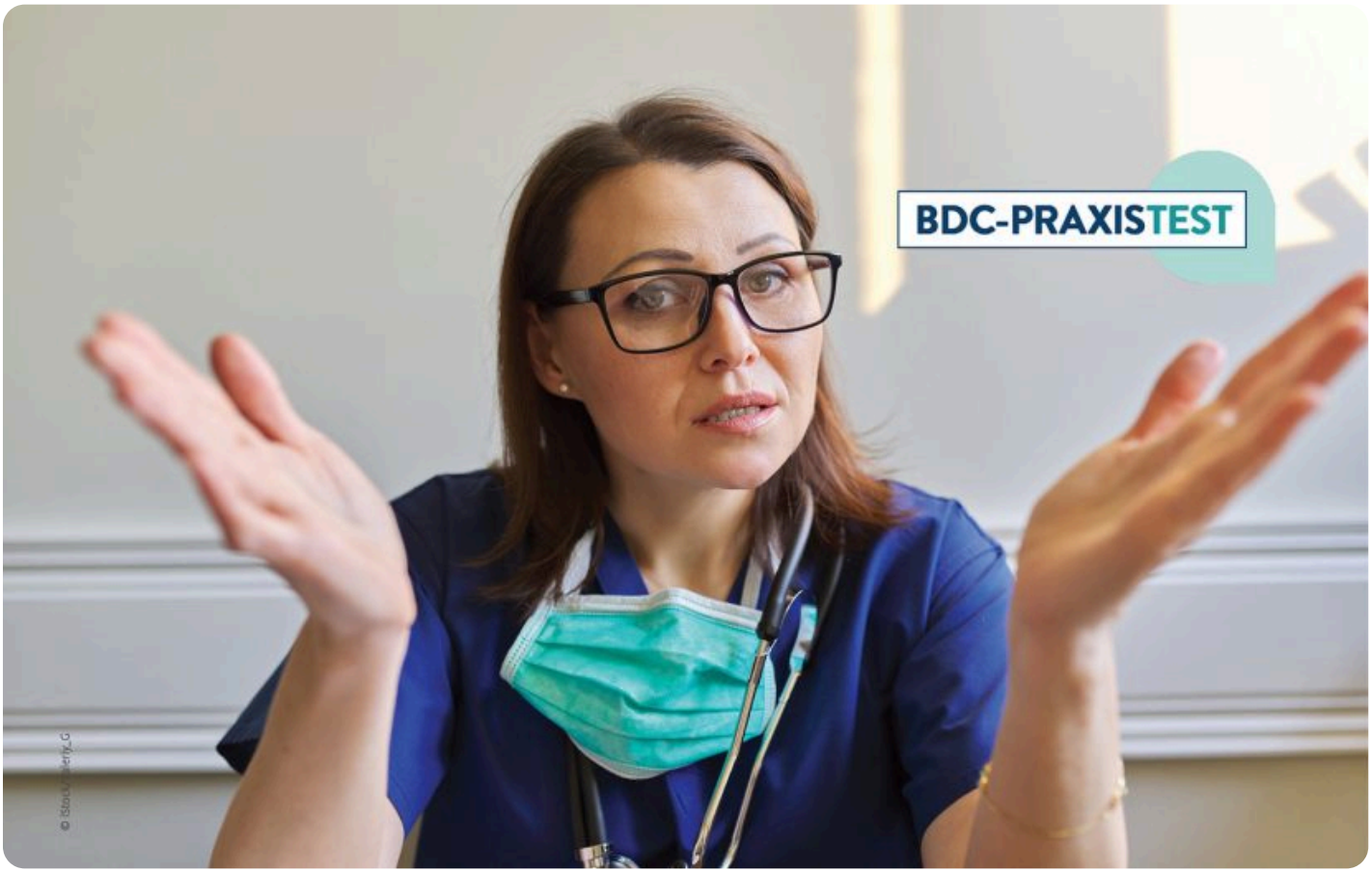
POLITIK 01.03.2022

BDC-Praxistest: Aktuelles zur Erweiterung des AOP-Kataloges – Droht eine Zwangsambulantisierung?



Vorwort – Ambulant vor stationär – das IGES Gutachten

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das Gutachten des privatwirtschaftliches Forschungs- und Beratungsinstitut für Infrastruktur- und Gesundheitsfragen IGES zur Neuregelung des AOP-Katalogs schlägt schon vor seiner Veröffentlichung große Wellen. Revolutionäre Veränderungen scheinen bei der Klassifizierung ambulant zu erbringender Operationen anzustehen. Und während die Kostenträger schon über potentielle Einsparungen im Milliardenbereich frohlocken, treiben die wirklich umwälzenden Anpassungen den Leistungserbringern aus fachlichen, bürokratischen und infrastrukturellen Gründen Perlen der Verzweiflung und Wut auf die Stirn.

„Sheesh"! Das Thema ist wirklich „wyld", die Autoren „sus" und der aktuelle Stand für Chirurgen „cringe". Gerade, weil noch nichts endgültig beschieden ist, sollten wir uns dem Topic schon jetzt widmen. Denn es wäre doch „papatastisch", wenn bei einer großen Reform des Gesundheitssystems tatsächlich die werktätige Bevölkerung im System auch mal beteiligt würde.

Aus diesem Grund präsentieren wir Ihnen schon jetzt vor der Publikation des Gutachtens eine erste, wertende Stellungnahme. Wir danken Prof. Billing sehr für sein präzises Statement. Mehr gibt es an dieser Stelle zu einem späteren Termin. Denn die Devise heißt: Einmischen!

Erhellende Lektüre wünschen

Prof. Dr. med. C. J. Krones und Prof. Dr. med. D. Vallböhmer





Bereits 2019 wurde die Bearbeitung des Kataloges für ambulantes Operieren und stationsersetzende Eingriffe für 2020 geplant. Die Kostenträger erhofften sich ursprünglich große Auswirkungen schon ab 2021: „Ausgrenzung von 5 Mio. Fällen, entsprechend 30 Prozent der Kurzlieger, Einsparpotenzial 1 bis 2 Milliarden Euro".

Die Umsetzung verzögerte sich durch die COVID-Pandemie. Die Selbstverwaltung gab dann ein Gutachten zu diesem Thema in Auftrag, das am 09.12.2020 an die IGES Institut GmbH Berlin als Bewerbergemeinschaft mit der Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH Wien vergeben wurde. Dieses Gutachten soll den bestehenden AOP-Katalog gravierend erweitern.

Im bisherigen AOP-Katalog waren die Leistungen differenziert in

- Ziffer 1: „Leistungen, die in der Regel ambulant erbracht werden können"
- Ziffer 2: „Leistungen, bei denen sowohl eine ambulante als auch eine stationäre Behandlung möglich ist"

Es gibt eine Auflistung der (G-AEP-)Kriterien, die klären sollen, welche Leistungen aus dem AOP-Katalog unter welchen Kriterien auch stationär erbracht werden können.

Es ist nun geplant, die Differenzierung in diese zwei Gruppen aufzugeben und darüber hinaus den Katalog noch deutlich zu erweitern. In Zukunft soll differenziert werden in:

- prinzipiell ambulant durchführbare und
- nicht prinzipiell durchführbare Eingriffe.
- Die Definition dieser Begrifflichkeiten bleibt unklar.

Zu erwartende Problematik

Schon bisher gab es erhebliche Streitigkeiten um die Frage der primären und sekundären Fehlbelegung. Eine gravierende und undifferenzierte Erweiterung des AOP-Kataloges birgt schwer einschätzbares Streitpotenzial bezüglich der MDK-Begutachtung, vor allem aber auch bezüglich sozialgerichtlicher Auseinandersetzungen. Solange die Vergütung für die ambulante Leistungserbringung einerseits und die stationäre Leistungserbringung andererseits weit auseinanderklafft, sind hier Streitigkeiten in sehr großem Ausmaß absehbar.

Es droht eine Eskalation, wenn keine klaren Kriterien festlegen, welche Eingriffe des AOP-Kataloges unter welchen Voraussetzungen stationär durchgeführt und vergütet werden dürfen. Eine diesbezügliche Kategorisierung von Patienten wäre eine Herkulesaufgabe.

Es könnte eine Schweregraddifferenzierung und Kontextprüfung auf der Basis bereits derzeit elektronisch verfügbarer Daten erfolgen. Darüber hinaus müssten fach- und eingriffsspezifische Kriterien Eingang finden. Auch Probleme, die perioperativ neu auftreten, müssten berücksichtigt werden.

Absehbar wird eine derartige Zuordnung komplex und schwierig, aber auch streitbefangen sein. Eine umfassende Einbindung der Fachgesellschaften/des differenzierten medizinischen Sachverstandes ist essentiell.

Der Versuch einer „Zwangsambulantisierung" gegen den erbitterten Widerstand der Leistungserbringer könnte also ein sehr mühsames Unterfangen sein. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass für eine drastische Verschiebung in den ambulanten Bereich in vielen Fachrichtungen die ambulanten Strukturen gar nicht zur Verfügung stehen und die Patientensicherheit in manchen Bereichen deutlich beeinträchtigt sein könnte.

Potenzielle Alternative

Durch veränderte finanzielle Anreize könnte diese Problematik vermieden, und die Leistungserbringer konstruktiv in den Prozess eingebunden werden. Würde man zunächst, wie auch von der neuen Koalition angedacht, die Vergütung für ambulante und stationäre Leistungserbringung gleichgestalten (Hybrid DRGs), wäre dieser Ansatz zu bahnen. Es würden dann absehbar fachlich und sachlich fundierte Veränderungen und Verschiebungen in Richtung ambulanter Behandlung auf den Weg kommen, die von den Leistungserbringern selbst betrieben werden. Emotionale Aspekte und Sicherheitsprobleme wären vermutlich deutlich reduziert. Allenfalls müsste man eine zu überschwängliche Verschiebung, wie aus den USA berichtet, im Blick haben.

Anschlussphase: Wenn aus diesen Maßnahmen eine relevante Verlagerung in den ambulanten Bereich erfolgt ist, könnte dann relativ zeitnah eine Analyse der tatsächlichen Behandlungskosten getrennt nach ambulanter und stationärer Leistungserbringung erfolgen. Eine solche Kostenkalkulation wird ja in der InEK-Systematik sehr erfolgreich seit Jahren durchgeführt. Auf dieser Basis könnte dann die Vergütung sachgerecht differenziert werden: Ein möglicher Lösungsansatz, um Streitigkeiten zu vermeiden und die Leistungserbringer einzubinden.

Fazit

Der Abschluss des AOP-Gutachtens war für den 04.01.2022 geplant, wird sich aber offensichtlich deutlich verzögern. Die Leistungserbringer und wissenschaftlich medizinischen Fachgesellschaften sollten sich daher in die weitere Entwicklung einbringen.

Zentrale Forderungen sind:

- Verhinderung einer Streitwelle bei Sozialgerichten und MDK
- Aufbau bzw. Erweiterung der notwendigen Strukturen
- Beachtung der Patientensicherheit
- Berücksichtigung der Gesamtverantwortung des behandelnden Arztes und Einbinden medizinischen Sachverstandes

Billing A: BDC-Praxistest: Aktuelles zur Erweiterung des AOP-Kataloges – Droht eine Zwangsambulantisierung? Passion Chirurgie. 2022 März; 12(03): Artikel 05_01.

Autor:in des Artikels



Arend Billing

Leiter der Sektion für Krankenhausökonomie der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG)
ehemaliger Chefarzt der Klinik für Gefäßchirurgie
Sana Klinikum Offenbach
Starkenburgring 66
63069 Offenbach

Kontakt