



AOP – Ambulantisierung oder Potenzial für strategische (Neu)Ausrichtung?

Analyse auf Basis (patientenindividueller) Kontextfaktoren sowie ökonomischer Gegenüberstellung zur Identifikation von Herausforderungen und Chancen

Von Nadine Giebler

Mit Hilfe der § 21-Datensätze des Krankenhauses und der eindeutig definierten AOP-Maßnahmen sowie Kontextfaktoren lässt sich das Ambulantisierungs-Potenzial pro Krankenhaus und Fachabteilung messen sowie darstellen. Es geht folglich mit den Möglichkeiten zur Steuerung sowie Ableitung von Herausforderungen und Chancen einher. „Wenn man es nicht messen kann, kann man es nicht steuern“ (aus dem Englischen von Peter F. Drucker).

Neben der Betrachtung der bisher wichtigen Kennzahlen wie bspw. Behandlungskosten, Case Mix Index oder Verweildauer, gilt es nun auch ein Augenmerk auf die Anzahl zukünftig ambulant zu erbringender Fälle zu legen. Auf Basis retrospektiver Datensätze lässt sich ermitteln, welche Fälle perspektivisch nicht ohne Weiteres vollstationär vergütet, sondern nach dem Willen des Gesetzgebers in der stati-

onersetzenden Leistungserbringung behandelt werden sollen.

Eine dreistufige AOP-Analyse (►Abb. 1) identifiziert das Potenzial an perspektivisch ambulant zu erbringenden Fällen, selektiert diese nach harten und weichen Kontextfaktoren und offenbart den ökonomischen Impact auf das Krankenhaus bzw. die Fachabteilungen, so dass sich strategische Konsequenzen ableiten lassen.

Stufe 1: Identifikation der AOP Fälle

Im ersten Schritt werden alle Patientenfälle auf diejenigen Leistungen überprüft, die im AOP-Katalog definiert sind. Inkludiert sind hier ambulant durchführbare Operationen, sonstige stationersetzende Eingriffe und Behandlungen, die auf Grundlage der OPS-Klassifikation eindeutig identifizierbar sind.

Die Ambulantisierung der Krankenhäuser ist zwangsläufig im vollen Gange und wird regierungsseitig vorangetrieben. Mit Inkrafttreten des AOP-Kataloges zum 1. Januar 2023 erhielten erstmals sogenannte Kontextfaktoren (basierend auf dem Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V des IGES-Instituts) verpflichtend Einzug in die Krankenhausabrechnungen. Mit 3.089 als ambulant durchführbare Operationen oder sonstige stationersetzende Eingriffe, definierte Maßnahmen sowie mit mehr als 7.000 verbindlichen Kontextfaktoren sehen sich die Krankenhäuser konfrontiert. Es gilt den Überblick darüber zu erhalten, welche der bisher stationär erbrachten Fälle zukünftig nicht mehr den Weg auf die Station finden (müssen). Es stellt sich zudem die Frage, ob der Fokus „lediglich“ auf die Ambulantisierung gelegt wird oder damit Potenzial für eine strategische (Neu)Ausrichtung einzelner Fachabteilungen oder des gesamten Krankenhauses einhergeht.

Keywords: Krankenhausplanung, Ambulante Versorgung, Strategie

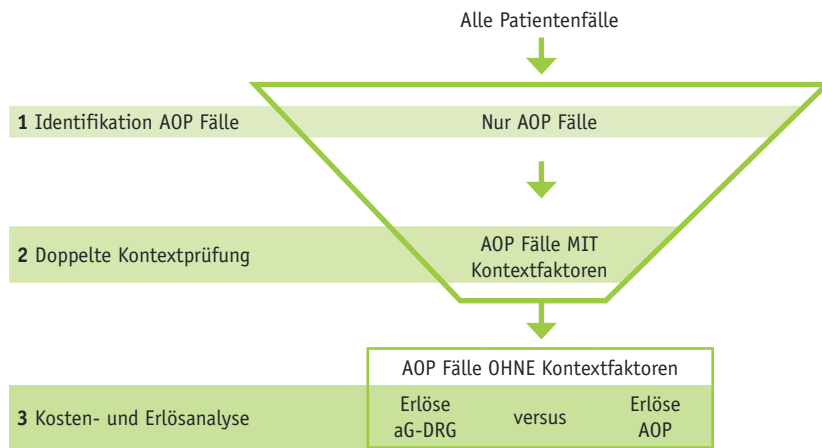


Abb. 1: Vereinfachte Darstellung einer dreistufigen AOP Analyse; Quelle: eigene Darstellung

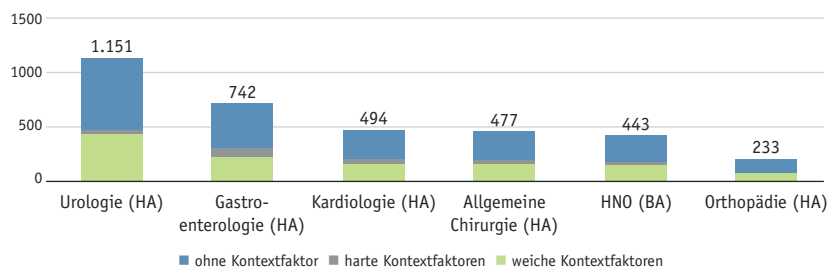


Abb. 2: Gegenüberstellung der AOP Fälle mit und ohne Kontextfaktoren; Quelle: reimbursement.INFO

Die Identifikation der AOP-Fälle kann global auf Krankenhausebene, aber auch reduziert auf Fachabteilungsebene durchgeführt werden. Es resultiert eine Auflistung aller Fälle, die formal eine AOP-Maßnahme erhalten haben. Diese gilt es im nächsten Schritt weiter zu differenzieren.

Stufe 2: Doppelte Kontextprüfung auf Basis definierter und patientenindividueller Kontextfaktoren

Alle mit einer AOP-Maßnahme gekennzeichneten Fälle werden einer doppelten Kontextprüfung unterzo-

Harte und weiche Kontextfaktoren

Mit Hilfe der „allgemeinen Tatbestände, bei deren Vorliegen die stationäre Durchführung von Leistungen erforderlich sein kann“, kurz Kontextfaktoren, werden alle AOP gekennzeichneten Fälle selektiert, die mindestens einen harten Kontextfaktor vorweisen. Die vom GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft abgestimmten Kontextfaktoren dienen der Begründung einer stationären Durchführung von Leistungen, die regelhaft ambulant erbracht werden können. Inhaltlich kategorisiert, beinhaltet der Katalog der Kontextfaktoren Diagnosen, die nicht ambulant be-

„Insbesondere bei AOP-Fällen ohne Vorliegen von definierten, aber mit Vorhandensein von patientenindividuellen Kontextfaktoren kann das Mitliefern entsprechender Begründungstexte für eine stationäre Durchführung den Diskurs mit den Krankenkassen erleichtern.“

gen, bei der zunächst auf das Vorliegen harter Faktoren und anschließend weicher Faktoren inspiziert wird. Da durch das Vorliegen mindestens eines Kontextfaktors gemäß § 8 Abs. 1 Satz 3 AOP-Vertrag 2023 eine stationäre Durchführung der Leistung begründet ist, sind diese AOP Fälle für die weitere Analyse auszuschließen.

handelt werden können, Behandlungsmaßnahmen, die eine stationäre Durchführung implizieren, Funktionseinschränkungen, Pflegegrade, Beatmungszeiten, Altersgrenzen sowie Übergangsregelungen für beidseitig durchführbare Operationen und ophthalmologische Begleiterkrankungen.

Darüber hinaus spielen auch weiterhin patientenindividuelle Faktoren eine maßgebliche Rolle für die Hospitalisierung, obgleich die Leistung als ambulant durchführbar gekennzeichnet ist und formal kein harter Kontextfaktor vorliegt. Diese weichen Faktoren beruhen auf medizinischen und/oder sozialen Gründen, die dazu führen können, dass eine häusliche Versorgung, nach der Behandlung im Krankenhaus, sowie der medizinische Behandlungserfolg nicht sichergestellt werden kann. Bei Vorliegen solcher Faktoren liegt die stationäre Aufnahme des Patienten in der Einschätzungsprärogative des Krankenhausarztes. Es gilt, diese Gründe fallindividuell zu erfassen und zu dokumentieren.

Neben harten Kontextfaktoren sind folglich auch weiterhin patientenindividuelle Faktoren zu berücksichtigen, da sie bei adäquatem Nachweis eine wichtige Argumentationsgrundlage für die Hospitalisierung bei der Abrechnung mit den Krankenkassen liefern.

Echtzeit-Analyse noch nicht abrechneter Fälle

Wenngleich die Potenzialanalyse auf globaler Ebene eher auf retrospektiven Datensätzen beruht, kann eine Echtzeit-Kontextprüfung der noch nicht abrechneten Patientenfälle wichtige Impulse für die Abrechnung liefern. Insbesondere bei AOP-Fällen ohne Vorliegen von definierten, aber mit Vorhandensein von patientenindividuellen Kontextfaktoren kann das Mitliefern entsprechender Begründungstexte für eine stationäre Durchführung den Diskurs mit den Krankenkassen erleichtern.

Nach erfolgter doppelter Kontextprüfung verbleiben nur jene AOP-Fälle, die keinerlei Kontextfaktoren aufweisen und somit als ambulante Leistungen abzurechnen wären (► Abb. 2). Diese können im dritten Schritt hinsichtlich der Kosten- und Erlössituation analysiert werden.

Stufe 3: Kosten- und Erlösanalyse – stationärer versus ambulanter Patientenfall

Für eine möglichst exakte ökonomische Betrachtung des Status Quo und valide Prognose der Ambulantisierung ist die Analyse der Kosten- und Erlössituation unabdingbar.

Um einen schnellen Überblick zu erhalten, hilft es, die zuvor generierten Erlöse der stationären Fälle mit den Erlösen der zukünftigen AOP-Fälle gegenüberzustellen. Dabei ist es wichtig, nicht nur die Vergütung

der mit der AOP-Leistung verknüpften Gebührenordnungsposition(en) (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zu verwenden. Vielmehr gilt es, alle relevanten Zuschläge, Zusätze, Konsultationen oder weiteren Abrechnungspositionen für den gesamten AOP-Erlös zu berücksichtigen. Nach erfolgter Gegenüberstellung wird sogleich ersichtlich, mit welchem Erlösvolumen das Krankenhaus, die Fachabteilung oder der Patientenfall zukünftig kalkulieren bzw. einhergehen kann.

Was kostet ein AOP-Fall im stationären Setting?

Zwar ergibt die Summe aller mit einer AOP-Leistung verknüpften GOP einen guten Überblick über den AOP-Erlös, jedoch stellt sich die Frage, welche Kosten für die Erbringung der Leistungen einhergehen. Insbesondere bei Fällen des ambulanten Operierens, bei denen maßgeblich das stationäre Setting im Sinne des OP-Bereichs und der Anästhesie genutzt wird, sind die Kosten nicht unerheblich und können den AOP Erlös übersteigen. Es ist hilfreich, die kalkulatorischen Durchschnittskosten zu ermitteln und dem AOP Erlös gegenüberzustellen, damit mögliche Verluste schnell erfasst und Handlungsempfehlungen abgeleitet werden können.

Was für eine Tendenz ausreichend sein mag, genügt für eine valide Prognose jedoch nicht. Da bei ambulanter Leistungserbringung neben dem Erlös über aG-DRG auch wesentliche Kosten für die stationäre Leistungserbringung entfallen und auch die stationsersetzende Leistungserbringung mit Kosten einhergeht, sind diese in der Kalkulation miteinzubeziehen. Ziel dieser Analyse sollte sein, ein zumindest näherungsweise, verlässliches Delta zu ermitteln, um zu evaluieren, wie signifikant oder gar weniger signifikant die ökonomischen Konsequenzen der Ambulantisierung des Krankenhauses respektive der Fachabteilung(en) ausfallen.

Bis auf Fallebene heruntergebrochen, lassen sich so Potenziale der Prozessoptimierung, Behandlungsweisen, Personaleinsatzplanung, Abteilungserweiterungen, Alleinstellungsmerkmale (im Vergleich zu anderen Krankenhäusern in der Umgebung) oder weitere identifizieren. Auch über die ökonomische Notwendigkeit des Weiterbetriebs von Abteilungen ließe sich auf dieser Grundlage diskutieren.

Fazit

Eine AOP-Analyse, in Verbindung mit einer Fallanalyse sowie dem Hinzuziehen des AOP und des EBM-Kataloges, ermöglicht eine sekundenschnelle Evaluation der wichtigsten Kennzahlen sowie Ausreißer und identifiziert mögliche Stellschrauben.

Die im Medizincontrolling tätigen Praktiker benötigen entsprechende Reportings, mit denen zeitnah ein Controlling der Ambulantisierung im Krankenhaus möglich ist. Nicht zuletzt mit Blick auf die geplante Klinikreform werden Tools erforderlich sein, um beispielsweise in den potenziellen „Level-I“-Krankenhäusern eine Unternehmenssteuerung zu ermöglichen.

Webbasierte Onlineplattformen können wichtige Analysetools zur Verfügung stellen, um alle relevanten Informationen zu Leistungsdaten, Patientenmerkmalen, Strukturdaten, ökonomischen Kennzahlen sowie Klassifikationen und Kataloge einzusehen und zu analysieren.

Darüber hinaus kann der Upload von § 21-Datensätzen krankenhausspezifische Betrachtungen auf Haus-, Fachabteilungs- und Fallebene ermöglichen, um gezielt auf die Entwicklungen im Kliniksektor eingehen zu können.

Ambulantisierung Offenbart Potenzial- zumindest aber liefert eine AOP Analyse wichtige Impulse, um Herausforderungen zu erkennen und Chancen bestmöglich für das Krankenhaus zu nutzen. ■



Nadine Giebeler

Sr. Reimbursement Manager, M.A.
Reimbursement Institute, Hürth
ng@reimbursement.institute

AUF EINEN BLICK

BESTENS INFORMIERT



Verpassen Sie keine wichtigen Neuigkeiten mehr!

Der KU Gesundheitsmanagement Newsletter versorgt Sie mit News aus den folgenden Bereichen:

- Aktuelle Meldungen aus der Branche
- Krankenhausnachrichten
- Personalia
- Aktuelle Termine



Jetzt zum Newsletter anmelden unter ku-gesundheitsmanagement.de/newsletter