

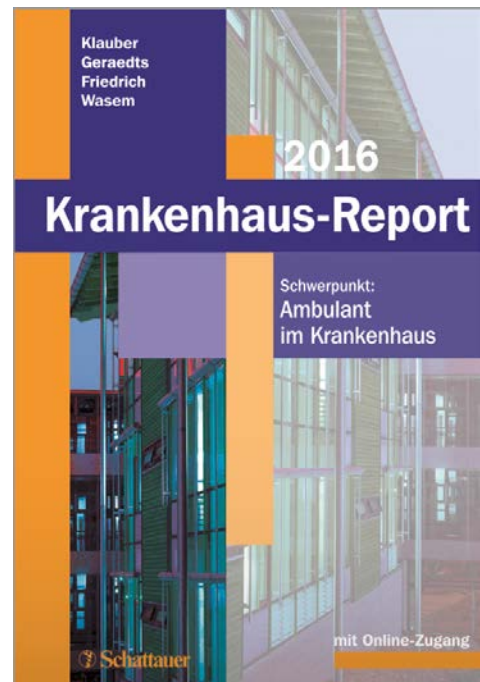
Krankenhaus-Report 2016

„Ambulant im Krankenhaus“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /
Jörg Friedrich / Jürgen Wasem (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2016

Auszug Seite 127-147



8	Ambulante Operationen im Krankenhaus.....	127
	<i>Jörg Friedrich und Hanna Tillmanns</i>	
8.1	Einleitung.....	128
8.1.1	Datengrundlage und methodische Hinweise	131
8.2	Bedeutung für die Versorgung und die Erlöse der Krankenhäuser.....	133
8.2.1	OPS-Leistungsinhalte für ambulante Operationen	133
8.2.2	OPS-Leistungskombinationen	133
8.2.3	Anzahl der Leistungserbringer.....	136
8.2.4	Vergütungshöhe.....	136
8.2.5	OPS bei stationären Leistungen der teilnehmenden Krankenhäuser.....	137
8.2.6	Ökonomische Bedeutung von ambulanten Operationen für die teilnehmenden Krankenhäuser	138
8.2.7	Ambulante Operationen als planbare Leistung	139
8.2.8	Ambulante Operationen in Fallketten.....	140
8.2.9	Ambulante Operationen in der regionalen Versorgung	141
8.3	Arbeitsteilung zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten.....	144
8.4	Fazit	146

8 Ambulante Operationen im Krankenhaus

Jörg Friedrich und Hanna Tillmanns

Abstract

In den über 20 Jahren seit der Öffnung der Krankenhäuser für das ambulante Operieren waren es vor allem die Entwicklungen in einer relativ kurzen Zeitspanne Mitte der 2000er Jahre, die zum aktuellen Niveau führten. Aktuell ist – auch nach der weitergehenden Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Leistungserbringung der letzten Jahre – der AOP-Bereich immer noch das ambulante Leistungssegment mit der höchsten Relevanz für Krankenhäuser mit somatischen Fachabteilungen, was den Gesamtumsatz und die Zahl der beteiligten Einrichtungen betrifft.

Die Top 20 AOP-Leistungen der Krankenhäuser werden, in Abhängigkeit von der Art der Leistung und der Komplexität der Behandlungszusammenhänge, im Jahr 2014 zu unterschiedlichen Anteilen stationär erbracht. Des Weiteren gibt es bei den stationären Krankenhausfällen immer noch relevante Anteile von Fällen mit sehr kurzer Verweildauer, was auf ein nicht realisiertes Ambulantisierungspotenzial hindeutet. AOP sind zum überwiegenden Teil planbare Leistungen, der daraus generierte Erlös spielt in den meisten Krankenhäusern eine untergeordnete Rolle.

Die Krankenhäuser erbringen ungefähr ein Viertel aller AOP und spielen damit eine wichtige Rolle in der Versorgung der Versicherten. Die Arbeitsteilung zwischen niedergelassenen Vertragsärzten, AOP im Krankenhaus und stationärer Leistung variiert allerdings zwischen den Leistungen stark. Der Anteil der an Krankenhäusern vorgenommenen AOP schwankt zwischen 6 und 59%.

In the more than 20 years since hospitals in Germany were opened for outpatient surgery, it was mainly the developments in a relatively short period in the mid-2000s that led to the current level. In terms of overall turnover and the number of participating institutions, outpatient surgery – even after a further opening of hospitals for outpatient services in recent years – is currently still the most important outpatient segment for hospitals with somatic departments.

In 2014, the top 20 outpatient surgical services rendered by hospitals were provided in an inpatient setting in different percentages, depending on the nature of the procedure and the complexity of the treatment context. Moreover, there are still quite a number of inpatient cases with a very short hospital stay, suggesting an unrealised potential of outpatient treatment. For the most part, outpatient surgery consists of plannable services and the revenue generated from it plays a subordinate role in most hospitals.

Hospitals provide about 25 % of outpatient surgery and thus play an important role in health care. However, the division of labour between office-based physicians, outpatient surgery performed by hospitals and inpatient care varies great-

ly between services. The proportion of outpatient surgery performed by hospitals varies between 6 and 59%.

8.1 Einleitung

Das ambulante Operieren (AOP) durch Krankenhäuser gemäß § 115b SGB V wurde 1993 durch das Gesundheits-Strukturgesetz eingeführt. Ziel des Gesetzgebers war es, durch eine Reduzierung der vollstationären Krankenhausbehandlungen bei ambulant möglichen Operationen Einsparungen zu erreichen.¹ Das Gesetz regelte, dass die Selbstverwaltung aus Spitzenverbänden der Krankenkassen, Deutscher Krankenhausgesellschaft und Kassenärztlicher Bundesvereinigung eine vertragliche Grundlage für das ambulante Operieren durch Krankenhäuser wie niedergelassene Ärzte zu schaffen habe. Bis 1993 durften Krankenhäuser solche Leistungen grundsätzlich nicht durchführen und waren daher in der ambulanten Versorgung unbedeutend (vgl. v. Stackelberg 1993).

Diese vertragliche Grundlage nach § 115b Abs. 1 SGB V (AOP-Vertrag²) wurde erstmals im Jahr 1993 geschlossen und legt seitdem die möglichen AOP-Leistungen fest. Um solche ambulante Operationen abrechnen zu können, müssen niedergelassene Ärzte³ und Krankenhäuser jeweils formlos ihre Teilnahme am AOP-Vertrag erklären (§ 1 AOP-Vertrag bzw. EBM). Eine Voraussetzung für Krankenhäuser ist, dass die entsprechenden Leistungen grundsätzlich auch in der stationären Versorgung erbracht werden. Eine weitere Vorbedingung ist, dass die Krankenhäuser die im AOP-Vertrag bzw. der anhängigen Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen genannten Strukturkriterien erfüllen. Ein gesondertes Genehmigungsverfahren für die Teilnahme existiert dagegen nicht.

Die Vergütung von AOP-Leistungen erfolgt auf Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM⁴) für niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser grundsätzlich gleich. Neben der Vergütung auf Grundlage des EBM definiert der AOP-Vertrag eine Liste von Sachmitteln, die zusätzlich nach Aufwand erstattet werden.⁵ Krankenhäuser dürfen allerdings nicht alle im EBM genannten AOP abrechnen, sondern nur die in den Anlagen zum AOP-Vertrag aufgeführten Operationen.⁶ Für niedergelassene Ärzte gilt diese Begrenzung nicht. Für beide Akteure gilt, dass

1 BT-Drucksache 12 / 3608.

2 http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/ambulant_versorgung/amb_operieren/index.html.

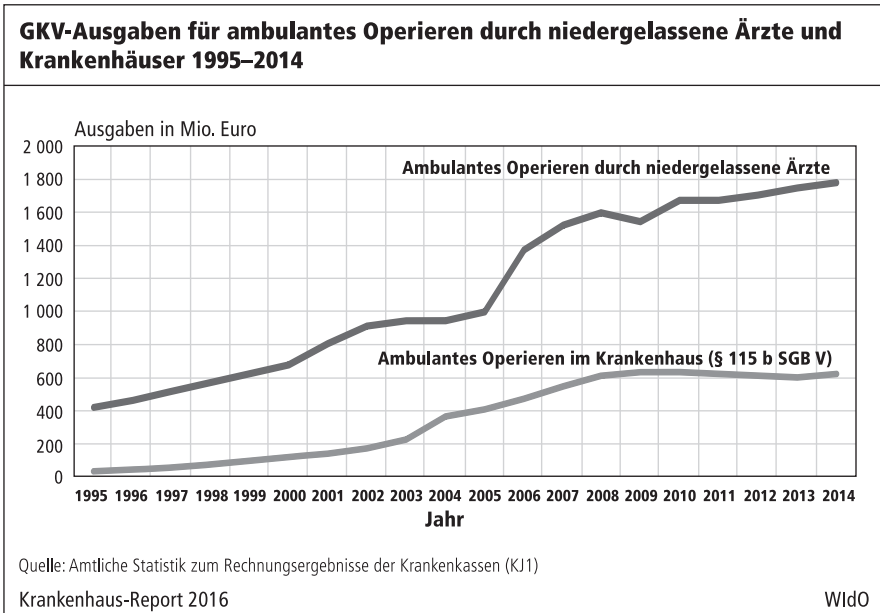
3 Zur besseren Lesbarkeit wird der Begriff „Arzt“ einheitlich und neutral als Synonym für Vertragsärzte und Vertragsärztinnen, Krankenhausärzte und Krankenhausärztinnen sowie Ärzte und Ärztinnen und der Begriff „Patient“ einheitlich und neutral für Patientinnen und Patienten verwendet.

4 http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/ambulant_versorgung/amb_operieren/ebm/index.html

5 Dies gilt, sofern die Sachmittel einen Betrag von 12,50 Euro im Behandlungsfall überschreiten, z. B. für im Körper verbleibende Implantate, Röntgenkontrastmittel, diagnostische und interventionelle Katheter oder auch Narkosegase.

6 Geregelt in § 3 Abs. 1 des AOP-Vertrages: „In der Anlage sind abschließend die Leistungen aufgeführt, die Operationen und stationsersetzende Eingriffe gemäß § 115b SGB V darstellen.“

Abbildung 8–1



AOP-Leistungen ohne Mengenbegrenzungen erbracht werden dürfen; sie sind nicht budgetiert.

In den ersten sieben Jahren der Einführung entfalteten die Regelungen nur wenig Wirkung. Die jährlichen Ausgaben für ambulantes Operieren durch Krankenhäuser stiegen von der Einführung bis zum Jahr 2000 auf ca. 100 Mio. Euro. Die beabsichtigte Verlagerung vollstationärer Krankenhausbehandlungen wurde nicht erreicht. Der Anteil der Krankenhäuser an den Gesamtausgaben für ambulantes Operieren in der GKV lag zu diesem Zeitpunkt bei 13,7%. (Abbildung 8–1)

Die GKV-Gesundheitsreform 2000 erweiterte die Regelungen des ambulanten Operierens auf stationsersetzende Leistungen und verpflichtete die Selbstverwaltung, die Leistungen zu benennen, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können und allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. In den nachfolgenden Revisionen des AOP-Vertrags wurde für jede Leistung unterschieden, ob diese „in der Regel ambulant erbracht werden“ (Kategorie 1) oder ob „sowohl eine ambulante als auch eine stationäre Durchführung“ (Kategorie 2) möglich ist. Bei einigen Leistungen unterscheidet sich diese Einstufung nach Alter oder Diagnose der Versicherten.⁷

⁷ Dieser grundsätzlichen Einstufung von ambulant möglichen Leistungen folgt aber die Bewertung im konkreten Einzelfall durch den Arzt, insbesondere bezüglich des Gesundheitszustandes des Patienten, aber auch mit Blick auf die Möglichkeiten der ärztlichen und pflegerischen Versorgung im häuslichen Bereich. Somit können auch Leistungen der Kategorie 1 begründet stationär erfolgen.

Obwohl sich die bisherige reine Kann-Regelung zu einer stärkeren Verpflichtung zur ambulanten Erbringung wandelte, führte dieses zunächst zu keiner Dynamisierung des ambulanten Operierens durch Krankenhäuser, die Ausgaben entwickelten sich nach 2000 vielmehr im Trend der Vorjahre. Erst ab dem Jahr 2004 nahm die Teilnahme der Krankenhäuser am ambulanten Operieren deutlich zu. Innerhalb von drei Jahren bis 2007 verdoppelten sich die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für AOP, der Anteil der Krankenhäuser an den Gesamtumsätzen für AOP stieg in diesen Jahren von 18,6% im Jahr 2003 auf 26,1%. In diese Jahre fallen der Einzug von Mappingtabellen von ambulanten Gebührenordnungspositionen (EBM) auf die im stationären Bereich üblichen Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS), die Überarbeitung der vertraglichen AOP-Grundlagen zum Jahr 2004, das Inkrafttreten des EBM2000plus sowie die DRG-Einführung in der Krankenhausbudgetfindung und -abrechnung.

Die Zuordnung der ambulanten Abrechnungspositionen auf die dokumentierten Leistungen der stationären Versorgung ermöglichte es den Kassen erstmals, Krankenhausfälle effektiv auf eine mögliche ambulante Erbringung nach § 115b zu prüfen. Zudem konnten Krankenhäuser in den ersten Jahren der DRG-Einführung 2003 und 2004 vergleichsweise budgetneutral Leistungen aus dem stationären Behandlungsportfolio ausgliedern; seit dem Einstieg in die DRG-Budgetkonvergenz ab 2005 hängt das Budgetvolumen der Krankenhäuser unmittelbar von der vereinbarten Leistungsmenge ab. Dies setzte für Krankenhäuser in den Jahren 2003 und 2004 Anreize, vollstationäre Krankenhausfälle durch AOP-Fälle zu substituieren. Tatsächlich sanken im Zeitraum 2002 bis 2005 die stationären Fallzahlen um ca. 890 Tausend (-5,1%)⁸; die Verlagerung in den AOP-Bereich ist hierbei ein bedeutender, aber nicht der einzige Einflussfaktor.⁹ In der Ausgabenentwicklung der GKV für Krankenhausbehandlung findet sich dieser Rückgang allerdings nicht wieder: Die Ausgaben stiegen im gleichen Zeitraum von 45,9 Mrd. im Jahr 2002 um 6,1% auf 48,7 Mrd. im Jahr 2005.¹⁰ Demnach ist der Leistungsverlagerung keine Ausgliederung der Kosten aus der stationären Vergütung gefolgt.

Der Erlösanstieg der Leistungserbringer für ambulante Operationen in dieser Zeit geht aber nicht nur auf eine Ausweitung der Leistungszahlen zurück, sondern auch auf Änderungen in der Vergütung. Ab dem zweiten Quartal 2005 trat mit dem EBM2000plus eine neue Abrechnungssystematik für AOP sowohl für die niedergelassenen Ärzte als auch für die Krankenhäuser in Kraft. Leistungen des ambulanten Operierens setzten sich im zuvor geltenden EBM aus einzelnen Leistungen aus unterschiedlichen Kapiteln zusammen¹¹. Der neue EBM fasste dagegen Leistungen des ambulanten Operierens nicht nur in eigenen Kapiteln¹² zusammen, sondern gliederte diese nach Art und Umfang der Operationen. Dadurch entstand eine differen-

8 Statistisches Bundesamt; Fachserie 12 Reihe 6.1.1.

9 In diesem Zeitraum fallen aber auch Regelungen zur verpflichtenden Fallzusammenführung bei Wiederaufnahmen zur Vermeidung von Fallsplitting bei DRG-Abrechnung. Seit Einführung der unmittelbaren Ableitung von Krankenhausbudgets aus den Leistungsmengen der Krankenhäuser steigen die stationären Fallzahlen wieder durchgängig an.

10 Vgl. Amtliche Statistik zum Rechnungsergebnisse der Krankenkassen (KJ1) 2002–2005.

11 Vgl. Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) Stand: 9. Juli 2003.

12 Vgl. Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) Kapitel 31 und 36.

zierte Systematik, die die Anzahl der abrechenbaren ambulanten Operationen erhöhte (vgl. Held et al. 2005). Die Ausgaben der Krankenkassen für ambulante Operationen stiegen nach der EBM-Revision bei niedergelassenen Ärzten von ca. 940 Mio. Euro im Jahr 2004 auf ca. 1,5 Mrd. Euro im Jahr 2007 und für Krankenhäuser von 360 Mio. Euro im Jahr 2004 auf 540 Mio. im Jahr 2007.

In den Jahren nach 2005 ist der AOP-Katalog nur marginal überarbeitet worden. Ab 2008 stagnieren die Erlöse der Krankenhäuser für ambulante Operationen. Bei den niedergelassenen Ärzten steigen sie dagegen weiterhin stetig an, mit Ausnahme von 2009, dem Jahr der Honorarreform mit ihrer Angleichung der Punktwerte¹³. Im Jahr 2014 summieren sich die GKV-Ausgaben für das ambulante Operieren auf 2,4 Mrd. Euro, dabei entfielen ca. 1,8 Mrd. Euro auf niedergelassene Ärzte und 600 Mio. Euro auf Krankenhäuser. Das entspricht jeweils ca. 5 % der Gesamtausgaben für niedergelassene Ärzte bzw. weniger als 1 % aller Ausgaben für Krankenhäuser.¹⁴

8.1.1 Datengrundlage und methodische Hinweise

Die nachfolgenden Analysen basieren auf den anonymisierten Daten der AOK des Jahres 2014 für ca. 24 Millionen Versicherte aus den ambulanten und stationären Abrechnungsverfahren. In den anonymisierten Daten zu den Versicherten liegen Informationen zu Alter und Geschlecht sowie zum Wohnort in Form der fünfstelligen PLZ vor, deren Mittelpunktcoordinate als Ausgangspunkt für Analysen zu Patientenwegen dient.

Daten nach § 301 SGB V (Krankenhäuser)

Die Abrechnung stationärer Fälle wie auch ambulanter Operationen erfolgt für Krankenhäuser nach § 301 SGB V direkt mit der Krankenkasse. Die zugehörige technische Anlage regelt den konkreten Ablauf sowie den übermittelten Datensatz. Neben dem Institutionskennzeichen (IK) der erbringenden Einrichtung liegen auf Einzelfallebene u. a. Daten zu Diagnosen, OPS, abgerechneten Entgelten sowie Verlaufsdaten vor.

Krankenhäuser rechnen stationäre und ambulante Leistungen ggf. unter verschiedenen IKs ab, zum Teil existieren auch verschiedene Abrechnungs-IKs für AOP innerhalb eines einzelnen Krankenhauses. Eine Zuordnungstabelle stellt sicher, dass alle AOP abrechnenden IKs der entsprechenden stationären Abrechnungskennung zugeordnet werden.¹⁵ Die geografische Verortung für die Analyse von Patientenwegen geschieht über die vollständige Adresse der Krankenhäuser.

Für die Darstellung des Leistungsgeschehens im AOP-Bereich wurde in diesem Beitrag der OPS gewählt – nicht nur, weil er eine einheitliche Produktdefinition für ambulante und stationäre Leistungen bildet und aufgrund der Regelungen aus dem

13 In diesem Jahr wurden die Punktwerte für die Vergütung von AOP mit allen übrigen ambulanten Leistungen vereinheitlicht.

14 Amtliche Statistik zum Rechnungsergebnisse der Krankenkassen (KJ1) 2014.

15 Wenn im Weiteren von abrechnenden Krankenhäusern die Rede ist, so ist damit die übergeordnete stationäre Einheit gemeint. Die Zahl der abrechnenden AOP-IKs ist höher.

AOP-Vertrag von einer weitgehend vollständigen Dokumentation auszugehen ist. Er ist auch verglichen mit dem EBM deutlich trennschärfer in der Definition der erbrachten Leistung.¹⁶

Daten nach § 295 SGB V (niedergelassene Ärzte)

Die Abrechnung von ambulanten Operationen im Rahmen der kollektivvertraglichen Versorgung erfolgt bei niedergelassenen Ärzten nach § 295 SGB V über die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung (KV). Die Krankenkassen erhalten von den KVen für ihre Versicherten Einzelfallnachweise, die ebenfalls die erbrachten Gebührenordnungspositionen (EBM), Diagnosen (ICD) sowie Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) enthalten. Im vorliegenden Datensatz liegen die Leistungserbringer allerdings anders als bei stationären Leistungserbringern nur anonym vor. Abgesehen von der KV-zugehörigkeit sowie der Arztgruppe¹⁷ sind keine weitergehenden Informationen zum behandelnden Arzt bekannt. Tiefergehende Analysen insbesondere in Bezug auf regionale Angebotsstruktur, Patientenwege o. ä. sind daher im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich.

Die Leistungen durch niedergelassene Ärzte werden in diesem Beitrag ebenfalls über die gemeldeten OPS dargestellt, um die Vergleichbarkeit mit Krankenhausleistungen zu ermöglichen. Allerdings unterliegt die Verwendung von OPS aus den Daten nach § 295 Restriktionen bezüglich ihrer Vollständigkeit. Zwar hat der Arzt bei der Abrechnung einer ambulanten Operation aus Abschnitt 31.2 des EBM die dazugehörigen OPS zu übermitteln. Allerdings existieren auch in den fachgruppenspezifischen Kapiteln Leistungen, die im AOP-Vertrag erfasst sind.¹⁸ Für diese Leistungen außerhalb der Kapitel 31 muss im Abrechnungsverfahren für niedergelassene Ärzte nicht zwingend ein OPS-Kode kodiert werden. Zudem existieren zahlreiche regionale Verträge zum ambulanten Operieren, die nicht nur die Verwendung vom EBM abweichender Gebührenordnungspositionen regeln, sondern auch die Verpflichtung zur Dokumentation von OPS berühren.¹⁹

16 Der EBM fasst nicht selten verschiedene Leistungen zu einer gemeinsamen Gebührenposition zusammen. Die GOP 31301 umfasst u. a. sowohl die Therapeutische Kürettage als auch Biopsie ohne Inzision am Endometrium.

17 Die Bedeutung von ambulanten Operationen variiert naturgemäß deutlich zwischen den Arztgruppen: So machen AOP-Fälle bei Gastroenterologen und Chirurgen ca. 8 % aller Abrechnungsfälle aus, bei Urologen, Augen- und Hautärzten jeweils ca. 4 %, während der Anteil bei den fachärztlichen Internisten, HNO-Ärzten und Orthopäden zwischen 1 % und 2 % liegt.

18 Z. B. die Koloskopie im Kapitel der gastroenterologischen Gebührenordnungspositionen (GOP 13421 Zusatzpauschale Koloskopie).

19 Insgesamt wurden im Jahr 2014 ca. 1,7 Mio. Fälle durch niedergelassene Ärzte mit ambulanten Operationen für AOK-Versicherte abgerechnet, zu denen auch OPS kodiert wurden.

8.2 Bedeutung für die Versorgung und die Erlöse der Krankenhäuser

8.2.1 OPS-Leistungsinhalte für ambulante Operationen

Die konkreten Leistungsinhalte für AOP-Fälle lassen sich am genauesten anhand der dokumentierten Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) beschreiben (s. o.). Tabelle 8–1 führt die 20 häufigsten OPS bei ambulanten Operationen im Krankenhaus 2014 auf. Die dort aufgelisteten Leistungen sind in 70,5% aller mit der AOK abgerechneten AOP-Fälle enthalten und bilden damit einen Großteil der behandelten Fälle ab. Die Darstellung erfolgt auf Ebene der vierstelligen OPS.²⁰ Es werden nur solche Leistungen berücksichtigt, die auch im AOP-Katalog des Jahres 2014 aufgeführt sind.²¹

Die Darstellung in der Tabelle 8–1 erfolgt auf Basis von AOK-Fällen, die mittels der vorhandenen Information zu Alter und Geschlecht auf Einzelfallbasis auf die Versichertenpopulation der GKV hochgerechnet wurden. Demnach wäre die mit Abstand häufigste Leistung für GKV-Versicherte im Rahmen von ambulanten Operationen in Krankenhäusern die diagnostische Koloskopie mit mehr als 300 Tausend Fällen. Unter den 20 häufigsten OPS finden sich zudem weitere Eingriffe am Verdauungstrakt. Weitere Schwerpunkte bilden die Augenheilkunde, chirurgische Eingriffe am Bewegungsapparat, die HNO-Heilkunde sowie die Gynäkologie.

8.2.2 OPS-Leistungskombinationen

Im Mittel haben die Krankenhäuser 2014 in jedem AOP-Fall 1,7 OPS dokumentiert. Für Fälle mit Leistungen aus der Top-20-Liste liegt diese Quote mit 1,8 OPS je Fall etwas höher. Unter den fünf häufigsten Kombinationen aus zwei unterschiedlichen OPS in einem Fall finden sich zumeist Leistungen aus dem oberen Bereich der Top-Liste.

Die beiden häufigsten Konstellationen finden sich unter Beteiligung der Diagnostischen Koloskopie. Insgesamt 34% der Koloskopie-Fälle weisen ebenfalls eine Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt, 22% weitere eine Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes auf. Umgekehrt gehen diese Biopsien und lokalen Exzisionen fast immer mit einer dokumentierten Koloskopie im gleichen Fall einher (Tabelle 8–2).

Ebenfalls häufige Kombinationen bilden die Diagnostische Hysteroskopie in Verbindung mit einer Biopsie ohne Inzision am Endometrium oder einer Therapeutischen Kürettage sowie die Adenotomie gemeinsam mit einer Parazentese.

²⁰ Dabei ist zu beachten, dass in der Regel nicht alle Leistungen unterhalb des vierstelligen OPS auch Teil des AOP-Kataloges sind.

²¹ Ohne diese Begrenzung wären Mikrochirurgische Technik sowie die Diagnostische Ösophago-gastroduodenoskopie in der Top-20-Liste der dokumentierten OPS enthalten.

Tabelle 8-1

Top 20 OPS in AOP-Fällen im Krankenhaus 2014 nach hochgerechneter GKV-Fallzahl

OPS	AOP im Krankenhaus					Stationäre Leistungen an AOP teilnehmender Krankenhäuser					
	Anzahl KH	AOP-Fallzahl GKV in Tsd. (HR auf AOK-Daten)	AOP-Erlöse für Fälle mit OPS	Alter	FZ-Anteil AOP an AOP + Stat.	Alter	VWD	Anteil Fälle mit VWD <4	Anteil Fälle mit VWD =1	Erlöse für Fälle mit VWD =1	Alter für Fälle mit VWD =1
Diagnostische Koloskopie	932	314,1	240	59,6	32,9 %	65,2	9,4	26,8 %	8,5 %	906	58,7
Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]	184	127,5	556	73,4	54,0 %	72,5	2,2	85,8 %	51,6 %	1 252	73,6
Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	840	110,7	251	57,0	29,2 %	61,8	9,7	26,6 %	8,2 %	907	53,1
Diagnostische Hysteroskopie	738	107,8	363	51,0	66,2 %	52,6	3,0	79,4 %	51,1 %	1 414	53,8
Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	752	97,7	315	40,5	64,0 %	40,7	2,5	83,4 %	57,6 %	1 239	40,7
Entfernung von Osteosynthesematerial	1 043	83,0	411	39,7	50,0 %	54,3	9,7	48,9 %	27,2 %	1 710	48,3
Biopsie ohne Inzision am Endometrium	703	74,3	358	50,8	65,5 %	55,2	3,1	79,8 %	54,9 %	1 400	54,4
Andere Operationen an Blutgefäßen	948	73,7	434	61,5	39,1 %	62,4	17,3	22,7 %	11,3 %	1 237	60,5
Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	858	71,5	263	63,8	35,1 %	68,8	8,4	33,7 %	13,6 %	973	65,1
Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	952	70,7	629	51,4	34,9 %	51,5	2,6	80,9 %	44,6 %	1 580	53,8
Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	478	47,8	235	5,7	57,1 %	6,0	2,2	82,1 %	55,1 %	1 352	4,8
Neurolyse und Dekompression eines Nerven	912	46,6	374	58,0	54,4 %	57,3	5,5	55,9 %	30,7 %	1 594	61,9
Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea	107	41,5	190	64,0	74,1 %	63,1	5,6	43,7 %	7,1 %	1 387	60,6
Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	369	41,1	165	65,2	17,5 %	58,8	6,5	49,8 %	19,3 %	1 361	56,1

Tabelle 8-1

Fortsetzung

OPS	AOP im Krankenhaus					Stationäre Leistungen an AOP teilnehmender Krankenhäuser					
	Anzahl KH	AOP-Fallzahl GKV in Tsd. (HR auf AOK-Daten)	AOP-Erlöse für Fälle mit OPS	Alter	FZ-Anteil AOP an AOP + Stat.	Alter	VWD	Anteil Fälle mit VWD <4	Anteil Fälle mit VWD =1	Erlöse für Fälle mit VWD =1	Alter für Fälle mit VWD =1
Operationen am Präputium	615	39,9	292	20,6	72,6 %	43,2	4,9	62,9 %	39,5 %	1 608	32,7
Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	328	38,0	642	63,8	5,1 %	67,1	7,0	40,8 %	20,3 %	2 027	65,4
Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	699	34,9	563	50,7	34,8 %	56,5	2,4	88,6 %	58,5 %	1 958	55,2
Parazentese [Myringotomie]	444	34,1	245	6,2	45,9 %	13,2	3,3	69,2 %	42,0 %	1 368	8,0
Arthroskopische Operation an der Synovialis	862	29,4	655	47,9	20,0 %	51,6	3,5	72,2 %	31,0 %	1 664	51,5
Operationen an Bändern der Hand	846	27,2	331	56,5	69,0 %	57,3	3,9	70,8 %	41,6 %	1 645	60,3

Krankenhaus-Report 2016

WIdO

Tabelle 8–2

Top 5 OPS-Kombinationen bei AOP-Fällen im Krankenhaus 2014

Leistung 1	Leistung 2	Anteil an Leistung 1	Anteil an Leistung 2
Diagnostische Koloskopie	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	34 %	97 %
Diagnostische Koloskopie	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarms	22 %	96 %
Diagnostische Hysteroskopie	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	55 %	80 %
Diagnostische Hysteroskopie	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	30 %	33 %
Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	Parazentese [Myringotomie]	59 %	82 %

Krankenhaus-Report 2016

WlD0

8

8.2.3 Anzahl der Leistungserbringer

Insgesamt haben 1 206 verschiedene Krankenhäuser im Jahr 2014 ambulante Operationen mit der AOK abgerechnet. Aus der Top-20-Liste der OPS des Jahres 2014 ist die Entfernung von Osteosynthesematerial diejenige Leistung, die mit über 1 000 Einrichtungen in den meisten Krankenhäusern ambulant erbracht wurde (Tabelle 8–1). Die übrigen chirurgischen Leistungen aus der Top-Liste, aber auch die Maßnahmen der Gastroenterologie werden ebenfalls in der Regel von mehr als 800 Krankenhäusern ambulant durchgeführt. Dies liegt in erster Linie daran, dass die entsprechenden Fachabteilungen in deutschen Krankenhäusern sehr häufig sind. Leistungen der operativen Gynäkologie finden sich in mehr als 700 Krankenhäusern, im Bereich der HNO-Heilkunde sind es mehr als 400. Die kleine Zahl an Fachabteilungen der Augenheilkunde mit der resultierenden Konzentration von stationären Leistungen in diesem Bereich ist auch der Grund, warum die Zahl der Leistungserbringer, die die entsprechenden ambulanten Operationen durchführen, mit deutlich unter 200 die geringste ist.

8.2.4 Vergütungshöhe

Die durchschnittliche Vergütungshöhe für Krankenhäuser bei AOK-Versicherten im Jahr 2014 je AOP-Fall liegt etwas über 360,- Euro, darin sind etwa 31 Euro nach Aufwand erstattete Sachmittel enthalten. Nicht enthalten sind dagegen Kosten, die außerhalb der direkten Rechnungsstellung des Krankenhauses nach § 301 SGB V anfallen, wie z. B. korrespondierende Voruntersuchungen oder Nachsorge durch niedergelassene Ärzte, resultierende Verschreibungen etc.

Die in Tabelle 8–1 ausgewiesenen Durchschnittspreise für Fälle mit einem der Top-20-OPS drücken aber auch noch aus einem anderen Grund die Krankenhauserlöse für eine konkrete Leistung nur näherungsweise aus: Aufgrund der großen Zahl an Kombinationen aus mehreren OPS (vgl. Abschnitt 8.2.2) können die ausgewiesenen durchschnittlichen Erlöse der Krankenhäuser nicht genau dem jeweiligen OPS zugeordnet werden. So ist z. B. die Vergütung eines Falls mit diagnostischer Koloskopie auch davon abhängig, welche weiteren Leistungen bzw. OPS im Fall

erbracht wurden und in die dargestellte Vergütungshöhe der anderen OPS geht entsprechend auch immer die (anteilige) Vergütungshöhe der Koloskopie mit ein.

Dennoch hilft die Darstellung zumindest bei einer vergleichenden Einordnung der Vergütungshöher untereinander. Demnach weisen aus der Liste der Top-20-AOP-Fälle die Arthroskopischen Operationen an der Synovialis, die Linksherz-Katheteruntersuchung sowie die Arthroskopischen Operationen am Gelenkknorpel und an den Menisken die höchsten durchschnittlichen Erlöse auf, während sie bei Fällen mit Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife am niedrigsten ausfallen.

8.2.5 OPS bei stationären Leistungen der teilnehmenden Krankenhäuser

In Tabelle 8–1 finden sich zu den 20 häufigsten AOP-Leistungen auch Eckdaten bzw. Vergleichswerte aus der stationären Versorgung. Alle Kennzahlen basieren nur auf solchen Krankenhäusern, die den jeweiligen OPS auch als AOP erbringen.²²

In der stationären Versorgung sind Kombinationen verschiedener Leistungskomplexe in noch viel stärkerem Maße relevant als im AOP-Bereich. Somit beschreibt der OPS in den stationären Fällen in der Regel einen kleineren Anteil vom Gesamtumfang der Leistungen als es in den AOP-Fällen mit gleichem OPS der Fall ist.

Die durchschnittliche Verweildauer (VWD) der entsprechenden stationären Fälle verdeutlicht dies. Die hohen Durchschnittswerte z. B. bei Anderen Operationen an Blutgefäßen (17,3 Tage), der Entfernung von Osteosynthesematerial (9,7 Tage) oder bei Diagnostischer Koloskopie (9,4 Tage) deuten an, dass diese OPS in der vollstationären Versorgung häufig nur Teil von deutlich komplexeren Leistungszusammenhängen sind. Für diese Leistungen entfällt auch nur ein vergleichsweise kleiner Anteil der vollstationären Fälle auf solche mit maximal einer Übernachtung (VWD=1) im Krankenhaus. Die höchsten Anteile solcher Fälle mit extrem kurzer Verweildauer mit deutlich mehr als 50% finden sich bei Varizen-OPs, Therapeutischer Kürettage, Adenotomie, Biopsie am Endometrium sowie bei der Extrakapsulären Extraktion der Linse.

Die Krankenhauserlöse für eine stationäre Behandlung mit bis zu einer Übernachtung sind im Mittel mit Faktor 4,3 um ein Vielfaches höher als für die Fälle mit AOP aus der Top-20-Liste. Die entstehenden Kosten der Krankenhäuser bei der Leistungserbringung variieren in unbekanntem Ausmaß. Dennoch unterstreicht die Größenordnung der Vergütungsunterschiede den geringen ökonomischen Anreiz für die Krankenhäuser, Leistungen vorrangig ambulant zu erbringen.

Im Mittel sind die Patienten aus der vollstationären Versorgung knapp acht Jahre älter als die Patienten mit einer Behandlung als AOP. Besonders deutlich treten die Unterschiede bei den Operationen am Präputium sowie bei der Entfernung von Osteosynthesematerial zu Tage. Bei stationären Fällen mit bis zu einer Übernach-

²² Auch die Darstellung der stationären Eckdaten erfolgt hochgerechnet auf die Versichertenpopulation der GKV.

tung variiert das Durchschnittsalter über alle Top-20-OPS-Fälle allerdings nur noch um 1,8 Jahre.

Immerhin zehn OPS aus der Liste der zwanzig häufigsten werden von Krankenhäusern mit AOP-Beteiligung überwiegend ambulant erbracht. Die 107 Einrichtungen, welche die Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea als AOP anbieten, erbringen fast drei Viertel der Fälle ambulant. Für das AOP-Angebot Linksherz-Katheteruntersuchung beträgt der Anteil in den über 300 beteiligten Krankenhäusern dagegen nur 5,1 % (Tabelle 8–1). Da sich diese Werte nur auf die Krankenhäuser beziehen, welche die entsprechenden Leistungen sowohl ambulant als auch stationär erbringen, ist der Anteil der Ambulantisierung über alle Einrichtungen geringer als hier ausgewiesen.

8.2.6 Ökonomische Bedeutung von ambulanten Operationen für die teilnehmenden Krankenhäuser

Die ökonomische Bedeutung ambulanter Operationen für Krankenhäuser ist gering. Deren mittlerer Anteil an den gesamten Krankenhauserlösen aus ambulanten und stationären Fällen liegt für 2014 bei nur 0,9%. Bei nicht mal einem Zehntel der ambulant operierenden Krankenhäuser überschreitet er 2,0% (Abbildung 8–2). Nur sehr wenige Krankenhäuser erlösen über AOP mehr als 10% ihrer Gesamteinnahmen. Dabei handelt es sich in der Regel um Fachkliniken der Augenheilkunde, de-

Abbildung 8–2

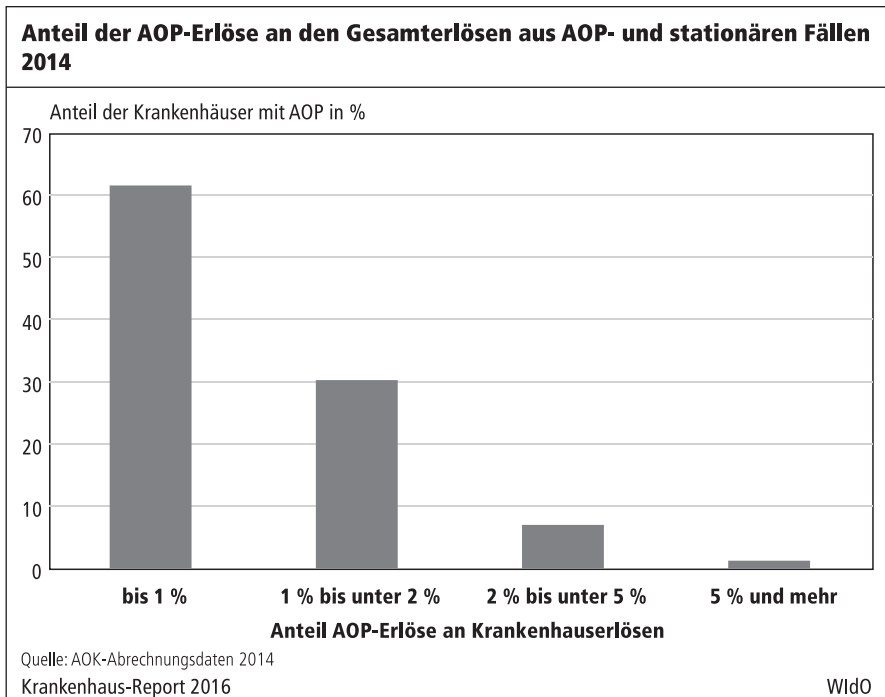
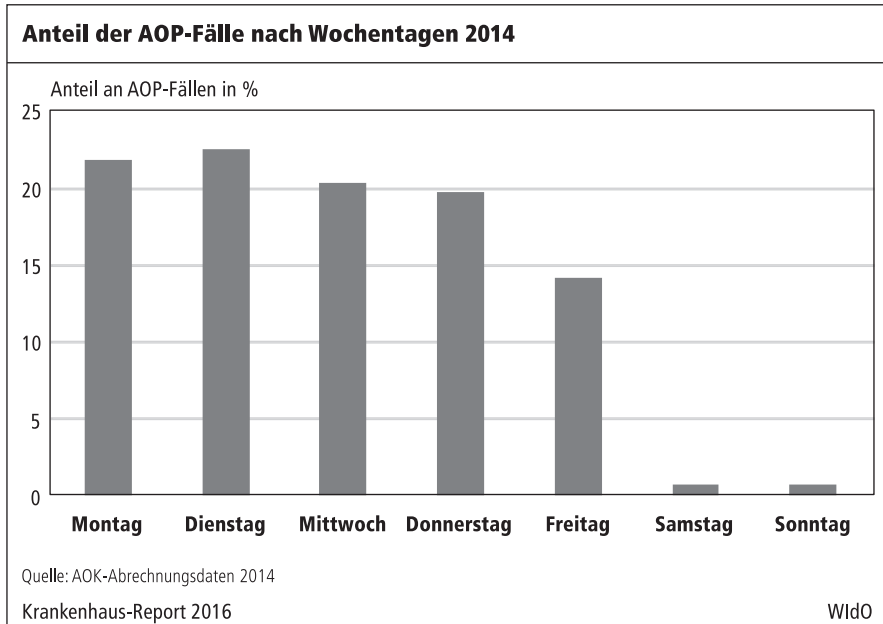


Abbildung 8–3



ren stationäre Leistungsmenge zum einen vergleichsweise klein ist und die zum anderen vergleichsweise überdurchschnittlich vergütete AOP aus diesem Fachgebiet in großer Zahl abrechnen.

8.2.7 Ambulante Operationen als planbare Leistung

Bei den ambulanten Operationen in Krankenhäusern handelt es sich fast durchweg um planbare bzw. geplante Leistungen, von denen im Jahr 2014 98,6% unter der Woche stattfanden (Abbildung 8–3). Dabei sind die Tage Montag und Dienstag die fallzahlstärksten, der Freitag weist von allen Werktagen die geringste Frequenz an AOP auf. Im Vergleich dazu entfallen im Jahr 2014 für vollstationäre somatische AOK-Patienten 15,8% der Aufnahmen auf das Wochenende. Für die Wochentage zeigt sich bei stationären Eingriffen ansonsten der gleiche degressive Verlauf zum Ende der Woche.

Die konkreten Leistungen bei ambulanten Operationen am Wochenende deuten auf eine Erbringung im Rahmen der ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus hin. Unter den fünf häufigsten Operationen am Wochenende finden sich geschlossene Repositionen bei Gelenkluxationen bzw. Frakturen, die Therapeutische Kürettage sowie Operationen an Sehnen der Hand.

8.2.8 Ambulante Operationen in Fallketten

Mehr als 30 % der AOK-Versicherten, die im Jahr 2014 eine ambulante Operation im Krankenhaus haben durchführen lassen, weisen zusätzlich mindestens einen weiteren vollstationären Krankenhausfall in einer somatischen Fachabteilung auf.

Für ca. 6 % der AOP-Fälle für AOK-Versicherte des Jahres 2014 erfolgte innerhalb von 30 Tagen vor dem ambulanten Eingriff eine Entlassung aus vollstationärer Behandlung. Für weitere 6 % der Fälle fand eine stationäre Aufnahme innerhalb von 30 Tagen nach AOP statt. In der überwiegenden Zahl der Fälle erfolgt die stationäre Behandlung in der gleichen Einrichtung, die auch die ambulante Operation durchgeführt hat. Die Identität des Leistungserbringers in Kombination mit der zeitlichen

8

Tabelle 8–3

Vollstationäre Fälle in somatischen Fachabteilungen innerhalb von 30 Tagen vor und nach einer ambulanten Operation im Krankenhaus 2014

OPS	Stationär vor ambulant		Stationär nach ambulant	
	Ins- gesamt	Im gleichen KH	Ins- gesamt	Im gleichen KH
Diagnostische Koloskopie	4,2 %	3,2 %	6,1 %	4,7 %
Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]	2,5 %	1,1 %	3,4 %	1,4 %
Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	4,1 %	3,0 %	7,0 %	5,4 %
Diagnostische Hysteroskopie	2,2 %	1,5 %	8,2 %	7,2 %
Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	3,6 %	2,8 %	4,6 %	3,9 %
Entfernung von Osteosynthesematerial	9,7 %	8,9 %	2,0 %	1,5 %
Biopsie ohne Inzision am Endometrium	2,1 %	1,4 %	8,8 %	7,8 %
Andere Operationen an Blutgefäßen	44,2 %	35,9 %	22,5 %	18,3 %
Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	3,7 %	2,7 %	6,7 %	5,2 %
Arthroskopische Operation am Gelenknorpel und an den Menisken	1,1 %	0,6 %	2,5 %	1,8 %
Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	1,0 %	0,4 %	1,6 %	0,9 %
Neurolyse und Dekompression eines Nerven	1,9 %	1,1 %	2,1 %	1,3 %
Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea	6,6 %	4,7 %	5,5 %	3,3 %
Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]	24,6 %	21,1 %	13,7 %	10,4 %
Operationen am Präputium	1,8 %	1,1 %	2,4 %	1,7 %
Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	10,7 %	6,1 %	10,3 %	5,5 %
Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	1,3 %	0,8 %	2,7 %	2,0 %
Parazentese [Myringotomie]	1,2 %	0,6 %	1,7 %	0,9 %
Arthroskopische Operation an der Synovialis	1,3 %	0,7 %	2,5 %	1,9 %
Operationen an Bändern der Hand	1,7 %	0,9 %	2,1 %	1,3 %

Nähe allein ist noch kein Beweis, aber immerhin ein starkes Indiz für einen medizinischen Zusammenhang.²³

Die Darstellung solcher Konstellationen für die Top-20-OPS in Tabelle 8–3 zeigt ein erwartbares Bild für die Bedeutung von ambulanten Operationen in ambulant-stationären Fallketten im Krankenhaus: Die Gruppe der Anderen Operationen an Blutgefäßen weist die jeweils höchsten Raten an stationären Fällen im zeitlichen Umfeld der AOP auf. Die Gruppe umfasst insbesondere Implantation und Wechsel bzw. die Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z. B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie) für Patienten mit onkologischen Diagnosen. Fast ein Drittel aller Fallketten gehen auf AOPs unter Beteiligung dieser OPS zurück.

Weiterhin sind AOP mit Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife bei obstruktiver Uropathie bzw. Linksherz-Katheteruntersuchung bei Patienten mit chronisch ischämischer Herzkrankheit vergleichsweise häufig im zeitlichen Umfeld stationärer Behandlungen zu finden.

8.2.9 Ambulante Operationen in der regionalen Versorgung

In der stationären Versorgung gilt der teilweise große Anteil von Patienten, die bei planbaren Leistungen nicht das wohnortnächste Krankenhaus aufsuchen, als deutlicher Hinweis darauf, dass die wahrgenommene Eignung und Qualität als Entscheidungskriterium bei der Krankenhauswahl eine bedeutende Rolle spielt (vgl. Friedrich und Beivers 2009; Geraedts und de Cruppé 2015; Scheller-Kreinsen und Krause 2015). Da ambulante Operationen in der Regel geplant sind, wäre dies auf der einen Seite auch hier zu erwarten. AOP innerhalb von ambulant-stationären Fallketten sind zudem vermutlich stark von der stationären Krankenhauswahl mit determiniert. Auf der anderen Seite besitzt die Wohnortnähe bei ambulanten Operationen mutmaßlich eine deutlich höhere Bedeutung, da der Aufenthalt in der durchführenden Einrichtung i. d. R. nur wenige Stunden beträgt.²⁴

Für alle AOP im Krankenhaus bei AOK-Versicherten im Jahr 2014 beträgt der Patientenweg im Median 13,3 PKW-Kilometer. Im Vergleich weisen AOP-Leistungen der Augenheilkunde die weitesten Patientenwege im Median auf, hier ist die Zahl der beteiligten Krankenhäuser auch am geringsten. Die fallzahlstarken Leistungen aus dem Bereich der Gastroenterologie sind dagegen in der Gruppe der Leistungen mit den kürzesten Patientenwegen zu finden. Dass die Patientenwege bei der Entfernung von Osteosynthesematerial trotz der großen Zahl an erbringenden Krankenhäusern nur leicht unterdurchschnittlich ist, liegt auch daran, dass sich darunter

23 Stationäre Aufnahmen im Nachgang einer ambulanten Operation können grundsätzlich aber auch auf Komplikationen zurückzuführen sein. Aufgrund der Komplexität einer umfassenden Identifikation solcher Konstellation wird auf eine vertiefende Analyse im Rahmen dieses Beitrags verzichtet.

24 Mit den für diesen Beitrag vorliegenden Daten lässt sich die o. g. Analyse nicht auf den Bereich der ambulanten Operationen übertragen, da die ebenfalls beteiligten niedergelassenen Ärzte nur anonymisiert vorliegen und daher nicht geografisch verortet werden können. Die Patientenwege für ambulante Operationen im Krankenhaus lassen sich dagegen für die unterschiedlichen Eingriffsarten ermitteln und sind untereinander sowie mit denen der vollstationären Versorgung vergleichbar.

Tabelle 8-4

Patientenwege bei AOP-Fällen im Krankenhaus im Vergleich zum vollstationären Einzugsgebiet* der beteiligten Krankenhäuser 2014

OPS	Ambulante Operationen				Abweichung von vollstationären Patienten*				
	Patientenwege in PKW-Kilometern								
	Anzahl KH	Mittelwert	uQuartil	Median	oQuartil	Mittelwert	uQuartil	Median	oQuartil
Diagnostische Koloskopie	932	16,5	3,9	10,1	19,4	---	---	--	---
Extrakapsuläre Exzision der Linse [ECCE]	184	23,9	7,9	16,5	30,2	--	+++	++	+
Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	840	17,9	4,1	10,7	20,0	---	---	--	--
Diagnostische Hysteroskopie	738	18,0	5,2	11,8	21,3	---	-	-	--
Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	752	18,8	4,8	10,8	20,1	--	--	--	--
Entfernung von Osteosynthesematerial	1 043	22,0	5,2	12,0	22,7	-	-	-	-
Biopsie ohne Inzision am Endometrium	703	18,0	5,1	11,7	21,4	---	-	-	--
Andere Operationen an Blutgefäßen	948	20,5	6,1	13,4	25,0	--	++	+	+
Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	858	15,6	4,0	9,9	18,7	---	---	---	---
Arthroskopische Operation am Gelenknorpel und an den Menisken	952	22,7	6,7	15,4	27,3	-	+++	+++	+
Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	478	19,9	5,6	12,3	23,8	--	-	-	-
Neurolyse und Dekompression eines Nerven	912	22,1	6,8	15,3	27,9	-	+++	++	++
Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea	107	31,7	10,1	22,5	42,9	+	+++	+++	+++
Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]	369	22,8	6,8	14,9	27,4	-	++	++	+
Operationen am Präputium	615	22,2	6,1	13,7	25,8	-	+	+	-
Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	328	23,1	7,2	16,1	29,4	-	++	++	+
Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	699	26,0	7,2	16,1	30,2	++	+++	+++	++
Parazentese [Myringotomie]	444	20,5	5,7	12,3	24,5	--	-	-	-

Tabelle 8–4

Fortsetzung

OPS	Ambulante Operationen				Abweichung von vollstationären Patienten*				
	Patientenwege in PKW-Kilometern								
	Anzahl KH	Mittel- wert	uQuartil	Median	oQuartil	Mittel- wert	uQuartil	Median	oQuartil
Arthroskopische Operation an der Synovialis	862	25,4	6,8	15,5	29,4	+	+++	+++	++
Operationen an Bändern der Hand	846	21,8	5,9	14,3	26,7	-	+	++	+

*Erläuterung:

---: Patientenweg AOP mehr als 20 % kürzer als bei allen stationären Patienten der beteiligten KHs

--: Patientenweg AOP 10–20 % kürzer als bei allen stationären Patienten der beteiligten KHs

-: Patientenweg AOP bis 10 % kürzer als bei allen stationären Patienten der beteiligten KHs

+++ : Patientenweg AOP mehr als 20 % weiter als bei allen stationären Patienten der beteiligten KHs

++ : Patientenweg AOP 10–20 % weiter als bei allen stationären Patienten der beteiligten KHs

+ : Patientenweg AOP bis 10 % weiter als bei allen stationären Patienten der beteiligten KHs

Krankenhaus-Report 2016

WIdO

viele Fälle der Nachbehandlung eines vorangegangenen vollstationären Falls im gleichen und nicht wohnortnächsten Krankenhaus befinden.

Der Vergleich mit den Patientewegen für vollstationäre Leistungen mit dem gleichen OPS wäre insofern verzerrt, als diese im Kontext mit anderen, ggf. aufwendigeren Leistungen stehen, die eigentlich entscheidend für die Krankenhauswahl sind. Daher zeigt Tabelle 8–4 den Vergleich mit dem gesamten vollstationären Patientenspektrum der jeweils beteiligten Häuser. Die Gegenüberstellung ermöglicht so eine Einschätzung, inwieweit eine ambulante Operation verglichen mit dem vollstationären Einzugsgebiet relativ wohnortnah oder -fern stattfand. Hier zeigt sich, dass u. a. die AOP-Leistungen der Augenheilkunde, Arthroskopien an Menisken und der Synovialis oder die Neurolyse vergleichsweise überregional erbracht werden, während dies z. B. für den Bereich der Gastroenterologie nicht der Fall ist.

8

8.3 Arbeitsteilung zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten

Aktuell wird der überwiegende Teil der Erlöse für ambulante Operationen von niedergelassenen Ärzten realisiert, aber ca. ein Viertel der GKV-Ausgaben für ambulante Operationen entfallen auf Leistungen der Krankenhäuser. Dieser bedeutende Stellenwert der Krankenhäuser variiert naturgemäß auf Ebene der einzelnen Leistungen. Um die Unterschiede in der Arbeitsteilung nach Leistungen zu illustrieren, wird im Weiteren auf die vorliegenden Abrechnungsdaten nach § 295 SGB V zurückgegriffen. Deren Vollständigkeit in Bezug auf die dokumentierten OPS bzw. deren Verknüpfbarkeit mit ambulanten Gebührenordnungspositionen ist nicht für alle AOP-Maßnahmen bundesweit gesichert (vgl. Abschnitt „Daten nach § 295 SGB V (niedergelassene Ärzte)“ unter 8.1.1). Daher beschränkt sich die hier vorliegende Darstellung der Arbeitsteilung zwischen Krankenhäusern und Ärzten jeweils auf solche KV-Regionen, in denen nach aktuellem Kenntnissstand von einer vollständigen Dokumentation bzw. Identifizierbarkeit ausgegangen werden kann. Im Mittel über alle betrachteten OPS gilt dies für 14 Bezirke.²⁵

Für die betrachteten OPS ist die Bedeutung der Krankenhäuser bei AOP im Bereich der Anderen Operationen an Blutgefäßen am stärksten ausgeprägt (Tabelle 8–5).²⁶ Diese Leistung ist durch eine starke Einbettung in Fallketten geprägt, vorrangig im Rahmen von onkologischen Krankheitsbildern. Eine starke Beteiligung findet auch bei gynäkologischen Maßnahmen statt: Für therapeutische Kürettage [Abrasio uteri] und diagnostische Hysteroskopien – oft in Kombination mit Biopsien ohne Inzision am Endometrium – liegen die Anteile der Krankenhäuser an allen ambulanten Operationen weit über 60%.

25 Tabelle 8–5 stellt die Arbeitsteilung nur für 19 OPS dar: Der OPS Einlegen, Wechseln und Entfernen einer Ureterschiene (Ureterkatheter) ist nicht dargestellt, da bei dieser Leistung durch niedergelassene Ärzte i. d. R. kein OPS-Kode kodiert wird, da sie sich im urologischen Kapitel 26 des EBM befindet.

26 Die Darstellung der Arbeitsteilung zwischen den Leistungserbringern erfolgt hochgerechnet auf die Versichertenpopulation der GKV.

Tabelle 8–5

Arbeitsteilung für TOP 20 OPS für AOP im Krankenhaus

OPS	Ambulante Operationen		Insgesamt		
	Ärzte	Amb. KH	Ärzte	Amb. KH	Stat. KH
Diagnostische Koloskopie	72 %	28 %	45 %	18 %	37 %
Extrakapsuläre Exzision der Linse [ECCE]	81 %	19 %	70 %	17 %	14 %
Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	62 %	38 %	32 %	19 %	49 %
Diagnostische Hysteroskopie	33 %	67 %	24 %	50 %	26 %
Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	32 %	68 %	24 %	49 %	28 %
Entfernung von Osteosynthesematerial	43 %	57 %	28 %	36 %	36 %
Biopsie ohne Inzision am Endometrium	16 %	84 %	11 %	59 %	30 %
Andere Operationen an Blutgefäßen	15 %	85 %	7 %	37 %	57 %
Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	59 %	41 %	34 %	23 %	43 %
Arthroskopische Operation am Gelenknorpel und an den Menisken	67 %	33 %	42 %	20 %	38 %
Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	59 %	41 %	45 %	31 %	24 %
Neurolyse und Dekompression eines Nerven	75 %	25 %	62 %	20 %	17 %
Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea	69 %	31 %	62 %	28 %	10 %
Operationen am Präputium	66 %	34 %	59 %	30 %	11 %
Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	57 %	43 %	7 %	6 %	87 %
Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	72 %	28 %	47 %	18 %	34 %
Parazentese [Myringotomie]	44 %	56 %	28 %	36 %	36 %
Arthroskopische Operation an der Synovialis	47 %	53 %	15 %	17 %	68 %
Operationen an Bändern der Hand	42 %	58 %	33 %	46 %	21 %

Krankenhaus-Report 2016

WIdO

In der Augenheilkunde dagegen liegt ein deutlicher Schwerpunkt bei den niedergelassenen Ärzten: So finden 90 % der AOP Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea bzw. 80 % der extrakapsulären Extraktionen der Linse außerhalb des Krankenhauses statt. Letztere ist immerhin die zweithäufigste AOP in Krankenhäusern, wenngleich an wenigen Standorten.

Die ambulante Arbeitsteilung bei Transarteriellen Linksherz-Katheteruntersuchungen ist vergleichsweise ausgeglichen, allerdings erfolgt hier die Leistungserbringung mit fast 90 % überwiegend in der stationären Versorgung.

Die Daten aus den im Rahmen dieses Beitrags auswertbaren KV-Bezirken deuten bereits relevante Unterschiede in der Arbeitsteilung zwischen den Regionen an – ein folgerichtiger Effekt aus der gleichermaßen heterogenen Anbieterstruktur. Entsprechend variiert sie auch zwischen den einzelnen Leistungen; für die auswertbaren Bezirke zeichnet sich ab, dass in keiner KV-Region z. B. der Anteil der Krankenhäuser über alle OPS gleichermaßen über- oder unterdurchschnittlich ist.

8.4 Fazit

Die Ambulantisierung von Krankenhausleistungen ist in Deutschland weniger weit fortgeschritten als in vielen anderen Ländern (u. a. OECD 2015, S. 118ff.). In den über 20 Jahren seit der Öffnung der Krankenhäuser für das ambulante Operieren waren es vor allem die Entwicklungen in einer relativ kurzen Zeitspanne Mitte der 2000er Jahre, die zum aktuellen Niveau führten. In diesem Zeitraum wurden auch relevante Teile der angestrebten Verlagerung von Fällen aus der stationären Versorgung erreicht. Die Bereinigung der stationären Vergütung ist allerdings nur unzureichend erfolgt, aus der Verlagerung in die ambulante Leistungserbringung ist kein Rückgang der GKV-Ausgaben erwachsen, sondern vielmehr eine unbudgetierte Zusatzvergütung neben dem bestehenden Budget entstanden. Somit sind die Effekte aus den Regelungen des § 115b SGB V – insbesondere in diesem Zeitraum – zwiespältig.

Aktuell ist – auch nach der weitergehenden Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Leistungserbringung der letzten Jahre – der AOP-Bereich das ambulante Leistungssegment mit der höchsten Relevanz für Krankenhäuser mit somatischen Fachabteilungen, was den Gesamtumsatz und die Zahl der beteiligten Einrichtungen betrifft. Dennoch spielt er in der Gesamtbetrachtung des Leistungsspektrums von Krankenhäusern in den meisten Fällen eine untergeordnete Rolle. Ökonomische Anreize zur Verlagerung von stationären Leistungen in den AOP-Bereich sind nicht zu vermuten. Ein weiterer Schub für eine Verlagerung wäre nur aus einer substantziellen Erweiterung des AOP-Katalogs zu erwarten, die in den letzten zehn Jahren ausgeblieben ist. Aber auch nach den bestehenden Regularien und Katalogen ist das Potenzial der Verlagerung in den AOP-Bereich noch nicht umfassend ausgeschöpft. Der Beitrag zeigt, dass es für Leistungen aus dem AOP-Katalog immer noch relevante Anteile von vollstationären Krankenhausfällen im Kurzliegerbereich gibt.

In der Betrachtung des Leistungsbereichs AOP wiederum leisten die Krankenhäuser mit ungefähr einem Viertel der Ausgaben einen wichtigen Anteil in der Versorgung der Patienten. Allerdings stagniert die Entwicklung in den Krankenhäusern seit einigen Jahren, Steigerungen der Umsätze finden vor dem Hintergrund der aktuellen Regelungen nur noch im niedergelassenen Bereich statt.

Auch nach mehr als zwanzig Jahren besteht noch vergleichsweise wenig Transparenz über ambulante Operationen bei niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern. Eine öffentliche Berichterstattung fehlt. Der vorliegende Beitrag leistet hier einen ersten Versuch, Art und Umfang der Leistungserbringung sowie die Arbeitsteilung zwischen den Akteuren des ambulanten Operierens auf der Grundlage aktueller Daten darzustellen. Dabei sind fraglos zahlreiche Fragen noch unbeantwortet, so fehlen noch – nicht zuletzt aufgrund der vorhandenen Datenlage – tiefergehende Analysen mit regionalem Bezug. Die Rechtslage eröffnet u. a. viele Optionen für regionale Sonderverträge, die hinsichtlich der Versorgung zu begrüßen sind. Vor dem Hintergrund der Vergleichbarkeit und Verfügbarkeit von Daten erschweren sie jedoch teilweise die Transparenz über das Leistungsgeschehen. Es bleibt aus Sicht der Autoren der Bedarf, regionale Unterschiede im Umfang insgesamt und in der Arbeitsteilung für die verschiedenen Operationen weiter zu erforschen.

Literatur

- Friedrich J, Beivers A. Patientenwege ins Krankenhaus: Räumliche Mobilität bei Elektiv- und Notfallleistungen am Beispiel von Hüftendoprothesen. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2008/2009. Stuttgart: Schattauer 2009; 155–81.
- Geraedts M, de Cruppé W. Strukturwandel aus Patientenperspektive. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2015. Stuttgart: Schattauer 2015; 115–25.
- Gurgel D. Kooperationen im Rahmen des ambulanten Operierens nach § 115b SGB V. Das Krankenhaus 2006; 1: 40–4.
- Held M, Leber WD, Wolff J. Ambulantes Operieren neu geregelt – Dreiseitiger Vertrag im Schiedsamt entschieden. f&w 2005; 3: 256–62.
- OECD. Health at a Glance 2015: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing 2015. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en
- Rochell B, Bunzemeier H, Roeder N. Ambulante Operationen und stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus nach § 115b SGB V – eine Einstiegshilfe (I). Das Krankenhaus, 2004; 3: 172–88.
- Rochell B, Bunzemeier H, Roeder N. Ambulante Operationen und stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus nach § 115 b SGB V – eine Einstiegshilfe (II). Das Krankenhaus 2004; 4: 269–86.
- Scheller-Kreinsen D, Krause F. Die Ausgangslage für eine Strukturbereinigung: Fahrtzeiten, Krankenhäuserreichbarkeit und -kapazitäten. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2015. Stuttgart: Schattauer 2015; 23–39.
- v. Stackelberg JM. Das ambulante Operieren im Krankenhaus – ein Aufbruch verkrusteter Strukturen. In: Arnold M, Paffrath D (Hrsg). Krankenhaus-Report 1993. Stuttgart/Jena: Gustav Fischer 1993; 101–10.
- Vollmer R, Dold S. Ambulantes Operieren im Krankenhaus (§ 115b SGB V). Loseblattsammlung. Remagen: AOK-Verlag 2002.