

AOP-Gutachten

Analysefehler verzerren Ambulantisierungspotenzial

Von Prof. Dr. Erika Raab, Dr. Dirk Elmhorst und Annika Nissing

Das vor Kurzem veröffentlichte AOP-Gutachten polarisiert unweigerlich in den Krankenhäusern und führt zu einem enormen Handlungsdruck strukturellen und organisatorischen Ausmaßes. Umso wichtiger erscheint es, sich als Klinik auf erste, in Kürze erwartete Umsetzungsmaßnahmen vorzubereiten und mithilfe einer validen Datengrundlage das eigene ambulante Potenzial zu ermitteln.

Das Problem dabei: Es fehlt an belastbaren und praxisnahen Zahlen, denn die bisher veröffentlichten Werte sind nicht plausibel. So heißt es beispielsweise in der Studie „IGES-Gutachten“ des BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg): „Insgesamt zeigte sich nach Kontextprüfung ein Ambulantisierungspotenzial von 10 % bis 12 % der vollstationären Fälle des Jahres 2019.“

Zum Hintergrund: Kontextprüfungen und Schweregraddifferenzierung

Im Gutachten wird ein Gruppierungsalgorithmus vorgeschlagen, der sich auf die bisher stationär behandelten Patienten im DRG-Ent-

geltbereich anwenden lässt und mit dem sich das vermeintliche ambulante Potenzial darstellen lassen soll. Welcher Anteil an Patienten damit von der stationären in die ambulante Versorgung übergeht, ist eine zentrale Frage für das zukünftige Leistungsangebot und die damit verbundenen Strukturen im Krankenhausmarkt.

Demnach gibt es drei unterschiedliche Stufen der Prüfung, die sich anhand der veröffentlichten Tabellen im Rahmen der „Annex zum Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V“ mit DRGs, Prozeduren, Diagnosen oder weiteren Inhalten für die Einordnung eines Behandlungsfalls ableiten lassen:

- 1) Kontextprüfung 1
- 2) Kontextprüfung 2
- 3) Schweregraddifferenzierung

Trifft ein Kriterium aus der Kontextprüfung 1 zu, wird der Behandlungsfall eindeutig dem stationären Bereich zugeordnet. Ein Beispiel dafür ist die Diagnose „A39.0 Meningokokkenmeningitis“ aus der Tabelle „K6 ICD nicht ambulant“.

Ist ein Kriterium aus der Kontextprüfung 2 erfüllt, ist eine stationäre

Der folgende Beitrag beschäftigt sich mit dem kürzlich veröffentlichten AOP-Gutachten und damit, wie sich Krankenhäuser auf Umsetzungsmaßnahmen vorbereiten und das eigene ambulante Potenzial ermitteln können.

Keywords: Ambulantisierung, Recht, Strategie

Behandlung ebenfalls begründet. Im Unterschied zur Kontextprüfung 1 kann der Fall bei gesicherter Versorgung aber auch ambulant erbracht werden, was in einigen Fällen vor allem angesichts des Patientenwohls sinnvoller sein kann. In diesem Fall begründet der Kontextfaktor einen erhöhten Schweregrad bei ambulanter Leistungserbringung. Beispielhaft ist hierfür die Diagnose „F01.1 Multiinfarkt-Demenz“ aus der Tabelle „K5 ICD besonderer Betreuungsbedarf“ zu nennen.

Die dritte Kategorie von Tabelle dient lediglich der vergütungsrelevanten Schweregraddifferenzierung, jedoch nicht der Einordnung in den ambulanten oder stationären Bereich. Dazu gehört die Tabelle K6-S, die lediglich einen erhöhten peri-/ postopera- ►

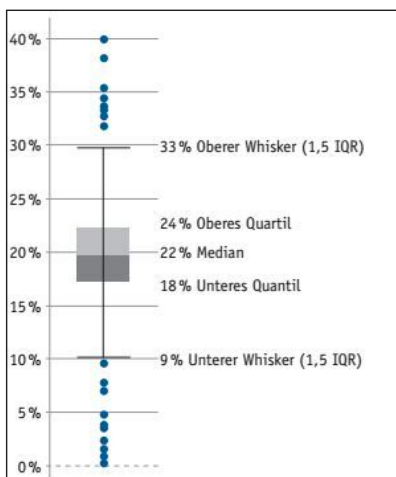


Abb. 1: MEDIQON Benchmark Boxplot

ambulant AOP
ambulant MED
ambulant MED – Chemotherapie
ambulant MED – Strahlentherapie
Beobachtungsstatus = 1 Tag
Beobachtungsstatus > 1 Tag
stationär

Abb. 2: MEDIQON Benchmark Belegungskategorien

tiven Aufwand bei ambulanter Behandlung und damit ggf. auch einen erhöhten Nachsorgebedarf anzeigt. Die Diagnose „D66 Hereditärer Faktor-VIII-Mangel“ wird zum Beispiel in der Tabelle „K6-S ICD erhöhter Aufwand“ aufgelistet.

Die Gutachter haben die einzelnen Tabellen mit Abkürzungen versehen, aus denen bereits die Einordnung in die drei genannten Tabellenarten hervorgeht. Das Anhängsel „-S“ steht dabei für eine ausschließliche Schweregraddifferenzierung, „(S)“ impliziert den Kontextfaktor 2, d.h. die Schweregraddifferenzierung bei optionaler ambulanter Leistungserbringung. Ohne eine Angabe am Ende des Kürzels handelt es sich um eine Tabelle der Kontextprüfung 1.

Irrtum der bifg-Studie

Ein genauer Blick in die Methodik der Studie des BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung zeigt, dass der im AOP-Gutachten beschriebene Algorithmus, mit dem ein stationärer Fall einer möglichen ambulanten Behandlung zugeordnet wird, nicht richtig angewendet wurde.

So wurde die o.g. Tabelle K6-S, die laut IGES lediglich der Schweregrad-

differenzierung dient, fälschlicherweise als Ausschlusskriterium für die ambulante Leistungserbringung herangezogen und nicht bei der Ermittlung des ambulanten Potenzials berücksichtigt (vgl. IGES-Gutachten, S. 232, Abb. 12). In der Konsequenz bestehe mit dem IGES-Gutachten – nach Interpretation des bifg – mit 10 Prozent bis 12 Prozent somit noch weniger Ambulantisierungspotenzial als ohnehin schon mit dem aktuellen AOP-Katalog. Vereinfacht ausgedrückt: Während bisher nach dem „alten“ AOP-Katalog von einem Ambulantisierungspotenzial von 18 Prozent ausgegangen wurde, wird nach der Berechnung in der Studie der BARMER bei einer fast doppelt so großen Grundgesamtheit (AOP „alt“ + AOP „neu“) ein Ambulantisierungspotenzial von 10 bis 12 Prozent beschrieben.

Ein weiterer Fehler wird deutlich, wenn man den Anteil der ambulantisierbaren Fälle nach der Kontextprüfung betrachtet. Bei vermeintlicher Anwendung der Tabelle K6-S als Ausschlussfaktor ergeben sich laut bifg 57 Prozent bzw. 850.000 Fälle, bei denen diese Kontextprüfung anschlägt. Dies lässt sich nur erklären, wenn man fälschlicherweise die Anzahl der Haupt- und Nebendiagnosen in der Grundgesamtheit zählt. Richtigerweise käme es auf die Anzahl der Fälle an. Insgesamt ist hier also eine inkorrekte Kombination in der Anwendung mit der Tabelle K6-S anzunehmen.

Controller in Krankenhäusern greifen in Gesprächen oftmals auf Auswertungen mit ähnlichen Ergebnissen wie die der BARMER Studie zurück. Somit scheint die fehlerhafte Anwendung der Tabelle K6-S nicht unüblich zu sein und häufiger vorzukommen.

MEDIQON Benchmark und Ländervergleich

Im MEDIQON Benchmark mit 250 Standorten und 3,6 Millionen Behandlungsfällen des Jahres 2019 ergibt sich bei korrekter Anwendung der Kontextprüfung ein deutlich anderes Bild: Demnach werden etwa 22 Prozent der stationären Fälle mit dem AOP-Algorithmus als potenziell ambulant eingeordnet. Der operative Bereich deckt dabei 11,9 Prozent und der konservative Bereich 10,0

Prozent, wobei die Spannweite zwischen den Standorten dabei erheblich ist. Die Diagnosen der Tabelle K6-S spiegeln dagegen 33 Prozent der potenziell ambulanten Fälle wider (►Abb.1 und 2).

Um diesen Ansatz zu unterstreichen, wird zusätzlich ein Ländervergleich herangezogen: Grundsätzlich finden sich in Deutschland deutlich mehr stationäre Krankenhausfälle je 100 Einwohner als in anderen Ländern. Die Differenz zu Dänemark beträgt zum Beispiel 40 Prozent (►vgl. Krankenhausrating Report 2018, Abb 3).

Gleichzeitig wird mit dem AOP-Gutachten ein „potenzialorientierter Ansatz“ verfolgt. Das heißt, maßgeblich ist die Einschätzung der prinzipiellen Möglichkeit einer ambulanten Durchführung. Auch Leistungen mit geringen ambulant durchführbaren Anteilen wurden hierbei miteinbezogen mit dem Ziel, das gesamte Potenzial im Krankenhaus aufzudecken und nicht nur Teilbereiche abzubilden.

Betrachtet man den potenzialorientierten Ansatz als Ziel des AOP-Gutachtens und die Tatsache, dass in Dänemark 40 Prozent weniger Fälle stationär behandelt werden als in Deutschland, dann ist in der Conclusio ein Ambulantisierungspotenzial von 12 Prozent nicht schlüssig. Dieses wäre nur erklärbar, wenn die Dänen entweder deutlich gesünder wären als die Deutschen oder Deutschland in einer sehr großen Zahl Patientinnen und Patienten grundlos behandeln würde. Oder andersherum: Wenn in Dänemark Patienten gar nicht erst versorgt würden oder es den Gutachtern nicht gelungen wäre, das realistische Ambulantisierungspotenzial annähernd aufzuzeigen.

Diskussion und Bedeutung für Krankenhäuser

Ein Ambulantisierungspotenzial von 10 bis 12 Prozent, wie es das bifg analysiert hat, würde dem Kern des AOP-Gutachtens mit dem Ziel des potenzialorientierten Ansatzes eindeutig widersprechen und spiegelt keine realistische Einschätzung wider. Wie es zu dem Fehler in der Analyse der BARMER kommen kann, ist durchaus nachvollziehbar: Aus den



Abb.3: Krankenhaus Rating Report 2018 Ländervergleich

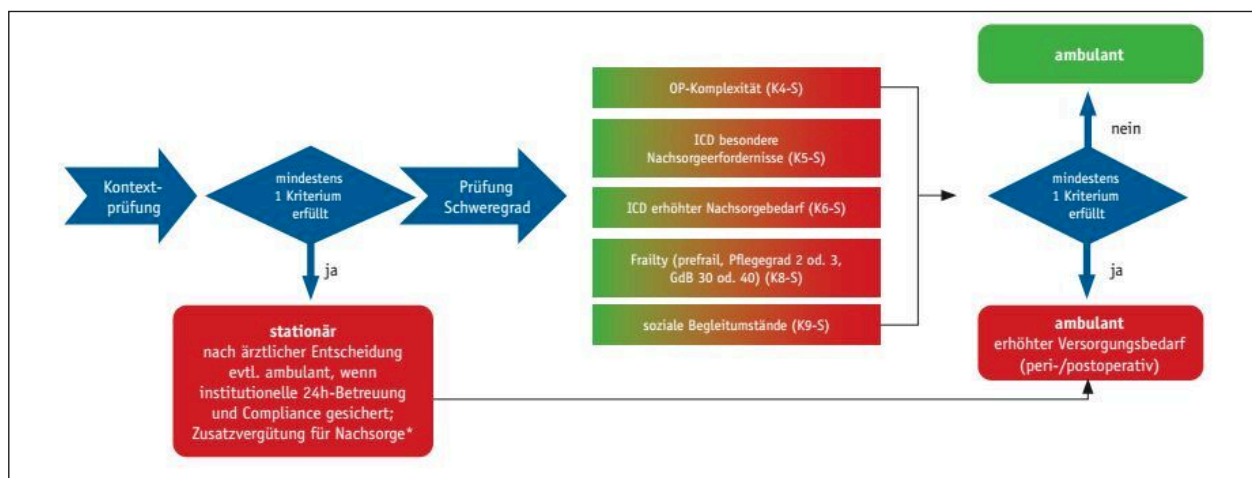


Abb.4: IGES-Gutachten

Anhängen zum AOP-Gutachten und deren Erläuterungen erschließen sich diese Zusammenhänge nicht unmittelbar und im Gutachten werden diese erst mit der Abbildung Nr. 15 im IGES-Gutachten (S. 248) eindeutig klar (►Abb. 4).

Erstaunlich ist jedoch, dass Autoren des IGES-Gutachtens die Analyse der BARMER als qualitativ besonders hochwertig würdigen und in mehreren öffentlichen Präsentationen das Ergebnis von 10 bis 12 Prozent ambulanten Potenzials vorstellen. Denn ein Blick auf die von der BARMER benannten Kontextfaktoren genügt, um festzustellen, dass hier eine falsche Tabelle angewandt wurde und das Ergebnis entsprechend als nicht valide zu bezeichnen ist.

Zusammenfassend unterstreichen die realistischen Simulationen des

IGES-Gutachtens, dass der Krankenhausmarkt vor dem Hintergrund der Ambulantisierung sowie zunehmender Strukturveränderungen vermutlich vor dem wahrscheinlich größten Umbruch steht. Je nach Fachabteilung sind sehr unterschiedliche Auswirkungen hinsichtlich des ambulanten Potenzials feststellbar, wobei der Anteil an potenziell ambulanten Fällen nach Anwendung des Algorithmus des AOP-Gutachtens im Mittel bei mehr als 20 Prozent liegt.

Die Verantwortlichen in Krankenhäusern sind daher gut beraten, sich heute schon auf die kommende Ambulantisierung vorzubereiten und die Möglichkeiten mit kritischem Blick auf das Leistungsportfolio abzuwägen. Eine Berufung auf unrichtige Analysen, wie die des bifg, erscheint hier jedoch als schwerwie-

gend, weil das tatsächliche Ausmaß der Folgen für Krankenhäuser deutlich abgemildert wird. ■

Literatur bei den Verfassern

Prof. Dr. Erika Raab
Vorstandsvorsitzende
Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM)

Dr. Dirk Elmhorst
MEDIQON GmbH
Berliner Allee 7
30175 Hannover

Annika Nissing
MEDIQON GmbH
Berliner Allee 7
30175 Hannover