



# Das AOP-Gutachten

## Ohne Empirie kein Gamechanger

Von Ass. Jur. Prof. Dr. rer. pol. Erika Raab

**M**it dem MDK-Reformgesetz hat der Gesetzgeber 2019 die Selbstverwaltungspartner beauftragt, den Katalog ambulant durchführbarer Operationen („AOP-Katalog“, § 115b SGB V), sonstiger stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen sowie deren einheitliche Vergütung für Krankenhäuser und Vertragsärzte zu vereinbaren. Typische Leistungen des AOP-Kataloges sind ambulante Operationen und Interventionen mit geringem Komplexitätsgrad und geringem patientenindividuellen Risikoprofil. Seitens der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling wurde dieses Gesetzesvorhaben ausdrücklich begrüßt: Die Intention des Gesetzgebers bot die Chance, die Streitigkeiten zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Medizinischem Dienst in den Bereichen der als „Primäre Fehlbelegung“ und „Kurzliegerprüfung“ zur Notwendigkeit der stationären Versorgung kurzstationär behandelte Fälle deutlich zu reduzieren und an der Grenze von ambulanter und stationärer Versorgung Klarheit zu schaffen.

Mit der Erstellung des Gutachtens wurde das IGES Institut beauftragt

und das Gutachten wurde am 1. April 2022 vorgelegt. Es identifiziert im ersten Schritt sämtliche operativen Leistungen, die für eine ambulante Leistungserbringung in Betracht gezogen werden können. Die Leistungen werden teilweise als OPS-Codes und teilweise als DRGs definiert. Das vorgelegte Gutachten empfiehlt 2.476 zusätzliche medizinische Leistungen, die in den Katalog für ambulantes Operieren (AOP-Katalog) aufgenommen werden sollten, so dass sich die Anzahl der derzeit möglichen ambulanten Leistungen (2.879 Leistungen) nahezu verdoppeln würde. In dem Gutachten sind ambulant durchführbare Operationen, stationersetzende Eingriffe und stationersetzende Behandlungen konkret benannt sowie Maßnahmen zur Fall-Differenzierung nach dem Schweregrad analysiert. Im Ergebnis zeigen erste Analysen der Prämissen, dass ein Viertel aller etwa 58 Millionen vollstationär erfolgten Leistungen ambulant erbringbar wären.

### Praktische Umsetzung aus ärztlicher Sicht

Wird die Struktur der bestehenden Krankenhauslandschaft durch den Gesetzgeber geändert, bedarf es auf-

*Wird die Struktur der bestehenden Krankenhauslandschaft durch den Gesetzgeber geändert, bedarf es aufgrund der schweren Eingriffe in Grundrechte aber auch Art. 28 GG/Recht der kommunalen Selbstverwaltung) einer wissenschaftlich fundierten Grundlage. Wird das AOP-Gutachten als „Gamechanger“ in der Krankenhauslandschaft begriffen, sind die Anforderungen aufgrund des auslösenden Strukturwandels erheblich höher.*

**Keywords:** Abrechnung, Finanzierung, Recht

grund der schweren Eingriffe in Grundrechte (Art. 12 GG [Recht des eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetriebs], Art. 14 GG [Eigentums- und Bestandsrechte], aber auch Art. 28 GG [Recht der kommunalen Selbstverwaltung]) einer wissenschaftlich fundierten Grundlage. Wird das Gutachten als „Gamechanger“ in der Krankenhauslandschaft begriffen, sind die Anforderungen aufgrund des auslösenden Strukturwandels erheblich höher.

Doch nicht nur die Art und Weise einer künftigen Ausrichtung eines Krankenhauses ist hier im Fokus, auch für die Ärzte erhöhen sich Haf- ▶

tungsrisiken. Das IGES-Institut konstatierte beispielsweise, dass eine Umsetzung des Gutachtenvorschlags zur Folge hat, dass sich ex ante das Ambulantisierungspotenzial der Erweiterung nicht exakt abschätzen lässt, da bislang keine empirischen Ergebnisse des vorgeschlagenen Systems der Kontextprüfungen vorliegen. In der praktischen Umsetzung wird aber das Einschätzungsrisiko auf die aufnehmenden und damit grundlegend entscheidenden Ärztinnen und Ärzte verlagert. Diese müssen neben den medizinischen Risiken zugleich die ökonomische Verantwortung übernehmen – ohne empirische Grundlage, welche die Entscheidung fundiert. Im Ergebnis ist bereits jetzt absehbar, dass der ärztliche Dokumentations-, Aufklärungs- und Begründungsumfang erheblich steigen würde.

### Unterschiedliche Lesarten des Gutachtens

„Durch den gewählten potenzialorientierten Ansatz bietet das Gutachten über die Empfehlungen zur Erweiterung des bisherigen AOP-Kataloges hinaus gute Ansätze, auf deren Basis ein Katalog stationärer Leistungen für einen eigenen neuen klinisch-ambulanten Bereich definiert werden kann“, erklärte die DKG in ihrer Stellungnahme zum Gutachten. Das positive Resümee der DRK fußt auf der Lesart, nach welcher Krankenhäuser zukünftig nach medizinischen Aspekten selbst entscheiden können, ob sie diese Leistung klinisch-ambulant oder stationär erbringen. Ein solcher klinisch-ambulanter Leistungsbereich an den Krankenhäusern könne seiner Einschätzung nach ideal mit den im Koalitionsvertrag angesprochenen Hybrid-DRG vergütet werden.

Die AOK hebt neben dem grundsätzlich positiv bewerteten Umfang des benannten Ambulantisierungspotenzials hervor, dass die im AOP-Katalog enthaltenen Leistungen sowohl von Krankenhäusern als auch von Vertragsärztinnen und -ärzten durchgeführt werden dürfen. Nach Lesart der AOK ermöglichte der Ansatz, die spezifischen Kostenstrukturen von Krankenhäusern und Vertragsärztinnen und -ärzten durch Vergütungsan-

passungen zu berücksichtigen. Für einen Versorgungsbereich, in dem sowohl Krankenhäuser als auch Vertragsärztinnen und -ärzte gleichberechtigt Leistungen erbringen dürfen, kann ein modifizierter EBM als Ergebnis dreiseitiger Verhandlungen Anwendung finden.

### Methodische Eigenheiten des Gutachtens

Das im Gutachten ausgewiesene beachtliche Ambulanzpotenzial stößt jedoch auf methodische Schwächen, denn: entgegen des in der politischen Diskussion vermittelten Eindrucks, sind die benannten ambulanten Potenziale wissenschaftlich nicht ausreichend fundiert.

Auf grundsätzliche Defizite ihrer Analysen weisen die Gutachter (Seite 250 ff.) selbst hin. Aufgrund der Prägnanz seien die Passagen hier wörtlich zitiert:

**„Typische Leistungen des AOP-Kataloges sind ambulante Operationen und Interventionen mit geringem Komplexitätsgrad und geringem patientenindividuellen Risikoprofil. Seitens der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling wurde dieses Gesetzesvorhaben ausdrücklich begrüßt.“**

*„Über generelle Einstufungen der ambulanten Durchführbarkeit, die aus rein leistungsbezogenen Bewertungen auf Basis der OPS-Systematik resultieren, lässt sich nach Ansicht der Gutachter nur in Ausnahmefällen ein fachlicher oder wissenschaftlicher Konsens erzielen. Dies ist auf den Umstand zurückzuführen, dass die Möglichkeiten einer ambulanten Durchführung maßgeblich von leistungs- und patientenbezogenen Kontextfaktoren abhängen, die sich für ein und dieselbe OPS-Leistung sehr unterschiedlich gestalten können. Ein fachlich-wissenschaftlicher Konsens über eine allgemeine Einstufung einer Leistung als ambulant durchführbar ist unrealistisch, solange die relevanten Kontextfaktoren ex ante (zwangsläufig) nicht explizit definiert werden.“*

*„Die fallindividuelle Kontextprüfung trägt der fehlenden Konsentierbarkeit einer generellen rein leistungsbezoge-*

*nen Einstufung der Ambulantisierbarkeit Rechnung und damit letztlich auch der Patientensicherheit. Sie ermöglicht daher, den AOP-Katalog umfassend, d. h. potenzialorientiert, zu erweitern. Sie hat aber auch zur Folge, dass sich ex ante das Ambulantisierungspotenzial der Erweiterung nicht exakt abschätzen lässt, da bislang keine empirischen Ergebnisse des vorgeschlagenen Systems der Kontextprüfungen vorliegen.“*

### Zu hohe Annahme des generellen Ambulantisierungspotenzials

Die Annahme der Grundgesamtheit der als ambulant durchführbar deklarierten OPS ist zu hoch. Den im Medizincontrolling tätigen Praktikern, die sich regelmäßig in den Diskussionen mit den Kostenträgern mit der Häufigkeit der im Gutachten benannten OPS beschäftigen, ist offenkundig, dass im Gutachten diverse Operationen aufgeführt werden,

die nach wissenschaftlicher Studienlage statistisch in höchstens fünf Prozent der Fälle ambulant erbracht werden. Ob bei einer derartigen Prävalenz von einer grundsätzlich anzunehmenden ambulanten Erbringbarkeit des jeweiligen OPS auszugehen ist, erscheint – auch nach mathematischen sowie statistischen Grundsätzen – fraglich. Zudem enthält das Gutachten OPS, die seitens des GBA in der Methodenbewertung ausschließlich stationär gestattet wurden oder aufgrund der S3-Leitlinien nicht im ambulanten Bereich in der vorgesehenen Qualität erbringbar sind. Der Dialog mit den Fachgesellschaften zu den ausgewählten OPS wäre zur Evaluation der gutachterlichen Annahmen zwingend erforderlich gewesen.

### Eingeschränkte externe Validierung

Wird die externe Validierung der Annahmen einer vertieften Prüfung

unterzogen, zeigt sich, dass für einen Teil der vorgeschlagenen fraglich ambulantisierbaren OPS-Leistungen aus der wissenschaftlichen Fachliteratur lediglich eine teilweise Einschätzung möglich war (Seite 171). Aus Zeitgründen konnte kein systematischer Literatur-Review durchgeführt werden, jedoch wurden die gewonnenen Erkenntnisse der eingeschränkten Literaturlauswertung zur Überprüfung der Empfehlungen verwandt (Seite 171).

Weiterhin konstatieren die Gutachter ab Seite 250, dass es schon allein aufgrund der engen zeitlichen Vorgaben für die Erstellung des vorliegenden Gutachtens ausgeschlossen war, dass jede dieser OPS-Leistungen einer tiefgehenden Prüfung unter Einbeziehung jeglicher leistungs- bzw. leistungsbereichsspezifischer Expertise und Erkenntnisse unterzogen wird. Entsprechend sei ein umfassender Austausch mit den medizinischen Fachgesellschaften und Berufsverbänden zu sämtlichen empfehlungsrelevanten OPS-Leistungen nicht möglich gewesen. Im Ergebnis haben die Gutachter ihre Entscheidung somit überwiegend selbst gefällt und Stellungnahmen der Fachgesellschaften kritisch gesehen (Seite 173): „Neben dem teilweise abweichenden Verständnis der ambulanten Durchführbarkeit von Leistungen kann zudem nicht völlig ausgeschlossen werden, dass die Fachgesellschaften in ihren Stellungnahmen unterschiedlich von nicht primär medizinischen Rahmenbedingungen abstrahierten...“

### Wahl des PCCL als Schweregradkriterium

Auch die Wahl des Patientenschweregrades (PCCL) als ökonomischen Kennwert für die Kontextprüfung ist methodisch zu hinterfragen. So wird der PCCL nach dem Verständnis der Gutachter zur entscheidenden medizinischen Kontextprüfung (Kriterium K7) für die stationäre Behandlung. Nach Definition der Gutachter soll der PCCL eine komplexe Komorbidität anzeigen, eine Differenzierung wird ohne evidenzbasierte Begründung anhand eines PCCL-Wertes  $\geq 4$  vorgenommen. Entgegen dieser Annahme ist der PCCL-Wert jedoch kein medizinischer Wert, sondern ein ökonomischer: Der PCCL-Wert errechnet sich in einem

komplexen Verfahren aus den Nebendiagnosewerten (Complication or comorbidity level Werten – CCL) und gibt anhand von Ergebnissen zwischen 0 (keine CC) und 6 (schwerste CC) den Schweregrad der „Complication or Comorbidity (CC)“ an. Diese Maßzahl für den kumulativen Effekt der CC-Diagnosen wird über eine Glättungsformel berechnet. Gegebenenfalls geht das Ergebnis als fallspezifische Komplexität/patientenbezogener Gesamtschweregrad in die Gruppierungsbedingungen der betroffenen Diagnosis Related Groups (DRG) ein, insofern die letzte Stelle der Fallpauschale eine ökonomische Unterteilung durch diese Werte vorsieht.

Somit kann dieser Wert den Ressourcenverbrauch innerhalb einer Basis-DRG Gruppe regulieren und entstandene Mehrkosten ausgleichen. Zugleich verkennen die Gutachter den ökonomischen Einfluss der Kodierrichtlinien: Eine Nebendiagnose ist nur dann zu kodieren (und Bestandteil der Annahmen des Gutachtens), wenn ein Ressourcenverbrauch nachgewiesen ist. Aus medizinischer Sicht ist also der Vorschlag der Gutachter, den PCCL als Differenzierungskriterium für die Beurteilung einer medizinischen Fallschwere zu wählen, methodisch zweifelhaft.

### Altersgrenze 80 Jahre als Hospitalisierungskriterium

Zu hinterfragen ist auch der gewählte Alterssplit: Für eine stationäre Versorgung kommen Patienten mit einem Alter  $\geq 80$  Jahre (Kriterium X2) in Betracht. Zur Auswahl des Alterskriteriums von 80 Jahren werden keine evidenzbasierten Studien aufgeführt. Der Alterssplit scheint mithin willkürlich gewählt und führt dementsprechend die wissenschaftlichen Grundlagen geriatrischer Assessments, welche durch die Fachgesellschaften empfohlen und in der klinischen Akutgeriatrie etabliert wurden, ad absurdum.

### Ambulantisierungspotenzial trotz fehlender postoperativer Nachbetreuungsmöglichkeit

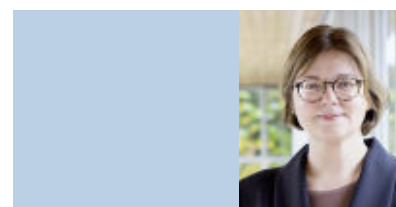
Bei einem Teil der empfohlenen Leistungen sind ambulante Durchführungen nur dann zugänglich, wenn die Patientensicherheit durch eine zeitlich ausgedehnte und inten-

sivere postoperative Nachbetreuung erhöht werden kann. Das bedeutet, dass eine Ambulantisierung nur unter Nutzung einer klinischen Infrastruktur erwogen werden kann, denn bei der vorgeschlagenen substanziellen Erweiterung des AOP-Katalogs fehlen gegenwärtig diese strukturellen bzw. organisatorischen Voraussetzungen. Hierfür bedarf es eines regulatorischen Rahmens für eine differenzierte Leistungsdefinition, die Indikation bzw. die Verordnung, die organisationsbezogene Zuständigkeit und die Finanzierung entsprechend geeigneter Nachsorgestrukturen.

### Fazit

Das vorliegende IGES-Gutachten zeigt gravierende methodische Schwächen – viele gutachterliche Annahmen beruhen auf wenig Empirie. Zugleich stellt es hohe Anforderungen an die patientenindividuelle Beurteilung des Einzelfalles durch eine fallindividuelle Kontextprüfung. Dieses Vorgehen birgt erhebliche Folgewirkungen – nicht nur für die Krankenhäuser, sondern auch für die Berufsgruppe der Klinikärzte, deren ex-ante-Einschätzungsprärogative gefordert wird. Die äußerst großzügig gewählte Annahme des „ambulanten Potenzials“ bietet mangels empirischer und externer Evaluation große Interpretationsspielräume, was insbesondere bei dem Medizinischen Dienst auf Kritik stoßen dürfte. Eine Nachbesserung seitens der Fachgesellschaften und Praktiker ist daher dringend geboten. ■

**Ass. Jur. Prof. Dr. rer. pol. Erika Raab**  
Vorstandsvorsitzende der  
Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling  
Professur für Medical Controlling  
MSH Medical School Hamburg  
University of Applied Sciences  
and Medical University  
Hochschulzentrale Hamburg



Ass. Jur. Prof. Dr. rer. pol. Erika Raab