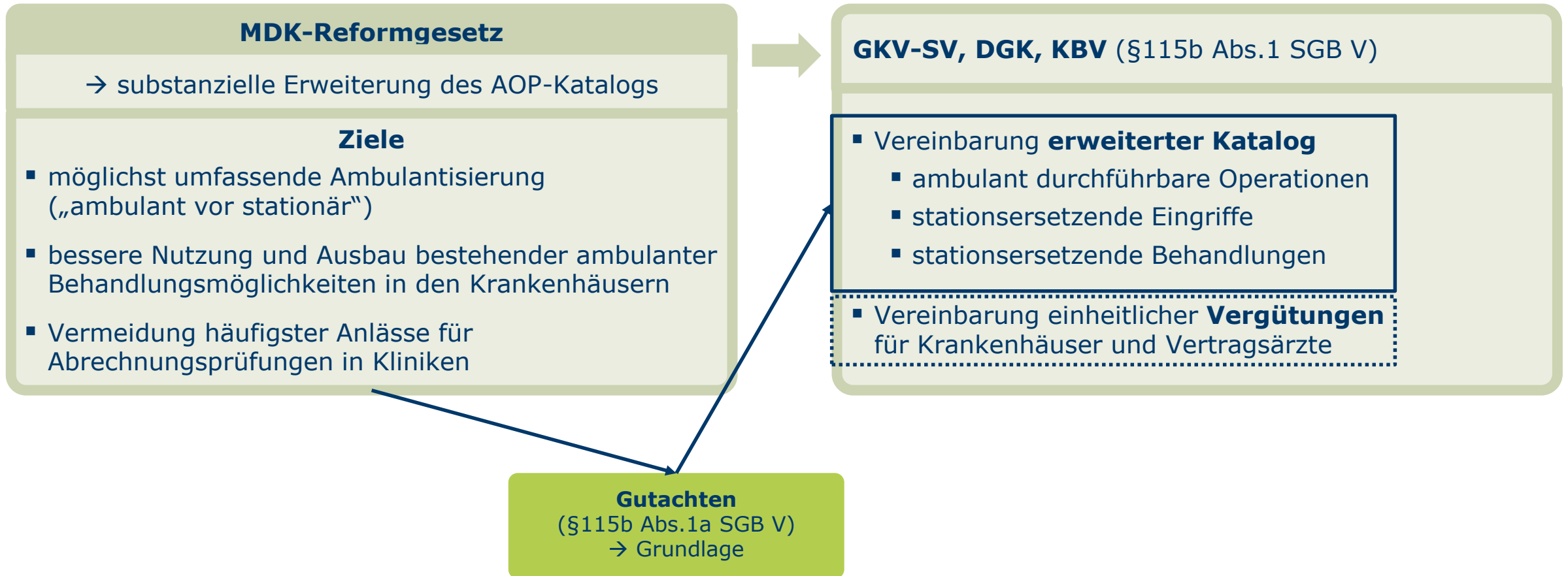


Neue Perspektiven der Ambulantisierung – Ergebnisse des Gutachtens zur Weiterentwicklung des AOP-Katalogs

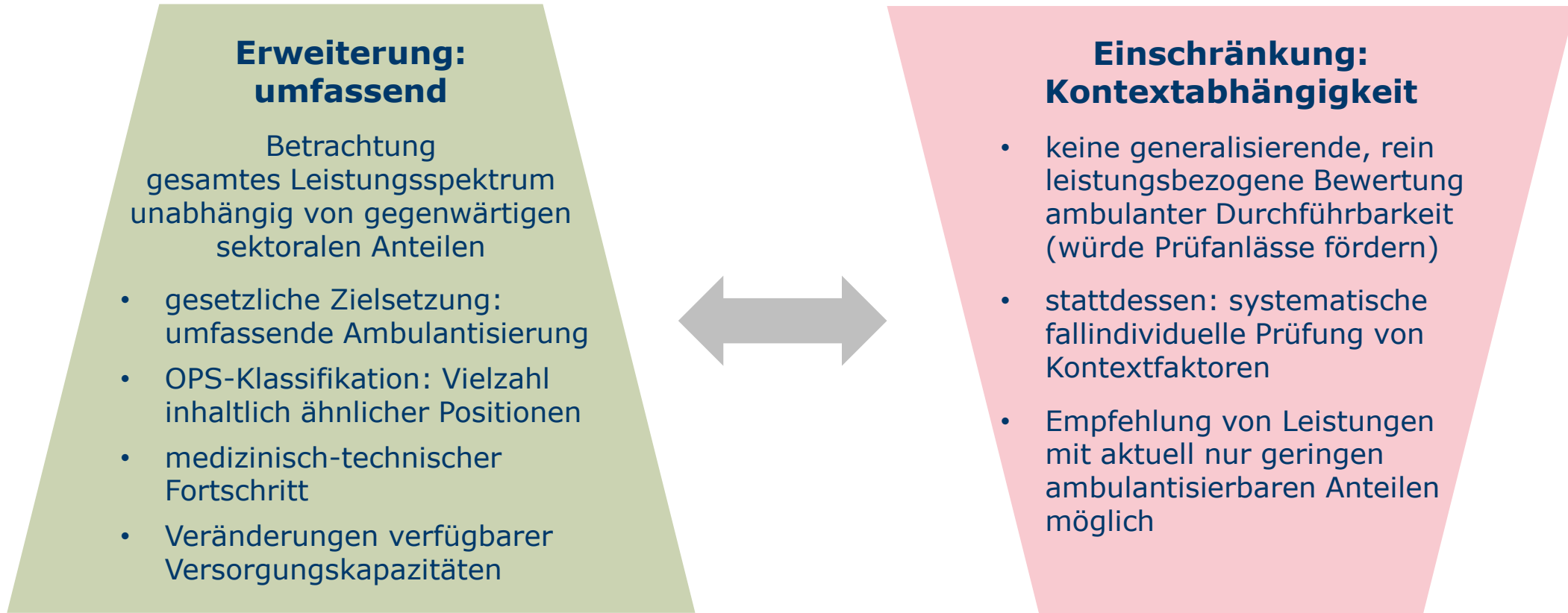
Dr. Martin Albrecht, IGES Institut

Werkstatt.ZUKUNFT.GESUNDHEIT.THÜRINGEN.2030: Workshop 4 (Kooperation und Vernetzung)
12. Dezember 2022

1. **Ambulantisierung durch Weiterentwicklung des AOP-Katalogs**



Quelle: IGES

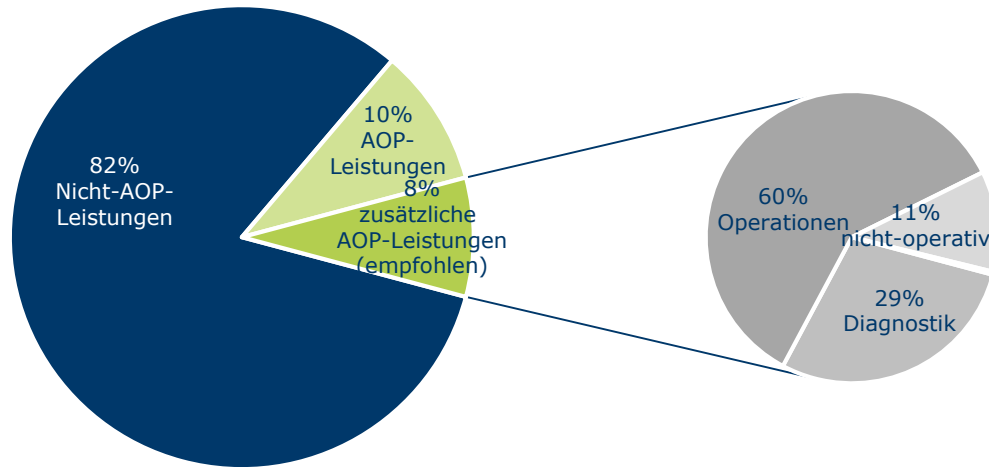


→ **umfassende Ambulantisierung bei gleichzeitiger Wahrung der Patientensicherheit**

Quelle: IGES

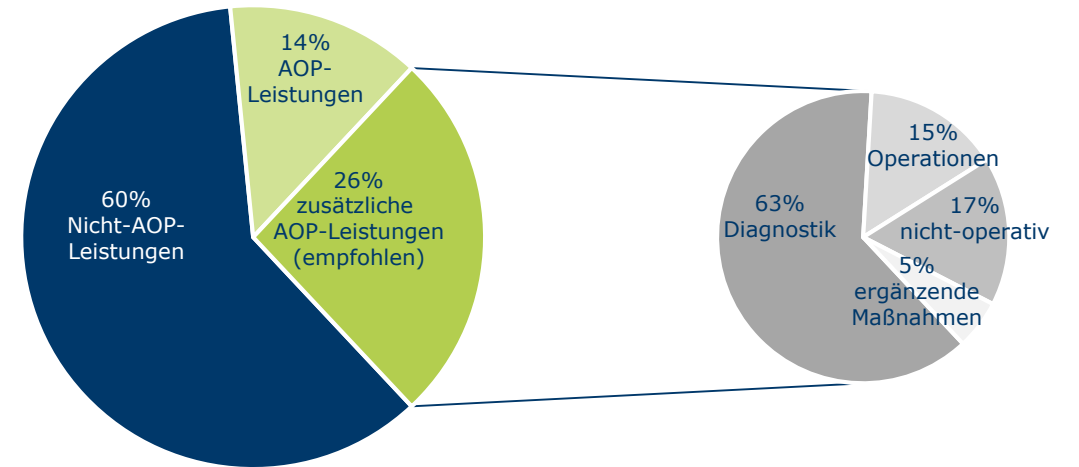
Empfehlung: 2.476 zusätzliche OPS-Kodes für AOP

Verteilung der OPS-Kodes nach AOP-Status und Leistungsbereichen



**Anzahl OPS-Kodes
insg. (2019):
29.866**

Anteile an stationärer Häufigkeit vor Kontextprüfung



**OPS-Häufigkeit
insg. (2019):
58,12 Mio.**

Quelle: IGES auf Basis des AOP-Katalogs 2019 und von Daten des Statistischen Bundesamtes (DRG-Statistik 2019)
„Diagnostik“ umfasst OPS-Kapitel 1 (diagnostische Maßnahmen) und Kapitel 3 (bildgebende Diagnostik)

Empfehlung nicht-operativer DRG-Leistungen

- fallzahlstarke DRGs ohne medizinisch dominante Prozedur

DRG	Bezeichnung	Fallzahlen				
		insg.	teilstationär	vorstationär	Kurzlieger	ASK
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
...

- 31 DRGs mit strahlentherapeutischen Leistungen ohne komplexen Leistungskontext
- 14 DRGs mit konservativer Behandlung von Tumorfällen ohne komplexe Konstellationen und ohne äußerst schwere Komplikationen oder Komorbiditäten

Quelle: IGES, DRG-Browser des InEK

Notfallabklärung

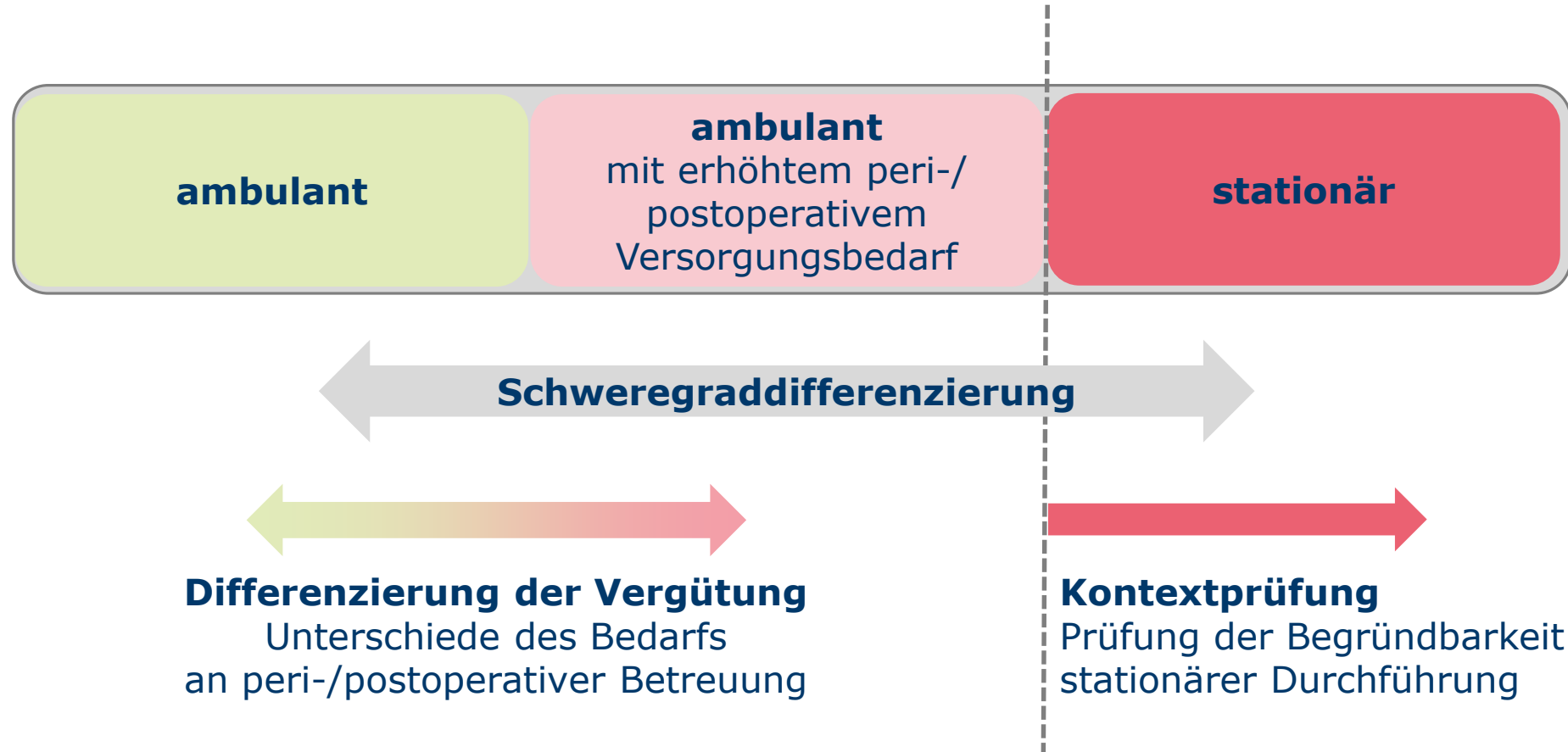
- häufige Erklärung für stationäre Behandlungsfälle ohne Durchführung wesentlicher OPS-Leistung, aber mit ärztlicher Beobachtung/Diagnostik
- vorgeschaltete Prüfung, ob Akutsituation vorliegt

Beobachtungsstatus

- max. 24 Std.
- ambulante Durchführung im oder am Krankenhaus (strukturelle Voraussetzungen)
- Fallzuordnung auf Basis ausgewählter Diagnosen

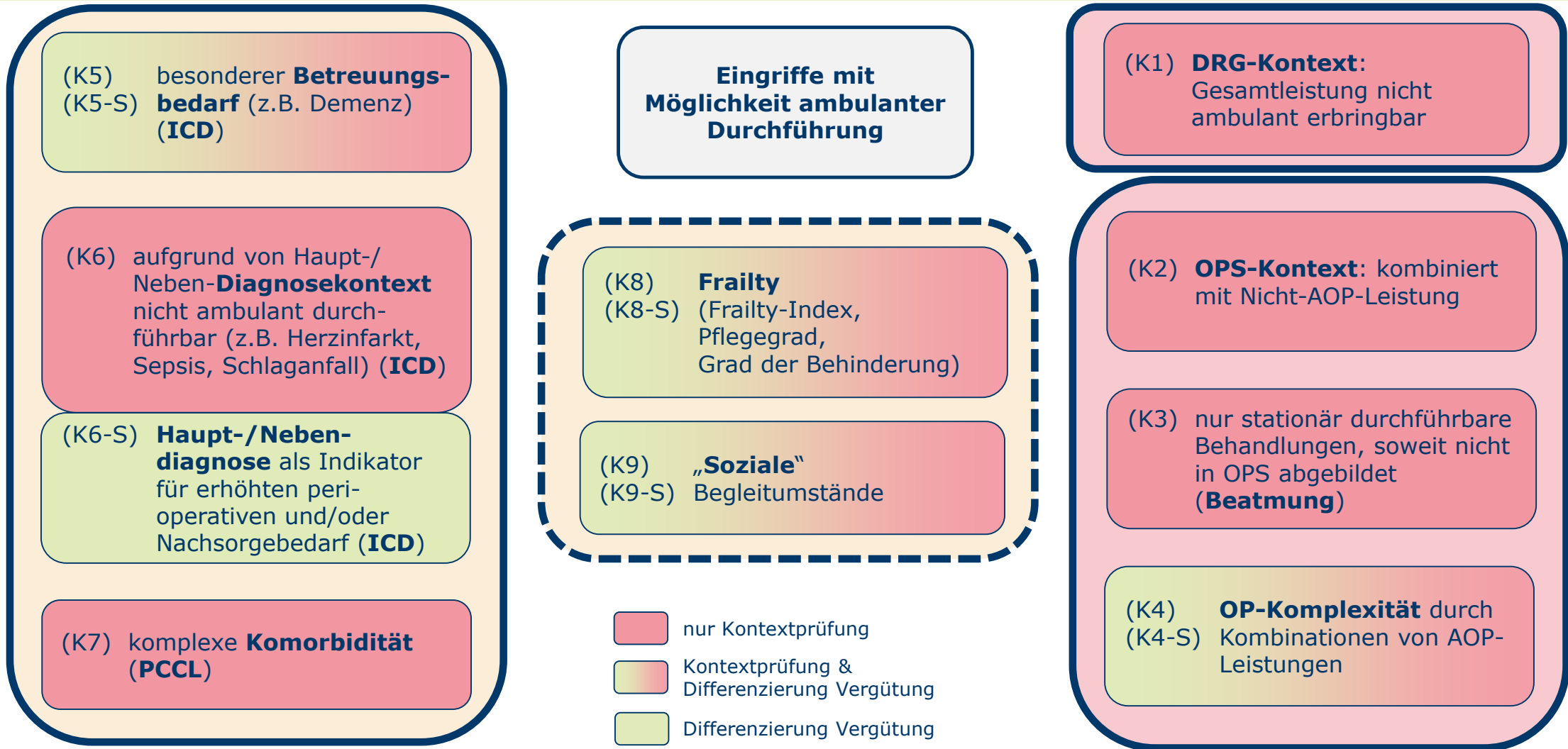
→ **nicht unabhängig von (Reform der) Organisation der Notfall- und Akutversorgung**

Funktion von Schweregraddifferenzierungen im Kontext der Leistungen gemäß §115b SGB V



Differenzierung der Vergütung
Unterschiede des Bedarfs
an peri-/postoperativer Betreuung

Kontextprüfung
Prüfung der Begründbarkeit
stationärer Durchführung



AOP als „lernendes System“

Umfassende Ambulantisierung kurzfristig nicht für alle empfohlenen Leistungen gleichermaßen realisierbar

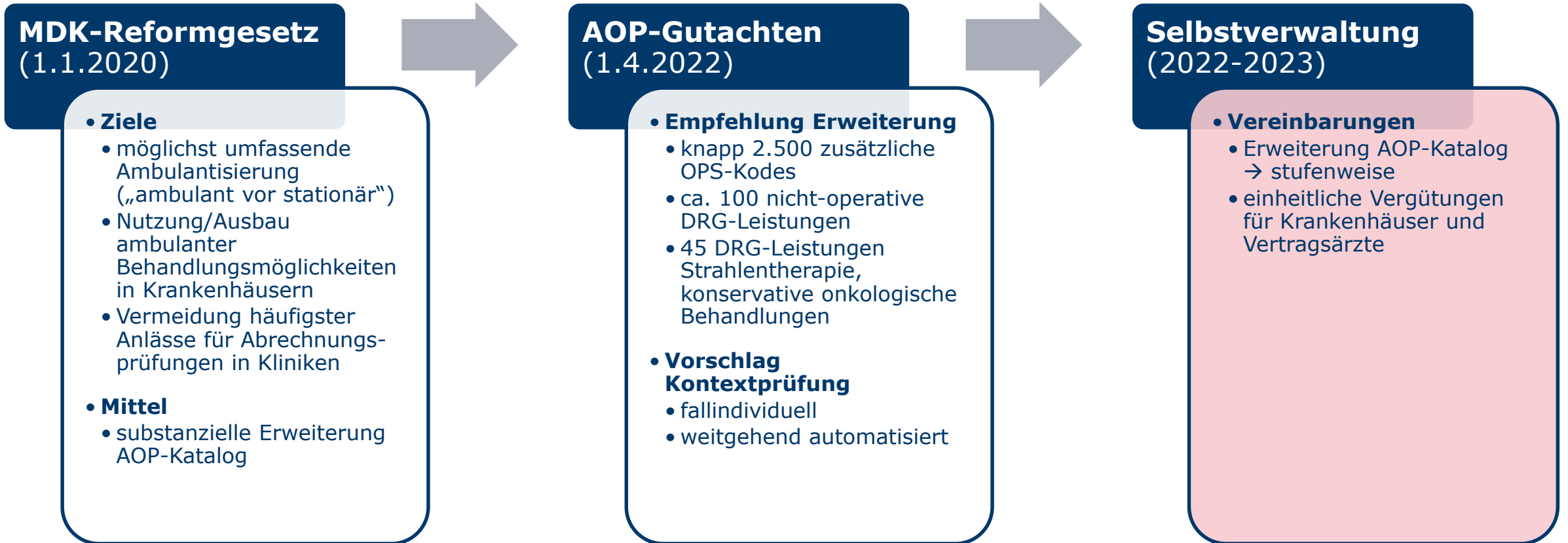
- weiterer Operationalisierungsbedarf bei einigen Kontextfaktoren
- Anpassungen bei Leistungsdefinitionen und -differenzierungen
- fehlende strukturelle und regulatorische Voraussetzungen (v.a. postoperative Nachbetreuung)
- offene Vergütungs- und Finanzierungsfragen

Empfehlung stufenweise Umsetzung

- wissenschaftlich-fachliche und datenbasierte Begleitung
- Einbeziehung Fachgesellschaften u.a.
- vertiefende Prüfung leistungsspezifischer Aspekte
- Erarbeitung eines „Ambulantisierungs-Groupers“

2. Entwicklung des AOP-Katalogs im Kontext der weiteren Gesetzgebung

Ambulantisierung durch Weiterentwicklung des AOP-Katalogs



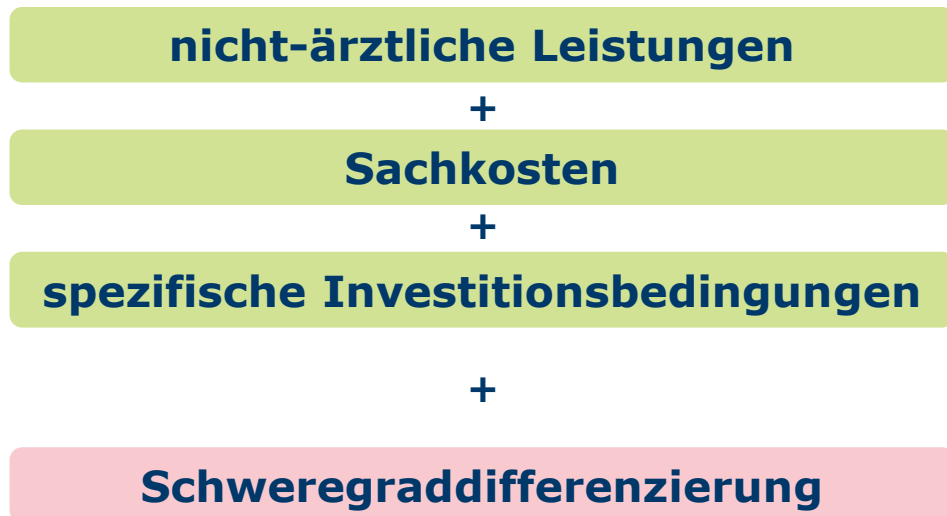
Quelle: IGES

Vergütung von AOP-Leistungen: aktuelle rechtliche Vorgaben

§ 115b Abs. 1 Satz 4 SGB V:
auf betriebswirtschaftlicher Grundlage



unter ergänzender Berücksichtigung



Koalitionsvertrag 2021-2025:
„Um die Ambulantisierung bislang unnötig stationär erbrachter Leistungen zu fördern, setzen wir zügig für geeignete Leistungen eine sektorengleiche Vergütung durch sogenannte **Hybrid-DRG** um.“

ESV-Konzept (Einheitliche, Sektorengleiche Vergütung)

- bisheriger **AOP-Katalog** (keine Erweiterung)
- **Kontextabgrenzung**: stationär bei PCCL ≥ 4
- Bildung **sektorengleicher Leistungsgruppen**: Zuordnung AOP-OPS zu DRGs (Kriterium: OPS als Hauptleistung)
- **Vergütungshöhe**: DRG abzüglich rein stationärer Kosten
- **Schweregraddifferenzierung** zweistufig anhand von Komplikationen/Komorbiditäten
- temporäre **Überfinanzierung** als Anreiz
- Phase 2 (nach 3 Jahren): **Neuerhebung Kostendaten** aller Leistungserbringer sektorengleichen Bereichs, Vergütung orientiert an „Mischstrukturen“

Entwurf KHPfIEG (§115f SGB V):

- Einführung **Hybrid-DRGs** („spezielle sektorengleiche Vergütung“) durch BMG per Rechtsverordnung zum 1.1.2023
- für häufigste bislang überwiegend stationär erbrachte AOP-Leistungen
- finanzieller Anreiz: Stärkung des vertragsärztlichen Bereichs ggü. stationärem Sektor
- Möglichkeit stationärer Durchführung im Einzelfall

Ambulantisierung durch Tagesstationäre Behandlung

Gesetzentwurf KHPfIEG (neuer §115e)



Ziele

- kurzfristige Entlastung Krankenhaus(personal)
- Einsparungen (→ keine Fahrkostenerstattung)
- Patienteninteressen

Definition und Abgrenzung

- Indikation stationäre somatische Behandlung, ohne Übernachtung
- in medizinisch geeigneten Fällen*, Krankenhaus und Patienten entscheiden (keine MD-Prüfung)
- mind. 6 Std. mit überwiegend ärztlicher/pflegerischer Behandlung im Krankenhaus
- mit ärztlicher Einweisung
- Klinikkapazitäten jederzeit verfügbar**
- DRG-Vergütung abzgl. Übernachtungskosten, Vorrang ambulant

Quelle: IGES auf Basis Äae KHPfIEG Stand. 8.11.2022

* keine Eignung bei HKP-Anspruch ** „im Rahmen der Behandlung“, „bei Bedarf jederzeit“ und (insbesondere bei Komplikationen) „auch nachts“

Wie geht es weiter?

Einige offene Fragen...

- Kommt die große Erweiterung des AOP-Katalogs (2. Stufe)?
- Welches Potenzial bieten tagesstationäre Behandlungen?
- Wird das Ambulantisierungspotenzial segmentiert?
 - AOP, Spezialambulanzen, tagesstationäre Behandlungen...
 - Regierungskommission: Krankenhaus-Versorgungsstufe Ii (Integrierte ambulant/stationäre Grundversorgung)
- Wird es eine sektoreinheitliche Vergütung für alle sektorengleichen Leistungen geben?
 - EBM bzw. EBM+
 - degressive Tagespauschalen + ärztliche Vergütung (EBM od. Zuschläge)
 - Hybrid-DRG
 - DRG abzüglich Übernachtungskosten (und ggf. weiterer rein stationärer Kosten)
- Ist der „Wettbewerb an der Schnittstelle“ noch ein gesundheitspolitisches Ziel?

IGES Institut
Dr. Martin Albrecht

www.iges.com