

Ambulantisierungspotenzial in Deutschland

Dr. Martin Rößler

Norddeutscher Dialog

Schwerin, 05.11.2024

Kontakt: martin.roessler@bifg.de

Agenda

Hintergrund

Schätzung des Ambulantisierungspotenzials

Zeitliche Entwicklung und räumliche Verteilung des
Ambulantisierungspotenzials

Ambulantisierungspotenzial nach NRW-Leistungsgruppen

Zusammenfassung

Hintergrund

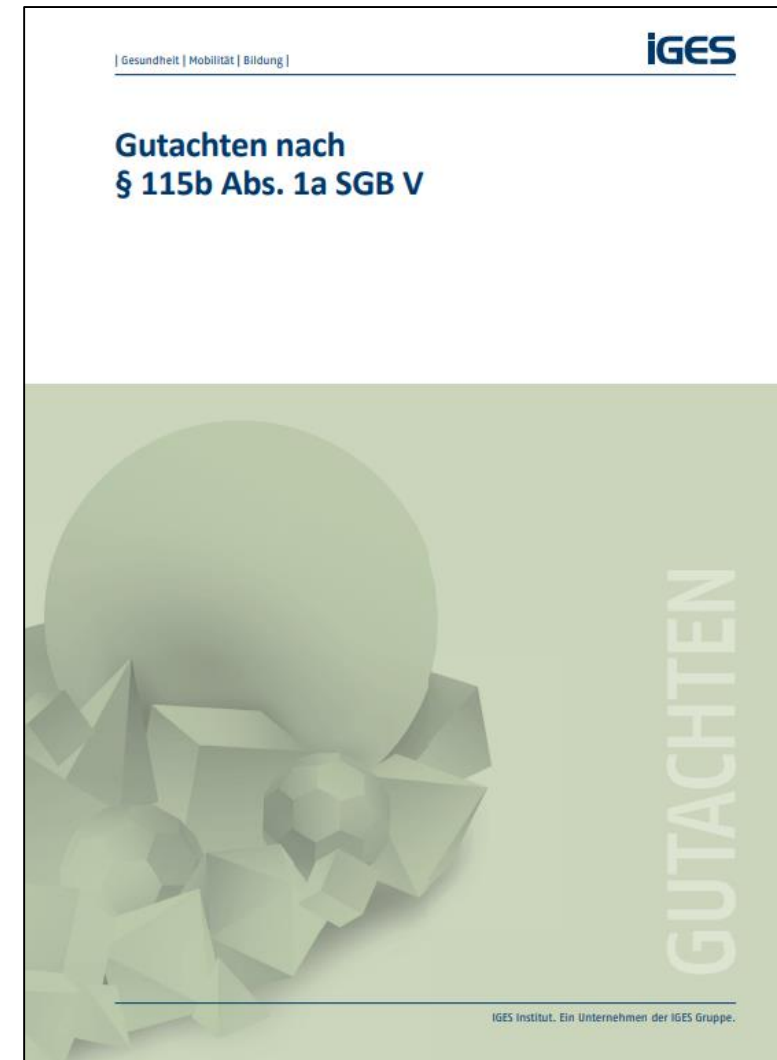
Ambulantisierungspotenzial: Grundlagen

IGES-Gutachten zur Erweiterung des AOP-Katalogs

- >2.400 zusätzliche OPS
- > 60 DRGs

„Potentialansatz“:

1. Bestimmung aller Fälle mit **potentiell ambulantisierbaren Leistungen**
2. Ausschluss von Ambulantisierung durch **Kontextprüfung**



Frage- und Zielstellungen

Entwicklung einer Methodik zur adäquaten Schätzung des Ambulantisierungspotenzials

Wie hoch ist das **Ambulantisierungspotenzial** in deutschen Krankenhäusern?

- **Zeitliche** Entwicklung
- **Regionale** Verteilung
- Verteilung auf **Leistungsgruppen**

bifg. BARMER Institut für
Gesundheitssystemforschung ePaper

Martin Röbler, Claudia Schulte, Uwo Repschläger,
Christoph Siemers, Danny Wende

Die Kontextprüfung im Rahmen des IGES-Vorschlags zum ambulanten Operieren

Eine Analyse der Relevanz und Aussagekraft der Kontextfaktoren
bei der Ermittlung des Ambulantisierungspotenzials 

Hintergrund

Die Veröffentlichung des IGES-Gutachtens zur Erweiterung des Katalogs ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärsetzender Eingriffe nach § 115b SGB V (AOP-Katalog) (IGES Institut, 2022) markierte zugleich den Startpunkt der politischen Diskussion über die praktische Umsetzung der Gutachternvorschläge. Neben der Bestimmung des Leistungsumfanges des neuen AOP-Katalogs fokussiert diese Diskussion insbesondere auf die von den Gutachtern vorgesehene Kontextprüfung. Im Rahmen dieser Kontextprüfung werden sogenannte Kontextfaktoren definiert, die einen Ausschluss von der ambulanten Leistungserbringung begründen und eine stationäre Leistungserbringung rechtfertigen können. Das BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg) widmete sich

bereits in zwei vorangegangenen Analysen der Operationalisierung, Durchführung und Charakterisierung dieser Kontextprüfung (Repschläger et al., 2022a und 2022b). Im Rahmen dieser Analysen wurde der Schwerpunkt auf eine strikte, konservative Anwendung der Gutachternvorschläge und die Abschätzung des daraus resultierenden Ambulantisierungspotenzials gelegt.

Das vorliegende Paper nimmt die Validität der Kontextprüfung kritisch in den Blick und geht damit über diese vorangegangenen Analysen hinaus. Das Ziel der im Folgenden präsentierten Auswertungen besteht in der Einschätzung der Relevanz und Aussagekraft der Kontextfaktoren zur Unterscheidung stationärer und ambulanter Behandlungen. Neben der Abschätzung des

 Ambulantisierung · ambulantes Operieren · ambulantes Potenzial · primäre Fehlbelegung · AOP-Katalog · § 115 SGB V · Kontextfaktoren

Schätzung des Ambulantisierungspotenzials

Datengrundlage

BARMER-Daten 2019 zu AOP- Leistungen nach altem AOP-Katalog

- Stationäre Operationen
- Ambulante Operationen im Krankenhaus
- Ambulante Operationen bei Niedergelassenen

Stationäre Fälle	Fallzahl (in 1.000)	Anteil in Prozent
Gesamt (exklusive Geburten)	2.150	100
115b alt	560	26
115b neu (IGES-Empfehlungen)	600	28
115b gesamt (vor Kontextprüfung)	1.160	54

Quelle: BARMER-Daten 2019

~2/3 der ambulanten Operationen erfolgten durch Niedergelassene

bifg. BARMER Institut für
Gesundheitssystemforschung ePaper

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

Die Kontextprüfung im Rahmen des IGES-Vorschlags zum ambulanten Operieren

Eine Analyse der Relevanz und Aussagekraft der Kontextfaktoren
bei der Ermittlung des Ambulantisierungspotenzials



Hintergrund

Die Veröffentlichung des IGES-Gutachtens zur Erweiterung des Katalogs ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärsetzender Eingriffe nach § 115b SGB V (AOP-Katalog) (IGES Institut, 2022) markierte zugleich den Startpunkt der politischen Diskussion über die praktische Umsetzung der Gutachtenvorschläge. Neben der Bestimmung des Leistungsumfanges des neuen AOP-Katalogs fokussiert diese Diskussion insbesondere auf die von den Gutachtern vorgesehene Kontextprüfung. Im Rahmen dieser Kontextprüfung werden sogenannte Kontextfaktoren definiert, die einen Ausschluss von der ambulanten Leistungserbringung begründen und eine stationäre Leistungserbringung rechtfertigen können. Das BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg) widmete sich

bereits in zwei vorangegangenen Analysen der Operationalisierung, Durchführung und Charakterisierung dieser Kontextprüfung (Repschläger et al., 2022a und 2022b). Im Rahmen dieser Analysen wurde der Schwerpunkt auf eine strikte, konservative Anwendung der Gutachtenvorschläge und die Abschätzung des daraus resultierenden Ambulantisierungspotenzials gelegt.

Das vorliegende Paper nimmt die Validität der Kontextprüfung kritisch in den Blick und geht damit über diese vorangegangenen Analysen hinaus. Das Ziel der im Folgenden präsentierten Auswertungen besteht in der Einschätzung der Relevanz und Aussagekraft der Kontextfaktoren zur Unterscheidung stationärer und ambulanter Behandlungen. Neben der Abschätzung des

Kontextfaktoren und Operationalisierung

Kontextfaktor

K1: DRG nicht ambulant durchführbar

K2: Stationäre Behandlung laut OPS angezeigt (inkl. .xy-Codes)

K3: Stationäre Beatmung

K4: Hohe Komplexität aufgrund von Kombinationen leichter Eingriffe

K5: Postoperative Versorgungssicherheit nicht gewährleistet

K6: Stationäre Behandlung durch Diagnose angezeigt

K6-S: Erhöhter Aufwand durch Diagnose angezeigt

K7: Stationäre Behandlung durch komplexe Komorbidität angezeigt

K8: Stationäre Behandlung aufgrund von Gebrechlichkeit angezeigt

K9: Stationäre Behandlung aufgrund sozialer Begleitumstände angezeigt

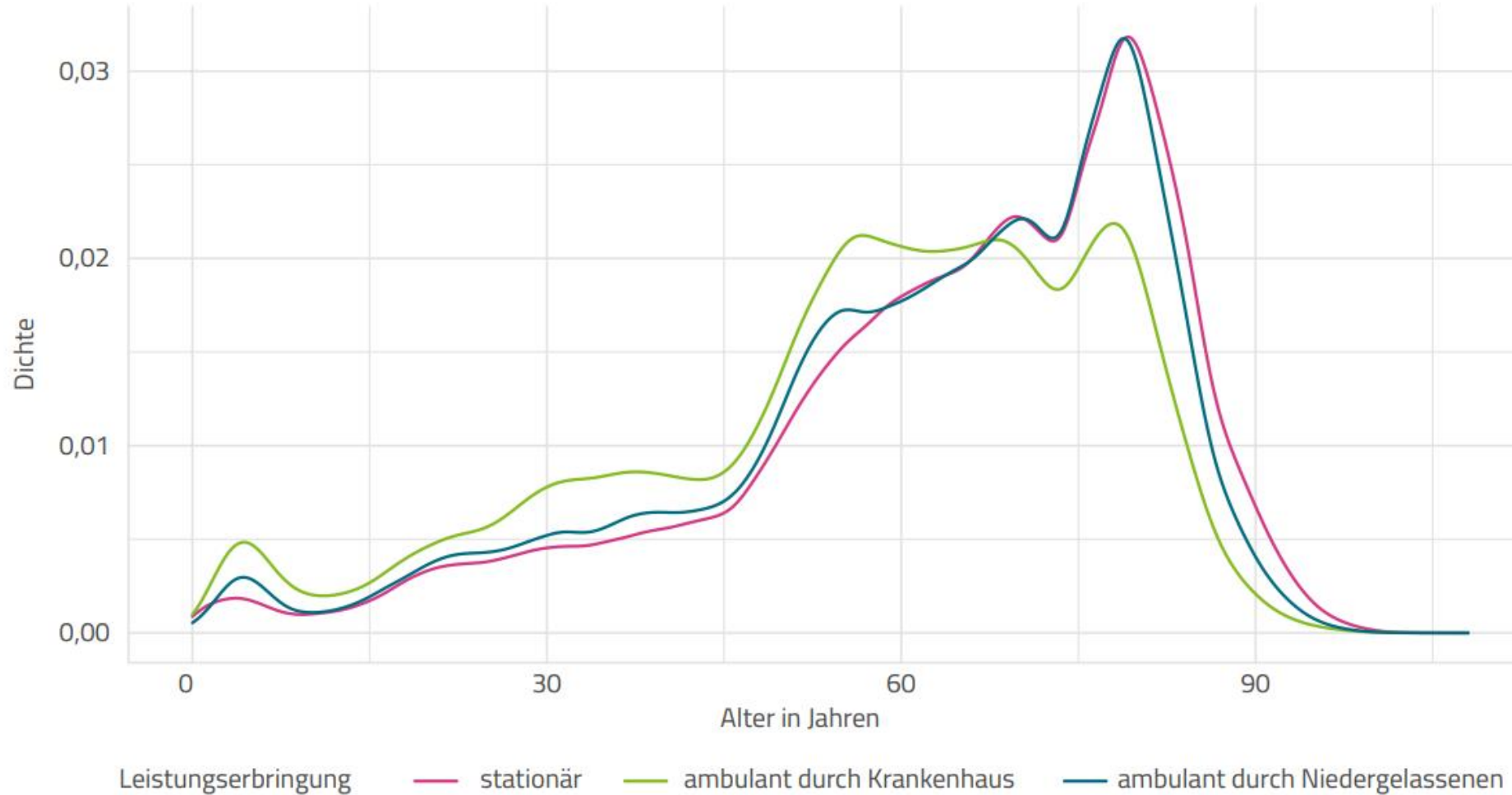
Im IGES-Gutachten als **Ausschlussgründe** von der ambulanten Leistungserbringung vorgesehen und **operationalisiert**:

- K1 (via DRG)
- K2 (via OPS)
- K3 (via Beatmungsstunden)
- K6 (via ICD)
- K7 (via PCCL)
- K8* (Pflegegrad 4-5; Barthel-Index)

Einbezug **ambulanter Diagnosen** (M2Q-gesichert) in allen Analysen des bifg.

* Erweiterung der Operationalisierung durch bifg

Altersverteilung bei Fällen nach altem AOP-Katalog



Ähnliche Altersverteilung stationär und ambulant bei Niedergelassenen

→ Alter als Kontextfaktor

ungeeignet

Quelle: BARMER-Daten 2019

Ansatz des bifg zur Schätzung des Ambulantisierungspotenzials

Strikte Kontextfaktoren (→ Ambulantisierung **nicht** möglich)

- Stationäre Beatmung
- Versterben im Krankenhaus
- Entlassung in ein Hospiz

„**Probabilistische**“ Kontextfaktoren (→ Ambulantisierung **mit bestimmter Wahrscheinlichkeit** möglich)

- K2: stationäre Behandlung laut OPS angezeigt
- K6: stationäre Behandlung durch Diagnose angezeigt
- K8: stationäre Behandlung aufgrund von Gebrechlichkeit (Pflegegrad 4-5, Barthel-Index) angezeigt

Ausschluss: Geburten

Ambulantisierungswahrscheinlichkeiten

BARMER-Daten 2021 zu stationären und ambulanten Fällen
nach altem AOP-Katalog

Extreme Gradient Boosting (XGBoost)

Einbezug einer Vielzahl an Prädiktoren (u.a. 356 Krankheiten)

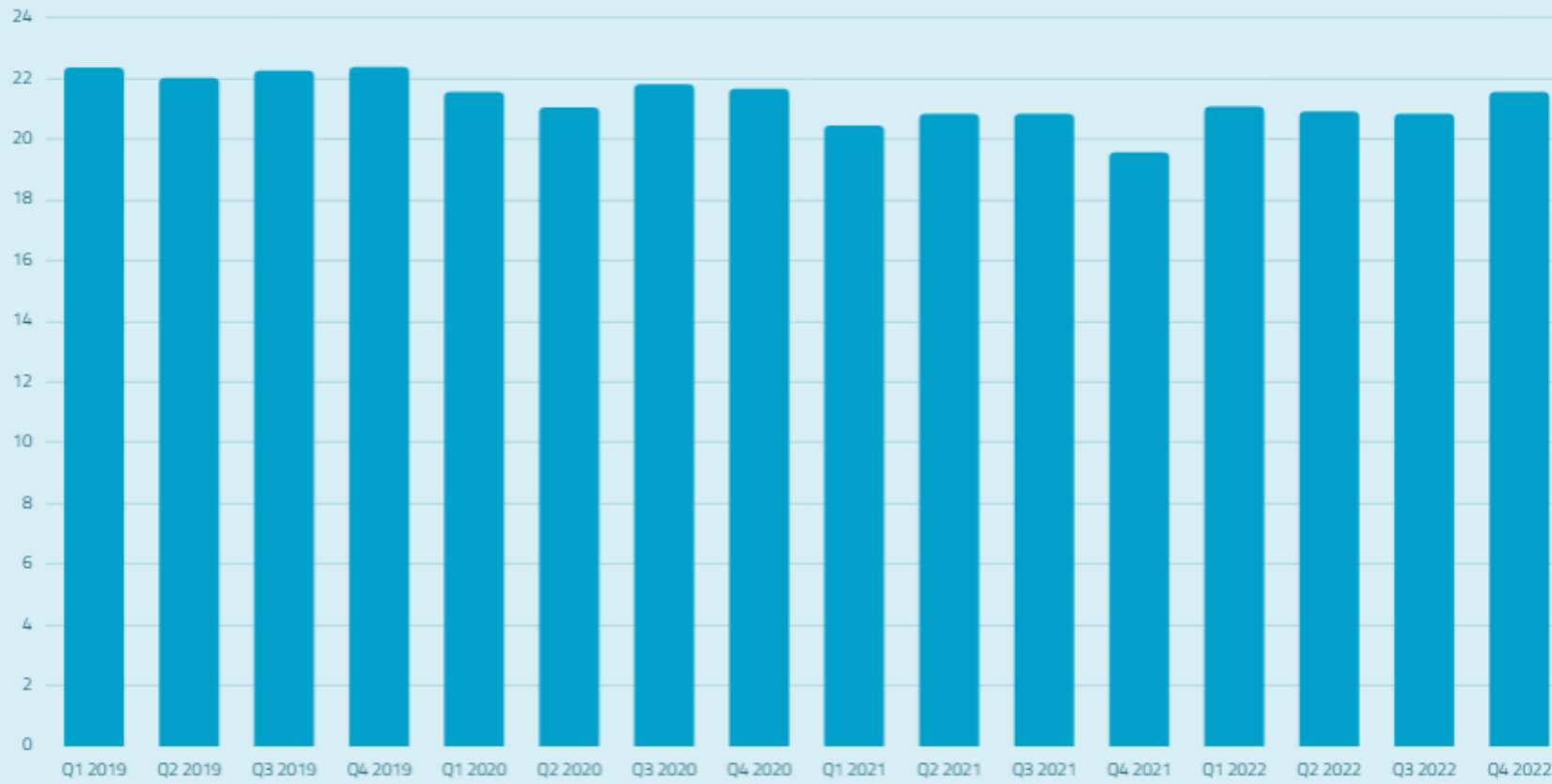
Klassifikationsgüte (Accuracy)

Ansatz	Accuracy
bifg-Modell	90 %
IGES-Kontextprüfung	74 %
AOP-Kontextprüfung	67 %

Zeitliche Entwicklung und räumliche Verteilung des Ambulantisierungspotenzials

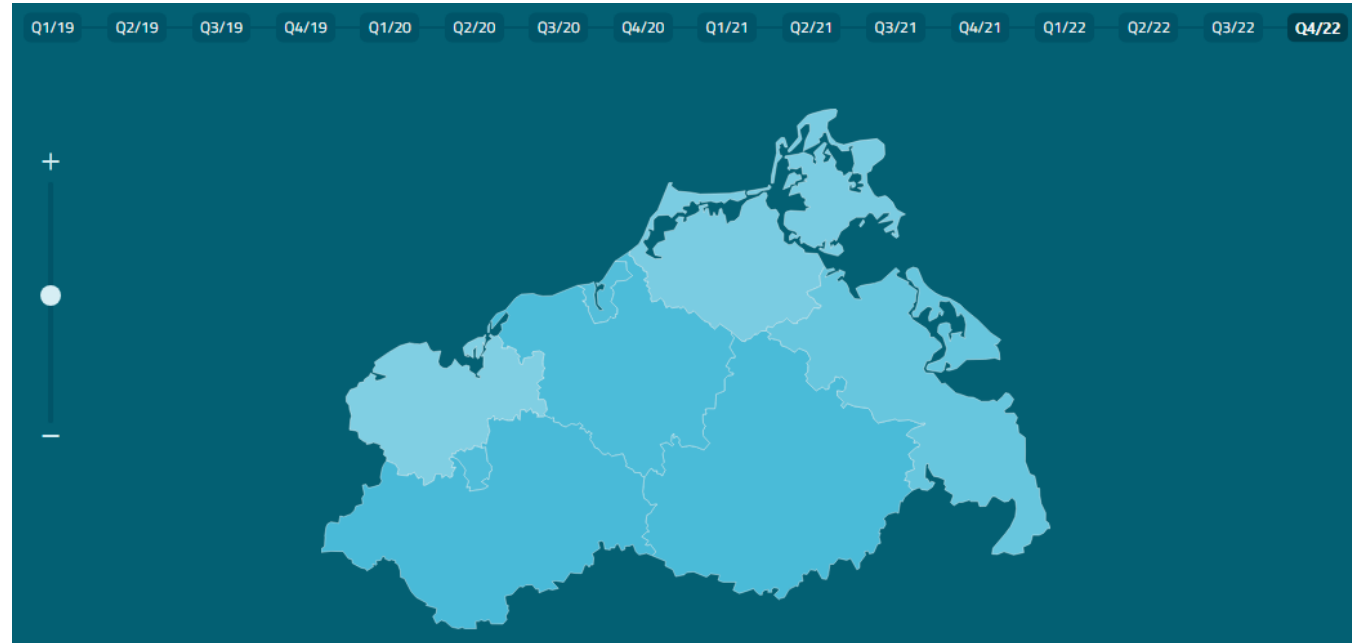
Ambulantisierungspotenzial: zeitliche Entwicklung

Ambulantisierungspotential in Prozent der (vollstationären) Krankenhausfälle (exklusive Geburten) in Deutschland



- Ca. **1/5 der stationären Fälle** ambulantisierbar
- **Kaum Veränderungen** im Zeitverlauf

Ambulantisierungspotenzial Q4/2022: räumliche Verteilung

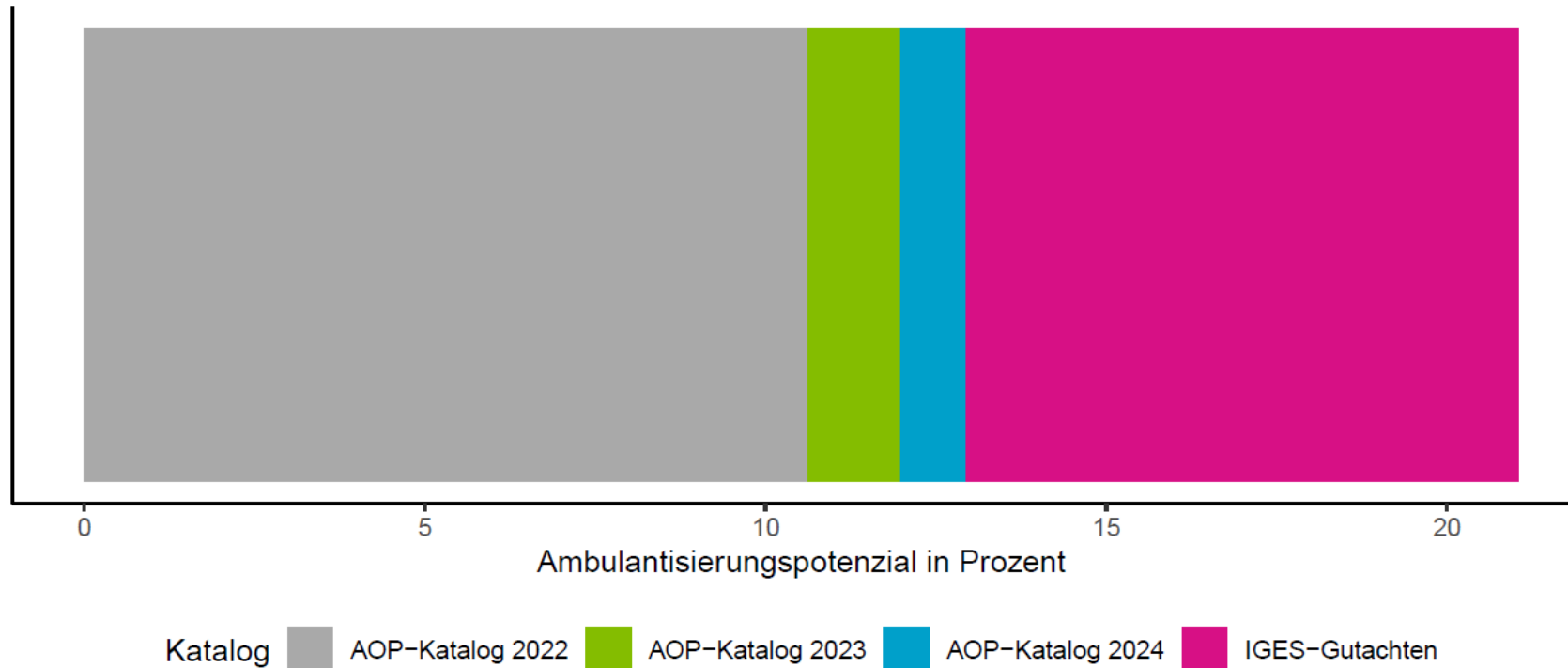


Geringfügige regionale Heterogenität

MV: 18,1 % (Nordwestmecklenburg)
bis 23,2% (Ludwigslust-Parchim)

→ Ambulantisierungspotenzial ist überall vorhanden

Ambulantisierungspotenzial nach Katalog



- Rund **die Hälfte** der potenziell ambulantisierbaren Fälle wird durch den **alten AOP-Katalog (2022)** abgedeckt
- **Umsetzung des IGES-Gutachtens** bei bisheriger Erweiterungs-Geschwindigkeit des AOP-Katalogs (**optimistisch!**) in **7 – 9 Jahren**.

Ambulantisierungspotenzial nach NRW-Leistungsgruppen

Definition der Leistungsgruppen

Ausgangsbasis: Leistungsgruppendefinition des
NRW-Krankenhausplans 2022

- 32 Leistungsbereiche
- mit **64 zugehörigen Leistungsgruppen**
(Vorschlag Regierungskommission: 128 Leistungsgruppen)
- Anfangs nur geringfügige Modifikationen der NRW-Systematik

Unterteilung in

- **spezifische Leistungsgruppen** (definiert über ICD, OPS, Alter, ...)
- **allgemeine Leistungsgruppen** (definiert über Entlass-Fachabteilung)
- psychiatrisch / psychosomatische / psychotherapeutische Versorgung

Daten und Methodik

Abbildung der NRW-Leistungsgruppen auf

BARMER-Daten des Jahres 2022

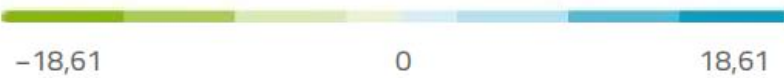
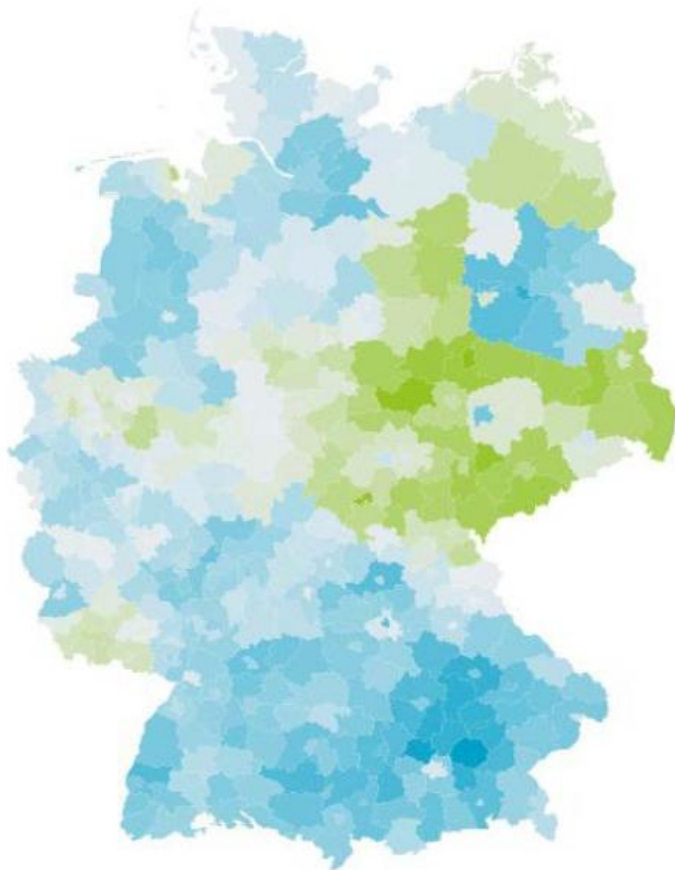
→ Stationäre Inanspruchnahme nach
Alters- und Geschlechtsgruppen

Demografische Fortschreibung auf Kreisebene bis 2040 mittels
Prognosedaten des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und
Raumforschung (BBSR)

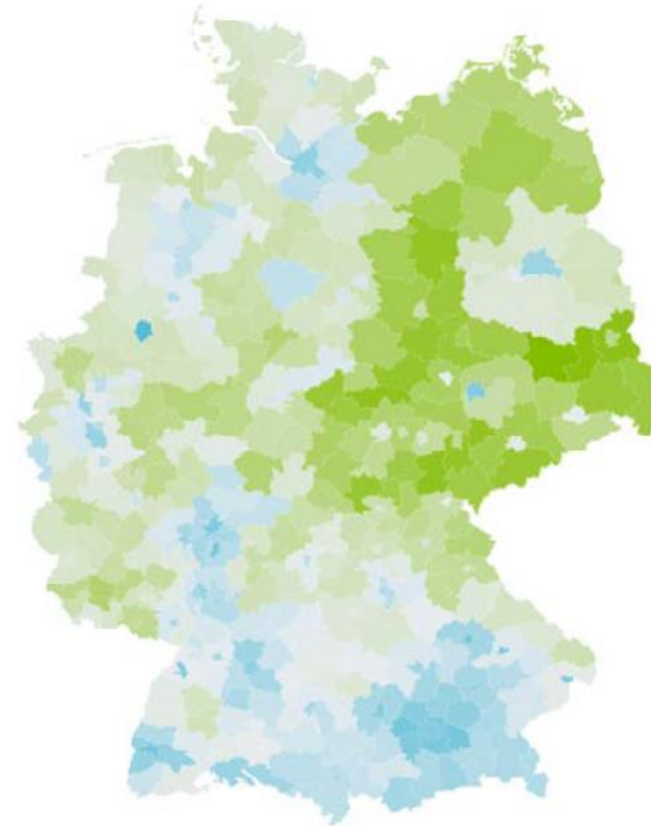
Schätzung des Ambulantisierungspotenzials
basierend auf Methodik des bifg

Relative Fallzahlsteigerung 2022-2040

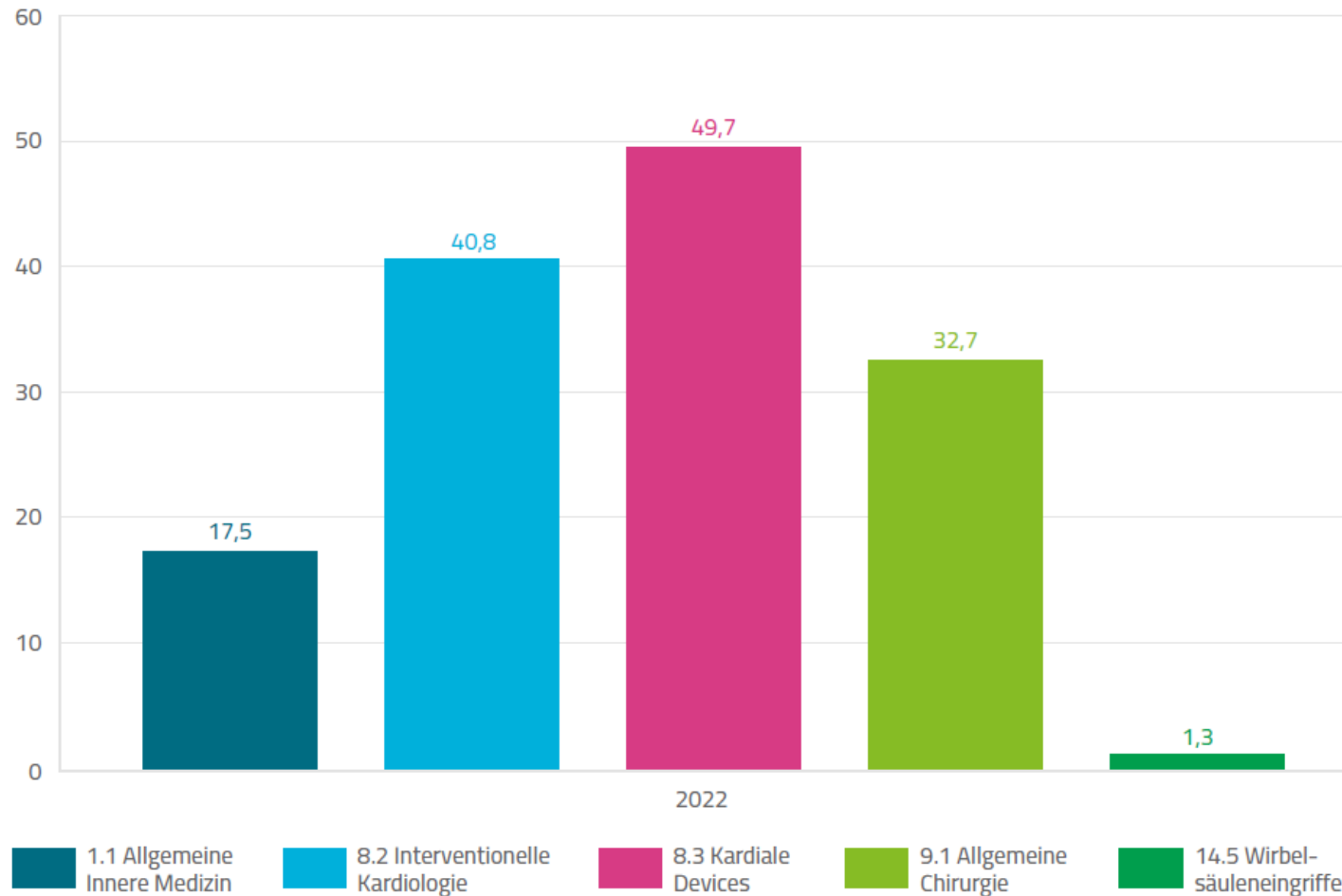
9.1: Allgemeine Chirurgie



23.1: Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin



Ambulantisierungspotenzial nach Leistungsgruppe



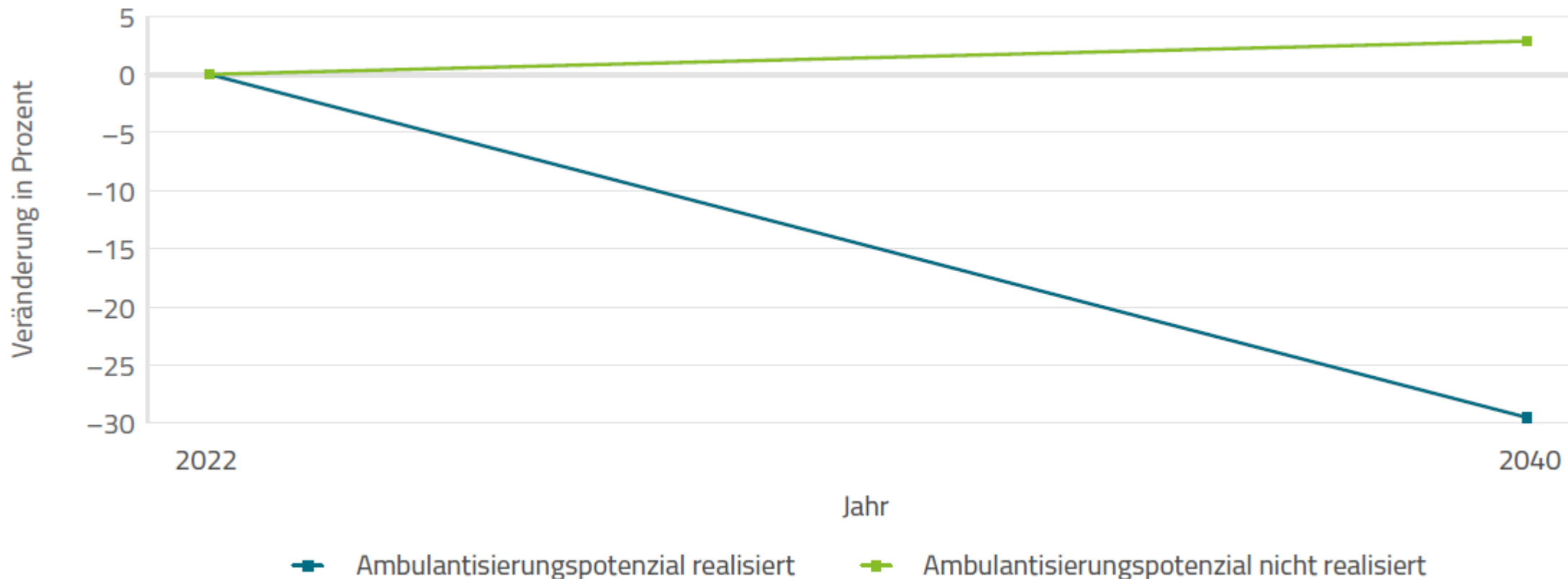
Deutliche Unterschiede zwischen Leistungsgruppen

Hohes Ambulantisierungspotenzial in den größten Leistungsgruppen

Spitzenreiter: kardiologische Leistungsgruppen

Fallzahlentwicklung mit/ohne Realisierung des Ambulantisierungspotenzials

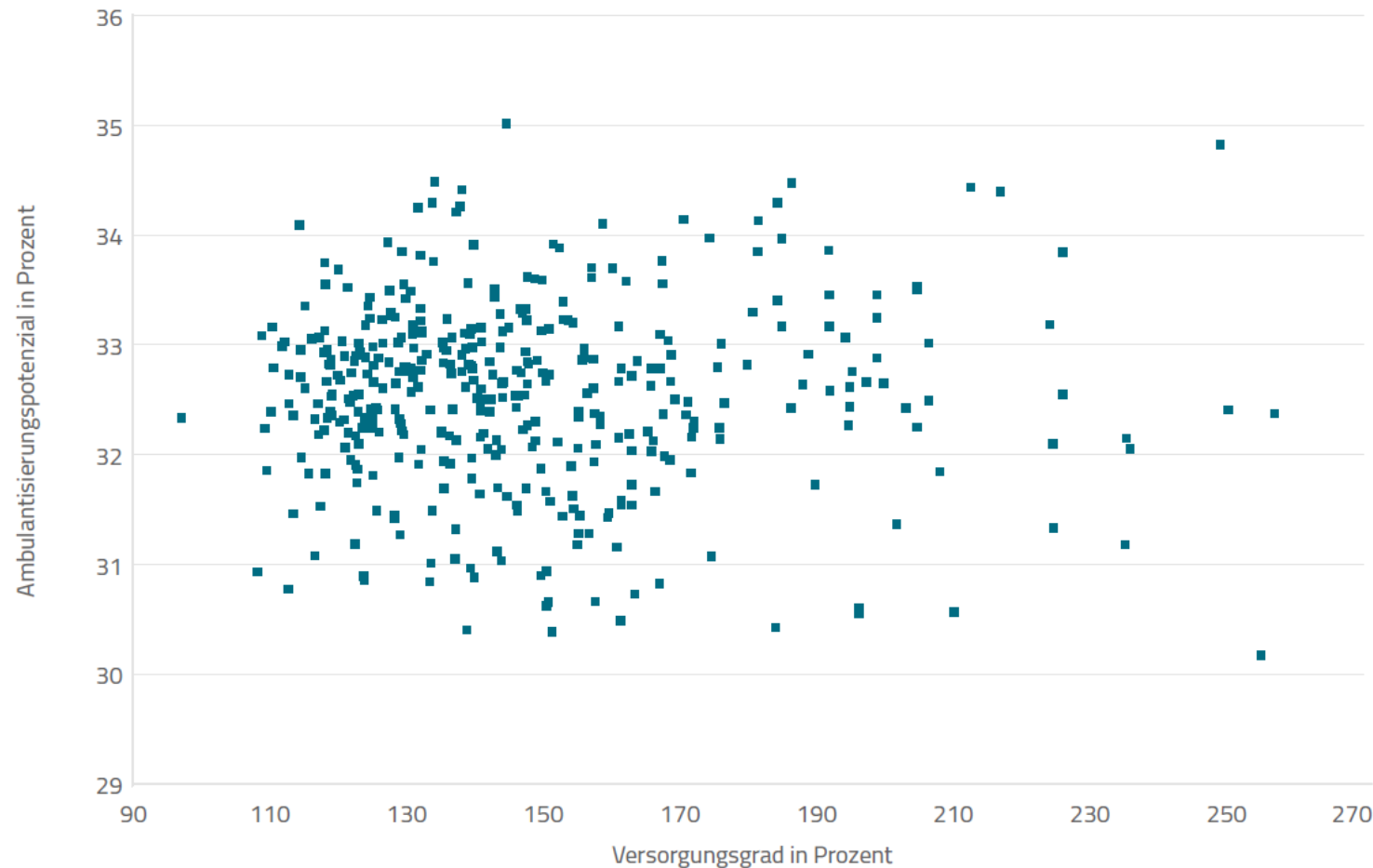
9.1: Allgemeine Chirurgie



Realisierung des Ambulantisierungspotenzials hat **große Bedeutung für die Kompensation von demografischen Fallzahlanstiegen** → Entlastungen der Kliniken möglich!

Ambulantisierungspotenzial und ambulante Versorgungsgrade I

Ambulantisierungspotenzial in der LG 9.1: **Allgemeine Chirurgie** im Vergleich mit Versorgungsgraden der Facharztgruppe „**Chirurgen und Orthopäden**“ auf Kreisebene, 2022



Kein Zusammenhang zwischen regionalem Ambulantisierungspotenzial und Versorgungsgrad

→ **Ambulante Versorgungsstrukturen nicht ausschlaggebend** für Ambulantisierungsgrade

Ambulantisierungspotenzial und ambulante Versorgungsgrade II

Ambulantisierungspotenzial in der LG 9.1: **Allgemeine Chirurgie** im Vergleich mit Versorgungsgraden der Facharztgruppe „**Chirurgen und Orthopäden**“ auf Kreisebene, 2022

Versorgungsgrad	Anzahl an Kreisen	Anteil an allen ambulantisierbaren stationären Fällen in Prozent
< 100	1	0,1
100 – < 120	44	8,5
120 – < 140	136	40,3
140 – < 180	166	40,1
≥ 180	53	11,0
Summe	400	100,0

- Mehr als **90 % des Ambulantisierungspotenzials** in Kreisen mit **Versorgungsgraden ≥ 120 %**
- Mehr als **50 % des Ambulantisierungspotenzials** in Kreisen mit **Versorgungsgraden ≥ 140 %**

Zusammenfassung

Zusammenfassung

IGES-Gutachten impliziert Möglichkeit zur **substanziellen Erweiterung des AOP-Katalogs**

„Naive“, strikte Anwendung der IGES-Kontextprüfung unterschätzt Ambulantisierungspotenzial

→ **Statistische Methodik des bifg** ermöglicht adäquatere Schätzung

Rund **1/5 der stationären Fälle ambulantisierbar**

- Geringe zeitliche und regionale Heterogenität
- Deutliche Unterschiede zwischen Leistungsgruppen

→ **Eine Entlastung von Kliniken und des Gesundheitssystems insgesamt durch konsequente Ambulantisierung ist möglich**

Ambulantisierung kommt nicht durch medizinischen Fortschritt allein sondern wird u.a. durch **Fehlanreize in der Vergütung** blockiert.

Ökonomische Interessen der Selbstverwaltungspartner verhindern eine zügige Erweiterung des AOP-Katalogs auf den Stand der medizinischen Technik.

Bei Umsetzung des KHVVG wird **Ambulantisierung insbesondere in Krankenhäusern** stattfinden (20%-Fallzahl-Korridor).

→ Potenziell **hohe Zusatzkosten** für die Versicherten.

Versorgungskompass des bifg



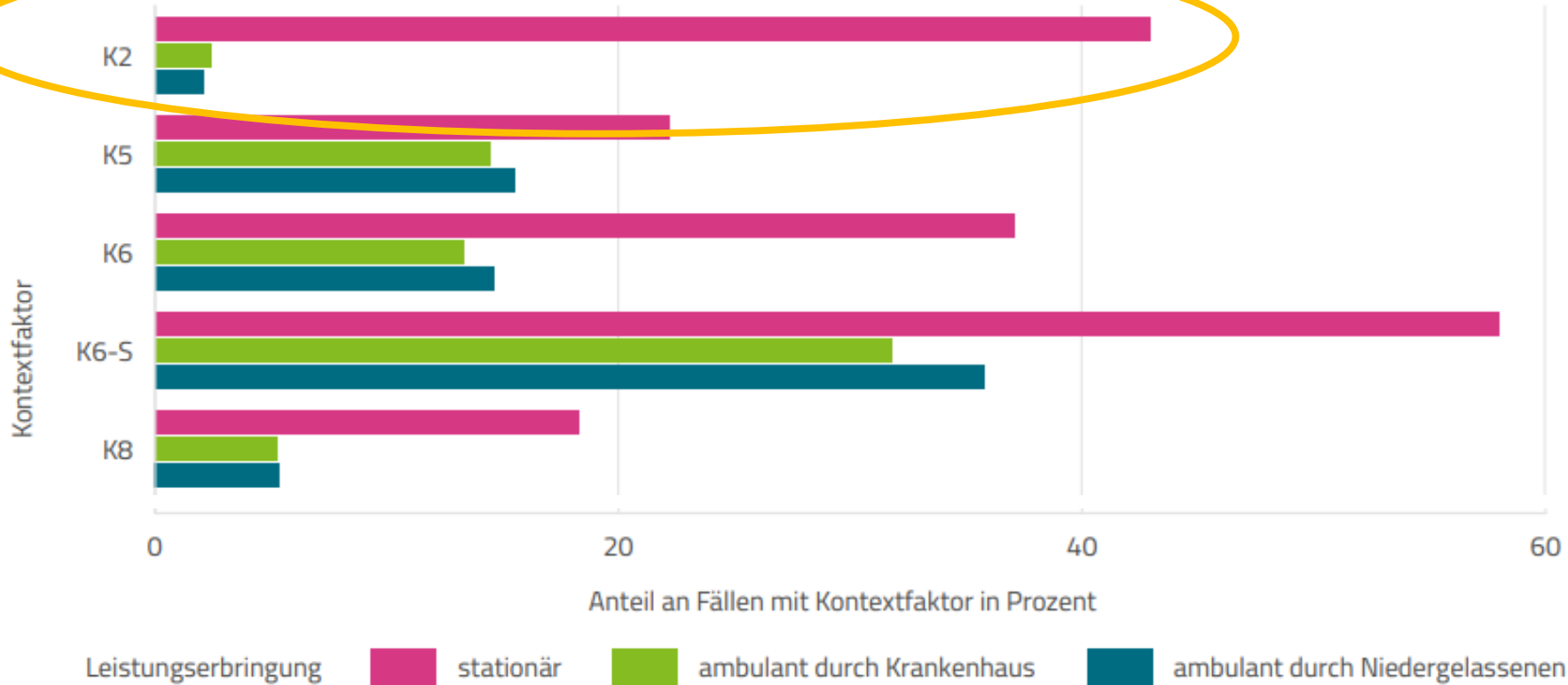
<https://www.bifg.de/versorgungskompass>

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**

Kontakt: martin.roessler@bifg.de

Backup

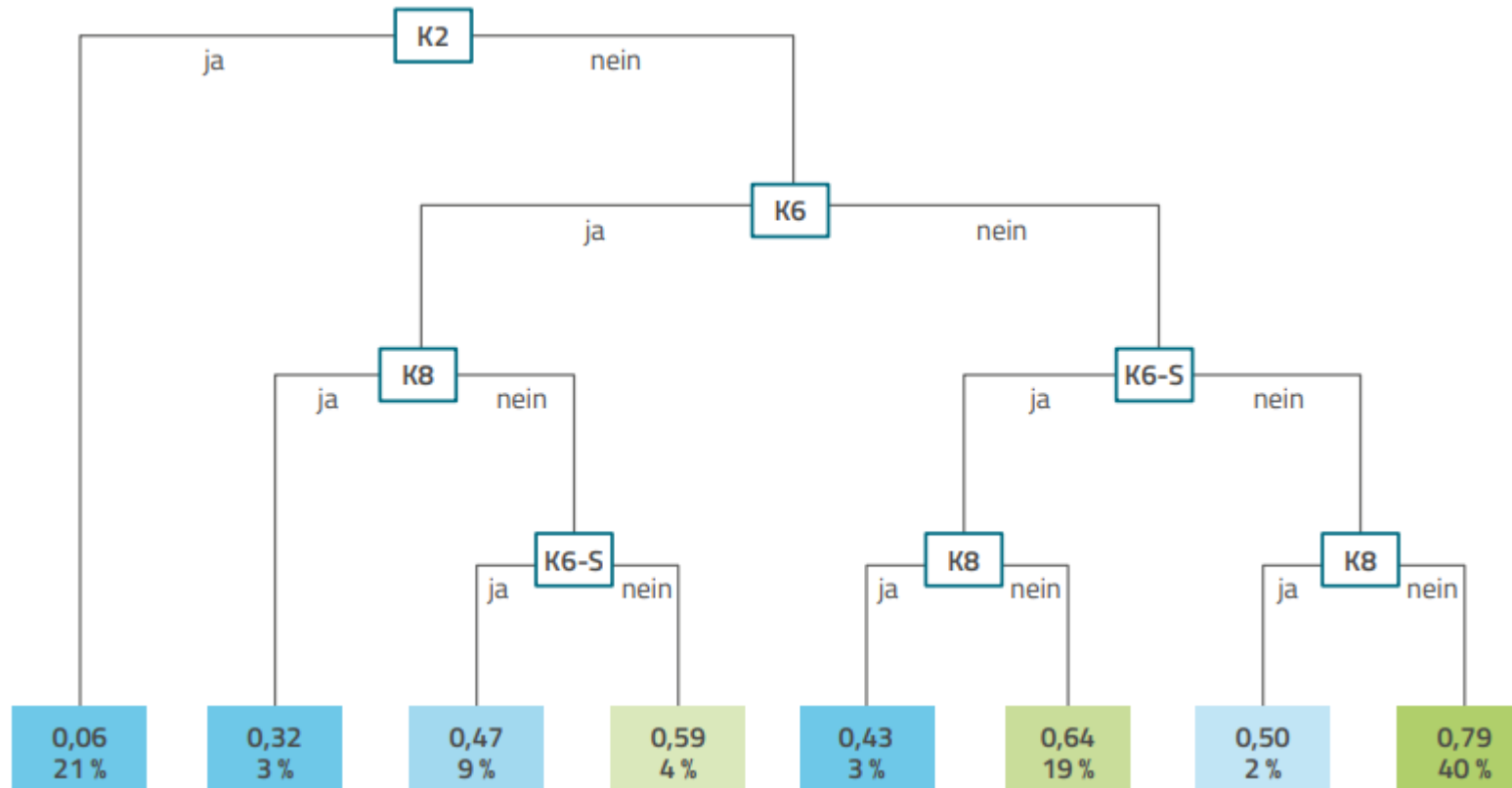
Weitere Kontextfaktoren im Vergleich



K2 ermöglicht gute Trennung von stationären und ambulanten Fällen

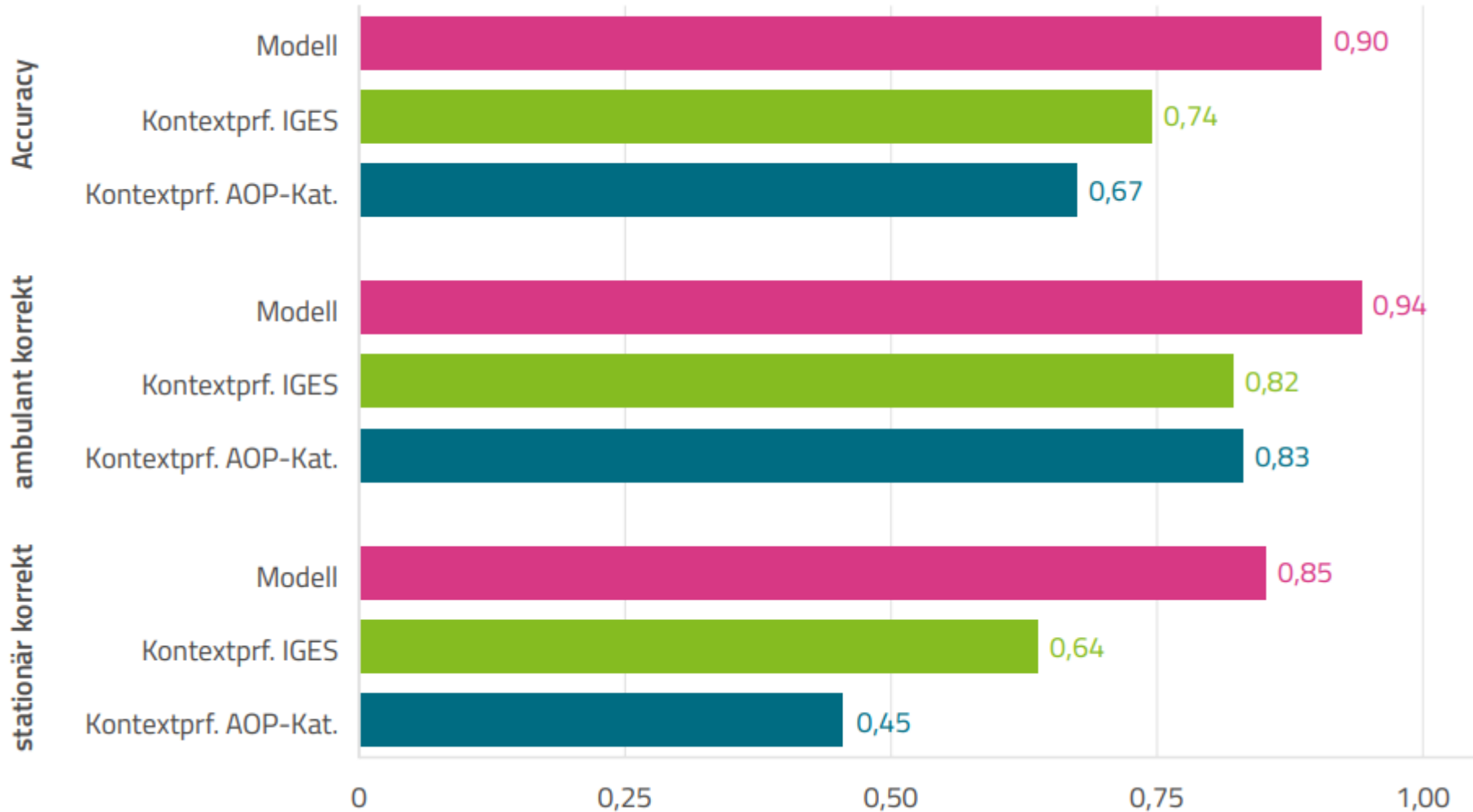
Andere Kontextfaktoren treten in relevantem Maße auch bei ambulant operierten Fällen auf

Klassifikationsbaum zur Unterscheidung stationärer und ambulanter Fälle



- Niedriges**
Ambulantisierungspotenzial insb. bei
vorliegen von
- **K2** (komplizierende Operationen ODER
 - **K8** (Frailty) **UND** **K6** (Komorbidität)

Performance-Vergleich



Prädiktives Modell führt im Vergleich zu den Kontextprüfungen nach AOP-Katalog und IGES-Gutachten zu einer **deutlich adäquateren Trennung von ambulanten und stationären Fällen**

Beispiele für spezifische Leistungsgruppen

LB-Nr.	Leistungsbereich (LB)	LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)
12	Gefäßmedizin	12.1	Bauchaortenaneurysma
		12.2	Carotis operativ/interventionell
		12.3	Komplexe periphere arterielle Gefäße
13	Herzchirurgie oder Kardiologie oder Kardiologie	13.1	Herzchirurgie
		13.2	Herzchirurgie - Kinder und Jugendliche
		13.3 / 8.4	Minimalinvasive Herzklappenintervention
		13.4 / 8.3	Kardiale Devices
14	Orthopädie und Unfallchirurgie oder Neurochirurgie	14.1	Endoprothetik Hüfte
		14.2	Endoprothetik Knie
		14.3	Revision Hüftendoprothese
		14.4	Revision Knieendoprothese
		14.5 / 25.2	Wirbelsäuleneingriffe

Beispiele für allgemeine Leistungsgruppen

LB-Nr.	Leistungsbereich (LB)	LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)
1	Allgemeine Innere Medizin	1.1	Allgemeine Innere Medizin
2	Endokrinologie und Diabetologie	2.1	Komplexe Endokrinologie und Diabetologie
3	Gastroenterologie	3.1	Komplexe Gastroenterologie
4	Nephrologie	4.1	Komplexe Nephrologie
9	Allgemeine Chirurgie	9.1	Allgemeine Chirurgie
10	Kinder- und Jugendchirurgie	10.1	Kinder- und Jugendchirurgie
11	Plastische und Rek. Chirurgie	11.1	Plastische und Rekonstruktive Chirurgie

bifg-ePaper: NRW-Leistungsgruppen

Martin Röblier, Claudia Schulte, Uwe Repschläger, Christoph Straub,
Christoph Bobeth, Danny Wende

Die NRW-Leistungsgruppen als Grundlage der künftigen Krankenhausplanung

Demografische Prognose und Analyse
des Versorgungsgeschehens bis 2040 aus
sektorenübergreifender Perspektive



Hintergrund

Die Definition von Leistungsgruppen stellt ein Kernelement der gegenwärtigen Krankenhausreform dar (BMG, 2022, 2023). Dem Grundgedanken nach umfasst jede Leistungsgruppe fachlich verwandte medizinische Leistungen, deren qualitativ hochwertige Erbringung auf ähnlichen (insbesondere personellen und technischen) Voraussetzungen beruht. Diese Voraussetzungen werden als Mindestqualitätsanforderungen formuliert. Die Erfüllung dieser Mindestqualitätsanforderungen ist für Krankenhäuser, die Leistungen einer bestimmten Leistungsgruppe erbringen wollen, obligatorisch. Auf diese Weise soll die Einführung von Leistungsgruppen sicherstellen, dass medizinische Leistungen nur in solchen Krankenhäusern erbracht werden, die über die dafür notwendige (fach-)ärztliche, pflegerische und apparative Ausstattung verfügen. Durch die Einführung einer perspektivisch leistungs-

gruppenspezifischen Vorhaltevergütung soll zudem die Fallzahlabhängigkeit der Vergütung im stationären Sektor reduziert und Mengenfehlreize sollen somit vermieden werden.

Die Grundlage für die bundesweit zu implementierenden Leistungsgruppen stellt die im Krankenhausplan 2022 des Landes Nordrhein-Westfalen (NRW-Krankenhausplan 2022) entworfene Systematik dar. Die im NRW-Krankenhausplan 2022 definierten 64 Leistungsgruppen sollen nach gegenwärtigem Diskussionsstand in einem ersten Schritt übernommen und nur geringfügig erweitert werden. Im Vergleich mit den ursprünglich von der Regierungskommission avisierten 128 Leistungsgruppen (BMG, 2022) ergibt sich hierbei eine deutlich weniger differenzierte Ausgestaltung der Leistungsgruppendifinition.



Leistungsgruppen · Ambulantisierung · sektorenübergreifende Versorgung · Krankenhausplanung

Schwerpunkte:

- **Demografische Prognose** der stationären Fallzahlen
- Schätzung des **Ambulantisierungspotenzials**
- **Sektorenübergreifende Betrachtung** am Beispiel der Allgemeinen Chirurgie
- Potenzieller Leistungsbereich **Onkologie**

Möglichkeit zur eigenständigen Analyse im **Versorgungskompass**

Die NRW-Leistungsgruppen als Grundlage der künftigen Krankenhausplanung

Ein Kernelement der aktuellen Krankenhausreform besteht in der Definition von Leistungsgruppen, die fachlich verwandte medizinische Leistungen abdecken. Durch die Definition von zugehörigen Mindestqualitätsvoraussetzungen (z.B. personelle und apparative Ausstattung) soll die Einführung von Leistungsgruppen die Qualität der stationären Versorgung fördern.