

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



Ergänzende Auswertungen zum IGES-Vorschlag zum ambulanten Operieren



Hintergrund

Anfang April 2022 wurden im Rahmen eines Gutachtens nach § 115b Abs. 1a SGB V unter Federführung des IGES Instituts Vorschläge zur Erweiterung des Katalogs ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe (AOP-Katalog) publiziert (IGES Institut, 2022). Aufbauend auf diesem Gutachten hat das BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg) bereits am 8. April 2022 erste Analysen zur Wirkung der vorgeschlagenen Ausweitung der ambulant erbringbaren Leistungen unter Berücksichtigung von patienten- und fallspezifischen Kontextfaktoren veröffentlicht (Repschläger et al., 2022). Während der Fokus der bisherigen Analysen auf dem Ambulantisierungspotenzial der Gesamtheit der Krankenhausfälle lag, widmet sich die vorliegende Untersuchung einer stratifizierten Betrachtung dieses Potenzials. Neben Patientenmerkmalen (Alter, Geschlecht) werden hierbei fallbezogene Eigenschaften

(u. a. Aufnahmetag, Aufnahmegrund, Entlassabteilung) und Merkmale der Leistungserbringer (Bettengröße, Trägerschaft) betrachtet. Darüber hinaus werden die regionale Verteilung des Ambulantisierungspotenzials sowie die Bedeutung einzelner Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) bzw. Diagnosis Related Groups (DRGs) für die Gesamtzahl potenziell ambulantisierbarer Krankenhausfälle in den Blick genommen. Zusätzlich zu einer datenbasierten Plausibilisierung des Vorschlags zur Erweiterung des AOP-Katalogs ermöglichen die hier vorgestellten Analysen eine differenzierte Einschätzung des Ambulantisierungspotenzials und ggf. notwendiger Verfeinerungen von Ein- und Ausschlusskriterien. Eine solche Einschätzung ist die Grundlage für eine zielführende politische Diskussion, Fortentwicklung und Umsetzung der vorgeschlagenen Erweiterungen des AOP-Katalogs.



Methodik

Die folgenden Auswertungen basieren auf BARMER-Daten des Jahres 2019. Neben der Vermeidung von pandemiebedingten Verzerrungen stellt die Wahl des Datenjahres 2019 die Vergleichbarkeit mit dem IGES-Gutachten und den Voranalysen des bifg sicher. Die Operationalisierung der Einschlusskriterien (potenziell ambulantisierbare OPS und DRGs) und Ausschlusskriterien (K1–K8 sowie X1) erfolgte auf Grundlage der im Rahmen des IGES-Gutachtens entwickelten Code-Listen und wurde bereits in der Voranalyse ausführlicher beschrieben (Repschläger et al., 2022). Hierbei ist zu beachten, dass die von uns verwendeten Informationen zu Kontextfaktoren wie Vorerkrankungen weit über die in den Daten für den jeweiligen Krankenhausfall verfügbaren Angaben hinausgehen und auch den ambulanten Bereich in den vier Quartalen vor Krankenhausaufenthalt mit einbeziehen. Insofern liegt eine äußerst sensitive Kontextprüfung vor, die das tatsächliche Ambulantisierungspotenzial im Vergleich zu einer rein fallbezogenen Betrachtung unterschätzt.

Während aus den BARMER-Daten patienten- und fall-spezifische Charakteristika gewonnen werden können, ist zur Beschreibung der Leistungserbringer eine komplementäre Datenquelle notwendig. So wurden Informationen zu Bettengröße und Trägerschaft aus den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser (GBA, 2019) verwendet. Diese Daten wurden, sofern nötig und soweit möglich, durch manuelle Suchen ergänzt.

Im Vergleich zur Voranalyse (Repschläger et al., 2022) ergaben sich bei den hier präsentierten Auswertungen zwei methodische Abweichungen: Zum einen wurde auf den nicht im IGES-Gutachten vorgesehenen, aber in der Voranalyse umgesetzten Ausschluss aller Perso-

nen im Alter von 80 oder mehr Jahren bei der Bestimmung des Ambulantisierungspotenzials verzichtet. Stattdessen wurde das Alter der Patient:innen als Stratifizierungsmerkmal verwendet und auf einen Zusammenhang mit dem Ambulantisierungspotenzial hin untersucht. Zum anderen wurden Geburten aus den hier gezeigten Analysen ausgeschlossen. Eine stationäre Geburt führt zur Abrechnung von zwei Fällen, von denen einer auf die Mutter und einer auf das Neugeborene entfällt. Da das Neugeborene nicht zwangsläufig bei der Mutter familienversichert wird, lassen sich nicht immer beide Fälle zusammenführen. Dies wäre aber erforderlich, da eine Geburt nur dann ambulantisierbar ist, wenn beide Teile ambulantisierbar sind. Außerdem besteht die Wahlfreiheit des Geburtsortes. Eine Prüfung des Ambulantisierungspotenzials von Geburten erscheint daher im aktuellen Zusammenhang wenig zielführend.

Ergebnisse

Ein- und Ausschlüsse

Insgesamt wurden rund 2,29 Mio. vollstationäre Krankenhausfälle des Jahres 2019 aufgegriffen (Tabelle 1). Bei Ausschluss von Krankenhausfällen, die im Zusammenhang mit einer Geburt standen, verblieben davon ca. 2,15 Mio. Fälle. Unter Anwendung der im IGES-Gutachten definierten Einschlusskriterien ergaben sich davon wiederum 1,38 Mio. (64%) potenziell ambulantisierbare Fälle. Der Großteil dieser Fälle erwies sich nach Anwendung der Kontextprüfung jedoch als nicht ambulantisierbar. Letztlich verblieben ca. 190.000 potenziell ambulantisierbare Krankenhausfälle, was einem Anteil von rund 9% an allen vollstationären Fällen (exkl. Geburten) des Jahres 2019 entsprach.

Tabelle 1: Ein- und Ausschlüsse

Gruppe	Fälle (in 1.000)	Anteil in Prozent
Vollstationäre Fälle	2.290	
Vollstationäre Fälle exkl. Geburten	2.150	100
Fälle 115b alt (2.879 OPS)	560	26
Zusätzliche Fälle 115b neu (2.476 OPS)	600	28
Fälle 115b gesamt (5.355 OPS)	1.160	54
DRG med. TOP 20 (20)	330	15
DRG Tumor (14)	60	3
DRG Strahlentherapie (31)	10	<1
DRG med. alle (65)	400	19
Potenziell ambulantisierbar gesamt (AOP alt + AOP neu + DRG) vor Kontextprüfung	1.380	64
DRG nicht ambulant durchführbar (K1)	90	4
Stationäre Behandlung laut OPS angezeigt (inkl. .xy-Codes) (K2)	520	24
Beatmung (K3)	30	1
Postoperative Versorgungssicherheit nicht gewährleistet (K5)	360	17
Stationäre Behandlung durch Diagnose angezeigt (K6)	530	25
Erhöhter Aufwand durch Diagnose angezeigt (K6-5)	840	39
Stationäre Behandlung durch komplexe Komorbidität angezeigt (K7)	80	4
Stationäre Behandlung aufgrund von Gebrechlichkeit angezeigt (K8)	310	14
ICD-Beobachtungsstatus (X1)	250	12
Ausschluss durch K1–K8 oder X1	1.190	55
Ambulantisierbar nach Kontextprüfung (K1–K8 sowie X1)	190	9

Quelle: BARMER-Daten 2019

Häufigkeitsverteilungen der betrachteten Merkmale

Höhere Altersgruppen (60–79 und 80+) stellten den überwiegenden Anteil der vollstationären Fälle (Tabelle 2). Die meisten Fälle wurden wochentags und zwischen 6.00 Uhr und 19.59 Uhr aufgenommen. In Bezug auf die Entlassabteilungen ergab sich eine stark ungleiche Verteilung, wobei die Innere Medizin mit rund 28% den größten Anteil an allen Krankenhausfällen aufwies. Mehr als 40% der Fälle wurden in öffentlichen Krankenhäusern behandelt, während private Träger einen Anteil von lediglich 20% ausmachten. In

Bezug auf die Krankenhausmerkmale Bettengröße und Trägerschaft konnte für einen geringen Anteil von weniger als 1% der Fälle keine Information aus den strukturierten Qualitätsberichten zugeordnet werden. Diese Fälle wurden aus den entsprechenden Analysen auf der Krankensebene ausgeschlossen. Aufgrund der geringen Anzahl an ausgeschlossenen Fällen ist jedoch davon auszugehen, dass die Ergebnisse hiervon qualitativ und auch quantitativ kaum beeinflusst wurden.

Tabelle 2: Häufigkeitsverteilungen der Stratifizierungsmerkmale

Variable	Kategorie	Fälle (in 1.000)	Anteil in Prozent
insgesamt		2.150	100
Alters- gruppe	0–19	130	6
	20–39	210	10
	40–59	410	19
	60–79	850	40
	80+	550	26
Geschlecht	männlich	920	43
	weiblich	1.240	58
Aufnahme- tag	Montag	440	20
	Dienstag	400	19
	Mittwoch	380	18
	Donnerstag	350	16
	Freitag	280	13
	Samstag	130	6
	Sonntag	160	7
Aufnahme- zeit	20.00–5.59 Uhr	260	12
	6.00–19.59 Uhr	1.900	88
Aufnahme- anlass	Einweisung d. Arzt	1.010	47
	Notfall	1.040	48
	Verlegung	100	5
Betten- klasse	unbekannt	< 1	< 1
	1–199	750	35
	200–499	790	37
	500–999	420	20
	1.000+	190	9

Variable	Kategorie	Fälle (in 1.000)	Anteil in Prozent
Träger	unbekannt	< 1	< 1
	freigemeinnützig	780	36
	öffentlich	940	44
	privat	430	20
Bundes- land	Brandenburg	90	4
	Berlin	120	6
	Baden- Württemberg	160	7
	Bayern	290	13
	Bremen	10	< 1
	Hessen	170	8
	Hamburg	50	2
	Mecklenburg- Vorpommern	60	3
	Niedersachsen	190	9
	Nordrhein- Westfalen	570	27
	Rheinland-Pfalz	110	5
	Schleswig- Holstein	80	4
	Saarland	30	1
Sachsen	90	4	
Sachsen-Anhalt	70	3	
Thüringen	60	3	

Variable	Kategorie	Fälle (in 1.000)	Anteil in Prozent
Entlass- abteilung	Allgemeine Chirurgie	330	15
	Allgemeine Psychiatrie	90	4
	Augenheilkunde	50	2
	Dermatologie	30	1
	Endokrinologie	< 1	< 1
	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	90	4
	Gastroenterologie	40	2
	Gefäßchirurgie	20	1
	Geriatrie	50	2
	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	60	3
	Hämatologie und internistische Onkologie	30	1
	Herzchirurgie	10	< 1
	Innere Medizin	610	28
	Intensivmedizin	10	< 1
	Kardiologie	110	5
	Kinder- und Jugendpsychiatrie	10	< 1
	Kinderchirurgie	10	< 1
	Kinderkardiologie	< 1	< 1
	Lungen- und Bronchialheil- kunde	10	< 1

Variable	Kategorie	Fälle (in 1.000)	Anteil in Prozent
(Entlass- abteilung)	Neonatologie	< 1	< 1
	Nephrologie	10	< 1
	Neurochirurgie	30	1
	Neurologie	120	6
	Nuklearmedizin	< 1	< 1
	Orthopädie	100	5
	Pädiatrie	70	3
	Plastische Chirurgie	10	< 1
	Pneumologie	20	1
	Psychosomatik/ Psychotherapie	10	< 1
	Rheumatologie	10	< 1
	Sonstige Fachabteilung	20	1
	Strahlenheilkunde	10	< 1
	Thoraxchirurgie	< 1	< 1
	Unfallchirurgie	90	4
	Urologie	90	4
	Zahn- und Kiefer- heilkunde, Mund- und Kieferchir- urgie	10	< 1

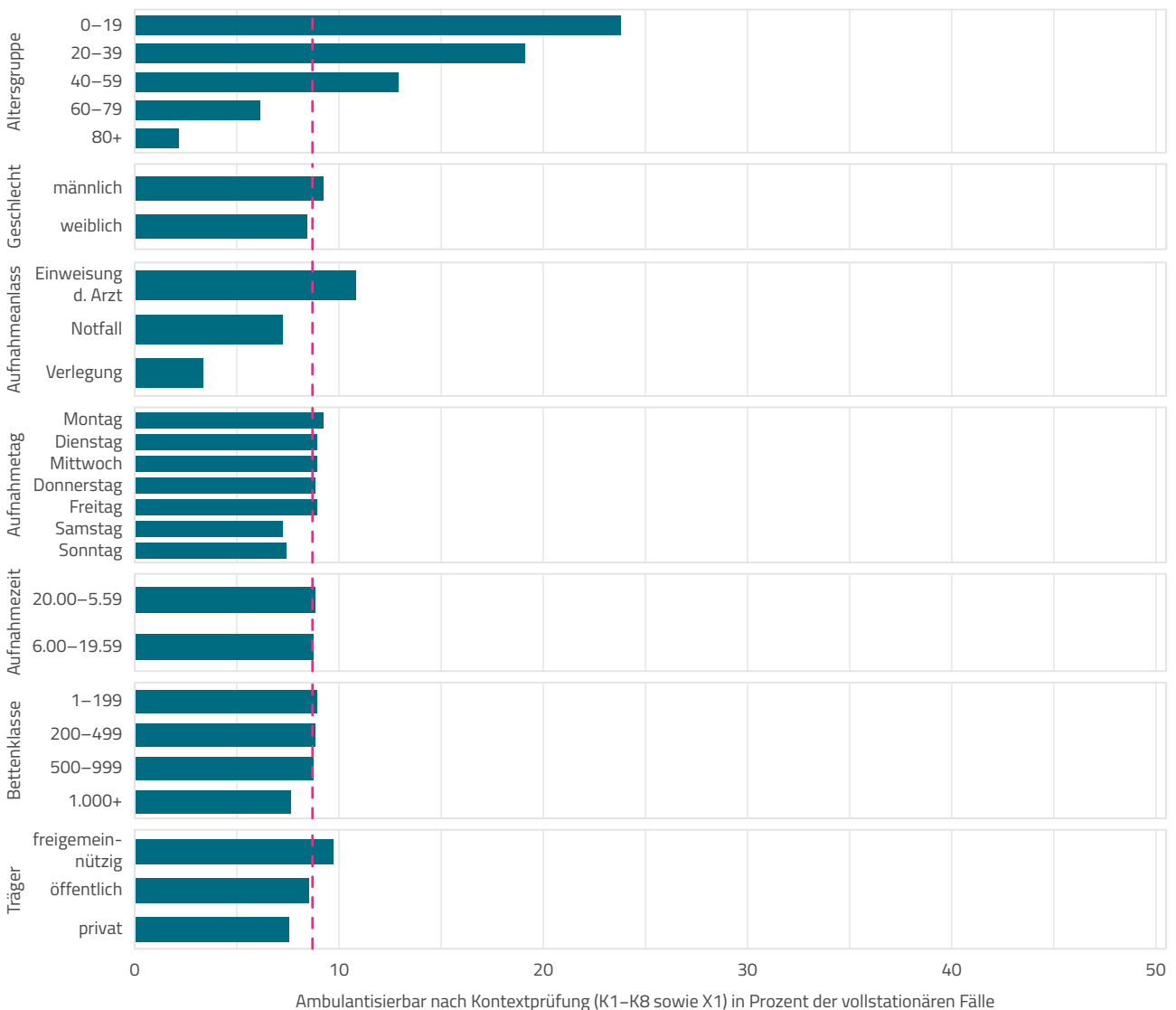
Quelle: BARMER-Daten 2019

Ambulantisierungspotenzial nach Patienten-, Fall- und Krankenhausmerkmalen

Die stärksten Unterschiede in Bezug auf das Ambulantisierungspotenzial ergaben sich zwischen Altersgruppen (Abbildung 1). Während rund 24% der vollstationären Fälle in der Altersgruppe 0 bis 19 nach Kontextprüfung als ambulantisierbar galten, lag dieser Anteil in der Altersgruppe 80+ bei lediglich 2%. Weitere relevante Unterschiede ergaben sich zwischen den Aufnahmegründen. So wiesen durch eine Ärztin bzw. einen Arzt eingewiesene Krankenhaufälle ein überdurchschnittliches und als Notfall oder aufgrund von Verlegung aufgenommene Fälle ein unterdurchschnittliches Ambulantisierungspotenzial auf. Aufnahmen an Wochenenden waren im Ver-

gleich zu Aufnahmen an Wochentagen mit einem etwas geringeren Anteil potenziell ambulantisierbarer Fälle assoziiert. Es ergaben sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen Aufnahmezeiten, Geschlechtern und Häusern unterschiedlicher Bettengröße. Lediglich Häuser mit 1.000 oder mehr Betten zeigten ein leicht unterdurchschnittliches Ambulantisierungspotenzial. Letzteres war bei freigemeinnützigen Krankenhausträgern höher als bei privaten Trägern, wenngleich sich auch diese Unterschiede in einem überschaubaren Bereich bewegten.

Abbildung 1: Ambulantisierungspotenzial nach Patienten-, Fall- und Krankenhausmerkmalen



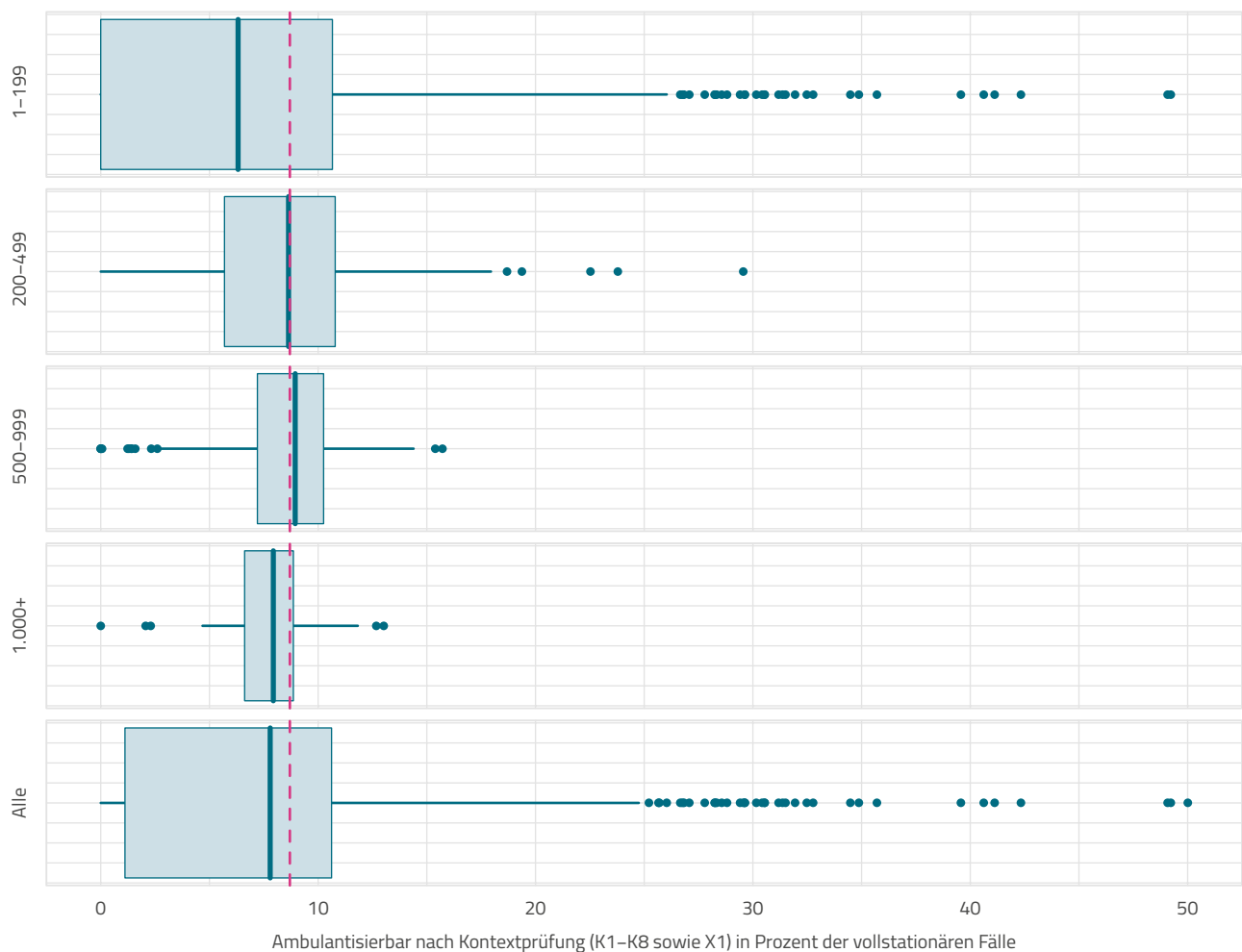
Anmerkung: Die gestrichelte Linie markiert das durchschnittliche Ambulantisierungspotenzial in der Gesamtstichprobe.
 Quelle: BARMER-Daten 2019

Verteilung des Ambulantisierungspotenzials nach Krankenhausgröße

Bei Auswertungen auf der Ebene einzelner Krankenhäuser ergab sich innerhalb sämtlicher Bettengrößenklassen ein relevantes Ambulantisierungspotenzial (Abbildung 2). Die in der Abbildung dargestellten Boxplots visualisieren das 1. und 3. Quartil (Begrenzungen der Boxen), den Median (vertikale, durchgezogene Linie) sowie Extremwerte (Punkte) der Verteilung des Ambulantisierungspotenzials der jeweiligen Kranken-

häuser. 10% der Krankenhäuser wiesen dabei ein Ambulantisierungspotenzial von 14% oder mehr auf. Für 25% der Häuser ergab sich ein Potenzial von mindestens 11%. Die Variation des Anteils ambulantisierbarer Fälle auf der Krankensebene fiel – statistisch erwartbar – in höheren Bettenklassen geringer aus als in niedrigen Bettenklassen.

Abbildung 2: Ambulantisierungspotenzial auf der Krankensebene nach Bettengröße



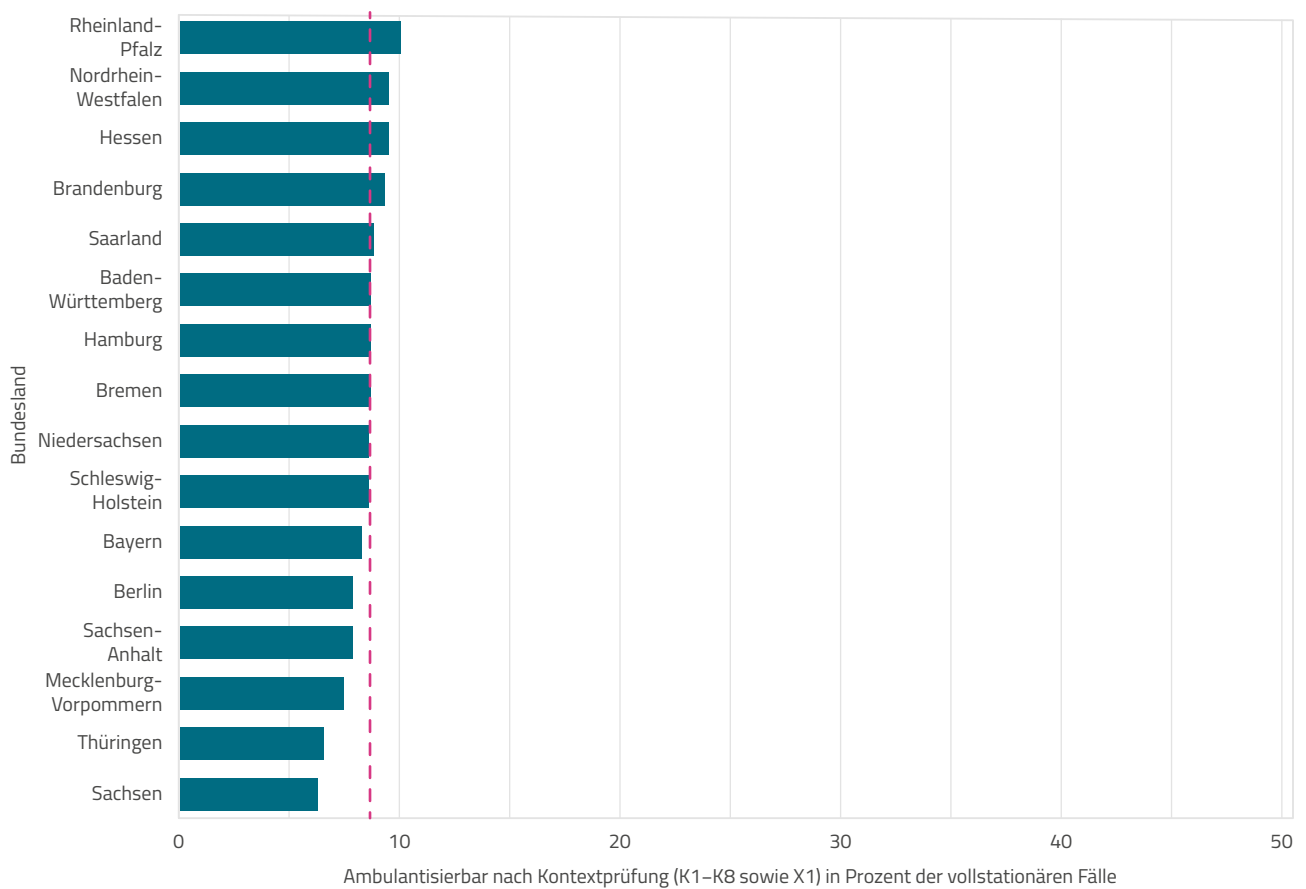
Anmerkung: Die gestrichelte Linie markiert das durchschnittliche Ambulantisierungspotenzial in der Gesamtstichprobe.
Quelle: BARMER-Daten 2019

Regionale Verteilung des Ambulantisierungspotenzials

Tendenziell wiesen ostdeutsche Bundesländer im Vergleich zu westdeutschen Bundesländern ein geringeres Ambulantisierungspotenzial auf (Abbildung 3). Dieses Ergebnis könnte unter anderem Unterschiede in den regionalen Altersstrukturen widerspiegeln. Insgesamt zeigte sich jedoch eine eher geringe Variation auf

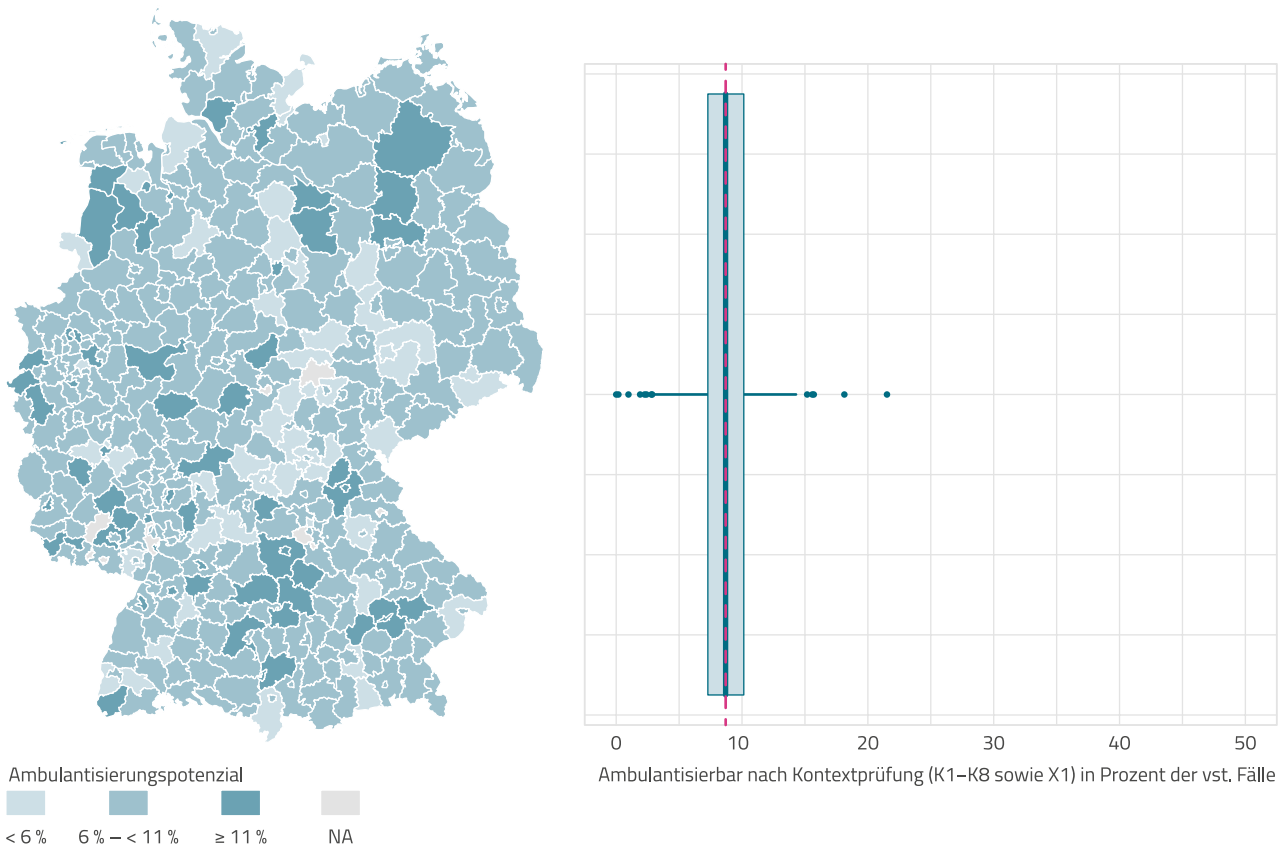
der Länderebene. Gleiches gilt bei Betrachtung des Ambulantisierungspotenzials auf der Kreisebene (Abbildung 4). Es ließen sich deskriptiv keine geografischen Cluster mit auffällig hohem oder niedrigem Anteil ambulantisierbarer Fälle identifizieren.

Abbildung 3: Ambulantisierungspotenzial nach Bundesländern



Anmerkung: Die gestrichelte Linie markiert das durchschnittliche Ambulantisierungspotenzial in der Gesamtstichprobe.
Quelle: BARMER-Daten 2019

Abbildung 4: Ambulantisierungspotenzial nach Kreisen



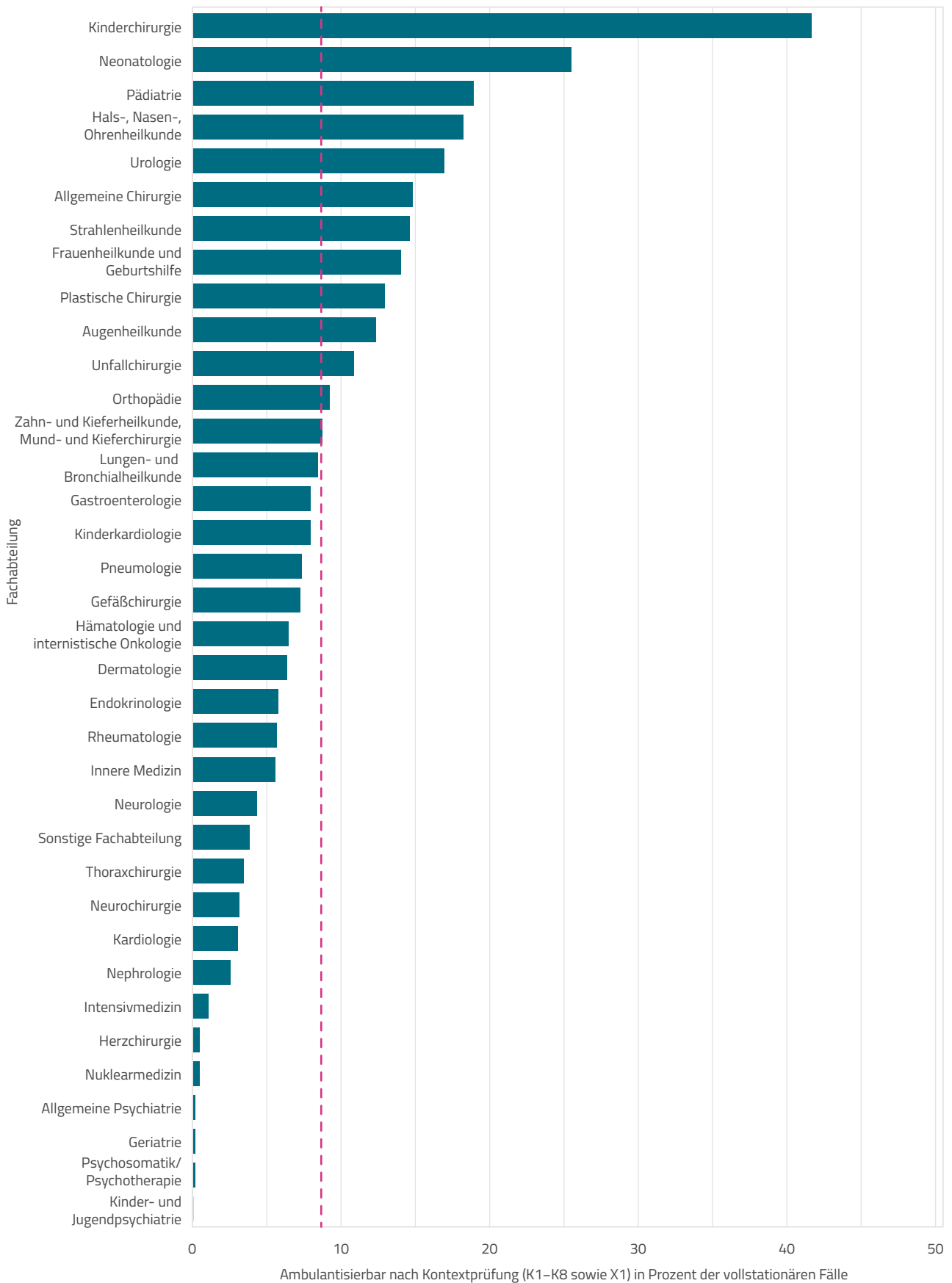
Anmerkung: Die gestrichelte Linie markiert das durchschnittliche Ambulantisierungspotenzial in der Gesamtstichprobe.
 Quelle: BARMER-Daten 2019

Ambulantisierungspotenzial nach Entlassabteilung

Bei der Analyse auf Ebene der entlassenden Fachabteilungen ergaben sich deutliche Unterschiede in Hinblick auf das Ambulantisierungspotenzial (Abbildung 5). Insbesondere die Kinderchirurgie und die Neonatologie stachen durch einen hohen Anteil potenziell ambulan- tisierbarer Fälle hervor. Mit einem ebenfalls überdurch-

schnittlichen Ambulantisierungspotenzial folgten die Pädiatrie, die Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde und die Urologie. Zu den Fachabteilungen ohne oder mit sehr geringem Ambulantisierungspotenzial zählten psychi- atrische und geriatrische Abteilungen sowie die Herz- chirurgie, die Nuklear- und die Intensivmedizin.

Abbildung 5: Ambulantisierungspotenzial nach Entlassabteilung



Anmerkung: Die gestrichelte Linie markiert das durchschnittliche Ambulantisierungspotenzial in der Gesamtstichprobe.
 Quelle: BARMER-Daten 2019

Hauptdiagnosen der Fälle mit dem größten Ambulantisierungspotenzial

Die mit der größten Anzahl ambulantisierbarer Fälle verbundene Hauptdiagnose war die der Kopfverletzungen, insb. Gehirnerschütterungen (Tabelle 3). Während unter dem zugehörigen ICD-3-Steller S06 ebenfalls schwerwiegende Hirnverletzungen subsumiert sind, entfielen mehr als 99% der als potenziell ambulantisierbar eingestuften Fälle auf die S06.0: Gehirner-

schütterung (nicht in der Tabelle dargestellt). Der Rest entfiel auf sonstige und nicht näher bezeichnete intrakranielle Verletzungen. Ebenfalls häufig wurden die Diagnosen K40: Hernia inguinalis (Leistenbruch) und K80: Cholelithiasis (Gallensteine) vergeben. Insgesamt ergab sich ein heterogenes und z.T. unspezifisches Bild der Hauptdiagnosen.

Tabelle 3: 20 Hauptdiagnosen mit dem größten Ambulantisierungspotenzial

Hauptdiagnose	Bezeichnung	Vollstationäre Fälle (in 1.000)	Anzahl ambulantisierbarer Fälle (in 1.000)	Ambulantisierungspotenzial in Prozent
S06	Kopfverletzungen, insb. Gehirnerschütterung	28,9	8,1	28,1
K40	Hernia inguinalis	18,2	7,6	42,0
K80	Cholelithiasis	27,6	7,0	25,4
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	12,6	5,4	43,1
N20	Nieren- und Ureterstein	12,1	4,8	39,5
N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	16,9	4,7	27,8
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	16,9	4,6	27,2
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	27,4	4,3	15,7
K35	Akute Appendizitis	10,1	4,2	42,1
S52	Fraktur des Unterarmes	15,7	3,9	25,2
K29	Gastritis und Duodenitis	16,3	3,3	20,5
R07	Hals- und Brustschmerzen	13,8	3,2	22,8
I83	Varizen der unteren Extremitäten	9,4	3,1	33,5
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	7,9	3,0	37,9
J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	7,0	2,8	40,4
S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	5,4	2,5	46,3
M54	Rückenschmerzen	24,4	2,5	10,1
J35	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel	6,6	2,4	36,2
H25	Cataracta senilis	12,3	2,4	19,4
N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	21,0	2,3	10,9

Quelle: BARMER-Daten 2019

Ambulantisierungspotenzial nach OPS

Mit rund 11.700 Fällen war der OPS 1-632.0 (Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs) der mit Abstand häufigste potenziell ambulantisierbare Eingriff (Tabelle 4). Dies war insbesondere der großen Häufigkeit dieses OPS von mehr als 141.000 Fällen in der Gesamtheit der vollstationären Fälle geschuldet. Relativ betrachtet war das Ambulantisierungspotenzial dieses OPS mit 8,3% der infrage

kommenden vollstationären Fälle dahingehend vergleichsweise gering. Dieses Ergebnis illustriert somit auch die Relevanz der Kontextprüfung zur Beurteilung des Ambulantisierungspotenzials. Generell waren diagnostische Leistungen in der Liste der OPS mit der höchsten Anzahl ambulantisierbarer Fälle stark vertreten.

Tabelle 4: Top-20-OPS mit der höchsten Anzahl ambulantisierbarer Fälle

OPS	Bezeichnung	Anzahl vollstationärer Fälle (in 1.000)	Anzahl ambulantisierbarer Fälle (in 1.000)	Ambulantisierungspotenzial in Prozent
1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	141,9	11,7	8,3
1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	61,9	6,5	10,6
5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	19,7	6,4	32,5
1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	47,5	6,3	13,2
1-710	Ganzkörperplethysmographie	71,5	4,6	6,4
3-13d.5	Urographie: Retrograd	18,3	4,3	23,4
8-137.00	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Einlegen: Transurethral	15,3	4,0	25,9
5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	7,5	3,6	47,6
5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	7,8	3,5	44,8
5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	8,9	3,4	38,5
1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	23,0	3,0	13,0
1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	28,5	2,7	9,4
1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	36,1	2,6	7,1
1-204.2	Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme	30,2	2,5	8,4
1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	18,0	2,5	14,1

OPS	Bezeichnung	Anzahl vollstationärer Fälle (in 1.000)	Anzahl ambulantisierbarer Fälle (in 1.000)	Ambulantisierungspotenzial in Prozent
5-811.2h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Kniegelenk	6,2	2,5	39,7
1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	20,3	2,4	11,9
5-144.5a	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	14,3	2,3	16,3
5-794.k6	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Radius distal	7,3	2,3	31,8
5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	12,8	2,2	17,6

Quelle: BARMER-Daten 2019

Aus der obigen Analyse ist bereits ersichtlich, dass einzelnen OPS eine unterschiedliche Bedeutung für das gesamte Ambulantisierungspotenzial zukommt. Hierbei ist zu beachten, dass im Rahmen eines Krankenhaufalls mehrere Eingriffe erfolgen und somit auch mehrere OPS dokumentiert werden können. Aufgrund dieser Überschneidungen entspricht die Anzahl ambulantisierbarer OPS nicht der Anzahl ambulantisierbarer Krankenhaufälle. Um eine Einschätzung der Bedeutung einzelner OPS für das gesamte Ambulantisierungspotenzial zu erhalten, wurde daher der folgende iterative Algorithmus angewandt:

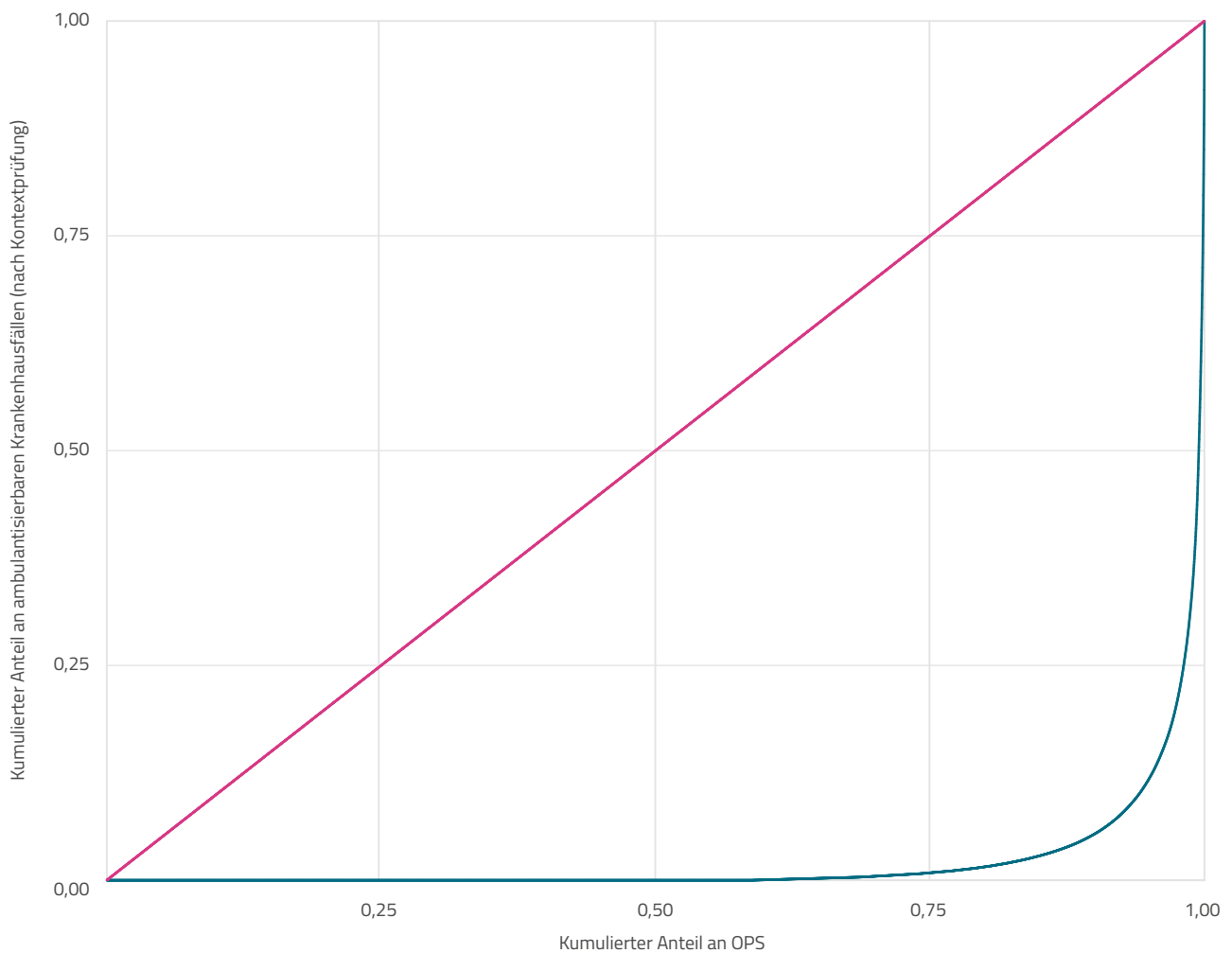
Algorithmus

1. Für alle OPS: Berechnung der Anzahl ambulantisierbarer Krankenhaufälle, die mit dem betrachteten OPS verbunden sind
2. Auswahl des OPS mit der höchsten Anzahl ambulantisierbarer Fälle aus Schritt 1
3. Ausschluss des in Schritt 2 gewählten OPS und der damit verbundenen ambulantisierbaren Krankenhaufälle
4. **Ende**, falls keine ambulantisierbaren Krankenhaufälle mehr verbleiben; sonst: **Fortsetzung bei Schritt 1**

Für diese Analyse wurde die Stichprobe auf ambulantisierbare Krankenhaufälle eingeschränkt, die über mindestens einen OPS eingeschlossen wurden. Krankenhaufälle, die ausschließlich über ihre DRG eingeschlossen wurden, bleiben entsprechend unberücksichtigt.

Die Ergebnisse dieser Analyse zeigten eine extreme Ungleichverteilung der Relevanz einzelner OPS für das gesamte Ambulantisierungspotenzial (Abbildung 6). So konnten rund 50% aller potenziell ambulantisierbaren Krankenhaufälle mit weniger als 1% der 5.355 zugrunde liegenden OPS erfasst werden.

Abbildung 6: Kumuliertes Ambulantisierungspotenzial nach kumuliertem Anteil an OPS



Quelle: BARMER-Daten 2019

Ambulantisierungspotenzial nach DRG

Analog zu den OPS ergaben sich auch bei der Analyse des mit einzelnen DRG-Codes verknüpften Ambulantisierungspotenzials deutliche Unterschiede zwischen einzelnen Gruppen (Tabelle 5). Mit mehr als 14.000 ambulantisierbaren Fällen nahm die DRG G67C (Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne bestimmte oder an-

dere komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC) die deutliche Spitzenposition ein. Es folgten die unspezifische DRG B80Z (Andere Kopfverletzungen) und 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).

Tabelle 5: Top-10-DRGs mit der höchsten Anzahl ambulantisierbarer Fälle

DRG	Bezeichnung	Anzahl vollstationärer Fälle (in 1.000)	Anzahl ambulantisierbarer Fälle (in 1.000)	Ambulantisierungspotenzial in Prozent
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne bestimmte oder andere komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC	56,3	14,1	25,1
B80Z	Andere Kopfverletzungen	21,8	8,2	37,8
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	13,0	5,9	45,8
F67D	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung, Alter > 17 Jahre	27,8	4,5	16,0
L64D	Andere Erkrankungen der Harnorgane ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte Diagnose oder ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre	8,1	3,4	42,5
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	18,7	3,3	17,5
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag	10,6	2,9	27,1
F74Z	Thoraxschmerz und sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems	11,4	2,8	24,8
G71Z	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane	13,8	2,6	18,7
D61Z	Gleichgewichtsstörung, Hörverlust und Tinnitus	17,2	1,8	10,2

Quelle: BARMER-Daten 2019

Diskussion

Die hier vorgestellten Ergebnisse ermöglichen eine differenzierte Einschätzung des Ambulantisierungspotenzials in Abhängigkeit von Patienten-, Fall- und Leistungserbringermerkmalen. Die in der Analyse aufgezeigte starke Altersabhängigkeit des Ambulantisierungspotenzials ist nicht zuletzt aufgrund der Altersabhängigkeit vieler Ausschlusskriterien wie des Vorhandenseins komplexer Komorbiditäten oder Gebrechlichkeit erwartbar. Dieses Ergebnis unterstreicht somit auch die Relevanz und Plausibilität der vorgenommenen Kontextprüfung. Gleiches gilt für die festgestellte Assoziation des Ambulantisierungspotenzials mit dem Aufnahmearbeit (Einweisung/Notfall/Verlegung). Wenngleich der Aufnahmearbeit einen imperfekten Proxy für die Dringlichkeit einer Behandlung und die Schwere der zugrunde liegenden Erkrankung darstellt (Krämer et al., 2019), ist das im Vergleich zu Einweisungen geringere Potenzial ambulanter Leistungserbringung bei Notfällen und Verlegungen theoretisch erwartbar und im Rahmen dieser Analyse empirisch bestätigt worden.

Auf Ebene der Krankenhäuser ergab sich eine vergleichsweise geringe Variation des Ambulantisierungspotenzials nach Bettenzahl und Trägerschaft. Gleiches gilt für die regionale Verteilung ambulantisierbarer Krankenhausfälle. Diese Befunde unterstreichen, dass die Auseinandersetzung mit der potenziellen Ambulantisierung stationärer Leistungen grundsätzlich für alle Regionen und wesentlichen Gruppen von Leistungserbringern relevant ist. Deutliche Unterschiede wurden hingegen zwischen den behandelnden Fachabteilungen der Krankenhäuser sichtbar. Es ist zu vermuten, dass diese Unterschiede insbesondere auf Unterschiede im Case-Mix sowie der Leistungsstruktur der Fachabteilungen zurückzuführen sind. Beispielsweise werden nicht operierende Fachabteilungen wie Geriatrie oder Psychiatrie durch die Herangehensweise des IGES-Gutachtens kaum berücksichtigt, obwohl es vermutlich auch in diesen Abteilungen ein gewisses Ambulantisierungspotenzial gibt.

Bei der Betrachtung einzelner OPS und DRGs wurde eine starke Ungleichverteilung des mit ihnen verbundenen Ambulantisierungspotenzials deutlich. So wird der Großteil der tatsächlich als ambulantisierbar geltenden Fälle bereits von einer verhältnismäßig geringen Anzahl der zugrunde liegenden OPS bzw. DRGs erfasst. Dieses Resultat verdeutlicht, dass die potenziellen Auswirkungen einer Erweiterung des AOP-Katalogs weniger von der reinen Anzahl zusätzlich aufgenommener Leistungen, sondern vielmehr von dem mit den jeweiligen Leistungen verbundenen Fallvolumen abhängen.

Während ein Großteil der im IGES-Gutachten genannten Kontextfaktoren im Rahmen dieser Analyse berücksichtigt werden konnte, gilt dies nicht für K4 (hohe Komplexität aufgrund von Kombinationen leichter Eingriffe) und K9 (soziale Begleitumstände) (Repschläger et al., 2022). Dies könnte zu einer Überschätzung des Ambulantisierungspotenzials führen. Eine weitere mögliche Überschätzung des Ambulantisierungspotenzials kann dadurch entstehen, dass die Ambulantisierbarkeit eines Falles durch die zugrunde liegenden Indikationen (z.B. kindliche Gehirnerschütterung) häufig erst retrospektiv (z.B. nach erfolgter Diagnostik oder stationärer Beobachtung) beurteilt werden kann. An entsprechenden Stellen wäre eine medizinisch fundierte Weiterentwicklung der Kontextfaktoren von hoher praktischer Relevanz. Zu einer tendenziellen Unterschätzung des Ambulantisierungspotenzials führt hingegen das in dieser Analyse angewandte Kriterium X1 (ICD-Beobachtungsstatus), welches im Rahmen des IGES-Gutachtens nicht als striktes Ausschlusskriterium vorgesehen ist. Durch die Anwendung dieses Kriteriums sollte ein besonders sensibler Aufgriff potenziell ambulantisierbarer Fälle befördert werden. Des Weiteren zeigten sich deutliche Überschneidungen zwischen verschiedenen Kontextfaktoren (Repschläger et al., 2022). Diese Überschneidungen bedingen, dass bei Auslassung eines bestimmten Kontextfaktors i. d. R. nur ein verhältnismäßig geringer Teil der mit ihm beleg-

ten Fälle fälschlicherweise als ambulantisierbar eingestuft wird, da ein nicht geringer Teil der mit diesem Kontextfaktor verbundenen Fälle zusätzlich weitere Kontextfaktoren aufweist. Insofern ist von einer relativ großen Stabilität der hier gezeigten Ergebnisse auszugehen. Darüber hinaus wurden in die hier vorgenommene Kontextprüfung Informationen über die ambulante und stationäre Vorgeschichte der Patient:innen einbezogen und somit weitaus mehr Informationen verwendet, als sie für den jeweiligen potenziell ambulantisierbaren Krankenhausfall selbst zur Verfügung standen. Dieses Vorgehen bedingt eine deutliche Erhöhung der Ausschlussrate und impliziert, dass das hier ermittelte Ambulantisierungspotenzial eher eine Untergrenze des tatsächlichen Potenzials darstellt. Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass der tatsächliche Anteil ambulantisierbarer vollstationärer Fälle mehr als 10% beträgt.

Insgesamt zeigen die hier präsentierten Auswertungen plausible Muster in Bezug auf Zusammenhänge zwischen ambulantisierbaren Krankenhausfällen und einer Vielzahl an mit ihnen verbundenen Merkmalen. Diese Ergebnisse unterstreichen somit die Eignung des Vorschlags zur Erweiterung des AOP-Katalogs. Gleichzeitig stellen sich bei genauerer Betrachtung detailliertere Fragen, insb. zur Definition und Anwendung spezifischer Kontextfaktoren. Ein wichtiger Gegenstand weiterer Forschung und Diskussion könnte somit die gezielte Verfeinerung und Operationalisierung von Kontextfaktoren sein. Hierbei sollte eine grundlegende Anforderung in der Operationalisierbarkeit auf Basis von Routinedaten bestehen, um eine empirisch fundierte Analyse und Bewertung zu ermöglichen. Ein weiterer wesentlicher Punkt besteht in der methodisch

validen Abschätzung der ökonomischen Auswirkungen von Ambulantisierungen. Eine solche Abschätzung ist von hoher gesellschaftlicher Relevanz und stellt somit eine Kernherausforderung weiterer Forschung dar.

Bei der praktischen Umsetzung der Empfehlungen zur Erweiterung des AOP-Katalogs sollte besonderes Augenmerk auf bereits jetzt antizipierbare Marktreaktionen gelegt werden. So deuten sich gegenwärtig softwarebasierte Lösungen für Leistungserbringer an, die für eine entsprechende „Steuerung“ der Ambulantisierbarkeit einzelner Fälle eingesetzt werden könnten.

Quellen

GBA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2019). Qualitätsberichte der Krankenhäuser. Verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/datenerhebung-zur-qualitaetssicherung/datenerhebung-qualitaetsbericht/> [09.05.2022].

IGES Institut, Albrecht, M., Mansky, T., Sander, M. & Schiffhorst, G. (2022): Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V. Verfügbar unter: https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e27603/e27841/e27842/e27844/attr_objs27932/IGES_AOP_Gutachten_032022_ger.pdf [09.05.2022].

Krämer, J., Schreyögg, J. & Busse, R. (2019). Classification of hospital admissions into emergency and elective care: a machine learning approach. In: *Health Care Manag Sci* 22, 85–105. <https://doi.org/10.1007/s10729-017-9423-5>.

Repschläger, U., Rößler, M., Schulte, C., Sievers, C. & Wende, D. (2022): IGES-Gutachten zur Ausweitung ambulanter Operationen. Eine Potenzialermittlung unter Berücksichtigung des Behandlungskontextes. <https://doi.org/10.30433/ePGSF.2022.002>.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Ambulantisierungspotenzial nach Patienten-, Fall- und Krankenhausmerkmalen	6
Abbildung 2:	Ambulantisierungspotenzial auf der Krankenhausebene nach Bettengröße	7
Abbildung 3:	Ambulantisierungspotenzial nach Bundesländern	8
Abbildung 4:	Ambulantisierungspotenzial nach Kreisen	9
Abbildung 5:	Ambulantisierungspotenzial nach Entlassabteilung	10
Abbildung 6:	Kumuliertes Ambulantisierungspotenzial nach kumuliertem Anteil an OPS	14

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Ein- und Ausschlüsse	3
Tabelle 2:	Häufigkeitsverteilungen der Stratifizierungsmerkmale	4
Tabelle 3:	20 Hauptdiagnosen mit dem größten Ambulantisierungspotenzial	11
Tabelle 4:	Top-20-OPS mit der höchsten Anzahl ambulantisierbarer Fälle	12
Tabelle 5:	Top-10-DRGs mit der höchsten Anzahl ambulantisierbarer Fälle	15

Impressum

Herausgeber

BARMER Institut für
Gesundheitssystemforschung (bifg)
10837 Berlin

Autor:innen

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

Ansprechpartner zum Papier

Dr. Martin Rößler
info@bifg.de

Design und Realisation

zweiband.media GmbH, Berlin

Veröffentlichungstermin

Mai 2022

DOI

10.30433/ePGSF.2022.004

Copyright



Lizenziert unter CC BY-NC 4.0