%	95,9%	98,7%
C08B	Extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE) ohne angeborene Fehlbildung der Linse oder bestimmte Eingriffe an der Linse	68.914	81,5%	91,7%	79,7%	63,8%
E69B	Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als 1 BT u. Alter > 55 J. od. mit äuß. schw. od. schw. CC, Alt. > 0 J. od. 1 BT od. oh. äuß. schw. od. schw. CC, Alt. < 1 J. od. flex. Bronchoskopie, Alt. < 16 J. od. best. mäßig aufw. Beh., m. RS-Virus-Infekt.	54.554	82,1%	66,2%	59,8%	59,4%
F58B	Perkutane Koronarangioplastie ohne äußerst schwere CC	54.299	47,7%	84,0%	91,4%	79,6%

DRG	Beschreibung	Anzahl	Anteil an vollstationären Fällen *	Anteil PCCL0/1	Anteil ohne Pflegegrad	Anteil Alter <80 Jahre
F67D	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung, Alter > 17 Jahre	54.180	24,8%	91,3%	70,8%	59,0%
F71B	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, ohne kathetergestützte elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung	48.033	16,6%	92,0%	90,4%	83,0%
F73B	Synkope und Kollaps, Alter > 13 Jahre oder mehr als ein Belegungstag	47.733	29,7%	88,4%	72,9%	67,2%
E65C	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Diagnose, ohne FEV1 < 35% oder ein Belegungstag oder Alter > 1 Jahr, ohne bestimmte mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung	45.855	32,0%	55,5%	53,0%	69,0%
F72B	Angina pectoris ohne äußerst schwere CC	44.964	90,4%	89,2%	85,5%	76,2%
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag	44.492	54,9%	98,5%	93,9%	88,3%
F39B	Unterbindung und Stripping von Venen ohne beidseitigen Eingriff, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC	44.321	87,5%	98,4%	98,6%	95,8%
D62Z	Blutung aus Nase und Rachen oder Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter > 2 Jahre	44.221	n/a	93,0%	92,7%	93,4%
C64Z	Glaukom, Katarakt und Erkrankungen des Augenlides	34.662	93,6%	99,0%	93,6%	81,8%
B80Z	Andere Kopfverletzungen	33.061	14,4%	87,1%	56,2%	55,1%

DRG	Beschreibung	Anzahl	Anteil an vollstationären Fällen *	Anteil PCCL0/1	Anteil ohne Pflegegrad	Anteil Alter <80 Jahre
F49F	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei BT > 1, ohne best. kompl. Diagnose, mit best. Eingr.	30.711	31,7%	87,2%	84,1%	75,7%
E69D	Bronchitis und Asthma bronchiale, Alter > 0 Jahre und Alter < 6 Jahre und ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Störungen der Atmung mit Ursache in der Neonatalperiode oder Alter < 16 Jahre außer bei Hyperventilation	30.553	n/a	96,0%	97,8%	100,0%

Quelle: IGES auf Basis der § 21-KHEntgG-Daten

Anmerkungen * Anteil ASK-Fälle in Bezug auf alle vollstationären Fälle (vollstationäre Fälle gemäß InEK-Datenbrowser DRG 2019 gruppiert nach 2020).
n/a: aufgrund von Änderungen der DRG-Einteilung im Jahr 2020 keine Angabe möglich.

Zusätzlich wurden für die TOP25-DRG mit den meisten ASK-Fällen Patientenmerkmale ausgewertet, welche als Einflussfaktoren vorhandener Ambulantisierungspotenziale gewertet werden können. So werden Ambulantisierungspotenziale tendenziell höher veranschlagt in Fällen mit geringeren Schweregraden (PCCL) und bei Patienten, die nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind bzw. kein sehr hohes Alter haben.

Die zusätzlich ausgewerteten Patientenmerkmale der TOP 25-DRG mit den meisten ASK-Fällen zeigen hierzu Folgendes:

- ◆ Die Mehrheit der ASK-Fälle der jeweiligen DRG weist einen geringen Schweregrad (PCCL 0 oder 1) aus. Die Anteile mit geringen Schweregraden liegen zwischen 55,5 % (DRGs F62C und E65C) und 99,0 % (DRG G64Z). Der mit den Fallzahlen gewichtete durchschnittliche Anteil beträgt 78,1 %.
- ◆ Knapp drei Viertel der Gesamtzahl der ASK-Fälle der TOP 25-DRGs betreffen Patienten ohne Pflegegrad gemäß SGB XI (72,5 %) bzw. Patienten, die das 80. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten (71,0 %). Die geringsten Anteile gab es unter den ASK-Fällen der DRG K62C (verschiedene Stoffwechselerkrankungen) mit 31,9 % der ASK-Fälle ohne Pflegegrad und 34,7 % im Alter unter 80 Jahre.

2.3.4.3 Entwicklung der ASK-Fälle im Zeitraum 2017 bis 2019

Die Anzahl der ASK-Fälle ist im Zeitraum von 2017 bis 2019 um 18,3 % gestiegen; die Analysepopulation – nach Selektion bestimmter Fälle (vgl. dazu Kapitel „Ableitung der Analysepopulation“) – um 17,6 % (Tabelle 27).

Tabelle 27: Entwicklung der Fallzahlen der ASK-Fälle, 2017 bis 2019

	2017	2018	2019	Veränderung 2017/2019
Anzahl Fälle insgesamt	3.890.829	3.871.449	4.604.448	18,3%
Anzahl Fälle in der Analysepopulation nach Selektion	3.026.430	3.005.679	3.560.260	17,6%

Quelle: IGES auf Basis der § 21-KHEntgG-Daten

Betrachtet man die TOP-25-DRGs (nach Fallhäufigkeit), gab es im Zeitraum 2017 bis 2019 insbesondere Anstiege bei den DRGs G67B bzw. G67C (Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane).

Rückläufig waren dagegen die Fallzahlen insbesondere der DRG F39B („Unterbindung und Stripping von Venen ohne beidseitigen Eingriff, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC“) sowie E69B (Bronchitis und Asthma bronchiale).⁶⁶

Im Rahmen der Analysen zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser in der Coronakrise wurde jüngst die Fallzahlentwicklung ambulant-sensitiver Behandlungen betrachtet (RWI/TU Berlin 2021, S. 31 ff.). Starke und dauerhafte Fallzahlrückgänge während der Pandemie werden als zusätzlicher Hinweis auf ein hohes ambulantes Potenzial gewertet. Demnach ist die Anzahl der Behandlungsfälle mit fünf ausgewählten ambulant-sensitiven Hauptdiagnosen⁶⁷ im Jahr 2020 gegenüber dem Vorjahr um durchschnittlich 18 % zurückgegangen. Überdurchschnittlich stark waren die Rückgänge der Fälle mit Asthma und COPD (-29 % bzw. -28 %), unterdurchschnittlich bei Herzinsuffizienz (-12 %). Die Studienautoren halten es für nicht unwahrscheinlich, dass sich diese Entwicklung verstetigt, d. h. dauerhaft zu beobachten sein wird.

2.3.5 Primäre Fehlbelegung

2.3.5.1 Ergebnisse der Befragung der Krankenkassen

Anzahl der Prüfverfahren

Im Jahr 2019 wurden von den 30 teilnehmenden Krankenkassen, die Angaben zu der Anzahl der Prüfverfahren machten, mehr als 2,8 Millionen Prüfverfahren eingeleitet.⁶⁸ Durchschnittlich knapp jedes fünfte Prüfverfahren davon wurde mit dem Prüfanlass „primäre Fehlbelegung“ eingeleitet. Der Anteil der Prüfverfahren mit Prüfanlass „primäre Fehlbelegung“ lag bei den Krankenkassen zwischen rund 7 % und rund 39 % aller Prüfverfahren.

Durchschnittlich wurde bei rund 82 % der Prüfverfahren auf „primäre Fehlbelegung“ eine MDK-Prüfung in Auftrag gegeben. Der Anteil lag bei den einzelnen Krankenkassen zwischen knapp 12 % und 100 %.

Angaben zur Einschätzung des MDKs machten 28 Krankenkassen: Bei rund 44 % der beim MDK in Auftrag gegebenen Prüfverfahren auf „primäre Fehlbelegung“ lag aus Sicht des MDK eine solche vor.

⁶⁶ Grundsätzlich können die beschriebenen Veränderungen – zumindest teilweise – auch auf jährliche Anpassungen des DRG-Katalogs bzw. der DRG-Definitionen zurückzuführen sein. Umstellungen in der DRG-Systematik erklären bei einigen DRGs noch größere Veränderungen. Daher wurden diese hier nicht berücksichtigt

⁶⁷ Für die Analyse wurden die fünf Hauptdiagnosen ausgewählt, für welche die OECD regelmäßig internationale Vergleichsdaten erhebt, nämlich Asthma, COPD, Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz und Bluthochdruck.

⁶⁸ Eine Krankenkasse machte keine Angaben zur Anzahl der Prüfverfahren.

Kriterien für die Veranlassung einer Prüfung auf primäre Fehlbelegung

Die Krankenkassen wurden offen gefragt, welche Kriterien eine Rolle spielen, dass eine Prüfung auf primäre Fehlbelegung veranlasst wird. Diese Frage wurde von 27 Krankenkassen beantwortet. Die Antworten waren sehr divers. Von den meisten Krankenkassen wurde genannt, dass es ein Prüfkriterium sei, wenn eine OPS aus dem AOP-Katalog erbracht wurde; eine Unterscheidung nach Kategorie 1 oder 2 wurde i. d. R. für ein Prüfverfahren nicht getroffen. Auch die Möglichkeit der ambulanten Erbringung (auch im vertragsärztlichen Bereich) wurde als Prüfkriterium genannt. Teilweise wurde einschränkend darauf hingewiesen, dass nur geprüft werde, wenn ausschließlich „ambulante OPS“ erbracht wurden. Auch Fälle ohne OPS werden bei einigen Krankenkassen auf primäre Fehlbelegung geprüft.

Ansonsten wurden als Kriterienkategorien für die Veranlassung einer Prüfung häufig folgende genannt:

- ◆ Verweildauer (kurze Verweildauern, insbesondere Tagesfälle)
- ◆ Aufnahme- und Entlassungsurzeit
- ◆ Alter der Patientinnen und Patienten
- ◆ bestimmte DRGs
- ◆ bestimmte Hauptdiagnosen
- ◆ Nebendiagnosen bzw. Morbidität des Versicherten
- ◆ Aufnahmegrund (Notfall versus geplante Aufnahmen)

Teilweise wurde darauf hingewiesen, dass eine Prüfung bei bestimmten Kombinationen von DRGs und OPS bzw. ICDs veranlasst wird.

Bei Fällen, die Leistungen aus dem AOP-Katalog enthalten, gaben die meisten Krankenkassen an, dass geprüft werde, ob eine stationäre Behandlung erforderlich war, z. B. anhand von Vorerkrankungen, (Anzahl der) Nebendiagnosen, Pflegegrad, Alter, beidseitiger Durchführung von Operationen, GAEP-Kriterien, medizinischer Begründung und (Anzahl der) OPS außerhalb des AOP-Katalogs. Sei eine stationäre Behandlungsnotwendigkeit nicht erkennbar, so werde ein Falldialog oder, wenn das Krankenhaus Falldialoge vermieden, gleich ein MDK-Prüfverfahren eingeleitet.

Leistungen und Prozeduren der Primären Fehlbelegung

Von den 31 Krankenkassen machten 23 Angaben zu den häufigsten Leistungen und Prozeduren, bei denen die Krankenkassen im Jahr 2019 ein Prüfverfahren aufgrund primärer Fehlbelegung einleiteten. Die Mehrheit der Krankenkassen (n = 18) machte dazu Angaben auf Basis von DRGs.

Von allen 18 Krankenkassen, die Angaben auf Basis der DRGs machten, wurde die DRG G24C (Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, ohne beidseitigen Eingriff, ohne komplexen Eingriff, Alter > 13 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC) genannt (Tabelle 28). 16 Krankenkassen nannten die DRG G71Z (andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane).

Tabelle 28: TOP25-DRGs mit häufigsten Prüfungen auf primäre Fehlbelegung durch die Krankenkassen, 2019

DRG	Beschreibung	Anzahl Nennungen
G24C	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, ohne beidseitigen Eingriff, ohne komplexen Eingriff, Alter > 13 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC	18
G71Z	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane	16
F39B	Unterbindung und Stripping von Venen ohne beidseitigen Eingriff, ohne Ulzeration, ohne äußerst schwere oder schwere CC	15
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne bestimmte oder andere komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC"	15
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, mehr als ein Belegungstag oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur, ohne best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh	15
F49G	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei BT > 1, ohne komplexe Diagnose, ohne best. Eingriff	15
G72B	Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane, Alter > 2 Jahre oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter > 2 Jahre und Alter < 56 Jahre oder ohne CC	13
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag	13
C08B	Extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE) ohne angeborene Fehlbildung der Linse oder bestimmte Eingriffe an der Linse	13
F74Z	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre	13
L64B	Andere Erkrankungen der Harnorgane mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter Diagnose, mehr als ein Belegungstag oder Urethrozystoskopie, außer bei angeborener Fehlbildung, Alter > 2 Jahre	13
G26B	Andere Eingriffe am Anus, Alter > 15 Jahre, außer bei bestimmter bösartiger Neubildung, ohne kleinen Eingriff am Rektum	13
E71D	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne Bronchoskopie, ohne bestimmte Lungenbiopsie, ohne endoskopische Biopsie am Respirationstrakt	12
E63B	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre	11

DRG	Beschreibung	Anzahl Nennungen
G67B	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane mit anderen komplizierenden Faktoren oder mit äußerst schweren CC	11
I32G	Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne komplexe oder mäßig komplexe Eingriffe oder mit bestimmtem mäßig komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre, ein Belegungstag oder mit anderem mäßig komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre	11
G60B	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung	10
F71B	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, ohne katetergestützte elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung	10
J11C	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne kompliz. Diag., ohne mäßig kompl. Prozedur oder Diagn., Alter > 17 Jahre oder ohne äuß. schw. oder schw. CC, mit bestimmtem Eingriff oder mit Hidradenitis suppurativa oder bei BNB oder Pemphigoid	9
I18B	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne beidseitigen Eingriff am Kniegelenk	9
I24B	Arthroskopie einschließlich Biopsie oder andere kleine Eingriffe an den Extremitäten ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre	8
I20H	Eingriffe am Fuß ohne kompl. Eingr., Alter > 15 J., oh. Arthrodese am Großzehengrundgel., oh. Osteosynth. einer Mehrfragm.-Fx, oh. best. Eingr. an mehr als einem Strahl, oh. andere Eingr. am Fuß, oh. chron. Polyarthr. am Fuß, oh. Diab. mellitus m. Kompl.	6
J11D	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne kompliz. Diag., ohne mäßig komplexe Prozedur oder Diagnose, Alter > 17 Jahre oder ohne äuß. schw. oder schw. CC, ohne bestimmten Eingriff, ohne Hidradenitis suppurativa, außer bei BNB oder Pemphigoid	6
F73B	Synkope und Kollaps, Alter > 13 Jahre oder mehr als ein Belegungstag	6
N25Z	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose oder andere kleine Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen	6

Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenkassen

Sieben Krankenkassen machten Angaben zu den häufigsten Prüfanlässen auf Basis von OPS. Insgesamt wurden von den Krankenkassen 76 unterschiedliche OPS (teilweise nicht endstellig) angegeben. Sechs OPS wurden jeweils von mehr als zwei Krankenkassen angegeben (Tabelle 29).⁶⁹

Tabelle 29: TOP6-OPS mit häufigsten Prüfungen auf primäre Fehlbelegung durch die Krankenkassen, 2019

OPS	Beschreibung	Anzahl Nennungen
5-812.5	Meniskusresektion, partiell	5
5-385.70	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen, Crossectomie und Stripping, V. saphena magna	4
5-385*	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	4
1-790	Polysomnographie	3
5-811.2h	Arthroskopische Operation an der Synovialis, Synovektomie, partiell : Kniegelenk	3
1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie, bei normalem Situs	3

Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenkassen

Eine Krankenkasse machte Angaben in Bezug auf Diagnosen (gemäß ICD); diese wurden aus Datenschutzgründen nicht ausgewertet.

Die Krankenkassen wurden zudem nach weiteren Leistungen gefragt, die häufig Anlass für eine Prüfung auf primäre Fehlbelegung sind. Die folgenden Leistungen wurden von den Krankenkassen genannt:

- ◆ Schlaflabordiagnostik
- ◆ konservative Behandlung von Rückenschmerzen
- ◆ diagnostische Koronarangiographie
- ◆ Varizenstripping (inkl. neuere Verfahren)
- ◆ Eingriffe bei Hernien
- ◆ Aufenthalte mit ausschließlich diagnostischen Leistungen
- ◆ Chemotherapien, die ambulant möglich sind
- ◆ Tumorstaging
- ◆ gynäkologische Eingriffe

⁶⁹ Die vollständige Liste der genannten OPS-Kodes befindet sich im Anhang A7.

- ◆ urologische Eingriffe
- ◆ konservative DRGs ohne OPS
- ◆ Gabe von (NUB-)Medikamenten
- ◆ Einstellungen von Diabetes mit Schulungen
- ◆ dermatologische Behandlungen (insb. Salbentherapien mit Ernährungsumstellungen und UV-Bestrahlungen)
- ◆ konservative Behandlungen von chronischen orthopädischen Erkrankungen
- ◆ uni- und multimodale Schmerztherapien
- ◆ geriatrische Behandlungen
- ◆ Ereignisrekorderimplantation
- ◆ Schmerzbehandlungen an der Wirbelsäule (Injektionen)
- ◆ Blasenkatether
- ◆ Verbände
- ◆ Aggregatwechsel bei Herzschrittmachern

Weitere Anmerkungen der Krankenkassen

Den Krankenkassen wurde am Ende des Fragebogens die Möglichkeit gegeben, weitere Anmerkungen zum Thema primäre Fehlbelegung zu machen. Folgende Anmerkungen wurden gegeben:

- ◆ „Es sollte eine Möglichkeit für Krankenhäuser (Maximalversorger und Schwerpunktkliniken) geschaffen werden; Leistungen ambulant abzurechnen, die für diese KH nach Auswahl der Patienten ohne weiteres ambulant erbringbar sind, wie z. B. Kardioversion. Viel Streitpotential könnte reduziert werden, wenn die Versorgung auf Krankenhäuser konzentriert wird, z. B. im Bereich der Chemo-, Immun- und Strahlentherapie.“
 - ◆ „Nicht stationär nötige Behandlungen, die aber keine Abrechnungsziffer im ambulanten Bereich haben (z. B. Eventrekorder und Goldnetz-Methode bei Myomen). Medizinisch sind diese Leistungen ambulant durchführbar, es fehlen jedoch ambulanten Abrechnungsmöglichkeiten, was zu uneinheitlichen ‚Sonderabrechnungslösungen‘ im Krankenhaus führt.“
 - ◆ „Aus der Erfahrung heraus, dass Krankenkassen vor allem Aufenthalte bis drei oder vier Tage Verweildauer einer Primären Fehlbelegungsprüfung unterziehen, weichen einige Krankenhäuser auf eine längere Verweildauer bis zu fünf Tage aus. Um das volle Fehlbelegungspotential zu ermitteln, müsste man also Aufenthalte mit bis zu fünf Tagen leistungsspezifisch betrachten.“
-

- ◆ „Die gesamte Abfrage greift zu kurz. Es ist bei allen uns bekannten MDen üblich, um Mehrarbeit durch spätere Klageverfahren zu minimieren, vorrangig Konsens mit den Krankenhäusern in Begehungen zu suchen. Dies schließt bei AOP-Fällen die Tradition mit ein, dass sowohl die Frage nach primärer wie nach sekundärer Fehlbelegung durch die Kasse gestellt werden und der MD oft als ‚Kompromiss‘ die primäre Fehlbelegung anerkennt, obwohl diese zweifelhaft ist, wenn der Med-Co des Krankenhauses als ‚Austausch‘ einer VWD-Kürzung, also dem Vorliegen einer sekundären Fehlbelegung, zustimmt. D. h. die reine Abfrage nach primären Fehlbelegungsergebnissen bei AOP-Fällen vernachlässigt einen großen Teil der tatsächlichen Streitpotenziale.“⁷⁰
- ◆ „Hier ist der grundsätzlich sektorenübergreifende Bereich zu berücksichtigen. Notfallbehandlung ambulant und anschließende Übernahme in den vollstationären Bereich. Eine klare Abgrenzung zur Definition und Abgrenzung Notfall macht eine Zuordnung zu den einzelnen Sektoren einfacher.“
- ◆ "In Deutschland findet im Verhältnis zu anderen Ländern eine sehr restriktive Sichtweise auf Fälle statt, die ambulant behandelbar sind, sodass ein hoher Anteil stationersetzender Leistungen im Krankenhaus verortet ist. Rahmenbedingungen sind zu verändern (höhere Vergütung von Leistungen stationär als im ambulanten Setting am Krankenhaus bzw. im vertragsärztlichen Bereich), gleiche Vergütung sektorübergreifend muss gefördert werden, falsche Anreizsysteme (Belegarztwesen)."
- ◆ „Wie die oben dargestellten Zahlen verdeutlichen, betreffen die Prüfungen auf primäre Fehlbelegung nicht ausschließlich Operationen mit Prozeduren aus dem ambulanten OP-Katalog. Dies gilt nur für ein knappes Drittel der Fälle. primäre Fehlbelegungen sind insbesondere auch bei rein diagnostischen, konservativen und rehabilitativen Behandlungen festzustellen, die ohne qualitative Verluste auch in der vertragsärztlichen Versorgung oder durch ambulante oder stationäre Rehabilitationen behandelbar wären.“

2.3.5.2 Ergebnisse der Expertengespräche mit Krankenhausvertreterinnen und -vertretern

Grundsätzlich wurden von den Expertinnen und Experten zwei unterschiedliche Bereiche der primären Fehlbelegungsprüfungen unterschieden:

- ◆ Leistungen des AOP-Katalogs,

⁷⁰ Die fehlende Berücksichtigung dieser Praxis erscheint den Gutachtern vertretbar, da es primäres Ziel der Befragung war, Hinweise auf häufige Prüfanlässe (bzw. Ambulantisierungspotenziale) zu gewinnen, eine genaue Quantifizierung stand dagegen nicht im Vordergrund.

- ◆ Leistungen, für die es keine ambulante Abrechnungsmöglichkeit gibt und die ausschließlich deshalb stationär erbracht werden.

Die jeweiligen Anteile dieser Bereiche wurden unterschiedlich eingeschätzt. Bei zwei Expertinnen und Experten, die eine prozentuale Einschätzung der Anteile vornehmen konnten, überwog der Anteil der primären Fehlbelegungsprüfungen aufgrund von fehlenden ambulanten Abrechnungsmöglichkeiten, bei einer Expertin bzw. einem Experten bezog sich der Hauptanteil der Prüffälle auf Leistungen des AOP-Katalogs.

Die Expertinnen und Experten benannten Prozeduren bzw. Leistungen, die nach ihrer Einschätzung häufig Anlass für eine primäre Fehlbelegungsprüfung sind (Tabelle 30).

Tabelle 30: Leistungsbereiche mit häufigen Prüfungen auf primäre Fehlbelegung aus Sicht der Krankenhäuser

Leistungen	OPS-Ziffern*	Erläuterungen
Allgemeine Chirurgie		
Leistenhernien		
Gallenblasenentfernungen		wenn untere Grenzverweildauer betroffen
Strumen		wenn untere Grenzverweildauer betroffen
Dermatologie		
lokale Exzisionen Erkrankungen der Haut	5-894.0 ff.	Stationäre Erbringung nur erforderlich bei großen Eingriffen (z. B. Schwenklappenplastik)
ausgeprägte Exzisionen	5-895. ff.	OP-Intensivität derzeit nicht über OPS abbildbar, daher derzeit schwierig zu differenzieren, ob eine ambulante Erbringung der Leistung möglich oder eine stationäre Erbringung erforderlich sei. OP-Intensivität könnte in OPS aufgenommen werden.
Entfernungen von Feigwarzen		
Entfernung Hautanhangsgebilde		
einfache Abszessentfernungen		
Hauttumore		
Basaliome (auch mit Lappenplastiken)		
Gastroenterologie		
Gastroskopie		
Koloskopie		

Leistungen	OPS-Ziffern*	Erläuterungen
Gynäkologie		
Exzisionen der Haut (nach Mammachirurgie)	5-894.1	
alle laparoskopisch durchgeführten Eingriffe		Ausnahme: Hysterektomie
kleinere Eingriffe am Ovar		
HNO		
Adenotomien		
Tonsillektomien		
Schwindel		
Kardiologie		
Herzkatheter	1-275.0-1.275.5	
Kardioversion	8-640.0	
Explantation eines Eventrekorders	5-378.27	Leistung ist momentan nicht im AOP-Katalog und kann daher nicht ambulant abgerechnet werden, obwohl eine ambulante Erbringung möglich sei. Bei stationären Erbringung werde diese Leistung beanstandet. Diese führe zu zahlreichen bilateralen, nicht rechtssicheren Regelungen zwischen den Krankenhäusern und den Krankenkassen, um eine ambulante Erbringung der Leistung zu ermöglichen.
Koronarangiographie		
Schrittmacher/ Defibrillator (Wechsel)		

Leistungen	OPS-Ziffern*	Erläuterungen
Elektrophysiologische Untersuchungen		
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie		
Wurzelspitzenresektion	5-237.20	
Zahnextraktion		
Inzisionen Zahnfleisch und Alveolen	5-240.2	
Operative Zahnentfernungen	5-231.0, 5-231.1, 5-231.2, 5-231.43, 5-231.5	
Pathologische Veränderung Kiefer mit Inzision	5-243.0, 5-243.1	teilweise auch Prüfung der Krankenkassen bei Biopsie-Codes (außer bei Nachblutungen oder Komorbiditäten)
Onkologie		
Strahlentherapie (einfache Bestrahlungen)		Bestrahlung prinzipiell nur stationär notwendig bei Begleiterkrankungen oder Komplikationen; aber große Fehlanreize durch die Vergütung: DRG-Vergütung sehr viel höher als ambulante Vergütung, daher oftmals stationäre Aufnahme, die dann wiederum auf primäre Fehlbelegung geprüft werde.
Chemotherapie		Aus den OPS für Chemotherapie sei der Allgemeinzustand des Patienten, der ggf. eine stationäre Erbringung erforderlich macht, nicht ablesbar. Hier müssten weitere Informationen dokumentiert werden, z. B. die E-COG-Klassifikation.
Orthopädie und Unfallchirurgie		
arthroskopische Kreuzbandoperationen		
arthroskopische Knieoperationen		

Leistungen	OPS-Ziffern*	Erläuterungen
große Metallentfernungen		
konservative Bandscheiben- oder Rückenschmerzen		
Lumbago		
Abklärung einer Arthrose		
gesamte Handchirurgie		Aber: oftmals sei Handchirurgie sehr komplex
Fußchirurgie		
Pädiatrie		
Verlaufsuntersuchungen bei komplexen, seltenen und angeborenen Erkrankungen		Unmittelbare Patientenbetreuung in den NAMSE-Strukturen nicht vorgesehen; Leistung sei ambulant erbringbar, da ambulante Abrechnung allerdings nicht möglich, würden diese Kinder und Jugendlichen momentan stationär aufgenommen.
aufwendige Bilddiagnostik bei Kindern (unter Narkose)		
Phlebologie		
Varizenchirurgie mit neueren Verfahren (z. B. Laser)		
Proktologie		
Sinus Pilonidalis		
Urologie		
GI-Katheterwechsel		

Leistungen	OPS-Ziffern*	Erläuterungen
Blasenkatheter (suprabubisch)		
Transurethrale Resektion		
kleine Eingriffe an Harnröhre		
kleine Eingriffe an Hoden		
Andere Leistungen		
Kortison-Stoß-Therapie oder andere Steroide	8-547.30	
Therapeutische Injektion der Bänder und Gelenke	8-020	
Endoskopische retrograde Cholangiopan- kreatikographie		

Quelle: IGES auf Basis der Expertengespräche mit Vertreterinnen und Vertretern der Krankenhäuser

Anmerkungen: Spezifische OPS-Codes wurden in den Gesprächen nur vereinzelt genannt.

Ursachen für primäre Fehlbelegung

Alle Expertinnen und Experten erwähnten die Bedeutung der unteren Grenzverweildauer: Alle Fälle mit einer geringen Überschreitung (ein bis zwei Tage) der unteren Grenzverweildauer würden systematisch von den Krankenkassen geprüft. Dies führe dazu, dass die Krankenhäuser die Patientinnen und Patienten teilweise länger im Krankenhaus behielten, um den vollen DRG-Erlös zu generieren. Zusätzlich würden systematisch die Fälle mit einer kurzen Verweildauer (bis drei Tage) geprüft.

Auch Leistungen aus dem AOP-Katalog würden systematisch geprüft; eine Unterscheidung der Krankenkassen nach Leistungen der Kategorie 1 oder 2 wurde von den meisten Expertinnen und Experten nicht wahrgenommen. Vor allem erfolge eine Überprüfung, wenn eine medizinische Begründung für eine stationäre Erbringung fehle (dies sei oftmals ein Dokumentationsproblem in den Kliniken). Zusätzlich wurde angemerkt, dass die sozialen G-AEP-Kriterien durch das Krankenhaus nicht nachgewiesen werden können. Es liege daher immer im Ermessen der Krankenkassen, ob sie die G-AEP-Kriterien als Begründung für eine stationäre Leistungserbringung akzeptierten oder nicht. Des Weiteren wurde darauf hingewiesen, dass es bei MDK-Prüfungen von der Gutachterin bzw. vom Gutachter abhängen, ob gewisse Patientenkriterien oder geografische Aspekte (Versorgung im ländlichen Raum) berücksichtigt würden.

Als weitere Ursache für primäre Fehlbelegungsprüfungen wurde die mangelnde ambulante Abrechnungsmöglichkeit für Krankenhäuser bei Leistungen außerhalb des AOP-Katalogs angeführt. Als Beispiel wurde u. a. die Gastroskopie genannt. Niedergelassene überwiesene Gastroskopien teilweise an die Krankenhäuser (da zu viele: „können sich nicht retten vor Gastroskopien“), Krankenhäuser übernahmen dann den Fall, hätten aber keine ambulante Abrechnungsmöglichkeit. Der stationäre Fall würde dann wegen primärer Fehlbelegung rausgeprüft. Wesentlich sei für diese Kategorie der momentan nicht-abrechenbaren Leistungen auch die Kardioversion und Implantation eines Eventrekorders.

Weitere Anmerkungen

Grundsätzlich wurde zum AOP-Katalog angemerkt, dass neuere Verfahren / Technologien fehlten, da der AOP-Katalog seit längerem nicht überarbeitet worden sei.

Zudem wurde angemerkt, dass ambulante Operationen für das Krankenhaus teilweise schwer planbar seien, da für den Notfall ein Bett freigehalten werden müsse.

Die Krankenhäuser vermieden teilweise aufgrund des Aufwands den Falldialog.

Alle Expertinnen und Experten betonten die Relevanz einer auskömmlichen Vergütung für die stationären bzw. ambulanten Leistungen. Insbesondere wurde betont, dass finanzielle Anreize für eine ambulante Leistungserbringung vorliegen müssten. Die Anreize sollten einfach gestaltet sein und ohne weitere Prüfungen etabliert werden. Als Möglichkeit wurde erwähnt, dass es ein Budget auf Basis einer Mischkalkulation für eine Leistung geben sollte, und dann dem Krankenhaus

die Entscheidung überlassen werden sollte, ob die Leistung ambulant erfolgen kann oder ob der Patient für einen oder zwei Tage stationär aufgenommen werden sollte.

Des Weiteren wurde in Bezug auf die Vergütung betont, dass die ambulante Vergütung (nach EBM) oftmals nicht kostendeckend sei. Daher sei eine Vergütung auf Basis einer Mischkalkulation erforderlich. Des Weiteren wurde darauf hingewiesen, dass es Unterschiede zwischen Krankenhäusern in städtischen und ländlichen Regionen gebe; dies müsse auch bei der Kalkulation berücksichtigt werden.

Krankenhäuser hätten teilweise mit den Krankenkassen Sondervereinbarungen zur ambulanten Abrechnung getroffen. Dies sei zum einen ein vergleichsweise hoher Zeitaufwand, zum anderen seien die Regelungen nicht rechtssicher.

Zusätzlich wurde von den Expertinnen und Experten darauf hingewiesen, dass die Krankenhäuser in der Facharztausbildung tätig seien. Dies müsse bei der Preisbildung berücksichtigt werden, da dies zu durchschnittlich längeren OP-Zeiten führe. Ärztinnen und Ärzte seien darauf angewiesen, die Ausbildung in einem Krankenhaus zu absolvieren; Fachärztinnen und -ärzte müssten auch weiterhin im stationärem Bereich arbeiten.

2.3.5.3 Ergebnisse des Expertengesprächs mit Vertreterinnen des MDK

Die MDK der Länder berichten an den MDS ausschließlich die Anzahl der Prüfungen im Bereich der Krankenhausrechnungsprüfungen; eine weitergehende Unterscheidung nach den Anlässen primäre Fehlbelegung, sekundäre Fehlbelegung, Kodierung etc. wird nicht an den MDS berichtet. Eine länderübergreifende Statistik zur Anzahl der Primären Fehlbelegungsprüfungen konnte daher vom MDS nicht für das Gutachten erstellt werden.

Qualitativ betrachtet waren gemäß den Expertinnen primäre und sekundäre Fehlbelegung lange Zeit der Hauptprüfungsanlass; mittlerweile stehe eher die Kodierung im Vordergrund. Bei den Prüfungen auf primäre und sekundäre Fehlbelegungen gibt es gemäß den Expertinnen große Überschneidungen.

Generell ist bei den weiteren Aussagen zu berücksichtigen, dass der MDK nur eine selektive Auswahl der primären Fehlbelegungsprüfungen sieht; Informationen zu den Fällen, die im Falldialog gelöst werden, liegen ausschließlich den Krankenkassen vor. Die Expertinnen merkten zusätzlich an, dass es sowohl zwischen den Krankenkassen als auch zwischen den Krankenhäusern große Unterschiede im Hinblick auf primäre Fehlbelegungsprüfungen gebe.

Als Leistungen, die immer wieder Anlass für primäre Fehlbelegungsprüfungen seien („Haupttrenner“), wurden die folgenden genannt:

- ◆ Rettungsstellenbesuche, die vollstationär abgerechnet werden,
- ◆ Arzneimittelgaben außerhalb der Zulassung,

- ◆ multimodale Schmerztherapie; lange Aufenthalte, die aber ambulant über längeren Zeitraum erbracht werden könnten (darunter Rückenschmerzen quantitativ am stärksten).

Des Weiteren wurden vier Themenfelder erwähnt, zu denen es Arbeitshilfen für die Begutachtung gibt, da diese oft „Streitthema“ bei primären (und teilweise auch bei sekundären) Fehlbelegungsprüfungen seien:

- ◆ Multimodale Schmerztherapie (OPS 8-918),
- ◆ Koronarangiografien und -interventionen,
- ◆ Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems (OPS 8-977),
- ◆ rhythmologische Eingriffe (elektiv), Implantation von Schrittmachern / Defibrillatoren, Ablationsbehandlungen von tachykarde Herzrhythmusstörungen.

Die Expertinnen erwähnten zudem auch, dass die G-AEP-Kriterien nicht in die Prüfung einbezogen würden. Bei der Beurteilung, ob eine primäre Fehlbelegung vorliege, spielten lediglich die folgenden Kriterien eine Rolle:

- ◆ medizinische Besonderheiten der Patientinnen und Patienten (z. B. Bluter),
- ◆ Merkmale des Eingriffs im Allgemeinen (Komplikationsgefahr) und
- ◆ Merkmale des Eingriffs im Speziellen (z. B. besondere Anatomie des Patienten).

Nach Einschätzung der Expertinnen entfallen schätzungsweise 30 % bis 40 % der Prüfungen auf Leistungen außerhalb des AOP-Katalogs.

Im Hinblick auf die Erweiterung des AOP-Katalogs wurde darauf hingewiesen, dass aus Sicht des MDK insbesondere die kleine Abszesschirurgie derzeit im Katalog fehle.

Im Hinblick auf einen künftigen AOP-Katalog wurde betont, dass „harte“ Kriterien für eine Objektivierung wichtig seien (z. B. Altersgrenzen oder Pflegegrad). Soziale Kriterien seien angesichts der Rechtsprechung nicht haltbar.

2.3.6 Selektivvertraglich erbrachte Leistungen außerhalb des AOP-Katalogs

2.3.6.1 Auswertung der Befragungsergebnisse

Die Befragung zu Selektivverträgen (vgl. Kapitel 2.1.2.5) bezog sich nicht nur auf Leistungen des AOP-Katalogs, sondern – im Sinne „angrenzender Versorgungskontexte“ – auch auf andere stationersetzende Operationen oder Leistungen. Die Informationen über selektivvertragliche Leistungen, die mit den in Kapitel 2.2.6 beschriebenen Einschränkungen ausgewertet werden konnten, umfassen

Selektivverträge mit insgesamt 2.075 unterschiedlichen OPS-Ziffern, die derzeit nicht im AOP-Katalog enthalten sind.

Dabei waren OPS-Kodes insbesondere aus den Fachgebieten Augenheilkunde, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Chirurgie / Orthopädie, Kardiologie, Handchirurgie, Gynäkologie, Phlebologie, Urologie, Proktologie, Schlaf- und Schmerzmedizin vertreten.

Von 969 endstelligen OPS-Ziffern, die Gegenstand von Selektivverträgen waren und nicht im AOP-Katalog enthalten sind, befindet sich aber der jeweils übergeordnete OPS-4-Steller im AOP-Katalog. Davon sind 239 OPS-Ziffern dem Fachgebiet der Augenheilkunde zuzuordnen. Generell handelt es sich oftmals um Verträge zu neueren Methoden, wie z. B. Laserverfahren.

Bei 1.106 endstelligen und selektivvertraglich abgedeckten OPS-Ziffern findet sich der jeweils übergeordnete OPS-4-Steller bislang nicht im AOP-Katalog. Rein anzahlbezogen dominieren unter diesen OPS-4-Stellern die Fachbereiche Gynäkologie, Augenheilkunde und Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (Tabelle 31). Die OPS-Kodes bezeichnen häufig kleine Eingriffe, aber es finden sich auch einige größere Eingriffe, darunter z. B. die radikale Uterusexstirpation (OPS 5-685), die offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes (OPS 5-805) und die Cholezystektomie (OPS 5-511).

Tabelle 31: OPS-Kodes außerhalb des AOP-Katalogs mit mindestens einem Selektivvertrag, 2019

OPS 4-Steller	Beschreibung	Anzahl zugehöriger endstelliger OPS-Kodes
5-704	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik	80
8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	53
5-158	Pars-plana-Vitrektomie	50
5-683	Uterusexstirpation [Hysterektomie]	39
5-656	Plastische Rekonstruktion des Ovars	36
5-695	Rekonstruktion des Uterus	36
5-143	Intrakapsuläre Extraktion der Linse	34
5-706	Andere plastische Rekonstruktion der Vagina	30
5-682	Subtotale Uterusexstirpation	27
8-835	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen	25
5-652	Ovariectomie	23
5-665	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina	22

OPS 4-Steller	Beschreibung	Anzahl zugehöriger endstelliger OPS-Kodes
5-692	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Parametrien	22
5-886	Andere plastische Rekonstruktion der Mamma	18
1-265	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt	17
5-659	Andere Operationen am Ovar	15
5-685	Radikale Uterusexstirpation	15
8-523	Andere Hochvoltstrahlentherapie	13
5-707	Plastische Rekonstruktion des kleinen Beckens und des Douglasraumes	12
5-885	Plastische Rekonstruktion der Mamma mit Haut- und Muskeltransplantation	12
5-815	Arthroskopische Entfernung und arthroskopischer Wechsel eines Bandersatzes am Kniegelenk	12
8-83d	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	12
5-877	Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren	11
5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	11
5-686	Radikale Zervixstumpfexstirpation	10
5-705	Konstruktion und Rekonstruktion der Vagina	10
5-874	Erweiterte (radikale) Mastektomie mit Resektion an den Mm. pectorales majores et minores und Thoraxwandteilresektion	10
5-156	Andere Operationen an der Retina	9
5-689	Andere Inzision und Exzision des Uterus	9
5-839	Andere Operationen an der Wirbelsäule	9
8-914	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie	9
8-917	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie	9
5-210	Operative Behandlung einer Nasenblutung	9
5-281	Tonsillektomie (ohne Adenotomie)	8
5-135	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe an Iris, Corpus ciliare und Sklera	8

OPS 4-Steller	Beschreibung	Anzahl zugehöriger endstelliger OPS-Kodes
5-650	Inzision des Ovars	8
5-672	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri	8
5-684	Zervixstumpfexstirpation	8
5-712	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva	8
5-716	Konstruktion und Rekonstruktion der Vulva (und des Perineums)	8
5-883	Plastische Operationen zur Vergrößerung der Mamma	8
5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	8
5-805	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	8
8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	8
5-83a	Minimalinvasive Behandlungsverfahren an der Wirbelsäule (zur Schmerztherapie)	8
1-529	Biopsie an anderen Teilen des Auges durch Inzision	7
5-138	Operationen an der Sklera	7
5-687	Exenteration [Eviszeration] des weiblichen kleinen Beckens	7
1-273	Rechtsherz-Katheteruntersuchung	7
5-161	Entfernung eines Fremdkörpers aus Orbita und Augapfel, n.n.bez.	6
5-157	Andere Operationen an der Choroidea	6
5-658	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina mit mikrochirurgischer Versorgung	6
5-703	Verschluss und (sub-)totale Exstirpation der Vagina	6
5-714	Vulvektomie	6
5-836	Spondylodese	6
5-803	Offen chirurgische Bandplastik am Kniegelenk	6
5-224	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen	6
1-268	Kardiales Mapping	6
3-721	Single-Photon-Emissionscomputertomographie des Herzens	6

OPS 4-Steller	Beschreibung	Anzahl zugehöriger endstelliger OPS-Kodes
5-150	Entfernung eines Fremdkörpers aus dem hinteren Augenabschnitt	5
5-152	Fixation der Netzhaut durch eindellende Operationen	5
5-122	Operationen bei Pterygium	5
5-667	Insufflation der Tubae uterinae	5
5-701	Inzision der Vagina	5
5-713	Operationen an der Klitoris	5
5-884	Mammareduktionsplastik	5
5-744	Operationen bei Extrauterin gravidität	5
5-163	Entfernung des Augapfels [E nukleation]	5
5-130	Operative Entfernung eines Fremdkörpers aus der vorderen Augenkammer	4
5-140	Entfernung eines Fremdkörpers aus der Augenlinse	4
5-674	Rekonstruktion der Cervix uteri in der Gravidität	4
5-872	(Modifizierte radikale) Mastektomie	4
5-879	Andere Exzision und Resektion der Mamma	4
5-595	Abdominale retropubische und paraurethrale Suspensionsoperation	4
5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	4
8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	4
3-824	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel	4
8-839	Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleinlage in Herz und Blutgefäße	4
5-125	Hornhauttransplantation und Keratoprothetik	4
5-282	Tonsillektomie mit Adenotomie	3
5-679	Andere Operationen an der Cervix uteri	3
5-718	Andere Operationen an der Vulva	3
5-406	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) im Rahmen einer anderen Operation	3
5-831	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	3

OPS 4-Steller	Beschreibung	Anzahl zugehöriger endstelliger OPS-Kodes
5-832	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule	3
5-275	Palatoplastik	3
5-284	Exzision und Destruktion einer Zungengrundtonsille	3
3-300	Optische Kohärenztomographie [OCT]	2
1-840	Diagnostische Punktion an Auge und Augenanhangsgebilden	2
5-169	Andere Operationen an Orbita, Auge und Augapfel	2
8-151	Therapeutische perkutane Punktion des Zentralnervensystems und des Auges	2
5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	2
5-511	Cholezystektomie	2
5-379	Andere Operationen an Herz und Perikard	2
5-693	Plastische Rekonstruktion der Parametrien (bei Lagekorrektur des Uterus)	2
5-699	Andere Operationen an Uterus und Parametrien	2
5-218	Plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase [Septorhinoplastik]	2
5-984	Mikrochirurgische Technik	2
5-802	Offen chirurgische Refixation und Naht am Kapselbandapparat des Kniegelenkes	2
5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	2
5-182	Resektion der Ohrmuschel	2
5-289	Andere Operationen an Gaumen- und Rachenmandeln	2

Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenkassen und Leistungserbringer
 Anmerkungen: Aufgeführt werden hier lediglich die Leistungen, bei denen sich auch der dazugehörige OPS-4-Steller nicht im AOP-Katalog befindet, sowie ausschließlich 4-stellige OPS-Ziffern mit mehr als einer zugehörigen endstelligem OPS-Ziffer in Selektivverträgen.

2.3.6.2 Auswertungen von medicalnetworks

Im Jahr 2019 wurden über die durch medicalnetworks gemanagten Selektivverträge 396 unterschiedliche OPS-Ziffern abgerechnet, die nicht im AOP-Katalog enthalten sind. Insgesamt wurden diese OPS-Kodes 14.179-mal abgerechnet, davon 237 OPS-Ziffern jeweils weniger als fünfmal. Am häufigsten abgerechnet wurden

zwei OPS-Ziffern aus dem Bereich Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen mit n = 5.493 bzw. einem Anteil von rund 38,7 % der insgesamt abgerechneten OPS-Ziffern im Bereich der OPS außerhalb des AOP-Katalogs (Tabelle 32).

Tabelle 32: TOP 25-OPS-Kodes außerhalb des AOP-Katalogs (endstellig) der über medicalnetworks abgerechneten Selektivverträge, 2019

OPS	Beschreibung	Anzahl	Anteil
5-385.b	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Endoluminale Radiofrequenzablation	3.506	25%
5-385.a1	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Lasertherapie: Endovenös [EVL]]	1.987	14%
5-814.4	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapsel- bandapparat des Schultergelenkes: Sonstige Rekon- struktion der Rotatorenmanschette	616	4%
5-681.33	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Exzision sonstigen erkrankten Gewebes des Uterus: Hysteroskopisch	607	4%
5-573.40	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Resektion: Nicht fluoreszenzgestützt	513	4%
5-385.0	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Lokale Sklerotherapie (durch Injektion)	424	3%
5-493.0	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Ligatur	424	3%
8-917.13	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wir- belsäule zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An den Gelenken der Lendenwirbelsäule	339	2%
8-914.12	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An der Lendenwirbel- säule	271	2%
5-681.31	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Exzision sonstigen erkrankten Gewebes des Uterus: Vaginal, laparoskopisch assistiert	256	2%
5-849.3	Andere Operationen an der Hand: Radikale Exzision von erkranktem Gewebe	254	2%
8-914.02	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Ohne bildgebende Verfahren: An der Lendenwirbel- säule	238	2%
5-822.g1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bi- kondyläre Oberflächenersatzprothese: Zementiert	235	2%
5-385.2	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen:	232	2%

OPS	Beschreibung	Anzahl	Anteil
	Lokale Exzision		
5-894.1a	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, mit primärem Wundverschluss: Brustwand und Rücken	190	1%
5-894.14	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, mit primärem Wundverschluss: Sonstige Teile Kopf	176	1%
5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	149	1%
5-808.a4	Offen chirurgische Arthrodesese: Fußwurzel und/oder Mittelfuß: Ein Gelenkfach	119	1%
5-831.2	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Exzision einer Bandscheibe mit Radikulodekompression	119	1%
5-712.12	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva: Destruktion: Laserkoagulation	112	1%
5-814.0	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Refixation des Labrum glenoidale durch Naht	96	1%
5-840.r1	Operationen an Sehnen der Hand: Tenotomie, n.n.bez. Zugang: Beugesehnen Langfinger	95	1%
8-914.00	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Ohne bildgebende Verfahren: An der Halswirbelsäule	86	1%
5-681.53	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Endometriumablation: Hochfrequenzablation	79	1%
5-822.01	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Unikondyläre Schlittenprothese: Zementiert	76	1%

Quelle: IGES auf Basis der Auswertungen von medicalnetworks

2.3.7 Vertragsärztliche Leistungen gemäß Anhang 2 des EBM

Der Anhang 2 des EBM umfasst mit derzeit insgesamt 10.497 Leistungspositionen⁷¹ zahlreiche ambulant durchführbare Operationen und Eingriffe, die derzeit nicht im AOP-Katalog enthalten sind und daher nur vertragsärztlich erbracht und abgerechnet werden können. Dass das ambulante Operieren im vertragsärztlichen

⁷¹ Für das Jahr 2019 lag die entsprechende Anzahl (ab 1.7. d. J.) etwas niedriger bei 10.216.

Bereich zu großen Teilen außerhalb der durch den AOP-Katalog abgedeckten Bereiche stattfindet, verdeutlicht die hohe Zahl von mehr als 8,5 Mio. Fällen des ambulanten Operierens, welche die KG 3-Statistik für das Jahr 2019 ausweist (vgl. Kapitel 2.2.2). Viele Operationen, die im Anhang 2 des EBM aufgeführt sind, werden jedoch vertragsärztlich gar nicht durchgeführt, u. a. aus medizinischen Gründen (z. B. radikale Tonsillektomie gemäß OPS 5-281.2).

Im Folgenden werden die Leistungen aus Anhang 2 des EBM anhand der zur vertragsärztlichen Abrechnung dokumentierten OPS-Ziffern beschrieben, die nicht Bestandteil des AOP-Katalogs sind.

Im Jahr 2019 wurden in den vertragsärztlichen Praxen 3.188 unterschiedliche OPS-Ziffern aus Anhang 2 des EBM erbracht, die nicht Bestandteil des AOP-Katalogs sind. Davon wurden 2.271 OPS-Ziffern jeweils weniger als 30-mal kodiert, weshalb aus datenschutztechnischen Gründen die genaue Anzahl vom Datenhalter nicht übermittelt wurde. Legt man für diese OPS-Ziffern eine durchschnittliche Anzahl von 15 zugrunde, so wurden die 3.188 OPS-Ziffern insgesamt 2.385.632-mal dokumentiert.

Die darunter befindlichen 25 OPS-Kodes mit der größten Häufigkeit (TOP 25) decken insgesamt 71 % der o. g. Gesamthäufigkeit ab. Am häufigsten wurde die OPS-Ziffer 5-156.9 (Andere Operationen an der Retina: Injektion von Medikamenten in den hinteren Augenabschnitt) mit $n = 365.182$ (Anteil: 15 %) zur Abrechnung dokumentiert (Tabelle 33). Darüber hinaus befinden sich unter den häufigsten 25 OPS-Kodes fast ausschließlich dermatologische Eingriffe, mit denen erkrankte oder verletzte Haut entfernt wird, vermutlich häufig im Zusammenhang mit gutartigen Tumoren oder kleineren Melanomen.

Tabelle 33: TOP 25-OPS-Kodes der vertragsärztlichen Abrechnung aus Anhang 2 EBM außerhalb des AOP-Katalogs (endstellig), 2019

OPS-Ziffer	Beschreibung	Anzahl	Anteil*
5-156.9	Andere Operationen an der Retina: Injektion von Medikamenten in den hinteren Augenabschnitt	365.182	15%
5-895.2a	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Brustwand und Rücken	236.682	10%
5-895.24	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Sonstige Teile Kopf	198.279	8%
5-895.34	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Sonstige Teile Kopf	140.085	6%
5-895.3a	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss, histographisch kontrolliert	93.609	4%

OPS-Ziffer	Beschreibung	Anzahl	Anteil*
	(mikrographische Chirurgie): Brustwand und Rücken		
5-895.2g	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Fuß	67.053	3%
5-895.2e	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Oberschenkel und Knie	61.265	3%
5-895.2b	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Bauchregion	53.913	2%
5-895.26	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Schulter und Axilla	46.377	2%
5-895.2f	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Unterschenkel	38.700	2%
5-895.27	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Oberarm und Ellenbogen	37.123	2%
5-895.14	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Sonstige Teile Kopf	33.210	1%
5-230.3	Zahnextraktion: Mehrere Zähne verschiedener Quadranten	32.951	1%
5-895.25	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Hals	32.584	1%
5-895.29	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Hand	30.421	1%
5-895.54	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Sonstige Teile Kopf	29.770	1%
5-895.44	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik: Sonstige Teile Kopf	29.239	1%
5-895.28	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkrank-	26.858	1%

OPS-Ziffer	Beschreibung	Anzahl	Anteil*
	tem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Unterarm		
5-896.1g	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Fuß	25.586	1%
5-895.2c	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Leisten- und Genitalregion	24.600	1%
5-895.2d	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Gesäß	22.240	1%
5-895.36	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Schulter und Axilla	20.771	1%
5-895.3f	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Unterschenkel	19.096	1%
5-895.37	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Oberarm und Ellenbogen	17.941	1%
5-895.3e	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Oberschenkel und Knie	17.563	1%

Quelle: IGES auf Basis der Auswertungen des Zi

Anmerkung: * Anteil bezieht sich auf Gesamthäufigkeit n = 2.385.632 der 3.188 OPS-Ziffern.

2.4 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen für Modul 3

Datengrundlagen lückenhaft

Die Leistungen Katalogs gemäß § 115b SGB V (AOP-Katalog) werden in unterschiedlichen ambulanten und stationären Versorgungskontexten erbracht. Auch die Definition und Abgrenzbarkeit der Leistungen – auf Basis der OPS-Klassifikation und des EBM – unterscheiden sich teilweise voneinander.

Ein wesentliches Ergebnis der Status Quo-Analyse ist zunächst, dass trotz Nutzung verschiedener Datenquellen keine vollständige Übersicht zu den Leistungen des AOP-Katalogs geschaffen werden konnte.

Ein wesentlicher Grund hierfür ist, dass nicht alle Leistungen des AOP-Katalogs eindeutig anhand des amtlichen Operationen- und Prozedurenverzeichnisses dokumentiert werden, wenn sie zur Patientenbehandlung erbracht und zu Lasten der GKV abgerechnet werden.

- ◆ Dies betrifft zum einen den vertragsärztlichen Bereich, weil hier die Pflicht zur OPS-Dokumentation auf die Leistungen beschränkt ist, denen im Anhang 2 des EBM eine Gebührenordnungsposition zugeordnet wird. Für alle anderen Leistungen des AOP-Katalogs werden i. d. R. nur die EBM-Ziffern dokumentiert. Das hat zur Folge, dass es für alle Leistungen aus Abschnitt 2 des AOP-Katalogs, die im vertragsärztlichen Bereich durchgeführt werden, keine trennscharfe Erfassung gibt.
- ◆ Im Krankenhausbereich werden zwar OPS-Kodes grundsätzlich dokumentiert, die Leistungen aus Abschnitt 3 des AOP-Katalogs sind aber ausschließlich durch EBM-GOP ohne Angabe eines OPS-Kodes definiert. Eine stationäre Durchführung entsprechender Leistungen wird somit im Rahmen der vorhandenen Dokumentationssysteme nicht unmittelbar erfasst. Die vorhandenen Daten für ambulant durchgeführte AOP-Leistungen (der Abschnitt 1 und 2 des Katalogs) lassen sich nicht auf Fall- bzw. Patientenebene zusammenführen.

Im Krankenhausbereich zeigt sich zusätzlich, dass es trotz durchgehender OPS-Leistungsdokumentation nicht möglich ist, AOP-Leistungsfälle im Sinne des § 115b SGB V trennscharf zu erfassen. Leistungen des AOP-Katalogs können nämlich auch zusammen mit anderen, grundsätzlich nicht ambulantisierbaren Leistungen erbracht werden, stellen also nicht immer die Hauptleistung dar.

Datenlücken bestehen darüber hinaus im Hinblick auf Leistungen des AOP-Katalogs, die im Rahmen selektivvertraglicher Versorgung oder durch Spezialambulanzen der Krankenhäuser erbracht werden. Insbesondere mit Blick auf die Leistungen der Hochschulambulanzen werden die Potenziale einer stationersetzenden Ambulantisierung nicht vollständig erfasst.

Leistungen des Katalogs nach § 115b SGB V

Unter den durch diese Datenlücken bedingten zahlreichen Einschränkungen umfasst die Status Quo-Analyse, bezogen auf das Jahr 2019, knapp 13 Mio. AOP-Leistungen, die sich rd. 6,1 Mio. ambulanten und rd. 2,7 Mio. stationären Behandlungsfällen zuordnen lassen.

Sektorale Anteile können nur für die Leistungen von Abschnitt 1 des AOP-Katalogs umfassend verglichen werden: Die Anzahl erbrachter Leistungen beträgt für diesen

Bereich knapp 6,9 Mio., davon entfallen etwa 44 % auf vertragsärztliche Behandlungsfälle, ca. 20 % auf ambulante Durchführung am Krankenhaus und knapp 36 % auf die stationäre Versorgung.⁷²

Gemessen an der Anzahl unterschiedlicher Leistungspositionen ist der Anteil der Abschnitt 2-Leistungen des AOP-Katalogs an der Gesamtzahl erbrachter AOP-Leistungen im Krankenhaus überproportional hoch (knapp 39 % ambulant am Krankenhaus und knapp 44 % stationär).

Auf eine tendenziell höhere Komplexität stationär durchgeführter AOP-Leistungen deuten eine höhere durchschnittliche Anzahl der AOP-Leistungen je Fall sowie ein größerer AOP-Fallanteil pflegebedürftiger Versicherter hin. Demgegenüber ist der Anteil älterer Patienten, die AOP-Leistungen erhalten, im vertragsärztlichen Bereich höher.

Die Status Quo-Analyse ergab darüber hinaus Folgendes zu den leistungsbezogenen Schwerpunkten:

- ◆ Für den ganz überwiegenden Teil der im AOP-Katalog aufgeführten Leistungen ist dokumentiert, dass diese im Jahr 2019 mindestens einmal ambulant erbracht wurden. Eine ambulante Durchführung am Krankenhaus ist für knapp 86 % der unterschiedlichen AOP-Leistungen (Abschnitte 1 und 2) dokumentiert. Im vertragsärztlichen Bereich wurden knapp 87 % der AOP-Leistungen von Abschnitt 1 mindestens einmal ambulant durchgeführt.
- ◆ Die Verteilung der Gesamtzahl der erbrachten Leistungen konzentriert sich jedoch in allen sektoralen Kontexten relativ stark auf eine begrenzte Zahl von Positionen. Die Anteile der häufigsten, ambulant erbrachten 25 AOP-Leistungen liegen – bezogen auf die 4-Steller-Ebene – bei rd. 78 % jeweils für den vertragsärztlichen Bereich und Krankenhäuser. Bei stationärer Durchführung ist die Konzentration nur geringfügig schwächer (Vergleichswert: rd. 67 %).
- ◆ Im vertragsärztlichen Bereich wurden im Jahr 2019 ca. 3 Mio. AOP-Leistungen (aus Abschnitt 1 des Katalogs) für knapp 2,5 Mio. Behandlungsfälle bzw. knapp 2,2 Mio. Patienten erbracht. Etwa ein Drittel der Leistungen entfiel auf den augenärztlichen Bereich, allein ca. 13 % auf die Laser-Kapsulotomie der Linse (OPS 5-142.2). Erhöhte Leistungsanteile hatten zudem Eingriffe an der Hand, Gelenken und Varizen.
- ◆ Ambulant am Krankenhaus wurden rd. 2,2 Mio. AOP-Leistungen (Abschnitte 1 und 2 des Katalogs) durchgeführt. Am häufigsten waren Leis-

⁷² Die Anzahl stationär durchgeführter AOP-Leistungen wurde hierbei anhand des Kriteriums der Gruppierungsrelevanz von OPS-Kodes geschätzt.

tungen 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. Mehr als zwei Drittel aller Leistungen konzentrieren sich auf 25 OPS-4-Steller, unter denen diagnostische Leistungen fast 40 % ausmachen – am häufigsten auch hier die diagnostische Koloskopie. Fachbezogen dominieren unter den 25 häufigsten 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.

Die überwiegend qualitative Erhebung zur selektivvertraglichen Versorgung ergab, dass sich AOP-Leistungen als Vertragsgegenstand vor allem auf die Bereiche Orthopädie/Unfallchirurgie, Augenheilkunde, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und Gynäkologie bezogen.

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.

Mit Blick auf Erweiterungen des Katalogs gemäß § 115b SGB V wurden in diesen Bereichen – gemessen an ihrer Häufigkeit sowie deren jüngster Entwicklung auffällige – Leistungen identifiziert. Diese Analysen bilden eine wesentliche Grundlage für die Prüfung und Empfehlung von Leistungen in Modul 3.

- ◆ Um konkrete Hinweise auf potenziell ambulantisierbare Behandlungskontexte bei bislang vor- und teilstationär versorgten Fällen zu erhalten, wurde die Daten dieser Fälle mit Hilfe des DRG-Groupers (vollstationären) DRGs zugeordnet. Trotz der methodischen Einschränkungen dieses Vorgehens konnten so Leistungen im o. a. Sinne identifiziert werden. Hierzu zählen im Bereich der teilstationären Versorgung 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. Allerdings ist davon auszuge-

hen, dass vorstationäre Behandlungen häufig auch mit dem Ziel der Abklärung bzw. des Ausschlusses akutstationär behandlungsbedürftiger Erkrankungen durchgeführt werden (z. B. Ausschlüsse von operationspflichtiger Appendizitis, Herzinfarkten).

- ◆ Die Analyse der Fälle mit geringen Verweildauern („Kurzlieger“) ergibt ein vielfältiges Leistungsbild. Auch hier stehen Leistungen häufig im Zusammenhang mit Notfallbehandlungen (z. B. Gehirnerschütterungen, Infarktausschlüsse, akute Alkoholintoxikation). Zu den operativen Leistungen, die aufgrund der kurzen Verweildauern Hinweise auf Ambulantisierungspotenziale geben, zählen Herniotomien, proktologische Eingriffe, Kataraktoperationen und die Behandlung der Schlafapnoe. Stark zugenommen hat die Anzahl der Kurzlieger-Fälle vor allem bei der Behandlung von mäßig schweren Erkrankungen der Verdauungsorgane.
 - ◆ Wählt man als Identifizierungskriterium Diagnosen, bei denen im Regelfall eine ambulante Behandlung möglich sein sollte, ergeben sich teilweise ähnliche Leistungsbereiche. Hierzu zählt die Behandlung von Verdauungserkrankungen sowie die konservative Behandlung von Erkrankungen und Verletzungen der Wirbelsäule. Darüber hinaus richten sich die Hinweise auf Ambulantisierungspotenziale auf die Behandlung leichterer Fälle mit Erkrankungen der Atmungsorgane, des Herzens oder mit Harnwegsinfektionen. Wie bei den vorstationären Fällen ist davon auszugehen, dass häufig der Ausschluss von Notfallsituationen der maßgebliche Behandlungsanlass ist.
 - ◆ Unter den Leistungsbereichen, die am häufigsten Anlässe für Prüfungen auf primäre Fehlbelegungen gaben, sind stationär durchgeführte Eingriffe bei Hernien sowie die stationäre Behandlung mäßig schwerer Erkrankungen der Verdauungsorgane. Einzelleistungsbezogen ergaben sich Prüfanlässe vor allem bei der Meniskusresektion, der Behandlung von Varizen, der Polysomnographie, der Kniegelenksarthroskopie sowie der diagnostischen Ösophagogastroduodenoskopie. Zu den Leistungsbereichen mit häufigen Prüfungen auf primäre Fehlbelegungen zählen weiterhin die konservative Behandlung von Rückenschmerzen (teilweise i. V. m. multimodaler Schmerztherapie), ambulant durchführbare Chemotherapien sowie dermatologische Behandlungen. Als allgemein „prüfungsanfällig“ gelten a) nicht-operative DRG-Leistungen, bei denen keine OPS-Kodes dokumentiert werden, b) Leistungen, die zwar ambulant durchführbar sind, die aber von Krankenhäusern nicht ambulant abgerechnet werden können (z. B. Gastroskopien, Explantation eines Eventrekorders), c) als vollstationäre Fälle abgerechnete Behandlungen in Rettungsstellen der Krankenhäuser und d) Off-Label-Arzneimittelgaben.
 - ◆ Selektivvertragliche Versorgung umfasst auch Operationen und Leistungen, die stationärsersetzend erbracht werden sollen, derzeit aber nicht im
-

AOP-Katalog enthalten sind. Teilweise handelt es sich hierbei um Leistungen, die auf neueren Methoden beruhen und daher bislang in den Katalog keinen Eingang gefunden haben (z. B. Laserverfahren, neuere Behandlungsverfahren für Varizen), während der jeweilige Leistungsbereich, dem sie zuzuordnen sind (OPS-4-Steller), im AOP-Katalog abgedeckt wird. Teilweise bilden aber auch Leistungen den Gegenstand von Selektivverträgen mit stationsersetzender Funktion, die Bereiche betreffen, die derzeit nicht im AOP-Katalog enthalten sind. Diese Leistungen betreffen vor allem kleinere, teilweise aber auch größere Eingriffe der Fachrichtungen Gynäkologie, Augenheilkunde und Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde.

- ◆ Schließlich umfasst der Anhang 2 des EBM auch zahlreiche ambulant durchführbare Operationen und Eingriffe, die derzeit nicht im AOP-Katalog enthalten sind und daher nur vertragsärztlich erbracht und abgerechnet werden können. Die hohe Zahl von mehr als 8,5 Mio. Fällen des ambulanten Operierens durch Vertragsärzte, welche die KG 3-Statistik unabhängig vom AOP-Katalog für das Jahr 2019 ausweist, verdeutlicht dies. Häufigste Leistungen sind hier die Medikamenteninjektion in den hinteren Augenabschnitt sowie zahlreiche dermatologische Eingriffe. Viele Operationen, die im Anhang 2 des EBM aufgeführt sind, werden jedoch vertragsärztlich gar nicht durchgeführt, u. a. aus medizinischen Gründen (z. B. radikale Tonsillektomie).

Die Identifizierung von Leistungen in den angrenzenden Versorgungskontexten bildet eines von mehreren Kriterien für die Empfehlung zur Erweiterung des AOP-Katalogs im Rahmen von Modul 3.

3. Modul 3: Leistungen für die Überarbeitung des Katalogs nach § 115b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V

Im Rahmen des dritten Moduls wurden auf Basis der Ergebnisse der beiden vorangegangenen Module Empfehlungen für die Überarbeitung und Erweiterung des Katalogs nach § 115b SGB V („AOP-Katalog“⁷³) gemäß dem gesetzlichen Auftrag erarbeitet. Mit den Empfehlungen werden konkrete Leistungen benannt, die aus Sicht der Gutachter geeignet erscheinen, neu in den Katalog aufgenommen zu werden, aber auch Leistungen, die zukünftig aus dem Katalog entfernt werden können.

Die medizinischen Leistungen gemäß dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) bilden die relevanten Entitäten des AOP-Katalogs.⁷⁴ Entsprechend beziehen sich die Empfehlungen für die Überarbeitung des AOP-Katalogs primär auf Leistungen, die anhand der OPS-Klassifikation definiert sind. Der gesetzliche Auftrag sieht – zusätzlich zu ambulanten Operationen und stationersetzenden Eingriffen – eine Erweiterung des Katalogs explizit auch um stationersetzende Behandlungen vor. Damit sind nicht-operative („konservative“) Behandlungsleistungen angesprochen, die nur begrenzt auf Basis der OPS-Klassifikation beschrieben werden können. Daher wurden weitere potenziell stationersetzende Leistungen im Rahmen der DRG-Klassifikation betrachtet.

3.1 Gesetzliche Grundlagen des Vorgehens

Mit dem MDK-Reformgesetz wurde die Erweiterung des Katalogs für ambulante Operationen und für stationersetzende Eingriffe beschlossen. Dadurch sollen im Sinne des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ bestehende ambulante Behandlungsmöglichkeiten in den Krankenhäusern besser genutzt und ausgebaut werden. Zugleich ist beabsichtigt, damit der Entstehung eines der häufigsten Prüfanlässe entgegenzuwirken. (BT-Dr. 19/13397, S. 3)

Mit dem vorliegenden Gutachten soll gemäß der Gesetzesbegründung eine substantielle Erweiterung des AOP-Katalogs vorbereitet werden. Hierfür ist zu untersuchen, welche Operationen, stationersetzenden Eingriffe und stationersetzenden Behandlungen nach dem derzeitigen Stand der medizinischen Erkenntnisse ambulant erbracht werden können (BT-Dr. 19/13397, S. 55). Ziel der Erweiterung ist es, eine möglichst umfassende Ambulantisierung zu erreichen (BT-Dr. 19/13397, S. 56).

⁷³ Die Abkürzung wird im Folgenden aus Vereinfachungsgründen verwendet; es sei an dieser Stelle explizit darauf hingewiesen, dass ihre Bedeutung nicht auf ambulante Operationen beschränkt ist, sondern auch stationersetzende Eingriffe und – gemäß Erweiterungsauftrag – auch stationersetzende Behandlungen umfasst.

⁷⁴ Diese amtliche Klassifikation zum Verschlüsseln von Operationen, Prozeduren und allgemein medizinischen Maßnahmen wird vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfARM) im Auftrag des BMG herausgegeben und jährlich überarbeitet (aktuelle Version 2021). Ihre Anwendung ist für die Abrechnung und Vergütung der Leistungserbringung nach § 115b gemäß § 295 Abs. 4 Satz 5 SGB V verpflichtend.

Diese Zielsetzungen des Gesetzes sprechen dafür, im Rahmen des Gutachtens das stationäre Leistungsspektrum umfassend auf ambulant durchführbare Anteile hin zu prüfen. Hierbei sind weitere gesetzliche Vorgaben zur Kenntnis zu nehmen, aus denen gegebenenfalls eine engere Perspektive des Erweiterungsauftrags abgeleitet werden könnte. Konkret handelt es sich um die Begründung zum Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GRG 2000) sowie um den Gesetzestext des § 115b Abs. 1 SGB V.

Im Kontext der ersten grundsätzlichen Erweiterung des AOP-Katalogs durch das GRG 2000 um „stationersetzende Eingriffe“ wurden dieselben definiert als „Eingriffe, die überwiegend im Rahmen einer voll- bzw. teilstationären Behandlung durchgeführt werden, grundsätzlich jedoch auch ambulant durchgeführt werden können und sich für eine Verlagerung aus der stationären in die ambulante Versorgung eignen.“ (BT-Dr. 14/1245, S. 84)

Das Definitionsmerkmal der überwiegenden (teil-)stationären Durchführung legt nahe, solche Leistungen nicht näher in Betracht zu ziehen, die bereits gegenwärtig überwiegend ambulant erbracht werden. Für das Vorgehen in Modul 3 lässt sich hieraus jedoch aus folgenden Gründen kein geeignetes Abgrenzungskriterium ableiten:

- ◆ Der Begriff „überwiegend“ ist unspezifisch und lässt unterschiedliche Operationalisierungen zu, solange der Anteil der teil- oder vollstationär durchgeführten Leistungen mindestens 50 % der sektorenübergreifenden Gesamthäufigkeit beträgt. Auch in zeitlicher Hinsicht bleibt „überwiegend“ undefiniert und trägt somit nicht der Möglichkeit Rechnung, dass sich Anteilsverhältnisse im Zeitverlauf aus unterschiedlichen Gründen (Entwicklung der Versorgungsstrukturen, medizinisch-technischer Fortschritt) verändern können.
 - ◆ Die verfügbaren Datengrundlagen ermöglichen keine exakte Bestimmung des Anteils der teil- oder vollstationär durchgeführten Leistungen an der sektorenübergreifenden Gesamthäufigkeit. Hierfür fehlt es an einer durchgängigen OPS-Dokumentation für vertragsärztliche Fälle mit Leistungen außerhalb des AOP-Katalogs bzw. außerhalb von Anhang 2 des EBM. Zudem sind die für das vorliegende Gutachten genutzten stationären Leistungsdaten auf teilstationäre Fälle sowie Fälle mit kurzen Verweildauern oder ambulant-sensitiven Hauptdiagnosen beschränkt, bilden das stationäre Leistungsgeschehen somit nicht vollständig ab.
 - ◆ Die Definition des GRG 2000 enthält als weiteres Merkmal die grundsätzliche ambulante Durchführbarkeit. Dies impliziert ein iteratives Vorgehen, denn mit dem Gutachten sollen auch Sachverhalte identifiziert und benannt werden, deren Vorliegen eine stationäre Durchführung begründen. Sachgerecht wäre es folglich, zunächst auf Basis empirischer Daten zu prüfen, in welchem Ausmaß diese Sachverhalte vorliegen, um festzustellen,
-

ob nach Abzug der entsprechenden Fälle immer noch von einer überwiegend (teil-)stationären Durchführung ambulantisierbarer Leistungen ausgegangen werden kann.

- ◆ Aus den Analysen zu angrenzenden Leistungsbereichen (Modul 2) ergaben sich Ambulantisierungspotenziale bei Leistungen, die nicht im AOP-Katalog enthalten sind und damit von Krankenhäusern rechtlich nicht ambulant erbracht werden können, obwohl dies tatsächlich möglich wäre. Stattdessen kommt es im Zusammenhang mit diesen Leistungen zu vermeidbaren stationären Fällen bzw. zusätzlichen Prüfanlässen oder zu nicht rechtssicheren Arrangements für eine faktisch ambulante Durchführung. Hierbei handelt es sich zum Teil auch um Leistungen, die häufig oder überwiegend vertragsärztlich durchgeführt, aber auch häufig stationär erbracht werden. Im Sinne einer umfassenden Ambulantisierung und hinsichtlich des Ziels, Prüfanlässe zu verringern, sollten sie einbezogen werden.
- ◆ Im Rahmen der OPS-Klassifikation werden Leistungen teilweise sehr differenziert beschrieben und abgegrenzt. Eine strikte Begrenzung der Erweiterungsprüfung auf OPS-Leistungen mit überwiegend (teil-)stationärer Durchführung könnte dazu führen, dass OPS-Positionen mit sehr ähnlichen Leistungsinhalten, die dieses Kriterium nicht erfüllen, ausgeschlossen werden. Dadurch entsteht ein Risiko von Fehlanreizen in Form von medizinisch nicht sinnvollen Ausweichreaktionen bei der Leistungserbringung und -dokumentation.

Eine engere Perspektive des Erweiterungsauftrags ließe sich darüber hinaus auch aus der Vorgabe gem. § 115b Abs. 1 SGB V ableiten, wonach in die Vereinbarung des Katalogs durch den GKV-SV, die DKG und die KBV die in dem Gutachten benannten ambulant durchführbaren Operationen und die stationersetzenden Eingriffe und stationersetzenden Behandlungen aufzunehmen sind, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, sowie allgemeine Tatbestände zu bestimmen sind, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. Aus Sicht der Gutachter spricht aber auch diese Vorgabe nicht gegen eine umfassende Betrachtung des Leistungsspektrums im Rahmen von Modul 3.

- ◆ Eine zusätzliche Fokussierung auf „in der Regel“ ambulant durchführbare Leistungen enthält der Auftrag an die Vereinbarungspartner gem. § 115b Abs. 1 SGB V, nicht jedoch die Zielbeschreibung für das Gutachten gem. § 115b Abs. 1a SGB V. Möglich wäre somit, dass die benannten ambulant durchführbaren Leistungen sukzessive weitergehend qualifiziert werden.
 - ◆ Aus dem Gesetzestext geht nicht hervor, ob mit der Formulierung „in der Regel“ unmittelbar die Kategorisierung angesprochen ist, wie sie im derzeitigen AOP-Katalog vorgenommen wird (Ziffer 1). Mit dem Gutachtenauftrag, verschiedene Möglichkeiten zur Differenzierung von Fällen nach dem Schweregrad zu analysieren sowie Sachverhalte zu identifizieren, die
-

eine stationäre Durchführung begründen, ist aus Sicht der Gutachter konsequenterweise eine Überprüfung des bestehenden Kategoriensystems verbunden. Auch aus diesem Grund lässt sich anhand des Merkmals „in der Regel ambulant durchführbar“ kein für den Zweck des Gutachtens praktikables Kriterium zur Auswahl von Leistungen operationalisieren.

- ◆ Auf Basis der in den Modulen 3 und 4 zu benennenden Sachverhalte und Differenzierungsmerkmale kann prinzipiell eine Systematik entwickelt werden, die eine Spezifizierung von Leistungen als „in der Regel“ ambulant durchführbar ermöglicht. Aber auch hier würde es sich um ein iteratives Vorgehen handeln, das eine solche gesamthafte Kategorisierung von Leistungen ex post bzw. auf empirischer Basis erlaubt.
- ◆ Schließlich ist die Formulierung „in der Regel“ unspezifisch und erlaubt entsprechend ein breites Spektrum medizinischer Beurteilungen in Abhängigkeit zusätzlich spezifizierter Rahmenbedingungen. Hinzu kommt, dass sich die medizinische Beurteilung in Abhängigkeit von der Weiterentwicklung medizinischer Verfahren, aber auch in Abhängigkeit von gegebenen Abrechnungs- bzw. Behandlungsmöglichkeiten verändern kann. Dadurch können durchaus Widersprüche zur o. a. gesetzlichen Vorgabe einer „überwiegend“ (teil-)stationären Durchführung entstehen.

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.

Als Konsequenz der vorigen Überlegungen ergibt sich somit ein potenzialorientierter Ansatz, gemäß dem prinzipiell sämtliche Leistungen für eine Erweiterung des AOP-Katalogs in Betracht gezogen werden, 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. Hierfür sprechen i. W. drei Gründe:

- ◆ Durch die OPS-Klassifikation wird das stationäre Leistungsspektrum sehr differenziert abgebildet. So kann die Summe zahlreicher relativ geringer ambulant durchführbarer Leistungsanteile auf die Gesamtheit der stationären Leistungen durchaus eine relevante Größenordnung erreichen.

- ◆ Wie bereits im obigen Kontext ausgeführt, umfasst die differenzierte OPS-Klassifikation zahlreiche inhaltlich sehr ähnliche Leistungspositionen. Insofern 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. Dadurch werden Fehlanreize in Form von Ausweichreaktionen vermieden. Letztere könnten dazu führen, dass bei Verfügbarkeit sehr ähnlicher, aber im Hinblick auf den AOP-Katalog unterschiedlich eingestufte Behandlungsverfahren bestimmte Leistungsformen aufgrund finanzieller Anreize und nicht nur aufgrund der medizinischen Indikation gewählt werden.
- ◆ 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 als Folge, aber auch unabhängig hiervon (z. B. wegen Veränderungen verfügbarer Versorgungskapazitäten) verschieben. Die Einbeziehung auch von Leistungen mit nur vergleichsweise geringen ambulant durchführbaren Anteilen unterstreicht den prospektiven Charakter der Weiterentwicklung des AOP-Katalogs.

Nach den rechtlichen werden im Folgenden die methodischen Grundlagen des Vorgehens in Modul 3 erläutert.

3.2 Methodische Grundlagen des Vorgehens

Für die Ableitung von Empfehlungen für die 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.

Die Problematik sei an drei Beispielen erläutert:

- ◆ Eine Zahnextraktion ist prinzipiell eine ambulante Leistung. Wenn sie aber bei einem geistig behinderten Patienten unter Vollnarkose durchgeführt werden muss, kann eine stationäre Behandlung erforderlich sein. Ähnliches gilt, wenn die Zahnbehandlung z. B. im Rahmen der Behandlung eines Polytraumas erfolgt.
- ◆ Eine Gastroskopie ist prinzipiell eine ambulant durchführbare Leistung. Wenn sie im Rahmen der unmittelbaren Vorbereitung oder Nachsorge einer großen Magen-Darm-Operation beispielsweise wegen eines Tumors erbracht wird, ist der Patient aber nicht ambulant behandelbar.

- ◆ Eine Bestrahlung bei Tumorleiden kann ambulant erfolgen. Wenn aber eine Metastase an der Wirbelsäule mit Instabilität bestrahlt werden muss, ist eine stationäre Behandlung erforderlich.

Die Beispiele verdeutlichen, dass die Kontextinformation unverzichtbar ist, 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.⁷⁵ Sie hat sich auch in der Prüfpraxis offensichtlich nicht bewährt: So ergaben die im Rahmen des Gutachtens geführten Expertengespräche mehrfach Hinweise darauf, dass die Kategorienzuordnung bei Prüfungen auf primäre Fehlbelegung in (u. a. regional) sehr unterschiedlicher Weise Berücksichtigung findet. Eine systematische Prüfung der ambulanten Durchführbarkeit nach gleichen Maßstäben scheint somit gegenwärtig nicht gewährleistet zu sein. Dies gilt ebenso im Hinblick auf die ergänzende (nicht abschließende) Positivliste mit Kriterien zum Ausschluss „unstreitiger notwendigerweise vollstationär zu behandelnder Fälle“ (G-AEP-Kriterien).

Vor diesem Hintergrund wird für Modul 3 ein Ansatz gewählt, mit dem Leistungen aus dem stationären Spektrum primär potenzialorientiert für eine Erweiterung des AOP-Katalogs ausgewählt werden. Maßgeblich ist hierbei die Einschätzung der prinzipiellen Möglichkeit einer ambulanten Durchführung. 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 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

⁷⁵ Dass die gegenwärtig verwendete Kategorisierung teilweise weitergehend differenziert wird, in dem bei der Zuordnung der OPS-Leistungen nach bestimmten Patientengruppen (z. B. in Abhängigkeit vom Alter) oder nach weiteren Merkmalen des Eingriffs unterschieden wird, ändert diese Einschätzung nicht wesentlich. Diese Differenzierungen betreffen im aktuellen AOP-Katalog 136 (4,6 %) der insgesamt 2.971 OPS-Leistungen.

Einstufung von Leistungen basieren, bestünde ein höheres Risiko der Gefährdung von Patientensicherheit.

Der potenzialorientierte Ansatz zur Ableitung von Empfehlungen von Leistungen zur Erweiterung des AOP-Katalogs gliedert sich in vier Schritte, die im Folgenden kurz erläutert werden.

Schritt 1: medizinische Kategorisierung

Den Ausgangspunkt bildet eine Kategorisierung aller OPS-Leistungen, die gegenwärtig nicht im AOP-Katalog enthalten sind. Ziel des ersten Schrittes war eine Auswahl derjenigen OPS-Leistungen, bei denen aus medizinischer Sicht *keine generellen* Gründe gegen die Möglichkeit der ambulanten Durchführung sprechen.

Schritt 2: Hinweise aus angrenzenden Versorgungsbereichen/Vergleichsländern

Für alle OPS-Leistungen, die gegenwärtig nicht im AOP-Katalog enthalten sind, wurde geprüft, ob bzw. in welchem Ausmaß sie in den angrenzenden Versorgungsbereichen erbracht wurden, die in Modul 2 betrachtet wurden, d. h. im Zusammenhang mit vor-/teilstationären Fällen sowie vollstationären Fällen mit kurzer Verweildauer oder ambulant-sensitiver Hauptdiagnose. Außerdem wurde geprüft, inwieweit sich aus den in Modul 1 untersuchten Vergleichsländern Hinweise auf ambulant durchführbare Leistungen ergeben, die gegenwärtig nicht im AOP-Katalog enthalten sind. Hierzu wurden den Leistungen der AOP-Katalog-Äquivalente der Vergleichsländer – soweit wie möglich – entsprechende OPS-Leistungen zugeordnet.

Schritt 3: externe Validierung durch medizinische Fachgesellschaften

Für einen Teil der OPS-Leistungen, die gegenwärtig nicht im AOP-Katalog enthalten sind, ergaben sich für die Gutachter aus den Schritten 1 und 2 keine hinreichend eindeutigen Anhaltspunkte, um sie für eine Erweiterung des AOP-Katalogs zu empfehlen. Zur Einstufung dieser Leistungen wurden von den jeweils fachlich betroffenen medizinischen Fachgesellschaften Stellungnahmen eingeholt. Darüber hinaus wurden Erkenntnisse aus der wissenschaftlichen Fachliteratur herangezogen.

Schritt 4: Kontextprüfung

Die auf Basis der Schritte 1 bis 3 abgeleiteten OPS-Leistungen werden nur unter der Voraussetzung für eine Erweiterung des AOP-Katalogs empfohlen, dass zusammen mit der Erweiterung ein System der fallindividuellen Kontextprüfung implementiert wird. Im vierten Schritt werden 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.

Die Potenzialorientierung des gewählten Ansatzes äußert sich insbesondere in den Schritten 1 und 2, mit denen Möglichkeiten zur Erweiterung des AOP-Katalogs umfassend analysiert wurden. Die Schritte 3 und 4 wirken hingegen einzelleistungsbezogen bzw. fallindividuell einschränkend auf die Erweiterungsmöglichkeiten. Während sich die Ergebnisse von Schritt 3 jedoch bereits im empfohlenen Umfang des AOP-Katalogs niederschlagen, wirkt die Einschränkung in Form der Kontextprüfung erst in der praktischen Umsetzung eines erweiterten AOP-Katalogs.

Es ist insbesondere die im Rahmen von Schritt 4 konzipierte Kontextprüfung, die eine potenzialorientierte Identifizierung von Leistungen für eine Erweiterung des AOP-Katalogs anhand genereller, leistungsübergreifender Kriterien ermöglicht, da sie 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.

Schließlich wurden unter den gegenwärtig im AOP-Katalog enthaltenen Leistungen solche identifiziert und ausgewählt, welche nach den in Schritt 1 angewandten generellen Kriterien nicht für eine Erweiterung empfohlen worden wären. Für diese Leistungen wird empfohlen zu prüfen, sie aus dem AOP-Katalog zu entfernen.

Im Folgenden wird das methodische Vorgehen detailliert beschrieben.

3.3 Methodisches Vorgehen

Die Ableitung von Empfehlungen für die Überarbeitung des AOP-Katalogs basiert auf einem mehrstufigen Vorgehen mit folgenden Bestandteilen:

- ◆ Kategorisierung der nicht im AOP-Katalog enthaltenen OPS-Leistungen hinsichtlich der Möglichkeit einer ambulanten Durchführung anhand genereller medizinischer Kriterien,
- ◆ Abgleich der Kategorisierung mit den empirischen Hinweisen auf Ambulantisierbarkeit aus den angrenzenden Bereichen (Modul 2) und den internationalen Erfahrungen zur ambulanten Durchführbarkeit medizinischer Leistungen (Modul 1),
- ◆ Validierung der nicht eindeutig kategorisierten OPS-Leistungen durch medizinische Fachgesellschaften, ergänzend auf Basis von wissenschaftlicher Fachliteratur,

- ◆ Auswahl nicht-operativer („konservativer“) Behandlungen aus dem DRG-Kontext,
- ◆ Prüfung, welche im aktuellen AOP-Katalog enthaltene OPS-Leistungen aus dem Katalog entfallen können,
- ◆ Systematisierung und Operationalisierung der für die Bewertung der ambulanten Durchführbarkeit relevanten Kontextfaktoren (Konzept für Kontextprüfung).

Ergebnis von Modul 3 ist eine Auswahl von vor allem durch OPS, teilweise durch DRG beschriebene Leistungen, die für eine Erweiterung des AOP-Katalogs empfohlen werden, eine Auswahl von OPS-Leistungen, für die eine Entfernung aus dem AOP-Katalog empfohlen wird, sowie ein Konzept für fallbezogene Kontextprüfungen. Im Folgenden werden die einzelnen Stufen des Vorgehens weitergehend erläutert.

3.3.1 Kategorisierung von OPS-Leistungen hinsichtlich der Möglichkeit einer ambulanten Durchführung anhand übergeordneter medizinischer Kriterien

Die gegenwärtig nicht im AOP-Katalog enthaltenen OPS-Leistungen wurden anhand übergeordneter medizinischer Kriterien hinsichtlich der Möglichkeit einer ambulanten Durchführung kategorisiert.

Zugrunde gelegt wurden hierbei sowohl der AOP-Katalog als auch die OPS-Klassifikation für das Jahr 2019, weil dies auch das Bezugsjahr der in Modul 2 analysierten Leistungsdaten ist. Für jede dieser Leistungen liegt somit die Information vor, ob und mit welcher Häufigkeit sie im Jahr 2019 stationär und – im Fall einer OPS-Leistung aus Anhang 2 des EBM – auch vertragsärztlich erbracht wurde.

Maßgeblich für die Kategorisierung ist die Unterscheidung der OPS-Leistungen nach Eingriffsintensität, um zunächst OPS-Leistungen zu selektieren, die aus medizinischer Sicht mit weitgehender Eindeutigkeit eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit begründen. Hierzu zählen beispielsweise Operationen der Lunge, des Gehirns, am Herz oder an größeren Blutgefäßen, größere Operationen im Zusammenhang mit Tumoren sowie Eingriffe, die aufgrund von Embolie-, Nachblutungsrisiken und daraus resultierenden Überwachungserfordernissen eine stationäre Durchführung indizieren.

Im Einzelnen wurden u. a. folgende Kategorisierungskriterien zugrunde gelegt:

- ◆ Unterscheidung nach Intensität eines chirurgischen Eingriffs: Die Möglichkeit einer ambulanten Durchführung wird generell höher bei minimal-invasiven (z. B. laparoskopischen) Verfahren eingeschätzt als bei offen-chirurgischen. Gleiches gilt für die Unterscheidung von klein- vs. großflächigen Eingriffen (ggf. in Kombination mit der Lokalisation des Eingriffs, s. a. Folgendes).

- ◆ Eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit wird grundsätzlich bei der großen Herzchirurgie, intrakraniellen und intraspinalen Eingriffen angenommen sowie bei Eingriffen mit gravierenden Blutungsrisiken oder kritischer Lage der Organe (z. B. Milz, Thymus) und bei gravierenden akuten Behandlungsanlässen (z. B. großflächige Verbrennungen).
- ◆ Möglichkeiten einer ambulanten Durchführung bieten chirurgische Eingriffe mit primärem Wundverschluss, dagegen werden Eingriffe ohne primären Wundverschluss wegen erhöhter Infektionsrisiken als stationär behandlungsbedürftig eingestuft.
- ◆ Als stationär durchzuführen werden darüber hinaus Transplantationen eingestuft, um durch stationäre Überwachung Abstoßungen und Minderdurchblutungen zu verhindern.

Zwei Arten von OPS-Leistungen kamen grundsätzlich nicht für eine Kategorisierung hinsichtlich der Möglichkeit einer ambulanten Durchführung in Frage. Hierbei handelt es sich um OPS-Leistungen,

- ◆ für welche aus Sicht der Gutachter die Eingriffsintensität nicht differenziert genug beschrieben ist, um sie zu kategorisieren,
- ◆ die als Zusatzcodes gekennzeichnet oder unspezifisch sind oder bei denen es sich überwiegend um Begleitleistungen im stationären Kontext handelt.

Ein Beispiel für eine für die Kategorisierung unzureichende Differenzierung ist der OPS-Kode 5-062.1 (Andere partielle Schilddrüsenresektion: Exzision eines Knotens). Hier ist davon auszugehen, dass die Blutungsrisiken als ein maßgebliches Kriterium für die Möglichkeit der ambulanten Durchführung von der Größe und ggf. auch Lage (z. B. retrosternal) des Knotens abhängen. Eine eindeutige Kategorisierung dieser OPS-Leistung ist daher nicht möglich. Ein weiteres Beispiel ist der OPS-Kode 5-046.7 (Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus, sekundär, Nerven Leiste und Beckenboden): Die Möglichkeiten der ambulanten Durchführung unterscheiden sich hier zwischen der (besser zugänglichen) Leiste und dem Beckenboden systematisch.

Nicht kategorisiert wurden darüber hinaus drei weitere Arten von OPS-Leistungen, und zwar:

- ◆ OPS-Kodes, die in der Klassifikation als Zusatzcodes gekennzeichnet sind, da es sich lediglich um ergänzende Angaben zu einer Operation oder Maßnahme handelt (z. B. zur Kodierung des Zugangsweges, verwendeter Materialien oder Medikamente), die für sich genommen nicht AOP-relevant sind (und i. d. R. nicht eigenständig vertragsärztlich erbracht werden)⁷⁶;

⁷⁶ „Diese Zusatzcodes sind ergänzend zu verwenden, sofern die Information nicht schon im Kode selbst enthalten ist. Zusatzcodes sind sekundäre Codes und dürfen nicht selbständig, sondern nur zusätzlich zu einem primären Kode benutzt werden. Sie sind also nur in Kombination mit dem durchgeführten, inhaltlich leitenden Eingriff zulässig.“ (Quelle:

- ◆ OPS-Kodes, die Leistungen bezeichnen, welche nach Einschätzung der Gutachter überwiegend als Begleitleistung im stationären Kontext durchgeführt werden;
- ◆ alphanumerische OPS-Kodes, die „x“ („Sonstige“) oder „y“ („N.n.bez.“) enthalten und daher unspezifisch sind; sie kommen in Abstimmung mit den Auftraggebern generell nicht für eine Erweiterung des AOP-Katalogs in Betracht.

Die Kategorisierung der OPS-Leistungen im Hinblick auf Möglichkeiten der ambulanten Durchführung nahmen drei Mediziner des Projektteams (mit klinischer Erfahrung in unterschiedlichen Fachgebieten) vor. Hierfür verwendeten sie folgende Kategorien:

- (1) ausschließlich stationäre Durchführung begründbar
- (2) Möglichkeit ambulanter Durchführung⁷⁷
- (3) keine eindeutige Kategorisierung bzw. Bedarf an externer Validierung
- (4) Zusatzkodes/unspezifische Kodes/Begleitleistungen (nicht empfehlungsrelevant)

Für die Kategorien (2) und (3) wurde im nächsten Schritt geprüft, inwieweit sich aus den Daten für die angrenzenden Bereiche und aus dem internationalen Vergleich zusätzliche Hinweise auf eine ambulante Durchführbarkeit ableiten lassen.

Von den insgesamt 31.739 terminalen OPS-Kodes (Stand: 2019) wurden insgesamt 21.911 Positionen den Kategorien (1) bis (3) zugeordnet. Auf Kategorie (4) entfielen 5.076 OPS-Kodes. Für eine Erweiterung nicht betrachtet wurden 2.879 OPS-Kodes, da sie bereits im AOP-Katalog (Stand: 2019) enthalten sind, sowie die 1.873 OPS-Kodes von Kapitel 6 des OPS-Verzeichnisses (Medikamente). Das Kapitel 6 definiert Medikamentengaben und -mengen für Abrechnungszwecke, es handelt sich hierbei nicht um eigenständige Prozeduren. Für die Frage der Möglichkeit einer ambulanten Durchführung spielen die OPS-Positionen des Kapitels 6 keine Rolle. Technisch sind die OPS-Kodes von Kapitel 6 wie Zusatzkodes zu behandeln.

3.3.2 Abgleich mit empirischen Hinweisen aus angrenzenden Bereichen (Modul 2) und internationalen Erfahrungen (Modul 1)

Die zuvor als potenziell AOP-relevant kategorisierten OPS-Leistungen wurden im zweiten Schritt mit den empirischen Hinweisen auf Ambulantisierbarkeit aus den angrenzenden Bereichen (Modul 2) und den internationalen Erfahrungen zur ambulanten Durchführbarkeit medizinischer Leistungen (Modul 1) abgeglichen.

<https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2021/zusatz-04-hinweise-zur-benutzung.htm>, Abruf: 07.01.2022)

⁷⁷ Diese Kategorisierung ergibt sich aus einer abstrakten, potenzialorientierten Betrachtung (vgl. Kapitel 3.2) unabhängig von Kontextfaktoren (vgl. Kapitel 3.3.6).

3.3.2.1 Abgleich mit den empirischen Hinweisen auf Ambulantisierbarkeit aus den angrenzenden Bereichen (Modul 2)

Für die Vorauswahl wird nun geprüft, inwieweit sich die abstrakte Einstufung einer ambulanten Durchführbarkeit durch die Analyseergebnisse aus Modul 2 für die angrenzenden Bereiche empirisch erhärten lässt.

Die Analyseergebnisse aus Modul 2 ermöglichen für jede der vorausgewählten OPS-Leistungen die Feststellung, ob sich die Annahme ihrer ambulanten Durchführbarkeit stützen lässt, weil sie:

- ◆ bereits teil- und/oder vorstationär,
- ◆ stationär im Zusammenhang mit Kurzlieger-Fällen,
- ◆ im Zusammenhang mit ambulant-sensitiven Krankenhausfällen oder
- ◆ im Rahmen selektivvertraglicher Versorgung erbracht werden oder
- ◆ häufig Gegenstand primärer Fehlbelegungsprüfungen sind.

Für die OPS-Leistungen, die im Zusammenhang mit Kurzlieger- und ambulant-sensitiven Krankenhausfällen erbracht wurden, gelten darüber hinaus als Ausschlusskriterien, dass die entsprechenden Fälle ganz überwiegend ($\geq 95\%$) intensivmedizinisch behandelt wurden (Intensivverweildauer > 0) und/oder dass Beatmungsleistungen erbracht wurden und/oder dass für den Fall ein PCCL von 5 oder 6 kodiert wurde. Für die ASK gilt zusätzlich als Ausschlusskriterium eine Verweildauer von mehr als sieben Tagen.

Für die angrenzenden Bereiche der vor-, teilstationären und Kurzlieger-Fälle sowie Fälle mit ambulant-sensitiven Hauptdiagnosen wurde zudem ein prozentualer Schwellenwert gesetzt: Als zusätzlicher empirischer Hinweis auf die Möglichkeit einer ambulanten Durchführung wurde gewertet, wenn es Fälle mit der betreffenden OPS in einem der angrenzenden Bereiche gab (absolut > 0) und die OPS-Häufigkeit dieser Fälle einen prozentualen Anteil an der Häufigkeit aller für vollstationäre Fälle dokumentierten OPS von mehr als 1 % hatte.

3.3.2.2 Abgleich mit den internationalen Erfahrungen zur ambulanten Durchführbarkeit medizinischer Leistungen (Modul 1)

Im Rahmen der Analysen zu Modul 1 konnten für die meisten Vergleichsländer Kataloge mit Leistungen identifiziert werden, bei denen neben einer (ursprünglich) stationären Durchführung eine ambulante Durchführung ermöglicht wurde. Die Kataloge unterscheiden sich dabei stark hinsichtlich Umfang und Detaillierungsgrad, ebenso wie der konkreten Umstände der Ambulantisierungsprozesse (vgl. hierzu Modul 1).

Im Rahmen von Modul 3 wurde geprüft, für welche der vorausgewählten OPS-Leistungen Entsprechungen bzw. Leistungsäquivalente in diesen Katalogen der Vergleichsländer gefunden werden können. Folgende Kataloge wurden hierfür herangezogen:

- ◆ Österreich: Tagesklinik-Katalog
- ◆ USA: Liste der unter Medicare erstattungsfähigen Leistungen bei Durchführung durch Klinikambulanzen (HOPD) und durch ambulante OP-Zentren (ASC)
- ◆ UK: Tagesfall- und Outpatient-Prozeduren mit finanzieller Förderung im Rahmen von Best-Practice-Tariffs
- ◆ Schweiz: Liste der grundsätzlich ambulant durchzuführenden elektiven Eingriffe

Der Abgleich der Leistungen dieser Kataloge mit der Vorauswahl von OPS-Leistungen ist insofern nur eingeschränkt möglich, weil jeweils unterschiedliche Leistungsklassifikationssysteme zugrunde liegen (z. B. HCPCS in den USA, APPC Prozedurencodes in Österreich). Anhand der Leistungslegendierungen und insbesondere der Titel übergeordneter Abschnitte wurden näherungsweise OPS-Äquivalente zu den Leistungspositionen der Kataloge der Vergleichsländer ermittelt.

Aufgrund des Umfangs der HOPD- bzw. ASC-Leistungskataloge in den USA wurde ein Named-entity-recognition-Modul programmiert, anhand dessen ein Matching-Prozess durchgeführt wurde. Der Fokus der Analyse lag auf den Leistungen des HOPD- bzw. ASC-Katalogs, für die keine Entsprechungen im deutschen AOP-Katalog identifiziert werden konnten.

Ein vollumfassender, exakter Abgleich zwischen den Katalogen der Vergleichsländer und dem deutschen OPS-Verzeichnis ist im Rahmen dieses Forschungsprojekts nicht möglich, jedoch konnte über das gewählte Verfahren eine Reihe von Hinweisen auf internationale Einstufungen bzw. Erfahrungen der ambulanten Durchführbarkeit von Leistungen gewonnen werden.

Gegenüber den empirischen Hinweisen aus den angrenzenden Versorgungsbereichen wurden die Hinweise aus den Vergleichsländern jedoch weniger stark gewichtet. Hierfür sprechen – neben der begrenzten Möglichkeit einer exakten Äquivalenzzuordnung von Leistungspositionen – weitere Gründe. Zunächst basieren die Hinweise aus den Vergleichsländern i. W. auf Leistungskatalogen ohne detaillierte Kenntnis über deren empirische Relevanz. Während für Deutschland im Rahmen von Modul 2 detailliert empirische Leistungshäufigkeiten herangezogen wurden, liegen entsprechende Informationen für die Vergleichsländer nicht bzw. nur rudimentär vor. Darüber hinaus weichen die Rahmenbedingungen für die ambulante Durchführung von Leistungen – wie im Berichtsteil zu Modul 1 dargestellt – teilweise deutlich von denen des Gesundheitssystems in Deutschland ab. Hierzu zählt beispielsweise in den USA, dass bei der Erstattungsfähigkeit ambulanter Operationen zwischen unterschiedlichen Leistungsanbietern in Abhängigkeit ihrer Nähe zu einem Krankenhaus unterschieden wird.

Hinzu kommt, dass der Sachverhalt „ambulant“ bzw. „outpatient“ international nicht einheitlich definiert ist. In den USA können beispielsweise auch Fälle mit einer Übernachtung im Krankenhaus als „outpatient“ abgerechnet und gezahlt werden (vgl. „Two-Midnight rule“ der CMS, vgl. Annex Modul 1, Kapitel 8.1).

3.3.3 Validierung der nicht eindeutig kategorisierten OPS-Leistungen

Ein Teil der gegenwärtig nicht im AOP-Katalog enthaltenen OPS-Leistungen ließ sich auf Basis der vorangegangenen Schritte nicht eindeutig kategorisieren. Diese OPS-Leistungen wurden anhand externer Quellen validiert. Hierzu zählte die Auswertung wissenschaftlicher Fachliteratur, die sich leistungs-(bereichs-)spezifisch auf Erfahrungen mit der ambulanten Durchführung bezieht. Insbesondere wurden zur Einstufung der nicht eindeutig kategorisierten Leistungen von den jeweils fachlich betroffenen medizinischen Fachgesellschaften Stellungnahmen eingeholt.

3.3.3.1 Auswahl der Leistungen mit Bedarf an externer Validierung

Durch die vorangegangenen Arbeitsschritte wurden nach übergeordneten medizinischen Kriterien gegenwärtig nicht im AOP-Katalog enthaltene OPS-Leistungen ausgewählt, welche die Grundlage der Empfehlungen für die Erweiterung des AOP-Katalogs bilden. Aus den Modulen 1 und 2 wurden zusätzliche Hinweise gewonnen, dass bei diesen Leistungen Möglichkeiten einer ambulanten Durchführung bestehen.

Für die gegenwärtig nicht im AOP-Katalog enthaltenen OPS-Leistungen wurden damit drei Fragen beantwortet:

- ◆ (1) Besteht gemäß übergeordneter medizinischer Kriterien – und (zunächst) unabhängig von relevanten Kontextfaktoren – die Möglichkeit, die OPS-Leistung ambulant durchzuführen?
- ◆ (2) Wird die OPS-Leistung gegenwärtig in angrenzenden Versorgungsbereichen durchgeführt, d. h. entweder nicht vollstationär oder stationär mit Umständen, die eine ambulante Durchführbarkeit wahrscheinlicher machen (z. B. kurze Verweildauern)?
- ◆ (3) Kann die OPS-Leistung (oder eine weitgehend äquivalente Leistung) in den Vergleichsländern ambulant durchgeführt werden?

Bei Frage (2) werden insgesamt sechs angrenzende Bereiche einbezogen (vorstationär, teilstationär, Kurzlieger, ASK, selektivvertragliche Versorgung und primäre Fehlbelegung).

Für die Ableitung der Empfehlungen zur Aufnahme von OPS-Leistungen in den AOP-Katalog werden die unterschiedlichen Kombinationen der o. a. Kriterien wie folgt bewertet (Tabelle 34):

Tabelle 34: Systematik der Ableitung von Empfehlungen für die Erweiterung des AOP-Katalogs

Möglichkeit ambulanter Durchführung	angrenzende Bereiche	ambulante Durchführbarkeit in Vergleichsländern	Empfehlung für Erweiterung des AOP-Katalogs
ja	ja (mind. 1)	ja (mind. 1) nein	ja
ja	nein	nein	ja (nach interner Validierung)
ja	nein	nein	nein (nach interner Validierung)
Klärungsbedarf	nein	nein	nein
nein	ja (mind. 1) bei Kurzliegern Rückprüfung	nein	nein
nein	nein	nein	nein
ja	nein	ja (mind. 1)	nach externer Validierung
nein	ja (mind. 1)	ja (mind. 1)	nach externer Validierung
nein	nein	ja (mind. 1)	nach externer Validierung
Klärungsbedarf	ja (mind. 1)	ja (mind. 1)	nach externer Validierung
Klärungsbedarf	ja (mind. 1)	nein	nach externer Validierung
Klärungsbedarf	nein	ja (mind. 1)	nach externer Validierung

Quelle: IGES

Ausgehend von der rechten Spalte ergeben sich aus der Zusammenschau der Kategorisierung und des Abgleichs mit den angrenzenden Bereichen und Vergleichsländern drei mögliche Ergebnisse:

- ◆ Die OPS-Leistung wird für eine Erweiterung des AOP-Katalogs empfohlen (Zeilen 1-2): Voraussetzung hierfür ist, dass für die OPS-Leistung gemäß den angewandten übergeordneten medizinischen Kriterien die Möglichkeit einer ambulanten Durchführung besteht und empirische Hinweise aus mindestens einem angrenzenden Versorgungsbereich vorliegen. Hinweise zur ambulanten Durchführbarkeit aus mindestens einem der Vergleichsländer stützt die Empfehlung zusätzlich, wenn aber keine Entsprechung ausfindig gemacht wurde, reicht dies aufgrund der methodischen Limitationen – nämlich den Einschränkungen beim Matching von Positionen der unterschiedlichen Prozedurenverzeichnisse – nicht aus, um einer Empfehlung auf Basis der beiden anderen Kriterien zu widersprechen. OPS-Leistungen, bei denen lediglich die Möglichkeit einer ambulanten Durchführung, aber keine zusätzlichen Hinweise aus den angrenzenden Versorgungsbereichen und den Vergleichsländern festgestellt wurden, wurden individuell geprüft. Im Fall geringer OPS-Häufigkeit wurden sie dennoch für eine Erweiterung des AOP-Katalogs empfohlen, wenn es für „benachbarte“ OPS-Positionen mit höheren Leistungshäufigkeiten und vergleichbaren Leistungsinhalten zusätzliche Hinweise aus den angrenzenden Versorgungsbereichen gibt.
- ◆ Die OPS-Leistung wird für eine Erweiterung des AOP-Katalogs nicht empfohlen (Zeilen 3-6): Dies betrifft OPS-Leistungen, bei denen keine zusätzlichen Hinweise aus den angrenzenden Versorgungsbereichen und den Vergleichsländern festgestellt wurden und sich gemäß den übergeordneten medizinischen Kriterien eine Möglichkeit der ambulanten Durchführung nicht oder zumindest nicht eindeutig ergibt. Sprechen jedoch die übergeordneten medizinischen Kriterien für die Möglichkeit einer ambulanten Durchführung, wurden die Leistungen individuell geprüft (s. o.). Ebenfalls erneut geprüft wurden OPS-Leistungen, die besonders häufig im Zusammenhang mit Kurzlieger-Fällen erbracht wurden.⁷⁸
- ◆ Die Entscheidung über eine Empfehlung der OPS-Leistung bedarf einer externen Validierung der Ergebnisse aus den vorangegangenen Schritten: Dies ist zum einen dann der Fall, wenn die Einstufung der ambulanten Durchführbarkeit nach den übergeordneten medizinischen Kriterien einerseits und die Hinweise aus den angrenzenden Versorgungsbereichen und/oder den Vergleichsländern entgegengesetzt ausfallen. Zum anderen betrifft dies OPS-Leistungen mit nicht eindeutiger Einstufung der ambu-

⁷⁸ Als Häufigkeitsschwelle wurden hierbei zugrunde gelegt a) mehr als 1.000 Kurzlieger-Fälle oder b) mehr als 100 Kurzlieger-Fälle i. V. m. einem Anteil dieser Kurzlieger-Fälle an allen stationären Fällen mit der entsprechenden OPS in Höhe von mind. 50 %.

lanten Durchführbarkeit nach den übergeordneten medizinischen Kriterien („Klärungsbedarf“), bei denen Hinweise aus den angrenzenden Versorgungsbereichen und/oder den Vergleichsländern vorliegen.

3.3.3.2 Externe Validierung

Die externe Validierung konzentrierte sich auf OPS-Leistungen, für die im Rahmen der vorigen Arbeitsschritte keine klare Empfehlung hinsichtlich einer Erweiterung des AOP-Katalogs abgeleitet werden konnte (vgl. Kapitel 3.3.3.1). Sie umfasst zwei Ansätze: eine Auswertung wissenschaftlicher Fachliteratur und Stellungnahmen medizinischer Fachgesellschaften.

Für einen Teil der OPS-Leistungen, bei denen sich für die Gutachter auf Basis übergeordneter medizinischer Kriterien keine eindeutige Einschätzung der Möglichkeit ambulanter Durchführung ergab, konnte wissenschaftliche Fachliteratur herangezogen werden, die sich auf Erfahrungen mit der ambulanten Durchführung dieser Leistung bzw. in diesem Leistungsbereich bezieht. Anhand der daraus gewonnenen Erkenntnisse war eine Einschätzung teilweise möglich.⁷⁹

Darüber hinaus wurde – unabhängig von den für eine externe Validierung ausgewählten OPS-Leistungen – eine Auswertung wissenschaftlicher Fachliteratur zu Voraussetzungen, Erfahrungen und Kontraindikationen einer stationärsersetzenden ambulanten Durchführung operativer Behandlungen durchgeführt. Aus Zeitgründen konnte kein systematischer Literatur-Review durchgeführt werden. Die Erkenntnisse der Literaturobwohl wurden zur Überprüfung der Empfehlungen verwandt. Die folgende Tabelle 35 gibt einen Überblick über die Anzahl der einbezogenen Literaturquellen differenziert nach Fachbereichen. Die einzelnen Quellen sind im Literaturverzeichnis aufgeführt (s. Verzeichnis „Ergänzende Literaturangaben“).

⁷⁹ Ein Beispiel hierfür ist die OPS-Leistung 8-837 („Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen“). In den hierunter fallenden endstelligen OPS-Kodes wird u. a. nach der Anzahl einzulegender Stents differenziert. Aus fachlichen bzw. wissenschaftlichen Quellen geht hervor, dass das Eingriffsrisiko mit der Zahl der einzulegenden Stents steigt (vgl. z. B. <https://www.nhs.uk/conditions/coronary-angioplasty/risks/>, letzter Abruf: 14.01.2022; Tang et al. 2019, Shroff et al. 2016). Ein eindeutiger Schwellenwert, ab dem eine stationäre Durchführung empfohlen wird, lässt sich hieraus nicht sicher ableiten. Daher bezieht sich die Empfehlung für eine Erweiterung des AOP-Katalogs zunächst auf die OPS-Kodes mit lediglich einem einzulegenden Stent.

Tabelle 35: Übersicht über Themenbereiche der für Validierungszwecke ausgewerteten Literatur

Fachbereich	Inhalt/Leistungen	Anzahl Literaturquellen
Handchirurgie	Allgemeines zum ambulanten Transfer, Dupuytren-Kontraktur, Allgemein Zusatzinformation	3
Allgemein-, Viszeralchirurgie	Allgemeines, Leberchirurgie (Leberteilresektion), Gallenstein/Cholelithiasis, Appendizitis, Leistenhernienchirurgie, Thyreoidektomie (Schilddrüsenresektion)	12
Onkologie	Allgemeines, Ileostomarückverlagerung, Implantation venöser Portsysteme	2
Proktologie	Hämorrhoiden (Grad 3-4), Hämorrhoiden	2
Urologie	Urolithiasis, Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie - ESWL, Holmiumlaserenukleation, Allgemeines, Vasektomie/Vasoresektion	11
Kardiologie	CIED (ICD, CRT-P/D, ILR), elektive rhythmologischen Eingriffe, Implantable Cardioverter-Defibrillator (ICD), Schrittmachereingriffe, CIED/Device-Therapie inkl. Vertragsunterlagen, ICD, Koronare Angioplastie, Stent, Perkutane Koronarintervention, transradiale Angioplastie und Stenting	20
Mund-Kiefer-Chirurgie	Allgemein, Vorläuferläsionen des oralen Plattenepithelkarzinoms, Operative Entfernung von Weisheitszähnen, Primary Cleft Lip and Palate Surgery (Pediatric)	4
Orthopädie	Arthroskopie, Thromboseprophylaxe, TSA - total shoulder arthroplasty, OJA - Outpatient joint arthroplasty, THA & THK (total hip and knee arthroplasty)	8
Ambulante Anästhesie	Allgemeines, Chloroprocain, CPSNB, Patient Selection, Perineural infusion	6
Fußchirurgie	Hallux Valgus, Poplitea-Ischiasnerv-Blockade, Fuß- und Sprunggelenkschirurgie, elektive Fuß- und Sprunggelenkschirurgie, TAA - Total Ankle Arthroplasty, Geschlossene Knöchelfrakturen	7
Dermatologie	Varizenchirurgie, Krampfadernleiden	2
Chemo-, Strahlentherapie	Ambulante dermatologische Chemotherapie, Allgemein/Interview, Behandlung mit Trabectedin	3
Gynäkologie	Hysterektomie (LRH), Laparoskopische suprazervikale Hysterektomie (lap loop), Hysteroskopie: Uteruspolypen, Allgemein, Induction of labour (Geburtseinleitung)	5
HNO-Heilkunde	Allgemein, Parotidektomie, Ambulante Phonochirurgie	4

Quelle: IGES

Der zweite Teil der externen Validierung bezog sich ausschließlich auf die OPS-Leistungen, für die keine klare Empfehlung abgeleitet werden konnte. Diese OPS-Leistungen wurden den fachlich jeweils betroffenen medizinischen Fachgesellschaften für eine Stellungnahme vorgelegt. Die Auswahl konzentrierte sich auf das OPS-Kapitel 5 (Operationen). Die folgende Tabelle gibt einen Überblick darüber, welche Fachgesellschaften zu welchen Leistungsabschnitten des OPS Stellungnahmen zur Möglichkeit der ambulanten Durchführung vorgelegt haben.

Insgesamt wurden 855 OPS-Leistungen durch die Fachgesellschaften im Hinblick auf die Möglichkeit einer ambulanten Durchführung bewertet. Dies entspricht einem Anteil von knapp 4 % der insgesamt kategorisierten OPS-Positionen. Die Fachgesellschaften fügten ihren Bewertungen in vielen Fällen Erläuterungen bei, teilweise auch Fachliteratur. Leistungsübergreifende Erläuterungen der Stellungnahmen bezogen sich mehrfach auf die für die erbetene Bewertung verwendeten Kategorienbezeichnungen. Die für die Abfrage der Stellungnahmen von den Gutachtern verwendete Formulierung („prinzipiell ambulant durchführbar“) sowie die gewählte Ziffernzuordnung (1, 2) wurde häufig nicht im Sinne der Gutachter verstanden, insbesondere in Abgrenzung zu den Kategorien des gegenwärtigen AOP-Katalogs (Ziffern 1, 2). Einige Fachgesellschaften äußerten diesbezüglich Klärungsbedarf. In einigen zusätzlichen Fachgesprächen erläuterten die Gutachter daher Vertreterinnen und Vertreter der Fachgesellschaften ihr Verständnis der gewählten Bewertungskategorien im Sinne einer Potenzialbetrachtung (vgl. Kapitel 3.2). Die in diesem Zusammenhang mit den Fachgesellschaften geführten Diskussionen führten zu einer Überprüfung und Anpassung der im vorliegenden Gutachten gewählten Kategorienbezeichnungen und veranlassten die Gutachter, ihre Ausführungen zum gewählten methodischen Ansatz zu schärfen.

Neben dem teilweise abweichenden Verständnis der ambulanten Durchführbarkeit von Leistungen kann zudem nicht völlig ausgeschlossen werden, dass die Fachgesellschaften in ihren Stellungnahmen unterschiedlich von nicht primär medizinischen Rahmenbedingungen abstrahierten (z. B. in Bezug auf die gegenwärtige oder zukünftig erwartete Vergütung ambulantisierbarer stationärer Leistungen). Einige Stellungnahmen enthalten Hinweise darauf, dass über eine ambulante Durchführbarkeit nicht unabhängig von diesen Rahmenbedingungen befunden werden kann (z. B. im Hinblick auf die Refinanzierung von Qualitätssicherungsmaßnahmen).

Aufgrund des sehr begrenzten Zeitrahmens für die Bearbeitung von Modul 3 war ein umfassenderer Austausch mit den medizinischen Fachgesellschaften zu sämtlichen empfehlungsrelevanten OPS-Leistungen nicht möglich, so dass die Stellungnahmen nur zu einer engen Auswahl von aus Gutachtersicht besonders klärungsbedürftigen Positionen eingeholt und ausgewertet werden konnten. Nach Ansicht der Gutachter ist es erforderlich, den medizinischen Fachgesellschaften im weiteren Verlauf des Verfahrens zur Weiterentwicklung des AOP-Katalogs umfassendere und ergänzende Möglichkeiten zur Stellungnahme einzuräumen.

Tabelle 36: Übersicht über die medizinische Fachgesellschaften und Leistungsbereiche ihrer Stellungnahmen im Rahmen der externen Validierung

Fachgesellschaft		Stellungnahme	
		OPS-Gruppen	Leistungsbereiche
DGNC	Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie e.V.	5-01 bis 5-05	Nervensystem
DGAV	Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie e.V.	5-06 bis 5-07 5-42 bis 5-54	Endokrinologie, Verdauung
DOG	Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft e.V.	5-08 bis 5-16	Augen
DGHNO-KHC	Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V.	5-18 bis 5-31	Nase, Mundhöhle & Gesicht, Pharynx, Ohren
DGMKG	Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V.	5-21 bis 5-31 5-76 bis 5-77	Nase, Mundhöhle & Gesicht, Pharynx, Kiefer-/ Gesichtsschädelknochen
DGCH DGT	Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V. Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.	5-32 bis 5-34	Lunge
DGP	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.	5-32 bis 5-34	Lunge
DGK	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e.V.	5-35 bis 5-37	Herz
DGG	Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin - Gesellschaft für operative, endovaskuläre und präventive Gefäßmedizin e.V.	5-38 bis 5-39	Blutgefäße
DGU	Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V.	5-55 bis 5-59 5-60 bis 5-64	Harnorgane, männliche Genitalorgane
DGGG DGS	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. Deutsche Gesellschaft für Senologie e.V.	5-55 bis 5-59 5-65 bis 5-75 5-87 bis 5-88	Harnorgane, weibliche Genitalorgane, geburtshilfliche OP, OP Mamma
DGOU DGOOC	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V.	5-78 bis 5-86	Bewegungsorgane
DDG	Deutsche Dermatologische Gesellschaft e.V.	5-89 bis 5-92	Haut

Quelle: IGES

Die Bewertungen der Fachgesellschaften hinsichtlich der Möglichkeit einer ambulanten Durchführung bei den aus Gutachtersicht besonders klärungsbedürftigen Leistungen wurden größtenteils übernommen.⁸⁰ Die Auswertung der Stellungnahmen der Fachgesellschaften führte teilweise auch zu erneuten Überprüfungen der Empfehlungseinstufung von OPS-Leistungen, die den Fachgesellschaften nicht zur Bewertung vorgelegt worden waren. Diese Überprüfungen dienten dazu, die Konsistenz der Einstufungen über sämtliche OPS-Leistungen zu erhöhen bzw. offensichtliche Inkonsistenzen zu beseitigen. Somit hatten die Stellungnahmen auch Auswirkungen auf die Einstufung weiterer Leistungspositionen.

3.3.4 Auswahl nicht-operativer Leistungen

Zur Ableitung von Empfehlungen von nicht-operativen stationersetzenden Leistungen – hierunter fallen konservative Behandlungen oder komplexe Diagnostik – wird ein anderes Vorgehen gewählt.

Das OPS-Klassifikationssystem bezieht sich vorwiegend auf operative Leistungen, sie enthält teilweise auch nicht-operative Prozeduren, insbesondere in den Kapiteln 1, 3 und 8, die im Rahmen des bisher beschriebenen Vorgehens bereits Gegenstand der Kategorisierung im Hinblick auf die Möglichkeit einer ambulanten Durchführung waren. Dennoch ist nicht gewährleistet, dass nicht-operative stationersetzende Leistungen allein über die OPS-Klassifikation umfassend abgebildet werden können. Hintergrund hierfür ist der Umstand, dass es eine Teilmenge von stationären Behandlungsfällen gibt, für die keine wesentliche OPS-Leistung dokumentiert wird.

Daher bieten die Auswertungen der DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG für die angrenzenden Bereiche einen zusätzlichen Ausgangspunkt für die Auswahl nicht-operativer Leistungen zur Weiterentwicklung des AOP-Katalogs. Konkret wurden die DRGs der medizinischen Partition selektiert, weil diese keine medizinisch dominanten (gruppierungsrelevanten) OPS und damit keine operative Prozedur als Hauptleistung enthalten. Ein Rückgriff auf das DRG-System als Leistungsklassifikation ist für diese Leistungen empfehlenswert, da das DRG-System aufgrund seiner Logik die Identifizierung solcher Leistungsbereiche ermöglicht. Über die DRG-Logik können sowohl Fälle mit auf dominante Prozeduren orientierter Einstufung als auch komplexere konservative Leistungen ausgeschlossen werden, um verbleibende konservative Behandlungen mit stationersetzendem Potenzial zu erkennen. Würde man sich nicht des DRG-Systems bedienen, müsste man eine entsprechend komplexe und aufwändige Logik nachbilden, um faktisch zum gleichen Ergebnis zu kommen.

Von den Leistungen aus der medizinischen Partition wurden zunächst einige DRGs von der weiteren Betrachtung ausgeschlossen, da sie auch ohne operative Leistung auf die Notwendigkeit eines stationären Aufenthaltes hindeuten. Dabei handelt es sich u. a. um DRGs, die

⁸⁰ Aus Konsistenzgründen kam es wenigen Fällen zu Abweichungen der Einstufung.

- ◆ Akuterkrankungen mit unbedingter stationärer Behandlungsbedürftigkeit einschließlich Behandlungen bei akuter Atemnot bzw. Beatmungsleistungen umfassen,
- ◆ in unmittelbarem Zusammenhang mit der medizinischen Betreuung von Geburten dokumentiert werden,⁸¹
- ◆ Leistungen enthalten, die gemäß ihrer gegenwärtigen, abrechnungsrelevanten Definition stationär durchzuführen sind,⁸²
- ◆ mit sehr schweren Begleiterkrankungen oder anderen erschwerenden Konstellationen verbunden sind.

Die verbleibenden DRGs der medizinischen Partition wurden absteigend nach Gesamtzahl der stationären Fälle sortiert. Die Ableitung von Empfehlungen für eine Erweiterung des AOP-Katalogs um hierdurch beschreibbare stationsersetzende Behandlungen konzentriert sich zunächst auf die 20 fallzahlstärksten DRGs dieser Liste („TOP 20“). Im Unterschied zur wesentlich stärker ausdifferenzierten OPS-Klassifikation erscheint den Gutachtern eine solche Beschränkung aus pragmatischen Gründen in Bezug auf die durch das DRG-Klassifikationssystem beschriebenen Leistungskomplexe vertretbar. Wie ausgeführt, sind bei Betrachtung der durch OPS definierten Leistungen wegen der relativ kleinteiligen Systematik auch Positionen mit geringer Häufigkeit, aber vergleichbaren Leistungsinhalten einzubeziehen. Bei den weniger stark differenzierten DRGs trifft dieser Aspekt nicht zu.⁸³

Eine häufige Erklärung für stationäre Behandlungsfälle, für die keine wesentliche OPS-Leistung dokumentiert wird, sind – wie die Analyse der DRGs erkennen lässt – Situationen, in denen durch ärztliche Beobachtung und Diagnostik medizinische Notfälle ausgeschlossen werden sollen. Die Erweiterung des AOP-Katalogs um die nach obigem Vorgehen ausgewählten DRG-Leistungen ist daher – neben der generellen Kontextprüfung – an eine zusätzliche, vorgeschaltete Prüfung gebunden, ob eine solche Akutsituation vorliegt („Ausschlussnotfälle“). Die Erkennung solcher hierauf gerichteten Leistungen muss mittelbar erfolgen, da das DRG-System definitionsgemäß auf Entlassungsdiagnosen beruht und da somit ein Ausschluss bestimmter schwerer Erkrankungen nicht direkt kodiert werden kann. Aufgrund der medizinischen Sachverhalte sind aber solche Ausschlussbehandlungen in der Regel erkennbar. Ein Beispiel ist die DRG F74Z („Thoraxschmerz und sonstige und nicht

⁸¹ Dies führt zu keinem kategorischen Ausschluss der Möglichkeit, Geburten ambulant durchzuführen. Vielmehr sind geburtshilfliche Leistungen differenziert im OPS-Klassifikationssystem beschrieben, so dass mögliche Erweiterungen des AOP-Katalogs auf Basis der OPS-Leistungsbeschreibung empfohlen werden können.

⁸² Dies bedeutet nicht, dass es für diese Leistungen keine Möglichkeit der ambulanten Durchführung gibt. Allerdings setzt eine solche Durchführung eine veränderte Leistungsdefinition voraus.

⁸³ Nach denselben Auswahlkriterien dieser TOP-20 – DRGs der medizinischen Partition ohne gruppierungsrelevante Prozeduren und ohne erschwerende Bedingungen – wurden ergänzend, aber ohne tiefergehende Prüfung weitere DRGs kategorisiert (vgl. Kapitel 3.4.2).

näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems“). Es darf als bekannt vorausgesetzt werden, dass mit dieser DRG sehr viel Fälle kodiert wurden, bei denen ein akuter Herzinfarkt ausgeschlossen werden musste (vergleiche entsprechend Behandlung auf „Chest Pain Unit“).

Es wird empfohlen, für diese Fälle einen gesonderten Beobachtungsstatus einzuführen, wie er in ähnlicher Weise auch in einigen der untersuchten Vergleichsländer existiert⁸⁴: Die Notfallabklärung als rein beobachtende medizinische Betreuung von Patienten, verbunden mit ausschließlich diagnostischen Maßnahmen, gilt grundsätzlich als ambulant durchführbar. Allerdings kann die Beobachtung auch aufgrund von Wartezeiten bezüglich angeforderter Untersuchungsergebnisse (Labor, Röntgen, Konsiliarleistungen) zeitaufwändig sein. Außerdem kann, solange der Verdacht auf eine schwerwiegende Erkrankung (z. B. Herzinfarkt) fortbesteht, jederzeit eine akute Intervention erforderlich werden (z. B. Defibrillation und Intensivbehandlung bei Kammerflimmern). Ferner kann das Ergebnis der Abklärung eine unmittelbare stationäre Behandlungsbedürftigkeit sein kann.

Aus diesen Gründen ist der Beobachtungsstatus und damit die Möglichkeit der ambulanten Durchführung zusätzlich an die strukturelle Voraussetzung geknüpft, dass für die weitere Patientenbehandlung unverzüglich auf stationäre Behandlungsmöglichkeiten und die für die Abklärung erforderliche Infrastruktur zurückgegriffen werden kann. Die Möglichkeit der ambulanten Durchführung besteht für die ausgewählten DRG-Leistungen folglich nur in unmittelbarer räumlicher Nähe von stationären Kapazitäten, die für die Behandlung von Notfallpatienten qualifiziert sind. Die ambulant durchgeführte Abklärung im Rahmen eines solchen Beobachtungsstatus kann beispielsweise in der Rettungsstelle eines Krankenhauses stattfinden oder in einer vertragsärztlichen (Bereitschafts-)Praxis, die sich an oder in unmittelbarer Nähe einer an der Notfallversorgung teilnehmenden Klinik befindet.

Der Beobachtungsstatus wird zeitlich auf maximal 24 Stunden begrenzt, weil davon auszugehen ist, dass eine Notfallabklärung innerhalb dieser Zeitspanne abgeschlossen werden kann. Spätestens nach 24 Stunden ist folglich zu entscheiden, ob die Patientin/der Patient zur Weiterbehandlung stationär aufgenommen wird, einer (ggf. sich zeitlich nicht unmittelbar anschließenden) ambulanten Weiterbehandlung bedarf oder ob keinerlei Weiterbehandlung erforderlich ist.

Die Kategorisierung der Fälle mit den ausgewählten DRG-Leistungen als akut bzw. mit Bedarf einer Notfallabklärung sollte anhand der Diagnosen vorgenommen

⁸⁴ Vgl. hierzu die ausführlichen Ergebnisse zu Modul 1: In Österreich zählen „Beobachtungen auf Erstversorgungseinheiten“ zum spitalsambulanten Bereich (Annex Kapitel 1.4.1). In den USA umfasst „observation care“ Medicare-Leistungen zur klinischen Bewertung und Kurzzeit-Behandlung, die einer Entscheidung vorangehen, ob ein Patient entlassen werden kann oder weitergehende stationäre Behandlung benötigt. „Observation care“ im Krankenhaus wird als ambulante Versorgung eingestuft (Medicare Part B) – und behält diesen Status auch dann, wenn eine stationäre Aufnahme folgt (Annex Kapitel 1.8.1).

werden, welche ärztlich primär dokumentiert werden (analog der Aufnahme-diagnose im Krankenhaus) oder welche einer Notfalleinweisung zugrunde liegen.⁸⁵

Als Bestandteil der Empfehlungen zur Aufnahme der ausgewählten DRG-Leistungen in den AOP-Katalog wurden für das vorliegende Gutachten Diagnosen aus dem ICD-10-GM-Katalog ausgewählt, die i. V. m. diesen DRG-Leistungen den Beobachtungsstatus auslösen. Die Auswahl umfasst Diagnosen, die typischerweise bzw. häufig mit „Ausschlussnotfällen“ bzw. Abklärungsbedarf verbunden sind. Hierzu zählen z. B.

- ◆ Vorhofflimmern (ICDs I48.0, I48.1, I48.2) i. V. m. DRG F71B („Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schwere CC“),
- ◆ Gehirnerschütterung (ICD S06.0) i. V. m. DRG B80Z („Andere Kopfverletzungen“),
- ◆ Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise (ICD I10.01) i. V. m. DRG F67D („Hypertonie ohne komplizierende Diagnose“)

Neben den 20 fallzahlstärksten DRG-Leistungen der medizinischen Partition mit Möglichkeit einer ambulanten Durchführung existieren mehrere fallzahlstarke DRGs aus dem Bereich der Tumorbehandlungen, die keine operativen Leistungen bzw. keine größeren Prozeduren enthalten.

Tumorbehandlungen umfassen ein heterogenes Leistungsspektrum. Für prozedurbasierte Behandlungen wurden die Möglichkeiten der ambulanten Durchführung bereits durch Kategorisierung der OPS-Leistungen bewertet. Dies gilt für Operationen und teilweise auch für reine Diagnostik, insbesondere die Stadienbestimmung („staging“), insoweit Prozeduren aus den OPS-Kapiteln 1 und 3 betroffen sind. Wichtige Behandlungsarten sind darüber hinaus die Strahlen- und die Chemotherapie sowie präfinale Behandlungen im Rahmen der Palliativmedizin.

Die Möglichkeit zur ambulanten Durchführung der letztgenannten Behandlungsarten sind i. d. R. stark kontextabhängig. Um einzustufen, ob Strahlen- und Chemotherapien die Möglichkeit der ambulanten Durchführung bieten, wurde daher ergänzend die DRG-Leistungsklassifikation herangezogen.

Im Hinblick auf die Strahlentherapien gibt es eine Vielzahl relevanter OPS-Kodes. Das DRG-System definiert eine Reihe von Fallgruppen, bei denen die Strahlentherapie eindeutig die medizinisch dominante Leistung darstellt. Diese Fallgruppen sind bereits überwiegend nach Schweregrad differenziert. Für die Vorschlagsliste wurden die unkomplizierteren strahlentherapeutischen DRG-Fallgruppen ausgewählt. Neben der Kombination aus strahlentherapeutischer OPS-Prozedur und

⁸⁵ In den für das Gutachten verfügbaren administrativen Daten sind routinemäßig jedoch nur die Entlassdiagnosen enthalten, so dass für eine (Ex-post-) Prüfung des Beobachtungsstatus zunächst nur diese hätten verwendet werden können.

Kontextprüfung bietet somit die DRG-Leistungsklassifikation eine zusätzliche und vereinfachte Grundlage, stationersetzend strahlentherapeutische Fälle mit der Möglichkeit der ambulanten Durchführung zu identifizieren. Zudem enthält die Leistungsbeschreibung anhand der DRG-Klassifikation bereits weitere relevante Kontextinformationen (insbesondere Komplikations- und Komorbiditätsgrad).

Dagegen sind Fälle mit konservativer Tumorbehandlung, u. a. in Form von Chemotherapien, anhand der OPS-Leistungsklassifikation als Entitäten noch weniger identifizierbar. Daher werden die Chemotherapien oder andere konservative Behandlungen von Tumorpatienten, bei denen die Möglichkeit einer ambulanten Durchführung besteht, anhand medizinischer DRGs aus dem Bereich (bösartiger) Neubildungen erfasst. Auch hier werden nur die unkomplizierteren Fallgruppen empfohlen. Die Behandlungsfälle mit diesen DRGs werden dann ebenfalls Gegenstand der Kontextprüfung, um die ambulante Durchführbarkeit festzustellen. Die Kontextprüfung sieht speziell für die konservative Behandlung von Tumorerkrankungen eine zusätzliche Differenzierung nach Behandlungskontext vor (s. Kapitel 3.4.4.2). Es ist sinnvoll, diese Differenzierung auch bei Strahlentherapien im Zusammenhang mit Tumorerkrankungen anzuwenden.

Im Ergebnis setzt sich die Auswahl nicht-operativer Leistungen, die für eine Erweiterung des AOP-Katalogs empfohlen werden, aus drei Gruppen von DRG-Leistungen zusammen:

- ◆ die TOP-20-DRG-Leistungen der medizinischen Partition i. V. m. einer ICD-Auswahl zur Prüfung des Beobachtungsstatus zur Abklärung medizinischer Akut-/Notfälle,
- ◆ strahlentherapeutische DRG-Leistungen i. V. m. der generellen Kontextprüfung sowie einer zusätzlichen Differenzierung nach Behandlungskontext im Rahmen der Kontextprüfung,
- ◆ DRG-Leistungen zur konservativen Behandlung von Tumorerkrankungen (insbesondere Chemotherapie) i. V. m. der generellen Kontextprüfung sowie einer zusätzlichen Differenzierung nach Behandlungskontext im Rahmen der Kontextprüfung.

Die ausgewählten DRG-Leistungen finden sich im nachfolgenden Ergebniskapitel 3.4.2, die ergänzende ICD-Liste liegt als separater Anhang zum Gutachten vor.⁸⁶

Mit einer Erweiterung um stationersetzende Behandlungen, die anhand von DRGs definiert werden, erhält der AOP-Katalog einen zusätzlichen neuartigen Teil, da mit den DRGs die AOP-Leistungen anders beschrieben werden, als dies bisher ganz überwiegend anhand der OPS-Systematik geschieht. Die DRGs sind bezüglich der Behandlungsleistungen unkonkret, die Konkretisierung bezieht sich stattdessen auf das zu behandelnde Krankheitsbild ggf. mit Beschreibung von Begleitumständen. Da es sich ausschließlich um DRGs der medizinischen Partition handelt,

⁸⁶ Vgl. Liste „ICD Beobachtungsstatus“ im „Annex Kontextprüfung“.

ist diese Erweiterung des AOP-Katalogs hinsichtlich ihrer Systematik überschneidungsfrei zu den auf Basis der OPS definierten operativen Leistungsbereichen und aus Sicht der Gutachter am besten geeignet, stationsersetzende nicht-operative („konservative“) Behandlungen ergänzend einzubeziehen.

3.3.5 Prüfung des Ausschlusses aktueller AOP-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.

Nicht dokumentierte OPS-Leistungen

Im Rahmen der Analysen zu Modul 2 wurde festgestellt, dass im Jahr 2019 insgesamt 125 der 2.670 im AOP-Katalog (Abschnitt 1) enthaltenen Leistungen nicht erbracht bzw. dokumentiert wurden. Diese Leistungen verteilen sich auf 29 verschiedene OPS-4-Steller-Leistungsbereiche (vgl. Kapitel 2.2.8).

Eine mögliche Erklärung für die fehlende Dokumentation könnte sein, dass diese OPS-Kodes Leistungen bezeichnen, die in der Behandlungspraxis keine therapeutische Bedeutung (mehr) haben, da sie nicht mehr dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechen. Unter diesen Umständen wäre eine Streichung der Leistungen aus dem AOP-Katalog zu empfehlen.

Allerdings stellt die im Rahmen von Modul 2 festgestellte fehlende Dokumentation zunächst einmal eine Momentaufnahme für das Jahr 2019 dar. Es kann daher – allein auf Basis dieser Erkenntnis – nicht ausgeschlossen werden, dass die identifizierten Leistungen, wenn auch in sehr geringer Häufigkeit, grundsätzlich in der Behandlungspraxis zum Einsatz kommen können bzw. keine obsoleten Verfahren darstellen. Für die ausschließlich stationäre Durchführung einer Leistung kommen alternativ auch nicht-medizinische (z. B. ökonomische) Gründe in Frage. Die Gutachter empfehlen daher eine vertiefende Prüfung der identifizierten Positionen unter Einbeziehung der fachlich betroffenen medizinischen Fachgesellschaften, ggf. ergänzend auch des Medizinischen Dienstes, in Form eines Stellungnahmeverfahrens, das aufgrund zeitlicher Restriktionen nicht im Rahmen dieses Gutachtens durchgeführt werden konnte.

In ein solches Stellungnahmeverfahren könnten zusätzlich die 47 OPS-Leistungen einbezogen werden, für die im Rahmen der Analysen von Modul 2 festgestellt wurde, dass sie im Jahr 2019 ausschließlich vertragsärztlich erbracht bzw. dokumentiert wurden. Hier wäre zu überprüfen, ob bzw. warum diese Leistungen grundsätzlich nicht im Rahmen von ambulanten Behandlungen im Krankenhaus als Therapieoptionen gewählt werden.

OPS-Leistungen im Widerspruch zu übergeordneten medizinischen Kriterien

Die Kategorisierung von OPS-Leistungen hinsichtlich der Möglichkeit einer ambulanten Durchführung anhand übergeordneter medizinischer Kriterien (Kapitel 3.3.1) bezog sich auf OPS-Leistungen, die gegenwärtig nicht im AOP-Katalog

enthalten sind. Hinsichtlich der Frage, welche Leistungen ggf. aus dem heutigen AOP-Katalog entfallen können, ist für die OPS-Leistungen des gegenwärtigen AOP-Katalogs zu prüfen, ob diese nach den bei dieser Kategorisierung zugrunde gelegten Kriterien nicht ausgewählt worden wären, wenn sie bislang nicht im AOP-Katalog enthalten wären.

Da eine umfassende Prüfung der bereits im AOP-Katalog enthaltenen Leistungen wegen der begrenzten (zeitlichen) Ressourcen im Rahmen des Gutachtauftrags nicht möglich war, wurde ein pragmatisches Vorgehen gewählt. Demnach wurde diese Prüfung auf OPS-Leistungen des gegenwärtigen AOP-Katalogs eingegrenzt, die gemäß den Ergebnissen aus Modul 2 überwiegend stationär durchgeführt wurden und die gemäß dem Katalog sowohl ambulant als auch (oder unter bestimmten Umständen) stationär durchgeführt werden können (Kategorie Ziffer 2 oder Ziffer 1 mit zusätzlicher Differenzierung). Für das Kriterium einer überwiegend stationären Durchführung wurde ein stationärer Anteil von mindestens 90 % angesetzt. Insgesamt erfüllten 280 OPS-Leistungen des aktuellen AOP-Katalogs diese Kriterien.

Für diese Auswahl von OPS-Leistungen wurde nun – analog zum Vorgehen bei den gegenwärtig nicht im AOP-Katalog enthaltenen Leistungen (vgl. Kapitel 3.3.1) – geprüft, ob die dort zugrunde gelegten übergeordneten medizinischen Kriterien gegen die Möglichkeit einer ambulanten Durchführung sprechen. Dabei ging es um Leistungscharakteristika, die nicht im Rahmen der Kontextprüfung abgebildet werden.

In den Fällen, in denen die ausgewählten OPS-Leistungen nicht den übergeordneten medizinischen Kriterien entsprechen, wird – nicht zuletzt aus Konsistenzgründen – empfohlen, eine Herausnahme aus dem AOP-Katalog gezielt zu prüfen. Auch hierfür empfehlen die Gutachter, vor einer endgültigen Entscheidung über die Herausnahme dieser Leistungen Stellungnahmen der fachlich betroffenen medizinischen Fachgesellschaften und ggf. ergänzend des Medizinischen Dienstes einzuholen, wofür der Zeitrahmen dieses Gutachtens nicht ausreichte.

Gemäß dem gegenwärtigen AOP-Katalog können diese Leistungen – zumindest konzeptionell betrachtet – allein aufgrund der Kategorienzuordnung (Ziffer 2) auch stationär durchgeführt werden. Das im Rahmen dieses Gutachten empfohlene Vorgehen ersetzt jedoch die pauschalisierende Kategorienzuordnung durch eine fallindividuelle Kontextprüfung, mit der Gründe für eine stationäre Durchführung festgestellt werden (vgl. Kapitel 3.2). Die für die Kategorisierung von OPS-Leistungen im Rahmen von Modul 3 verwandten übergeordneten medizinischen Kriterien bilden Gründe für eine stationäre Durchführung ab, die durch die fallindividuelle Kontextprüfung nicht abgedeckt werden. Daher sind diese schon bei der Empfehlung, ob eine Leistung Bestandteil des AOP-Katalogs sein soll, zu berücksichtigen.

Da diese Prüfung bei den bereits im AOP-Katalog enthaltenen Leistungen aus pragmatischen Gründen auf diejenigen beschränkt wurde, die bislang überwiegend stationär durchgeführt wurden, wird vermieden, dass die Empfehlung zur Prüfung

einer Herausnahme auf Basis der übergeordneten medizinischen Kriterien im Widerspruch zu einer Behandlungspraxis gerät, die bereits durch größere, ambulant durchgeführte Leistungsanteile gekennzeichnet ist.

Eine Ergebnisübersicht zu den – gemäß dem dargestellten Vorgehen – für die Prüfung einer Herausnahme aus dem AOP-Katalog empfohlenen Leistungen findet sich in Kapitel 3.4.3.

3.3.6 Systematisierung von Kontextfaktoren

Die OPS-Perspektive erlaubt lediglich eine abstrakte, rein auf die technischen Leistungsaspekte gerichtete Beurteilung der ambulanten Durchführbarkeit medizinischer Prozeduren.

Da eine OPS-Leistung in unterschiedlichen Kontexten erbracht werden kann, kann die einzelfallbezogene Beurteilung ihrer ambulanten Durchführbarkeit unterschiedlich ausfallen. Daher ist es notwendig, relevante Kontextfaktoren zu identifizieren und zu operationalisieren, um eine systematische Individualbeurteilung im konkreten Behandlungsfall zu ermöglichen.

Die Gutachter empfehlen, dass die fallindividuelle Kontextprüfung die bisherige fallunabhängige Leistungszuordnung zu den Kategorien 1 und 2 im AOP-Katalog ersetzt. Alle im AOP-Katalog enthaltenen Leistungen wären demnach einheitlich im Sinne des potenzialorientierten Ansatzes kategorisiert: Für sie alle gilt, dass unter geeigneten Bedingungen Möglichkeiten einer ambulanten Durchführung bestehen, die sich anhand der fallindividuellen Kontextprüfung eingrenzen lassen. Diese Eingrenzung kann leistungsbezogen, je nach spezifischer Relevanz der Kontextfaktoren, beispielsweise bei 10 %, aber auch bei 90 % der Behandlungsfälle liegen. Dies entspricht dem potenzialorientierten Ansatz.

Die Kontextprüfung wäre demnach immer dann erforderlich, wenn eine AOP-Leistung stationär durchgeführt werden soll. Damit durch die Dokumentation der Kontextfaktoren kein oder nur geringfügiger Zusatzaufwand entsteht, ist eine wesentliche methodische Anforderung an die Entwicklung eines Konzepts zur Kontextprüfung deren Praktikabilität: Für die Kontextprüfung sollten möglichst weitgehend etablierte Klassifikations- und Dokumentationssysteme bzw. Routinedokumentationen verwendet werden, um zusätzlichen Erhebungs- und Dokumentationsaufwand zu minimieren.

Unter diesen Voraussetzungen besteht kein „Prüfungsnachteil“ durch den Wegfall des bisherigen Kategoriensystems, eher trifft das Gegenteil zu: Die Zuordnung einer Leistung zur bisherigen Kategorie 2 im AOP-Katalog („sowohl ambulante als auch stationäre Durchführung möglich“) macht in der Praxis und auch gemäß der Rechtsprechung eine Prüfung der geeigneten Durchführungsart nicht entbehrlich.⁸⁷ Diese Prüfung geschieht gegenwärtig – nach Einschätzung der Gutachter –

⁸⁷ Vgl. hierzu beispielsweise das Urteil des Bundessozialgerichts B 3 KR 28/12 R (2013): „Die Leistungen der Kategorie II mögen zwar häufiger stationär durchzuführen sein als die Leistungen der Kategorie I; rechtlich sind aber beide der ambulanten Versorgung zugänglich,

unsystematisch und ohne einheitliches Regelwerk. Dagegen bietet eine regelhafte, weitgehend auf Routinedaten basierende Kontextprüfung die Chance, Prüfanlässe substantiell zu verringern.

Für die OPS-Leistungen des Katalogs gemäß § 115b Abs. 1 SGB V werden zwei Arten von Kontextfaktoren geprüft:

- ◆ individuelle Patientencharakteristika, die unabhängig von einer konkreten Behandlung vorliegen, aber für diese relevant sind (z. B. alters- oder komorbiditätsbedingte Risiken einer Behandlung),
- ◆ leistungsspezifischer Kontext, der durch die jeweilige Diagnose bzw. Indikation sowie ggf. durch weitere operative oder nicht-operative Maßnahmen determiniert wird, die im Rahmen derselben Behandlung durchgeführt werden.

Dabei liefern die Kontextfaktoren eine Entscheidungsgrundlage nicht gegen eine ambulante Durchführbarkeit, sondern – im Sinne der bisherigen Orientierung des AOP-Katalogs – für die Begründung einer stationären Durchführung. Die ambulante Durchführung einer Leistung benötigt keine abrechnungsbezogene Begründung, da sie nach § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V Vorrang vor der stationären Leistungserbringung hat. Bei ambulanter Durchführung einer Leistung besteht daher auch keine Notwendigkeit, die für die Kontextprüfung erforderlichen Informationen zu erfassen. Unter Qualitäts- und Haftungsgesichtspunkten kann es allerdings Begründungserfordernisse geben.

Die Kontextfaktoren sind von essentieller Bedeutung für die Überarbeitung des AOP-Katalogs, da auf ihrer Basis empfohlene Erweiterungen qualifiziert werden. In die Ableitung der Empfehlungen zur Aufnahme von OPS-Leistungen in den AOP-Katalog können sie allerdings nur eingeschränkt einfließen. Für die zur Aufnahme in den AOP-Katalog empfohlenen OPS-Leistungen gilt, dass – wenn bei einer Leistung Kontextfaktoren „anschlagen“ können – eine stationäre Durchführung eines Teils der Behandlungsfälle begründbar ist, nicht aber, dass die Kontextfaktoren ihrer Leistung im AOP-Katalog entgegenstehen.

Insofern auf Basis empirischer Daten eindeutige Ausprägungen der Kontextfaktoren nachweisbar sind, die gegen eine ambulante Durchführung sprechen, können diese hingegen bereits bei den Empfehlungen zur Aufnahme weiterer Leistungen in den AOP-Katalog berücksichtigt werden. So wird beispielsweise von einer Aufnahmeempfehlung für eine OPS-Leistung (vorerst) abgesehen, wenn gegenwärtig in nahezu allen Behandlungsfällen, in denen sie erbracht wird, eine andere, nicht ambulant durchführbare OPS-Leistung die Hauptleistung darstellt. Gemäß dem im Vorigen beschriebenen Vorgehen wurden OPS-Kodes, die bereits anhand ihrer Beschreibung ganz überwiegend nur als Neben- oder Zusatzleistung erbrachter Prozeduren identifizierbar sind, ausgeschlossen.

wenn die Versorgungsziele des § 27 Abs. 1 S 1 SGB V so ausreichend verfolgt werden können.“ (Rz 22 b)

Im Ergebniskapitel 3.4.4 werden die für die Kontextprüfung ausgewählten patienten- und leistungskontextbezogenen Faktoren dargestellt und operationalisiert.

Weitere Kontextfaktoren sind die strukturellen Rahmenbedingungen einer medizinischen Leistung wie z. B. die technische oder räumliche Ausstattung, die Vorhaltung qualifizierten Personals oder die Nachbetreuungsmöglichkeiten. Diese versorgungsstrukturellen Kontextfaktoren werden im Weiteren an anderer Stelle thematisiert (vgl. Kapitel 3.4.5), sie sind nicht Bestandteil des Konzepts der fallindividuellen Kontextprüfung. Während individuelle Patientencharakteristika und der leistungsspezifische Kontext wesentliche Bezugspunkte für die Überarbeitung des AOP-Katalogs darstellen, bilden sich die weiteren Kontextfaktoren typischerweise in vor- bzw. nachgelagerten Regelungsbereichen ab (z. B. AOP-Vertrag, allgemeine Qualitätssicherung, Strukturvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses, Finanzierungs- bzw. Vergütungssystem).

Der gegenwärtige AOP-Vertrag führt in Anlage 2 allgemeine Sachverhalte („G-AEP-Kriterien“) auf, „bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung in der Regel ambulant durchzuführender Leistungen erforderlich sein kann“ (§ 3 Abs. 3 AOP-Vertrag). Die G-AEP Kriterien sind vergleichsweise allgemein gefasst und ohne Bezug zu den ohnehin im Krankenhaus kodierten Informationen definiert. Die Kontextprüfung deckt die G-AEP Kriterien auf methodisch andere Weise, in der Regel umfassender und spezifischer sowie weitergehend operationalisiert und überprüfbar mit Bezug auf die im Krankenhaus verwendeten Klassifikationen ab. So werden beispielsweise Komorbiditäten, die gegen eine ambulante Durchführbarkeit sprechen, über für die Kontextprüfung spezifizierte ICD-Listen erfasst (vgl. Kapitel 3.4.4.2). Das Kriterium „Operation/Prozedur, die unstrittig nicht ambulant erbracht werden kann“ wird in der Kontextprüfung wesentlich spezifischer über den OPS-Kontext (Kombination mit Nicht-AOP-Leistung) abgedeckt und ist mittels einer komplett kategorisierten OPS-Liste automatisiert überprüfbar. Ähnliches gilt für andere Kriterien des G-AEP Katalogs. Daher wird empfohlen, die G-AEP-Kriterien durch die hier vorgeschlagene Kontextprüfung zu ersetzen.

3.4 Ergebnisse der Ableitung von Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Katalogs gemäß § 115b Abs. 1 SGB V

3.4.1 Übersicht über die für eine Erweiterung des AOP-Katalogs empfohlenen OPS-Leistungen

3.4.1.1 Gesamtübersicht nach OPS-Kapiteln

Von den insgesamt 31.739 terminalen OPS-Kodes wurden zunächst die 1.873 aus Kapitel 6 von der weiteren Betrachtung ausgeklammert. Von den verbleibenden 29.866 endstelligen OPS-Kodes (Version 2019) waren 2.879 (9,6 %) bereits im AOP-Katalog (2019) enthalten. Aus technischen Gründen wurden 5.076 OPS-Kodes (9,6 %) von der Bewertung im Hinblick auf die Möglichkeit einer ambulanten

Durchführung ausgeschlossen, überwiegend da es sich um unspezifische oder Zusatz-Kodes handelt (vgl. Kapitel 3.3.1). Für 2.476 OPS-Leistungen (8,3 %) ergab die Bewertung, dass eine Möglichkeit zu ambulanten Durchführung – in Abhängigkeit von fallindividuellen Kontextfaktoren – besteht, so dass sie für eine Erweiterung des AOP-Katalogs empfohlen werden.⁸⁸ Die verbleibenden OPS-Leistungen (19.435 bzw. 65,1 %) werden nicht empfohlen.

Die 2.476 OPS-Leistungen, die für die Erweiterung des Kataloges empfohlen werden, sind in Relation zu den 2.879 OPS-Leistungen zu sehen, die bislang im Katalog (2019) enthalten sind. Es ist erkennbar, dass damit bezüglich der Zahl der OPS-Leistungen eine substantielle Erweiterung vorgeschlagen wird. Die Anzahl der Leistungspositionen des AOP-Katalogs würde sich damit um 86 % erhöhen.⁸⁹

Die folgende Übersicht zeigt die Gesamtzahl der für eine Erweiterung vorgeschlagenen OPS-Leistungen differenziert nach Kapiteln des OPS-Verzeichnisses (Tabelle 37). Demnach entfallen mit einer Anzahl von 1.482 die meisten der für eine Erweiterung empfohlenen OPS-Kodes 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. In den beiden diagnostikbezogenen Kapitel 1 und 3 werden damit jeweils mehr als die Hälfte der Gesamtzahl der OPS-Kodes dieser Kapitel für eine Aufnahme in den AOP-Katalog empfohlen.

Tabelle 37: Ergebnisse der Bewertung von OPS-Leistungen im Hinblick auf eine Erweiterung des AOP-Katalogs im Überblick nach Kapiteln

Bewertung	Anzahl Codes (endstellig)	Anteil
Kapitel 1 (Diagnostische Maßnahmen)	1.061	
bisher im AOP-Katalog	59	5,6%
keine Bewertung aus technischen Gründen	247	23,3%
keine Betrachtung, da x oder y	225	21,2%
Zusatzcodes (BfArM oder eigene Einstufung)	9	0,8%
im Krankenhaus überwiegend Begleitleistung	13	1,2%
keine Empfehlung zur Aufnahme	209	19,7%
Empfehlung zur Aufnahme	546	51,5%
Kapitel 3 (Bildgebende Diagnostik)	297	

⁸⁸ Eine vollständige Auflistung der 2.476 OPS-Leistungen findet sich in einem separaten Annex zu dem vorliegenden Gutachten („Annex OPS Empfehlungen“).

⁸⁹ Eine kombinierte Liste aus bereits enthaltenen und empfohlenen OPS-Leistungen findet sich im „Annex Kontextprüfung“ unter A1.

Bewertung	Anzahl Codes (endstellig)	Anteil
bisher im AOP-Katalog	11	3,7%
keine Bewertung aus technischen Gründen	98	33,0%
keine Betrachtung, da x oder y	48	16,2%
Zusatzcodes (BfArM oder eigene Einstufung)	9	3,0%
im Krankenhaus überwiegend Begleitleistung	41	13,8%
keine Empfehlung zur Aufnahme	24	8,1%
Empfehlung zur Aufnahme	164	55,2%
Kapitel 5 (Operationen)	23.328	
bisher im AOP-Katalog	2.738	11,7%
keine Bewertung aus technischen Gründen	3.579	15,3%
keine Betrachtung, da x oder y	2.990	12,8%
Zusatzcodes (BfArM oder eigene Einstufung)	589	2,5%
im Krankenhaus überwiegend Begleitleistung	0	0,0%
keine Empfehlung zur Aufnahme	15.529	66,6%
Empfehlung zur Aufnahme	1.482	6,4%
Kapitel 8 (nicht operative therapeutische Maßnahmen)	4.608	
bisher im AOP-Katalog	71	1,5%
keine Bewertung aus technischen Gründen	662	14,4%
keine Betrachtung, da x oder y	352	7,6%
Zusatzcodes (BfArM oder eigene Einstufung)	309	6,7%
im Krankenhaus überwiegend Begleitleistung	1	0,0%
keine Empfehlung zur Aufnahme	3.599	78,1%
Empfehlung zur Aufnahme	276	6,0%
Kapitel 9 (ergänzende Maßnahmen)	572	
bisher im AOP-Katalog		0,0%
keine Bewertung aus technischen Gründen	490	85,7%
keine Betrachtung, da x oder y	17	3,0%
Zusatzcodes (BfArM oder eigene Einstufung)	473	82,7%
im Krankenhaus überwiegend Begleitleistung		0,0%

Bewertung	Anzahl Codes (endstellig)	Anteil
keine Empfehlung zur Aufnahme	74	12,9%
Empfehlung zur Aufnahme	8	1,4%
insgesamt (Kapitel 1, 3, 5, 8, 9)	29.866	
bisher im AOP-Katalog	2.879	9,6%
keine Bewertung aus technischen Gründen	5.076	17,0%
keine Betrachtung, da x oder y	3.632	12,2%
Zusatzcodes (BfArM oder eigene Einstufung)	1.389	4,7%
im Krankenhaus überwiegend Begleitleistung	55	0,2%
keine Empfehlung zur Aufnahme	19.435	65,1%
Empfehlung zur Aufnahme	2.476	8,3%

Quelle: IGES

3.4.1.2 Übersicht nach Kode-Bereichen des OPS-Kapitels 5

Für Kapitel 5 des OPS wird die Übersicht über die für eine Erweiterung des AOP-Katalogs empfohlenen OPS-Leistungen ergänzend auch nach Kode-Bereichen dargestellt. Kapitel 5 ist gemessen an der Anzahl der OPS-Kodes das größte Kapitel und stärker organspezifisch untergliedert. Damit lassen sich die OPS-Bereiche dieses Kapitels – im Unterschied zu den Kapiteln 1 und 8 – den unterschiedlichen Fachgebieten zuordnen.⁹⁰

Auf Kapitel 5 des OPS-Verzeichnisses (Operationen) entfallen mit 1.482 die meisten der für eine Erweiterung des AOP-Katalogs empfohlenen OPS-Leistungspositionen. Insgesamt enthielte der AOP-Katalog damit 4.220 OPS-Leistungen aus dem 5. Kapitel des OPS (bisher: 2.738). Die folgende Übersicht (Tabelle 38) zeigt die Verteilung dieser Leistungspositionen nach Kode-Bereichen. Die meisten der insgesamt 1.482 zusätzlich empfohlenen OPS-Leistungen aus Kapitel 5 betreffen – mit einem Anteil von 19,1 % bzw. 289 Positionen – Operationen an Haut und Unterhaut (OPS-Bereiche 5-89 bis 5-92), gefolgt von Operationen an den Augen (OPS-Bereiche 5-08 bis 5-16) mit 267 OPS-Leistungen (bzw. 17,6 % Anteil an allen aus Kapitel 5 empfohlenen OPS-Leistungen) und Operationen an den Bewegungsorganen (OPS-Bereiche 5-78 bis 5-86) mit 207 OPS-Leistungen (bzw. 13,7 %).

Hingegen wurden aus den Bereichen Geburtshilfliche Operationen (OPS-Bereiche 5-72 bis 5-75), Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen (OPS-Bereiche 5-76 bis 5-77), Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem (OPS-Bereiche 5-40 bis 5-41), Operationen an Lunge und Bronchus (OPS-Bereiche 5-32

⁹⁰ Diese Zuordnungsmöglichkeit lag auch der Einbeziehung der Fachgesellschaften (vgl. Kapitel 3.3.3.2) zugrunde.

bis 5-34) sowie Operationen an endokrinen Drüsen (OPS-Bereiche 5-06 bis 5-07) nur sehr wenige OPS-Leistungen für eine Erweiterung empfohlen.

Tabelle 38: Ergebnisse der Bewertung von OPS-Leistungen des OPS-Kapitels 5 nach OPS-Bereichen im Überblick

Bewertung	Anzahl Codes (endstellig)	Anteil
Kapitel 5 (Operationen)	23.328	
bisher im AOP-Katalog	2.738	11,7%
keine Bewertung aus technischen Gründen	3.579	15,3%
keine Betrachtung, da x oder y	2.990	12,8%
Zusatzcodes (BfArM oder eigene Einstufung)	589	2,5%
keine Empfehlung zur Aufnahme	15.529	66,6%
Empfehlung zur Aufnahme	1.482	6,4%
Kapitel 5-01 bis 5-05 (Operationen am Nervensystem)	771	
bisher im AOP-Katalog	63	8,2%
keine Bewertung aus technischen Gründen	215	27,9%
keine Betrachtung, da x oder y	124	16,1%
Zusatzcodes (BfArM oder eigene Einstufung)	91	11,8%
keine Empfehlung zur Aufnahme	405	52,5%
Empfehlung zur Aufnahme	88	11,4%
Kapitel 5-06 bis 5-07 (Operationen an endokrinen Drüsen)	155	
bisher im AOP-Katalog		0,0%
keine Bewertung aus technischen Gründen	46	29,7%
keine Betrachtung, da x oder y	44	28,4%
Zusatzcodes (BfArM oder eigene Einstufung)	2	1,3%
keine Empfehlung zur Aufnahme	102	65,8%
Empfehlung zur Aufnahme	7	4,5%
Kapitel 5-08 bis 5-16 (Operationen an den Augen)	899	
bisher im AOP-Katalog	188	20,9%
keine Bewertung aus technischen Gründen	215	23,9%

Bewertung	Anzahl Codes (endstellig)	Anteil
keine Betrachtung, da x oder y	209	23,2%
Zusatzcodes (BfArM oder eigene Einstufung)	6	0,7%
keine Empfehlung zur Aufnahme	229	25,5%
Empfehlung zur Aufnahme	267	29,7%
Kapitel 5-18 bis 5-20 (Operationen an den Ohren)	173	1
bisher im AOP-Katalog	16	9,2%
keine Bewertung aus technischen Gründen	48	27,7%
keine Betrachtung, da x oder y	48	27,7%
Zusatzcodes (BfArM oder eigene Einstufung)		0,0%
keine Empfehlung zur Aufnahme	84	48,6%
Empfehlung zur Aufnahme	25	14,5%
Kapitel 5-21 bis 5-22 (Operationen an Nase u. Nasennebenhöhlen)	164	
bisher im AOP-Katalog	22	13,4%
keine Bewertung aus technischen Gründen	40	24,4%
keine Betrachtung, da x oder y	40	24,4%
Zusatzcodes (BfArM oder eigene Einstufung)		0,0%
keine Empfehlung zur Aufnahme	74	45,1%
Empfehlung zur Aufnahme	28	17,1%
Kapitel 5-23 bis 5-28 (Operationen an Mundhöhle und Gesicht)	479	
bisher im AOP-Katalog	60	12,5%
keine Bewertung aus technischen Gründen	112	23,4%
keine Betrachtung, da x oder y	109	22,8%
Zusatzcodes (BfArM oder eigene Einstufung)	3	0,6%
keine Empfehlung zur Aufnahme	203	42,4%
Empfehlung zur Aufnahme	104	21,7%
Kapitel 5-29 bis 5-31 (Operationen an Pharynx, Larynx und Trachea)	284	
bisher im AOP-Katalog	10	3,5%

Bewertung	Anzahl Codes (endstellig)	Anteil
keine Bewertung aus technischen Gründen	59	20,8%
keine Betrachtung, da x oder y	59	20,8%
Zusatzcodes (BfArM oder eigene Einstufung)		0,0%
keine Empfehlung zur Aufnahme	206	72,5%
Empfehlung zur Aufnahme	9	3,2%
Kapitel 5-32 bis 5-34 (Operationen an Lunge und Bronchus)	512	
bisher im AOP-Katalog	1	0,2%
keine Bewertung aus technischen Gründen	87	17,0%
keine Betrachtung, da x oder y	78	15,2%
Zusatzcodes (BfArM oder eigene Einstufung)	9	1,8%
keine Empfehlung zur Aufnahme	418	81,6%
Empfehlung zur Aufnahme	6	1,2%
Kapitel 5-35 bis 5-37 (Operationen am Herzen)	770	
bisher im AOP-Katalog	20	2,6%
keine Bewertung aus technischen Gründen	141	18,3%
keine Betrachtung, da x oder y	111	14,4%
Zusatzcodes (BfArM oder eigene Einstufung)	30	3,9%
keine Empfehlung zur Aufnahme	489	63,5%
Empfehlung zur Aufnahme	120	15,6%
Kapitel 5-38 bis 5-39 (Operationen an den Blutgefäßen)	978	
bisher im AOP-Katalog	30	3,1%
keine Bewertung aus technischen Gründen	184	18,8%
keine Betrachtung, da x oder y	171	17,5%
Zusatzcodes (BfArM oder eigene Einstufung)	13	1,3%
keine Empfehlung zur Aufnahme	732	74,8%
Empfehlung zur Aufnahme	32	3,3%
Kapitel 5-40 bis 5-41 (Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem)	228	

Bewertung	Anzahl Codes (endstellig)	Anteil
bisher im AOP-Katalog	17	7,5%
keine Bewertung aus technischen Gründen	75	32,9%
keine Betrachtung, da x oder y	34	14,9%
Zusatzcodes (BfArM oder eigene Einstufung)	41	18,0%
keine Empfehlung zur Aufnahme	132	57,9%
Empfehlung zur Aufnahme	4	1,8%
Kapitel 5-42 bis 5-54 (Operationen am Verdauungstrakt)	2.139	
bisher im AOP-Katalog	84	3,9%
keine Bewertung aus technischen Gründen	467	21,8%
keine Betrachtung, da x oder y	439	20,5%
Zusatzcodes (BfArM oder eigene Einstufung)	28	1,3%
keine Empfehlung zur Aufnahme	1.481	69,2%
Empfehlung zur Aufnahme	107	5,0%
Kapitel 5-55 bis 5-59 (Operationen an den Harnorganen)	820	
bisher im AOP-Katalog	24	2,9%
keine Bewertung aus technischen Gründen	223	27,2%
keine Betrachtung, da x oder y	223	27,2%
Zusatzcodes (BfArM oder eigene Einstufung)		0,0%
keine Empfehlung zur Aufnahme	539	65,7%
Empfehlung zur Aufnahme	34	4,1%
Kapitel 5-60 bis 5-64 (Operationen an den männlichen Genitalorganen)	259	
bisher im AOP-Katalog	33	12,7%
keine Bewertung aus technischen Gründen	76	29,3%
keine Betrachtung, da x oder y	74	28,6%
Zusatzcodes (BfArM oder eigene Einstufung)	2	0,8%
keine Empfehlung zur Aufnahme	103	39,8%
Empfehlung zur Aufnahme	47	18,1%
Kapitel 5-65 bis 5-71	773	

Bewertung	Anzahl Codes (endstellig)	Anteil
(Operationen an den weiblichen Genitalorganen)		
bisher im AOP-Katalog	55	7,1%
keine Bewertung aus technischen Gründen	155	20,1%
keine Betrachtung, da x oder y	154	19,9%
Zusatzcodes (BfArM oder eigene Einstufung)	1	0,1%
keine Empfehlung zur Aufnahme	475	61,4%
Empfehlung zur Aufnahme	88	11,4%
Kapitel 5-72 bis 5-75 (Geburtshilfliche Operationen)		
bisher im AOP-Katalog	4	2,2%
keine Bewertung aus technischen Gründen	49	27,1%
keine Betrachtung, da x oder y	46	25,4%
Zusatzcodes (BfArM oder eigene Einstufung)	3	1,7%
keine Empfehlung zur Aufnahme	127	70,2%
Empfehlung zur Aufnahme	1	0,6%
Kapitel 5-76 bis 5-77 (Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen)		
bisher im AOP-Katalog	13	2,9%
keine Bewertung aus technischen Gründen	89	20,1%
keine Betrachtung, da x oder y	87	19,7%
Zusatzcodes (BfArM oder eigene Einstufung)	2	0,5%
keine Empfehlung zur Aufnahme	339	76,7%
Empfehlung zur Aufnahme	1	0,2%
Kapitel 5-78 bis 5-86 (Operationen an den Bewegungsorganen)		
bisher im AOP-Katalog	1.768	18,7%
keine Bewertung aus technischen Gründen	800	8,5%
keine Betrachtung, da x oder y	662	7,0%
Zusatzcodes (BfArM oder eigene Einstufung)	138	1,5%
keine Empfehlung zur Aufnahme	6.669	70,6%
Empfehlung zur Aufnahme	207	2,2%

Bewertung	Anzahl Codes (endstellig)	Anteil
Kapitel 5-87 bis 5-88 (Operationen an der Mamma)	121	
bisher im AOP-Katalog	11	9,1%
keine Bewertung aus technischen Gründen	28	23,1%
keine Betrachtung, da x oder y	28	23,1%
Zusatzcodes (BfArM oder eigene Einstufung)		0,0%
keine Empfehlung zur Aufnahme	64	52,9%
Empfehlung zur Aufnahme	18	14,9%
Kapitel 5-89 bis 5-92 (Operationen an Haut und Unterhaut)	3.560	
bisher im AOP-Katalog	319	9,0%
keine Bewertung aus technischen Gründen	294	8,3%
keine Betrachtung, da x oder y	250	7,0%
Zusatzcodes (BfArM oder eigene Einstufung)	44	1,2%
keine Empfehlung zur Aufnahme	2.658	74,7%
Empfehlung zur Aufnahme	289	8,1%

Quelle: IGES

3.4.1.3 Stationäre Häufigkeit der für eine Erweiterung empfohlenen OPS-Leistungen nach OPS-Kapiteln

Die bisherigen Überblicksdarstellungen der Ergebnisse beziehen sich jeweils auf die Anzahl der OPS-Leistungen. Für eine Einschätzung der Versorgungsrelevanz ist dies nur von sehr begrenzter Aussagekraft, allein schon aus dem Grund, dass sich die Differenzierungstiefe bei der Leistungsdefinition bzw. -abgrenzung in den einzelnen OPS-Kapiteln und -Bereichen teilweise deutlich unterscheidet. Einen ersten Hinweis auf die Versorgungsrelevanz können die Häufigkeiten geben, mit denen die OPS-Leistungen in der Patientenversorgung durchgeführt werden. Die OPS-Häufigkeiten entsprechen aufgrund von Mehrfachkodierungen jedoch nicht den Fallhäufigkeiten.

Weiterhin gilt einschränkend zu berücksichtigen, dass die bisherigen Leistungshäufigkeiten der für eine Erweiterung des AOP-Katalogs empfohlenen OPS-Positionen nur einen groben Anhaltspunkt für das Ausmaß ambulant durchführbarer Leistungen darstellt, weil die Ergebnisse der fallindividuellen Kontextprüfungen ex ante nicht bekannt sind. So kann nicht ausgeschlossen werden, dass auf Basis der Kontextprüfung für einen Großteil der Häufigkeit einer OPS-Leistung eine stationäre Durchführung begründbar ist, etwa aufgrund erhöhter Krankheitsschweregrade

der Patienten oder da die Leistung häufig als Begleitleistung einer stationär durchzuführenden anderen Leistung erbracht wird.

Nachfolgend ist die stationäre Leistungshäufigkeit aggregiert für die einzelnen OPS-Kapitel und für Kapitel 5 zusätzlich für die OPS-Bereiche, bezogen auf das Jahr 2019, dargestellt (Tabelle 39). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Datengrundlage auch Leistungen umfasst, die nicht zu Lasten der GKV erbracht wurden.

Insgesamt entfielen auf die für eine Erweiterung empfohlenen OPS-Leistungen der 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.). Am häufigsten wurden die für eine Erweiterung empfohlenen OPS-Leistungen aus dem Bereich diagnostischer Maßnahmen (OPS-Kapitel 1) durchgeführt: Sie wurden im Jahr 2019 knapp 7,4 Mio. mal dokumentiert. 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 (Operationen) wurden von den empfohlenen Leistungen diejenigen, welche Operationen am Verdauungstrakt betrafen, 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).

Tabelle 39: Anteile der für eine Erweiterung empfohlenen OPS-Leistungen an der Gesamthäufigkeit stationär durchgeführter OPS-Leistungen nach OPS-Kapiteln bzw. Kode-Bereichen von OPS-Kapitel 5, 2019

OPS-Kapitel	Häufigkeit vollstationärer OPS	Häufigkeit vollstationärer OPS für empfohlene OPS-Kodes	Anteil
Kapitel 1 (Diagnostische Maßnahmen)	10.795.086	7.357.957	68,2%
Kapitel 3 (Bildgebende Diagnostik)	13.703.689	2.160.486	15,8%
Kapitel 5 (Operationen)*	15.648.864	2.291.198	14,6%
Kapitel 5-01 bis 5-05 (Operationen am Nervensystem)	825.831	18.673	2,3%
Kapitel 5-06 bis 5-07 (Operationen an endokrinen Drüsen)	151.061	3.629	2,4%
Kapitel 5-08 bis 5-16 (Operationen an den Augen)	648.444	88.863	13,7%
Kapitel 5-18 bis 5-20 (Operationen an den Ohren)	167.399	25.120	15,0%
Kapitel 5-21 bis 5-22 (Operationen an	446.759	146.648	32,8%

OPS-Kapitel	Häufigkeit vollstationärer OPS	Häufigkeit vollstationärer OPS für empfohlene OPS-Kodes	Anteil
Nase und Nasennebenhöhlen)			
Kapitel 5-23 bis 5-28 (Operationen an Mundhöhle und Gesicht)	295.569	74.638	25,3%
Kapitel 5-29 bis 5-31 (Operationen an Pharynx, Larynx und Trachea)	107.067	5.620	5,2%
Kapitel 5-32 bis 5-34 (Operationen an Lunge und Bronchus)	184.837	9.496	5,1%
Kapitel 5-35 bis 5-37 (Operationen am Herzen)	415.628	74.619	18,0%
Kapitel 5-38 bis 5-39 (Operationen an den Blutgefäßen)	769.483	42.335	5,5%
Kapitel 5-40 bis 5-41 (Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem)	196.391	437	0,2%
Kapitel 5-42 bis 5-54 (Operationen am Verdauungstrakt)	2.636.415	666.548	25,3%
Kapitel 5-55 bis 5-59 (Operationen an den Harnorganen)	608.582	240.289	39,5%
Kapitel 5-60 bis 5-64 (Operationen an den männlichen Genitalorganen)	233.656	30.864	13,2%
Kapitel 5-65 bis 5-71 (Operationen an den weiblichen Genitalorganen)	635.650	107.957	17,0%
Kapitel 5-72 bis 5-75 (Geburtshilfliche Operationen)	923.769	1.449	0,2%
Kapitel 5-76 bis 5-77 (Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen)	83.973	2.553	3,0%
Kapitel 5-78 bis 5-86 (Operationen an den Bewegungsorganen)	4.770.819	398.108	8,3%
Kapitel 5-87 bis 5-88 (Operationen an der Mamma)	165.985	9.403	5,7%
Kapitel 5-89 bis 5-92 (Operationen an Haut und Unterhaut)	1.381.546	343.949	24,9%
Kapitel 8 (nicht operative therapeutische Maßnahmen)	15.359.575	2.496.916	16,3%
Kapitel 9 (ergänzende Maßnahmen)	2.610.741	823.666	31,5%

Quelle: IGES auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes (2020)

Anmerkung: * ohne Kapitel 5-93 bis 5-99 (Zusatzinformationen zu Operationen)

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. Die aus diesen Kapiteln für den Katalog ausgewählten Leistungen können aber auch als alleinige Leistung erbracht werden. Zum Teil handelt es sich um Leistungen, die aufgrund struktureller bzw. technischer Erfordernisse am Krankenhaus erbracht werden, bei denen aber eine ambulante Erbringung möglich ist. Im Einklang mit der mehrfach im Zuge der externen Validierung (vgl. Kapitel 3.3.3.2) geäußelter Einschätzung von Fachgesellschaften halten die Gutachter die Aufnahme auch solcher Leistungen in den AOP-Katalog für erforderlich. Derzeit fehlt für diese ein geeigneter Regelungsrahmen. Der Anteil der ambulant erbringbaren (stationersetzensenden) Fälle ist hier ex ante nicht bestimmbar. Entscheidend ist dafür die Kontextprüfung, die es u. a. ermöglicht, Fälle zu erkennen und bezüglich der ambulanten Erbringung auszuschließen, bei denen die diagnostischen Leistungen im Zusammenhang mit der Vorbereitung oder Nachsorge einer größeren Operation erbracht werden.

Die hohen Häufigkeiten hinsichtlich der Empfehlungen aus Kapitel 9 ergeben sich hauptsächlich aus den in diesem Kapitel enthaltenen geburtshilflichen Codes, darunter OPS 9-260 („Überwachung und Leitung einer normalen Geburt“). Auch bei diesem Code ist die Kontextprüfung zu beachten. Eine Besonderheit ergibt sich für die Neugeborenen, insbesondere für die OPS-Ziffer 9-262.0 („Routineversorgung“ des Neugeborenen). Für diese gilt eine spezielle Kontextbetrachtung: Die Versorgung eines (gesunden) Neugeborenen kann nur dann als ambulant durchführbar gelten, wenn die Geburt seitens der Mutter ambulant durchführbar ist. Das (gesunde) Neugeborene folgt somit der Behandlung der Mutter.

Fälle mit Diagnostik im Krankenhaus ohne erschwerenden Kontext können beispielsweise auf gezielte vertragsärztliche Einweisung hin entstehen und stellen potenziell vermeidbare stationäre Fälle dar. Solche Situationen können etwa entstehen, wenn regional bestimmte Diagnostikleistungen nicht oder in nicht ausreichender Zahl oder nicht mit der erforderlichen technischen Ausstattung durchführbar sind. Leistungen der erweiterten Bildgebung könnten teilweise wegen erhöhter Anforderungen an den Strahlenschutz nur von Krankenhäusern durchführbar sein, (regional begrenzt) aber nicht vertragsärztlich. Dies kann Einweisungen zur Abklärung bei sonst auch ambulant behandelbaren Patienten zur Folge haben. Derartige Fälle müssen nicht stationär im Krankenhaus erbracht werden. Gerade für diese Fälle ist eine Erweiterung des AOP-Katalogs um Leistungen aus OPS-Kapitel 1 und 3 sinnvoll.

Die fallindividuelle Kontextprüfung ergibt entweder, dass es sich bei der Diagnostikleistung um eine Begleitleistung handelt, d. h., dass diese im Zusammenhang mit einer OPS- oder DRG-Leistung durchgeführt wird, 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). Welche Anteile der gegenwärtig im Krankenhaus durchgeführten diagnostischen Leistungen, die für eine Erweiterung des AOP-Katalogs empfohlen werden, auf die jeweiligen Konstellationen entfällt, lässt sich nur iterativ-empirisch auf Basis der Kontextprüfung feststellen.

3.4.1.4 Für eine Erweiterung empfohlene OPS-Leistungsbereiche und Leistungen mit hoher Häufigkeit stationärer Durchführung

Die folgende Übersicht (Tabelle 40) zeigt die OPS-Gruppen, in denen sich von den für eine Erweiterung des AOP-Katalogs empfohlenen OPS-Leistungen diejenigen mit der häufigsten stationären Durchführung (im Jahr 2019) befinden. Zusätzlich werden innerhalb dieser Gruppen jeweils die OPS-Dreisteller mit der höchsten stationären Häufigkeit ausgewiesen.

Die von den empfohlenen OPS-Leistungen am häufigsten stationär durchgeführten stammen aus der OPS-Gruppe „Diagnostische Endoskopie“ (1-61 bis 1-69) mit einer Leistungshäufigkeit von insgesamt ca. 2,3 Mio. (bzw. 15,4 % der Gesamtleistungshäufigkeit aller für eine Erweiterung empfohlenen OPS-Leistungen) im Jahr 2019. Innerhalb dieser Gruppe wurden am häufigsten (ca. 1,3 Mio. mal) diagnostische Endoskopien des oberen Verdauungstraktes (aus OPS-Kategorie 1-63) stationär durchgeführt, mit Abstand gefolgt von den diagnostischen Tracheobronchoskopien (OPS 1-62), die knapp 0,4 Mio. mal stationär durchgeführt wurden.

Tabelle 40: OPS-Kodes mit Empfehlung zur Aufnahme in den AOP-Katalog und größten stationären Häufigkeiten (2019) nach OPS-Gruppen und OPS-Dreistellern

Gruppe	Dreisteller	Titel	Anzahl empfohlene Kodes	Anzahl OPS vollstationär (2019)
1-61 bis 1-69		Diagnostische Endoskopie	66	2.324.354
	1-62	Diagnostische Tracheobronchoskopie	7	394.557
	1-63	Diagnostische Endoskopie des oberen Verdauungstraktes	16	1.327.244
1-20 bis 1-33		Untersuchung einzelner Körpersysteme	95	2.252.904
	1-20	Neurologische Untersuchungen	27	1.302.315
	1-26	Untersuchungen der elektrophysiologischen Aktivität des Herzens	20	423.950
	1-27	Diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Kreislauf	28	309.030

Gruppe	Drei-steller	Titel	Anzahl empfohlene Kodes	Anzahl OPS vollstationär (2019)
5-42 bis 5-54		Operationen am Verdauungstrakt	107	666.548
	5-46	Andere Operationen an Dünn- und Dickdarm	9	181.849
	5-51	Operationen an Gallenblase und Gallenwegen	6	166.795
5-78 bis 5-86		Operationen an den Bewegungsorganen	207	398.108
	5-79	Reposition von Fraktur und Luxation	17	82.345
	5-81	Arthroskopische Gelenkoperationen	74	80.905
5-89 bis 5-92		Operationen an Haut und Unterhaut	289	343.949
	5-89	Operationen an Haut und Unterhaut	94	186.282
	5-90	Operative Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut	30	123.288
8-80 bis 8-85		Maßnahmen für den Blutkreislauf	53	651.544
	8-83	Therapeutische Katheterisierung und Kanüleinlage in Gefäße	7	453.799
8-52 bis 8-54		Strahlentherapie, nuklearmedizinische Therapie und Chemotherapie	96	451.272
	8-54	Zytostatische Chemotherapie, Immuntherapie und antiretrovirale Therapie	44	251.621
	8-52	Strahlentherapie	52	199.651
8-55 bis 8-60		Frührehabilitative und physikalische Therapie	7	429.964
	8-56	Physikalisch-therapeutische Einzelmaßnahmen	7	429.964
8-90 bis 8-91		Anästhesie und Schmerztherapie	21	338.940
	8-91	Schmerztherapie	21	338.940
9-26 bis 9-28		Geburtsbegleitende Maßnahmen und Behandlung wegen Infertilität	8	823.666
	9-26	Geburtsbegleitende Maßnahmen	3	823.659
			2.476	15.130.223

Quelle: IGES auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes (2020)
 Anmerkung: * ohne Kapitel 5-93 bis 5-99 (Zusatzinformationen zu Operationen)

Die OPS-Gruppe mit der zweihöchsten Häufigkeit stationärer Durchführung empfohlener OPS-Leistungen sind die Untersuchungen einzelner Körpersysteme (OPS 1-20 bis 1-33); sie wurden im Jahr 2019 knapp 2,3 Mio. mal dokumentiert (Anteil: 14,9 % der Gesamtleistungshäufigkeit aller für eine Erweiterung empfohlenen OPS-Leistungen). Innerhalb dieser Gruppe waren die am häufigsten stationär durchgeführten empfohlenen OPS-Leistungen die neurologischen Untersuchungen (OPS 1-20) mit einer Anzahl von etwa 1,3 Mio., gefolgt von den Untersuchungen der elektrophysiologischen Aktivität des Herzens (OPS 1-26, Anzahl: ca. 0,4 Mio.) und den diagnostischen Katheteruntersuchungen an Herz und Kreislauf (OPS 1-27, Anzahl: ca. 0,3 Mio.).

Unter den Operationsleistungen des OPS-Kapitels 5 dominierten im Jahr 2019 die folgenden Gruppen: Operationen am Verdauungstrakt (OPS 5-42 bis 5-54: knapp 0,7 Mio. bzw. Anteil von 4,4 % der Gesamtleistungshäufigkeit aller für eine Erweiterung empfohlenen OPS-Leistungen), Operationen an den Bewegungsorganen (OPS 5-78 bis 5-86: ca. 0,4 Mio. bzw. 2,6 %) und Operationen an Haut und Unterhaut (OPS 5-89 bis 5-92: ca. 0,3 Mio. bzw. 2,3 %). Innerhalb dieser Gruppen hatten die höchsten Leistungshäufigkeiten „Andere Operationen an Dünn- und Dickdarm“ (OPS 5-46, Anzahl: knapp 182 Tsd.), „Operationen an Gallenblase und Gallenwegen“ (OPS 5-51, Anzahl: knapp 167 Tsd.), „Reposition von Fraktur und Luxation“ (OPS 5-79, Anzahl: rd. 82 Tsd.), „Arthroskopische Gelenkoperation“ (OPS 5-81, Anzahl: knapp 81 Tsd.), „Operationen an Haut und Unterhaut“ (OPS 5-89, Anzahl: ca. 186 Tsd.) und „Operative Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut“ (OPS 5-90, Anzahl: ca. 123 Tsd.).

Von den empfohlenen OPS-Leistungen aus Kapitel 8 der nicht operativen therapeutischen Maßnahmen entfielen die höchsten Leistungshäufigkeiten auf die OPS-Gruppen „Maßnahmen für den Blutkreislauf“ (OPS 8-80 bis 8-85: knapp 0,7 Mio. bzw. Anteil von 4,3 % der Gesamtleistungshäufigkeit aller für eine Erweiterung empfohlenen OPS-Leistungen), „Strahlentherapie, nuklearmedizinische Therapie und Chemotherapie“ (OPS 8-52 bis 8-54: knapp 0,5 Mio. bzw. 3,0 %), „Frührehabilitative und physikalische Therapie“ (OPS 8-55 bis 8-60: ca. 0,4 Mio. bzw. 2,8 %) und „Anästhesie und Schmerztherapie“ (OPS 8-90 bis 8-91: ca. 0,3 Mio. bzw. 2,2 %). Innerhalb dieser Gruppen am häufigsten wurden therapeutische Katheterisierungen und Kanüleneinlagen in Gefäße (OPS 8-83, Anzahl: knapp 454 Tsd.) stationär durchgeführt, gefolgt von physikalisch-therapeutischen Einzelmaßnahmen (OPS 8-56, Anzahl: knapp 430 Tsd.), Schmerztherapien (OPS 8-91, Anzahl: knapp 339 Tsd.), zytostatischen Chemotherapien, Immuntherapien und antiretroviralen Therapien (OPS 8-54, Anzahl: knapp 252 Tsd.) und Strahlentherapien (OPS 8-52, Anzahl: knapp 200 Tsd.).

Aus OPS-Kapitel 9 wurden Leistungen aus der Gruppe „Geburtsbegleitende Maßnahmen und Behandlung wegen Infertilität“ (OPS 9-26 bis 9-28) empfohlen. Der ganz überwiegende Teil der stationären Häufigkeit entfiel hierunter auf die OPS-Kategorie 9-26 („Geburtsbegleitende Maßnahmen“) mit einer Anzahl von knapp 824 Tsd. (bzw. 5,4 % der Gesamtleistungshäufigkeit aller für eine Erweiterung emp-

fohlenen OPS-Leistungen). Es sei hierzu auf die im vorigen Kapitel enthaltenen Anmerkungen zu den Neugeborenen verwiesen, wonach die Versorgung eines (gesunden) Neugeborenen nur dann als ambulant durchführbar gelten kann, wenn die Geburt seitens der Mutter ambulant durchführbar ist, das (gesunde) Neugeborene somit der Behandlung der Mutter folgt. Daher stellt die Leistungshäufigkeit der OPS 9-260 die Obergrenze für OPS 9-262.0 dar.

Die folgende Übersicht zeigt für die einzelnen OPS-Kapitel aus den für eine Erweiterung des AOP-Katalogs empfohlenen OPS-Leistungen jeweils die fünf endstelligen OPS-Kodes, die im Jahr 2019 am häufigsten im Zusammenhang mit vollstationären Behandlungen dokumentiert wurden (Mindesthäufigkeit: 1.000) (Tabelle 41).

Tabelle 41: TOP 5 OPS-Kodes nach stationärer Häufigkeit (2019) mit Empfehlung zur Aufnahme in den AOP-Katalog

OPS-Kode	Beschreibung	Anzahl vollstationärer OPS (2019)
Kapitel 1 (Diagnostische Maßnahmen)		
1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	1.159.060
1-710	Ganzkörperplethysmographie	586.889
1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	510.278
1-208.8	Registrierung evozierter Potentiale: Otoakustische Emissionen [OAE]	348.685
1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	295.660
Kapitel 3 (Bildgebende Diagnostik)		
3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	501.259
3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	307.231
3-13d.5	Urographie: Retrograd	164.981
3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	101.773
3-055.0	Endosonographie der Gallenwege und der Leber: Gallenwege	80.149
Kapitel 5 (Operationen)		
5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	166.416

OPS-Kode	Beschreibung	Anzahl vollstationärer OPS (2019)
5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	87.740
5-469.e3	Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch	85.814
5-573.40	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Resektion: Nicht fluoreszenzgestützt	82.709
5-900.04	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf	76.033
Kapitel 8		
8-561.1	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie	384.515
8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie	277.826
8-640.0	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)	212.742
8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	173.424
8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	163.202
Kapitel 9		
9-262.0	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Routineversorgung	539.583
9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	283.252

Quelle: IGES, Statistisches Bundesamt (DRG-Statistik)

Aus der Übersicht geht eine relativ starke Konzentration der Leistungshäufigkeiten der empfohlenen OPS-Leistungen auf wenige Positionen hervor. So entfallen auf die jeweils dargestellten fünf TOP-Positionen von Kapitel 1 fast 40 %, von Kapitel 3 mit rd. 53 % mehr als die Hälfte der Leistungshäufigkeit, von Kapitel 5 knapp 22 % und von Kapitel 8 knapp 49 %. Die zwei TOP-OPS-Positionen aus Kapitel 9 bestimmten mit einem Anteil von 99,9 % fast die komplette Leistungshäufigkeit der empfohlenen OPS-Leistungen dieses Kapitels.

3.4.1.5 Einschränkungen bei den Empfehlungen zur Erweiterung des AOP-Katalogs

Die Einstufung der durch die Gutachter zunächst nicht eindeutig kategorisierten OPS-Leistungen aus Kapitel 5 basiert weitgehend auf den Stellungnahmen der hierzu befragten medizinischen Fachgesellschaften (vgl. Kapitel 3.3.3). Wie bereits

ausgeführt, konnten die Fachgesellschaften aus Zeitgründen nicht über den sehr begrenzten Bereich der durch die Gutachter nicht eindeutig kategorisierten OPS-Leistungen hinaus für Stellungnahmen einbezogen werden (vgl. Kapitel 3.3.3.2). Auch konnte in der Kürze der Zeit kein gleiches Verständnis des für das vorliegende Gutachten gewählten potenzialorientierten Ansatzes unter den Fachgesellschaften erreicht werden, die um eine Stellungnahme gebeten wurden. In den leistungsübergreifenden Stellungnahmen der Fachgesellschaften wurde deutlich, dass die Einschätzung von Potenzialen der ambulanten Durchführung bislang stationär erbrachter Leistungen in hoher Abhängigkeit zu den Annahmen steht, die zu Veränderungen von Versorgungsstrukturen und im Vergütungssystem getroffen werden. Bewertungen des Potenzials können allein abhängig davon deutlich voneinander abweichen, ob man hierbei vom Status Quo ausgeht, von Vergütungsfragen abstrahiert oder veränderte Vergütungsregelungen annimmt.

In diesem Zusammenhang wurde von einigen Fachgesellschaften auch der internationale Vergleich als eine methodische Grundlage zur Ableitung von Empfehlungen für den AOP-Katalog mit Skepsis betrachtet, da in den Vergleichsländern andere Versorgungsstrukturen und Vergütungsregelungen etabliert seien.

Häufig wurden von den Fachgesellschaften Befürchtungen vor einer Ausweitung von Begründungspflichten und -aufwand geäußert, die mit Erweiterungen des AOP-Katalogs um bislang überwiegend stationär erbrachte Leistungen verbunden sein könnten. Auch solche Befürchtungen dürften die Leistungseinstufungen im Sinne einer Potenzialbetrachtung erschwert haben.

Ergänzend zu den leistungsbezogenen Stellungnahmen betonten mehrere Fachgesellschaften die Notwendigkeit einer Kontextprüfung für die Entscheidung für oder gegen die ambulante Durchführung von Leistungen, die für eine Erweiterung des AOP-Katalogs vorgeschlagen werden. Die leistungsbezogenen Stellungnahmen der Fachgesellschaften könnten dadurch beeinflusst worden sein, ob bzw. welche Annahmen zu einer solchen Kontextprüfung zugrunde gelegt wurden. Das Konzept der Gutachter zur Kontextprüfung konnte ihnen hierfür nicht vorgelegt werden.

Schließlich verwiesen mehrere Fachgesellschaften auf eine lückenhafte Evidenzlage zum ambulanten Operieren.

Neben den für eine Erweiterung des AOP-Katalogs empfohlenen OPS-Leistungen wurden im Rahmen der Analysen für das vorliegende Gutachten weitere ambulant durchführbare Leistungen identifiziert, diese jedoch nicht für eine Erweiterung empfohlen, da hierfür zunächst Änderungen bei der Leistungsdefinition und -abgrenzung erforderlich wären.

Hierzu zählen Leistungen, die im OPS-Klassifikationssystem nicht ausreichend differenziert abgebildet werden, um die Möglichkeiten einer ambulanten Durchführung einzustufen. Dies betrifft Leistungen, die aufgrund einzelleistungsspezifischer Heterogenität eine stationäre Durchführung erforderlich machen können, welche im Rahmen der fallindividuellen Kontextprüfung nicht begründet werden kann. Beispiele hierfür sind:

- ◆ OPS 5-319.9 („Andere Operationen an Larynx und Trachea: Einlegen oder Wechsel einer Stimmprothese“): Während eine stationäre Durchführung einer Stimmprothesen-Erstanlage oder Neueinlage mit neuer Punktion wegen potentieller mediastinaler Komplikation begründet werden kann, ist der Wechsel ambulant möglich.
- ◆ OPS 5-895 („Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut“): Die Möglichkeiten ambulanter Durchführung der hierunter gefassten OPS-Leistungen sind stark abhängig von Lokalisation und Größe der Wundfläche. Diesbezügliche Unterscheidungen sind in den Leistungsbezeichnungen nicht enthalten.

Entsprechend wird für diese Leistungen ganz überwiegend empfohlen, sie zunächst zurückzustellen und eine weitergehende OPS-Differenzierung unter Beteiligung der Fachgesellschaften zu prüfen.

Dies betrifft in ähnlicher Weise die in Kapitel 8 des OPS-Verzeichnisses enthaltenen Komplexbehandlungen (OPS 8-918, OPS-Gruppe 8-97 bis 8-98), die nach derzeitiger Leistungsbeschreibung stationär durchzuführen sind bzw. bei denen die OPS-Leistungsbeschreibung einen mehrtägigen stationären Aufenthalt enthält, so dass diese Leistungen auch nicht dem angrenzenden Bereich der „Kurzlieger“ zugerechnet werden können. Hierzu zählen:

- ◆ Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie
- ◆ Multimodale dermatologische Komplexbehandlung
- ◆ Multimodale Komplexbehandlung bei sonstiger chronischer Erkrankung
- ◆ Naturheilkundliche Komplexbehandlung
- ◆ Multimodale-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems
- ◆ Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung
- ◆ Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus
- ◆ Multimodale kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung

Um auch diese Leistungen für die Weiterentwicklung des AOP-Katalogs zu berücksichtigen, empfehlen die Gutachter zunächst eine Neudefinition der Leistungsdurchführung und der dazugehörigen Leistungsbeschreibung. Eine Ausnahme bilden hierbei die als teilstationäre Leistungen definierten OPS-Kodes⁹¹, da diese im somatischen Bereich ambulanten Behandlungen im Krankenhaus gleichzusetzen sind (vgl. Kapitel 2.3.1). Sie werden daher zur Aufnahme in den AOP-Katalog empfohlen.

⁹¹ Hierbei handelt es sich um OPS 8-91c (Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie) und OPS 8-98a (Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung).

3.4.2 Übersicht über die für eine Erweiterung des AOP-Katalogs empfohlenen nicht-operativen Leistungen

Die folgende Übersicht (Tabelle 42) zeigt die ausgewählten 20 durch DRG beschriebenen „konservativen“ Behandlungen, die für eine Erweiterung des AOP-Katalogs um stationersetzende Behandlungen empfohlen werden.⁹² Dargestellt wird für jede dieser Leistungen, welche Anteile der Gesamtzahl der für diese DRGs dokumentierten Fälle sich auf die „angrenzenden Versorgungsbereiche“ der vor-/teilstationären, Kurzlieger- sowie ambulant-sensitiven Krankenhausfälle verteilen.⁹³

Die ausgewählten DRGs stellen Leistungen dar, die nicht über eine medizinisch dominante Prozedur definiert sind (vgl. Kapitel 3.3.4). Das bedeutet aber nicht, dass bei allen Behandlungsfällen, für welche diese DRGs dokumentiert werden, keine OPS-Leistungen durchgeführt wurden.

Bei den 20 ausgewählten und für eine Erweiterung des AOP-Katalogs empfohlenen DRGs handelt es sich teilweise um Sammel-DRGs, die sich auf sehr viele verschiedene Hauptdiagnosen beziehen können, zum Teil aber auch um sehr spezifische Leistungen, die nur wenige Hauptdiagnosen umfassen, wie z. B. die DRG B80Z („Andere Kopfverletzungen“), die typischerweise zur Dokumentation bzw. Abrechnung der Überwachung von Gehirnerschütterungen verwendet wird. In diesem Zusammenhang wird auf die Auswahl an ICD-Diagnosekodes für die empfohlene Kategorisierungsmöglichkeit eines Beobachtungsstatus verwiesen, um stationär behandlungsbedürftige Notfälle auszuschließen (vgl. Kapitel 3.3.4 und „Annex Kontextprüfung“, Liste „ICD Beobachtungsstatus“).

Neben den ausgewählten TOP 20-DRG der medizinischen Partition werden – gemäß dem in Kapitel 3.3.4 beschriebenen Vorgehen – 31 DRGs zur Aufnahme in den AOP-Katalog empfohlen, mit denen strahlentherapeutische Leistungen ohne komplexen Leistungskontext beschrieben werden (Tabelle 43 bzw. „Annex Kontextprüfung“ A4). Auf diese DRG-Leistungen entfielen im Jahr 2019 insgesamt 78.841 stationäre Behandlungsfälle.

Schließlich zählen zu den für eine Erweiterung des AOP-Katalogs empfohlenen nicht-operativen Leistungen 14 DRG-Leistungen, die konservative Behandlungen von Tumorfällen ohne komplexe Konstellationen und ohne äußerst schwere CC beschreiben (Tabelle 44 bzw. „Annex Kontextprüfung“ A3). Diese Leistungen wurden

⁹² Nach denselben Auswahlkriterien dieser TOP-20 – DRGs der medizinischen Partition ohne gruppierungsrelevante Prozeduren und ohne erschwerende Bedingungen – wurden ergänzend, aber ohne tiefergehende Prüfung 86 weitere DRGs kategorisiert. Sie sind im „Annex Kontextprüfung“ unter A2a aufgeführt.

⁹³ Einschränkend gilt zu berücksichtigen, dass die Gesamtfallzahlen und die Fallzahlen der angrenzenden Versorgungsbereiche aus unterschiedlichen Datenquellen stammen: Während die Gesamtfallzahlen dem DRG-Browser des InEK entnommen wurden, wurden die Fallzahlen der angrenzenden Versorgungsbereiche auf Basis einer Auswertung der dem GKV-SV vorliegenden Daten gemäß § 21 KHEntgG ermittelt (vgl. Kapitel 2.1.2.3). Für letztere wurden diverse Ausschlüsse vorgenommen (vgl. Kapitel 2.3.1 bis 2.3.4), u. a. Fälle von nicht gesetzlich versicherten Patienten.

im Jahr bei insgesamt 553.945 Fällen stationär erbracht. Hierbei dürfte es sich in vielen Fällen um Chemotherapien gehandelt haben, aber hierzu zählen auch Fälle mit Tumordiagnostik bzw. Staging und präfinale (palliative) Behandlungen. Bei Letzteren muss nicht in allen Fällen eine palliativmedizinische Komplexbehandlung kodiert sein, da nicht jedes Krankenhaus, das Tumorpatienten im Endstadium behandelt, alle Strukturkriterien für die palliativmedizinische Komplexbehandlung erfüllen muss.

Sowohl für die empfohlenen 14 DRG-Leistungen der Tumorbehandlung als auch für die 31 DRGs mit strahlentherapeutischen Leistungen wird die Kontextprüfung um eine zusätzliche Differenzierung nach Behandlungskontext speziell für Tumorfälle erweitert (s. Kapitel 3.3.6).

Tabelle 42: Häufigste nicht-operative ("konservative") DRG-Leistungskomplexe nach Fallzahlen (2019) und angrenzenden Versorgungsbereichen

DRG	Bezeichnung	Fallzahlen				ASK
		insg.	teilstationär	vorstationär	Kurzlieger	
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne bestimmte oder andere komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC	486.959	5.267	69.778	234.532	170.479
F71B	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, ohne kathetergestützte elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung	289.792	2.332	27.884	124.031	48.033
B80Z	Andere Kopfverletzungen	228.808	973	5.318	133.964	33.061
F67D	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung, Alter > 17 Jahre	218.387	479	15.068	72.243	54.180
K62C	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie, ohne kompliz. Diagnose, ohne endoskopische Einlage eines Magenballons, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, ohne best. aufwendige / hochaufwendige Behandlung, Alter > 15 Jahre	166.842	2.046	8.619	33.027	97.913
L63F	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte mäßig aufwendige / aufwendige / hochaufwendige Behandlung, ohne Komplexbeh. MRE, ohne best. schwere Infektionen, Alter > 5 und < 18 Jahre, ohne schwere CC od. Alter > 17 und < 90 Jahre	155.913	233	8.423	20.206	110.913
D61Z	Gleichgewichtsstörung, Hörverlust und Tinnitus	146.337	4.740	15.481	46.032	8.904
G72B	Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane, Alter > 2 Jahre oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter > 2 Jahre und Alter < 56 Jahre oder ohne CC	131.771	2.797	74.716	78.561	10.978
F74Z	Thoraxschmerz und sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems	112.742	342	24.430	68.920	11.711

DRG	Bezeichnung	Fallzahlen				
		insg.	teilstationär	vorstationär	Kurzlieger	ASK
E63B	Schlafapnoesyndrom oder Polysomnographie oder kardiorespiratorische Polygraphie bis 2 Belegungstage, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmte invasive kardiologische Diagnostik	109.312	21.472	15.560	64.828	20.047
G71Z	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane	97.728	518	30.530	61.547	13.571
B81B	Andere Erkrankungen des Nervensystems ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandlung	97.122	14.168	4.702	14.772	10.275
J64B	Bestimmte Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus ohne äußerst schwere CC oder Alter < 6 Jahre	91.131	1.267	20.621	20.982	91.962
K60F	Diabetes mellitus, Alter > 10 Jahre, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ohne komplexe Diagnose	87.263	2.681	4.644	10.401	14.974
B77Z	Kopfschmerzen	82.910	2.775	12.548	41.408	5.745
L64D	Andere Erkrankungen der Harnorgane ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte Diagnose oder ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre	82.287	336	23.338	48.634	8.004
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag	80.987	5.270	34.254	58.695	44.492
Q61B	Andere Erkrankungen der Erythrozyten, ohne äußerst schwere CC	75.087	1.391	2.879	17.424	12.563
B71D	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne komplexe Diagnose, ohne Komplexbehandlung der Hand, ohne äußerst schwere oder schwere CC	73.511	4.700	7.273	21.921	7.187
L60D	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC, Alter > 17 Jahre oder ohne schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte	66.347	45	#NV	3.492	5.529

Quelle: IGES auf Basis der Daten gemäß § 21 KHEntgG; Fallzahlen insgesamt: DRG-Browser des InEK

Tabelle 43: DRGs mit Hauptleistung Strahlentherapie und Fallzahlen (2019)

DRG	Bezeichnung	Fallzahl
E08D	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane ohne operativen Eingr. oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, weniger als 10 Bestrahlungen, ohne zerebrale, stereotaktische Bestrahlung	8.140
G29B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen	6.143
D20B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen	5.074
E08B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen	4.693
E08C	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane ohne operativen Eingriff od. Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen od. mindestens 10 Bestrahlungen od. zerebrale, stereotaktische Bestrahlung	4.646
G29A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen	4.613
D20A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen	4.017
D19Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen	3.592
B15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen	3.450
B16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen	3.315
I39Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen	3.027
N16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen oder Brachytherapie	2.389
M10C	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 8 Tagen oder interstitielle Brachytherapie	2.357
G27B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen, ohne äußerst schwere CC	2.285
J17Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen	2.119

DRG	Bezeichnung	Fallzahl
H16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen	1.936
I54B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, bei bösartiger Neubildung, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, Alter > 17 Jahre	1.917
R07B	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC, Bestrahlungen an weniger als 7 Tagen	1.705
L12B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 9 Tagen	1.681
J18B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen	1.677
B16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen	1.570
J16B	Strahlentherapie mit operativer Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	1.536
I54A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, bei bösartiger Neubildung, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder Alter < 18 Jahre	1.445
J18A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen	1.044
N15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen	975
M10A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen	895
N16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen	784
L12A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen	674
K15B	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, ohne hochkomplexe Radiojodtherapie	572

DRG	Bezeichnung	Fallzahl
H15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen	320
H16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen	257

Quelle: IGES, DRG-Browser des InEK

Tabelle 44: DRGs für konservativ behandelte Tumorfälle und Fallzahlen (2019)

DRG	Bezeichnung	Fallzahl
E71D	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne Bronchoskopie, ohne bestimmte Lungenbiopsie, ohne endoskopische Biopsie am Respirationstrakt	141.237
G60B	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung	114.659
H61C	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne Pfortaderthrombose, Alter > 16 Jahre	70.200
J62B	Bösartige Neubildungen der Mamma, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC	45.067
M60C	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hochgradig komplexer Chemotherapie	37.275
N60B	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC	33.705
L62C	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre	29.846
I65C	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter > 16 Jahre, ohne äußerst schwere CC	26.867
B66D	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre	24.951
E71C	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne Bronchoskopie, ohne bestimmte Lungenbiopsie, mit endoskopischer Biopsie am Respirationstrakt, ohne Chemotherapie	13.130
R63I	Andere akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC	8.017
B66C	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre	6.168
M60B	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, mit hochgradig komplexer Chemotherapie	2.489
S62Z	Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit	334

Quelle: IGES, DRG-Browser des InEK

3.4.3 Übersicht über die zur Prüfung einer Herausnahme aus dem AOP-Katalog empfohlenen Leistungen

Gemäß dem in Kapitel 3.3.5 beschriebenen Vorgehen wurden insgesamt 109 OPS-Leistungen ermittelt,

- ♦ die im Jahr 2019 überwiegend stationär durchgeführt wurden (Anteil > 90 %),
- ♦ bei denen im aktuellen AOP-Katalog die Kategorienzuordnung eine stationäre Durchführung (pauschal) als begründbar einstuft und
- ♦ die nicht den übergeordneten medizinischen Kriterien entsprechen, die bei der Kategorisierung von OPS-Leistungen hinsichtlich der Möglichkeit einer ambulanten Durchführung angewandt wurden.

Diese 109 Leistungen wurden im Jahr 2019 insgesamt 437.125-mal dokumentiert, davon zu 96,9 % im Rahmen einer stationären Durchführung. Dabei entfällt die höchste Leistungshäufigkeit auf OPS 5-758.2 „Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Vagina“. Da OPS 9-260 („Überwachung und Leitung einer normalen Geburt“) mit der Möglichkeit einer ambulanten Durchführung eingestuft wurde, ist es folgerichtig, in Verbindung hiermit diese Möglichkeit auch für OPS 5-758.2 vorzusehen.

Somit wird empfohlen, von den ausgewählten 109 OPS-Leistungen für 108 gezielt eine Herausnahme aus dem AOP-Katalog zu prüfen.⁹⁴ Insgesamt wurden diese 108 OPS-Leistungen im Jahr 2019 insgesamt 335.535-mal dokumentiert, davon zu 96,1 % im Rahmen einer stationären Durchführung.

Die folgende Übersicht (Tabelle 45) zeigt hiervon als Auswahl die 20 OPS-Leistungen mit der höchsten Häufigkeit (jeweils > 2.000). Die häufigste Leistung ist die Rekonstruktion bei einem Dammriss (OPS 5-758.4, Dammriss mit Beteiligung der Muskulatur).

⁹⁴ Eine vollständige Auflistung der 108 OPS-Leistungen, für welche die Prüfung einer Herausnahme aus dem AOP-Katalog empfohlen wird, findet sich im „Annex OPS Empfehlungen“ (zweites Tabellenblatt).

Tabelle 45: Zur Prüfung einer Herausnahme aus dem AOP-Katalog empfohlene Leistungen mit der höchsten Dokumentationshäufigkeit (2019)

OPS-Kode	Bezeichnung	Häufigkeit gesamt	vertrags- ärztlich	ambulant im Krankenhaus	stationär
5-758.4	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an Haut und Muskulatur von Perineum und Vulva	96.632	0%	0%	99%
5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	95.417	2%	3%	94%
5-661.62	Salpingektomie: Total: Endoskopisch (laparoskopisch)	34.566	1%	3%	96%
5-653.32	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)	30.251	1%	4%	94%
5-902.4f	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut, großflächig: Unterschenkel	6.988	1%	1%	98%
5-854.2c	Rekonstruktion von Sehnen: (Partielle) Transposition: Mittelfuß und Zehen	5.380	4%	4%	92%
5-681.82	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome ohne ausgedehnte Naht des Myometriums: Endoskopisch (laparoskopisch)	4.852	4%	5%	91%
5-133.0	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation: Chirurgische Iridektomie	4.136	7%	2%	92%
5-902.44	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut, großflächig: Sonstige Teile Kopf	3.430	6%	1%	92%
5-902.5f	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut auf granulierendes Hautareal, großflächig: Unterschenkel	3.287	0%	1%	98%
5-139.2	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare: Einbringen von Gas in die Vorderkammer	3.235	3%	3%	94%

OPS-Kode	Bezeichnung	Häufigkeit gesamt	vertrags- ärztlich	ambulant im Krankenhaus	stationär
5-790.66	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe: Radius distal	2.769	1%	0%	99%
5-194.1	Myringoplastik [Tympanoplastik Typ I]: Retroaurikulär	2.763	7%	3%	90%
5-794.04	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Radius proximal	2.755	2%	4%	94%
5-139.11	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare: Vorderkammerspülung: Mit Entfernung von Silikonöl	2.575	2%	2%	96%
5-530.72	Verschluss einer Hernia inguinalis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP]	2.434	4%	4%	92%
5-788.5d	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Os metatarsale I, proximal	2.273	3%	5%	92%
5-902.4g	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut, großflächig: Fuß	2.203	1%	1%	98%
5-800.3q	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Debridement: Metatarsophalangealgelenk	2.123	6%	4%	91%
5-195.92	Tympanoplastik (Verschluss einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen): Tympanoplastik Typ II bis V: Mit Implantation einer alloplastischen Prothese	2.069	1%	1%	98%

Quelle: IGES auf Basis der Datenauswertung des Zi, strukturierten Qualitätsberichte für das Jahr 2019 und § 21-KHEntgG-Daten

3.4.4 Kontextprüfung zur Begründung einer stationären Durchführung von AOP-Leistungen

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 stationärsersetzende Behandlungen definiert sind.

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 nachfolgenden Operationalisierungen der Kontextfaktoren wurden so gewählt, dass die vollständige Kontextprüfung und ihre Dokumentation größtenteils auf Basis bereits existierender Routinedokumentationen durchführbar sind.

Da die Kontextprüfung zu einer Ja-/Nein-Entscheidung führt (stationäre Durchführung begründet oder nicht), sind die Kontextfaktoren so zu operationalisieren, dass sie entweder binäre Merkmale haben (z. B. Diagnosen) oder dass im Fall von metrischen Merkmalen (z. B. Alter) Schwellenwerte festzulegen sind.

Insgesamt umfasst das empfohlene Konzept der Kontextprüfung neun Kontextfaktoren, davon sind vier leistungskontextbezogen und fünf mit Patientenbezug (Abbildung 11).

Zu den leistungskontextbezogenen Faktoren zählen:

1. Stationärer Behandlungskontext gemäß DRG (K1): 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.⁹⁵
2. Kombination mit Nicht-AOP-Leistungen gemäß OPS-Klassifikation (K2): 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

⁹⁵ Dieser Kontextfaktor gilt logischerweise nicht für den Teil der AOP-Leistungen, die als DRG-Leistungen definiert sind.

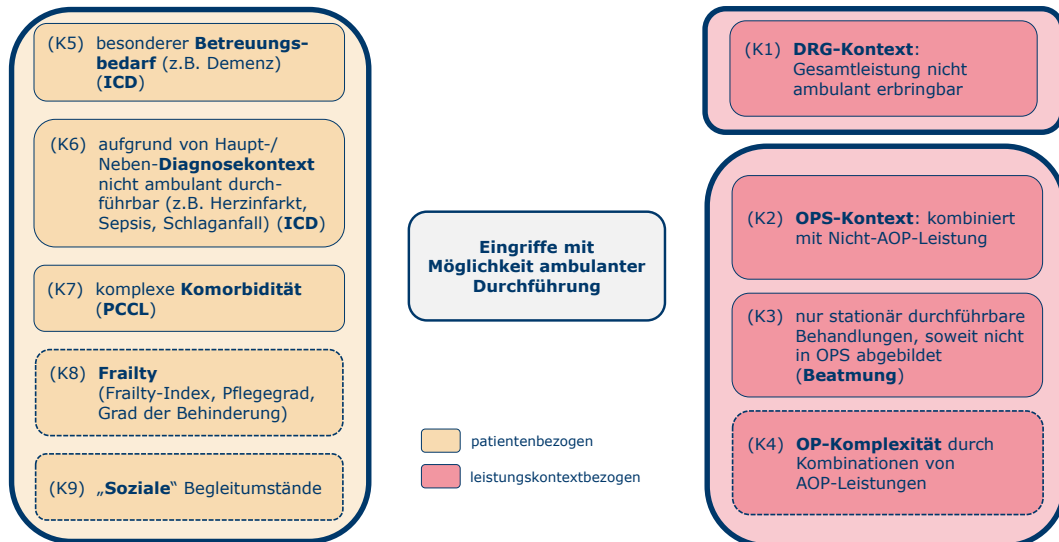
OPS-Verzeichnis als Zusatzkodierungen eingestuften Leistungen bleiben außer Betracht.

3. Beatmung (K3): Die AOP-Leistung wird bei beatmeten Patienten durchgeführt, für die eine von der Narkoseführung unabhängige Beatmung im Datensatz nach § 301 SGB V kodiert ist.
4. Komplexe Kombinationen von AOP-Leistungen (K4): 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:

5. Besonderer Betreuungsbedarf (K5), der durch bestimmte (z. B. psychiatrische) Erkrankungen verursacht wird, begründet die stationäre Durchführung einer AOP-Leistung. Entsprechende Diagnosen wurden im ICD-Katalog kategorisiert.
 6. Diagnosekontext (K6): 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.
 7. Komplexe Komorbidität (K7): 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.
 8. Frailty (K8): 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.
 9. Soziale Begleitumstände (K9): 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.
-

Abbildung 11: Kontextfaktoren für die Kontextprüfung im Überblick



Quelle: IGES

Die Kontextfaktoren werden im Folgenden ausführlicher erläutert. Insoweit sie auf Basis von OPS-, ICD-Codes oder DRGs operationalisiert werden, wurden jeweils Listen mit Einstufungen erstellt, die mit korrespondierender Nummerierung als separate Anhänge des Gutachtens (im Excel-Format) vorliegen.

3.4.4.1 Leistungskontextbezogene Faktoren

Zu prüfen ist zunächst der stationäre Behandlungskontext auf Basis von DRGs. Die DRGs bewerten die Leistung insgesamt. Die DRG-Logik stellt sicher, dass ggf. unter vielen kodierten OPS-Ziffern der dominante Leistungskomplex identifiziert und zugeordnet wird. Zusätzlich werden die Diagnosen berücksichtigt. Man müsste für die Kontextprüfung nicht unbedingt auf die DRGs zurückgreifen. Täte man dies nicht, müsste man allerdings zur Erkennung der im Vordergrund der Behandlung stehenden Leistung eine neue, sehr komplexe Logik entwickeln. Dies ist nötig, da bei über 13.000 ICD- und über 31.000 OPS-Endstellern mit einer praktisch fast unendlichen Anzahl an möglichen Kombinationen eine sinnvolle Bewertung der Gesamtleistung ohne eine algorithmische Bewertungslogik nicht automatisiert möglich ist. Im Ergebnis würde eine solche neue Logik, abgesehen von einem sehr hohen Entwicklungsaufwand, weitgehend der DRG-Logik entsprechen. Aus diesem Grunde ist es sinnvoll, auf die bereits existierende DRG-Logik zurückzugreifen.

Wird eine OPS-Leistung des AOP-Katalogs im Rahmen einer DRG-Leistung erbracht, welche aufgrund der Hauptdiagnose, der Schwere des Eingriffs oder der Schwere der Begleitumstände grundsätzlich stationär durchzuführen ist, ist damit auch ihre stationäre Durchführung begründet. Dies ist bei AOP-Leistungen etwa der Fall, wenn sie als Teil von

- ◆ Akutbehandlungen bei (potenziell) lebensgefährlichen Zuständen (z. B. Thrombosen, Blutungen, Sepsis, Polytrauma),
- ◆ großen und komplexen chirurgischen Eingriffen und Behandlungen oder
- ◆ Behandlungen im Zusammenhang mit Organtransplantaten

erbracht werden. Solche stationären Kontexte werden in bestimmten DRGs eindeutig abgebildet. Als Teil des Gutachtens wurde daher eine Liste mit entsprechend kategorisierten DRGs zusammengestellt („Annex Kontextprüfung“ K1). Sobald eine OPS-Leistung des AOP-Katalogs als Teil einer dieser ausgewählten DRGs dokumentiert wird, gilt eine stationäre Durchführung als begründet. Die folgende Übersicht (Tabelle 46) zeigt einen Auszug dieser DRG-Liste.

Dieser Kontextfaktor kann definitionsgemäß nicht die nicht-operativen („konservativen“) AOP-Leistungen betreffen, die über den DRG-Katalog definiert sind (vgl. Kapitel 3.4.2), da die DRGs ohnehin eindeutig kategorisiert sind. In der automatisierten Prüfung ist dies unschädlich. Die DRG-Prüfung kann hier logischerweise nicht zu widersprüchlichen Ergebnissen führen.

Die stationäre Durchführung einer AOP-Leistung ist ebenfalls begründet, wenn sie im Rahmen eines Behandlungsfalls in Kombination mit mindestens einer OPS-Leistung durchgeführt wird, welche selbst nicht ambulant erbracht werden kann bzw. nicht im AOP-Katalog enthalten ist (z. B. eine Koloskopie in unmittelbarer Vorbereitung einer Darm-Operation, ein Kardio-CT in Verbindung mit Herz-Operation), so dass die AOP-Leistung lediglich eine Nebenleistung darstellt. Diese Fälle sind praktisch ohne Aufwand identifizierbar. Es muss dazu EDV-technisch lediglich das Vorhandensein eines als stationär eingestuften OPS-Kodes geprüft werden. Für diese Prüfung wurde eine entsprechende Liste der als stationär eingestuften OPS erstellt („Annex Kontextprüfung“ K2).

Als Zusatzcodes und Begleitleistungen kategorisierte OPS-Kodes werden für die Kategorisierung hinsichtlich der Möglichkeit einer ambulanten Durchführung und damit auch in der Kontextprüfung nicht berücksichtigt (vgl. hierzu auch Kapitel 3.3.1). Dies gilt vereinbarungsgemäß auch für unspezifische OPS-Kodes (x/y). Diese Codes stellen damit weder eine prinzipiell ambulant erbringbare Leistung dar noch führen sie zum Ausschluss einer ambulanten Durchführung. In der Programmierung der Kontextprüfung können sie unberücksichtigt bleiben. Alle OPS-Kodes wurden im Rahmen dieses Gutachtens entsprechend kategorisiert. Der „Annex Kontextprüfung“ enthält unter K2a und K2b die Auflistung dieser für die Einstufung zu ignorierender OPS-Kodes.

Tabelle 46: DRG-Liste für Kontextprüfung (Auszug)

DRG	Bezeichnung	Fälle insg.	Partition
F03E	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine , Alter > 0 J., IntK < 197 / 185 / - P., mit Zweifacheingr. od. bei angeb. Herzfehler, oh. kompl. Eingr. od. oh. Zweifacheingr., auß. bei angeb. Herzfehler, Alter >15 J., mit Impl. klappentragende Gefäßprothese	10.476	operativ
F14B	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe, ohne äußerst schwere CC	11.918	operativ
F41B	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt ohne äußerst schwere CC	23.403	andere
F60B	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik ohne äußerst schwere CC	30.071	medizinisch
F70B	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand ohne äußerst schwere CC	18.255	medizinisch
F63B	Venenthrombose ohne äußerst schwere CC	24.784	medizinisch
F98B	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 29 Jahre, ohne Implantation eines Wachstumsstents, mit sehr komplexem Eingriff	22.694	medizinisch
G18B	Bestimmte Eingriffe an Dünn-/Dickdarm oder Anlegen eines Enterostomas oder anderer Eingriff am Darm mit äußerst schweren CC mit sehr komplexem Eingr. oder aufwendigem Eingriff mit äußerst schweren CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern	40.419	operativ
G46B	Komplexe therapeutische Gastroskopie mit schw. CC od. and. Gastroskopie bei auß. schw. CC, bei schw. Krankh. der Verd.organe, Alter > 14 J., mehr als 1 BT od. best. Gastroskopie, Alter < 15 J. od. mit kompliz. Faktoren od. ERCP mit and. endoskop. Eingr.	12.744	andere
G67A	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Obstruktion des Verdauungstraktes mit bestimmten komplizierenden Faktoren	77.193	medizinisch

DRG	Bezeichnung	Fälle insg.	Partition
H62B	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung, mit akuter Pankreatitis oder Leberzirrhose oder bestimmter nichtinfektiöser Hepatitis , Alter > 15 Jahre	66.911	medizinisch
T60C	Sepsis m. kompliz. Konst. od. b. Z.n. Organ-Tx, oh. äuß. schw. CC, oh. IntK > 392 / 368 / - Punkte od. oh. kompliz. Konst., auß. b. Z.n. Organ-Tx, m. kompl. Diag. od. äuß. schw. CC, Alt. > 17 J., oh. Para- / Tetrapl., oh. kompliz. ERCP, oh. schwerste CC	10.119	medizinisch
W04B	Polytrauma mit anderen Eingriffen oder Beatmung > 24 Stunden, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen, mit bestimmten anderen Eingriffen oder Beatmung mehr als 24 Stunden	2.740	operativ
W61B	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe, ohne komplizierende Diagnose, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte	2.199	medizinisch
A01C	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation, ohne Beatmung > 59 Stunden, ohne Transplantat-abstoßung, ohne kombinierte Nierentransplantation, ohne kombinierte Pankreastransplantation, Alter > 5 Jahre	349	operativ
A42C	Stammzellentnahme bei Eigenspender ohne Chemotherapie, Alter > 15 Jahre, ohne schwerste CC, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation	2.284	andere
A60C	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates , mehr als ein Belegungstag, ohne Entfernung eines Organ-transplantates, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre	4.779	medizinisch
A11C	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmed. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 1656 Punkte, mit kompl. OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre od. kompliz. Konst. od. bei Tumor od. angeb. Fehlbild., Alt. < 3 J. od. intensivmed. Komplexbeh. > - / 1104 / - P.	3.193	operativ

Quelle: IGES; Fallzahlen: InEK-Browser
 Anmerkung: Hervorhebungen durch Autoren

Der dritte leistungskontextbezogene Faktor (K3) bezieht sich auf die Beatmung von Patienten unabhängig von der betrachteten OPS-Leistung. Ob diese Voraussetzung für die Begründung einer stationären Durchführung erfüllt ist, kann anhand der nach § 301 SGB V erfassten Beatmungsstunden ermittelt werden. Sobald sich hierfür ein Wert größer Null ergibt, ist eine stationäre Durchführung der AOP-Leistung begründet. Dabei zählt gemäß den Deutschen Kodierrichtlinien (Regel 1001u) eine maschinelle Beatmung, die zur Durchführung einer Operation oder während einer Operation begonnen wird und die nicht länger als 24 Stunden dauert, nicht zu der nach § 301 SGB V zu übermittelnden Gesamtbeatmungszeit. Die maschinelle Beatmung während einer Operation im Rahmen der Anästhesie wird als integraler Bestandteil des chirurgischen Eingriffs angesehen. Aus diesem Grunde ist eine nach § 301 SGB V erfasste Beatmungszeit von > 0 als stationär durchzuführende Behandlung einzustufen. Der Kontextfaktor „Beatmung“ ist erforderlich, da intensivmedizinische Behandlungen nicht vollständig über OPS-Kodes (Intensivkomplexbehandlung) erfasst werden.

Die stationäre Durchführung von AOP-Leistungen kann auch mit einer erhöhten Operationskomplexität (K4) begründet werden, die dadurch entsteht, dass mehrere, jeweils für sich genommen ambulant durchführbare Leistungen in einem Behandlungsfall kombiniert durchgeführt werden. Bei sehr großen, komplexen Eingriffen ist dieser Sachverhalt durch das DRG-System bereits abgebildet. Kombinationen von einfacheren Eingriffen, die in der Summe eine erhöhte Komplexität verursachen, sind dadurch bislang nicht abgedeckt. Die Identifizierung und Bewertung solcher OPS-Kombinationen zum Zweck der Kontextprüfung erfordert leistungsspezifische fachliche Expertise und konnte daher im Rahmen des Gutachtens nicht geleistet werden. Daher wurde zu diesem Kontextfaktor keine Liste vorgelegt. Es wird empfohlen, solche Kombinationen von OPS-Leistungen des AOP-Katalogs, die eine stationäre Durchführung begründen können, schrittweise unter Beteiligung der medizinischen Fachgesellschaften zu identifizieren und zu prüfen. Solche OPS-Kombinationen können bereits unabhängig hiervon bei einer Entscheidung zur stationären Durchführung geltend gemacht werden, allerdings dann außerhalb einer weitgehend automatisierbaren Kontextprüfung durch fallspezifische Begründungen. Indem OPS-Kombinationen, für die eine erhöhte und stationäre Behandlungsbedürftigkeit begründende Komplexität in einem offiziellen Verfahren festgestellt wurde, sukzessive in die Kontextprüfung integriert werden, können weitere Entlastungen beim Prüfaufwand erreicht werden.

3.4.4.2 Patientenbezogene Faktoren

Ein patientenbezogen naheliegender Kontextfaktor ist das Lebensalter, zumal dieses einfach und manipulationssicher erhoben werden kann. Allerdings ist das chronologische Alter im Hinblick auf potenzielle Behandlungsrisiken weit weniger aussagekräftig als das biologische Alter, welches insbesondere über Frailty-Indikatoren abgebildet werden kann (s. u.). Daher bildet das Lebensalter keinen eigenständigen Faktor im Rahmen der fallindividuellen Kontextprüfung. Empfohlen wird jedoch, die Einführung möglicher genereller Altersgrenzen in Verbindung

mit der Weiterentwicklung des AOP-Katalogs zu prüfen, bei deren Über- bzw. Unterschreitung eine stationäre Durchführung von AOP-Leistungen grundsätzlich als begründet gilt und damit Prüfungen auf primäre Fehlbelegung regelhaft ausgeschlossen sind. Die Gutachter schlagen hierfür als untere Altersgrenze die Vollendung des 16. Lebensjahres und als obere Altersgrenze die Vollendung des 85. Lebensjahres vor, sind sich jedoch bewusst, dass keine unmittelbare empirische Evidenz dafür vorliegt, gemäß der für die Altersgruppen jenseits der Grenzen systematisch erhöhte Behandlungsrisiken bei ambulanter Durchführung von AOP-Leistungen bestehen. Eine grundsätzliche Herausnahme dieser sensibleren Fälle bedeutet zudem nicht, dass eine ambulante Erbringung nicht möglich ist. Die behandelnden Ärzte können in Abstimmung mit den Patienten bzw. bei Kleinkindern mit den Eltern jederzeit eine Behandlung auch ambulant durchführen.

Einen ersten patientenbezogenen Kontextfaktor stellen patientenspezifische Einschränkungen hinsichtlich des Betreuungsbedarfs dar (K5). Jeder ambulante Eingriff setzt v. a. aufgrund der Nachsorgeerfordernisse eine ausreichende Mitarbeit und Compliance des Patienten voraus. Das Ausmaß kann je nach Eingriffsart verschieden sein, aber Eingriffe gänzlich ohne Nachsorgeerfordernisse sind sehr selten. Wenn die Nachsorge aufgrund besonderer Erkrankungen bzw. kognitiver Einschränkungen des Patienten nicht gewährleistet werden kann, verbietet sich die ambulante Durchführung eines Eingriffs. In diesem Zusammenhang sind insbesondere psychiatrische und gerontopsychiatrische Erkrankungen bzw. geistige Behinderungen zu nennen, aber auch substanzielle Einschränkungen der kognitiven und sozialen Fähigkeiten aufgrund anderer Umstände (Drogen, Alkohol, insbesondere bei drohendem Delir). Bei Kindern, die noch nicht selbständig die Verantwortung für die Nachsorge übernehmen können, ist die Situation der Eltern zu beachten. Die folgende Tabelle 47 zeigt beispielhaft Diagnosen aus dem ICD-10-GM, die als Indikator für einen besonderen Betreuungsbedarf herangezogen werden können. Dies betrifft neben der Nachsorge auch die perioperative Versorgung. Der „Annex Kontextprüfung“ enthält unter K5 die vollständige Auflistung der für diesen Kontextfaktor empfohlenen ICD-Kodes (Haupt- oder in diesem Fall überwiegend Nebendiagnosen).

Tabelle 47: Diagnosebeispiele für besonderen Betreuungsbedarf im Rahmen der Kontextprüfung

ICD	Titel
F01.1	Multiinfarkt-Demenz
F10.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Amnestisches Syndrom
F20.0	Paranoide Schizophrenie
F30.1	Manie ohne psychotische Symptome
F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
F41.1	Generalisierte Angststörung
F50.00	Anorexia nervosa, restriktiver Typ
F72.0	Schwere Intelligenzminderung: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung
G30.0	Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn
G82.22	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische komplette Querschnittlähmung
G92.0	Toxische Enzephalopathie unter Immuntherapie

Quelle: IGES, ICD-10-GM

Die ambulante oder stationäre Durchführbarkeit hängt bei diesen Begleiterkrankungen teilweise von der Erkrankungsschwere ab. In erster Linie stellt sich aber die Frage nach den Lebensumständen, insbesondere nach der Betreuungssituation der Patienten. Hinsichtlich der Möglichkeit einer ambulanten Durchführung muss bei solchen Konstellationen geprüft werden, ob die Betreuungssituation der Patienten eine ständige häusliche Betreuung gewährleistet (z. B. Unterbringung in einem Pflegeheim, in einer Einrichtung des betreuten Wohnens oder in einem Heim für geistig/körperlich behinderte Menschen). Wenn dies der Fall ist und wenn die entsprechende Einrichtung bereit und in der Lage ist, die Nachsorge zu übernehmen oder verantwortlich zu organisieren, ist eine ambulante Durchführung, sofern nicht andere Faktoren dem entgegenstehen, sogar vorzuziehen, da das Risiko einer psychischen Dekompensation im gewohnten Umfeld des Patienten geringer ist als in der Krankenhaussituation. Dagegen ist eine stationäre Durchführung begründbar, sofern eine ständige postoperative Betreuung nicht gewährleistet werden kann und mit mangelnder Patientenkooperation oder Verwirrtheit von Patienten zu rechnen ist. Die speziellen Diagnosen, die als Indikatoren für besonderen Betreuungsbedarf vor allem in Bezug auf die Nachsorgeerfordernisse kategorisiert sind, müssen daher insbesondere im Zusammenhang mit der Unterbringungssituation betrachtet werden. Im Fall einer Heimunterbringung, beispielsweise im Altenheim, ist ergänzend anzumerken, dass die Altenpflege selbst keine postoperative Nachsorge beinhaltet. Allerdings kann vorausgesetzt werden, dass ein Heim eine solche Nachsorge z. B. in Kooperation mit ambulanten Pflegediensten und/oder den Hausärzten organisieren kann.

Der Diagnosekontext ist ein weiterer wesentlicher patientenbezogener Kontextfaktor (K6). Hat ein Patient, für den die AOP-Leistung erbracht werden soll, eine Haupt- oder Nebendiagnose, die eine stationäre Behandlung erfordert, so ist die AOP-Leistung stationär durchzuführen. Für die Kontextprüfung wurden daher Diagnosen gemäß ICD-10-GM gekennzeichnet, die – wenn sie zusammen mit prinzipiell ambulant durchführbaren Prozeduren oder ggf. bei als ambulant erbringbar eingestuft konservativen DRGs auftreten – aufgrund der Akuität eine stationäre Durchführung erforderlich machen. Beispiele hierfür sind akute schwere Infektionskrankheiten (z. B. Sepsis) oder ein akuter Myokardinfarkt. Der „Annex Kontextprüfung“ enthält unter K6 alle empfohlenen ICD-Positionen, welche eine stationäre Durchführung von AOP-Leistungen begründen.⁹⁶

Einen Sonderbereich für die Prüfung des Diagnosekontextes bilden Tumorerkrankungen. Soweit diese konservativ behandelt werden, bestehen Möglichkeiten zur ambulanten Durchführung. Diesbezüglich wurden DRG-Leistungen identifiziert, die zur Aufnahme in den AOP-Katalog empfohlen wurden (vgl. Kapitel 3.4.2). Inwiefern eine ambulante Durchführung im konkreten Fall möglich ist, hängt aber maßgeblich vom Behandlungskontext ab. In Frage kommen für eine ambulante Durchführung Chemo- oder Strahlentherapien bei befriedigendem Allgemeinzustand der Patienten. Erforderlich für die Kontextprüfung ist daher eine zusätzliche Differenzierung der ICD-Positionen zu Tumorerkrankungen nach Behandlungskontext (Tabelle 48 bzw. „Annex Kontextprüfung“ unter ICD Tumorstatus). Eine entsprechende ICD-Erweiterung sollte zusätzlich kodierbar sein.

Tabelle 48: Behandlungskontext als Zusatzkennzeichen bei Tumorerkrankungen im Rahmen der Kontextprüfung

ICD-Zusatz	Behandlungskontext	begründet Durchführung
xxx.1	Erstdiagnostik mit Staging und Therapieplanung	stationär
xxx.2	Staging im Rahmen der Therapie mit mehr als 3 Untersuchungsverfahren	stationär
xxx.3	Chemo-/Strahlentherapie bei befriedigendem Allgemeinzustand	ambulant
xxx.4	Chemo-/Strahlentherapie bei deutlich reduziertem Allgemeinzustand	stationär
xxx.5	Versorgung im Endstadium	stationär

Quelle: IGES

⁹⁶ Diese Liste stellt eine Ausschlussliste bezüglich ambulant durchführbarer Behandlungen für die Kontextprüfung dar. Es handelt sich ausdrücklich nicht um eine (Positiv-)Liste stationärer Behandlungsgründe, d. h. bei allen anderen Diagnosen kann aufgrund anderer Kriterien eine stationäre Behandlung erforderlich sein.

Für die Beurteilung des Allgemeinzustandes von konservativ behandelten Tumorpatienten können einfache, für Tumorpatienten etablierte Skalen verwendet werden, die auf Basis von ICD-Diagnosen abgebildet werden können. Solche Skalen sind beispielsweise der Australian-modified Karnofsky-Performance Status (AKPS) bzw. Karnofsky-Index mit elf Stufen oder der ECOG-Status (Eastern Cooperative Oncology Group) mit sechs Stufen.

Zu den patientenbezogenen Kontextfaktoren zählt darüber hinaus die Komplexität, die für die Durchführung einer AOP-Leistung durch Nebendiagnosen (Komorbidity) entstehen kann (K7). Einzelne Begleiterkrankungen sind in der Praxis oft beherrschbar, so dass eine ambulante Operation möglich ist. In vielen Fällen gibt es aber bei multimorbiden Patienten ein Zusammentreffen mehrerer Konstellationen, die in der Summe im Rahmen einer ambulanten Behandlung nicht mehr sicher versorgt werden können. Ein etabliertes System zur Kategorisierung solcher komplexen Sachverhalte ist der im Rahmen der DRG-Gruppierung ermittelte PCCL-Wert. Um das Ausmaß, mit dem Nebendiagnosen den Behandlungsaufwand erhöhen, zu messen, existiert im DRG-System mit dem Complication or Comorbidity Level (CCL) eine Maßzahl, die in Bezug auf die Nebendiagnosen den Schweregrad der Komorbiditäten und Komplikationen wiedergibt. Der CCL umfasst sieben Stufen (0 bis 6), die grundsätzlich für alle Nebendiagnosen vergeben werden können. Aus mehreren der schweregradgewichteten Nebendiagnosen (CCL-Werten) eines Patienten errechnet sich der medizinische Gesamtschweregrad des Behandlungsfall, der als Patient Clinical Complexity Level (PCCL) bezeichnet wird. Dieser ist eine Maßzahl für den kumulativen Effekt der Begleitdiagnosen. Der Wertebereich umfasst ebenfalls die Stufen 0 bis 6. Ermittelt wird der PCCL über ein komplexes Berechnungsverfahren, um zu vermeiden, dass ähnliche Konstellationen von Nebendiagnosen mehrfach gewertet werden. Für jeden stationären Behandlungsfall wird ein PCCL-Wert berechnet, unabhängig davon, ob der Wert für die DRG-Einstufung verwendet wird. Der Wert kann daher als DRG-unabhängiger Schweregrad verwendet werden.

Es wird empfohlen, die durch Nebendiagnosen verursachte zusätzliche Behandlungskomplexität anhand des PCCL-Wertes in die Kontextprüfung einzubeziehen. Der PCCL wird zwar in der ambulanten Versorgung nicht verwendet, er wäre aber im Zusammenhang mit der AOP-Kontextprüfung nur dann zu dokumentieren, wenn die AOP-Leistung stationär durchgeführt wird. Die Dokumentation wäre daher kein Zusatzaufwand. Als Schwellenwert, ab dem eine stationäre Durchführung begründet wäre, wird ein $PCCL \geq 4$ vorgeschlagen (vgl. „Annex Kontextprüfung“ K7).

In einer alternden Gesellschaft ist eine systematisch erhöhte Vulnerabilität bzw. Gebrechlichkeit (Frailty) von Patienten ein wesentlicher patientenbezogener Kontextfaktor für die Beurteilung, ob eine AOP-Leistung ambulant durchgeführt werden kann (K8). Mit Frailty wird hierbei ein multidimensionales geriatrisches Syndrom bezeichnet, das durch den Verlust an physiologischen Reserven, erhöhte Vulnerabilität gegenüber Stressoren und mangelnde Kompensationsfähigkeit gekennzeichnet ist. Dieses Krankheitsbild ist mit dem biologischen Altern verknüpft,

lässt sich aber nur ungenügend (d. h. nicht ausreichend eindeutig) am chronologischen Alter festmachen (s. o.). Das Frailty-Syndrom weist Überschneidungen mit Komorbidität und Behinderung auf, ist aber mit diesen nicht identisch. Für die Kontextprüfung relevant ist, dass es sich als Indikator für einen ungünstigeren Behandlungs- und Krankheitsverlauf und erhöhte Mortalitätsrisiken eignet: Ein Zusammenhang zwischen Frailty und postoperativem Risiko wurde wissenschaftlich aufgezeigt.⁹⁷

Zur Messung des Frailty-Grades hat sich das Frailty-Konzept nach Fried etabliert.⁹⁸ Es umfasst fünf Kriterien (ungewollter Gewichtsverlust, Erschöpfung, geringe körperliche Aktivität, geringe Gehgeschwindigkeit, geringe Handkraft). Eine Erfassung des Frailty-Status auf Basis dieses Konzepts ist relativ aufwandsarm durch geschultes medizinisches Personal (z. B. Medizinische Fachangestellte/MFA) möglich, benötigt also keine ärztliche Anwesenheit. Für den Frailty-Status werden drei Stufen unterschieden:

- ◆ robust: kein Kriterium
- ◆ pre-frail: 1-2 Kriterien treffen zu
- ◆ frail: mindestens oder mehr als 3 Kriterien treffen zu

Es wird empfohlen, dass der Status „frail“ im Rahmen der Kontextprüfung die stationäre Durchführung einer AOP-Leistung begründen kann („Annex Kontextprüfung“ K8). Der Frailty-Index muss, wenn er zum Einsatz kommt, in Form einer neu zu definierenden ICD-Ziffer erfasst werden. Diese kann im Rahmen des jährlichen Wartungszyklus beim BfArM neu in die ICD-10-GM eingefügt werden.

Ergänzend zum Frailty-Status sollte im Rahmen der Kontextprüfung auch berücksichtigt werden, ob den Patienten ein Pflegegrad gemäß § 15 SGB XI zugewiesen wurde. Es wird empfohlen, dass ab dem Pflegegrad 4 („schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit“) die stationäre Durchführung einer AOP-Leistung begründbar ist (ebenfalls K8). Der Pflegegrad kann trotz Überschneidungen nicht den Frailty-Index ersetzen, da er lediglich auf die Pflegebedürftigkeit abstellt, während der Frailty-Index die Gebrechlichkeit erfasst, die nicht notwendigerweise mit Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI einhergehen muss.

⁹⁷ “Frailty has been found to be a predisposing factor for postoperative delirium (POD) among elderly surgical patients.” (Guidelines of European Society of Anaesthesiology bzw. César et al. 2017). “The preoperative frailty assessment of elderly patients identified pre-frail and frail subgroups to have the highest rate of postoperative complications, regardless of age, surgical discipline, and surgical risk. Significantly increased length of hospitalisation and discharges to care facilities were also observed. Implementation of routine frailty assessments appear to be an effective tool in identifying patients with increased risk.” (Birkelbach et al. 2019)

⁹⁸ „...Frailty-Konzept nach Fried am weitesten verbreitet und gilt als Goldstandard zur Erfassung des physischen Frailty-Phänotyps, da Validierungsstudien für alle geriatrischen Settings und für unterschiedliche Outcomes vorliegen.“ (Benzinger, Eidam, Bauer 2021)

Als eine weitere Ergänzung zum Frailty-Status bietet sich der Grad der Behinderung (GdB) an. Dabei handelt es sich um eine Maßeinheit für den Grad der Beeinträchtigung durch eine Behinderung, dessen Feststellung in § 152 SGB IX rechtlich normiert wird. Zur Begründung der stationären Durchführung einer AOP-Leistung bietet sich ein GdB von mindestens 50 an, ab dem eine Person als schwerbehindert gilt (ebenfalls K8).

Im Hinblick auf sowohl den Frailty-Status als auch den Pflegegrad oder den GdB ist zu berücksichtigen, dass auch bei Begründbarkeit einer stationären Durchführung eine ambulante Durchführung im Sinne des Patientenwohls (z. B. zur Vermeidung des postoperativen Delirs) indiziert sein kann. Dies gilt, wenn eine institutionelle Nachsorge beispielsweise in einem Alten- bzw. Pflegeheim gewährleistet ist. Die Kontextprüfung steht einer entsprechenden Entscheidung des behandelnden Arztes oder des Patienten nicht entgegen. Es gelten analog die unter K5 gemachten Anmerkungen.

Schließlich beeinflussen auch nicht-medizinische Aspekte die Möglichkeiten, AOP-Leistungen ambulant durchzuführen. Dies betrifft z. B. den Patiententransport zum Wohnort nach einem ambulant durchgeführten Eingriff sowie die Sicherstellung, dass gravierende postoperative Verschlechterungen des Patientenbefindens zu Hause – etwa durch entsprechende Kommunikationsmöglichkeiten – ärztlich kontrollierbar bleiben. Im AOP-Kontext wird hierbei häufig von sozialen Faktoren oder sozialen Begleitumständen gesprochen, weil in diesem Zusammenhang der häusliche Kontext und insbesondere Angehörige der Patienten eine wichtige Rolle spielen können (K9).

Es ist umstritten, inwiefern solche sozialen Begleitumstände als Begründung für eine stationäre Durchführung herangezogen werden können. In den betrachteten Vergleichsländern (Modul 1) sind soziale Aspekte fester Bestandteil bei der Beurteilung, ob Patienten für die ambulante Durchführung eines Eingriffs geeignet sind. In den Leitlinien der britischen Anästhesistenvereinigung für Tageschirurgie beispielsweise werden u. a. folgende Voraussetzungen genannt (Bailey et al. 2019):

- ◆ verantwortlicher Erwachsener begleitet den Patienten nach Hause (nach Eingriffen mit Allgemein-/Regionalanästhesie),
- ◆ Anwesenheit einer Pflege-/Betreuungsperson für i. d. R. 24 Stunden postoperativ⁹⁹,
- ◆ Patient versteht geplanten Eingriff und postoperative Versorgung und gibt hierzu eine informierte Einwilligung.

⁹⁹ Hier werden auch Alternativen genannt, z. B. telefonisches Follow-up oder ein „virtual ward system“.

Weitere Beispiele für soziale Aspekte bei der Patientenselektion für ambulante Eingriffe sind der psychologische Zustand von Patienten und ihr Unterstützungssystem zu Hause (vgl. American Association of Nurse Anesthesiology¹⁰⁰).

Auch in Studien wird die Relevanz sozialer Aspekte für die Patientenselektion bei ambulanten Eingriffen betont.¹⁰¹

Gemäß der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts – einschlägig ist hier ein Urteil aus dem Jahr 2007 (GS 1/06) – sind allein medizinische Erfordernisse maßgeblich dafür, ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist (Rz 15). Wie in dem BSG-Urteil ausgeführt, gilt dies „auch dann, wenn der Versicherte zur Sicherstellung der ambulanten Behandlung einer Betreuung durch medizinische Hilfskräfte in geschützter Umgebung bedarf und eine dafür geeignete Einrichtung außerhalb des Krankenhauses nicht zur Verfügung steht.“ Allerdings können auch nicht-medizinische Aspekte bei der Entscheidung, ob ein Eingriff ambulant oder stationär durchgeführt wird, berücksichtigt werden, insofern sie einen direkten Bezug zu dieser Behandlung haben. Dabei nennt das BSG explizit die Lebensumstände und die häusliche Situation der Versicherten.¹⁰² Auf diese rechtliche Bewertung des BSG wurde auch in neuerer Rechtsprechung Bezug genommen (vgl. SG Hannover, S 69 KR 2198/16 vom 6. Juli 2020).¹⁰³

Unbestritten ihrer Relevanz eignen sich soziale Begleitumstände nur begrenzt für die Kontextprüfung, da es für sie im Unterschied zu den anderen Faktoren keine

¹⁰⁰ Quelle: <https://www.aana.com/practice/practice-management/facility-considerations> (letzter Abruf: 14.01.2022).

¹⁰¹ So gelangen Gromov et al. (2017) für Dänemark zu dem Ergebnis: „Thus, social support and social network should be part of the selection criteria for outpatient surgery.“ Eine ältere Meta-Studie von Tenconi et al. (2008) zur Tageschirurgie bei der laparoskopischen Cholezystektomie (LC) fand heraus: „Only two trials did not consider social aspect in order to include the patients, while in all other studies the presence of accompanying persons, acceptable distance from the hospital as well as 24 hours assistance by an healthy adult were considered mandatory to be accepted for day-surgery LC.“

¹⁰² „Der allein auf die konkrete Behandlung bezogene Zweck bildet auch die Rechtfertigung dafür, dass außermedizinische Gesichtspunkte wie die Lebensumstände und die häusliche Situation des Versicherten etwa bei der Entscheidung zu berücksichtigen sind, ob ein chirurgischer Eingriff im konkreten Fall ambulant durchgeführt werden kann oder ob ausnahmsweise eine stationäre Aufnahme erfolgen muss, weil eine ausreichende Überwachung und Nachbetreuung des Patienten in seiner häuslichen Umgebung nicht gewährleistet ist (siehe dazu § 115b Abs 1 SGB V in Verbindung mit den dort vorgesehenen dreiseitigen Vereinbarungen zum ambulanten Operieren). Davon unterscheidet sich die vorliegende Fallkonstellation, in der der Versicherte bereits aus anderen Gründen unabhängig von dem bestehenden Behandlungsbedarf eine geeignete Unterbringung und Betreuung außerhalb des Krankenhauses benötigt.“ (BSG GS 1/06, Rz. 21)

¹⁰³ In dem Urteil wird darüber hinaus ausgeführt: „Eine stationäre Behandlungsnotwendigkeit muss nicht ausnahmslos durch rein medizinischen Kriterien begründet werden. Wenn nach einer ambulant möglichen Operation keine Person zur Verfügung steht, die dem Patienten 24 Stunden lang betreuen kann, dann ist eine stationäre Aufnahme begründet. Diese fehlende häusliche Versorgung muss nicht vom Krankenhaus recherchiert werden, eine entsprechende (schriftliche) Mitteilung des Patienten reicht aus.“

objektivierbaren Messsysteme gibt bzw. ihre Feststellung teilweise stark durch subjektive Einschätzungsspielräume geprägt ist. Hinzu kommt, dass insbesondere im Zuge technischer Fortschritte bei der telemedizinischen Betreuung erweiterte Möglichkeiten be- bzw. entstehen, Patienten postoperativ in der Häuslichkeit weiter medizinisch zu betreuen und so Defizite häuslicher Unterstützungssysteme auszugleichen. Auch ergänzende Angebote häuslicher Krankenpflege können dazu beitragen, Ambulantisierungspotenziale unabhängiger von sozialen Begleitumständen zu erschließen.

Vor diesem Hintergrund enthält das vorliegende Gutachten keinen konkreten Vorschlag zur Berücksichtigung sozialer Begleitumstände (vgl. „Annex Kontextprüfung“ K9). Es wird aber empfohlen, zumindest übergangsweise soziale Faktoren in die Kontextprüfung als Begründungsmöglichkeit für eine stationäre Durchführung von AOP-Leistungen einzubeziehen. Hierzu zählen: die Verfügbarkeit einer verantwortlichen Begleitperson (für Heimtransport und 24h-Überwachung) i. V. m. einer ausreichenden Gesundheitskompetenz (Einschätzung durch behandelnden Arzt) sowie die telekommunikative Erreichbarkeit. Dazu wäre es zweckmäßig, z. B. über den Weg einer (zeitlich befristeten) Verordnung rechtssichere Vorgaben zu Art und Form des Nachweises bzw. die hierfür erforderliche Dokumentation einzuführen, dass diese Voraussetzungen nicht erfüllt sind und daher eine stationäre Durchführung als begründet gelten kann.

Es sei allerdings darauf hingewiesen, dass ein Teil der gemeinhin als „soziale Begleitumstände“ bezeichneten Faktoren durch die anderen Faktoren der Kontextprüfung abgedeckt sein dürften. Durch die Prüfung der Kontextfaktoren u. a. zu besonderem Betreuungsbedarf (K5) oder zu Frailty (K8), die auf medizinischen Kriterien beruhen, könnte sich ein wesentlicher Teil der bisher oftmals unter der Rubrik „soziale Begleitumstände“ geführten Auseinandersetzungen erübrigen. Perspektivisch sollten zudem professionelle Angebote einer zusätzlichen peri- bzw. postoperativen Betreuung dazu führen, dass AOP-Leistungen unabhängiger von sozialen Faktoren der o. g. Art ambulant durchführbar sind. Vorstellbar wären z. B. zusätzliche Formen der häuslichen Krankenpflege (HKP) nach Entlassung bei ambulanten Operationen oder Eingriffen.¹⁰⁴ Idealerweise wären bei ausreichendem Angebot soziale Faktoren als Teil der Kontextprüfung nicht mehr erforderlich.

3.4.4.3 Voraussetzungen und Funktionsweise der Kontextprüfung

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.

¹⁰⁴ Zu klären wäre hierbei u. a. die organisatorische Zuständigkeit für derartige zusätzliche HKP-Angebote. Sie sollte vorzugsweise bei der durchführenden Einrichtung liegen.

Erforderlich zur Operationalisierung der Kontextfaktoren sind die Daten gemäß § 301 SGB V. Die darauf basierende DRG-Gruppierung liefert nicht nur die DRG. Sie liefert auch Informationen über die Gruppierungsrelevanz der einzelnen OPS-Leistungen bzw., sofern es sich um eine OPS-gesteuerte DRG handelt, zur gruppierungsrelevanten Leistung. Darüber hinaus ergibt sich aus der DRG-Gruppierung auch der PCCL-Wert. Einzig der Kontextfaktor der Operationskomplexität (vgl. Kapitel 3.4.4.1) verlangt (übergangsweise) eine fallspezifische Dokumentation und Begründung.

Im Hinblick auf die individuellen Patientencharakteristika sind für die Begründung einer stationären Durchführung ggf. weitere Daten erforderlich, um das Vorliegen eines Behinderungsgrades gemäß Sozialrecht zu dokumentieren. Gesondert für Dokumentationszwecke bei stationärer Durchführung zu erheben wären einzig Daten zum Frailty-Status sowie (übergangsweise) Angaben zu sozialen Begleitumständen. Nach Einschätzung der Gutachter – und in Bezug auf den Frailty-Status auf Basis von Expertengesprächen – wäre damit kein übermäßiger Erhebungsaufwand verbunden. Im Datensatz nach § 301 SGB V wären keine Anpassungen erforderlich, da der Frailty-Status und der GdB über zwei neue ICD-Ziffern kodiert werden können (vgl. „Annex Kontextprüfung“ unter K8(S)). Der Pflegegrad kann schon jetzt über den OPS erfasst werden.

Ein wesentliches Funktionsprinzip der Kontextprüfung ist, dass jeder Kontextfaktor für sich genommen eine stationäre Durchführung begründen kann (logische Oder-Verknüpfung). 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. Wenn mehrere Kriterien der Kontextfaktoren erfüllt sind, hat dies die gleiche Wirkung, als wenn nur ein Kriterium erfüllt 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. So können sich die leistungskontextbezogenen Faktoren teilweise inhaltlich überschneiden bzw. ein Sachverhalt kann in verschiedenen Kategorien redundant auftreten (z. B. Hauptdiagnose, DRG und Beatmungs-OPS im Zusammenhang mit der Behandlung eines akuten transmuralen Herzinfarkts). Dies ist unschädlich, da die Entscheidung im Sinne einer logischen „Oder“-Verknüpfung erfolgt und ein Anschlagen mehrerer Kategorien das Ergebnis nicht verändert. Die Redundanz ist erforderlich, um alle Varianten eines Sachverhalts zu erfassen (z. B. kann eine Beatmung auch ohne Einordnung in eine Beatmungs-DRG auftreten).

Diese Prinzipien dienen dem Ziel, bei der Ausweitung ambulanter Durchführungsmöglichkeiten die Patientensicherheit zu gewährleisten.

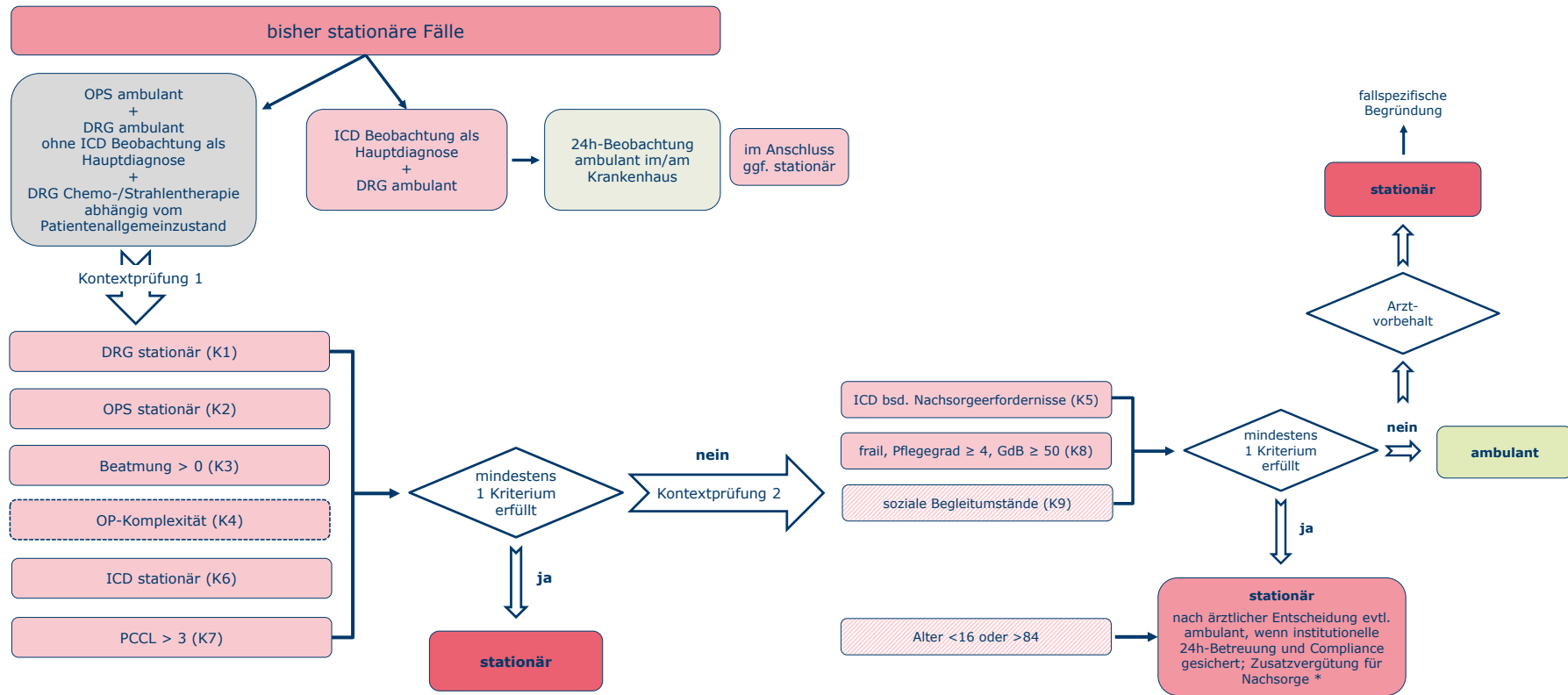
Den Ablauf der Kontextprüfung verdeutlicht das folgende Flussdiagramm (Abbildung 12). Den Ausgangspunkt bildet die Identifikation potenziell ambulanter Fälle

anhand der im AOP-Katalog enthaltenen Leistungen, d. h. anhand der dort aufgelisteten Operationen und Prozeduren gemäß OPS (Liste A1), medizinischen DRGs (Liste A2) oder Tumor-DRGs für Chemo- und Strahlentherapie (Liste A3).

- ◆ Handelt es sich um die medizinischen DRGs, werden die Diagnosen bei Aufnahme geprüft, um sog. „Ausschlussnotfälle“ zu identifizieren. Liegt eine Diagnose vor, die im Rahmen der Kontextprüfung der Kategorie „akuter Abklärungsbedarf“ zugeordnet ist (vgl. „Annex Kontextprüfung“, Liste „ICD Beobachtungsstatus“), wird der Behandlungsfall mit dieser medizinischen DRG zunächst (max. 24 Stunden) ambulant im oder am Krankenhaus versorgt, bis über eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit entschieden wird (Beobachtungsstatus).
- ◆ In allen anderen Fällen ist eine stationäre Durchführung im Rahmen der Kontextprüfung zu begründen. Hierbei ist zu unterscheiden: Ist eines der Kriterien der Kontextfaktoren K1 bis K4 sowie K6 bis K7 (vgl. Abbildung 11) erfüllt, ist eine stationäre Durchführung der AOP-Leistung begründet. Dasselbe gilt, wenn es sich bei der AOP-Leistung um Tumor-DRGs für Chemo- und Strahlentherapie bei nicht befriedigendem Allgemeinzustand oder im Zusammenhang mit Staging handelt (vgl. Tabelle 48). Sind die Kriterien der Kontextfaktoren K5, K8 und K9 erfüllt, ist ebenfalls eine stationäre Durchführung begründet, allerdings ist ggf. eine ambulante Durchführung für solche Patienten zu bevorzugen, deren pflegerische Nachbetreuung sichergestellt ist (z. B. bei Heimbewohnern oder Demenzpatienten). Letzteres gilt ebenfalls für Patienten jenseits genereller Altersgrenzen, für die eine stationäre Durchführung grundsätzlich als begründbar gelten kann.
- ◆ Wenn keines der genannten Kriterien im Rahmen der Kontextprüfung erfüllt sein sollte, ist eine stationäre Durchführung nicht begründbar. Wird jedoch ein fallspezifischer Begleitumstand festgestellt, der durch die Kontextfaktoren nicht erfasst wird, aus ärztlicher Sicht aber eine stationäre Durchführung erforderlich macht, besteht im Sinne eines Arztvorbehalts unbenommen die Möglichkeit einer stationären Durchführung. In diesem Fall ist die stationäre Durchführung allerdings gesondert fallspezifisch zu begründen und kann somit nicht routinemäßig nach dem vorgeschlagenen Verfahren geprüft werden. Damit verbunden sind zusätzliche Dokumentationsanforderungen.

Das Ausmaß, in dem von einem solchen Arztvorbehalt Gebrauch gemacht wird, kann zur Evaluierung des AOP-Katalogs und des Systems der Kontextprüfung herangezogen werden. Idealerweise sollten Fälle mit einem Arztvorbehalt der beschriebenen Art seltene Ausnahmen darstellen. Ergeben sich solche Fälle mit größerer oder zunehmender Häufigkeit, sollten ggf. die hiervon betroffenen Leistungen im AOP-Katalog sowie die Kontextfaktoren überprüft bzw. angepasst oder ergänzt werden.

Abbildung 12: Darstellung der Kontextprüfung als Flussdiagramm



Quelle:

IGES

Anmerkung:

K6 umfasst bei Tumorbehandlungs-/Strahlentherapie-DRGs (vgl. Kapitel 3.4.2) zusätzlich den Tumorstatus (vgl. Tabelle 48).

* Chirurgische Nachsorge ist durch Heimpflege finanziell und fachlich nicht abgedeckt.

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. Ex ante muss daher im ambulanten Kontext keine Prüfung erfolgen. Die ambulante Durchführung einer Behandlung bedarf im Abrechnungskontext keiner Begründung, unabhängig davon muss sie aber medizinisch zu verantworten sein.

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. So kann in den IT-Systemen der Krankenhäuser beispielsweise eine DRG oder ein PCCL-Wert jederzeit auch anhand von prospektiven Kodierungen für geplante Eingriffe ermittelt werden.¹⁰⁵ Der PCCL bezieht sich zwar auf Komorbiditäten *und* Komplikationen, im Rahmen der Kontextprüfung kommt es aber nur auf die Komorbiditäten an. Diese sind ex ante bekannt und müssen standardmäßig bei einer ambulanten Operation auch präoperativ festgestellt werden, so dass der PCCL-Wert in evtl. Zweifelsfällen auch ex ante (bei elektronischer Erfassung automatisiert) ermittelt werden kann. Es versteht sich, dass erschwerende Faktoren, die erst peri- oder postoperativ auftreten (Beispiel: gravierende Blutung), ex ante nicht bewertet werden können, sondern erst im Rahmen einer Entlassungsprüfung. Solche erst nach stationärer Aufnahme auftretenden erschwerenden Umständen liefern zusätzliche Begründungen für eine stationäre Durchführung (höherer PCCL-Wert ex post) und stellen daher die Funktionsfähigkeit der Kontextprüfung nicht in Frage.

Für die Einführung und Umsetzung des vorgeschlagenen Systems der Kontextprüfung bedarf es aus Sicht der Gutachter keiner gesetzlichen Anpassungen. Die Kontextprüfung kann stattdessen durch Anpassungen und Ergänzungen im dreiseitigen AOP-Vertrag geregelt werden.

3.4.5 Besondere leistungsübergreifende Strukturanforderungen

Verbunden mit den empfohlenen Erweiterungen wurden drei Bereiche besonderer leistungsübergreifender Strukturanforderungen identifiziert.

¹⁰⁵ Aus Sicht der behandelnden Ärzte folgt auf die Identifikation potenziell ambulanter Fälle anhand der im AOP-Katalog aufgeführten Leistungen die Kontextprüfung in einem zweiten Schritt. EDV-technisch kann die Einstufung nach Eingabe der Daten natürlich in einem Schritt, also aus Sicht des Benutzers gleichzeitig erfolgen.

3.4.5.1 Räumliche Anforderungen in Abhängigkeit vom Infektionsrisiko

Für die ambulante Durchführung der AOP-Leistungen sind leistungsübergreifend grundsätzlich räumliche Anforderungen in Abhängigkeit vom Infektionsrisiko zu erfüllen. Diese erfordern eine Zuordnung sowohl der operativ tätigen Einrichtungen als auch der operativen bzw. interventionellen Leistungen zu Kategorien des Infektionsrisikos. Je nach Kategorie ergeben sich spezifische bauliche und funktionelle Anforderungen an die Räumlichkeiten, in denen der Eingriff durchgeführt wird. Zur Festlegung dieser Anforderungen kann auf bestehende Leitlinien und landesrechtliche Vorgaben zurückgegriffen werden.

- ◆ Zur Kategorisierung des eingriffsbezogenen Infektionsrisikos (SSI = surgical site infection) unterscheidet die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert-Koch-Institut (RKI) drei Stufen: Operationen mit normalem Infektionsrisiko (Kategorie A), operative Eingriffe mit geringem Infektionsrisiko (Kategorie B) und invasive Eingriffe mit noch geringerem Infektionsrisiko (Kategorie C).¹⁰⁶
- ◆ Operationen und Eingriffe mit verringertem Infektionsrisiko können unter modifizierten räumlichen Bedingungen stattfinden: Operative Interventionen der Kategorie A werden räumlich einem Operationstrakt, der Kategorie B einem Eingriffsraum und der Kategorie C einem Untersuchungs- und/oder Praxisbehandlungsraum zugeordnet. Ein wesentlicher Unterschied zwischen OP-Raum und Eingriffsraum besteht hinsichtlich der raumluftechnischen Voraussetzungen.¹⁰⁷ Die personellen Anforderungen unterscheiden sich vor allem in Bezug auf Hygienefachpersonal: Einrichtungen mit Operationstrakt, die Eingriffe der Kategorie A durchführen, benötigen eine Beratung durch Krankenhaushygieniker und müssen zusätzlich intern qualifiziertes Hygienefachpersonal benennen.¹⁰⁸
- ◆ Eine detaillierte Zuordnung operativer Maßnahmen zu den drei Kategorien A bis C liegt in Form einer Liste vor, welche die Kassenärztliche Verei-

¹⁰⁶ Zur Kategorie B zählen beispielsweise kleine Eingriffe an der Haut, am Auge, in der Mund-, Kiefer- und Stirnhöhle, Endoskopien von Körperhöhlen, Abzesseröffnung sowie für die interventionellen radiologischen und kardiologischen Eingriffe (außer mit regelhaft erwartetem Verfahrenswechsel). Zur Kategorie C zählen Eingriffe bei im Hautniveau liegenden Tumoren oder Fremdkörpern (außer wenn sehr ausgedehnt) sowie bei Verletzungen der Haut oder der Subkutis (außer wenn sehr ausgedehnt). Quelle: RKI (https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/ThemenAZ/O/Operationen_Infektionspraevention.html, letzter Abruf: 13.01.2022).

¹⁰⁷ Vgl. DGKH-Leitlinie „Bauliche und funktionelle Anforderungen an Eingriffsräume“, https://www.krankenhaushygiene.de/pdfdata/Leitlinie%20Eingriffsraume_210224.pdf (Letzter Abruf: 13.01.2022)

¹⁰⁸ Hierbei handelt es sich um landesrechtliche Vorgaben gemäß Medizinischer Hygieneverordnung (MedHygV) in Bayern (vgl. <https://www.kvb.de/praxis/qualitaet/hygiene-und-infektionspraevention/medizinische-hygieneverordnung/operativ-taetige-einrichtungen/>, letzter Abruf: 13.01.2022). Für Regelungen zur Infektionshygiene sind die Bundesländer zuständig.

nigung Bayerns (KVB) in Kooperation mit Fachexperten aus Verbänden erstellt hat.¹⁰⁹ Diese Liste umfasst mit insgesamt 376 Positionen nahezu alle im ambulanten Bereich zu erwartenden Eingriffe der Inneren Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, Urologie, Augen- und HNO-Heilkunde sowie Zahnmedizin.

3.4.5.2 Anforderungen an die peri- bzw. postoperative Patientenbetreuung

Der zweite Bereich der besonderen leistungsübergreifenden Strukturanforderungen betrifft die peri- bzw. postoperative personelle Patientenbetreuung. Die perioperative Betreuung bezieht sich auf die Zeit vor, während und unmittelbar nach einem Eingriff. Die postoperative Betreuung kann sich darüber hinaus bis zu mehrere Tage im Anschluss an eine Operation erstrecken.

Zur perioperativen Versorgung zählt die postoperative Betreuung des Patienten am Ort der Durchführung einer AOP-Leistung (d. h. im Krankenhaus, in einer Vertragsarztpraxis oder Praxisklinik) durch das Personal, das die AOP-Leistung erbracht hat (Ärzte und ggf. Pflegepersonal/MFA).

Ein wesentlicher Bestandteil der postoperativen Nachbetreuung ist eine kriteriengeleitete Entlassungsprüfung. Hierfür gilt die in der Präambel zu Abschnitt 31.2. (Ambulante Operationen) des EBM unter Punkt 6 enthaltene Vorgabe, wonach Operateure bzw. ggf. beteiligte Anästhesisten „durch eine zu „dokumentierende Abschlussuntersuchung sicherzustellen (haben), dass der Patient ohne erkennbare Gefahr in die ambulante Weiterbehandlung und Betreuung entlassen werden kann.“ Zudem haben sich Operateure, beteiligte Anästhesisten und weiterbetreuende Ärzte für die Weiterbehandlung abzusprechen. Angesichts des gesetzlichen Ziels einer weitergehenden Ambulantisierung empfehlen die Gutachter, die Erarbeitung einer aktuellen Leitlinie der medizinischen Fachgesellschaften zum ambulanten Operieren, in der insbesondere Standards der postoperativen Nachbetreuung und Kriterien für die Entlassung von Patienten konkretisiert werden. Hierfür kann u. a. auch auf umfangreiche internationale Erfahrung und Quellen zurückgegriffen werden.¹¹⁰

Die Abgrenzung zur stationären Versorgung kennzeichnet weitergehende Spielräume für unterschiedliche Formen der postoperativen Nachbetreuung bei ambulanter Durchführung von Eingriffen. Eine stationäre Versorgung im Krankenhaus ist im Allgemeinen dadurch gekennzeichnet, dass sich der Aufenthalt über mindestens einen Tag und eine Nacht erstreckt¹¹¹ und eine ärztliche 24/7-Anwesenheit gewährleistet ist. Kürzere Aufenthalte (auch über Nacht) und/oder nicht durchge-

¹⁰⁹ Vgl. https://www.lgl.bayern.de/downloads/gesundheit/hygiene/doc/medhygv_liste_operative_taeatigkeiten.pdf (letzter Abruf: 13.01.2022)

¹¹⁰ Vgl. z. B. Bailey et al. (2019), ASA (2019) und Awad/Chung (2006).

¹¹¹ Vgl. Urteil des Bundessozialgerichts B 3 KR 4/03 R.

hend ärztlich betreute Aufenthalte können dagegen Teil einer ambulanten Behandlung sein.¹¹² Diese aufwändigeren Formen einer Nachbetreuung kommen in Frage, wenn nach ärztlicher Einschätzung Patienten aufgrund von Erschwernissen oder zur Risikominderung nicht unmittelbar nach einem Eingriff nach Hause entlassen werden sollen.

Aus Sicht der Gutachter sind zusätzliche Angebote einer Betreuung über Nacht in ambulanten Einrichtungen, die AOP-Leistungen durchführen, eine Voraussetzung dafür, das gesetzliche Ziel einer verstärkten stationärsersetzenden Ambulantisierung zu erreichen. Dies betrifft insbesondere die Erschließung von Ambulantisierungspotenzialen bei Eingriffen mit erhöhten Risiken.¹¹³ In Abgrenzung zur stationären Versorgung würden solche Nachbetreuungen über Nacht durch MFA oder GuKP durchgeführt, während der für die (Nach-) Behandlung zuständige Arzt in der Einrichtung nicht (durchgehend) anwesend, aber im Fall von Komplikationen kurzfristig erreichbar ist.

Insbesondere die Sicherstellung der postoperativen Nachsorge nach Verlassen des Ortes der AOP-Leistungserbringung, d. h. überwiegend in der Häuslichkeit der Patienten, ist bei substanzieller Ausweitung der Möglichkeiten, Operationen und Eingriffe ambulant durchzuführen, aus Sicht der Gutachter von kritischer Bedeutung. Hierauf deuten auch die aus dem internationalen Vergleich (Modul 1) gewonnenen Erkenntnisse hin. Mehrere der befragten Fachgesellschaften teilten diese Einschätzung in den allgemeinen Teilen ihrer Stellungnahmen. Empfohlen wird daher als genereller Standard, dass sämtliche Einrichtungen, welche ambulante Operationen und operative Eingriffe durchführen, die 24/7-Erreichbarkeit einer bzw. eines Gesundheits-/Krankenpfleger(in) gewährleisten.¹¹⁴ Patientinnen und Patienten haben nach dem Eingriff somit die Möglichkeit, auch zu Randzeiten Fragen zum postoperativen Verlauf zu klären, wann immer dieser für Irritationen führt (z. B. bei unerwartet starken Schmerzen, Verzögerungen der Wundheilung, bezüglich Infektionsgefahren). Gesundheits-/ Krankenpfleger(innen) im Bereitschaftsdienst haben bei Rückfragen der Patientinnen und Patienten zu entscheiden, ob weitere Maßnahmen erforderlich sind (z. B. telemedizinische Abklärung, Hausbesuch durch GuKP und/oder Ärztin/Arzt, im Notfall auch stationäre Aufnahme).

¹¹² Vgl. hierzu beispielsweise Schmid et al. (2018).

¹¹³ Hierzu zählen von den für eine Erweiterung des AOP-Katalogs empfohlenen Leistungen beispielsweise OPS 1-268.1 und OPS 1-268.4 (Kardiales Mapping), OPS 1-274 (Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung), OPS 5-682.02 (Subtotale Uterusexstirpation: Suprazervikal: Endoskopisch (laparoskopisch)) und OPS 8-153 (Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle).

¹¹⁴ Kleinere ambulante Einrichtungen könnten für einen entsprechenden Bereitschaftsdienst Kooperationsformen wählen. Gemäß der dreiseitigen Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren des Jahres 2011 gilt die ständige Erreichbarkeit der Einrichtung oder des Operateurs bzw. behandelnden Arztes für den Patienten als organisatorische Voraussetzung (vgl. Dtsch Arztebl 2011; 108(49): A-2678 / B-2234 / C-2206).

Unabhängig von der 24/7-Erreichbarkeit kommen als zusätzliche Nachsorgeleistungen in Frage:

- ◆ postoperativer Patientenbesuch durch Gesundheits-/Krankenpfleger(in) in der Häuslichkeit der Patientinnen/Patienten (u. a. zur Kontrolle des Heilungsverlaufs, für allgemeine Wundversorgung),
- ◆ zusätzlicher OP-spezifischer Pflegebedarf bei anderweitig pflegerisch versorgten Patientinnen/Patienten (z. B. Heimbewohner).

Die Identifizierung von AOP-Fällen, bei denen ein erhöhter Nachbetreuungs- und/oder Nachsorgebedarf nach ambulanter Durchführung begründet werden kann, ist Gegenstand von Modul 4 (Schweregraddifferenzierung).

3.4.5.3 Räumliche Nähe zur stationären Notfallversorgung bei Fällen im Beobachtungsstatus

Für die zur Aufnahme empfohlenen DRG-Leistungen der medizinischen Partition, bei denen häufig keine medizinisch dominante Prozedur durchgeführt wird, ist anhand der Diagnoseinformationen zu prüfen, ob es sich um „Ausschlussnotfälle“ handelt (vgl. Kapitel 3.3.4). Ist dies der Fall, kann die Patientenversorgung im Rahmen eines max. 24-stündigen Beobachtungsstatus ambulant durchgeführt werden, an dessen Ende über eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit entschieden wird. Damit – falls eine solche vorliegt – eine stationäre Anschlussversorgung ohne Zeitverzug und damit bei der Entwicklung kritischer Situationen im Rahmen der Beobachtung eine unverzügliche Intervention gewährleistet sind, ist es erforderlich, dass die ambulante Betreuung im Rahmen des Beobachtungsstatus im oder am Krankenhaus stattfindet. Die besondere strukturelle Anforderung besteht demnach in der Form, dass sich die ambulante Versorgungseinrichtung in räumlicher Nähe zu einem Krankenhaus befindet, welches an der Notfallversorgung teilnimmt und hierfür hinsichtlich Ausstattung und Personal entsprechend qualifiziert ist. In Frage kommen hierfür u. a. Rettungsstellen der Krankenhäuser, Krankenhausambulanzen oder vertragsärztliche (Bereitschaftsdienst-)Praxen, die sich in Notfallkrankenhäusern, auf dem Campus eines Notfallkrankenhauses oder in geringer räumlicher Distanz hierzu befinden.

3.4.6 Verfahren für regelmäßige Anpassungen

Die Empfehlungen zur Weiterentwicklung des AOP-Katalogs umfassen neben einer Vielzahl von durch OPS definierten Leistungen auch durch DRG beschriebene, nicht-operative Behandlungen. Darüber hinaus bildet das Konzept der Kontextprüfung einen konstitutiven Bestandteil der Empfehlungen, dessen Operationalisierung maßgeblich auf OPS-Kodes, DRGs und ICD-Kodes basiert. Diese Klassifizierungssysteme unterliegen jährlichen Anpassungen, die entsprechend im AOP-Katalog bzw. in der Kontextprüfung synchron nachzuvollziehen sind, so wie dies bereits heute für die OPS-Positionen im AOP-Katalog gilt.

Die Empfehlungen für die Weiterentwicklung des AOP-Katalogs sind als Ausgangspunkt für ein „lernendes System“ zu verstehen. Neben punktuell noch fehlenden Operationalisierungen¹¹⁵ 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. Gemäß dem gewählten potenzialorientierten Ansatz abstrahiert das vorliegende Gutachten von den gegenwärtig vorhandenen Strukturen und Finanzierungsvoraussetzungen, zumal sektorenunabhängig gestaltete Vergütungen im Zuge der Weiterentwicklung des Katalogs gemäß § 115b Abs. 1 SGB V neu zu vereinbaren sind.¹¹⁶ Im Rahmen von Modul 4 (s. nachfolgend Kapitel 4) wurden jedoch auch Strukturfragen aufgegriffen, konkret im Zusammenhang mit der peri- bzw. postoperativen Betreuung und Nachsorge. Entwicklungsbedarf ergibt sich demnach im Hinblick auf eine erweiterte ambulante Nachsorge, da es an den strukturellen Voraussetzungen hierfür gegenwärtig fehlt.

Aus diesen Gründen ist eine stufenweise Umsetzung der Erweiterung des AOP-Katalogs und seine kontinuierliche Weiterentwicklung empfehlenswert. Diese sollte intensiv wissenschaftlich-fachlich und datenbasiert begleitet werden. Wesentliche Elemente eines entsprechenden Monitorings sollten dabei folgende Aspekte sein:

- ◆ Von zentraler Bedeutung ist eine zeitnahe Bewertung der Funktionsfähigkeit der Kontextprüfungen und ihrer Auswirkung auf das Prüfgeschehen in Krankenhäusern. Ein wesentlicher Indikator ist hierfür die Häufigkeit stationär durchgeführter AOP-Leistungen, die nicht im Rahmen der weitgehend routinemäßigen Kontextprüfung begründbar sind, sondern gesonderte Einzelfallprüfungen nach sich ziehen. Hieraus können ggf. Ansatzpunkte gewonnen werden, die Kontextprüfung weiterzuentwickeln (z. B. in Form einer zusätzlichen Differenzierung) oder die Möglichkeiten der ambulanten Durchführung neu zu bewerten.
- ◆ Auf Basis der Ergebnisse der Kontextprüfungen lässt sich beurteilen, ob bzw. welche Leistungen (z. B. im Bereich der Diagnostik) auch nach Aufnahme in den AOP-Katalog nur oder ganz überwiegend als Begleitleistungen stationärer Behandlungen erbracht werden. Für diese Leistungen sollte eine Herausnahme aus dem AOP-Katalog geprüft werden.
- ◆ Im Rahmen eines Monitorings der Ergebnisse der Kontextprüfungen sollten weiterhin solche AOP-Leistungen ermittelt werden, bei denen sich

¹¹⁵ Vgl. hierzu Kapitel 3.4.4 (beispielsweise eine noch ausstehende Identifizierung der Kombinationen von OPS-Leistungen des AOP-Katalogs, die eine stationäre Durchführung begründen können).

¹¹⁶ Für das vorliegende Gutachten selbst wurden lediglich Klassifikations- und Differenzierungssysteme entwickelt, an denen das zukünftige Vergütungssystem für AOP-Leistungen ansetzen kann.

auch nach Berücksichtigung von Kontextfaktoren auf empirischer Datenbasis reale Fälle mit sehr langen Verweildauern und/oder einer Vielzahl weiterer OPS-Kodes identifizieren lassen. Solche Fall-Konstellationen sind zu nutzen, um die Einstufungen der Leistungen und das System der Kontextprüfung zu überprüfen und ggf. zu modifizieren.

- ◆ Eine weitergehende Zielsetzung der begleitenden Evaluierung sollte der Vergleich der qualitativen Ergebnisse der Behandlungen zwischen unterschiedlichen Behandlungssettings (auch im zeitlichen Vergleich) sein.

Die Empfehlungen des vorliegenden Gutachtens sind auf Basis der Ergebnisse einer solchen Evaluation im Sinne eines „lernenden Systems“ zu überprüfen und ggf. anzupassen bzw. weiterzuentwickeln. Dabei können die Empfehlungen bereits vor einer Umsetzung durch „empirische Simulationen“ eines neuen, erweiterten AOP-Katalogs evaluiert werden, da ein Großteil der Kontextfaktoren anhand von Routinedaten retrospektiv abgebildet werden kann.

Als ein Verfahren für die regelmäßige Anpassung und Weiterentwicklung des Katalogs gemäß § 115b Abs. 1 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. Es liegt aus Gutachtersicht nahe, hiermit das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu betrauen, wobei in diesem Falle eine institutionelle Vertretung des vertragsärztlichen Bereichs für alle Angelegenheiten im Zusammenhang mit dem Katalog gemäß § 115b Abs. 1 SGB V vorzusehen wäre. Auf der Basis der für die genannten Kontextfaktoren jeweils vorgesehenen Listen bzw. Kategorien lässt sich bereits (abgesehen von den noch nicht operationalisierten Faktoren K4 und K9) ein solcher „Ambulantisierungs-Groupers“ programmieren.

Anhand der Erfahrungen mit dem Ambulantisierungs-Groupers lassen sich empirisch die Möglichkeiten der ambulanten Durchführung spezifisch für die einzelnen Leistungen des AOP-Katalogs bewerten. Dies ermöglicht eine kontinuierliche Überprüfung des AOP-Leistungsspektrums. Darüber hinaus ist – insbesondere im Hinblick auf zukünftige Erweiterungen und eine kontinuierliche Anpassung an den medizinisch-technischen Fortschritt – ein Vorschlagswesen einzuführen. Dadurch soll es fachlich qualifizierten Stellen/Organisationen ermöglicht werden, konkrete Leistungen zu benennen und deren Aufnahme in den AOP-Katalog zu begründen, die noch nicht enthalten sind. Dies betrifft u. a. neue Leistungen, z. B. nach Abschluss eines NUB- oder G-BA-Bewertungsverfahrens. Dabei ist zu beachten, dass für AOP-Leistungen grundsätzlich dieselben Genehmigungs- bzw. Erstattungsvorbehalte gelten wie für stationäre Leistungen. Das beauftragte Institut wäre verpflichtet, innerhalb vorgegebener Fristen diese Vorschläge, etwa im Rahmen eines Stellung-

nahmeverfahrens und auf Basis des Ambulantisierungs-Groupers, zu prüfen. Vorschläge können sich auch auf die Herausnahme von Leistungen aus dem AOP-Katalog beziehen.

4. Modul 4: Schweregraddifferenzierung

4.1 Ziele der Schweregraddifferenzierung

Aufgabe von Modul 4 war die Analyse verschiedener Maßnahmen zur Differenzierung der Fälle nach dem Schweregrad. Diese Schweregraddifferenzierung soll gemäß dem gesetzlichen Auftrag als Grundlage für eine Differenzierung der Vergütung nach § 115b Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V herangezogen werden können.

Die im Rahmen von Modul 3 entwickelte Kontextprüfung (vgl. Kapitel 3.4.4) liefert bereits ein umfassendes System der Schweregraddifferenzierung. Dieses System wurde im Sinne der Zielstellung von Modul 4 ergänzt und weiterentwickelt.

Die Schweregraddifferenzierung im Rahmen der Kontextprüfung diene dem Zweck, allgemeine Sachverhalte zu bestimmen, mit deren Vorliegen eine stationäre Durchführung von AOP-Leistungen begründet werden kann. Diese Sachverhalte werden auf Basis patientenbezogener und leistungsübergreifender Merkmale von Behandlungsfällen definiert, die teilweise im Sinne von binären Kriterien eine stationäre Behandlung begründen oder nicht, die teilweise aber auch im Sinne abgestufter Kategorien eine Schweregraddifferenzierung erlauben.

Die in Modul 4 zu entwickelnde Schweregraddifferenzierung dient als Bemessungsgrundlage für Differenzierungen der – für Krankenhäuser und Vertragsärzte einheitlichen – Vergütungen von AOP-Leistungen. Damit setzt ihre Anwendung voraus, dass die AOP-Leistung ambulant durchgeführt wird.

Ansatzpunkte für eine Differenzierung der Vergütung von AOP-Leistungen sollen demnach aufwandsrelevante patienten- oder leistungsbezogene Schweregradunterschiede einer ambulant durchgeführten Behandlung des AOP-Katalogs sein, nicht aber Aufwandsunterschiede, die sich im Hinblick auf unterschiedliche Einrichtungstypen oder Kostenstrukturen ergeben. Auch eine Schweregraddifferenzierung in Abhängigkeit von einzelleistungsbezogenen Unterschieden der eingesetzten Ressourcen ist nicht vorgesehen.

4.2 Vergütungsrelevante Differenzierung im Hinblick auf perioperative Betreuung und postoperative Nachsorge

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.¹¹⁷ Der Grund hierfür ist,

¹¹⁷ Während die postoperative Nachbetreuung als Teil der perioperativen Versorgung durch das medizinische Personal der Einrichtung geleistet wird, welche die AOP-Leistung durchführt, findet die postoperative Nachsorge nach Entlassung der Patienten außerhalb der Einrichtung bzw. überwiegend in deren Häuslichkeit statt und kann auch von Dritten (z. B. weiterbehandelnde Praxis) übernommen werden. (vgl. Kapitel 3.4.5.2)

dass für eine substanzielle Ausweitung der Möglichkeiten, Operationen und Eingriffe ambulant durchzuführen, aus Sicht der Gutachter insbesondere die Sicherstellung der postoperativen Nachbetreuung und Nachsorge von kritischer Bedeutung ist. Diese Einschätzung stützt sich u. a. auf die Ergebnisse des internationalen Vergleichs (vgl. Kapitel 1.2.2) sowie auf die Stellungnahmen mehrerer der befragten medizinischen Fachgesellschaften.

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. Bei anderweitig pflegerisch versorgten Patientinnen/Patienten (z. B. Heimbewohner) kann sich ein zusätzlicher eingriffsspezifischer Pflegebedarf ergeben, der ebenfalls postoperative Patientenbesuche in der Einrichtung erforderlich machen kann. Häufig gehen – aufgrund der zugrunde liegenden medizinischen Problematik – erhöhte Nachbetreuungs- oder Nachsorgebedarfe mit einem ebenfalls erhöhten präoperativen Aufwand einher (z. B. Abklärung von/Aufklärung über Risiken).

Im Folgenden wird von einer weitergehenden Differenzierung unterschiedlicher Formen oder Stufen der peri-/postoperativen Betreuung nach Aufwand abgesehen. Pauschalierend wird von einer zusätzlichen Stufe einer schweregradabhängig zusätzlichen Nachsorge mit erhöhtem Aufwand ausgegangen. Eine weitere Differenzierung nach Aufwandsschwere würde Kostenanalysen erfordern, die ähnlich wie bei der datengestützten Differenzierung des DRG-Systems entsprechenden Aufwandskategorien zugrunde gelegt werden können. Eine solche weitergehende Differenzierung kann im Rahmen dieses Gutachtens nicht vorgenommen werden.

Der Schwerpunkt der differenzierenden, schweregradbezogenen Betrachtung liegt stattdessen auf der Identifizierung von AOP-Fällen, bei denen ein erhöhter perioperativer Betreuungs- und/oder Nachsorgebedarf bei ambulanter Durchführung prinzipiell begründet werden kann.

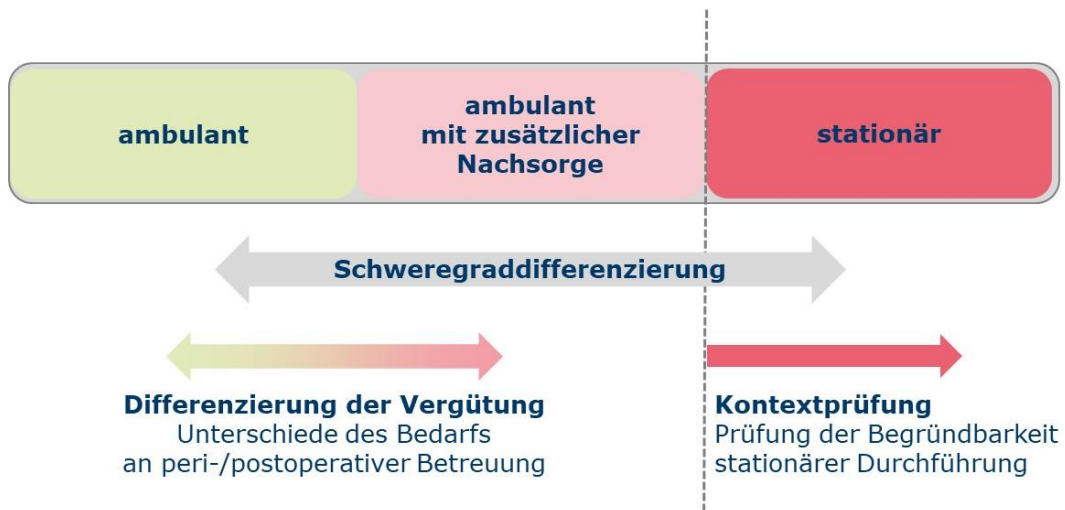
4.3 Schweregraddifferenzierung auf Basis der Kontextfaktoren

Die Faktoren für die Kontextprüfung wurden so operationalisiert, dass sie entweder binäre Merkmale haben (z. B. Diagnosen) oder dass im Fall von metrischen Merkmalen (z. B. Pflegegrad) Schwellenwerte festzulegen sind. So ermöglichen sie eine Ja-/Nein-Entscheidung, ob eine stationäre Durchführung begründbar ist (vgl. Kapitel 3.4.4).

Im Hinblick auf eine mögliche schweregradabhängige Differenzierung der Vergütung wurde die Schweregraddifferenzierung im Rahmen der Kontextprüfung erweitert. Betrachtet wurden hierfür zunächst die Kontextfaktoren mit metrischen Indikatoren im Bereich unterhalb der Schwellenwerte, ab der eine stationäre Durchführung begründbar ist. Innerhalb dieser Bereiche wurden weitere Schwel-

lenwerte bestimmt, bei deren Überschreitung ein zusätzlicher perioperativer Behandlungs- bzw. postoperativer Nachsorgebedarf bei ambulanter Durchführung begründet werden kann (Abbildung 13).

Abbildung 13: Funktionen der Schweregraddifferenzierung im AOP-Kontext



Quelle: IGES

Unter den bislang betrachteten Kontextfaktoren werden zwei anhand metrischer Indikatoren (Skalen) abgebildet: Komplexität aufgrund von Komorbidität (PCCL) und Frailty (Frailty-Index, Pflegegrad und Grad der Behinderung). Da der PCCL gegenwärtig nur im stationären Bereich routinemäßig ermittelt und dokumentiert wird, wird er für die vergütungsrelevante Schweregraddifferenzierung hier zunächst nicht empfohlen.

Eine zusätzliche graduelle Abstufung, die eine differenzierende Zuordnung zu den Optionen „stationäre Durchführung“ und „ambulante Durchführung mit zusätzlichem peri-/postoperativen Versorgungsbedarf“ ermöglicht, wird neben dem Kontextfaktor Frailty auch für die Kontextfaktoren Operationskomplexität, besonderer Betreuungsbedarf und soziale Begleitumstände empfohlen. Zusätzlich werden in Erweiterung des Kontextfaktors Diagnosekontext spezifische Haupt- und Nebendiagnosen als Indikator für einen erhöhten peri- bzw. postoperativen Versorgungsbedarf herangezogen.

In Bezug auf den Faktor Frailty werden folgende Schwellenwerte für eine vergütungsbezogene Schweregraddifferenzierung vorgeschlagen, die prüfalgorithmisch hinterlegt werden könnten (K8-S):

- ◆ beim (zu erfassenden) Frailty-Status die Stufe „prefrail“,
- ◆ die Pflegegrade 2 und 3 (erhebliche oder schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit) sowie

- ◆ ein GdB von 30 oder 40 ("dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit", teilweise sozialrechtliche Gleichstellung mit Scherbehindertenstatus).

Darüber hinaus kann in Fällen mit der Stufe „frail“, mit einem Pflegegrad 4 oder mit einem GdB ab 50, für die ein stationärer Aufenthalt begründbar ist, im Sinne der Patienten eine ambulante Durchführung bevorzugt werden, wenn eine institutionelle Nachsorge (z. B. in Alten- oder Pflegeheimen) gewährleistet ist (vgl. Kapitel 3.4.4.2). Unter diesen Umständen begründen auch die höheren Skalenwerte bzw. Grade einen vergütungsrelevanten zusätzlichen Schweregrad in der ambulanten Versorgung.

Hinsichtlich der Operationskomplexität als vergütungsrelevante Schweregraddifferenzierung (K4-S) gilt allerdings dieselbe Einschränkung wie bei der Kontextprüfung. Kombinationen von AOP-Leistungen, welche die Komplexität einer Operation bzw. eines Eingriffs in einem Ausmaß erhöhen, das zusätzliche Nachsorgeleistungen begründet, müssten zunächst in einem fachlich abgesicherten Prozess identifiziert und geprüft werden (vgl. Kapitel 3.4.4.1). Bis dahin bleibt die Option, diesen Kontextfaktor fallspezifisch zu begründen und zu dokumentieren. Algorithmisierbare Begründungs- und Dokumentationsvorlagen wären dann sukzessive in das System der Schweregraddifferenzierung aufzunehmen.

Unter den Kontextfaktor besonderer Betreuungsbedarf (K5) wurden Diagnosen zusammengefasst, die erwarten lassen, dass der Patient selbst nicht in der Lage ist, den ärztlichen Anweisungen hinsichtlich des postoperativen Verhaltens zu folgen (z. B. Compliance-Probleme bei Demenz). Sofern die entsprechenden Patienten in einer Einrichtung untergebracht sind, in der sie durchgehend betreut werden (z. B. Pflegeheim, andere Heime, betreutes Wohnen), kann nach ärztlichem Ermessen eine ambulante Durchführung der Behandlung möglich sein. Aus ärztlicher Sicht ist in einem solchen Fall eine ambulante Behandlung sogar vorzuziehen, da bei derartigen Patienten die Gefahr besteht, dass sie bei einer Herauslösung aus ihrer gewohnten Umgebung dekompensieren bzw. mit Verwirrheitszuständen reagieren können. Sofern derartige Patienten aufgrund der Versorgungssituation ambulant behandelt werden können, ist sowohl von einem erhöhten peri- als auch postoperativen Aufwand auszugehen – trotz Heimunterbringung, denn die Alten- oder Behindertenpflege umfasst beispielsweise nicht die postoperative Wundversorgung ambulant operierter Patienten. Es kann allerdings erwartet werden, dass eine Institution wie ein Altenpflegeheim die Nachsorge mit eigenem oder externem Personal organisatorisch sicherstellen kann. Die unter K5 gefassten ICD-Diagnosen können somit bei ambulanter Durchführung zusätzlich auch zur vergütungsbezogenen Schweregraddifferenzierung herangezogen werden (K5-S).

Für die Kontextprüfung wurde empfohlen, soziale Begleitumstände wegen unzureichender Objektivierbarkeit nur vorübergehend einzubeziehen. Perspektivisch könnte die Berücksichtigung sozialer Faktoren im Rahmen der Kontextprüfung aufgrund von zusätzlichen Nachsorgeangeboten bei ambulanter Durchführung ver-

zichtbar werden. Insofern könnte gerade die Berücksichtigung sozialer Begleitumstände als Teil der vergütungsbezogenen Schweregraddifferenzierung (K9-S) dazu beitragen, auf eben diese im Rahmen der Kontextprüfung zu verzichten. Letztlich wäre es jedoch – aus demselben Grund der unzureichenden Objektivierbarkeit – auch bei der vergütungsbezogenen Schweregraddifferenzierung sinnvoll, wenn sich die Berücksichtigung sozialer Faktoren perspektivisch erübrigt, etwa weil im Zeitverlauf etablierte Nachbetreuungsstandards für ambulante Operationen entstehen, welche die Patientensicherheit nachweisbar und flächendeckend gewährleisten.

Für die vergütungsbezogene Schweregraddifferenzierung wurde ein zusätzlicher Kontextfaktor eingeführt, nämlich ein Diagnosekontext, der spezifisch einen erhöhten perioperativen und/oder Nachsorgebedarf bei ambulanter Behandlung anzeigt (K6-S). Hierbei handelt es sich um erschwerende Diagnosen, die bei ambulanter Durchführung einen erhöhten peri- und postoperativen Aufwand begründen, weil sie beispielsweise eine besondere Überwachung während und nach der Operation erfordern und/oder die postoperative Nachbeobachtungszeit verlängern. Dazu können beispielsweise ein manifester Diabetes, eine Herz- oder Niereninsuffizienz, eine vorbestehende Lungenerkrankung oder vorbestehende Medikationen zählen. Für Modul 4 wurden aus dem ICD-10-GM-Verzeichnis entsprechende Diagnosen ausgewählt, Beispiele hieraus zeigt die nachfolgende Tabelle 49. Im „Annex Kontextprüfung“ sind unter K6-S die hierfür empfohlenen ICD-Kodes vollständig aufgeführt. Dabei wurden Akuterkrankungen, die ohnehin eine Kontraindikation für einen elektiven Eingriff darstellen und daher für den AOP-Kontext nicht relevant sind, in diesem Zusammenhang nicht als schweregradrelevant bewertet (beispielsweise akute Hepatitis).

Tabelle 49: Diagnosen als Indikator für erhöhten perioperativen und/oder Nachsorgebedarf (ICD-Beispiele)

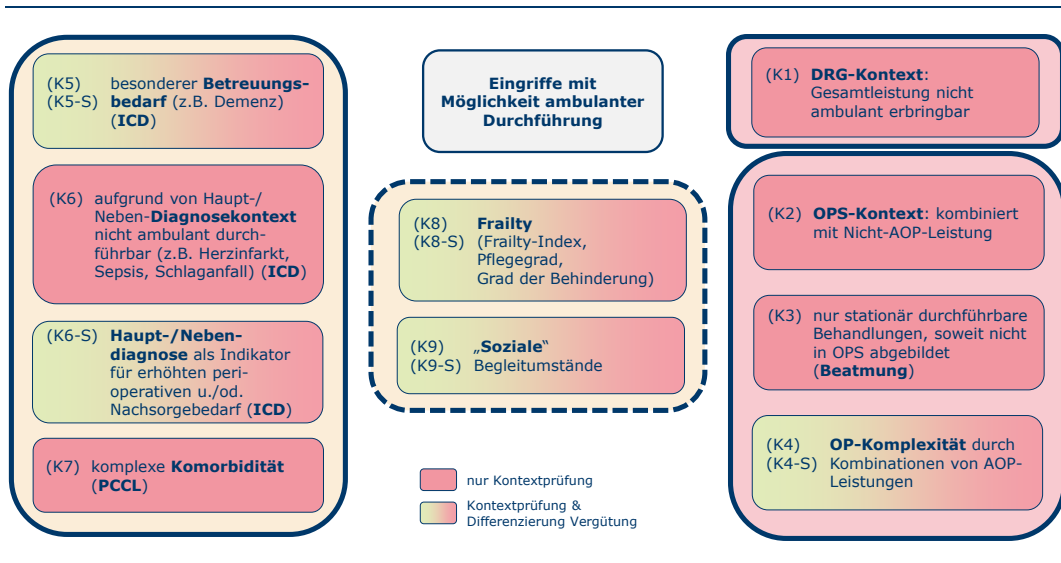
ICD	Titel
B18.13	Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus, Phase 3
D61.10	Aplastische Anämie infolge zytostatischer Therapie
D68.24	Hereditärer Faktor-X-Mangel
D86.0	Sarkoidose der Lunge
E66.86	Sonstige Adipositas: Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter, Body-Mass-Index [BMI] von 40 bis unter 50
F16.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Schädlicher Gebrauch
G20.10	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation
G35.10	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
I44.1	Atrioventrikulärer Block 2. Grades
K71.3	Toxische Leberkrankheit mit chronisch-persistierender Hepatitis
L89.24	Dekubitus, Stadium 3: Kreuzbein
M86.60	Sonstige chronische Osteomyelitis: Mehrere Lokalisationen

Quelle: IGES; ICD-10-GM

Insgesamt werden von den insgesamt neun Kontextfaktoren fünf auch für die vergütungsbezogene Schweregraddifferenzierung empfohlen; diese sind in der Nummerierung durch ein ergänzendes „-S“ gekennzeichnet (Abbildung 14). Für drei von ihnen wären algorithmisierbare Begründungs- und Dokumentationsvorlagen kurzfristig umsetzbar, nämlich für die jeweiligen Schwellenwerte der Frailty-Indikatoren (K8-S), die ausgewählten ICD-Kodes als Indikatoren für besonderen Betreuungsbedarf (K5-S) und die Haupt- und Nebendiagnosen (ICD-Kodes) als Indikatoren für erhöhten perioperativen und/oder Nachsorgebedarf (K6-S). Auf dieser Basis lässt sich ein relativ einfacher Prüfalgorithmus für vergütungsbezogene Schweregraddifferenzierungen erstellen.

Für die beiden anderen Kontextfaktoren – Operationskomplexität und soziale Begleitumstände – gelten die obigen Ausführungen, d. h. es besteht zunächst nur die Möglichkeit einer fallspezifischen Begründung und Dokumentation eines erhöhten ambulanten Nachsorgebedarfs.

Abbildung 14: Faktoren der Schweregraddifferenzierung nach Anwendungsbe-
reich

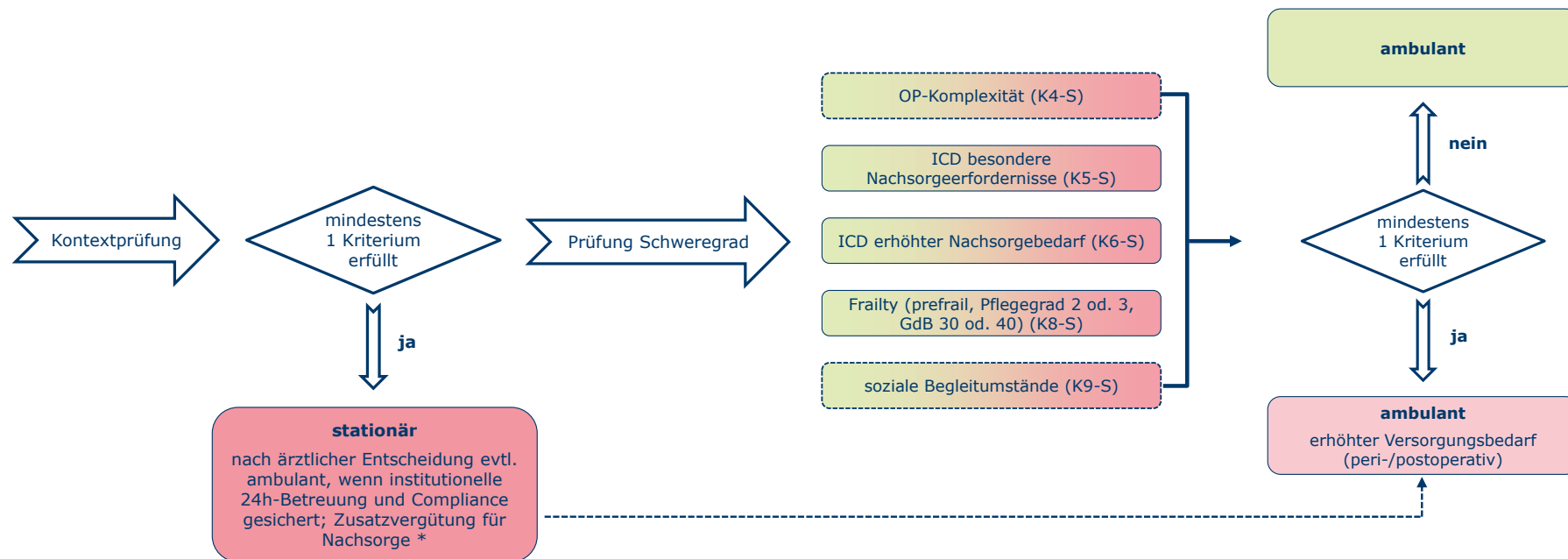


Quelle: IGES

Anmerkung: K6 umfasst bei Tumorbehandlungs- und Strahlentherapie-DRGs (vgl. Kapitel 3.4.2) zusätzlich den Tumorstatus (vgl. Tabelle 48).

Die vergütungsrelevante Schweregraddifferenzierung schließt sich immer dann einer Kontextprüfung an, wenn sich aus letzterer keine Begründung für die stationäre Durchführung einer AOP-Leistung ergibt (Abbildung 15). Resultiert aus der Prüfung der beschriebenen fünf Faktoren ein erhöhter Schweregrad des Patienten, ist die ambulante Durchführung der AOP-Leistung mit einem erhöhten peri- bzw. postoperativem Versorgungsbedarf und einem entsprechend erhöhten Aufwand verbunden, dem durch zu vereinbarende Differenzierungen in der Vergütung der AOP-Leistungen Rechnung getragen werden kann. Analog zur Kontextprüfung gilt auch für die vergütungsbezogene Schweregraddifferenzierung, dass der Nachweis eines Faktors ausreicht, um einen erhöhten peri- bzw. postoperativen Versorgungsbedarf zu begründen.

Abbildung 15: Darstellung der vergütungsrelevanten Schweregraddifferenzierung im Flussdiagramm



Quelle:

IGES

Anmerkung:

* Chirurgische Nachsorge ist durch Heimpflege finanziell und fachlich nicht abgedeckt.

Die dargestellte vergütungsbezogene Schweregraddifferenzierung erfüllt damit zumindest teilweise die Anforderung, dass sie mit Hilfe von routinemäßig erhobenen administrativen Daten (Diagnosen nach ICD, Pflegegrad, GdB) praktikabel bzw. ohne übermäßigen Aufwand (Frailty-Status) anwendbar ist.

In diesem Zusammenhang ist erneut darauf hinzuweisen, dass auch mit diesem System der Schweregraddifferenzierung keine generelle Dokumentationspflicht verbunden wäre. 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 (Tabelle 50).

Tabelle 50: Abstufung des Dokumentationsaufwands für Schweregraddifferenzierungen

Durchführung	Dokumentation	Bemerkung
ambulant	keine zusätzliche Dokumentation	
ambulant mit erhöhtem Schweregrad	Dokumentation i.V.m. Schweregradprüfung	nur die für erhöhten Schweregrad relevanten Informationen
stationär	Dokumentation i.V.m. Kontextprüfung	vollständige Kontextprüfung, größtenteils durch bereits existierende Dokumentation abgedeckt

Quelle: IGES

5. Abschließende Ausführungen zu den Empfehlungen

Die Ableitung von Empfehlungen von Leistungen zur Erweiterung des AOP-Katalogs wählte als wesentlichen Bezugspunkt das OPS-Leistungsverzeichnis, das nahezu auch allen Leistungspositionen zugrunde liegt, die der Katalog in seiner gegenwärtigen Version umfasst. Der gewählte potenzialorientierte Ansatz war damit verbunden, alle OPS-Leistungen, die Hauptleistungen einer Behandlung sein können und derzeit nicht im AOP-Katalog enthalten sind, im Hinblick auf die Möglichkeit einer ambulanten Durchführung zu prüfen.

Schon allein aufgrund der engen zeitlichen Vorgaben für die Erstellung des vorliegenden Gutachtens war es ausgeschlossen, dass jede dieser OPS-Leistungen einer tiefgehenden Prüfung unter Einbeziehung jeglicher leistungs- bzw. leistungsbereichsspezifischer Expertise und Erkenntnisse unterzogen wird. Entsprechend war ein umfassenderer Austausch mit den medizinischen Fachgesellschaften und Berufsverbänden zu sämtlichen empfehlungsrelevanten OPS-Leistungen nicht möglich. Die gesetzlichen Vorgaben und Ziele einer Erweiterung des AOP-Katalogs gemäß § 115b Abs. 1a SGB V werden mit dem vorliegenden Gutachten und dem hierfür gewählten Vorgehen nach Überzeugung der Gutachter dennoch erfüllt:

- ◆ Die Empfehlungen wurden kriteriengeleitet und orientiert an einer Prüfsystematik abgeleitet, die generelle, übergeordnete medizinische Aspekte, empirische Hinweise aus angrenzenden Versorgungsbereichen und internationale Regelungen zur ambulanten, stationsersetzenden Durchführung von Behandlungsleistungen umfasst.
- ◆ Zu einer Auswahl von aus Gutachtersicht besonders klärungsbedürftigen Positionen wurden Stellungnahmen der medizinischen Fachgesellschaften eingeholt und ausgewertet.
- ◆ 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. Ein fachlich-wissenschaftlicher Konsens über eine allgemeine Einstufung einer Leistung als ambulant durchführbar ist unrealistisch, solange die relevanten Kontextfaktoren ex ante (zwangsläufig) nicht explizit ausdefiniert werden.

Die umfassenden Empfehlungen zur Erweiterung des AOP-Katalogs sind daher 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 be-

reits 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 Einführung der empfohlenen Kontextprüfung würde schließlich die bisherige Kategorienunterscheidung des AOP-Katalogs (Ziffern 1 und 2) obsolet werden lassen. Stattdessen wird empfohlen, alle im AOP-Katalog enthaltenen Leistungen einheitlich im Sinne des potenzialorientierten Ansatzes einzustufen, wonach es unter geeigneten Bedingungen Möglichkeiten einer ambulanten Durchführung gibt, welche Gegenstand der fallindividuellen Kontextprüfung sind. Durch einen Wegfall der bisherigen Kategorie (Ziffer) 2 sehen die Gutachter nicht die Gefahr einer substantiellen Erhöhung des Streitpotenzials. Leistungen der bisherigen Kategorie (Ziffer) 2 können auch im heutigen System vielfach nicht „prüfungsfrei“ erbracht werden.¹¹⁸ Eine regelhafte, weitgehend auf Routinedaten basierende Kontextprüfung bietet vielmehr die Chance, Streitpotenziale substantiell zu verringern.

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. Hierbei handelt es sich um bestimmte Begleiterkrankungen oder differenzierte bzw. abgestufte Kriterien, die eine unterschiedliche Einstufung des peri- und/oder postoperativen Versorgungsaufwandes ermöglichen (Beispiel: Pflegegrad). Dieser Teil der Schweregraddifferenzierung dient als Bemessungsgrundlage für Differenzierungen der – für Krankenhäuser und Vertragsärzte einheitlichen – Vergütungen von ambulant durchgeführten AOP-Leistungen.

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 Vo-

¹¹⁸ Vgl. hierzu Fußnote 87.

raussetzungen struktureller, organisatorischer oder regulatorischer Art. Daher bietet sich ein stufenweises Vorgehen an. Für eine zeitliche Priorisierung der Umsetzung eignen sich folgende Kriterien:

- ◆ Ein mit Blick auf die gemäß § 115b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V zu vereinbarenden einheitlichen Vergütungen naheliegendes Kriterium sind die leistungsrechtlichen Rahmenbedingungen. Demnach sollten von den empfohlenen Leistungen zunächst solche für eine Erweiterung ausgewählt werden, die gegenwärtig in der GKV regulär, d. h. ohne grundlegende oder spezifische Einschränkungen, erstattungsfähig sind. Solche Einschränkungen betreffen z. B. neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus sowie Leistungen, die Gegenstand eines laufenden Methodenbewertungsverfahrens durch den G-BA sind.
- ◆ 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.

Neben diesen beiden Aspekten könnte sich eine zeitliche Staffelung der Aufnahme empfohlener Leistungen in den AOP-Katalog an einer Abschätzung des leistungsspezifischen Ambulantisierungspotenzials orientieren. Die empirischen Daten zu den vollstationären Leistungshäufigkeiten bieten hierfür – aus den zuvor erläuterten Gründen – nur einen sehr groben Anhaltspunkt; mindestens ergänzend wäre hierfür die Anzahl der Fälle zu ermitteln, bei denen die AOP-Leistung die Hauptleistung darstellt.

Auch die Umsetzung eines Teils der Empfehlungen zu stationersetzenden, nicht-operativen Leistungen ist an zusätzliche Voraussetzungen geknüpft. Hierbei handelt es sich um die über DRGs definierten Behandlungen, für die in Verbindung mit bestimmten Diagnosekontexten ein Beobachtungsstatus empfohlen wird. Diese Empfehlung berührt grundlegend die Organisation der Notfall- und Akutversorgung und kann daher nicht unabhängig von der aktuellen Diskussion über Reformen in diesem Bereich umgesetzt werden. Das Gutachten musste sich notgedrungen mit der Frage auseinandersetzen, wie mit Ausschlüssen von stationär behandlungsbedürftigen Notfällen im Zusammenhang mit AOP-Leistungen zu verfahren ist. Andererseits lässt sich ein Beobachtungsstatus kaum isoliert nur für den AOP-Leistungsbereich einführen. Eine Umsetzung dieses Vorschlags hätte eine Reihe struktureller, organisatorischer und regulatorischer bzw. gesetzgeberischer Maßnahmen zur Voraussetzung.

In Verbindung mit einem zeitlich gestuften Vorgehen 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.

Literatur

- 3M (2021): 3M™ Enhanced Ambulatory Patient Groups (EAPGs). https://www.3m.com/3M/en_US/health-information-systems-us/drive-value-based-care/patient-classification-methodologies/enhanced-apgs/ [Abruf am: 24.03.2021].
- Albrecht M, Brenck A, Ochmann R & Sander M (2017): Gutachten zur Erhebung der Versorgungssituation im Ruhrgebiet. Endbericht für den Gemeinsamen Bundesausschuss. https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2978/2017-06-15_BPL-RL_Abnahme_EB_IGES_mit_Anlage.pdf.
- Albrecht M, Sander M (2015): Einsparpotenziale durch ambulant-sensitive Krankenhausfälle (ASK). Regionale Auswertungen der fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik für das Jahr 2011. ZI versorgungsatlas.de, Bericht Nr. 15/08 vom 29.05.2015. <https://www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert/?tab=6&uid=59>.
- Albrecht M, Schliwen A & Loos S (2014): Forschungsvorhaben zur Umsetzung des § 221b Absatz 2 SGB V – Evaluierung der Auswirkungen von Zuschlägen zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in unterversorgten Gebieten (§ 87a Absatz 2 Satz 3 SGB V). Abschlussbericht.
- Albrecht M, Zich K (2016): Ambulantes Potenzial in der stationären Notfallversorgung – Projektphase II. Ergebnisbericht für das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland. IGES Institut.
- Alderwick H, Robertson R, Appleby J, Dunn P, Maguire D (2015): Better value in the NHS - The role of changes in clinical practice 30.03.2021. Hg. v. The King's Fund, London
- American Society of Anesthesiologists (ASA) (2019): Standards for Postanesthesia Care, <https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/standards-for-postanesthesia-care> [Abruf am: 25.02.2022]
- American Society of Anesthesiologists (ASA) (2020): ASA Physical Status Classification System. 13. December 2020. <https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system> [Abruf am: 24.03.2021].
- Awad I, Chung F (2006): Discharge criteria and recovery in ambulatory surgery, in: Lemos P, Jarrett P, Philip B (Hg): Day Surgery, Development and Practice, Chapter 11, S. 241-255.
- BADS (Hg.) (2019): Directory of Procedures 6th Aufl., The British Association of Day Surgery, London
- Badlani N (2019): Ambulatory surgery center ownership models, Journal of Spine Surgery 2019;5 (Suppl 2): 195-203. DOI: 10.21037/jss.2019.04.20.
- Bailey C R, Ahuja M, Bartholomew K, Bew S, Forbes L, Lipp A, Montgomery J, Russon K, Potparic O, Stocker M (2019): Guidelines for day-case surgery 2019:
-

- Guidelines from the Association of Anaesthetists and the British Association of Day Surgery. In: *Anaesthesia* 74/6:778-792.
- Benzinger P, Eidam A & Bauer JM (2021): Klinische Bedeutung und Erfassung von Frailty, in: Singler K (Hg): *Basiskurs Geriatrie*, Berlin.
- Birkelbach O et al. (2019): Routine frailty assessment predicts postoperative complications in elderly patients across surgical disciplines – a retrospective observational study, *BMC Anesthesiology* (2019) 19:204 <https://doi.org/10.1186/s12871-019-0880-x>.
- Blasco TA (2020): Can your hospital survive the growing dominance of ASCs? <https://www.ormanager.com/can-hospital-survive-growing-dominance-ascs/>
- Bundesamt für Gesundheit BAG (2021a): *Krankenversicherung* [Online]. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung.html> [Abruf am: 26.03.2021]
- Bundesamt für Gesundheit BAG (2021b): *Tarifsystem TARMED* [Online]. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Aerztliche-Leistungen-in-der-Krankenversicherung/Tarifsystem-Tarmed.html> [Abruf am: 26.03.2021]
- César A et al. (2017): European Society of Anaesthesiology evidence-based an consensus-based guideline on postoperative delirium, *Eur J Anaesthesiol* 2017; 34:192–214.
- Choosing Wisely UK (2021a): *Health A – Z 2016/18 2019* [Online]. Academy of Medical Royal Colleges. <https://www.choosingwisely.co.uk/i-am-a-patient-carer/health-a-z/#1476910561274-aea85db0-dc2a> [Abruf am: 30.03.2021]
- Choosing Wisely UK (2021b): *Recommendations for clinicians 2016/18 2019* [Online]. Academy of Medical Royal Colleges. <http://www.choosingwisely.co.uk/i-am-a-clinician/recommendations/#1476651640539-f279ec69-9e40> [Abruf am: 30.03.2021]
- Christiansen T, Vrangbæk K (2018): Hospital centralization and performance in Denmark—Ten years on. In: *Health Policy* 122/4:321-328
- CMS (2020): *HCPCS Coding Questions*. 11.02.2020 https://www.cms.gov/Medicare/Coding/MedHCPCSGenInfo/HCPCS_Coding_Questions [Abruf am: 24.03.2021].
- CMS (2021): *Physician Fee Schedules*. 01.01.2021. <https://www.cms.gov/medicare/medicare-fee-for-service-payment/physicianfeesched> [Abruf am: 21.04.2021].
- CMS-1736-FC (2021): 42 CFR Parts 410, 411, 412, 414, 416, 419, 482, 485, 512. [CMS-1736-FC, 1736-IFC]. [Billing Code: 4120-01-P]. <https://www.cms.gov/files/document/12220-ops-final-rule-cms-1736-fc.pdf>;
-

- <https://www.cms.gov/medicare/medicare-fee-service-payment/hospital-outpatient-ppshospital-outpatient-regulations-and-notices/cms-1736-fc> [Abruf am: 28.03.2021].
- Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) (2017): Faktenblatt Anpassungen des Ärztetarifs TARMED Bundesamt für Gesundheit BAG
- e-CFR (2021): Electronic Code of Federal Regulations, Part 416 – Ambulatory Surgical Services. Online: <https://www.ecfr.gov/cgi-bin/textidx?SID=b9cdfac478146ba65d3345b07e36bf83&mc=true&node=pt42.3.416> [Abruf am: 24.03.2021].
- Eurostat (2020): Health care activities. Surgical Procedures (shortlist) - Definitions. Hg. v. Europäisches Statistisches System
- FMH Bundesverband (2021): TARDOC [Online]. <https://www.fmh.ch/themen/ambulante-tarife/tardoc.cfm> [Abruf am: 26.03.2021]
- Frack B, Williamson J, Grabenstatter K (2017): Ambulatory surgery centers: Becoming big business. L.E.K. Consulting Executive Insights. 2017; XIX(25). https://www.lek.com/sites/default/files/insights/pdf-attachments/1925_Ambulatory_Surgery_Centers_Executive_Insights_v2.pdf
- Friedrich J, Tillmanns H (2016): Ambulante Operationen im Krankenhaus, in: Klauber et al. (Hg): Krankenhaus-Report 2016, Stuttgart, S. 127-147.
- Gromov K et al. (2017): Feasibility of outpatient total hip and knee arthroplasty in unselected patients, *Acta Orthopaedica*, 88:5, 516-521. DOI: 10.1080/17453674.2017.1314158.
- Hansen N (2021): Introduction to the Danish Healthcare System. hg. v. section, DRG/Casemix.), The Danish Health Data Authority, 47
- Health and Social Care Act 2012 (2012). <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/contents/enacted> [Abruf am: 28.02.2022]
- Huke T, Robra B-P (2015): Notfallversorgung im stationären Sektor, in: Klauber et al. (Hg): Krankenhaus-Report 2015, Stuttgart, S. 61-76.
- IAAS (2021): Ambulatory Surgery Handbook, International Association for Ambulatory Surgery
- Jackson I, McWhinnie D (Hg.) (2015): BADS Directory of Procedures. The British Association of Day Surgery, London
- KAKuG (2021): Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten BGBl. Nr. 1/1957, in der geltenden Fassung.
- Krämer J, Schreyögg J & Busse R (2017): Classification of hospital admissions into emergency and elective care: a machine learning approach, *Health Care Manag Sci*. 2019 Mar; 22(1):85-105. DOI: 10.1007/s10729-017-9423-5. Epub 2017 Nov 25.
-

- Majholm B, Engbæk J, Bartholdy J, Oerding H, Ahlburg P, Ulrik AM, Bill L, Langfrits CS, Møller AM (2012): Is day surgery safe? A Danish multi-centre study of morbidity after 57,709 day surgery procedures. In: *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 56/3:323-331
- Medpac (2020a): Chapter 5. Ambulatory surgical center services: Assessing payment adequacy and updating payments. Report to the Congress: Medicare Payment Policy, March 2020, p. 141-166. https://www.medpac.gov/docs/default-source/reports/mar20_medpac_ch5_sec.pdf?sfvrsn=0 [Abruf am: 24.03.2021].
- Medpac (2020b): Physician and other health professional payment system. October 2020. Payment basics. http://medpac.gov/docs/default-source/payment-basics/medpac_payment_basics_20_physician_final_sec.pdf?sfvrsn=0 [Abruf am: 24.03.2021].
- Morris, R. (2020): The need for a carer at home after day surgery. In: *Raising the Standards: RCoA quality improvement compendium 4th Edition*. Hg. v. Anaesthetists, The Royal College of, London. 202-203
- NHS (2019): *Operating theatres: opportunities to reduce waiting lists*. NHS England and NHS Improvement, London
- NHS (2020a): *2020/21 National Tariff Payment System*. NHS England and NHS Improvement, London
- NHS (2020b): *2020/21 National Tariff Payment System – Annex D: Guidance on best practice tariffs*. NHS England and NHS Improvement, London
- NHS (2020c): *The NHS Plan - A plan for investment A plan for reform*. Hg. v. Service, National Health, London
- NHS (2020/21): *2020/21 Annex A: The national tariff workbook*. NHS England and NHS Improvement, London
- NHS (o. J.): *A simple guide to Payment by Results*. NHS England and NHS Improvement, London
- NHS Digital (2020): *Hospital Episode Statistics (HES)* [Online]. <https://digital.nhs.uk/data-and-information/data-tools-and-services/data-services/hospital-episode-statistics> [Abruf am: 30.03.2021]
- OECD (2019): *State of Health in the EU. Denmark - Country Health Profile 2019*. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, Paris
- ÖSG (2017a): *Leistungsmatrix ambulant. Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017* [Online]. https://goeg.at/OESG_2017 [Abruf am: 20.03.2021]
- ÖSG (2017b): *Leistungsmatrix stationär. Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017* [Online]. https://goeg.at/OESG_2017 [Abruf am: 20.03.2021]
-

- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2021): OECD Health Statistics 2021, Definitions, Sources and Methods, Surgical procedures (shortlist), <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>.
- PWC (2016): Ambulant vor stationär. Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen. PwC Schweiz, Bern
- ResDac (2021): Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) Code (FFS). <https://resdac.org/cms-data/variables/healthcare-common-procedure-coding-system-hcpcs-code-ffs> [Abruf am: 24.03.2021].
- Roth S, Pellegrini S (2018): Die Entwicklung der ambulanten Versorgung in den Kantonen. Analyse von sechs Gruppen chirurgischer Leistungen. Obsan Bulletin 1/2019
- Royse CF et al. (2010): Development and Feasibility of a Scale to Assess Postoperative Recovery, The Post-operative Quality Recovery Scale, Anesthesiology 2010; 113:892–905
- RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung & Technische Universität (TU) Berlin (2021): Analysen zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser und zur Ausgleichspauschale in der Corona-Krise, Ergebnisse für den Zeitraum Januar bis Dezember 2020, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit 30. April 2021. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/3_Downloads/C/Coronavirus/Analyse_Leistungen_Ausgleichszahlungen_2020_Corona-Krise.pdf [Abruf am: 23.12.2021].
- Schmid A, Hacker J, Rinsche F, Distler F (2018): Intersektorale Gesundheitszentren, Ein innovatives Modell der erweiterten ambulanten Versorgung zur Transformation kleiner ländlicher Krankenhausstandorte, Gutachten im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Bayreuth, Oktober 2018. https://www.kbv.de/media/sp/IGZ_Gutachten_2018.pdf [Abruf am: 25.03.2022].
- Schmidt M, Schmidt SAJ, Adelborg K, Sundbøll J, Laugesen K, Ehrenstein V, Sørensen HT (2018): The Danish health care system and epidemiological re-search: from health care contacts to database records. In: Clin Epidemiol 11/11:563-591.
- Schreyögg J, Bäuml M, Dette T, Busse R & Geissler A (2014): Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/budget-verhandlungen/mengensteuerung/Gutachten_zur_Mengenentwicklung.pdf [Abruf am: 14.12.2021].
- Schreyögg J, Milstein R (2021): Identifizierung einer initialen Auswahl von Leistungsbereichen für eine sektorengleiche Vergütung, Universität Hamburg, Hamburg Center for Health Economics, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.
-

- Schweizerische Bundesrat (2018): Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung
- Sg2 health care intelligence (2019): Procedure Sites of the Future, Transitions and Growth Across HOPDs, ASCs. Skokie, IL, USA.
- Shroff A et al. (2016): Same-Day Discharge After Percutaneous Coronary Intervention Current Perspectives and Strategies for Implementation, *JAMA Cardiol.* 2016; 1(2):216-223. DOI: 10.1001/jamacardio.2016.0148.
- Sozialministerium (2021a): Der Österreichische Strukturplan Gesundheit – ÖSG 2017 [Online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Planung-und-spezielle-Versorgungsbereiche/Der-%C3%96sterreichische-Strukturplan-Gesundheit-%E2%80%93-%C3%96SG-2017.html> [Abruf am: 18.03.2021]
- Sozialministerium (2021b): Ergebnisqualitätsmessung [Online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Ergebnisqualitaetsmessung.html> [Abruf am: 18.03.2021]
- Sozialministerium (2021c): Gesundheitsreform (Zielsteuerung-Gesundheit) [Online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\).html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit).html) [Abruf am: 18.03.2021]
- Sozialministerium (2021d): Kataloge 2021 [Online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/LKF-Modell-2021/Kataloge-2021.html> [Abruf am: 18.03.2021]
- Sozialministerium (2021e): Modell spitalsambulant 2021 [Online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/LKF-Modell-2021/Modell-spitalsambulant-2021.html> [Abruf am: 18.03.2021]
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020): DRG-Statistik (2019): Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Patienten (einschließl. Sterbe- und Stundenfälle) 2019 – Operationen und Prozeduren bis zum kodierbaren Endpunkt nach Bundesländern (Behandlungsort), Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021): Gesundheit, Grunddaten der Krankenhäuser 2019, Fachserie 12, Reihe 6.1, Wiesbaden.
-

- Sundmacher L et al. (2015): Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study in Germany. *Health Policy* 2015 Nov. 119(11):1415-23. DOI: 10.1016/j.healthpol.2015.08.007. Epub 2015 Sep 2.
- Tang L et al. (2019): The number of stents was an independent risk of stent restenosis in patients undergoing percutaneous coronary intervention, *Medicine*: December 2019 - Volume 98 - Issue 50 – p e18312. DOI: 10.1097/MD.00000000000018312.
- TARMED Suisse (2007): Konzept über die Anerkennung von Sparten nach TARMED. Leitungsgremium TARMED Suisse
- Tenconi SM et al. (2008): Laparoscopic cholecystectomy as day-surgery procedure: Current indications and patients' selection, *International Journal of Surgery* 6 (2008) S86–S88. DOI: 10.1016/j.ijssu.2008.12.032.
- Tikkanen R, Osborn R, Mossialos E, Djordjevic A, Wharton GA (2020): International Health Care System Profiles [Online]. The Commonwealth Fund. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/denmark> [Abruf am: 15.03.2021]
- Zaman S (2020): OPSS Final Rule Continues 340B, Site-Neutral Cuts. <https://essentialhospitals.org/policy/opss-final-rule-continues-340b-site-neutral-cuts-2/> [Abruf am: 10.05.2021]
-

Ergänzende Literaturangaben

Die nachfolgend aufgeführte Literatur wurde im Rahmen von Modul 3 für die Validierung der Empfehlungen von Leistungen zur Erweiterung des AOP-Katalogs ausgewertet (vgl. Kapitel 3.3.3.2).

Abrolat R, Langer K & Roos N (2009): Ambulante Holmiumlaserenukleation und mechanische Morcellierung der Prostata. *Der Urologe*. *Ausg.* 48(12), 1490–1494. DOI: 10.1007/s00120-009-2099-9.

Adamson P, Peters W, Janney C & Panchbhavi V (2020): The safety of foot and ankle procedures at an ambulatory surgery center. *Journal of orthopaedics*, 21, 203–206. DOI: 10.1016/j.jor.2020.03.054.

Agneskirchner J D, Lobenhoffer P (2004): Ambulante arthroskopische Chirurgie. *Der Chirurg; Zeitschrift für alle Gebiete der operativen Medizin*, 75(3), 233–240. DOI: 10.1007/s00104-003-0800-x.

Ahmed A F, Hantouly A, Toubasi A, Alzobi O, Mahmoud S, Qaimkhani S, Ahmed G O & Al Dosari M A A. (2021): The safety of outpatient total shoulder arthroplasty: a systematic review and meta-analysis. *International orthopaedics*, 45(3), 697–710. DOI: 10.1007/s00264-021-04940-7.

Appel T (2016): Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. In T Standl & C Lussi (Hrsg.), *Ambulantes Operieren in Klinik, Praxis und MVZ* (S. 221–226). Springer Berlin Heidelberg. DOI: 10.1007/978-3-662-49787-6.

AWMF (1999/2019): S2k-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Metaphylaxe der Urolithiasis - Aktualisierung 2018: AWMF Registernummer 043 - 025. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/043-025l_S2k_Diagnostik_Therapie_Metaphylaxe_Ur.

Bastian P J, Bastian H P (2004): Ambulante extrakorporale Stosswellen-lithotripsie (ESWL). Evaluation der Behandlungsergebnisse von 2937 Fällen. *Der Urologe*. *Ausg. A*, 43(7), 829–835. DOI: 10.1007/s00120-004-0571-0.

Becke K, Mehler J, Mertz S & Gottschalk A (2016): Besondere Patientengruppen. In T Standl & C Lussi (Hrsg.), *Ambulantes Operieren in Klinik, Praxis und MVZ* (S. 245–276). Springer Berlin Heidelberg. DOI: 10.1007/978-3-662-49787-6.

Bohlender J E (2021): Ambulante Phonochirurgie. *HNO*, 69(9), 719–725. DOI: 10.1007/s00106-021-01081-6.

Borenstein T R, Anand K, Li Q, Charlton T P & Thordarson D B (2018): A Review of Perioperative Complications of Outpatient Total Ankle Arthroplasty. *Foot & ankle international*, 39(2), 143–148. DOI: 10.1177/1071100717738748.

Buerger T, Meyer F, Ridwelski K, Halloul Z & Lippert H (1998): Komplikationen zentralvenöser Ports: Erfahrungen nach über 1200 Implantationen. *Zeitschrift für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie*, 12(1), 48–53. DOI: 10.1007/s003980050015.

- Bullock T S, Gutierrez-Naranjo J M, DelBello R G, Karia R A & Zelle B A (2021): Out-patient surgery in patients with ankle fractures minimises hospital admissions and utilisation of healthcare resources. *International orthopaedics*, 45(9), 2395–2400. DOI: 10.1007/s00264-020-04768-7.
- Chang T H, Lin W R, Tsai W K, Chiang P K, Chen M, Tseng J S & Chiu A W (2020): Comparison of ultrasound-assisted and pure fluoroscopy-guided extracorporeal shockwave lithotripsy for renal stones. *BMC urology*, 20(1), 183. DOI: 10.1186/s12894-020-00756-6.
- Chon, S H, Meyer H J (2016): Allgemein- und Viszeralchirurgie. In T Standl & C Lussi (Hrsg.), *Ambulantes Operieren in Klinik, Praxis und MVZ* (S. 200–205). Springer Berlin Heidelberg. DOI: 10.1007/978-3-662-49787-6.
- Christian C, Thorsten B (2009): The preferred treatment for upper tract stones is extracorporeal shock wave lithotripsy (ESWL) or ureteroscopic: pro ESWL. *Urology*, 74(2), 259–262. DOI: 10.1016/j.urology.2008.08.522.
- Clément-Major S, Lemire F (2003): Is outpatient coronary angioplasty and stenting feasible and safe? Results of a retrospective analysis. *The Canadian journal of cardiology*, 19(1), 47–50.
- Cleveland Clinic (2022, 17. Januar): After Your Interventional Procedure (Angioplasty & Heart Stent): Instructions for going home after your procedure. <https://my.clevelandclinic.org/departments/heart/patient-education/recovery-care/interventional-procedures/after-your-interventional-procedure>.
- Cooper N A M, Clark T J, Middleton L, Diwakar L, Smith P, Denny E, Roberts T, Stobert L, Jowett S & Daniels J (2015): Outpatient versus inpatient uterine polyp treatment for abnormal uterine bleeding: randomised controlled non-inferiority study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 350, h1398. DOI: 10.1136/bmj.h1398.
- Das Gupta K, Lahoda L U, Boorboor P & Vogt P M (2004). Ambulante und kurzzeitstationäre Handchirurgie. Möglichkeiten und Grenzen. *Der Chirurg; Zeitschrift für alle Gebiete der operativen Medizin*, 75(3), 257–264. DOI: 10.1007/s00104-004-0822-z.
- Datino T, Miracle Blanco Á, Núñez García A, González-Torrecilla E, Atienza Fernández F, Arenal Maíz Á, Hernández-Hernández J, Ávila Alonso P, Eidelman G & Fernández-Avilés F (2015): Safety of Outpatient Implantation of the Implantable Cardioverter-defibrillator. *Revista española de cardiología (English ed.)*, 68(7), 579–584. DOI: 10.1016/j.rec.2014.07.038.
- Deutscher Ärzteverlag GmbH, Redaktion Deutsches Ärzteblatt (2016): Ambulante Operation bei Appendizitis sicher. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/71488/Ambulante-Operation-b>.
- Dohle G R, Diemer T, Kopa Z, Krausz C, Giwercman A & Jungwirth A (2012): European Association of Urology guidelines on vasectomy. *European urology*, 61(1), 159–163. DOI: 10.1016/j.eururo.2011.10.001.
-

- Dong S, Khan M, Hashimi F, Chamy C & D'Souza R (2020): Inpatient versus outpatient induction of labour: a systematic review and meta-analysis. *BMC pregnancy and childbirth*, 20(1), 382. DOI: 10.1186/s12884-020-03060-1.
- Erickson B J, Shishani Y, Jones S, Sinclair T, Bishop M E, Romeo A A & Gobezie R (2020): Outpatient versus inpatient anatomic total shoulder arthroplasty: outcomes and complications. *JSES international*, 4(4), 919–922. DOI: 10.1016/j.jseint.2020.07.003.
- Eyffferth T, Hoffmann R (2006): Ambulante Thromboseprophylaxe. *Trauma und Berufskrankheit*, 8(S02), S166-S170. DOI: 10.1007/s10039-006-1155-6.
- Fahlke J, Eder F, Pross M & Lippert H (2004): Chirurgisch-onkologische Therapiemaßnahmen in der ambulanten und kurzzeitstationären Chirurgie. *Der Chirurg; Zeitschrift für alle Gebiete der operativen Medizin*, 75(2), 144–152. DOI: 10.1007/s00104-003-0799-z.
- Faller S (2017, 28. März): Kardiologievertrag in Baden-Württemberg ermöglicht erstmals die ambulante Implantation von Defibrillatoren. MEDIVERBUND. <https://www.medi-verbund.de/2017/03/kardiologievertrag-implantation-von-defibrillatoren/>.
- Fecher K, Ewald W, Fürst A, Hohmann V & Bramlage P (2013): Prophylaxe thromboembolischer Ereignisse in der Chirurgie. *TVT-Prophylaxe: Vergleich ambulant vs. stationär. Der Unfallchirurg*, 116(3), 246–254. DOI: 10.1007/s00113-011-2094-7.
- Flach S, Hey S Y, Lim A, Maniam P, Li Z, Donnan P T & Manickavasagam J (2020): Outpatient (same-day discharge) versus inpatient parotidectomy: A systematic review and meta-analysis. *Clinical otolaryngology : official journal of ENT-UK ; official journal of Netherlands Society for Oto-Rhino-Laryngology & Cervico-Facial Surgery*, 45(4), 529–537. DOI: 10.1111/coa.13519.
- Frings N, Rass K, Bruning G, Geier B, Mumme A, Stenger D, Steffen H P, Weigel F & Stücker M (2021): Offene Varizenchirurgie – wann ambulant, wann stationär? *Phlebologie. Phlebologie*, 50(02), 147–153. DOI: 10.1055/a-1266-1489.
- Galois L, Serwier J M & Arashvand, A D (2017): Surgery of the hallux valgus in an ambulatory setting: a liability risk? *European journal of orthopaedic surgery & traumatology: orthopedie traumatologie*, 27(4), 545–548. DOI: 10.1007/s00590-017-1901-4.
- Gromov K, Kjærsgaard-Andersen P, Revald P, Kehlet H & Husted H (2017): Feasibility of outpatient total hip and knee arthroplasty in unselected patients. *Acta orthopaedica*, 88(5), 516–521. DOI: 10.1080/17453674.2017.1314158.
- Gutt C, Jenssen C, Barreiros A P, Götze T O, Stokes C S, Jansen P L, Neubrand M & Lammert F (2018): Aktualisierte S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) und der
-

- Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) zur Prävention, Diagnostik und Behandlung von Gallensteinen. *Zeitschrift für Gastroenterologie*, 56(8), 912–966. DOI: 10.1055/a-0644-2972.
- Hakenberg O, Knoll T & Rassweiler J (2020, 31. August): Statement der Deutschen Gesellschaft für Urologie zur ambulanten Durchführung der Extrakorporalen Stoss-wellenlithotripsie (ESWL). https://www.urologenportal.de/fileadmin/MDB/PDF/Statement_AmbulanteESWL.pdf.
- Hakimi M, Becker K, Dereskewitz C, Engelhardt T, Lutz T, Nyszkiewicz R, Tenbrock A & van Schoonhoven J (2021): Definition von Qualität in der Handchirurgie. *Der Chirurg; Zeitschrift für alle Gebiete der operativen Medizin*, 92(10), 891–896. DOI: 10.1007/s00104-021-01455-0.
- Helms T M, Bosch R, Hansen C, Willhöft C, Zippel-Schultz B, Karle C & Schwab J O (2021): Strukturmerkmale und Voraussetzungen zur ambulanten Implantation von implantierbaren Defibrillatoren, Geräten zur kardialen Resynchronisation und Ereignisrekordern. *Herzschrittmachertherapie & Elektrophysiologie*, 32(2), 227–235. DOI: 10.1007/s00399-021-00764-5.
- Hemmer W, Rybak K, Markewitz A, Israel C, Krämer L I, Neuzner J, Nowak B, Pfeiffer D, Schuchert A & Wiegand U (2009): Empfehlungen zur Strukturierung der Herzschrittmacher- und Defibrillatortherapie. *Der Kardiologe*, 3(2), 108–120. DOI: 10.1007/s12181-008-0136-3.
- Hemmer W, Rybak K, Markewitz A, Israel C, Krämer L I, Neuzner J, Nowak B, Pfeiffer D, Schuchert A & Wiegand U (2008): Empfehlungen zur Strukturierung der Herzschrittmacher- und Defibrillatortherapie. *Zeitschrift für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie*, 22(6), 346–356. DOI: 10.1007/s00398-008-0668-7.
- Hertrampf K, Kukul M (2019, September): S2k-Leitlinie (Langversion) Diagnostik und Management von Vorläuferläsionen des oralen Plattenepithelkarzinoms in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde: AWMF-Registernummer: 007-092. Version September 2019. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/007-092l_S2k_orale_Vorlaeufelaesion_Plattenepithelkarzinom_2020-04_1.pdf.
- Heuser M, Follmann P & Graff H J (2016): Urologie. In T Standl & C Lussi (Hrsg.), *Ambulantes Operieren in Klinik, Praxis und MVZ* (S. 210–215). Springer Berlin Heidelberg. DOI: 10.1007/978-3-662-49787-6.
- Huntley S R, McGee A S, Johnson J L, Debell H A, McKissack H M, McGwin G, Naranje S M & Shah A (2019): Outcomes of Inpatient Versus Outpatient Elective Foot and Ankle Surgery. *Cureus*, 11(2), e4058. DOI: 10.7759/cureus.4058.
- Ifeld B (2003): Ambulatory perineural infusion: the patients' perspective. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 28(5), 418–423. DOI: 10.1016/S1098-7339(03)00394-8.
- Ifeld B M, Esener D E, Morey T E & Enneking F K (2003): Ambulatory perineural infusion: the patients' perspective. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 28(5), 418–423. DOI: 10.1016/S1098-7339(03)00394-8.
-

- Jähne J (2004): Möglichkeiten und Grenzen ambulanter und kurzzeitstationärer Chirurgie. *Der Chirurg; Zeitschrift für alle Gebiete der operativen Medizin*, 75(2), 111–112. DOI: 10.1007/s00104-003-0802-8.
- Jones R L, Maki R G, Patel S R, Wang G, McGowan T A, Shalaby W S, Knoblauch R E, Mehren M & Demetri G D (2019): Safety and efficacy of trabectedin when administered in the inpatient versus outpatient setting: Clinical considerations for outpatient administration of trabectedin. *Cancer*, 125(24), 4435–4441. DOI: 10.1002/cncr.32462.
- Kager D (2014): Evaluierung des Therapieerfolgs der extrakorporalen Stoßwellenlithotripsie (ESWL) für sehr große (> 2 cm) Nierensteine. Diplomarbeit. Hahnsdorf. Institut / Klinik für Urologie.
- Kantar R S, Cammarata M J, Rifkin W J, Plana N M, Diaz-Siso J R & Flores R L (2018): Outpatient versus Inpatient Primary Cleft Lip and Palate Surgery: Analysis of Early Complications. *Plastic and reconstructive surgery*, 141(5), 697e-706e. DOI: 10.1097/PRS.0000000000004293.
- Kim D H, Kahn R, Lee A, Mac P D, Chiu Y F, Yadeau J & Liu J (2020): Chlorprocaine Provides Safe, Effective, Short-Acting Spinal Anesthesia Ideal for Ambulatory Surgeries: A Retrospective Review. *HSS journal: the musculoskeletal journal of Hospital for Special Surgery*, 16(Suppl 2), 280–284. DOI: 10.1007/s11420-019-09713-y.
- Kleeberg U, Weiß J (2010): Auf dem Weg in die Ambulanz. *best practice onkologie*, 5(4), 38–42. DOI: 10.1007/BF03359720.
- Kluess H G, Noppeney T, Gerlach H, Braunbeck W, Ehresmann U, Fischer R (2004): Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des Krampfaderleidens: ICD 10: 183.0, 183.1, 183.2, 183.9, Entwicklungsstufe S2. DGP-DGG-BVP-ANG-Leitlinie (Nr. 6). Schattauer GmbH. Phlebologie, S. 211–221.
- Knoll T (2009): S2-Leitlinien zur Diagnostik, Therapie und Metaphylaxe der Urolithiasis: Teil 1: Diagnostik Und Therapie. *Der Urologe. Ausg. A*, 48(8), 917–924. DOI: 10.1007/s00120-009-2047-8.
- Kort N P, Bemelmans Y F L, van der Kuy P H M, Jansen J & Schotanus M G M (2017): Patient selection criteria for outpatient joint arthroplasty. *Knee surgery, sports traumatology, arthroscopy: official journal of the ESSKA*, 25(9), 2668–2675. DOI: 10.1007/s00167-016-4140-z.
- Krombach P (2015): Männliche Kontrazeption – Vasoresektion. In M. S. Michel, J. W. Thüroff, G. Janetschek & M. Wirth (Hrsg.), *Die Urologie* (S. 1–8). Springer Berlin Heidelberg. DOI: 10.1007/978-3-642-41168-7_161-1.
- Kunkel M (2019, August): S2k-Leitlinie (Langversion) Operative Entfernung von Weisheitszähnen: AWMF-Registernummer: 007-003. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/007-003l_S2k_Weisheitszahnentfernung_2019-08.pdf.
-

- Lang B H H (2013): Schilddrüse nicht ambulant operieren! CME, 10(3), 19. DOI: 10.1007/s11298-013-0166-4.
- Lang B H H, Yih P C L & Lo C Y (2012): A review of risk factors and timing for post-operative hematoma after thyroidectomy: is outpatient thyroidectomy really safe? World journal of surgery, 36(10), 2497–2502. DOI: 10.1007/s00268-012-1682-1.
- Leitlinien.de (2022, 17. Januar): S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression, 2. Auflage: Methodik. <https://www.leitlinien.de/themen/depression/2-auflage/methodik>.
- Lieng M, Istre O, Langebrekke A, Jungersen M & Busund B (2005): Outpatient laparoscopic supracervical hysterectomy with assistance of the lap loop. Journal of minimally invasive gynecology, 12(3), 290–294. DOI: 10.1016/j.jmig.2005.03.013.
- Ma H H, Chou T F A, Tsai S W, Chen C F, Wu P K & Chen W M (2019): The efficacy and safety of continuous versus single-injection popliteal sciatic nerve block in outpatient foot and ankle surgery: a systematic review and meta-analysis. BMC musculoskeletal disorders, 20(1), 441. DOI: 10.1186/s12891-019-2822-7.
- Mackoul P, Danilyants N, Baxi R, van der Does L & Haworth L (2019): Laparoscopic Hysterectomy Outcomes: Hospital vs Ambulatory Surgery Center. JSLS: Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons, 23(1). DOI: 10.4293/JSLS.2018.00076.
- Markewitz A (2021): Jahresbericht 2018 des Deutschen Herzschrittmacher- und Defibrillator-Registers – Teil 2: Implantierbare Kardioverter-Defibrillatoren (ICD) : Fachgruppe Herzschrittmacher und Defibrillatoren beim IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Herzschrittmachertherapie & Elektrophysiologie, 32(1), 75–88. DOI: 10.1007/s00399-020-00732-5.
- Markewitz A (2021): Jahresbericht 2019 des Deutschen Herzschrittmacher- und Defibrillator-Registers – Teil 1: Herzschrittmacher: Fachgruppe Herzschrittmacher und Defibrillatoren beim IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Herzschrittmachertherapie & Elektrophysiologie, 32(4), 510–523. DOI: 10.1007/s00399-021-00796-x.
- Markewitz A (2021): Jahresbericht 2019 des Deutschen Herzschrittmacher- und Defibrillator-Registers – Teil 2: Implantierbare Kardioverter-Defibrillatoren (ICD) : Fachgruppe Herzschrittmacher und Defibrillatoren beim IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Herzschrittmachertherapie & Elektrophysiologie, 32(4), 524–540. DOI: 10.1007/s00399-021-00797-w.
- Martens E, Sinner M F, Siebermair J, Raufhake C, Beckmann B M, Veith S, Düvel D, Steinbeck G & Käb S (2014): Incidence of sudden cardiac death in Germany:
-

- results from an emergency medical service registry in Lower Saxony. *Europace*, 16(12), 1752–1758. DOI: 10.1093/europace/euu153.
- Mathis M R, Naughton N N, Shanks A M, Freundlich R E, Pannucci C J, Chu Y, Haus J, Morris M & Kheterpal S (2013): Patient selection for day case eligible surgery: identifying those at high risk for major complications. *Anesthesiology*, 119(6), 1310–1321. DOI: 10.1097/ALN.000000000000005.
- MEDIVERBUND (2022, 17. Januar): Kardiologie: AOK BW / Bosch BKK. <https://www.medi-verbund.de/facharztvertraege/aok-bw-bosch-bkk-kardiologie/>.
- Migliorini F, Cipollaro L, Cuozzo F, Oliva F, Marino A V & Maffulli N (2021): Outpatient Total Hip Arthroplasty: A Meta-Analysis. *Applied Sciences*, 11(15), 6853. DOI: 10.3390/app11156853.
- Moser K H (2018): Ambulante Therapie des Hämorrhoidalleidens in einer chirurgischen Praxis. *coloproctology*, 40(4), 251–257. DOI: 10.1007/s00053-018-0266-4.
- Navalón P, Pallás Y, Navalón V, Ordoño F & Monllor E (2012): A Twelve-Year Experience in Ambulatory Surgery within Urology. *ISRN Urology*, 2012. DOI: 10.5402/2012/383642.
- NHS (2018, 28. August): Coronary angioplasty and stent insertion: Risks. <https://www.nhs.uk/conditions/coronary-angioplasty/risks/>.
- Nollert U (2019): Anästhesiologische Besonderheiten bei ambulanten Eingriffen. In R Rossaint, C Werner & B Zwißler (Hrsg.), *Springer Reference Medizin. Die Anästhesiologie* (S. 1065–1078). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-54507-2_69.
- Nyszkiewicz R, Becker K, Engelhardt T O, Hakimi M, Lautenbach M, Millrose M, Mühldorfer-Fodor M, Obladen A & van Schoonhoven J (2020): Konsensusempfehlung – Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie zur ambulanten Leistungserbringung handchirurgischer Operationen. *Handchirurgie, Mikrochirurgie, plastische Chirurgie: Organ der Deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft für Handchirurgie: Organ der Deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft für Mikrochirurgie der Peripheren Nerven und Gefäße : Organ der V...*, 52(3), 244–248. DOI: 10.1055/a-1165-6964.
- Pittman G (2011, 5. Oktober): Do patients need to stay the night after stenting? *Reuters Media*. <https://www.reuters.com/article/us-stenting-idUSTRE7946M220111005>.
- Pöllath M, Sinning F (2016): Ambulante Leistenhernienreparationen: Indikation und Ergebnisse. *Chirurgische praxis*, 80(4), 649–660.
-

- Rebibo L, Leourier P, Badaoui R, Le Roux F, Lorne E & Regimbeau J M (2019): Minor laparoscopic liver resection as day-case surgery (without over-night hospitalisation): a pilot study. *Surgical endoscopy*, 33(1), 261–271. DOI: 10.1007/s00464-018-6306-x.
- Reinhold U (2007): Ambulante dermatologische Chemotherapie. *Der Hautarzt; Zeitschrift für Dermatologie, Venerologie, und verwandte Gebiete*, 58(1), 77–93. DOI: 10.1007/s00105-006-1244-2.
- Rutt G T (2016): Gynäkologie. In T Standl & C Lussi (Hrsg.), *Ambulantes Operieren in Klinik, Praxis und MVZ* (S. 215–221). Springer Berlin Heidelberg. DOI: 10.1007/978-3-662-49787-6.
- Saporito A, Calciolari S, Ortiz L G, Anselmi L, Borgeat A & Aguirre J (2016): A cost analysis of orthopedic foot surgery: can outpatient continuous regional analgesia provide the same standard of care for postoperative pain control at home without shifting costs? *The European journal of health economics: HEPAC: health economics in prevention and care*, 17(8), 951–961. DOI: 10.1007/s10198-015-0738-1.
- Schumacher B, Reichle B, Sommer P, Davé T, Levenson B, Reinecke H, Stellbrink C, Steinbeck G & Mengel R (2017): Kriterien für die Notwendigkeit und Dauer von Krankenhausbehandlung bei elektiven rhythmologischen Eingriffen. *Der Kardiologe*, 11(3), 209–218. DOI: 10.1007/s12181-017-0152-2.
- Schumpelick V, Stumpf M & Schwab R (2004): Leistenhernienchirurgie als ambulante und kurzzeitstationäre Chirurgie. Möglichkeiten und Grenzen. *Der Chirurg; Zeitschrift für alle Gebiete der operativen Medizin*, 75(2), 126–130. DOI: 10.1007/s00104-003-0777-5.
- Scott A, Shekherdimian S, Rouch J D, Sacks G D, Dawes A J, Lui W Y, Bridges L, Heisler T, Crain S R, Cheung M K W & Aboulian A (2017): Same-Day Discharge in Laparoscopic Acute Non-Perforated Appendectomy. *Journal of the American College of Surgeons*, 224(1), 43–48. DOI: 10.1016/j.jamcollsurg.2016.10.026.
- Sesterhenn A M, Geyer G (2016): HNO-Heilkunde. In T Standl & C Lussi (Hrsg.), *Ambulantes Operieren in Klinik, Praxis und MVZ* (S. 234–239). Springer Berlin Heidelberg. DOI: 10.1007/978-3-662-49787-6.
- Shroff A, Kupfer J, Gilchrist I C, Caputo R, Speiser B, Bertrand O F, Pancholy S B & Rao S V (2016): Same-Day Discharge After Percutaneous Coronary Intervention: Current Perspectives and Strategies for Implementation. *JAMA cardiology*, 1(2), 216–223. DOI: 10.1001/jamacardio.2016.0148.
- Siddiqui S H, Singh R, Siddiqui E, Zhao E H, Eloy J A, Baredes S & Park R C W (2019): Outpatient versus inpatient parotidectomy: Comparison of post-operative complication rates. *The Laryngoscope*, 129(3), 655–661. DOI: 10.1002/lary.27358.
-

- Slagboom T, Kiemeneij F, Laarman G J & van der Wieken R (2005): Outpatient coronary angioplasty: feasible and safe. *Catheterization and cardiovascular interventions: official journal of the Society for Cardiac Angiography & Interventions*, 64(4), 421–427. DOI: 10.1002/ccd.20313.
- Small A, Klinker P, Della Siega A, Fretz E, Kinloch D, Mildemberger R, Williams M & Hilton D (2007): Day procedure intervention is safe and complication free in higher risk patients undergoing transradial angioplasty and stenting. The discharge study. *Catheterization and cardiovascular interventions: official journal of the Society for Cardiac Angiography & Interventions*, 70(7), 907–912. DOI: 10.1002/ccd.21277.
- Vinson-Bonnet B, Higuero T, Faucheron J L, Senejoux A, Pigot F & Siproudhis L (2015): Ambulatory haemorrhoidal surgery: systematic literature review and qualitative analysis. *International journal of colorectal disease*, 30(4), 437–445. DOI: 10.1007/s00384-014-2073-x.
- Washington HealthCareCompare (2021): Unblock Blood Vessel with Stent: Coronary Angioplasty: Outpatient. <https://www.wahealthcarecompare.com/procedure/unblock-blood-vessel-stent>.
- Wehrmann S, Ardelt M & Settmacher U (2019): Laparoskopische Minorresektionen der Leber als ambulante Operationen – eine Pilotstudie. *Der Chirurg; Zeitschrift für alle Gebiete der operativen Medizin*, 90(2), 154. DOI: 10.1007/s00104-019-0799-2.
- West Jefferson Medical Center LCMC Health (2022, 17. Januar): Stent Placement. Cardiology services on the West Bank: Heart & Vascular Care. <https://www.wjmc.org/our-services/heart-vascular-care/stent-placement/>.
-

6. Anhang

- A1 Internationaler Vergleich Tagesfall-Operationen**
 - A2 Auswertungen auf Endsteller-Ebene**
 - A3 Angeforderte Auswertungen Zi-Daten**
 - A4 Liste der angeforderten Variablen für die § 21-KHEntgG-Daten**
 - A5 Liste der Expertinnen und Experten für qualitative Expertengespräche**
 - A6 Verwendete Diagnosen zur Abgrenzung der ambulantsensitiven Krankenhaufälle**
 - A7 Liste der im Rahmen der Primären Fehlbelegung von den Krankenkassen genannten OPS**
-

A1 Internationaler Vergleich Tagesfall-Operationen

Tabelle 51: Anteil der Eintagesfälle bei ausgewählten Operationen im internationalen Vergleich, 2019

kind of surgery	Germany	Germany	Austria	Denmark	Switzerland	United Kingdom
	Total procedures per 100 000 population	% performed as day cases				
Cataract surgery *	1.061,8	83,2	87,9	96,2	88,2	99,1
Transluminal coronary angioplasty	419,5	1,0	2,6	22,2	21,7	31,4
Hysterectomy (females)	239,8	0,0	0,0	57,7	1,2	2,1
Laparoscopic cholecystectomy	204,6	0,0	0,7	55,3	5,1	51,0
Partial excision of mammary gland (females)	193,9	0,4	3,4	88,3	8,2	77,8
Transurethral prostatectomy (males)	182,1	0,0	0,1	25,0	0,8	9,5
Laparoscopic repair of Inguinal hernia	138,7	0,2	5,6	88,6	26,8	77,4
Laparoscopic appendectomy	121,8	0,0	0,0	12,6	0,3	2,6
Total mastectomy	65,5	0,0	0,0	45,6	4,1	21,2

Quelle: IGES auf Basis von Daten der OECD

Anmerkung: Die bevölkerungsbezogene Häufigkeit der Operationen weicht in den Vergleichsländern teilweise deutlich von der in Deutschland ab. Vergleichbarkeit der Tagesfall-Anteile aufgrund unterschiedlicher Zählweisen und Abgrenzungen eingeschränkt.

* Die Angaben zu Katarakt-Operationen enthalten auch die ambulant durchgeführten Fälle (in Deutschland: 82,8%). Ambulante Fälle gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus sind nicht enthalten.

A2 Auswertungen auf Endsteller-Ebene

Ambulant am Krankenhaus erbrachte Leistungen des AOP-Katalogs

Von den Leistungen des AOP-Katalogs wurde im Jahr 2019 am häufigsten die OPS-Ziffer 1-650.2 „Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie“ ambulant am Krankenhaus erbracht (Tabelle 52). Diese OPS-Ziffer wurde 231.698-mal dokumentiert, was einem Anteil von mehr als 10,3 % aller von den Kliniken dokumentierten Prozeduren des AOP-Katalogs entspricht. Die 25 am häufigsten kodierten OPS-Ziffern aus dem AOP-Katalog wurden insgesamt 1.302.951-mal dokumentiert, was einem Anteil von rund 57,9 % aller Leistungen der OPS-Codes aus dem AOP-Katalog gemäß der Dokumentation in Kapitel B-[X].9 der strukturierten Qualitätsberichte entspricht.

Die OPS-Ziffern der SQB-Berichte lassen sich nicht fall- oder patientenbezogen auswerten. Bei einigen Ziffern ist anzunehmen, dass sie im Zusammenhang miteinander erbracht werden. Dies könnte beispielsweise für die verschiedenen Biopsien und eventuell auch für Polypektomien am Verdauungstrakt gelten (OPS 1-444.7, 5-452.61, 1-444.6, 5-452.60). Es ist möglich, dass diese im Zusammenhang mit den Diagnostischen Koloskopien (OPS 1-650.2, 1-650.1) kodiert werden. Ähnliches wäre teilweise für die Hysteroskopie (OPS 1-672) und Biopsien am Endometrium (OPS 1-471.2) denkbar.

Mehr als die Hälfte der OPS-Ziffern aus dem AOP-Katalog (n = 1.480 bzw. 58,8 %) wurden insgesamt weniger als 50-mal dokumentiert. Jeweils nur von einem Krankenhausstandort (und dann jeweils weniger als dreimal) wurden 211 Ziffern kodiert.

Tabelle 52: TOP 25 Prozeduren des AOP-Katalogs (endstellig) - ambulant am Krankenhaus, 2019

OPS-Ziffer	Beschreibung	Anzahl	Anteil*
1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	231.698	10,3%
1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	121.848	5,4%
5-144.5a	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	109.640	4,9%
1-672	Diagnostische Hysteroskopie	98.724	4,4%
1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	78.335	3,5%
1-471.2	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	63.183	2,8%
5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder	54.946	2,4%

OPS-Ziffer	Beschreibung	Anzahl	Anteil*
	Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)		
5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	49.038	2,2%
5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	48.596	2,2%
5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	41.267	1,8%
1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	37.554	1,7%
5-056.40	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Hand: Offen chirurgisch	33.121	1,5%
5-285.0	Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Primäreingriff	33.044	1,5%
1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	32.575	1,4%
5-690.1	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit lokaler Medikamentenapplikation	32.306	1,4%
1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	30.906	1,4%
5-640.2	Operationen am Präputium: Zirkumzision	28.528	1,3%
5-452.60	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Exzision ohne weitere Maßnahmen	26.105	1,2%
5-155.4	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea: Durch flächige Laserkoagulation	24.775	1,1%
8-137.10	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Wechsel: Transurethral	23.029	1,0%
5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	22.611	1,0%
5-144.3a	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über sklero-kornealen Zugang: Mit Einführung einer kapsel fixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	21.218	0,9%
5-200.5	Parazentese [Myringotomie]: Mit Einlegen einer Paukendrainage	20.453	0,9%
8-137.12	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Wechsel: Über ein Stoma	20.404	0,9%

OPS-Ziffer	Beschreibung	Anzahl	Anteil*
1-472.0	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri: Zervixabrasio	19.047	0,8%
		1.302.951	57,9%

Quelle: IGES auf Basis der strukturierten Qualitätsberichte für das Jahr 2019
 Anmerkungen: Der Anteil bezieht sich ausschließlich auf die Prozeduren des AOP-Katalogs, n = 2.249.778, die im Berichtskapitel B-[X].9 dokumentiert wurden.

Ambulant am Krankenhaus erbrachte Leistungen außerhalb des AOP-Katalogs

Von den Leistungen außerhalb des AOP-Katalogs wurde im Jahr 2019 am häufigsten die OPS-Ziffer 5-156.9 „Andere Operationen an der Retina: Injektion von Medikamenten in den hinteren Augenabschnitt“ im Berichtskapitel B-[X].9 dokumentiert (Tabelle 53). Diese OPS-Ziffer wurde 18.156-mal dokumentiert, was einem Anteil von mehr als 12,3 % aller dokumentierten Prozeduren im Bereich der ambulanten Leistungen außerhalb des AOP-Katalogs an Krankenhäusern entspricht. Die 25 am häufigsten kodierten OPS-Ziffern aus dem AOP-Katalog wurden insgesamt 89.817-mal dokumentiert, was einem Anteil von rund 60,6 % aller im Berichtskapitel B-[X].9 dokumentierten OPS-Leistungen außerhalb des AOP-Katalogs entspricht.

Mit 2.697 OPS-Ziffern wurden rund 90,8 % der OPS-Ziffern außerhalb des AOP-Katalogs weniger als 50-mal dokumentiert. 1.268 Ziffern davon wurden lediglich von einem Krankenhausstandort jeweils weniger als 3-mal kodiert.

Generell befinden sich unter den TOP 25-Leistungen im Bereich der OPS-Codes außerhalb des AOP-Katalogs viele Begleitleistungen, darunter zum Beispiel 5-984 „Mikrochirurgische Technik“ oder 8-900 „Intravenöse Anästhesie“.¹¹⁹

Auch hier ist aufgrund der Art des Eingriffs anzunehmen, dass die Liste Mehrfachkodierungen enthält. Die Ziffern 5-984 (Mikrochirurgische Technik), 8-900 (Intravenöse Anästhesie), 8-930 (Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes), 1-440.a (Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt), 5-469.e3 (Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch), 5-469.d3 (Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch), 6-003.c (Applikation von Medikamenten, Liste 3: Ranibizumab, intravitreal), 6-007.2 (Applikation von Medikamenten, Liste 7: Aflibercept, intravitreal) und weitere aus der Tabelle 3 dürften im Zusammenhang mit dem zugrunde liegenden Eingriff (aus dem AOP-Katalog) kodiert worden sein.

¹¹⁹ Eine Zuordnung der OPS-Codes zu Behandlungsfällen ist anhand der vorliegenden Daten nicht möglich.

Tabelle 53: TOP 25 Prozeduren im Bereich „ambulanter Operationen nach § 115b SGB V“ außerhalb des AOP-Katalogs – ambulant am Krankenhaus, 2019

OPS-Ziffer	Beschreibung	Anzahl	Anteil*
5-156.9	Andere Operationen an der Retina: Injektion von Medikamenten in den hinteren Augenabschnitt	18.156	12,3%
5-984	Mikrochirurgische Technik	13.228	8,9%
8-900	Intravenöse Anästhesie	7.606	5,1%
1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	7.388	5,0%
8-020.0	Therapeutische Injektion: Auge	5.419	3,7%
1-653	Diagnostische Proktoskopie	5.000	3,4%
1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	3.811	2,6%
5-469.e3	Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch	3.515	2,4%
3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	3.291	2,2%
5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	2.818	1,9%
6-003.c	Applikation von Medikamenten, Liste 3: Ranibizumab, intravitreal	2.738	1,8%
1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	1.824	1,2%
3-200	Native Computertomographie des Schädels	1.813	1,2%
3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	1.741	1,2%
3-13d.5	Urographie: Retrograd	1.683	1,1%
8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	1.466	1,0%
6-007.2	Applikation von Medikamenten, Liste 7: Aflibercept, intravitreal	1.235	0,8%
3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	965	0,7%
3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	941	0,6%
1-655	Chromoendoskopie des unteren Verdauungstraktes	916	0,6%

OPS-Ziffer	Beschreibung	Anzahl	Anteil*
1-266.0	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher	905	0,6%
1-266.1	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Kardioverter/Defibrillator (ICD)	899	0,6%
8-020.5	Therapeutische Injektion: Gelenk oder Schleimbeutel	857	0,6%
5-667.1	Insufflation der Tubae uterinae: Chromopertubation	815	0,6%
3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	787	0,5%
		89.817	60,6%

Quelle: IGES auf Basis der Strukturierten Qualitätsberichte für das Jahr 2019

Anmerkungen: *Der Anteil bezieht sich ausschließlich auf die Prozeduren, die nicht im AOP-Katalog enthalten sind, aber im Berichtskapitel B-[X].9 von den Krankenhäusern dokumentiert wurden, n = 148.178.

Ambulant vertragsärztlich erbrachte Leistungen des AOP-Katalogs

Auf die 25 am häufigsten dokumentierten OPS-Leistungen entfiel im Jahr 2019 ein Anteil von 58,2 % aller im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen des Abschnitts 1 des AOP-Katalogs (Tabelle 54). Die häufigste Leistung war die Eröffnung der Linsenkapsel mit Hilfe eines Lasers (Behandlung des Nachstars), die knapp 400.000-mal durchgeführt wurde (Anteil: 13,1 %). Auch die zwei nächsthäufigsten Leistungen zählen zur augenärztlichen Versorgung; insgesamt entfiel auf augenärztliche Leistungen unter den TOP 25 ein Anteil von rd. einem Drittel aller im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen des Abschnitts 1 des AOP-Katalogs (33,7 %). Mehrfach unter den TOP 25 vertreten sind zudem Behandlungen und Eingriffe an der Hand (5,2 %), an Gelenken (4,1 %) und Varizen (2,5 %).

Tabelle 54: TOP 25-Prozeduren des Abschnitts 1 des AOP-Katalogs (endstellig) in den vertragsärztlichen Praxen, 2019

OPS-Ziffer	Beschreibung	Anzahl	Anteil
5-142.2	Kapsulotomie der Linse: Kapsulotomie durch Laser	398.674	13,1%
5-144.5a	Extrakapsuläre Extradktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	305.122	10,0%
5-144.3a	Extrakapsuläre Extradktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über sklerokornealen Zugang: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	152.824	5,0%

OPS-Ziffer	Beschreibung	Anzahl	Anteil
5-056.40	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Hand: Offen chirurgisch	96.630	3,2%
5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	76.861	2,5%
5-215.3	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Submuköse Resektion	66.768	2,2%
5-133.3	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation: Lasertrabekuloplastik	66.390	2,2%
5-155.4	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea: Durch flächige Laserkoagulation	57.108	1,9%
5-640.3	Operationen am Präputium: Frenulum- und Präputiumplastik	54.720	1,8%
1-672	Diagnostische Hysteroskopie	52.824	1,7%
5-285.0	Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Primäreingriff	49.304	1,6%
5-385.96	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Ex-hairese (als selbständiger Eingriff): Seitenastvarize	43.444	1,4%
5-903.64	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotations-Plastik, großflächig: Sonstige Teile Kopf	41.417	1,4%
5-849.0	Andere Operationen an der Hand: Exzision eines Ganglions	35.883	1,2%
5-385.70	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena magna	33.823	1,1%
5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	31.964	1,1%
5-814.3	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	31.615	1,0%
5-780.6w	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Phalangen Fuß	31.146	1,0%
5-155.3	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea: Durch lokale Laserkoagulation	26.237	0,9%
5-840.81	Operationen an Sehnen der Hand: Tenolyse: Beuge-sehnen Langfinger	23.172	0,8%
5-492.00	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals: Exzision: Lokal	21.302	0,7%
5-041.5	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven: Nerven Rumpf	18.171	0,6%

OPS-Ziffer	Beschreibung	Anzahl	Anteil
5-810.4h	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung freier Gelenkkörper: Kniegelenk	18.062	0,6%
5-154.2	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut: Laser-Retinopexie	18.048	0,6%
5-493.2	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Exzision (z.B. nach Milligan-Morgan)	17.968	0,6%

Quelle: IGES auf Basis der Auswertungen der Daten des ZI

A3 **Angeforderte Auswertungen Zi-Daten**

Folgende Datenauswertungen (ohne belegärztliche Leistungen) für das Jahr 2019 wurden beim Zi angefordert:

- ◆ Auswertungen auf Basis der OPS
 - Anzahl insgesamt dokumentierter OPS
 - Anzahl insgesamt dokumentierter OPS aus dem Anhang 2 des EBM
 - Anzahl insgesamt dokumentiert OPS aus dem AOP-Katalog Abschnitt 1
 - Anzahl insgesamt dokumentierter OPS aus dem AOP-Katalog Abschnitt 2
 - Anzahl der jeweils dokumentierten OPS-Codes für alle OPS-Codes aus dem Anhang 2 des EBM und ggf. aus dem AOP-Katalog Abschnitt 2
 - Stratifizierung der OPS-Codes nach Altersgruppen der Patientinnen und Patienten sowie nach Art des Leistungserbringers (Vertragsärztinnen und -ärzte versus ermächtigte Ärztinnen und Ärzte bzw. Institutionen)
 - ◆ Auswertungen auf Basis der EBM-Ziffern
 - Anzahl der jeweils dokumentierten EBM-Ziffern gemäß AOP-Katalog Abschnitt 2
 - Anzahl der jeweils dokumentierten EBM-Ziffern gemäß AOP-Katalog Abschnitt 3
 - Stratifizierung der OPS-Codes nach Altersgruppen der Patientinnen und Patienten sowie nach Art des Leistungserbringers (Vertragsärztinnen und -ärzte versus ermächtigte Ärztinnen und Ärzte bzw. Institutionen)
 - ◆ Auswertungen auf Fallebene und Patientenebene
 - Fälle mit mind. einer dokumentierten OPS
 - Fälle mit mind. einer OPS aus dem EBM-Anhang 2
 - Fälle mit mind. einer OPS aus dem AOP-Katalog, Abschnitt 1
 - Fälle mit mind. einer OPS aus dem AOP-Katalog, Abschnitt 2
 - Fälle mit einer OPS
 - Fälle mit zwei OPS
 - Fälle mit drei OPS
 - Fälle mit mehr als drei OPS
 - Fälle mit einer EBM-Ziffer aus dem AOP-Katalog Abschnitt 2 oder 3
-

-
- Fälle mit zwei EBM-Ziffern aus dem AOP-Katalog Abschnitt 2 oder 3
 - Fälle mit drei EBM-Ziffern aus dem AOP-Katalog Abschnitt 2 oder 3
 - Fälle mit mehr als drei EBM-Ziffern aus dem AOP-Katalog Abschnitt 2 oder 3
 - ◆ Auswertungen auf Patientenebene
 - Patienten mit mind. einer dokumentierten OPS
 - Patienten mit mind. einer OPS aus dem EBM-Anhang 2
 - Patienten mit mind. einer OPS aus dem AOP-Katalog, Abschnitt 1
 - Patienten mit mind. einer OPS aus dem AOP-Katalog, Abschnitt 2
 - Patienten mit einer OPS
 - Patienten mit zwei OPS
 - Patienten mit drei OPS
 - Patienten mit mehr als drei OPS
 - Patienten mit einer EBM-Ziffer aus dem AOP-Katalog Abschnitt 2 oder 3
 - Patienten mit zwei EBM-Ziffern aus dem AOP-Katalog Abschnitt 2 oder 3
 - Patienten mit drei EBM-Ziffern aus dem AOP-Katalog Abschnitt 2 oder 3
 - Patienten mit mehr als drei EBM-Ziffern aus dem AOP-Katalog Abschnitt 2 oder 3
-

A4 Liste der angeforderten Variablen für die § 21-KHEntgG-Daten

Tabelle 55: Liste der angeforderten Variablen für die Auswertungen der § 21-KHEntgG-Daten

Variablen
Vom GKV-Spitzenverband generierte Variablen
Jahr
fall-id
abgerechnetes Relativgewicht
durch Grouper ermitteltes Relativgewicht
durch Grouper ermittelte PCCL
abgerechnete DRG
durch Grouper ermittelte DRG
Verweildauer
Fahrzeit zum Behandlungsort
Aufnahmeanlass plausibilisiert
Kurzliegertage (Anzahl)
ermittelte Major Diagnostic Category (MDC)
Marker für GKV-Versicherte
Marker für vorstationäre Fäll
Marker für teilstationäre Fälle
Datenfelder gemäß Datensatzbeschreibung, relationale Datensätze für die Variablen der Diagnosen und Prozeduren
Anzahl der aufgestellten Betten nach Bettengrößenklasse
Art des Krankenhauses
Alter in Jahren am Aufnahmetag
Geschlecht
Aufnahmedatum (Tag und Uhrzeit)
Aufnahmeanlass
Aufnahmegrund
Entlassungs-/Verlegungsdatum (Tag und Uhrzeit)
Entlassungs-/Verlegungsgrund
Beatmungsstunden

Variablen

Behandlungstage vorstationär

Behandlungstage nachstationär

Diagnoseart

Diagnoseschlüssel

Prozedureschlüssel

OPS-Datum

Lokalisation (OPS)

Belegoperator

Beleganästhesist

Beleghebamme

Fachabteilung mit der längsten Verweildauer

Verweildauer Intensiv über alle Fachabteilungen

Quelle: IGES

A5 Liste der Expertinnen und Experten für qualitative Expertengespräche

Tabelle 56: Liste der Expertinnen und Experten für qualitative Expertengespräche

Organisation	Name
AGAPLESION gAG	Frau Dr. Bettina Beinhauer
Städtisches Klinikum Karlsruhe	Herr Dr. Thomas Schaan
Universitätsklinikum Heidelberg	Herr Dr. Markus Thalheimer
Klinikum Region Hannover	Herr Dr. Michael Stufler
KMG Kliniken	Herr Dr. Mathias Stöwhas
MDK	Frau Dr. Weber
MDK	Frau Dr. Mitsch

Quelle: IGES

A6 Verwendete Diagnosen zur Abgrenzung der ambulant-sensitiven Krankenhausfälle

Tabelle 57: Diagnosen zur Abgrenzung ambulant-sensitiver Krankenhausfälle

ICD 3-Steller Beschreibung	ICD
Akute Bronchitis	J20.0, J20.1, J20.2, J20.3, J20.4, J20.5, J20.6, J20.7, J20.8, J20.9
Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	J06.0, J06.8, J06.9
Akute Lymphadenitis	L04.0, L04.1, L04.2, L04.3, L04.8, L04.9
Akute Pharyngitis	J02.0, J02.8, J02.9
Akute Tonsillitis	J03.0, J03.8, J03.9
Angina pectoris	I20.0, I20.1, I20.8, I20.9
Asthma bronchiale	J45.0, J45.1, J45.8, J45.9, J46
Atherosklerose	I70.0, I70.1, I70.2, I70.8, I70.9
Bronchiektasen	J47
Cataracta senilis	H25.0, H25.1, H25.2, H25.8, H25.9
Chronische ischämische Herzkrankheit	I25.0, I25.1, I25.2, I25.3, I25.4, I25.5, I25.6, I25.8, I25.9
Chronische Rhinitis, Rhinopharyngitis und Pharyngitis	J31.2
Demenz bei Alzheimer-Krankheit	F00.0, F00.1, F00.2, F00.9
Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	F02.0, F02.1, F02.2, F02.3, F02.4, F02.8
Depressive Episode	F32.0, F32.1, F32.2, F32.3, F32.8, F32.9
Diabetes mellitus, Typ 1	E10.1, E10.2, E10.3, E10.4, E10.5, E10.6, E10.7, E10.8
Diabetes mellitus, Typ 2	E11.0, E11.1, E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6, E11.7, E11.8
Einfache und schleimig-eitrige chronische Bronchitis	J41.0, J41.1, J41.8
Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media	H66.0, H66.1, H66.2, H66.3, H66.4, H66.9
Emphysem	J43.0, J43.1, J43.2, J43.8, J43.9
Erysipel [Wundrose]	A46

ICD 3-Steller Beschreibung	ICD
Essentielle (primäre) Hypertonie	I10.0, I10.1, I10.9, I11.9
Follikuläre Zysten der Haut und der Unterhaut	L72.1
Glaukom	H40.0, H40.1, H40.2, H40.3, H40.4, H40.5, H40.6, H40.8, H40.9
Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	L02.0, L02.1, L02.2, L02.3, L02.4, L02.8, L02.9
Herzinsuffizienz	I50.0, I50.1, I50.9, I11.0
Hypotonie	I95.0, I95.1, I95.2, I95.8, I95.9
Impetigo	L01.0, L01.1
Krankheiten der Kapillaren	I78.0, I78.1, I78.8, I78.9
Krankheiten der Nägel	L60.0
Krankheiten mehrerer Herzklappen	I08.0
Nicht näher bezeichnete chronische Bronchitis	J42
Nicht näher bezeichnete Demenz	F03
Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	E14.0, E14.1, E14.2, E14.3, E14.4, E14.5, E14.6, E14.7, E14.8
Osteochondrose der Wirbelsäule	M42.0, M42.1, M42.9
Otitis media bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	H67.0, H67.1, H67.8
Pneumonie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	J17.0, J17.1, J17.2, J17.3, J17.8
Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	J15.0, J15.1, J15.2, J15.3, J15.4, J15.5, J15.6, J15.7, J15.8, J15.9
Pneumonie durch Haemophilus influenzae	J14
Pneumonie durch sonstige Infektionserreger, anderenorts nicht klassifiziert	J16.0, J16.8
Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae	J13
Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	J18.0, J18.1, J18.2, J18.8, J18.9
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	F10.0, F10.1, F10.2, F10.3, F10.4, F10.5, F10.6, F10.7, F10.8, F10.9
Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide	F11.0, F11.1, F11.2, F11.3, F11.4, F11.5, F11.6, F11.7, F11.8, F11.9
Rheumatische Aortenklappenkrankheiten	I06.0, I06.1, I06.2, I06.8, I06.9

ICD 3-Steller Beschreibung	ICD
Rheumatische Mitralklappenkrankheiten	I05.0, I05.1, I05.2, I05.8, I05.9
Rückenschmerzen	M54.0, M54.1, M54.2, M54.3, M54.4, M54.5, M54.6, M54.8, M54.9
Schlafstörungen	G47.0, G47.1, G47.2, G47.3, G47.4, G47.8, G47.9
Sonstige akute ischämische Herzkrankheit	I24.0, I24.8, I24.9
Sonstige bakteriell bedingte Lebensmittelvergiftungen, anderenorts nicht klassifiziert	A05.0, A05.1, A05.2, A05.3, A05.4, A05.8, A05.9
Sonstige bakterielle Darminfektionen	A04.0, A04.1, A04.2, A04.3, A04.4, A04.5, A04.6, A04.7, A04.8, A04.9
Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	J44.0, J44.1, J44.8, J44.9
Sonstige Darmkrankheiten durch Protozoen	A07.0, A07.1, A07.2, A07.3, A07.8, A07.9
Sonstige kardiale Arrhythmien	I49.8, I49.9
Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut, anderenorts nicht klassifiziert	L98.0
Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	M53.0, M53.1, M53.2, M53.3, M53.8, M53.9
Sonstige Krankheiten des Harnsystems	N39.0
Sonstige lokale Infektionen der Haut und der Unterhaut	L08.0, L08.8, L08.9
Sonstige periphere Gefäßkrankheiten	I73.0, I73.1, I73.8, I73.9
Sonstige Salmonelleninfektionen	A02.0, A02.1, A02.2, A02.8, A02.9
Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	A09.0, A09.9
Sonstige Venenkrankheiten	I87.0, I87.1, I87.2, I87.8, I87.9
Sonstige zerebrovaskuläre Krankheiten	I67.2, I67.4
Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus	E13.0, E13.1, E13.2, E13.3, E13.4, E13.5, E13.6, E13.7, E13.8
Spondylose	M47.0, M47.1, M47.2, M47.8, M47.9
Sprech- und Sprachstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	R47.0
Störungen des Herzschlages	R00.0, R00.2

ICD 3-Steller Beschreibung	ICD
Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis	I80.0, I80.80
Typhus abdominalis und Paratyphus	A01.0, A01.1, A01.2, A01.3, A01.4
Urethritis und urethrales Syndrom	N34.0, N34.1, N34.2, N34.3
Varizen der unteren Extremitäten	I83.0, I83.1, I83.2, I83.9
Varizen sonstiger Lokalisationen	I86.0, I86.1, I86.2, I86.3, I86.4, I86.8
Vaskuläre Demenz	F01.0, F01.1, F01.2, F01.3, F01.8, F01.9
Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen	A08.0, A08.1, A08.2, A08.3, A08.4, A08.5
Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	J12.0, J12.1, J12.2, J12.3, J12.8, J12.9
Volumenmangel	E86
Zystitis	N30.0, N30.1, N30.2, N30.3, N30.4, N30.8, N30.9

Quelle: IGES

A7 Liste der im Rahmen der Primären Fehlbelegung von den Krankenkassen genannten OPS

Tabelle 58: Liste der von den Krankenkassen genannten OPS im Zusammenhang mit Prüfungen auf primäre Fehlbelegung

OPS-Kode	Beschreibung
1-207.0	Elektroenzephalographie (EEG): Routine-EEG (10/20 Elektroden)
1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen
1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie
3-200	Native Computertomographie des Schädels
3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel
3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels
3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
5-200.4	Parazentese [Myringotomie]: Ohne Legen einer Paukendrainage
5-216.0	Reposition einer Nasenfraktur: Geschlossen
5-540.2	Inzision der Bauchwand: Entfernung eines Fremdkörpers
5-811.2h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Kniegelenk
5-814.3	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes
8-561.1	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie
8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie
8-914.12	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An der Lendenwirbelsäule
8-917.13	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An den Gelenken der Lendenwirbelsäule
1-426.3	(Perkutane) Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Lymphknoten, mediastinal
1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt
1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt
1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs

OPS-Kode	Beschreibung
1-650.*	Diagnostische Koloskopie: Partiiell
1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum
1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie
1-665	Diagnostische Ureterorenoskopie
1-700	Spezifische allergologische Provokationstestung
1-710	Ganzkörperplethysmographie
1-790	Polysomnographie
3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]
5-841.14	Operationen an Bändern der Hand: Durchtrennung: Bänder der Metakarpophalangealgelenke der Langfinger
5-039.34	Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation: Implantation oder Wechsel einer permanenten Elektrode zur epiduralen Dauerstimulation, perkutan
5-096.4*	Andere Rekonstruktion der Augenlider: Mit Verschiebe- und Rotationsplastik des Lides
5-142.2	Kapsulotomie der Linse: Kapsulotomie durch Laser
5-144.5a	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse
5-156.9	Andere Operationen an der Retina: Injektion von Medikamenten in den hinteren Augenabschnitt
5-200.5	Parazentese [Myringotomie]: Mit Einlegen einer Paukendrainage
5-285.0	Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Primäreingriff
5-385*	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen
5-385.70	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena magna
5-434.51	Atypische partielle Magenresektion: Herstellung eines Schlauchmagens [Sleeve Resection]: Laparoskopisch
5-530*	Verschluss einer Hernia inguinalis
5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation
5-788.40	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Weichteilkorrektur: In Höhe des 1. Zehenstrahles
5-810.0b	Unbekannter Code

OPS-Kode	Beschreibung
5-810.4b	Unbekannter Code
5-811.2b	Unbekannter Code
5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell
5-812.eh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Kniegelenk
5-814.3	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes
5-814.4	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Sonstige Rekonstruktion der Rotatorenmanschette
5-83a.02	Minimalinvasive Behandlungsverfahren an der Wirbelsäule (zur Schmerztherapie): Facetten-Thermokoagulation oder Facetten-Kryodener- vation: 3 oder mehr Segmente
5-870.a1	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25% des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)
5-897.0	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis: Exzision
5-983	Reoperation
5-984	Mikrochirurgische Technik
6-001.h8	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 950 mg bis unter 1.050 mg
6-007.j0	Applikation von Medikamenten, Liste 7: Obinutuzumab, parenteral: 1.000 mg bis unter 2.000 mg
8-522.90	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radi- otherapie: Ohne bildgestützte Einstellung
8-550.1	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behand- lungstage und 20 Therapieeinheiten
8-550.2	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behand- lungstage und 30 Therapieeinheiten
8-91*	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie
8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie
8-914.12	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An der Lenden- wirbelsäule
8-917.01	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerzthe- rapie: Ohne bildgebende Verfahren: An den Gelenken der Halswirbelsäule
8-918.02	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage: Mindestens 21 Therapieeinheiten, davon mindestens

OPS-Kode	Beschreibung
	5 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren
8-918.10	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage: Bis zu 41 Therapieeinheiten
8-918.11	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage: Mindestens 42 bis höchstens 55 Therapieeinheiten, davon weniger als 10 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren
8-918.14	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage: Mindestens 56 Therapieeinheiten, davon mindestens 14 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren
8-975.23	Naturheilkundliche Komplexbehandlung: Mind. 14 bis höchstens 20 Behandlungstage und weniger als 2.520 Behandlungsmin. oder mind. 10 bis höchstens 13 Behandlungstage und mind. 1.680 Behandlungsmin.
8-975.3	Naturheilkundliche und anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung: Anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung
8-977	Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems
8-97d.2	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom: Mindestens 21 Behandlungstage
8-983.1	Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage
9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-619	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen

Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenkassen



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

