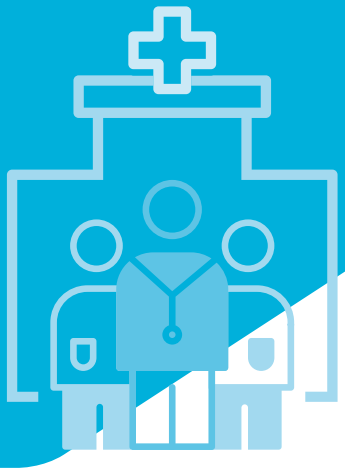
bifg. BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 43

BARMER Krankenhausreport 2023

Ambulante Leistungserbringung im deutschen Krankenhaussektor



Boris Augurzky, Robin Kottmann, Rebecca Leber, Anne Mensen, Christiane Wuckel

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 43

BARMER Krankenhausreport 2023

Ambulante Leistungserbringung im deutschen Krankenhaussektor

Boris Augurzky, Robin Kottmann, Rebecca Leber,
Anne Mensen, Christiane Wuckel

Impressum

Herausgeber:
BARMER
Postfach 11 07 04
10837 Berlin

Autorinnen und Autoren:
Prof. Dr. Boris Augurzky, Robin Kottmann,
Rebecca Leber, Dr. Christiane Wuckel
RWI – Leibniz-Institut für
Wirtschaftsforschung

Dr. Anne Mensen
Institute for Health Care Business

Fachliche Unterstützung der Autorinnen und Autoren:
Felix Stappert, Leo Storchmann
RWI – Leibniz-Institut für
Wirtschaftsforschung

Datenaufbereitung „Akutstationäres Versorgungsgeschehen":
Christoph Sievers, bifg

Konzeption, Redaktion und fachliche Prüfung:
Nicole Höckendorf, Nora Hoffmann,
Nadine Markschat, Ursula Marschall,
Nicole Osterkamp, Martin Rößler,
Timo Töpfer, Christina Wittkop
BARMER Berlin und Wuppertal

Design und Realisation:
zweiband.media GmbH, Berlin

Druck und Bindung:
ARNOLD group – Großbeeren
Printed in Germany

ISBN Print: 978-3-946199-89-2
ISBN PDF: 978-3-946199-90-8

Die Datenanalysen bis einschließlich 2016 beziehen sich auf den Datenbestand der vormaligen BARMER GEK. Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmung und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Die in diesem Buch verwendeten und nicht besonders kenntlich gemachten durch Dritte geschützten Marken- und Warenzeichen unterliegen den Bestimmungen des jeweils gültigen Kennzeichenrechts und den Besitzrechten der jeweiligen eingetragenen Eigentümer. Änderungen und Irrtümer vorbehalten.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort ... 6

Zusammenfassung ... 8

Einleitung ... 18

1 Akutstationäres Versorgungsgeschehen ... 22
1.1 Daten und Kenngrößen ... 22
1.2 Trends in der stationären Versorgung ... 25
1.3 Stationäre Versorgung nach Bundesländern ... 28
1.4 Stationäre Versorgung nach Alter und Geschlecht ... 30
1.5 Stationäre Versorgung nach Diagnosen ... 32
1.6 Stationäre Versorgung nach Operationen und Prozeduren ... 34

2 Ambulante Leistungserbringung im deutschen Krankenhaussektor ... 40
2.1 Definition und Vorteile der Ambulantisierung ... 40
2.2 Status quo der Ambulantisierung in Deutschland ... 42
2.3 Literaturübersicht ... 46
2.3.1 Förderung der Ambulantisierung durch finanzielle Anreize ... 47
2.3.2 Gutachten zur Erweiterung des AOP-Katalogs ... 50
2.4 Internationaler Vergleich ... 53
2.5 Medizinische Grundlagen ... 59
2.6 Empirische Analysen ... 62
2.6.1 Beschreibung der Stichprobe und der Kontextfaktoren ... 62
2.6.2 Deskriptive Analysen ... 65
2.6.3 Annahmen und Vorgehensweise in den Regressionsanalysen ... 85
2.6.4 Ergebnisse der Regressionsanalyse ... 88
2.6.5 Ergebnisse der Trendfortschreibungen ... 95
2.7 Sonderanalyse: Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie ... 100

3 Fazit und Ausblick 116

Anhang 122

Verzeichnisse 128

Abkürzungsverzeichnis 128

Abbildungsverzeichnis 130

Tabellenverzeichnis 133

Literaturverzeichnis 135

Autorenverzeichnis 142

Vorwort

Viele medizinische Eingriffe können ambulant durchgeführt werden, ohne dass ihre Qualität beeinträchtigt wird. Nach wie vor werden in solchen Fällen viele Patientinnen und Patienten jedoch stationär behandelt, ohne dass dies medizinisch notwendig wäre. Der diesjährige Krankenhausreport der BARMER untersucht exemplarisch für vier Indikationen, ob die Patientinnen und Patienten öfter ambulant behandelt werden. Analysiert werden die Operation der Leistenhernie, die arthroskopische Operation des Kniegelenks, die diagnostische Koronarangiographie, also die Röntgenuntersuchung der Herzkranzgefäße, sowie die Resektion und Rekonstruktion des Nasenseptums, sprich, der Nasenscheidewand.

In keinem anderen OECD-Land werden so viele vollstationäre Fälle erbracht wie in Deutschland. Dabei wäre es aus vielerlei Gründen ratsam, mehr Operationen ambulant durchzuführen. Sie reichen vom Fachkräftemangel in Kliniken bis hin zum Risiko, im Krankenhaus an multiresistenten Keimen zu erkranken. Und dennoch stagnierte zwischen den Jahren 2012 und 2019 die Anzahl der ambulanten Operationen bei etwa 1,7 Millionen Fällen pro Jahr. Es hat hier kein grundsätzlicher Wandel hin zu einer Ambulantisierung stattgefunden, der eigentlich dringend nötig wäre. Länder wie Dänemark, Großbritannien, Frankreich oder Norwegen machen jedoch vor, dass es auch anders geht. Umfassende Reformen haben dort gezielte Anreize für den Ausbau ambulanter Strukturen gesetzt. Das hat nachweislich zu einer Verlagerung von Fällen in den ambulanten Sektor beigetragen.

Bei den vier im Report untersuchten Leistungen zeigt sich ein sehr heterogenes Bild. Etwa ein Drittel der Patientinnen und Patienten mit einem Leistenbruch werden ambulant behandelt. Diese Zahl ist auch während der Corona-Pandemie konstant geblieben, die stationären Eingriffe sind jedoch gesunken. Bei der arthroskopischen Operation des Kniegelenks werden bereits jetzt knapp 90 Prozent der Eingriffe ambulant durchgeführt. Bei der Koronarangiographie und der Resektion und Rekonstruktion des Nasenseptums

erfolgen 20 beziehungsweise 50 Prozent der Operationen ambulant. Zudem gibt es bei allen Indikationen deutliche regionale Unterschiede, die sich medizinisch nicht erklären lassen. Darüber hinaus zeigt sich, dass die Wahrscheinlichkeit, ambulant behandelt zu werden, im Jahr 2021 moderat größer ist als im Jahr 2019. Dies ist hauptsächlich durch den Rückgang der stationären Fallzahlen während der Pandemie begründbar.

Für einen nachhaltigen Wandel hierzulande braucht es strukturelle Veränderungen und deutlich mehr Anreize für das ambulante Operieren als bisher. Dies kann nicht dem Zufall überlassen werden. Die anstehenden Gesetzesinitiativen wie beispielsweise die Krankenhausreform müssen genutzt werden, um die Ambulantisierung der Versorgung voranzutreiben. Dieser Aspekt kommt bislang jedoch zu kurz. Bisher wird die stationäre Behandlung deutlich besser vergütet, was einen Fehlanreiz in der Versorgung darstellt. Erforderlich ist hier eine sektorengleiche Vergütung für bestimmte Leistungen, also unabhängig davon, ob sie ambulant oder stationär erbracht werden. Darüber hinaus müssen auch die strukturellen Voraussetzungen für mehr ambulante Operationen geschaffen werden. Die geplanten Level-1i-Kliniken könnten eine Schlüsselrolle auf dem Weg zu einer Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg spielen. Schließlich sollen hier stationäre Leistungen der Grundversorgung sowie ambulante haus- und fachärztliche Leistungen angeboten werden.

Mein Dank gilt auch in diesem Jahr in besonderer Weise dem Autorenteam des Reports, den Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern des RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung um Prof. Boris Augurzky. Den Leserinnen und Lesern unseres Krankenhausreports 2023 wünsche ich eine anregende und nutzbringende Lektüre.

Prof. Dr. med. Christoph Straub
Vorstandsvorsitzender der BARMER
Berlin, im Oktober 2023

Zusammenfassung

Bei dem vorliegenden BARMER Krankenhausreport handelt es sich um den 19. Report dieser Reihe. Die BARMER legt damit in jährlichem Abstand Analysen zur akutstationären Versorgung vor. Wichtigstes Ziel des Reports ist die Schaffung von Transparenz zur Leistungsentwicklung in der stationären Gesundheitsversorgung. Neben den wiederkehrenden Standardauswertungen widmet sich der Report einem jährlich wechselnden ausgewählten Schwerpunktthema. Damit bietet er Entscheidungsträgern auf verschiedenen Ebenen des Gesundheitswesens – unter anderem Krankenhäusern, Krankenversicherungen und der Politik – empirisch abgesicherte Erkenntnisse über die stationäre Versorgung in Deutschland sowie über das ausgewählte Schwerpunktthema.

In diesem Jahr widmet sich der Report in seinem Schwerpunktteil der ambulanten Leistungserbringung im deutschen Krankenhaussektor. Die Anzahl ambulanter Operationen stagnierte zwischen 2012 und 2019 bei etwa 1,7 Millionen Fällen pro Jahr. Während der Pandemie ist die Anzahl zunächst auf etwa 1,5 Millionen Fälle im Jahr 2020 gesunken. Im Jahr 2021 erreichten sie mit knapp 1,6 Millionen Fällen fast wieder das Niveau von vor der Pandemie. Vor dem Hintergrund des immensen Fachkräftemangels gewinnt der effiziente Einsatz des medizinischen Personals zunehmend an Bedeutung. Beim ambulanten Operieren kann das Fachpersonal, welches bei einem stationären Aufenthalt zum Beispiel für die nächtliche Überwachung bereitstehen muss, anderweitig eingesetzt werden. Viele Eingriffe können ambulant durchgeführt werden, ohne dass die medizinische Qualität beeinträchtigt wird. Dennoch werden weiterhin viele Patientinnen und Patienten stationär behandelt, ohne dass dies auf eine medizinische Notwendigkeit zurückzuführen ist.

Seit Beginn der Coronapandemie sind die stationären Fallzahlen stark gesunken und scheinen nicht auf das alte Niveau vor der Pandemie zurückzukehren. Für diesen Rückgang gibt es verschiedene Erklärungen. Entweder sie wurden verschoben, abgesagt, nicht mehr nachgefragt oder die Patientinnen und Patienten wurden stattdessen ambulant behandelt. Der diesjährige Report untersucht exemplarisch für vier Indikationen, inwiefern die Wahrscheinlichkeit für eine ambulante Behandlung angestiegen ist. Analysiert werden die operative Versorgung der Leistenhernie, die arthroskopische Operation des Kniegelenks, die diagnostische Koronarangiographie sowie die Resektion und Rekonst-

ruktion des Nasenseptums. Diese Eingriffe lassen sich in der Regel erfolgreich ambulant durchführen.

Im Anschluss wird in einer gesonderten Analyse die interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie beleuchtet, welche ein Behandlungsansatz für Patientinnen und Patienten mit chronifizierenden oder chronischen Schmerzzuständen ist. Dabei werden bundeslandspezifische Unterschiede im Therapieangebot sowie der Vergütung hervorgehoben.

Die Datengrundlage für den Report bilden die anonymisierten Routinedaten von rund neun Millionen Versicherten der BARMER. Bezogen auf die deutsche Bevölkerung entspricht dies rund elf Prozent. Die Daten umfassen den Zeitraum von 2010 bis 2022. Diese umfangreiche Datenbasis erlaubt sowohl detaillierte Analysen zum stationären und ambulanten Versorgungsgeschehen als auch zu den damit verbundenen GKV-Ausgaben. Dabei erfolgt stets eine Hochrechnung von der zugrunde liegenden BARMER-Population auf die Gesamtbevölkerung Deutschlands.

Zusammenfassung der Ergebnisse zur akutstationären Versorgung

Krankenhausfälle im Jahr 2022 weiterhin auf geringem Niveau, die Ausgaben stiegen weiter an

In den Pandemiejahren 2020 und 2021 ist die Zahl der Krankenhausfälle stark zurückgegangen. Auch im Jahr 2022 stagnierte sie auf geringem Niveau: 199,0 Krankenhausfälle je 1.000 Versicherte und damit 12,6 Prozent weniger als vor der Pandemie im Jahr 2019. Die Ausgaben je Versicherten nahmen auch im Jahr 2022 weiter zu. Gegenüber dem Vorjahr stiegen sie von 1.062 Euro auf 1.105 Euro an. Ein Großteil der Kosten entfällt auf somatische Erkrankungen, welche seit 2010 kontinuierlich ansteigen. Nach einem minimalen Rückgang der Ausgaben für psychische Erkrankungen im Jahr 2020 stiegen auch hier die Kosten in den Jahren 2021 und 2022 wieder an.

Rückgang der Verweildauer seit 2010 im Bereich Somatik, Anstieg der Verweildauer bei psychischen Erkrankungen

Die durchschnittliche Verweildauer für stationäre Fälle stagniert seit 2013 bei rund sieben Tagen. Bei den somatischen Fällen ist die durchschnittliche Verweildauer von 6,7 Tagen im Jahr 2010 auf 5,9 Tage im Jahr 2022 gesunken. Dagegen stieg die Verweildauer bei den psychischen Erkrankungen von 2010 bis 2022 von 26,4 auf 30,3 Tage an.

Große Unterschiede zwischen den Bundesländern bei den betrachteten Kennzahlen

Im Jahr 2022 hatten Thüringen und das Saarland mit 232,4 beziehungsweise 227,5 Fällen je 1.000 Versicherte die höchsten Fallzahlen. Die niedrigsten Werte verzeichnete Bremen mit 162,5 Fällen. Auch die Höhe der Ausgaben je Versicherten variierte stark zwischen den einzelnen Bundesländern. Am höchsten waren die Ausgaben in Thüringen mit 1.262 Euro. In Baden-Württemberg, dem Bundesland mit den geringsten Ausgaben, lagen sie bei 938 Euro. Analog gab es Unterschiede in der Verweildauer. Bremen hat mit durchschnittlich 8,2 Tagen die längste Verweildauer, während sie in Mecklenburg-Vorpommern mit 6,6 Tagen am geringsten ist.

Männer mittleren Alters und junge Frauen werden besonders häufig wegen psychischer Erkrankungen stationär behandelt

In den Altersgruppen von 15 bis 44 Jahren weisen Frauen eine höhere Zahl an somatischen Krankenhausfällen auf als Männer. Ab einem Alter von 50 Jahren liegt die Zahl der Krankenhausfälle dagegen bei Männern höher. Bei den psychischen Erkrankungen sind Frauen im Alter von 0 bis 24 Jahren häufiger betroffen als Männer. In den Altersgruppen der 25- bis 64-Jährigen kehrt sich dieses Verhältnis um. Bei den Älteren ist das Verhältnis der psychischen Erkrankungen zwischen Männern und Frauen ähnlich.

Zusammenfassung der Ergebnisse des Schwerpunktteils

Der effiziente Einsatz des medizinischen Personals gewinnt aufgrund des demografischen Wandels und des daraus resultierenden Fachkräftemangels zunehmend an Bedeutung. Mithilfe der Ambulantisierung kann das knappe Personal entlastet und effizienter eingesetzt werden, ohne die Qualität der Versorgung zu beeinträchtigen. Zudem

ermöglicht die Ambulantisierung eine möglichst wohnortnahe Behandlung, bei der bedarfsgerecht entschieden werden kann, ob sie ambulant oder stationär durchgeführt wird. Ambulante Behandlungen senken darüber hinaus das Risiko einer Krankenhausinfektion und sind in der Regel kostengünstiger als eine vollstationäre Behandlung. Die Anzahl ambulanter Operationen stagnierte jedoch zwischen 2012 und 2019 bei etwa 1,7 Millionen Fällen pro Jahr. Während der Pandemie ist die Anzahl zunächst auf etwa 1,5 Millionen Fälle im Jahr 2020 gesunken. Im Jahr 2021 erreichte sie mit knapp 1,6 Millionen Fällen fast wieder das Niveau von vor der Pandemie. Die Ausgaben für ambulante Operationen stagnieren seit 2009 bei etwa 600 bis 650 Millionen Euro. Ein Grund für diese Stagnation können fehlende finanzielle Anreize für ambulante Eingriffe im deutschen Gesundheitssystem sein.

Die Anzahl ambulanter Operationen stagniert in Deutschland seit 2012 bei etwa 1,7 Millionen Fällen.

Der internationale Vergleich zeigt, dass in keinem anderen OECD-Land so viele vollstationäre Fälle je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner erbracht werden wie in Deutschland. Andere Länder wie Dänemark, Großbritannien, Frankreich oder Norwegen können dabei als Vorbild für den Ambulantisierungsprozess dienen. Diese Länder haben in den vergangenen Jahrzehnten umfassende Reformen auf den Weg gebracht, darunter Anreize für den Ausbau ambulanter Strukturen gesetzt und nachweislich zu einer Verlagerung von Fällen in den ambulanten Sektor beigetragen.

Im Zusammenhang mit der Coronapandemie wurden viele stationäre Eingriffe verschoben oder Patientinnen und Patienten haben sich bewusst gegen eine Behandlung im Krankenhaus entschieden. Im Schwerpunktteil wird exemplarisch für vier Indikationen untersucht, ob die Wahrscheinlichkeit einer ambulanten Behandlung im Zuge der Pandemie angestiegen ist. Die vier ausgewählten Indikationen lassen sich grundsätzlich ambulant durchführen, wenn es keine medizinische Notwendigkeit für einen stationären Aufenthalt gibt, wie beispielsweise viele Vorerkrankungen oder ein hoher Pflegebedarf der Patientinnen und Patienten. Die im Rahmen dieses Reports analysierten Eingriffe umfassen die operative Versorgung der Leistenhernie (Leistenbruch), die arthroskopische Operation am Kniegelenk, die diagnostische Koronarangiographie sowie die Resektion und Rekonstruktion des Nasenseptums.

Zunächst werden die stationären und ambulanten Fallzahlen für alle vier Indikationen im Zeitverlauf von 2016 bis 2021 dargestellt. Dabei wird zwischen ambulanten Fällen im Krankenhaus und ambulanten Fällen im niedergelassenen Bereich unterschieden. Bei den stationären Fällen wird geprüft, welche dieser Fälle grundsätzlich ambulant behandelt werden könnten. Dies geschieht auf Basis der Logik des aktuell geltenden AOP-Katalogs. Ein Fall gilt als ambulantisierbar, wenn kein Kontextfaktor vorliegt, der eine stationäre Behandlung begründet (beispielsweise eine Beatmung). Außerdem werden die Patientencharakteristika und der Anteil der ambulanten Behandlungen auf Bundeslandebene vor und nach der Coronapandemie (2019 vs. 2021) sowie zwischen den Sektoren verglichen.

Bei der offen-chirurgischen Versorgung der Leistenhernie ohne Netz sind die stationären Fallzahlen zwischen 2019 und 2021 um knapp elf Prozent gesunken, während die Zahl der ambulanten Behandlungen konstant geblieben ist. Die stationären Fallzahlen der operativen Behandlungen der Leistenhernie mit Netz sind seit der Coronapandemie ebenfalls um knapp 14 Prozent gesunken. Die Zahl der ambulanten Behandlungen im Krankenhaus ist hingegen um etwa fünf Prozent angestiegen, während die Zahl der ambulanten Behandlungen im niedergelassenen Bereich einen Rückgang um rund drei Prozent verzeichnet. Stationär behandelte Patientinnen und Patienten mit Leistenbruch sind etwas älter und haben mehr Vorerkrankungen als Patientinnen und Patienten, die ambulant behandelt wurden. Insgesamt ist der Anteil ambulanter Behandlungen der Leistenhernie in Deutschland von 28 Prozent im Jahr 2019 auf 31 Prozent im Jahr 2021 angestiegen. In den südlichen Bundesländern ist der Anteil etwas größer als in den restlichen Bundesländern.

Etwa ein Drittel der Patientinnen und Patienten mit Leistenbruch werden ambulant behandelt.

Die arthroskopische Operation des Kniegelenks wird bereits zu knapp 90 Prozent ambulant durchgeführt. Während der Coronapandemie sind die stationären Fallzahlen um etwa 9.500 Fälle und damit 26 Prozent gesunken. Im ambulanten (niedergelassenen) Bereich sank die Zahl um 4.300 Fälle und damit um knapp zwei Prozent. Die ambulanten Fälle im Krankenhaus sind um 3.100 Fälle und damit um rund neun Prozent gesunken. Stationär

behandelte Patientinnen und Patienten mit einer arthroskopischen Knieoperation haben mehr Vorerkrankungen und sind vermehrt weiblich. Das Alter ist hingegen mit etwa 54 Jahren nahezu identisch in beiden Sektoren. Der Anteil ambulanter Operationen lag im Jahr 2019 lediglich in Baden-Württemberg und Hessen über 90 Prozent. Nach der Coronapandemie im Jahr 2021 ist er in vier weiteren Bundesländern auf über 90 Prozent angestiegen.

Der Anteil ambulanter arthroskopischer Knieoperationen liegt bei etwa 90 Prozent.

Bei der diagnostischen Koronarangiographie werden etwa 19 Prozent der Patientinnen und Patienten ambulant behandelt. Die stationären Fallzahlen verzeichnen von 2019 bis 2021 einen Rückgang von etwa 13.000 Fällen, was etwa fünf Prozent entspricht. Gleichzeitig sind die ambulanten Fälle im Krankenhaus um rund 2.000 Fälle beziehungsweise acht Prozent angestiegen. Im Gegensatz zu den stationären Patientinnen und Patienten sind die ambulant behandelten Patientinnen und Patienten etwas jünger und haben etwas weniger Vorerkrankungen. Zwischen den Bundesländern variiert die Anzahl der ambulanten Behandlungen recht stark. Während in Baden-Württemberg und Hessen bereits 40 bis 50 Prozent der diagnostischen Koronarangiographien ambulant durchgeführt werden, liegt der Anteil in den neuen Bundesländern wie Brandenburg oder Sachsen bei nur zehn bis 20 Prozent.

Die diagnostische Koronarangiographie wird zu knapp 20 Prozent ambulant durchgeführt.

Die stationären Fallzahlen sind bei der Resektion und Rekonstruktion des Nasenseptums zwischen 2019 und 2021 um knapp 22.000 Fälle beziehungsweise 25 Prozent gesunken. Die Zahl der ambulanten Behandlungen hat sich währenddessen kaum verändert. Insgesamt werden im Jahr 2021 etwa 51 Prozent der Fälle ambulant behandelt. Die Patientencharakteristika unterscheiden sich kaum zwischen den Sektoren. Die stationär behandelten Patientinnen und Patienten sind marginal älter und haben etwas mehr Vorerkrankungen. Auf Bundeslandebene variiert der Anteil der ambulanten Behandlungen recht stark. Im Jahr 2021 war der Anteil in Hessen mit 38 Prozent am größten.

Bei der Resektion und Rekonstruktion des Nasenseptums werden etwa die Hälfte der Patientinnen und Patienten ambulant behandelt.

Auf die deskriptive Darstellung der Indikationen folgt eine Regressionsanalyse, welche den Effekt der Coronapandemie auf die Wahrscheinlichkeit einer ambulanten Behandlung analysiert. Dabei wird untersucht, ob Patientinnen und Patienten mit vergleichbaren Patientencharakteristika im Jahr 2021 mit einer größeren Wahrscheinlichkeit ambulant behandelt wurden als im Jahr 2019. Es werden lediglich die Patientinnen und Patienten in die Analysestichprobe einbezogen, die laut AOP-Katalog theoretisch ambulant behandelt werden könnten, bei denen also kein Kontextfaktor für eine stationäre Behandlung vorliegt. Die Analysestichprobe besteht außerdem nur aus den Patientinnen und Patienten, die in den Jahren 2019 und 2021 behandelt wurden.

Die Regressionsergebnisse zeigen für alle vier Eingriffe einen Anstieg der Wahrscheinlichkeit, ambulant behandelt zu werden. Für die operative Versorgung der Leistenhernie, die arthroskopische Operation am Kniegelenk sowie die diagnostische Koronarangiographie steigt die Wahrscheinlichkeit um knapp drei Prozentpunkte an. Bei der Resektion und Rekonstruktion des Nasenseptums ist der Effekt mit knapp sieben Prozentpunkten am größten. Die höhere Wahrscheinlichkeit einer ambulanten Behandlung im Jahr 2021 ist jedoch zu einem großen Teil durch den Rückgang der stationären Fallzahlen getrieben. Zur Verdeutlichung wurden die realen Fallzahlen des Jahres 2021 mit einer prognostizierten Fallzahl für das Jahr 2021 verglichen. Die prognostizierte Fallzahl 2021 wurde anhand einer logarithmierten Trendfortschreibung der Jahre 2016 bis 2020 berechnet. Dabei zeigt sich, dass die stationären Fallzahlen für alle vier Eingriffe im Jahr 2021 um knapp 101.400 Fälle geringer sind als laut Trendfortschreibung prognostiziert. Die ambulanten Fallzahlen hingegen sind um knapp 31.000 Fälle größer als laut Trendfortschreibung prognostiziert. Die Verschiebung von Fällen in den ambulanten Sektor ist also deutlich geringer ausgefallen als der Rückgang der stationären Fälle seit der Coronapandemie.

Es gibt verschiedene Erklärungen für die sinkenden stationären Fallzahlen seit der Coronapandemie. Neben der Verlagerung in den ambulanten Bereich ist es auch möglich, dass Patientinnen und Patienten sich zum Beispiel aufgrund der Ansteckungsgefahr gegen eine Behandlung im Krankenhaus entschieden haben. Ebenso ist es möglich, dass Klini-

ken diese Operationen nicht durchgeführt haben, um Kapazitäten für die Notfallbehandlung freizuhalten. Innerhalb der Analyse sind Patientinnen und Patienten, die nicht behandelt wurden, nicht beobachtbar. Dennoch können sie das Ergebnis beeinflussen, weil sie zu einer Reduktion der Gesamtfallzahl der Behandlungen beitragen.

Die Wahrscheinlichkeit, ambulant behandelt zu werden, ist im Jahr 2021 höher als im Jahr 2019. Dieser Anstieg ist vor allem durch einen Rückgang der stationären Fallzahlen begründet.

Anschließend wird in einer gesonderten Analyse des Reports die interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (IMST) untersucht, welche einen Behandlungsansatz für Patientinnen und Patienten mit chronifizierenden oder chronischen Schmerzzuständen darstellt. Die interdisziplinäre Ausrichtung der IMST verknüpft somatische und psychotherapeutische Therapieverfahren. Bisher wird die Behandlung fast ausschließlich vollstationär angeboten, wenngleich die Literatur belegt, dass eine teilstationäre Behandlung viele Vorteile gegenüber der stationären Behandlung mit sich bringt. So lassen sich die im Rahmen der teilstationären Behandlung erlernten Verhaltensmuster besser in den Alltag von Patientinnen und Patienten integrieren. Die teilstationäre Behandlung stellt ein niedrigschwelliges Angebot dar, das einer Chronifizierung der Schmerzen vorbeugen kann und bestenfalls einen vollstationären Aufenthalt verhindert.

Die interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie wird in vielen Bundesländern kaum teilstationär durchgeführt, wenngleich viele Vorteile gegenüber der vollstationären Behandlung bestehen.

Im Jahr 2019 wurden in Deutschland knapp 75.000 vollstationäre Fälle der IMST behandelt, was 90 Fällen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner entspricht. Am meisten Fälle gab es in Rheinland-Pfalz und dem Saarland sowie Sachsen-Anhalt und Brandenburg, am wenigsten in Mecklenburg-Vorpommern. Teilstationär wurden lediglich rund 20.000 Patientinnen und Patienten behandelt, was 24 Fällen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner entspricht. Die teilstationären Patientenzahlen variieren sehr stark innerhalb Deutschlands. Mit Abstand am meisten teilstationäre Angebote gibt es in Bayern. Über die Hälfte aller teilstationären Patientinnen und Patienten in Deutschland werden in Bayern betreut. Diese Unterschiede sind zum Teil auf die unterschiedliche Vergütung zurückzuführen. Die durchschnittlichen Entgeltkosten je Behandlungstag variieren zwi-

schen 500 Euro in Baden-Württemberg und 192 Euro in Hessen. Darüber hinaus ist eine exakte Darstellung der Fallzahlen der teilstationären Schmerztherapie nur näherungsweise möglich, da die Abrechnungsmethoden sehr heterogen sind. Um die Fallzahlen präzise darstellen zu können, ist eine Vereinheitlichung der Abrechnungsmethoden und Kodierrichtlinien notwendig. Eine weitere Begründung für das unterschiedliche Angebot an teilstationären Behandlungsmöglichkeiten liegt darin, dass die Gründung von Einrichtungen für teilstationäre Schmerztherapie zunächst in die Krankenhauspläne der jeweiligen Bundesländer aufgenommen werden muss.

Empfehlungen

Der vorliegende Report liefert zwei wichtige Erkenntnisse:

(1) Der Anteil der ambulanten Behandlungen am gesamten Versorgungsgeschehen ist seit der Coronapandemie zwar angestiegen; dies ist jedoch hauptsächlich auf den starken Rückgang der stationären Fallzahlen seit 2019 zurückzuführen. Die Zahl der ambulanten Fälle ist seit 2019 je nach Indikation gesunken oder nahezu konstant geblieben. Ein kleiner Teil der weggefallenen stationären Fälle scheint indessen ambulantisiert worden zu sein. Der größere Teil der Fälle wurde hingegen gar nicht mehr erbracht. Infolgedessen ist die Wahrscheinlichkeit, ambulant behandelt zu werden, im Jahr 2021 größer als im Jahr 2019.

(2) Die anstehende Krankenhausreform ist notwendig, um die Krankenhauskapazitäten an die nunmehr geringere Zahl stationärer Fälle anzupassen. Sie sollte dabei auch die Ambulantisierung in den Fokus nehmen.

Wir empfehlen daher:

Finanzielle Anreize für ambulante Behandlungen

Um die Ambulantisierung zielgerichtet zu fördern, sollten passende finanzielle Anreize geschaffen werden. Bisher ist die stationäre Behandlung deutlich höher vergütet als die ambulante Behandlung, so dass die Krankenhäuser keine finanziellen Anreize zur Ambulantisierung haben. In anderen Ländern wurde – zumindest kurzfristig – die Vergütung für

ambulant durchgeführte Fälle erhöht, um einen finanziellen Anreiz zur Ambulantisierung zu schaffen. Hierbei sollten potenziell ambulantisierbare Leistungen in den Fokus genommen werden, bei denen der Anteil stationärer Behandlungen gegenwärtig sehr hoch ist.

Ausbau ambulanter Strukturen

Neben den finanziellen Aspekten müssen die strukturellen Voraussetzungen für eine stärkere Ambulantisierung geschaffen werden. Um die Sektorengrenzen überwinden zu können, sollte der Ausbau von beispielsweise medizinischen Versorgungszentren, ambulanten OP-Zentren und regionalen Gesundheitszentren gefördert werden. Die aktuell diskutierten Level-1i-Kliniken können dabei eine Schlüsselrolle auf dem Weg zu einer integrierten Gesundheitsversorgung spielen, indem sie stationäre und ambulante Leistungserbringung an einem Ort bündeln. Somit soll nicht länger die Sektorengrenze, sondern vielmehr die Indikationsstellung und die individuellen Patientencharakteristika über die Art der Behandlung entscheiden.

Bildung und Weiterentwicklung sektorenübergreifender Leistungsbereiche

Die stete Weiterentwicklung des AOP-Katalogs ist eine wichtige Grundlage für eine voranschreitende Ambulantisierung und die Überwindung der Sektorengrenzen. Die geplante spezielle, sektorengleiche Vergütung gem. § 115 f. SGB V kann in der richtigen Ausgestaltung zukünftig konsequente Anreize setzen, den Anteil ambulanter Operationen zu erhöhen.

Ausbau teilstationärer Angebote für die interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie

Teilstationäre Angebote für die interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie sollten in ausreichendem Umfang für Patientinnen und Patienten in ganz Deutschland zugänglich sein. Um dies zu erreichen, sollten die heterogenen Vergütungsstrukturen zwischen den Bundesländern vereinheitlicht werden. Darüber hinaus sollte es einheitliche Kodierrichtlinien für die teilstationäre Schmerztherapie geben, um eine qualifizierte Bestandsaufnahme des Leistungsgeschehens gewährleisten zu können.

Einleitung

Der deutsche Krankenhausmarkt ist von enormer medizinischer und ökonomischer Bedeutung: Die Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beliefen sich 2022 auf knapp 274 Milliarden Euro – 4,3 Prozent mehr als im Vorjahr (GKV-Spitzenverband, 2023a). Mit knapp 87 Milliarden Euro entfielen etwa 32 Prozent der Gesamtausgaben auf Krankenhausbehandlungen, die den größten Leistungsbereich der GKV darstellen. Die Zunahme der Krankenhausausgaben lag mit 2,8 Prozent unter dem Wachstum der GKV-Gesamtausgaben (GKV-Spitzenverband, 2023a). Die Zahl der Krankenhäuser lag 2021 bei 1.887, ein Rückgang um 16 Krankenhäuser im Vergleich zum Vorjahr. Die Bettenkapazität sank 2021 auf unter 485.000. Im Jahr 2021 wurden knapp 16,7 Millionen Fälle in den Krankenhäusern behandelt. Dies ist ein Rückgang um 13,8 Prozent im Vergleich zu 2019, der auf die Coronapandemie zurückzuführen ist. Die Belegungstage sanken im Vergleich zu 2019 ebenfalls deutlich um 13,5 Prozent auf etwas über 120 Millionen. Die Verweildauer blieb mit durchschnittlich 7,2 Tagen konstant (Statistisches Bundesamt, 2022).

Aufgrund der enormen medizinischen und ökonomischen Relevanz des Krankenhausmarkts im deutschen Gesundheitswesen ist eine Bestandsaufnahme zum stationären Versorgungsgeschehen sowie zu Trends im Leistungsgeschehen wichtig. Dies erfolgt im ersten Kapitel „Akutstationäres Versorgungsgeschehen" dieses BARMER Krankenhausreports. Darin wird das akutstationäre Versorgungsgeschehen für den Zeitraum von 2010 bis 2022 anhand von relevanten Kennzahlen auf Grundlage der Abrechnungsdaten der BARMER dargestellt. Alle Kennzahlen werden auf die Gesamtbevölkerung in Deutschland hochgerechnet, um repräsentative Aussagen zu erhalten.

Darüber hinaus verfolgt der BARMER Krankenhausreport das Ziel, versorgungsepidemiologische und gesundheitsspezifische Themen mit dem Fokus auf die stationäre Versorgung aufzuarbeiten. Das diesjährige Schwerpunktthema ist „Ambulante Leistungserbringung im deutschen Krankenhaussektor". Kapitel 2.1 startet mit einer Einordnung der ambulanten Leistungserbringung und erläutert, welche Vorteile die Ambulantisierung bringen kann. Anschließend wird in Kapitel 2.2 der Status quo der Ambulantisierung in Deutschland beschrieben. In Kapitel 2.3 folgt eine Literaturübersicht und Kapitel 2.4 ordnet das bisherige Leistungsgeschehen in den internationalen Vergleich ein. Anschließend werden in Kapitel 2.5 die ausgewählten Eingriffe vorgestellt und die medizinischen Grundlagen geliefert. Die empirischen Ergebnisse werden schließlich in Kapitel 2.6 vorgestellt und diskutiert. Kapitel 2.7 umfasst die Sonderanalyse zur interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie und Kapitel 3 schließt mit dem Fazit ab.

Kapitel 1

Akutstationäres Versorgungsgeschehen

1 Akutstationäres Versorgungsgeschehen

In diesem Kapitel wird das Versorgungsgeschehen in deutschen Krankenhäusern für den Zeitraum von 2010 bis 2022 anhand von relevanten Kennzahlen auf Grundlage der Abrechnungsdaten der BARMER dargestellt. Die zugrunde liegende Datenaufbereitung für dieses Kapitel erfolgte am BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg), wie in Kapitel 1.1 beschrieben. Aufgrund von kleineren methodischen Unterschieden sind die einzelnen Werte dieses Reports nicht direkt mit denen vorheriger Auflagen des BARMER Krankenhausreports vergleichbar. Die Aussagen zu allgemeinen Entwicklungen der Kennzahlen bleiben jedoch erhalten.

Die umfangreichen Ergebnisse sind in Form von sechs interaktiven Grafiken auf der Internetseite des bifg zugänglich. Auf dieser Grundlage werden in den Kapiteln 1.2 bis 1.6 ausgewählte und besonders erwähnenswerte Entwicklungen in der deutschen Krankenhausversorgung dargestellt. Es folgt dabei stets ein Verweis auf die jeweils zugrunde liegende interaktive Webgrafik, um dem Leser eigenständige, weiter gehende Betrachtungen zu ermöglichen.

1.1 Daten und Kenngrößen

Die Datengrundlage für die interaktiven Grafiken zum akutstationären Versorgungsgeschehen auf der Internetseite des bifg bilden die anonymisierten Routinedaten von rund neun Millionen Versicherten der BARMER. Bezogen auf die deutsche Bevölkerung entspricht dies rund zehn Prozent. Eine detaillierte Verteilung der BARMER-Versicherten auf die unterschiedlichen Bundesländer bietet Abbildung 1.1. Die Daten umfassen den Zeitraum von 2010 bis 2022.

Um Aussagen für die deutsche Gesamtbevölkerung zu ermöglichen, werden die ausgewiesenen Werte auf die Bevölkerung Deutschlands im jeweiligen Jahr hochgerechnet. Dabei wird wie folgt vorgegangen: Als Erstes wird die Anzahl der BARMER-Versicherten nach Altersgruppe und Geschlecht in jedem Jahr am Stichtag zum 31. Dezember ermittelt. Danach werden die entsprechenden Daten der deutschen Bevölkerung herangezogen (Statistisches Bundesamt, 2023a). Darauf aufbauend wird ein Hochrechnungsfaktor für

alle BARMER-Versicherten je Altersgruppe und Geschlecht für jedes Jahr bestimmt. Dieser Hochrechnungsfaktor bestimmt sich als Quotient der Bevölkerung in Deutschland je Altersgruppe und Geschlecht im jeweiligen Jahr geteilt durch die Anzahl der BARMER-Versicherten je Altersgruppe und Geschlecht im jeweiligen Jahr. Werden Werte auf Bundeslandebene ausgewiesen, so wird neben dem Alter und dem Geschlecht noch das Bundesland im Hochrechnungsfaktor berücksichtigt.

Die Kennzahlen im Zeitverlauf werden nach Altersgruppe, Geschlecht und Bundesland sowie zusätzlich nach den Bereichen Somatik und psychische Erkrankungen unterteilt. Als „psychische Erkrankungen" werden Fälle mit einer Hauptdiagnose aus dem ICD-10-Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen" gezählt. Alle weiteren ICD-10-Kapitel fallen in den Bereich „Somatik". Für die Analysen werden ausschließlich vollstationäre Fälle herangezogen, die über eine gültige ICD-10-Hauptdiagnose verfügen. Teil- und vorstationäre Aufenthalte werden also nicht berücksichtigt. Fälle werden dabei jeweils mit Entlassungsdatum im Auswertungsjahr berücksichtigt. Die folgenden Kennzahlen zum akutstationären Versorgungsgeschehen werden im Report dargestellt:

- Krankenhausfälle, normiert auf je 1.000 Versicherte
- durchschnittliche Verweildauer in Tagen
- Ausgaben für die vollstationäre Behandlung, in Euro je Versicherten

Die interaktiven Grafiken auf der Website enthalten zusätzlich folgende Kennzahlen:

- Belegungstage, normiert auf je 1.000 Versicherte
- Ausgaben je Krankenhausfall, in Euro
- Ausgaben je Krankenhaustag, in Euro

Die Normierung auf 1.000 Versicherte erlaubt eine bessere Vergleichbarkeit der dargestellten Werte untereinander. Ferner ist zu beachten: Gibt es innerhalb einer bestimmten Gruppe – beispielsweise einer Altersgruppe – weniger als 100 Betroffene, so wird diese Gruppe nicht mehr in der interaktiven Grafik dargestellt. Die entsprechenden Werte könnten aufgrund der sehr geringen Fallzahl sonst zu fehlerhaften Rückschlüssen führen. Die Beobachtungen gehen jedoch weiterhin in die zugrunde liegenden Berechnungen der Grafiken mit ein. Darüber hinaus sind die Werte der dargestellten Ausgaben nicht inflationsbereinigt und beinhalten daher eine zugrunde liegende Preissteigerung.

Abbildung 1.1: Anteil der BARMER-Versicherten an der Bevölkerung nach Bundesländern im Jahr 2021 in Prozent

Quelle: BARMER-Daten 2022, Statistisches Bundesamt 2022

1.2 Trends in der stationären Versorgung

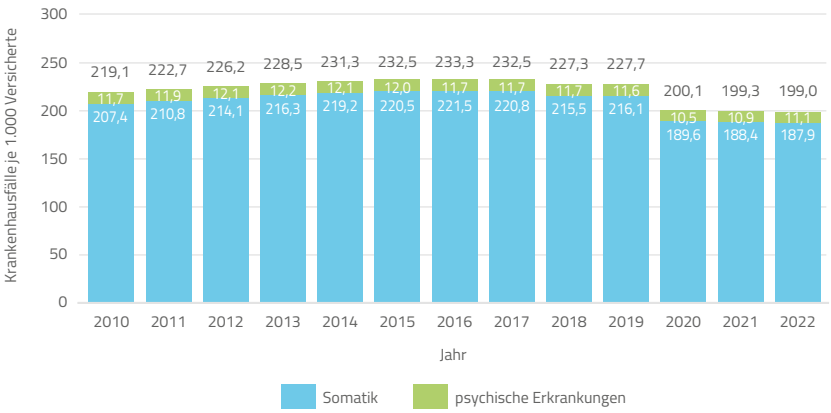
Die folgenden Abbildungen stellen ausgewählte Trends in der stationären Versorgung für die Jahre 2010 bis 2022 dar. Dies erfolgt anhand von unterschiedlichen Kennzahlen und jeweils differenziert nach somatischen und psychischen Erkrankungen. Die Abbildungen bauen auf der interaktiven Grafik „Kennzahlen zu Krankenhausfällen" auf, die eine Differenzierung nach Geschlecht, Altersgruppen und Bundesland ermöglicht.

www.bifg.de/Y925GH

Die Zahl der Krankenhausfälle je 1.000 Versicherte hat sich 2022 kaum verändert und verbleibt auf dem niedrigen Niveau des Vorjahrs.

Die Zahl der Krankenhausfälle je 1.000 Versicherte in Deutschland stieg zwischen den Jahren 2010 und 2015 und stagnierte zwischen 2015 und 2017 auf einem Niveau von etwa 233 Fällen (Abbildung 1.2). In den Jahren 2018 und 2019 ging die Zahl auf rund 227 Fälle zurück. Mit Pandemiebeginn im Jahr 2020 ist die Fallzahl stark eingebrochen und 2021 mit 199,3 Fällen auf diesem geringen Niveau verblieben. Trotz des Abflachens der Pandemie im Jahr 2022 haben sich die Fallzahlen kaum verändert und lagen bei 199,0 Fällen. Im Vergleich zum Jahr 2010 entspricht dies jedoch einem deutlichen Rückgang von neun Prozent.

Abbildung 1.2: Krankenhausfälle je 1.000 Versicherte 2010 bis 2022

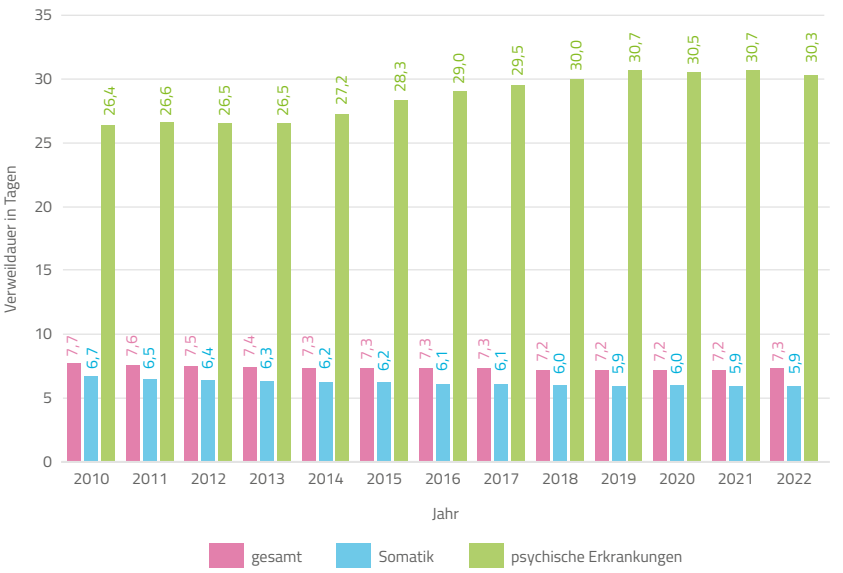


Quelle: BARMER-Daten 2010 bis 2022 (hochgerechnet/standardisiert)

Seit Pandemiebeginn hat sich die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus kaum verändert.

Abbildung 1.3 stellt die Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer seit 2010 dar. Die durchschnittliche Verweildauer über alle Krankenhausfälle hinweg ist von 7,7 Tagen im Jahr 2010 auf 7,2 Tage im Jahr 2018 gesunken. Seitdem hat sie sich, auch während der Pandemie, nur leicht verändert. Im Jahr 2022 erfolgte ein minimaler Anstieg auf 7,3 Tage (+0,1 Tage). Dies entspricht einer Veränderung von 1,4 Prozent. Auch für somatische Krankenhausfälle ist die durchschnittliche Verweildauer seit 2010 rückläufig. Ausgehend von 6,7 Tagen im Jahr 2010, ist diese bis 2019 auf 5,9 Tage gesunken. Dies entspricht einer Abnahme von 11,9 Prozent. In den Jahren seit Pandemiebeginn hat sich die Verweildauer in der Somatik gegenüber 2019 kaum verändert. Bei den psychischen Erkrankungen lässt sich eine gegenläufige Entwicklung feststellen. Die durchschnittliche Verweildauer ist von 26,4 Tagen im Jahr 2010 bis 2019 auf 30,7 Tage angestiegen. Dies entspricht einem Anstieg von 16,3 Prozent. Während der Pandemie hat sich die durchschnittliche Verweildauer für psychische Erkrankungen kaum verändert. Im Jahr 2022 lag sie bei 30,3 Tagen, also um 0,4 Tage geringer als 2019.

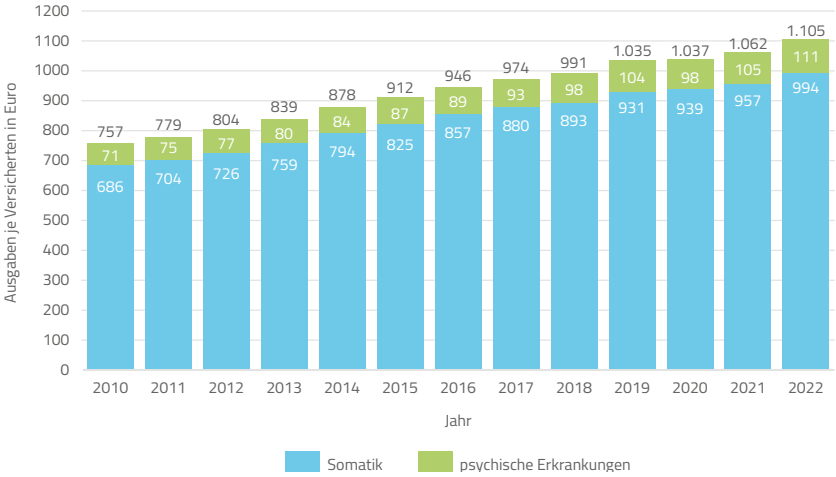
Abbildung 1.3: Verweildauer in Tagen 2010 bis 2022



Quelle: BARMER-Daten 2010 bis 2022 (hochgerechnet/standardisiert)

Mit Blick auf die Ausgaben lässt sich sowohl im Bereich der somatischen als auch der psychischen Krankenhausfälle seit dem Jahr 2010 ein konstanter Anstieg beobachten (Abbildung 1.4). Die Ausgaben für somatische Krankenhausfälle je Versicherten stiegen von 686 Euro im Jahr 2010 auf rund 994 Euro im Jahr 2022 an (Anstieg um 44,9 Prozent). Im gleichen Zeitraum stiegen die Ausgaben für psychische Krankenhausfälle von 71 Euro auf 111 Euro an (56,3 Prozent). Lediglich im Jahr 2020, dem ersten Jahr der Pandemie, gab es einen leichten Rückgang bei den Ausgaben für psychische Krankenhausfälle. Trotz der starken Fallzahleinbrüche in den Pandemiejahren 2020 bis 2022 (siehe Abbildung 1.2) sind die Ausgaben für somatische Krankenhausfälle in diesen Jahren weiter gestiegen.

Abbildung 1.4: Ausgaben in Euro je Versicherten 2010 bis 2022



Quelle: BARMER-Daten 2010 bis 2022 (hochgerechnet/standardisiert)

1.3 Stationäre Versorgung nach Bundesländern

höchste Fallzahlen je 1.000 Versicherte im Saarland und in Thüringen, geringste Fallzahlen in Bremen und Baden-Württemberg

www.bifg.de/Y925GH

Ein Vergleich der stationären Versorgung zwischen den Bundesländern macht deutlich: Die Entwicklungen in den Bundesländern entsprechen weitestgehend der Entwicklung für Gesamtdeutschland (vgl. interaktive Grafik „Kennzahlen zu Krankenhausfällen"). So lassen sich in allen Bundesländern nur geringfügige Abweichungen der Krankenhausfälle im Vergleich zum Vorjahr feststellen. Abbildung 1.5 zeigt die Anzahl der Krankenhausfälle je 1.000 Versicherte im Jahr 2022 nach Bundesländern. Insgesamt zeigt sich, dass die Anzahl der Krankenhausfälle je 1.000 Versicherte zwischen den Bundesländern deutlich variiert. Die geringsten Fallzahlen verzeichneten im Jahr 2022 weiterhin Bremen (162,5) und Baden-Württemberg (165,5). Bremen lag 18 Prozent unterhalb des Bundesdurchschnitts von etwa 199 Krankenhausfällen je 1.000 Versicherte. Die höchsten Fallzahlen je 1.000 Versicherte für das Jahr 2022 wies Thüringen mit 232,4 Fällen je 1.000 Versicherten auf, gefolgt vom Saarland (227,5). In Thüringen gab es somit 17 Prozent mehr Krankenhausfälle je 1.000 Versicherte als im Bundesdurchschnitt. Verglichen mit dem Vorjahr wies Thüringen mit 3,9 Prozent auch den höchsten Anstieg der Fallzahlen je 1.000 Versicherte auf; am stärksten gesunken sind die Fallzahlen hingegen in Schleswig-Holstein und Bremen (jeweils 3,2 Prozent).

höchste Ausgaben je Versicherten im Saarland und in Thüringen, niedrigste Ausgaben in Bremen und Baden-Württemberg

Auch mit Blick auf die Ausgaben gibt es beachtliche Variationen zwischen den Bundesländern. Die höchsten Ausgaben je Versicherten im Jahr 2022 finden sich in Thüringen mit 1.262 Euro und im Saarland mit 1.216 Euro. Am geringsten waren die Ausgaben mit 938 Euro in Baden-Württemberg. In den meisten Bundesländern sind die Ausgaben je 1.000 Versicherte seit dem Vorjahr weiter gestiegen. Es gab aber auch einzelne Bundesländer wie Bremen oder Mecklenburg-Vorpommern, bei denen es zu einem Rückgang der Kosten kam. Die höchsten Änderungsraten wiesen Hamburg (+6,1 Prozent) und Bremen (–8,3 Prozent) auf.

Abbildung 1.5: Krankenhausfälle je 1.000 Versicherte nach Bundesländern

Quelle: BARMER-Daten 2010 bis 2022 (hochgerechnet/standardisiert)

Die längste Verweildauer haben im Durchschnitt Patientinnen und Patienten in Bremen und Hamburg, die kürzeste in Mecklenburg-Vorpommern und Rheinland-Pfalz.

Die durchschnittliche Verweildauer ist auch in den einzelnen Bundesländern konstant geblieben. Am längsten verweilten Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern 2022 in Bremen (8,2 Tage) und Hamburg (7,9 Tage). Am kürzesten fiel die durchschnittliche Verweildauer im Jahr 2022 in Mecklenburg-Vorpommern (6,6 Tage) und Rheinland-Pfalz (6,8 Tage) aus.

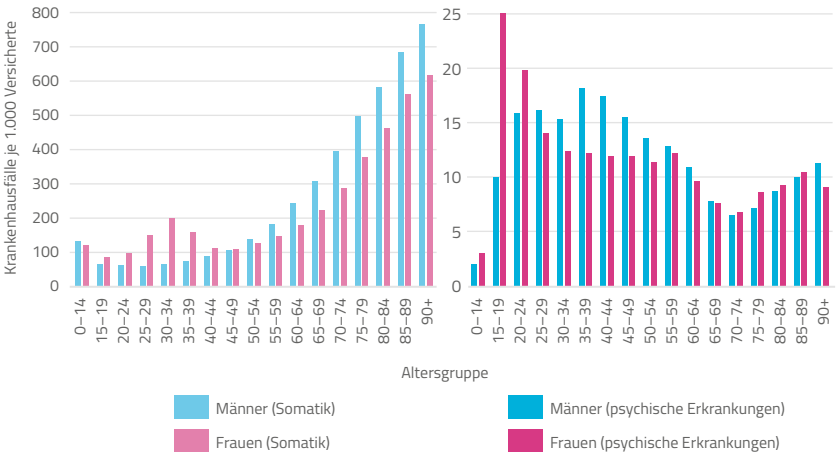
Weiterführende Analysen und Entwicklungen auf Bundeslandebene nach Altersgruppen und Geschlecht ermöglichen die interaktiven Grafiken.

1.4 Stationäre Versorgung nach Alter und Geschlecht

Ein großer Teil der Krankenhausfälle je 1.000 Versicherte entfällt auf höhere Altersgruppen.

Neben der Betrachtung nach Bundesländern bietet die interaktive Grafik „Kennzahlen zu Krankenhausfällen" die Möglichkeit, Kennzahlen zur stationären Versorgung nach Alter und Geschlecht zu betrachten. Erwartungsgemäß steigt die Anzahl der somatischen Krankenhausfälle für beide Geschlechter mit dem Alter an (Abbildung 1.6). Bei Frauen erkennt man zusätzlich, dass die Anzahl der Krankenhausfälle in den Altersgruppen zwischen 20 und 39 erheblich über der jeweiligen Altersgruppe für Männer liegt. Diese Abweichung steigt bis zur Altersgruppe 30 bis 34 an und schwächt sich in darauffolgenden Altersgruppen ab. Die größere Anzahl somatischer Fälle bei Frauen im Vergleich zu Männern im Alter zwischen 15 und 39 Jahren lässt sich auf Schwangerschaften von Frauen in diesen Altersgruppen und damit einhergehend auf stationäre Geburten zurückführen (Statistisches Bundesamt, 2023b). Ab dem Alter von 50 Jahren weisen Männer eine größere Zahl an somatischen Krankenhausfällen als Frauen auf.

Abbildung 1.6: Krankenhausfälle je 1.000 Versicherte nach Alter und Geschlecht 2022



Quelle: BARMER-Daten 2022 (hochgerechnet/standardisiert)

Hinsichtlich der Krankenhausfälle bei psychischen Erkrankungen ist besonders auffällig, dass Frauen im Alter von 15 bis 19 Jahren mehr als doppelt so viele Krankenhausfälle je 1.000 Versicherte aufweisen als Männer und damit auch die höchste Fallzahl aller Altersgruppen. Bis zum 24. Lebensjahr sind psychische Krankenhausfälle etwas häufiger bei Frauen. In den Altersgruppen zwischen 25 und 34 treten psychische Krankenhausfälle etwas häufiger bei Männern auf. Insbesondere in der Altersgruppe der 35- bis 44-Jährigen sind Männer deutlich häufiger als Frauen betroffen. In den älteren Gruppen ist die Häufigkeit der Fälle ähnlich.

Die Entwicklung der Ausgaben unterschieden nach Alter und Geschlecht ist der vorgenannten Fallzahlentwicklung ähnlich. In den Alters- und Geschlechtsgruppen mit den meisten Fällen fallen auch die höchsten Ausgaben an. Diese und weitere Unterscheidungsmöglichkeiten sind über die interaktive Grafik zugänglich.

1.5 Stationäre Versorgung nach Diagnosen

Das ICD-Kapitel „Krankheiten des Kreislaufsystems" weist sowohl die höchsten Fallzahlen als auch die höchsten Ausgaben innerhalb der stationären Versorgung auf.

www.bifg.de/Y925GU

Die interaktive Grafik „Stationäre Diagnosen nach Diagnosekapiteln" zeigt Kennzahlen zur akutstationären Versorgung anhand von stationären Diagnosen nach Diagnosekapiteln. Die meisten Fälle im Jahr 2022 entfielen auf das ICD-10-Kapitel „Krankheiten des Kreislaufsystems". Es sind 32,1 Fälle bei Männern und 24,1 Fälle bei Frauen je 1.000 Versicherte. Bei Männern kommen die zweithäufigsten Fälle aus dem Kapitel „Neubildungen" (20,5 je 1.000 Versicherte), gefolgt von „Krankheiten des Verdauungssystems" (20,4 je 1.000 Versicherte). Bei Frauen waren im Jahr 2022 mit 20,1 Fällen je 1.000 Versicherte „Verletzungen und Vergiftungen" das zweithäufigste Diagnosekapitel. Darauf folgen „Neubildungen" mit 19,4 Krankenhausällen je 1.000 Versicherte. Entsprechend den zuvor genannten Fallzahlen entfielen auch die höchsten Ausgaben für stationäre Krankenhausaufenthalte je Versicherten im Jahr 2022 auf den Bereich der „Krankheiten des Kreislaufsystems". Insbesondere für Männer fielen die Ausgaben für Erkrankungen in diesem Diagnosekapitel mit 241 Euro besonders hoch aus. Die zweithöchsten Ausgaben gingen sowohl für Frauen als auch für Männer auf Krankenhausfälle aus dem Kapitel „Neubildungen" zurück. Im Diagnosekapitel „Verletzungen und Vergiftungen" fallen bei Frauen die dritthöchsten Ausgaben an, bei Männern sind die Ausgaben im Kapitel „Verletzungen, Vergiftungen" ähnlich hoch wie beim Kapitel „Psychische und Verhaltensstörungen". Diese und viele weitere Gliederungs- und Darstellungsmöglichkeiten bietet die interaktive Grafik „Stationäre Diagnosen nach Diagnosekapiteln". Beispielsweise ist zusätzlich eine Darstellung der Werte aus den Jahren 2019 bis 2021 möglich sowie eine Gruppierung nach Altersgruppen, Geschlecht oder Bundesländern.

www.bifg.de/Y925GC

Darüber hinaus bietet die interaktive Grafik „Kennzahlen zu sechs relevanten ICD-10-Kapiteln im Zeitverlauf" die Möglichkeit, Kennzahlen für sechs relevante ICD-10-Kapitel im Zeitraum von 2010 bis 2022 zu betrachten und die Entwicklung gegenüber dem Indexjahr 2010 darzustellen.

Besonders auffällig ist die Zunahme der Krankenhausfälle je 1.000 Versicherte aus dem Kapitel „Krankheiten des Verdauungssystems" bis 2014. Danach stagnieren die Fallzahlen. Im Jahr 2019 wurden gegenüber dem Indexjahr etwa 7,9 Prozent mehr Krankenhausfälle gemessen, bevor die Zahlen mit Beginn der Pandemie im Jahr 2020 etwa fünf Prozent unter das Niveau des Indexjahrs 2010 fielen. Andere ICD-Kapitel zeigten bis zum Jahr 2019 geringere Veränderungen gegenüber dem Indexjahr auf. Bemerkenswert ist jedoch, dass für die Kapitel „Psychische und Verhaltensstörungen" und „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems/Bindegewebes" die Krankenhausfälle je 1.000 Versicherte zwar zunächst einen Anstieg bis in das Jahr 2014 verzeichneten, seither jedoch eine leicht abnehmende Entwicklung aufweisen. Mit Beginn der Pandemie fielen die Krankenhausfälle in allen betrachteten ICD-Kapiteln schließlich unter das Niveau das Indexjahrs. Den deutlichsten Einbruch verzeichnete dabei das Kapitel „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems/Bindegewebes", welches gegenüber dem Indexjahr einen Rückgang von 18,4 Prozent verzeichnete. Im weiteren Verlauf der Pandemie entwickelten sich die Krankenhausfälle in den verschiedenen ICD-Kapiteln unterschiedlich. Während die Fallzahlen in den Kapiteln „Psychische und Verhaltensstörungen" sowie „Verletzungen, Vergiftungen" leicht zunahmen, allerdings ohne das Niveau von 2019 zu erreichen, sind die Krankenhausfallzahlen je 1.000 Versicherte für die anderen betrachteten ICD-Kapitel weiterhin rückläufig. Die Fallzahlen für das Kapitel „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems/Bindegewebes" bleiben auf einem ähnlichen Stand wie im Vorjahr.

Nach einem starken Rückgang der Krankenhausfälle im Zuge der Pandemie bleiben diese in den betrachteten ICD-Kapiteln auf niedrigem Niveau.

Im Hinblick auf die Belegungstage je 1.000 Versicherte lässt sich gegenüber dem Indexjahr in den somatischen ICD-Kapiteln ein deutlicher Rückgang beobachten. Im Kapitel „Psychische und Verhaltensstörungen" lässt sich dagegen eine gegensätzliche Entwicklung feststellen. So stiegen die Belegungstage je 1.000 Versicherte bis zum Jahr 2019 um insgesamt 15 Prozent an, bevor mit Pandemiebeginn ein Einbruch um etwa zwölf Prozentpunkte erfolgte. Im darauffolgenden Jahr sind die Belegungstage für „Psychische und Verhaltensstörungen" wieder angestiegen und wiesen im Jahr 2021 bereits ein um 7,2 Prozent erhöhtes Niveau im Vergleich zum Indexjahr 2010 auf. Für das Jahr 2022 lässt sich gegenüber dem Vorjahr ein erneuter, jedoch geringerer Anstieg um 0,9 Prozentpunkte erkennen. Auch in den somatischen ICD-Kapiteln führte die Pandemie zu einem Einbruch der Belegungstage, der mit einem Rückgang von 15 Prozentpunkten für das Kapitel „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems/Bindegewebes" besonders stark aus-

Die durchschnittlichen Belegungstage stiegen in einigen ICD-Kapiteln nach einem Einbruch mit Beginn der Pandemie im vergangenen Jahr wieder an.

fiel. Im Gegensatz zum Kapitel „Psychische und Verhaltensstörungen" setzte sich die negative Entwicklung der Belegungstage je 1.000 Versicherte in den somatischen ICD-Kapiteln auch im Jahr 2021 weiter fort, wenngleich der Rückgang im Vergleich zum Vorjahr deutlich geringer ausfiel. Erst im Jahr 2022 sind die Belegungstage für die Kapitel „Verletzungen, Vergiftungen" und „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems/Bindegewebes" wieder leicht gestiegen, befinden sich aber nach wie vor weit unterhalb des Niveaus vor der Pandemie. In den ICD-Kapiteln „Krankheiten des Kreislaufsystems", „Neubildungen" und „Krankheiten des Verdauungssystems" lässt sich hingegen auch im Jahr 2022 eine Fortsetzung des Abwärtstrends beobachten.

www.bifg.de/Y925Gc

Neben den Diagnosekapiteln lässt sich die stationäre Versorgung außerdem mithilfe der interaktiven Grafiken „Top-50-Diagnosen im Krankenhaus" und „Top-50-DRG im Krankenhaus" betrachten. Die interaktiven Grafiken bieten die Möglichkeit, nach Kennzahlen wie Krankenhausfällen oder Verweildauern zu filtern. Die Daten können dabei jeweils nach Altersgruppe, Geschlecht, Bundesland und Jahr dargestellt werden, wobei der mögliche Beobachtungszeitraum von 2019 bis 2022 reicht.

www.bifg.de/Y925Gr

1.6 Stationäre Versorgung nach Operationen und Prozeduren

Der aktuelle OPS-Katalog steht auf der Website des bifg im Bereich Klassifikationen als Download zur Verfügung.

Es folgt eine nähere Betrachtung der stationär durchgeführten Operationen und Prozeduren. Maßgeblich ist dabei die übliche Einteilung in Kapitel und Gruppen. Es werden jeweils die fünf häufigsten OPS-Gruppen der Kapitel „1 – Diagnostische Maßnahmen" und „5 – Operationen" dargestellt (bezogen auf Krankenhausfälle). Die Anzahl der dokumentierten OPS und die Anzahl der Krankenhausfälle beziehen sich auf das Jahr 2022. Außerdem ist jeweils die prozentuale Änderung zum Jahr 2021 dargestellt.

www.bifg.de/Y925Pc

Tabelle 1.1 stellt die fünf häufigsten OPS-Gruppen des ersten Kapitels „Diagnostische Maßnahmen" dar. In 16,3 Prozent aller Fälle beziehungsweise in rund 2,8 Millionen Krankenhausfällen wurden 2022 „Untersuchungen einzelner Körpersysteme" durchgeführt, gefolgt von „Diagnostischen Endoskopien" mit 11,8 Prozent sowie „Biopsien ohne Inzision", „Funktionstests" und „Anderen diagnostischen Maßnahmen".

Für Leistungen aus dem Kapitel „Diagnostische Maßnahmen" lässt sich insgesamt eine ansteigende Entwicklung der stationären Fallzahlen und Kodierungen feststellen. Einen besonders hohen Anstieg verzeichnete die OPS-Gruppe „Andere diagnostische Maßnahmen". Im Vergleich zum Vorjahr stiegen die Fallzahlen um 29,2 Prozent und die Kodierungen um 53,9 Prozent. Lediglich die OPS-Gruppe „Klinische Untersuchungen" weist aus diesem Kapitel gegenüber dem Vorjahr einen Rückgang der Kodierungen (–11,7 Prozent) sowie sinkende Fallzahlen (–12,0 Prozent) auf (nicht in der Tabelle dargestellt).

starke Zunahme in den OPS-Gruppen „Untersuchung einzelner Körpersysteme" und „Diagnostische Endoskopie"

Tabelle 1.1: Top-5-OPS im Kapitel „Diagnostische Maßnahmen" nach Anzahl der Krankenhausfälle mit OPS

OPS-Gruppe (Dreisteller)	Bezeichnung	Anzahl der dokumentierten OPS	Anzahl der KH-Fälle mit OPS	Anzahl der KH-Fälle mit OPS in Prozent	Änderung OPS 2021–2022 in Prozent	Änderung KH-Fälle 2021–2022 in Prozent
1–20...1–33	Untersuchung einzelner Körpersysteme	4.449.156	2.836.761	16,3	6,8	7,8
1–61...1–69	Diagnostische Endoskopie	3.407.537	2.045.749	11,8	9,1	8,5
1–40...1–49	Biopsie ohne Inzision	1.364.932	1.089.162	6,3	7,5	8,1
1–70...1–79	Funktionstests	1.266.182	708.633	4,1	8,4	10,0
1–90...1–99	Andere diagnostische Maßnahmen	1.036.587	554.807	3,2	53,9	29,2

Quelle: BARMER-Daten 2021 bis 2022 (hochgerechnet/standardisiert)

In Tabelle 1.2 sind die nach Anzahl der Krankenhausfälle fünf häufigsten OPS-Gruppen aus dem fünften OPS-Kapitel „Operationen" aufgeführt. Mit 1.842.916 Fällen und einem Anteil von 10,6 Prozent aller Krankenhausfälle stellen „Operationen an den Bewegungsorganen" die häufigste Gruppe dar. Es folgen „Zusatzinformationen zu Operationen" und „Operationen am Verdauungstrakt" mit einem Anteil von jeweils 8,0 Prozent. Danach weisen „Operationen an Haut und Unterhaut" sowie „Geburtshilfliche Operationen" die höchsten Fallzahlen aus der Gruppe der „Operationen" auf.

Operationen an den Bewegungsorganen stellen die häufigsten OPS-Gruppen im fünften OPS-Kapitel dar.

Im Vergleich zum Vorjahr lässt sich auch für die Mehrheit der Operationen ein Anstieg beobachten, sowohl in Bezug auf Kodierungen als auch dokumentierte Fallzahlen. Insbesondere „Zusatzinformationen zu Operationen" wurden deutlich häufiger kodiert (+17,8 Prozent). Hohe Änderungsraten in den Kodierungen lassen sich darüber hinaus auch bei den OPS-Gruppen „Operationen am Herzen" (+19,2 Prozent) und „Operationen an den Ohren" (+19,6 Prozent) beobachten (nicht in Tabelle dargestellt). Ein Rückgang der stationären Fallzahlen fand dagegen für „Geburtshilfliche Operationen" statt, mit 6,7 Prozent weniger Kodierungen und 6,6 Prozent geringeren Fallzahlen.

Tabelle 1.2: Top-5-OPS im Kapitel „Operationen" nach Anzahl der Krankenhausfälle mit OPS

OPS-Gruppe (Dreisteller)	Bezeichnung	Anzahl der dokumentierten OPS	Anzahl der KH-Fälle mit OPS	Anzahl der KH-Fälle mit OPS in Prozent	Änderung OPS 2021–2022 in Prozent	Änderung KH-Fälle 2021–2022 in Prozent
5–78...5–86	Operationen an den Bewegungsorganen	4.412.314	1.842.916	10,6	7,8	12,2
5–42...5–54	Operationen am Verdauungstrakt	2.504.023	1.395.951	8,0	7,5	7,6
5–93...5–99	Zusatzinformationen zu Operationen	1.723.878	1.396.350	8,0	17,8	17,1
5–89...5–92	Operationen an Haut und Unterhaut	1.569.014	654.431	3,8	11,9	11,0
5–72...5–75	Geburtshilfliche Operationen	776.246	522.776	3,0	–6,7	–6,6

Quelle: BARMER-Daten 2021 bis 2022 (hochgerechnet/standardisiert)

Kapitel 2

Ambulante Leistungs-erbringung im deutschen Krankenhaussektor

2 Ambulante Leistungserbringung im deutschen Krankenhaussektor

2.1 Definition und Vorteile der Ambulantisierung

Die Ambulantisierung von Gesundheitsleistungen beschreibt einen Prozess, bei dem es zu einer Verlagerung der Leistungserbringung aus dem stationären in ein ambulantes Umfeld kommt (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V., 2022). „Ambulant vor stationär" gilt als ein Leitmotiv der deutschen Gesundheitsversorgung und beschreibt den Anspruch, dass eine stationäre Behandlung möglichst nur dann erfolgen sollte, wenn die Möglichkeiten der ambulanten Behandlung eingeschränkt sind oder nicht bestehen (§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V).

Durch Ambulantisierung wird medizinisches Fachpersonal weniger in der Vor- und Nachsorge nach Operationen benötigt und kann effizienter eingesetzt werden.

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, der sich bereits heute deutlich auf die Personalsituation in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung auswirkt, wird ein effizienter Einsatz des vorhandenen Personals perspektivisch an Bedeutung gewinnen. Die Ambulantisierung von stationären Leistungen kann hierzu im Rahmen einer Reduktion der Nachfrage von (pflegerischen) Leistungen beitragen, da Patientinnen und Patienten im Anschluss an einen ambulanten Eingriff zeitnah in das häusliche Umfeld zurückkehren, wodurch auch der Bedarf von Fachkräften für die Vor- und Nachsorge nach Operationen sinkt (Augurzky et al., 2018). So hebt unter anderem der GKV-Spitzenverband hervor, dass knappes Personal durch Ambulantisierung entlastet wird und effizienter eingesetzt werden kann (GKV-Spitzenverband, 2022). Zudem ermöglicht die Ambulantisierung eine möglichst wohnortnahe Behandlung, bei der bedarfsgerecht entschieden werden kann, ob sie ambulant oder stationär durchgeführt wird. Nicht zuletzt ist das Risiko einer Krankenhausinfektion deutlich geringer, wenn die Behandlung ambulant stattfindet, da das Risiko einer Infektion mit steigender Aufenthaltsdauer zunimmt (Gastmeier, 2012).

Es gilt jedoch zu berücksichtigen, dass betroffene Personen nach der Operation weiterhin auf Hilfe angewiesen sind, weshalb auch nach wie vor eine angemessene Form der Nachsorge gewährleistet sein muss, um die Patientinnen und Patienten nach der

Behandlung sicher ins häusliche Umfeld entlassen zu können. Diese Unterstützung kann dabei entweder durch nahe Angehörige oder ambulante Pflegedienste erfolgen (Albrecht et al., 2022).

Eine Ambulantisierung von Leistungen ist darüber hinaus nur dann sinnvoll, wenn die ambulante Versorgung eine gleichwertige Qualität der Behandlung aufweist sowie die Sicherheit der Patientinnen und Patienten gewährleistet ist. In bisherigen Studien konnte dabei mehrfach die gleichbleibende Qualität zwischen stationären und ambulanten Leistungen bestätigt werden. Unter anderem zeigen MacKoul et al. (2019) für ausgewählte Leistungen, beispielsweise im Bereich der gynäkologischen laparoskopischen Chirurgie, dass Operationen in ambulanten Zentren kein höheres Komplikationsrisiko aufweisen als Operationen im Krankenhaus. Auffällig sind hingegen die verkürzten Operationszeiten im ambulanten im Vergleich zum stationären Setting (MacKoul et al., 2019). Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch Khanna et al. (2018). Die Autorinnen und Autoren untersuchen das Komplikationsrisiko von Patientinnen und Patienten nach einer Behandlung, welche vor allem bei Bandscheibenvorfällen angewendet wird. Die Komplikationsrate innerhalb von 30 Tagen fällt mit 1,2 Prozent ambulant signifikant geringer aus als bei einer stationären Behandlung mit 2,5 Prozent (Khanna et al., 2018). Auch Pugely et al. (2013) können geringere Komplikationsraten bei ähnlichen ambulanten Operationen nachweisen. Die geringeren Komplikationsraten können auch mit der verkürzten Aufenthaltsdauer zusammenhängen. Laut dem GKV-Spitzenverband führt der kurze Aufenthalt in der Klinik beziehungsweise in der Praxis unabhängig von der Indikation der Patientinnen und Patienten zu einem geringeren Risiko, an einer Krankenhausinfektion zu erkranken (GKV-Spitzenverband, 2023a).

Das Komplikationsrisiko ist bei ambulant durchgeführten Eingriffen zum Teil geringer als im stationären Bereich.

Friedlander et al. (2021) konnten in ihrer Studie zudem geringere Chancen für eine Wiederaufnahme innerhalb der ersten 30 Tage für verschiedene Eingriffe nachweisen. Die Autorinnen und Autoren nutzen Odds-Ratios (OR), um die jeweilige Wahrscheinlichkeit für eine Wiederaufnahme der Gegenwahrscheinlichkeit keiner Wiederaufnahme bei ambulanter und stationärer Leistungserbringung gegenüberzustellen. Sie finden dabei bei einem fünfprozentigen Signifikanzniveau für die operative Entfernung der Schilddrüse eine um 30 Prozent geringere Chance für eine Wiederaufnahme nach einer ambulanten (OR = 0,70) gegenüber der stationären Leistungserbringung. Auch für die operative Ver-

Verschiedene Eingriffe weisen eine signifikant geringere Chance für eine Wiederaufnahme im ambulanten Setting auf.

sorgung einer Leistenhernie (OR = 0,28) sowie die chirurgische Entfernung der Gallenblase (OR = 0,37) lassen sich deutlich geringere Chancen für eine Wiederaufnahme im ambulanten Setting nachweisen.

Es bestehen keine Unterschiede in Bezug auf die Patientenzufriedenheit im Vergleich von ambulanter und stationärer Leistungserbringung.

Darüber hinaus lassen sich keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Patientenzufriedenheit nach einer Behandlung im ambulanten im Vergleich zum stationären Setting feststellen. Kelly et al. (2018) belegen dies anhand einer Studie im Bereich der Hüft- und Kniearthroplastik. Auch eine Befragung von Schmerzpatientinnen und -patienten im Rahmen einer Studie von Ward und Gordon (1996) zeigt keine signifikanten Unterschiede bei der Patientenzufriedenheit in der Schmerztherapie zwischen Behandlungen im ambulanten und stationären Setting.

2.2 Status quo der Ambulantisierung in Deutschland

Die Grundlage für ambulantes Operieren bildet der AOP-Katalog, welcher Anfang dieses Jahres erweitert wurde.

Die Grundlage für die Durchführung ambulanter Behandlungen bildet in Deutschland § 115 SGB V. Der „Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe" (AOP-Katalog) nach § 115b SGB V enthält alle Operationen und Eingriffe, die sowohl ambulant als auch stationär im Krankenhaus erbracht werden können. Durch die Einführung des AOP-Katalogs im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes im Jahr 1992 wurde erstmalig das ambulante Operieren im Krankenhaus ermöglicht (Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2023). Nachdem der AOP-Katalog seit 2005 zunächst nur marginal erweitert wurde (Repschläger et al., 2022a), erfolgte im Jahr 2023 im Rahmen des MDK-Reformgesetzes von 2019 eine Erweiterung des AOP-Katalogs um 208 Leistungen auf insgesamt 3.089 Leistungen. Grundlage dieser Erweiterung war ein Gutachten des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), welches im Auftrag des GKV-Spitzenverbands, der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) nach § 115b Abs. 1a SGB V erstellt wurde. Im IGES-Gutachten wurden neun Kontextfaktoren vorgeschlagen, welche eine stationäre Behandlung begründen können. Im AOP-Katalog 2023 wurde jedoch nur eine Auswahl der vom IGES vorgeschlagenen Kontextfaktoren implementiert (Albrecht et al., 2022). Auf den Inhalt des Gutachtens wird in Kapitel 2.3 eingegangen, eine Gegenüberstellung der Kontextfaktoren von IGES und des AOP-Katalogs erfolgt im Analyseteil (Tabelle 2.4) dieses Reports.

Während der AOP-Katalog zwar Leistungsbereiche definiert, in denen Leistungen sowohl stationär als auch ambulant erbracht werden können, findet die Vergütung dennoch über unterschiedliche Vergütungssysteme und Abrechnungswege statt. Dabei erfolgt die Vergütung von stationären Leistungen in Deutschland über das Fallpauschalensystem der German Diagnosis Related Groups mit ausgegliederten Pflegekosten (aG-DRG), welches jährlich durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) aktualisiert wird. Für die ambulante Leistungserbringung erfolgt die Abrechnung bisher über den einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Privatversicherte Patientinnen und Patienten werden über die Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) abgerechnet (Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem, 2019). Das System der Diagnosis Related Groups (DRG) beruht auf dem Prinzip der Vollkostendeckung. Basierend auf den empirischen Durchschnittskosten der Leistungserbringenden werden jährlich die Pauschalen für die nach Hauptdiagnose, Schweregrad und Prozedur aufgeteilten Fallgruppen angepasst. Die Leistungserbringenden rechnen auf direktem Weg mit den jeweiligen Krankenkassen ab (Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem, 2019). Dem gegenüber steht das aktuell im ambulanten Sektor vorherrschende Vergütungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung nach EBM, welches auch die Grundlage der Vergütung für ambulante Operationen des AOP-Katalogs bildet. Im Gegensatz zum DRG-System werden Anpassungen an der Vergütungshöhe für einzelne Leistungen nicht regelmäßig auf Basis der Durchschnittskosten der Leistungserbringenden vorgenommen. Stattdessen bilden Einzelerhebungen und Expertenschätzungen die Grundlage für die Preisrelationen der verschiedenen ärztlichen Leistungen und technischen Leistungsanteile, die im EBM enthalten sind. Außerdem sind mögliche Anpassungen stets einem Aushandlungsprozess im Rahmen des Bewertungsausschusses unterworfen, der durch Vertreterinnen und Vertreter der KBV sowie der GKV besetzt ist (Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem, 2019). Die Abrechnung erfolgt, anders als bei der stationären Vergütung der Krankenhäuser, nicht auf direktem Weg zwischen Leistungserbringenden und Krankenkasse, sondern über die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung. Diese bekommt von den Krankenkassen einen Versorgungsauftrag übertragen, zu dessen Erfüllung die Krankenkassen ein vorher festgelegtes Budget bereitstellen.

Die Finanzierung medizinischer Leistungen ist abhängig davon, ob sie ambulant oder stationär erbracht werden. Ambulante Leistungen werden über den EBM, stationäre über das aG-DRG-System vergütet.

Mithilfe des § 115e SGB V werden Tagesbehandlungen eingeführt, die Leistungserbringende in den Bereichen Personal und Kosten entlasten sollen.

Zum Jahreswechsel 2023 hat die Bundesregierung ein Gesetz zur Entlastung stationärer Leistungserbringender verabschiedet. Seit dem 1. Januar 2023 ist es nach § 115e SGB V Kliniken erlaubt, sogenannte Tagesbehandlungen durchzuführen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband haben sich dazu auf eine Abrechnungsvereinbarung geeinigt (GKV-Spitzenverband, 2023b). Tagesbehandlungen sehen vor, dass stationäre Eingriffe, die nach dem aG-DRG-Fallpauschalensystem vergütet werden, ohne Übernachtungen der Patientin oder des Patienten durchgeführt werden. Von der üblichen DRG-Vergütung wird lediglich eine festgelegte Übernachtungspauschale abgezogen. Ziel des Gesetzes ist es, bei gleicher Qualität der Leistungserbringung das Krankenhauspersonal zu entlasten und für finanzielle Einsparungen auf Seiten der Leistungserbringenden zu sorgen (Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem, 2022).

Eine durch den EBM vergütete ambulante Leistungserbringung ist für Krankenhäuser häufig nicht kostendeckend.

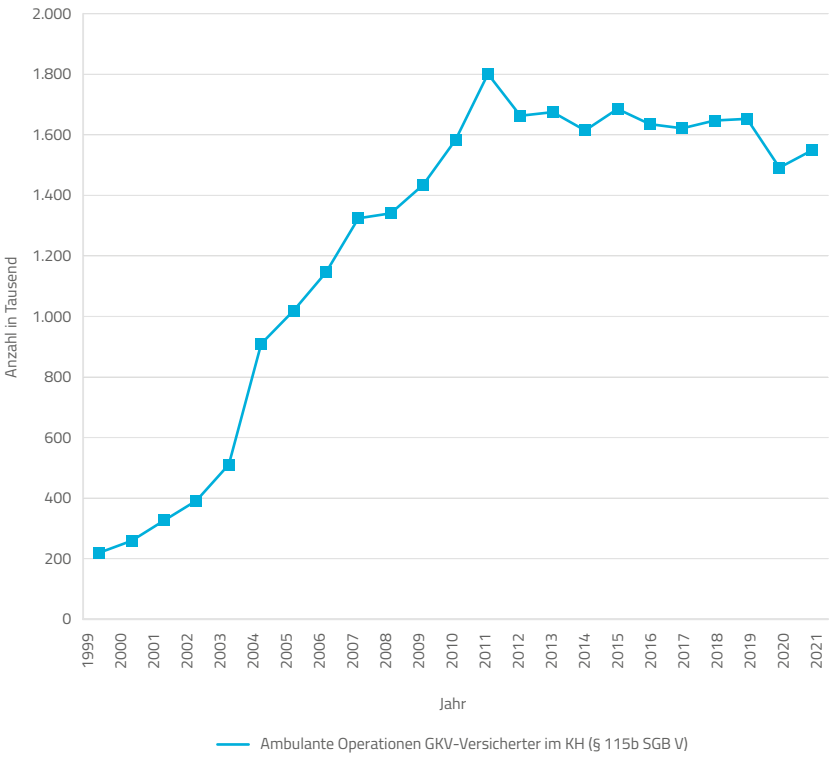
Als Folge der unterschiedlichen Vergütungslogiken von DRG und EBM ergeben sich deutliche Differenzen in Bezug auf die Vergütungshöhe. So fällt die stationäre Leistungsvergütung im Schnitt drei- bis viermal so hoch aus wie die ambulante Leistungsvergütung (Lemos, 2012; Levsen et al., 2022). In anderen Ländern gibt es ebenfalls Diskrepanzen in der Vergütung zwischen ambulanter und stationärer Leistungserbringung, jedoch fallen diese nicht so hoch aus wie in Deutschland (Lemos, 2012). Folglich können im Bereich der ambulanten Leistungserbringung im Krankenhaus Kostendefizite durch höhere Ausgaben für die Bereiche Personal, Sachkosten und Infrastruktur entstehen. Eine ambulante Vergütung über den EBM fängt diese Kosten oftmals nicht vollumfänglich auf und ist somit für die Krankenhäuser nicht kostendeckend (Levsen et al., 2022). Würden ambulante Leistungen innerhalb dafür angepasster Strukturen in einer Klinik erbracht, können die Vergütungsanteile hingegen ausreichen.

Die strukturellen Unterschiede und Fehlanreize in Form einer höheren stationären Leistungsvergütung hemmen die Verlagerung von Behandlungen in den ambulanten Sektor. Abbildung 2.1 verdeutlicht, dass die Anzahl ambulanter Operationen von GKV-Versicherten im Krankenhaus (§ 115b SGB V) in Deutschland zwar seit 1999 bis zum Jahr 2011 stark anstieg, daraufhin jedoch bis 2019 bei etwa 1,7 Millionen Eingriffen pro Jahr stagnierte. Mit Beginn der Pandemie ist die Anzahl der Eingriffe auf etwa 1,5 Millionen Eingriffe pro Jahr zurückgegangen. Im Folgejahr näherte sich die Anzahl mit knapp 1,6 Millionen Eingriffen wieder ihrem alten Niveau an. In der Betrachtung der ambulanten

Operationen sind allerdings nicht die Fälle enthalten, welche über Selektivverträge direkt mit den Krankenkassen abgerechnet werden (Albrecht et al., 2022).

Abbildung 2.1: Anzahl ambulanter Operationen GKV-Versicherter in Deutschland 1999 bis 2021

Die Anzahl ambulanter Operationen stagniert seit 2012 bis einschließlich 2019 bei etwa 1,7 Mio. Fällen.



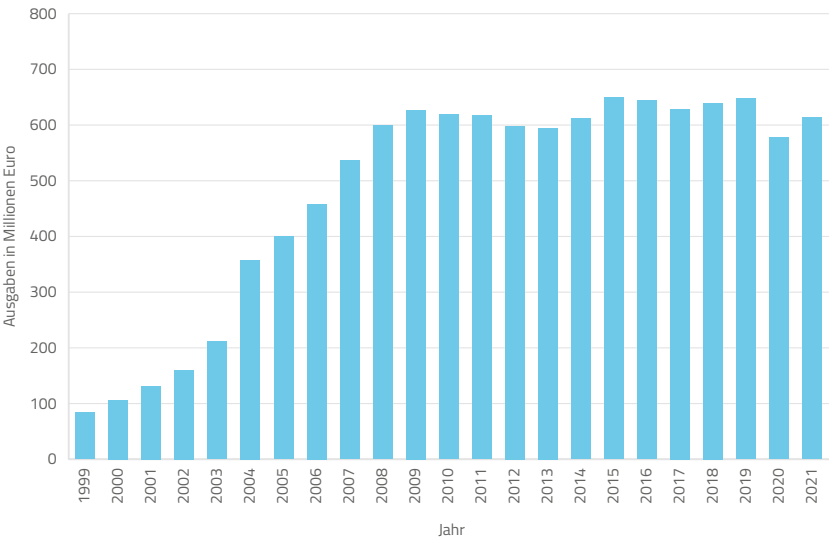
Quelle: GBE-Bund (2023), eigene Darstellung

Bei den Ausgaben für ambulante Operationen im Krankenhaus (§ 115b SGB V) lässt sich ein ähnliches Bild erkennen. Laut Abbildung 2.2 stiegen diese seit 1999 von etwa 84 Millionen Euro bis zum Jahr 2009 auf etwa 627 Millionen Euro kontinuierlich an, haben sich im Anschluss daran bis zum Jahr 2019 allerdings kaum verändert. So betragen die Ausgaben für ambulante Operationen im Krankenhaus im Jahr 2019 etwa 648 Millionen Euro. Auch die Ausgaben für ambulante Operationen sind in den Pandemiejahren gesunken. So

lässt sich im Jahr 2020 gegenüber dem Vorjahr ein deutlicher Rückgang auf rund 577 Millionen Euro beobachten. Im Folgejahr stiegen die Ausgaben jedoch bereits wieder auf ein Niveau von rund 613 Millionen Euro an.

Die Ausgaben für ambulante Operationen stagnieren bis 2019 nach einem starken Anstieg bis zum Jahr 2009 bei knapp 600 bis 650 Mio. Euro.

Abbildung 2.2: Ausgaben für ambulante Operationen GKV-Versicherter im Krankenhaus (§ 115b SGB V) in Deutschland 1999 bis 2021



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (2023)

2.3 Literaturübersicht

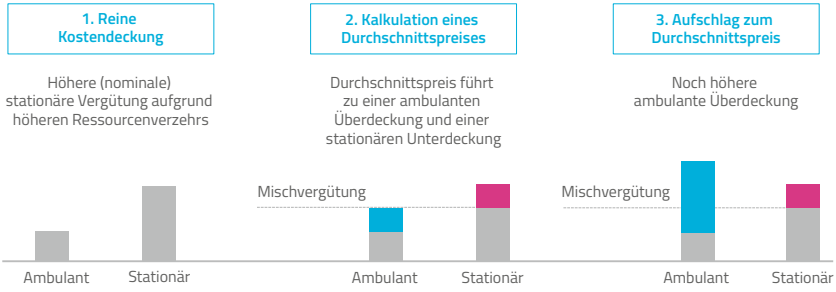
Die Ambulantisierung stationärer Leistungen kann verschiedene Probleme des deutschen Gesundheitswesens adressieren. Zum aktuellen Zeitpunkt bestehen jedoch nur wenig Anreize für die Leistungserbringenden, Operationen ambulant durchzuführen. Verschiedene Studien und Gutachten haben sich bereits mit dieser Problematik befasst und werden im Folgenden vorgestellt. Dabei werden vor allem finanzielle Anreizmodelle, aber auch die potenzielle Erweiterung des ambulanten Leistungsumfangs auf Basis des im Rahmen des Reformgesetzes der Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK) erstellten IGES-Gutachtens nach § 115b Abs. 1a SGB V diskutiert.

2.3.1 Förderung der Ambulantisierung durch finanzielle Anreize

Schreyögg und Milstein (2021) sehen vor allem finanzielle Fehlanreize als Ursache für den geringen Grad der Ambulantisierung in Deutschland. Zielsetzung ihres im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) erstellten Gutachtens ist es, Vorschläge für die Einführung einer sektorengleichen Vergütung in Deutschland zu entwickeln. Bei der sektorengleichen Vergütung findet keine Unterscheidung zwischen ambulanter und stationärer Leistungserbringung in Bezug auf die Höhe der Vergütung statt, entscheidend ist allein die Art der Behandlung.

Zur Identifikation finanzieller Anreizmöglichkeiten und der Leistungen, die sich für eine sektorengleiche Vergütung eignen, orientieren sich Schreyögg und Milstein (2021) an Ländern, die bereits eine hohe Ambulantisierungsrate aufweisen. Sie ziehen dafür Länder heran, die aufgrund der Ausgestaltung des Gesundheitssystems mit Deutschland weitestgehend vergleichbar sind. Dazu zählen Dänemark, Frankreich, Großbritannien und Norwegen. Im Ergebnis wählen sie aus dem bestehenden AOP-Katalog die 30 fallstärksten Leistungsbereiche aus, die sich zudem durch einen geringen Schweregrad sowie eine geringe durchschnittliche Verweildauer klassifizieren lassen. Beispiele sind unter anderem die Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung, der Verschluss der Hernie und die submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums.

Abbildung 2.3: Vergütungsoptionen für sektorengleiche Leistungen



Quelle: Schreyögg und Milstein (2021), eigene Darstellung

Es gibt 3 verschiedene Vergütungsoptionen für sektorengleiche Leistungen.

Zusätzlich beschreiben Schreyögg und Milstein (2021) drei verschiedene Vergütungsmöglichkeiten für sektorengleiche Leistungen. Diese sind in Abbildung 2.3 dargestellt. Dazu zählt das Modell der reinen Kostendeckung, die Kalkulation eines Durchschnittspreises beziehungsweise einer Mischvergütung und die Kalkulation eines Durchschnittspreises beziehungsweise einer Mischvergütung mit Aufschlag für ambulante Leistungen.

Im Modell der reinen Kostendeckung ist die Vergütung nicht einheitlich geregelt, sondern orientiert sich maßgeblich an der Art der Leistungserbringung. Wie in Kapitel 2.1 beschrieben, liegt der Ressourcenverzehr bei stationärer Leistungserbringung im Vergleich zur ambulanten Leistungserbringung höher. Dementsprechend fällt auch die Vergütung für stationäre Leistungen höher aus als für ambulante Leistungen. Bei einer reinen Kostendeckung besteht somit kein Anreiz für einen der beiden Bereiche. Das aktuelle System in Deutschland soll dabei dem der reinen Kostendeckung entsprechen. In Kapitel 2.2 wurde jedoch bereits herausgestellt, dass eine Kostendeckung bei der ambulanten Leistungserbringung im Krankenhaus häufig nicht erreicht wird.

Im zweiten Vergütungsmodell wird ein gemeinsamer Durchschnittspreis gebildet, indem die Kostendaten des ambulanten und stationären Sektors addiert und gemittelt werden. Die blaue Fläche in Abbildung 2.3 stellt dabei die Überdeckung der Kosten im ambulanten Bereich dar. Die magentafarbene Fläche zeigt die finanzielle Unterdeckung der stationären Leistung an. Die Mischvergütung liegt unterhalb der stationären Vergütung bei reiner Kostendeckung. Dadurch haben Leistungserbringende einen monetären Anreiz, Operationen ambulant durchzuführen, um von der vergleichsweisen höheren Marge zu profitieren.

Im dritten Modell wird bei der Behandlung einer sektorengleichen Leistung im ambulanten Bereich zusätzlich zum Mischpreis ein finanzieller Aufschlag gewährt. In Abbildung 2.3 ist dieser zusätzliche finanzielle Anreiz an der blauen Fläche zu erkennen, welche sich im Vergleich zum zweiten Modell vergrößert. Bei stationärer Leistungserbringung bleibt die Unterdeckung aufgrund des Durchschnittspreises weiterhin bestehen. Der finanzielle Anreiz einer ambulanten Behandlung ist nochmals intensiviert.

Laut Schreyögg und Milstein (2021) ist die ideale Form eines sektorengleichen Vergütungssystems nicht direkt gegeben, sondern hängt von den Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträgern sowie konkreten Finanzierungs- und Umsetzungsplänen ab. Modell 3 gibt beispielsweise einen großen Anreiz zu einer ambulanten Leistungserbringung, verursacht im Vergleich zu den anderen beiden Vergütungsansätzen durch Überdeckung der realen Kosten allerdings auch die höchsten Gesamtkosten. Die Autorinnen und Autoren empfehlen jedoch finanzielle Anreize, die mindestens dem Niveau des zweiten Modells entsprechen, um eine höhere Ambulantisierungsrate zu fördern.

Von den 3 Vergütungsoptionen zur Finanzierung sektorengleicher Leistungen bieten solche, welche die Kosten für ambulante Behandlungen überdecken, einen Anreiz zur Ambulantisierung.

Auch Rößler et al. (2023) untersuchen die Auswirkungen eines sektorengleichen Vergütungssystems und vergleichen diese mit anderen Optionen zur Schaffung finanzieller Anreize für eine Ambulantisierung. Sie vergleichen die isolierte Anhebung der Vergütung für ambulante Leistungen mit der Einführung einer sektorengleichen Vergütung im Hinblick auf die Auswirkungen für die Gesamtkosten des Gesundheitssystems. Dabei zeigt sich, dass die sektorengleiche Vergütung im Sinne einer Mischvergütung nur dann nicht zu einer Erhöhung der Gesamtvergütung für einzelne Leistungsbereiche führt, wenn die initialen Anteile der ambulanten beziehungsweise stationären Leistungserbringung am Gesamtleistungsvolumen bei der Berechnung der Mischvergütung adäquat berücksichtigt werden. Eine isolierte Anhebung der Vergütung für ambulante Leistungen könnte mit höherer Wahrscheinlichkeit zu steigenden Gesamtkosten des Gesundheitssystems führen als eine Mischpreisvergütung, wenn nicht ausreichend Patientinnen und Patienten von einer stationären zu einer ambulanten Behandlung wechseln. Darüber hinaus erhöht eine sektorengleiche Mischvergütung nicht nur Anreize für die ambulante Leistungserbringung, sondern senkt ebenfalls die Anreize für die stationäre Leistungserbringung (Rößler et al., 2023).

Aufbauend auf den zuvor beschriebenen Erkenntnissen aus Schreyögg und Milstein (2021) veröffentlichte ein Konsortium, bestehend aus dem Hamburg Center of Health Economics (hche), dem BKK Dachverband, dem DKI, dem Fachgebiet Management im Gesundheitswesen (MiG) der Technischen Universität Berlin sowie dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi), im Jahr 2022 ein Gutachten. In diesem beschreiben die Autorinnen und Autoren, wie der Transformationsprozess hin zu einem sektorengleichen Vergütungssystem aussehen könnte. Dabei wird zwischen einem pragmatischen Ansatz und einer perspektivischen Umsetzung unterschieden. Im pragma-

Zur praktischen Umsetzung eines sektorengleichen Vergütungssystems sind sowohl kurzfristige als auch perspektivische Umsetzungsstrategien erforderlich.

tischen Ansatz erfolgt zunächst eine Leistungsauswahl auf Basis des AOP-Katalogs. Diese wird im Anschluss über das InEK-Kostengerüst vergütet, welches zuvor um rein stationäre DRGs bereinigt wird. Langfristig plädiert hche et al. (2022) jedoch dafür, dass eine eigene Datengrundlage zur Berechnung der Mischvergütung sowie eine einheitliche Leistungsdokumentation für den sektorengleichen Leistungsbereich etabliert werden sollen, die den AOP-Katalog sowie das InEK-Kostengerüst als Datenbasis ablösen. Darüber hinaus wird perspektivisch auch die Angleichung der Abrechnungswege empfohlen. Die Vorteile dieses zweistufigen Vorgehens liegen dabei zum einen darin, dass sich im Rahmen der pragmatischen Umsetzung bereits kurzfristig die Vorteile ambulanter Leistungserbringung realisieren lassen. Zum anderen kann gleichzeitig auch eine geeignete Datenbasis für die perspektivische Umsetzung geschaffen werden.

2.3.2 Gutachten zur Erweiterung des AOP-Katalogs

Wie in Kapitel 2.2 erläutert, erteilte der Gesetzgeber dem GKV-Spitzenverband, der DKG und der KBV den Auftrag zur Erstellung eines Gutachtens zur Erweiterung des AOP-Katalogs. Dieses viel diskutierte Gutachten wurde im Jahr 2022 vom Berliner Forschungsinstitut IGES veröffentlicht. Das IGES hat zunächst alle noch nicht im AOP-Katalog enthaltenen Leistungen mit einem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) kategorisiert, die als generell ambulant durchführbar gelten. Alle Leistungen, bei denen aus medizinischer Sicht keine expliziten Gründe gegen eine ambulante Leistungserbringung sprechen, gelten als generell ambulant durchführbar. Darüber hinaus werden Leistungen betrachtet, die in angrenzenden Versorgungsbereichen oder in Vergleichsländern ambulant durchgeführt werden, in Deutschland zu dem Zeitpunkt jedoch noch nicht im AOP-Katalog enthalten waren. Als Vergleichsländer dienen dabei Dänemark, Großbritannien, Österreich, die Schweiz und die USA. Im Rahmen einer externen Validierung durch medizinische Fachgesellschaften werden jedoch Leistungen ausgeschlossen, die für eine ambulante Leistungserbringung als nicht geeignet erscheinen. Zusätzlich werden durch die Implementierung einer fallindividuellen Kontextprüfung nur solche Fälle einbezogen, bei denen eine ambulante Behandlung aufgrund von individuellen Patientencharakteristika tatsächlich möglich ist. In Tabelle 2.1 ist eine Übersicht aller Kontextfaktoren dargestellt. In der später folgenden empirischen Analyse werden die IGES-Kontextfaktoren den Kontextfaktoren des aktuellen AOP-Katalogs gegenübergestellt (Tabelle 2.4). Anzumerken ist, dass das Vorliegen eines Kontextfaktors eine ambulante Erbringung der entsprechen-

den Leistung nicht direkt ausschließt, sondern lediglich eine stationäre Behandlung zur Sicherheit der Patientinnen und Patienten rechtfertigen kann (Albrecht et al., 2022).

Tabelle 2.1: IGES-Kontextfaktoren der ambulanten Leistungserbringung

Kontextfaktor	Beschreibung
K1	DRG nicht ambulant durchführbar
K2	Stationäre Behandlung laut OPS angezeigt (inklusive .xy-Codes)
K3	Stationäre Beatmung
K4	Hohe Komplexität aufgrund von Kombinationen leichter Eingriffe
K5	Postoperative Versorgungssicherheit nicht gewährleistet
K6	Stationäre Behandlung durch Diagnose angezeigt
K6-S	Erhöhter Aufwand durch Diagnose angezeigt
K7	Stationäre Behandlung durch komplexe Komorbidität angezeigt
K8	Stationäre Behandlung aufgrund von Gebrechlichkeit angezeigt
K9	Stationäre Behandlung aufgrund sozialer Begleitumstände angezeigt

Quelle: Rößler et al., 2022, eigene Darstellung

Insgesamt ergibt sich aus dem Gutachten des IGES-Instituts eine mögliche Erweiterung des AOP-Katalogs um 2.476 OPS-Leistungen. Der bisherige AOP-Katalog umfasste zu diesem Zeitpunkt 2.879 OPS-Leistungen. Der Vorschlag des IGES-Instituts entspricht somit einer Erweiterung um 86 Prozent. Der Großteil der für die Erweiterung des AOP-Katalogs empfohlenen Leistungen bezieht sich dabei auf Operationen (Kapitel 5 der OPS-Kodes).

Das IGES-Institut empfiehlt eine Erweiterung des AOP-Katalogs um 86 % der bisher enthaltenen Leistungen und eine Auswahl von 9 Kontextfaktoren.

Das BARMER Institut für Gesundheitsforschung (bifg) hat in einer Reihe von Veröffentlichungen eine Potenzialermittlung durchgeführt, um das zusätzliche ambulante Potenzial durch eine Erweiterung des AOP-Katalogs auf Basis des IGES-Gutachtens abschätzen zu können. Als Basis für die Ermittlung werden die Daten der BARMER-Versicherten genutzt (Repschläger et al., 2022a, 2022b; Rößler et al., 2022). Von den 2,15 Millionen vollstationären Fällen (unter Ausschluss von Geburten) im Jahr 2019 weisen 560.000 Fälle ein Ambulantisierungspotenzial auf (gemessen anhand des AOP-Katalogs, Stand 2022). Betrachtet man nun die Fälle, die bei einer Erweiterung des AOP-Katalogs auf Grundlage des IGES-Gutachtens hinzukämen, entspricht dies rund 600.000 Fällen, die als zusätzlich

ambulantisierbar gelten. Insgesamt ergeben sich damit auf Basis der OPS-Kodes des damals geltenden AOP-Katalogs und der vorgeschlagenen Erweiterung rund 1,16 Millionen potenziell ambulantisierbare Fälle vor Anwendung einer Kontextprüfung (Repschläger et al., 2022b; Rößler et al., 2022).

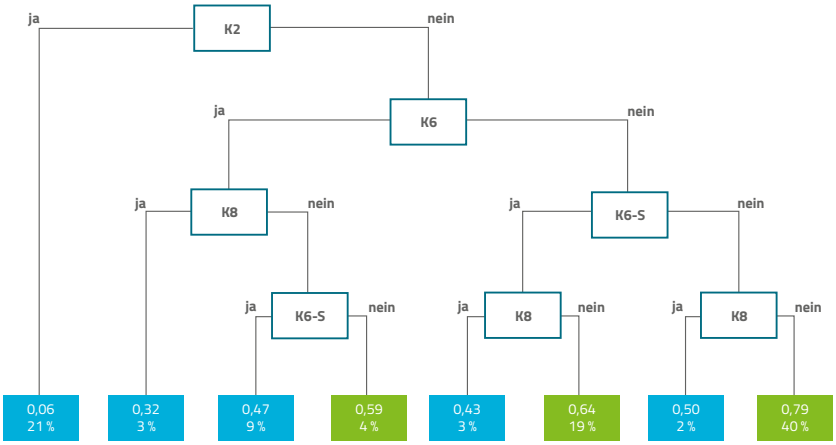
Im Zuge eines konservativen Ansatzes, bei dem die ambulante Behandlung von Fällen bei Vorlage eines Kontextfaktors ausgeschlossen wird, sinkt das Volumen der ambulantisierbaren Fälle drastisch (Repschläger et al., 2022a, 2022b; Rößler et al., 2022). Nach dieser strikten Kontextprüfung gelten von den 600.000 Fällen auf Basis des IGES-Gutachtens nur noch 62.000 Fälle als weiterhin ambulantisierbar. Dies entspricht etwa 10 Prozent der ambulantisierbaren Leistungsmenge ohne Kontextprüfung (Rößler et al., 2022). Die Anwendung der strikten Kontextprüfung zeigt jedoch eine sehr konservative Einschätzung, die unterhalb des realistisch möglichen ambulanten Potenzials liegt (Rößler et al., 2022). Um eine realistischere Annahme treffen zu können, wird neben der konservativen Methode eine differenzierte Betrachtung der einzelnen Kontextfaktoren durchgeführt. Dafür werden die Kontextfaktoren untersucht, die eine ambulante Behandlung nicht endgültig ausschließen. Mithilfe eines Klassifikationsbaums schätzen die Autorinnen und Autoren die Wahrscheinlichkeit einer ambulanten Behandlung in Abhängigkeit von Kontextfaktoren. Anschließend werden die gewonnenen Erkenntnisse auf die OPS-Leistungen des IGES-Gutachtens angewendet, um das ambulante Potenzial der Erweiterung abschätzen zu können. Die Ergebnisse sind in Abbildung 2.4 dargestellt und zeigen ein differenziertes Bild je nach Kombination der Kontextfaktoren. Beispielhaft lässt sich eine Aussage über die Wahrscheinlichkeit der Ambulantisierung von Fällen treffen, die den Kontextfaktor K2 aufweisen. Ausgehend von dem verwendeten Datensatz weisen 21 Prozent der Fälle diesen Kontextfaktor auf, wovon wiederum nur sechs Prozent ambulant behandelt wurden. Liegt der Kontextfaktor K2 nicht vor, die Kontextfaktoren K6 und K8 hingegen schon, beträgt der Anteil ambulant behandelter Fälle 32 Prozent. Diese Kombination von Kontextfaktoren umfasst jedoch nur drei Prozent des Datensatzes. Wenn die Kontextfaktoren K2, K6, K6-S und K8 gleichzeitig nicht vorliegen (rechter Pfad im Hierarchisierungsbaum), lassen sich rund 40 Prozent der Fälle des Datensatzes abbilden, von denen 79 Prozent ambulant behandelt werden. Wendet man nun die Ergebnisse der Analyse auf die Empfehlungen zur Erweiterung des AOP-Katalogs des IGES an, ergibt sich ein Ambulantisierungsvolumen von etwa 339.000 Fällen allein unter BARMER-

Versicherten. Diese Zahl liegt damit deutlich über den rund 62.000 Fällen bei konservativer Kontextprüfung.

Aufbauend auf diesen Analysen entwickelte das bifg eine Methodik zur Schätzung des Ambulantisierungspotenzials in deutschen Krankenhäusern (bifg, 2023b). Die Ergebnisse zeigen ein Ambulantisierungspotenzial von rund 20 Prozent der vollstationären Krankenhausfälle (exklusive Geburten). Dieser Anteil der potenziell ambulantisierbaren Fälle zeigt hierbei eine nur geringfügige Variation im Zeitverlauf (2019–2022) und zwischen Regionen. Die Ergebnisse werden im Versorgungskompass des bifg öffentlich zur Verfügung gestellt (bifg, 2023a).

Berechnungen des bifg zufolge liegt das Ambulantisierungspotenzial in deutschen Krankenhäusern bei rund 20 % der vollstationären Fälle (exklusive Geburten).

Abbildung 2.4: Klassifikationsbaum der IGES-Kontextfaktoren



Quelle: Rößler et al., 2022

2.4 Internationaler Vergleich

Die bestehenden finanziellen Fehlanreize sowie der bis zuletzt noch stark eingeschränkte Katalog der ambulant erbringbaren Leistungen führen dazu, dass Deutschland im internationalen Vergleich nach wie vor deutlichen Nachholbedarf in Bezug auf die ambulante Leistungserbringung aufweist.

Insgesamt fällt der Anteil der Ausgaben des deutschen Gesundheitssystems am Bruttoinlandsprodukt mit 11,7 Prozent vergleichsweise hoch aus. Dabei entfällt ein großer Teil dieser Ausgaben auf den Bereich der stationären Leistungserbringung, während die Ausgaben für die ambulante Versorgung nur 21,6 Prozent der Gesamtausgaben (im Jahr 2019) ausmachen. In Dänemark werden hingegen etwa 34,7 Prozent der Gesamtausgaben für Gesundheit für den ambulanten Sektor aufgewendet (OECD, 2023b).

In Deutschland werden deutlich mehr stationäre Fälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner behandelt als in den anderen OECD-Ländern. Dies verdeutlicht die enorme Bedeutung des stationären Sektors innerhalb des deutschen Gesundheitssystems.

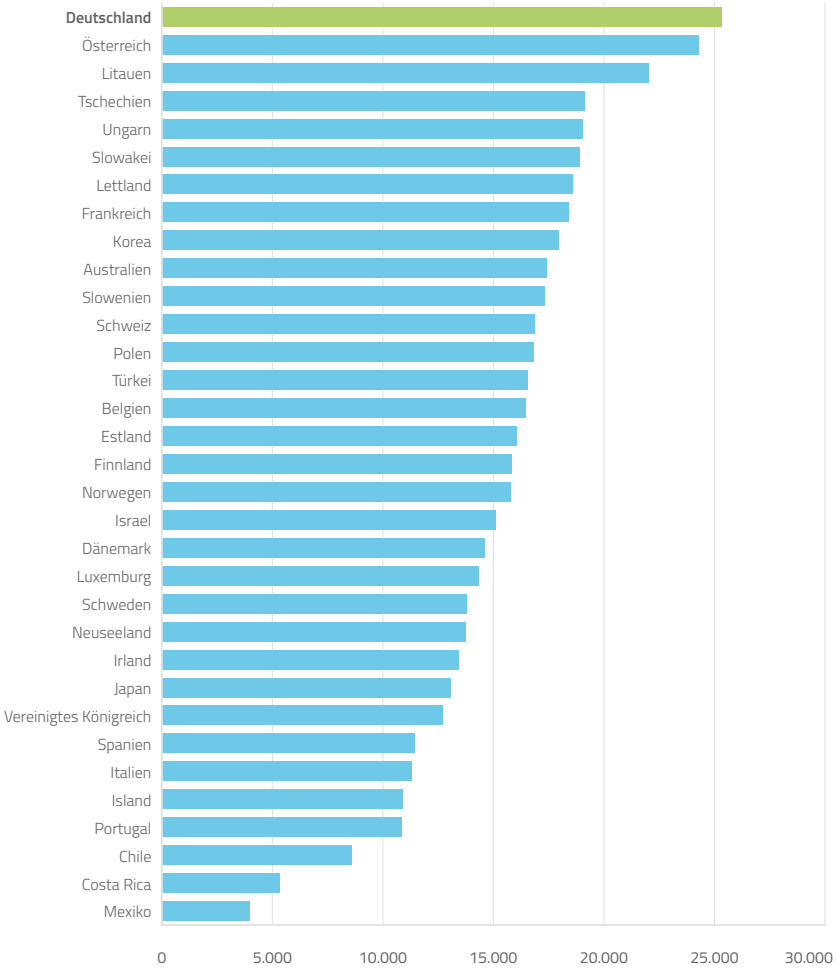
Abbildung 2.5 verdeutlicht, dass Deutschland im internationalen Vergleich überproportional viele stationäre Fälle behandelt. Im Jahr 2019 wurden in Deutschland etwa 25.000 stationäre Fälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner behandelt, mehr als in jedem anderen OECD-Land (OECD, 2023a). Da man davon ausgehen kann, dass Menschen in Deutschland nicht signifikant kränker sind als Menschen in anderen OECD-Ländern, müssen andere Gründe für die hohe Zahl an stationären Fällen vorliegen. Diese können vielmehr auf strukturelle Unterschiede zwischen dem deutschen Gesundheitssystem und den Gesundheitssystemen der OECD-Vergleichsländer zurückgeführt werden. So zeigt das hohe Aufkommen stationärer Fälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner die bedeutsame Stellung, die der stationäre Sektor im Vergleich zum ambulanten Sektor in Deutschland einnimmt.

Im Gegensatz zu den Vergleichsländern wurde in Deutschland bislang keine Angleichung der Vergütungsniveaus von ambulanter und stationärer Leistungserbringung vorgenommen.

Länder wie Norwegen, Dänemark, Frankreich oder Großbritannien haben in der Vergangenheit umfassende Reformen auf den Weg gebracht, um das ambulante Leistungsgeschehen zu stärken und Anreize für eine Leistungsverschiebung in den ambulanten Bereich zu schaffen. Abbildung 2.6 zeigt die umgesetzten Reformen in Bezug auf Ambulantisierung in Deutschland sowie ausgewählten europäischen Vergleichsländern. Der Beginn des ambulanten Operierens wurde in Deutschland im Jahr 1992, ähnlich früh wie in den Vergleichsländern, mit § 115b SGB V eingeleitet. In den darauffolgenden Jahren wurden auch in Deutschland einige Änderungen am AOP-Katalog vorgenommen, allerdings lag der Fokus dieser Anpassungen vor allem auf der Erweiterung um verschiedene Leistungsbereiche. Im Unterschied dazu stand in den Vergleichsländern immer auch eine Anpassung der Vergütung ambulanter Behandlungen im Zentrum der Reformen. Hierzu wurden zunächst Leistungssektoren ausgewählt, in denen dann das Vergütungsniveau für ambulante Behandlungen angepasst wurde. Die Erfahrungen dieser Länder können

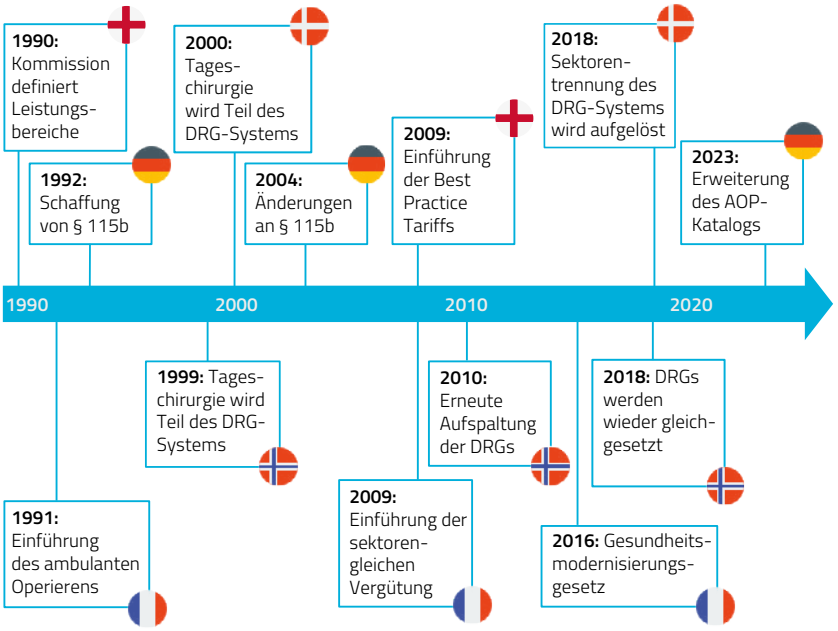
als Vorbild für weitere notwendige Reformen für den Prozess der Ambulantisierung in Deutschland gelten und werden im Folgenden auf Basis der Gutachten Schreyögg und Milstein (2021) und Albrecht et al. (2022) einzeln vorgestellt.

Abbildung 2.5: Stationäre Fälle je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im OECD-Vergleich 2019



Quelle: OECD, 2023a

Abbildung 2.6: Reformen ausgewählter Länder im Zeitverlauf



Quelle: Schreyögg und Milstein (2021), eigene Darstellung

Norwegen begann seine Ambulantisierungsstrategie im Jahr 1999 mit der Eingliederung der Tageschirurgie in das norwegische Fallpauschalensystem und der Etablierung sektorengleicher Leistungsbereiche. Diese Reformen ließen das ambulante Leistungsgeschehen deutlich ansteigen. Wurden in den 1990er Jahren nur etwa 20 bis 30 Prozent des ambulanten Potenzials in der Tageschirurgie erreicht, konnten bereits in den 2000er Jahren Ambulantisierungsraten von etwa 60 Prozent realisiert werden. Jedoch rückte in den darauffolgenden Jahren die Sorge in den Fokus, dass die bisherige Ausgestaltung der Finanzierung medizinisch leichte Fälle überproportional bevorzugen würde und Anreize zur vorschnellen Entlassung von Patientinnen und Patienten liefern könne. Aus diesen Gründen wurden im Jahr 2010 die Preise für tageschirurgische und vollstationäre DRGs

wieder aufgespalten. Es folgte ein deutlicher Einbruch der ambulanten Leistungserbringung, weshalb man sich erneut dazu entschloss, finanzielle Anreize für die ambulante Behandlung zu setzen. Um einen schnellen Wiederanschluss an die Ambulantisierungsraten der vergangenen Jahre zu erreichen, wurde die ambulante Leistungserbringung nach der Wiedereinführung in den Jahren 2016 und 2017 temporär um zehn beziehungsweise 15 Prozent besser vergütet als die stationäre Leistungserbringung. 2018 erfolgte dann eine erneute Angleichung der Vergütungsniveaus für einen Teil der Eingriffe.

In **Dänemark** wurde im Jahr 2000 ein sektorengleicher Leistungsbereich innerhalb des Fallpauschalensystems geschaffen, welcher in den darauffolgenden Jahren sukzessive um Leistungen erweitert und auf weitere Leistungsbereiche ausgedehnt wurde. Umfasste dieser Katalog der sogenannten Gråzonetaksten (Grauzonentarife) bei seiner Einführung lediglich 29 der 495 Fallpauschalen des Landes, so waren es im Jahr 2017 bereits 205 von 743 Fallpauschalen. Im Jahr 2018 wurde die Trennung des ambulanten und stationären Sektors schließlich vollkommen aufgehoben, so dass diese Unterscheidung in Dänemark mittlerweile völlig unabhängig von der finanziellen Vergütung von Leistungen ist.

England startete bereits früh mit dem Ausbau ambulanter Leistungserbringung. Auf Grundlage der Empfehlungen des Royal College of Surgeons und einer landesweiten Befragung unter Chirurginnen und Chirurgen sowie Anästhesistinnen und Anästhesisten wurde im Jahr 1990 eine Liste von 20 Leistungen für die taggleiche Leistungserbringung beschlossen. Gleichzeitig wurde eine Anschubfinanzierung in Höhe von 15 Millionen Pfund zum landesweiten Aufbau von chirurgischen Zentren für taggleiche Eingriffe bereitgestellt. Im Jahr 2001 erfolgte zunächst eine Erweiterung des Katalogs auf 25 Leistungen, bevor im Jahr 2007 schließlich die Einführung finanzieller Anreize geplant wurde. Die Umsetzung erfolgte im Jahr 2009 im Rahmen der Best Practice Tariffs. Diese beinhalten ein einheitliches Vergütungsniveau, welches unabhängig von der Art der Leistungserbringung ist. Darüber hinaus werden zusätzliche Anreize zur ambulanten Behandlung für ausgewählte Leistungsbereiche etabliert, die eine Erhöhung der Vergütung gegenüber der stationären Leistungserbringung um durchschnittlich zehn Prozent vorsehen.

Auch in **Frankreich** wurden bereits im Jahr 1991 erste Reformen zur Ambulantisierung auf den Weg gebracht. Die Verlagerung lief jedoch zu Beginn nur sehr langsam an. Im Jahr 2009 wurde ein sektorengleicher Leistungsbereich etabliert, dessen einheitliche Vergütung in der Tarification Unique geregelt ist. Dieser Leistungsbereich wurde in den folgenden Jahren nach und nach erweitert und umfasst seit dem Jahr 2014 den gesamten chirurgischen Leistungsbereich. Die Höhe der Vergütung in der jeweiligen Fallpauschale ist dabei an die bereits realisierten Ambulantisierungsraten angepasst. Für Behandlungen, die nur zu einem geringen Anteil ambulant erbracht werden, fällt die Vergütung besonders hoch aus und erreicht das Niveau der traditionellen stationären Preise. Mit steigenden Ambulantisierungsraten sinkt die Vergütung schrittweise auf das traditionelle Niveau der ambulanten Leistungserbringung ab. Darüber hinaus wurde im Jahr 2008 eine Ex-ante-Genehmigungspflicht durch die Krankenkassen für die stationäre Leistungserbringung in 55 ausgewählten Leistungsbereichen eingeführt. Sie gilt vor allem für solche Leistungserbringende, die unterhalb der durchschnittlichen Ambulantisierungsquoten liegen.

Die Einführung einer sektorengleichen Vergütung hat in den Vergleichsländern maßgeblich zum Fortschritt in Bezug auf die Ambulantisierung von Leistungen beigetragen.

In Tabelle 2.2 werden zentrale Elemente und Besonderheiten der internationalen Vergütungssystematiken zusammenfassend dargestellt. In allen ausgewählten Vergleichsländern obliegt die letztendliche Wahl zwischen einer ambulanten oder stationären Leistungserbringung den behandelnden Ärztinnen und Ärzten. Anders ist es beispielsweise in der Schweiz, wo es zum Teil verpflichtende Vorgaben zum Behandlungssetting gibt (Albrecht et al., 2022). Am weitesten vereinheitlicht sind die Sektoren in Großbritannien und Dänemark. In diesen beiden Ländern spielt die Unterscheidung zwischen ambulanter und stationärer Leistungserbringung grundsätzlich keine Rolle mehr für die Vergütung. In Norwegen und Frankreich hingegen gilt die sektorengleiche Vergütung lediglich für eine Reihe ausgewählter Leistungsbereiche. Weitere Unterschiede zwischen den Ländern bestehen im Hinblick auf die Höhe der Vergütung. In allen Vergleichsländern kommt eine Variation der Mischvergütung zum Einsatz. In allen beschriebenen Ländern ist die Ambulantisierung aus institutioneller Sicht und aus Sicht der Fallzahlen weiter fortgeschritten als in Deutschland. Somit können diese Länder dem deutschen Gesundheitssystem als Vorbild dienen, um beispielsweise mithilfe finanzieller Anreize für ambulante Leistungen die Ambulantisierung voranzutreiben.

Tabelle 2.2: Modelle sektorengleicher Vergütung in ausgewählten Ländern

	Kann- oder Muss-Liste[1]	Vergütungsmodell	Besonderheiten
Dänemark	Kann-Liste	Sektorengleiche Vergütung (unabhängig vom Behandlungsort)	Vollständige Aufhebung der Sektorentrennung zwischen ambulanter und stationärer Vergütung im Jahr 2018
England	Kann-Liste	Sektorengleiche Vergütung (unabhängig vom Behandlungsort)	Zusätzlich: Höhere Vergütung für ausgewählte ambulante Leistungen (durchschnittlich 10 Prozent Überdeckung)
Norwegen	Kann-Liste	Sektorengleiche Vergütung für ausgewählte Leistungsbereiche	Wiedereinführung finanzieller Anreize im Jahr 2016 nach zuvor erfolgter Abkehr von sektorengleicher Vergütung
Frankreich	Kann-Liste	Sektorengleiche Vergütung für ausgewählte Leistungsbereiche	Ex-ante-Genehmigungspflicht für **stationäre** Leistungserbringung in ausgewählten Leistungsbereichen durch die Krankenkassen Zusätzlich: Höhere Vergütung für ausgewählte ambulante Leistungen ▪ Höhe der finanziellen Überdeckung sinkt mit steigendem Grad der realisierten Ambulantisierung

[1] Kann-Liste: Arzt entscheidet über die Art der Leistungserbringung; Muss-Liste: Art der Leistungserbringung ist gesetzlich vorgegeben (Beispiel: Schweiz).
Quelle: Schreyögg und Milstein (2021), Albrecht et al. (2022)

2.5 Medizinische Grundlagen

In den späteren empirischen Analysen wird geprüft, ob es zu einer Ambulantisierung von Krankenhausleistungen im Zuge der COVID-19-Pandemie gekommen ist. Diese Auswertungen werden beispielhaft anhand von vier verschiedenen Analysen durchgeführt. Die ausgewählten Indikationen sind Teil des aktuellen AOP-Katalogs und darüber hinaus Teil der Liste von 30 Leistungsbereichen, die von Schreyögg und Milstein (2021) für die Einführung einer sektorengleichen Vergütung empfohlen werden. Zudem wurden bei einer Vielzahl der hier betrachteten Eingriffe in der jüngeren Vergangenheit neuere, minimalinvasive Operationsverfahren etabliert, die die Eingriffe heute wesentlich erleichtern. Minimalinvasive Eingriffe haben gegenüber herkömmlichen offenen Verfahren den Vorteil, dass sie Patientinnen und Patienten deutlich weniger stark belasten.

Unter einer Operation der **Leistenhernien** versteht man die operative Versorgung eines Leistenbruchs. Die Reparatur des Leistenkanals erfolgt hierbei meist mithilfe von Nähten oder Netzen. Operationen können dabei entweder offen oder endoskopisch durchgeführt werden (Lorenz et al., 2015).

Die **Gelenkspiegelung** (Arthroskopie) bietet einen minimalinvasiven Zugang zum Kniegelenk und erleichtert dadurch sowohl die Diagnostik als auch operative Eingriffe (Müller-Rath et al., 2022; Zwißler et al., 2021). Dabei werden über einen kleinen Schnitt eine Kamera sowie notwendiges Operationsmaterial eingeführt, wodurch eine Offenlegung des betroffenen Gelenks vermieden werden kann. Dies führt unter anderem zu einer deutlich reduzierten Belastung der Patientinnen und Patienten, weshalb viele arthroskopische Operationen im Bereich des Knies grundsätzlich ambulant erbracht werden können. Dazu zählen Eingriffe an Meniskus, Knorpel, Synovia, Patella oder dem Kreuzband. In der Regel werden komplexe Revisionseingriffe sowie offene Transplantationen oder komplexe Rekonstruktionen stationär durchgeführt. Auch die operative Versorgung von Frakturen erfolgt üblicherweise nicht ambulant (Strobel, 2010).

Die **Koronarangiographie** wird als diagnostisches Verfahren eingesetzt, wenn der Verdacht besteht, dass der Blutfluss zum Herzen aufgrund von Verschlüssen eingeschränkt ist. Zu diesen Verschlüssen kommt es häufig im Rahmen einer koronaren Herzkrankheit, wenn sich Kalkeinlagerungen in den Arterien bilden und so den Blutfluss behindern. Konkret wird eine diagnostische Koronarangiographie indiziert, wenn es infolge leichter Belastung zu einem Druckgefühl in der Brust (Angina Pectoris) kommt oder eine eingeschränkte Pumpfunktion der linken Herzkammer (linksventrikuläre Dysfunktion) festgestellt wird und der Verdacht auf eine koronare Herzkrankheit vorliegt. Das Verfahren umfasst die Injektion von Kontrastmittel, mithilfe dessen die Koronararterie dargestellt werden kann (Nef et al., 2021).

Eine **Operation der Nasenscheidewand** wird zur Korrektur bei funktionellen Beeinträchtigungen der Nase durch eine Formstörung des Nasenseptums indiziert, beispielsweise bei einer gestörten Atmung. Das Ziel ist dabei immer, eine gerade, stabile Infrastruktur der Nasenscheidewand in korrekter Position herzustellen. Zum Einsatz kommen hierbei

verschiedene Operationsverfahren, die sich im Hinblick auf Inzision und Technik unterscheiden können (Lindemann et al., 2020).

Eine ambulante Durchführbarkeit ist grundsätzlich bei allen analysierten Eingriffen für einen großen Teil der Patientinnen und Patienten gegeben. Zu berücksichtigen sind allerdings organisatorische Aspekte sowie Einschränkungen auf Patientenebene, die ein höheres Maß an Betreuung und Überwachung im Nachgang der Operation erforderlich machen können. So sehen Nef et al. (2021) eine ambulante Herzkatheteruntersuchung für alle Patientinnen und Patienten vor, die einen ausreichend guten Allgemeinzustand sowie keine anders begründete stationäre Behandlungsnotwendigkeit aufweisen. Darüber hinaus stellen die komplikationslose Durchführung und Nachüberwachungsphase sowie eine gesicherte häusliche Nachsorge zentrale Kriterien dar, um Patientinnen und Patienten im Anschluss an den Eingriff zeitnah entlassen zu können (Nef et al., 2021).

Auch Operationen an der Nase können grundsätzlich problemlos im ambulanten Umfeld durchgeführt werden. Allerdings stellt auch hier die Sicherstellung einer häuslichen Nachsorge ein zentrales Kriterium für die ambulante Leistungserbringung dar. Darüber hinaus kann ein erhöhtes Blutungsrisiko von Patientinnen und Patienten dazu führen, dass ein Eingriff in stationärer Umgebung erforderlich ist (Deitmer et al., 2022; Lindemann et al., 2020). Die European Hernia Society empfiehlt für die Mehrzahl der Operationen von Leistenhernien einen ambulanten Eingriff. Faktoren, die zu einer Einschränkung dieser Empfehlung führen können, betreffen insbesondere die Nachsorge und Logistik des Eingriffs (European Hernia Society, 2018; Lorenz et al., 2015; Simons et al., 2009). Für arthroskopische Operationen am Knie sind neben dem Ausschluss komplexer Revisionseingriffe für eine ambulante Operation weitere Faktoren zu berücksichtigen. Dazu zählen das individuelle Blutungsrisiko, aber auch soziale Faktoren sowie die allgemeine Wohnsituation (Strobel, 2010).

Die Sicherstellung der häuslichen Nachsorge stellt ein zentrales Kriterium für die Durchführung ambulanter Operationen dar.

2.6 Empirische Analysen

In der empirischen Analyse des diesjährigen BARMER-Reports wird geprüft, ob es zu einer verstärkten Ambulantisierung von Krankenhausleistungen im Zuge der Coronapandemie gekommen ist. Diese Analysen werden beispielhaft anhand von vier verschiedenen Indikationen durchgeführt, die sehr gut ambulant behandelt werden können. Für die Analysen verwenden wir Routinedaten der BARMER aus den Jahren 2016 bis 2021. Die Datenanalysen erfolgen mittels der Statistiksoftware R.

2.6.1 Beschreibung der Stichprobe und der Kontextfaktoren

Die Analyse umfasst die Indikationen für die operative Versorgung der Leistenhernie („Leistenbruch"), die arthroskopische Operation des Kniegelenks, die diagnostische Koronarangiographie sowie die Resektion und Rekonstruktion des Nasenseptums. Die für die Erstellung der Analysestichprobe genutzten OPS-Kodes sind in Tabelle 2.3 dargestellt. Darüber hinaus wurden Ausschlussgründe für eine ambulante Behandlung definiert. Dies gilt etwa für Operationen am Knie, bei denen eine Verletzung der Grund für die Behandlung war (ICD-Kapitel „S"). Diese Fälle sind meist zeitkritisch und werden daher stationär behandelt. Ähnliches gilt für Patientinnen und Patienten, bei denen eine diagnostische Koronarangiographie durchgeführt wurde. Wenn in diesen Fällen zusätzlich ein Stent gesetzt (OPS 8-837), eine Operation etwa an den Herzklappen (OPS 5-35*) oder ein Bypass (OPS 5-36*) durchgeführt wurde, gelten diese Fälle als nicht ambulantisierbar. Diese Eingriffe werden beispielsweise zur Vorbeugung oder im Falle eines Herzinfarkts eingesetzt und können nur stationär durchgeführt werden. Darüber hinaus werden für Patientinnen und Patienten mit Leistenhernien rezidive Fälle (OPS 5-530.7) ausgeschlossen. Bei einer wiederkehrenden Leistenhernie kann angenommen werden, dass es sich um einen komplexen Fall handelt, der nicht zweifelsfrei ambulant behandelt werden kann. Ebenso sind laparoskopische Eingriffe bei Leistenhernien (OPS 5-390.9) nicht Teil der Analyse, da hier eine zu geringe Fallzahl vorliegt. Die eingeschlossenen Operationen der Leistenhernie (OPS 5-530.0 sowie 5-530.3) werden zunächst getrennt nach den genannten OPS dargestellt, da sich diese deutlich in der Durchführung und Komplexität unterscheiden. Abschließend werden Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren und Fälle mit fehlenden Angaben wie Alter, Geschlecht oder Wohnort ausgeschlossen.

Tabelle 2.3: OPS-Kodes der Indikationen

	Indikation	OPS-Kodes
	Diagnostische Koronarangiographie	1-275.0
	Resektion und Rekonstruktion des Nasenseptums	5-214*
	Leistenhernien ▪ offen-chirurgisch ohne Netz ▪ mit Netz	 5-530.0* 5-530.3*
	Arthroskopische Operationen am Knie	1-697.7 5-810* (mit Ausnahmen) 5-811* (mit Ausnahmen) 5-812* (mit Ausnahmen) 5-813* 5-815*

*Die hier genannten OPS-Kodes umfassen mehrere Unterkategorien. Ausnahmen beziehen sich auf die Auswahl der OPS-Kodes zum Kniegelenk mit der sechsten Stelle „h".
Quelle: RWI

Im nächsten Schritt werden die Fälle der Analysestichprobe mithilfe von Kontextfaktoren auf ihr ambulantes Potenzial hin geprüft. Dies geschieht auf Basis des aktuell geltenden AOP-Katalogs. Dessen Kontextfaktoren orientieren sich an den Kontextfaktoren des IGES-Gutachtens, das in Kapitel 2.3.2 erläutert wurde. Die Unterschiede der beiden Kataloge sind in Tabelle 2.4 dargestellt. Die Tabelle zeigt, welche Kontextfaktoren nach dem AOP-Katalog 2023 und dem IGES-Gutachten berücksichtigt werden. Ein Fall gilt als potenziell ambulantisierbar, wenn kein Kontextfaktor vorliegt, der eine stationäre Behandlung begründet.

Stationäre Fälle können potenziell ambulant behandelt werden, wenn kein Kontextfaktor vorliegt, der eine stationäre Behandlung begründet.

Kontextfaktor 1 des IGES-Gutachtens nennt eine Liste von DRGs, die Fälle charakterisieren, in denen eine stationäre Versorgung nötig ist. Dieser Kontextfaktor fand jedoch keinen Eingang in die Liste der Kontextfaktoren des aktuellen AOP-Katalogs. Kontextfaktor 2 findet sich hingegen in beiden Definitionen des ambulanten Potenzials und definiert Behandlungen und Eingriffe, die eine stationäre Versorgung begründen. Die Definition der Eingriffe und Behandlungen erfolgt über OPS-Kodes, wobei die beinhalteten OPS-Kodes zwischen der AOP- und der IGES-Definition variieren. Ebenso begründet eine Beatmung der Patientin oder des Patienten in beiden Definitionen eine stationäre Behandlung (Kon-

textfaktor 3). Kontextfaktor 6a nennt Diagnosen, die akut auftreten und deshalb stationär behandelt werden. Kontextfaktor 8 berücksichtigt den Allgemeinzustand der Patientin oder des Patienten über den Pflegegrad. Die Kontextfaktoren 10 bis 12 berücksichtigen spezielle Funktionseinschränkungen und Operationen am Auge, die eine stationäre Versorgung erfordern, sowie das Alter der Patientin oder des Patienten.

Tabelle 2.4: Kontextfaktoren zur Feststellung des ambulanten Potenzials

Kontextfaktor	Begründung	Identifikation	IGES 2022	AOP 2023
Kontextfaktor 1	DRG nicht ambulant durchführbar	DRG-Liste	✔	⊖
Kontextfaktor 2	OPS nur stationär durchführbar	OPS-Liste	✔	✔
Kontextfaktor 3	stationäre Behandlung aufgrund von Beatmung	Beatmungs-stunden	✔	✔
Kontextfaktor 4	Kombination mehrerer Eingriffe		n. a.	⊖
Kontextfaktor 5	ICD-Diagnosen mit besonderem Betreuungsbedarf	ICD-Liste	✔	⊖
Kontextfaktor 6a	ICD nicht ambulant (da akute ICD)	ICD-Liste	✔	✔
Kontextfaktor 6b	ICD erhöhter Aufwand (erhöhter perioperativer Aufwand und ggf. erhöhter Nachsorgebedarf)	ICD-Liste	✔	⊖
Kontextfaktor 7	komplexe Komorbidität	PCCL	✔	⊖
Kontextfaktor 8	Frailty: Pflegegrad, Behinderung, Frailty-Index	Pflegegrad 4/5	✔	✔
Kontextfaktor 9	soziale Begleitumstände		n. a.	n. a.
Kontextfaktor 10	Funktionseinschränkungen		⊖	✔
Kontextfaktor 11	Alter <1 Jahr		⊖	✔
Kontextfaktor 12	bestimmte Operationen am Auge		⊖	✔

Anmerkung: n. a.: nicht in den Daten abbildbar.
Quelle: RWI, IGES (2022), AOP (2023)

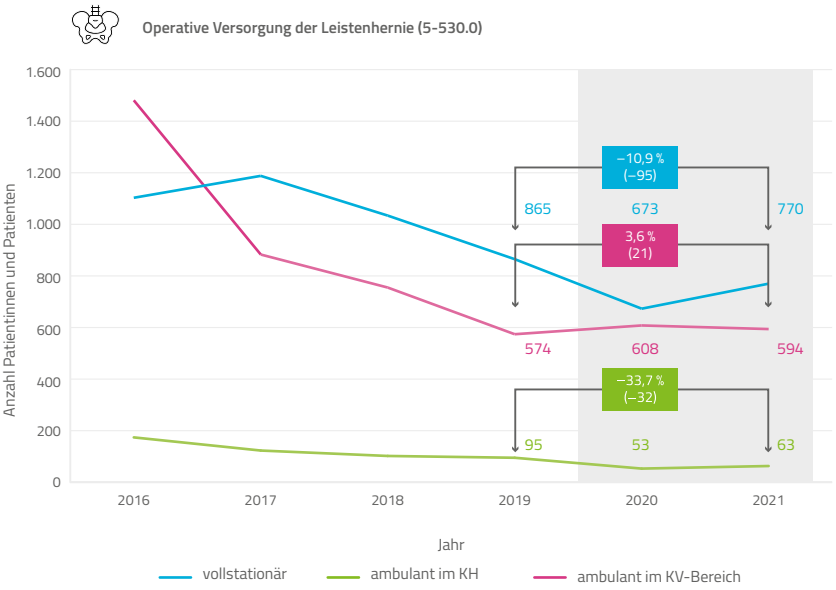
2.6.2 Deskriptive Analysen

Im folgenden Abschnitt werden die Patientenzahlen der beschriebenen Indikationen im Zeitverlauf dargestellt. Darüber hinaus werden die Patientencharakteristika für die Jahre 2019 und 2021 sowie nach Behandlungssektor verglichen und regionale Variationen dargestellt.

Operative Versorgung der Leistenhernie

Abbildung 2.7 zeigt die Patientenzahlen der offen-chirurgischen Versorgung der Leistenhernie ohne Netz (OPS 5-530.0) im Zeitverlauf von 2016 bis 2021 für den jeweiligen Behandlungssektor. Auffällig ist, dass bereits vor Pandemiebeginn die Gesamtzahl der Patientinnen und Patienten rückläufig ist. Im Zuge der Coronapandemie sinkt sowohl die Zahl der stationären Patientinnen und Patienten von 865 im Jahr 2019 um elf Prozent auf 770 Patientinnen und Patienten im Jahr 2021 als auch die der ambulant im Krankenhaus behandelten Patientinnen und Patienten von 95 auf 63 Patientinnen und Patienten. Einzig die Zahl der ambulant im niedergelassenen Bereich behandelten Patientinnen und Patienten ist nahezu konstant geblieben.

Abbildung 2.7: Patientenzahl der operativen Versorgung der Leistenhernie im Zeitverlauf (OPS 5-530.0)

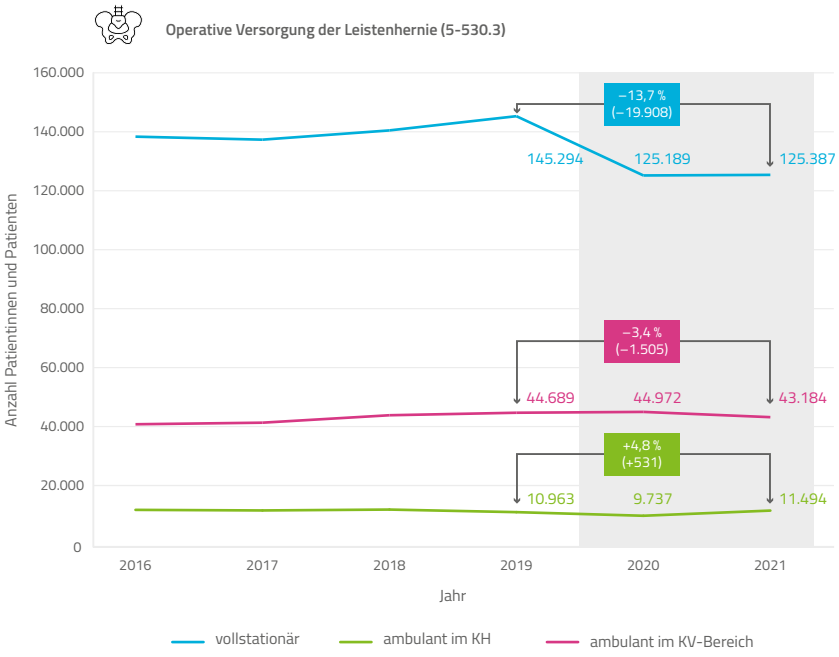


Anmerkung: Alle stationären und ambulanten Fälle für Patientinnen und Patienten über 18 Jahren (ohne ausgeschlossene Fälle); Fälle entsprechen den Fallnummern, in denen mindestens einmal die OPS kodiert wurde.
Quelle: BARMER-Daten 2016 bis 2021

Operative Behandlungen der Leistenhernie mit Netz (OPS 5-530.3) werden insgesamt deutlich häufiger durchgeführt als solche ohne Netz. Betrachtet man darüber hinaus Abbildung 2.8, so zeichnet sich bei dieser Behandlung seit 2016 ein leicht anderes Bild ab. Bis zum Jahr 2019 stagnieren die Fallzahlen in allen Behandlungssektoren. Während die stationären Fallzahlen von 2019 bis 2021 um 13,7 Prozent sinken, verändern sich die Fallzahlen der ambulant und ambulant im Krankenhaus behandelten Patientinnen und Patienten nur wenig mit –3,4 Prozent beziehungsweise +4,8 Prozent. Insgesamt ist das Niveau der ambulant und ambulant im Krankenhaus behandelten Fallzahlen deutlich geringer als das Niveau der stationär behandelten Fallzahlen.

Abbildung 2.8: Patientenzahl der operativen Versorgung der Leistenhernie im Zeitverlauf (OPS 5-530.3)

Während die stationären Fallzahlen bei der Versorgung der Leistenhernie sinken, bleiben die ambulanten Fallzahlen konstant.



Anmerkung: Fälle entsprechen den Fallnummern, in denen mindestens einmal die OPS kodiert wurde.
Quelle: BARMER-Daten 2016 bis 2021

In Tabelle 2.5 werden beide Eingriffe (OPS 5-530.0 und 5-530.3) zusammen ausgewertet. Vergleicht man die Patientencharakteristika zwischen dem Jahr 2019 vor der Pandemie und dem Pandemiejahr 2021, so fällt auf, dass die Patientenzahl insgesamt von etwa 202.000 auf 181.000 Patientinnen und Patienten zurückgegangen ist. Der Anteil ambulant behandelter Patientinnen und Patienten ist von 27,8 Prozent auf 30,5 Prozent gestiegen. Die Patientinnen und Patienten des Jahres 2019 unterscheiden sich nur geringfügig von den Patientinnen und Patienten des Jahres 2021 mit Blick auf das durchschnittliche Alter, den Anteil der Geschlechter, die Zahl der Komorbiditäten (dargestellt

anhand des Charlson-Scores) sowie den Anteil der Patientinnen und Patienten mit Pflegegrad 4 und 5. Die Verweildauer ist im Durchschnitt gesunken, vermutlich als Folge des gestiegenen Anteils ambulanter Behandlungen, da die Verweildauer im ambulanten Bereich per Definition auf 1 festgelegt wurde.

Die Patientinnen und Patienten in den Jahren 2019 und 2021 unterscheiden sich nur wenig.

Tabelle 2.5: Patientencharakteristika 2019 und 2021 (operative Versorgung der Leistenhernie)

	2019	2021
Anzahl Patientinnen und Patienten (Anteil ambulant in %)	56.321 (27,8)	55.335 (30,5)
▪ davon Anteil ambulant im KV-Bereich (in %)	80,0	79,2
▪ davon Anteil ambulant im KH (in %)	20,0	20,8
Alter in Jahren	62,5	63,0
Anteil weiblicher Patientinnen (in %)	14,2	14,1
Komorbiditäten: Charlson-Score	1,8	1,9
Anteil Patientinnen und Patienten mit Pflegegrad 4+5 (in %)	0,6	0,8
Anteil Patientinnen und Patienten im Pflegeheim (in %)	0,9	0,8
Verweildauer in Tagen	2,1	1,9
Patientinnen und Patienten	202.480	181.492
Patientinnen und Patienten (BARMER)	20.900	18.420

Anmerkung: Die Verweildauer im ambulanten Bereich wurde per Definition auf 1 festgelegt.
Quelle: BARMER-Daten 2019 und 2021

96 % der stationär behandelten Fälle könnten ambulant versorgt werden.

Die Patientencharakteristika zwischen den verschiedenen Behandlungssektoren unterscheiden sich hingegen deutlicher. Tabelle 2.6 stellt diese für die Jahre 2019 und 2021 nach ambulanten Behandlungen im KV-Bereich, ambulanten Behandlungen im Krankenhaus und stationären Behandlungen dar. Die stationär behandelten Patientinnen und Patienten werden zusätzlich hinsichtlich ihres ambulanten Potenzials differenziert. Spalte 3 zeigt die Patientencharakteristika für alle Patientinnen und Patienten, die stationär behandelt wurden. In Spalte 4 werden alle Fälle ausgeschlossen, in denen Kontextfaktoren vorliegen, die eine stationäre Behandlung erforderlich machen. Solche Kontextfaktoren liegen in 4,4 Prozent der stationär behandelten Fälle vor. Stationär behandelte Patientinnen und Patienten sind mit etwa 64 Jahren deutlich älter als ambulant im Krankenhaus und ambulant im KV-Bereich behandelte Patientinnen und Patienten (jeweils 58 Jahre). Bei Frauen wird der Eingriff wesentlich seltener durchgeführt als bei Männern.

Darüber hinaus sind stationär behandelte Patientinnen und Patienten etwas stärker vorerkrankt, wie die leicht erhöhte Anzahl an Komorbiditäten sowie der leicht erhöhte Anteil an Patientinnen und Patienten mit Pflegegrad vermuten lässt. Dies gilt jedoch nur für die Gesamtzahl der stationär behandelten Patientinnen und Patienten. Die Fälle mit ambulantem Potenzial sind zu einem geringeren Anteil pflegebedürftig und haben weniger Vorerkrankungen. Insgesamt ist die Zahl der Patientinnen und Patienten im stationären Sektor mit 270.000 deutlich höher als im ambulanten Sektor.

Tabelle 2.6: Patientencharakteristika nach Art der Leistungserbringung (operative Versorgung der Leistenhernie)

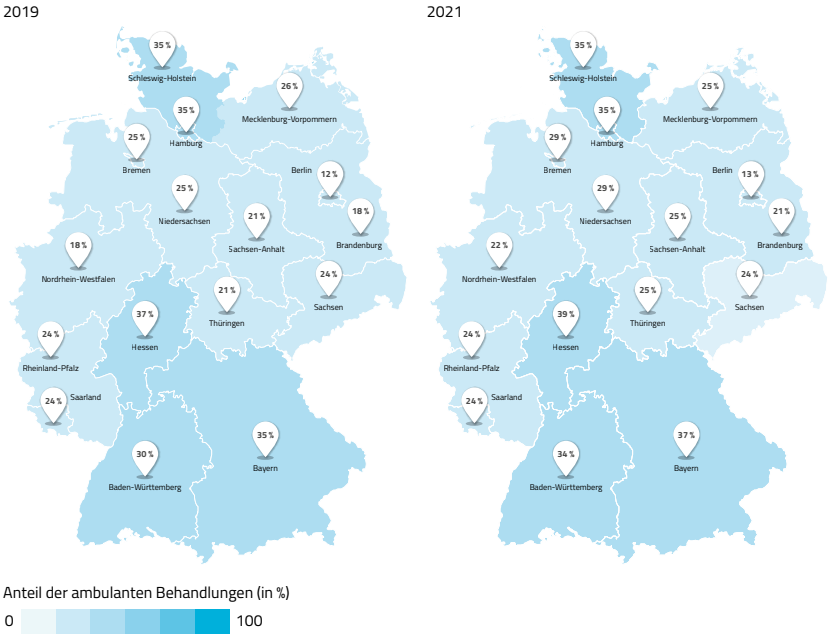
	Ambulant		Stationär	
	KV-Bereich	im KH	alle stationären Patienten	mit amb. Potenzial
Alter in Jahren	58,2	58,2	64,5	64,0
Anteil weiblicher Patientinnen (in %)	13,6	8,9	14,7	14,3
Komorbiditäten: Charlson-Score	1,3	1,2	2,0	2,0
Anteil Patientinnen und Patienten mit Pflegegrad 4/5 (in %)	0,1	0,3	0,9	0,2
Anteil Patientinnen und Patienten im Pflegeheim (in %)	0,1	0,6	1,1	0,7
Verweildauer	1,0	1,0	2,4	2,1
Patientinnen und Patienten (2019 + 2021)	89.041	22.615	272.316	261.573
Patientinnen und Patienten (BARMER 2019 + 2021)	8.506	2.179	28.635	27.365

Anmerkung: Die Verweildauer im ambulanten Bereich wurde per Definition auf 1 festgelegt. Es werden alle stationären Fälle als ambulantes Potenzial gezählt, bei denen keiner der Kontextfaktoren Anwendung findet.
Quelle: BARMER-Daten 2019 und 2021

Abbildung 2.9 zeigt, dass der Anteil ambulanter Behandlungen innerhalb Deutschlands nur wenig variiert. Der Anteil ambulant behandelter Patientinnen und Patienten war sowohl 2019 als auch 2021 im Süden Deutschlands etwas höher. In Baden-Württemberg, Hessen und Bayern lag der Anteil zwischen 30 und 40 Prozent, während der Anteil in Niedersachsen und Mecklenburg-Vorpommern bei 20 bis 30 Prozent lag. Im Jahr 2019 lag der Anteil in NRW, Brandenburg und Berlin noch bei 10 bis 20 Prozent. Im Jahr 2021 galt dies nur noch für Berlin.

Es gibt nur wenig regionale Variation bei dem Anteil ambulanter Behandlungen.

Abbildung 2.9: Anteil der ambulanten Behandlungen auf Bundeslandebene (operative Versorgung der Leistenhernie)



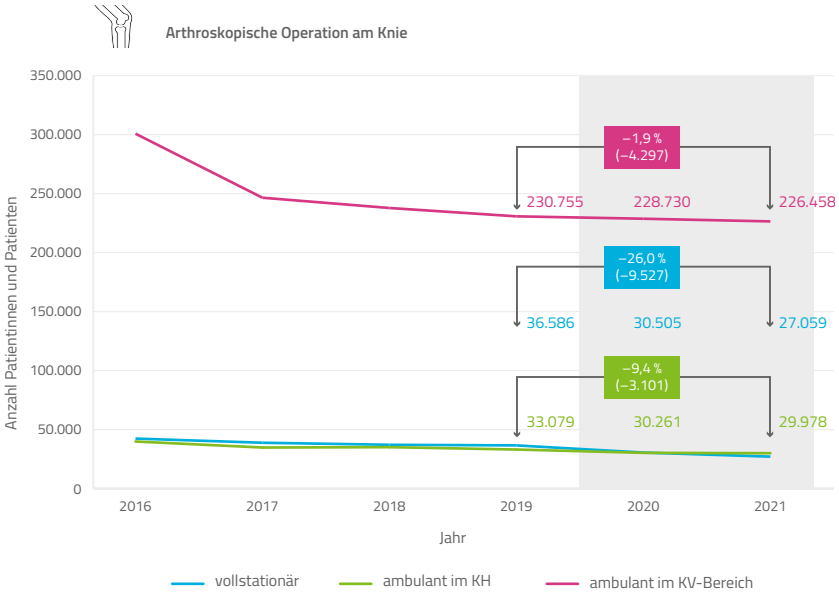
Quelle: BARMER-Daten 2019 und 2021

Arthroskopische Operationen am Knie

Die Zahl der arthroskopischen Operationen am Knie, dargestellt in Abbildung 2.10, ist seit 2016 rückläufig. Während der Rückgang bei vollstationären sowie ambulant im Krankenhaus erbrachten Behandlungen relativ schwach ausfällt, ist er für den ambulanten KV-Bereich stärker ausgeprägt. Während der Pandemiejahre hingegen sind die stationären Behandlungszahlen absolut (–10.000) und relativ (–26 Prozent) stärker gesunken als die Fallzahlen der ambulant im KV-Bereich (–2 Prozent) beziehungsweise ambulant im Krankenhaus erbrachten Behandlungen (–9 Prozent).

Abbildung 2.10: Patientenzahl der arthroskopischen Operationen am Knie im Zeitverlauf

Die Zahl der arthroskopischen Operationen am Knie ist seit 2016 rückläufig.



Anmerkung: Fälle entsprechen den Fallnummern, in denen mindestens einmal die OPS kodiert wurde.
Quelle: BARMER-Daten 2016 bis 2021

Tabelle 2.7 zeigt über beide Sektoren hinweg zwischen 2019 und 2021 einen Rückgang arthroskopischer Operationen am Knie um etwa 17.000 Fälle. Der überwiegende Anteil der Behandlungen wird ambulant erbracht. Während der Pandemie ist dieser Anteil von 87,8 Prozent auf 90,5 Prozent angestiegen. Die Mehrheit der Behandlungen wird durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte durchgeführt. Die Patientencharakteristika haben sich zwischen 2019 und 2021 hingegen kaum verändert.

Tabelle 2.7: Patientencharakteristika 2019 und 2021 (arthroskopische Operationen am Knie)

	2019	2021
Anzahl Patientinnen und Patienten (Anteil ambulant in %)	263.834 (87,8)	256.436 (90,5)
▪ davon Anteil ambulant im KV-Bereich (in %)	86,4	87,5
▪ davon Anteil ambulant im KH (in %)	13,6	12,5
Alter in Jahren	53,9	54,2
Anteil weiblicher Patientinnen (in %)	53,5	54,0
Komorbiditäten: Charlson-Score	1,2	1,2
Anteil Patientinnen und Patienten mit Pflegegrad 4+5 (in %)	0,1	0,0
Anteil Patientinnen und Patienten im Pflegeheim (in %)	0,1	0,0
Verweildauer in Tagen	1,3	1,3
Patientinnen und Patienten		
Patientinnen und Patienten (BARMER)	300.420 31.990	283.495 29.387

Anmerkung: Die Verweildauer im ambulanten Bereich wurde per Definition auf 1 festgelegt.
Quelle: BARMER-Daten 2019 und 2021

Rund 80 % der stationär behandelten Patientinnen und Patienten können auch ambulant behandelt werden.

Wie in Tabelle 2.8 ersichtlich ist, sind die stationär behandelten Patientinnen und Patienten bei der arthroskopischen Operation am Knie etwas stärker vorerkrankt und häufiger weiblich. Patientinnen und Patienten mit ambulantem Potenzial liegen durchschnittlich kürzer im Krankenhaus als die Gesamtheit der stationär behandelten Patientinnen und Patienten. Rund 56.000 (80 Prozent) der stationär behandelten Patientinnen und Patienten können laut AOP-Katalog auch ambulant behandelt werden.

Tabelle 2.8: Patientencharakteristika nach Art der Leistungserbringung (arthroskopische Operationen am Knie)

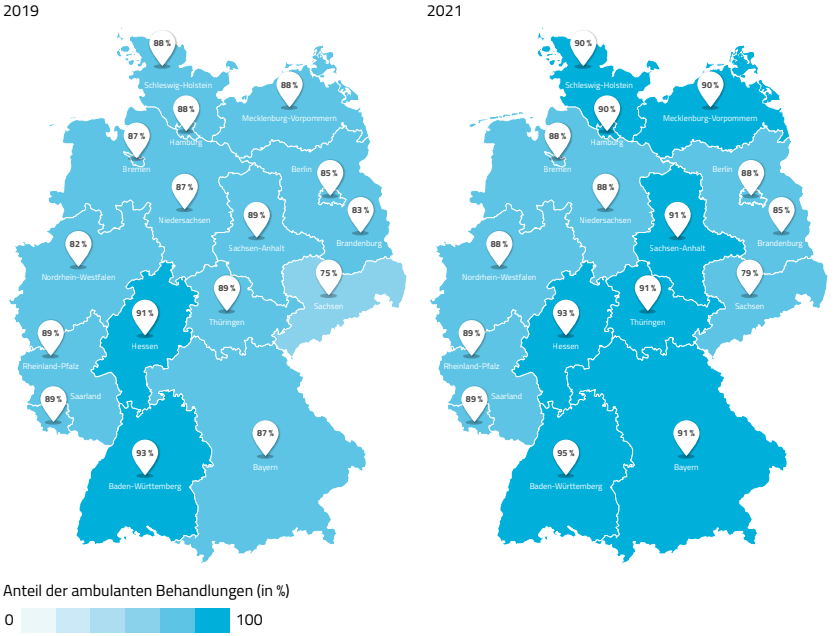
	Ambulant		Stationär	
	KV-Bereich	im KH	alle stationären Patienten	davon mit amb. Potenzial
Alter in Jahren	53,9	54,3	54,7	54,3
Anteil weiblicher Patientinnen (in %)	53,0	54,3	57,7	59,2
Komorbiditäten: Charlson-Score	1,1	1,1	1,6	1,5
Anteil Patientinnen und Patienten mit Pflegegrad 4/5 (in %)	0,0	0,0	0,4	0,1
Anteil Patientinnen und Patienten im Pflegeheim (in %)	0,0	0,0	0,5	0,1
Verweildauer	1,0	1,0	3,7	2,7
Patientinnen und Patienten (2019 + 2021)	457.213	63.057	63.644	55.713
Patientinnen und Patienten (BARMER 2019 + 2021)	47.159	7.083	7.135	6.276

Anmerkung: Die Verweildauer im ambulanten Bereich wurde per Definition auf 1 festgelegt. Es werden alle stationären Fälle als ambulantes Potenzial gezählt, bei denen keiner der Kontextfaktoren Anwendung findet.
Quelle: BARMER-Daten 2019 und 2021

Wie Abbildung 2.11 zeigt, liegt der Anteil der ambulanten Behandlungen für die arthroskopischen Operationen am Knie bereits vor Beginn der Pandemie in fast allen Bundesländern bei über 80 Prozent, in Baden-Württemberg und Hessen sogar bei über 90 Prozent. Lediglich in Sachsen fällt der Anteil ambulanter Behandlungen etwas geringer aus. Im Jahr 2021 ist der Anteil ambulanter Behandlungen gegenüber 2019 in vielen Bundesländern angestiegen, so dass auch Bayern, Schleswig-Holstein, Hamburg, Thüringen, Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern einen Anteil ambulanter Behandlungen von über 90 Prozent erreichen.

Der Anteil der ambulanten Behandlungen für die arthroskopischen Operationen am Knie liegt bereits in fast allen Bundesländern bei über 80 %.

Abbildung 2.11: Anteil der ambulanten Behandlungen auf Bundeslandebene (arthroskopische Operationen am Knie)

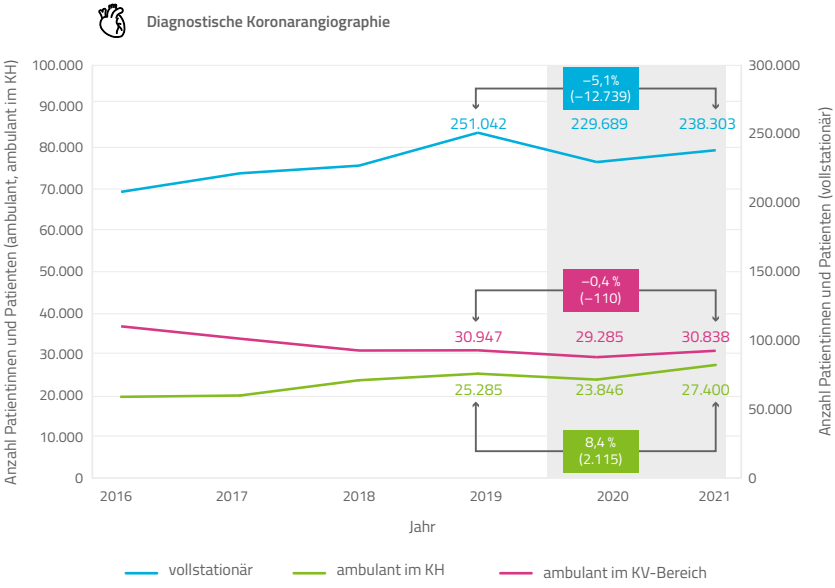


Quelle: BARMER-Daten 2019 und 2021

Diagnostische Koronarangiographie

Die Fallzahlen der diagnostischen Koronarangiographie in Abbildung 2.12 zeigen über die Zeit gegenläufige Entwicklungen zwischen den Behandlungssektoren. Bis 2019 ist die Zahl der vollstationären und ambulant im Krankenhaus behandelten Patientinnen und Patienten gestiegen, während die ambulanten Behandlungszahlen im KV-Bereich sanken. Zwischen 2019 und 2021 stieg die Zahl der ambulant im Krankenhaus behandelten Patientinnen und Patienten weiter an, während sie im KV-Bereich stagnierte. Im Gegensatz dazu sind die vollstationären Fallzahlen während der Pandemie um etwa fünf Prozent gesunken.

Abbildung 2.12: Patientenzahl der diagnostischen Koronarangiographie im Zeitverlauf



Anmerkung: Fälle entsprechen den Fallnummern, in denen mindestens einmal die OPS kodiert wurde.
Quelle: BARMER-Daten 2016 bis 2021

Die vollstationären Fallzahlen der diagnostischen Koronarangiographie sind während der Pandemie um ca. 5 % gesunken.

Wie aus Tabelle 2.9 ersichtlich, wird ein Großteil der diagnostischen Koronarangiographien vollstationär durchgeführt. Der Anteil der ambulanten Behandlungen ist zwischen 2019 und 2021 marginal von 18 Prozent auf 19 Prozent gestiegen. Diese Behandlungen werden etwa jeweils zur Hälfte von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und ambulant im Krankenhaus erbracht.

Die Patientengruppe ist mit durchschnittlich 70 Jahren relativ hochaltrig und stärker vorerkrankt als die Patientinnen und Patienten der anderen analysierten Behandlungen. Das Patientenprofil hat sich zwischen 2019 und 2021 kaum verändert.

Patientinnen und Patienten der diagnostischen Koronarangiographie sind älter und stärker vorerkrankt als die Patienten der anderen Behandlungen.

Tabelle 2.9: Patientencharakteristika 2019 und 2021 (diagnostische Koronarangiographie)

	2019	2021
Anzahl Patientinnen und Patienten (Anteil ambulant in %)	56.232 (18,3)	58.238 (19,3)
▪ davon Anteil ambulant im KV-Bereich (in %)	53,9	52,3
▪ davon Anteil ambulant im KH (in %)	46,1	47,7
Alter in Jahren	70,3	70,4
Anteil weiblicher Patientinnen (in %)	49,6	49,8
Komorbiditäten: Charlson-Score	3,3	3,3
Anteil Patientinnen und Patienten mit Pflegegrad 4+5 (in %)	0,7	1,0
Anteil Patientinnen und Patienten im Pflegeheim (in %)	0,8	0,8
Verweildauer in Tagen	5,8	5,6
Patientinnen und Patienten	307.274	296.540
Patientinnen und Patienten (BARMER)	38.542	36.733

Anmerkung: Die Verweildauer im ambulanten Bereich wurde per Definition auf 1 festgelegt.
Quelle: BARMER-Daten 2019 und 2021

Patientinnen und Patienten, die vollstationär behandelt wurden, sind etwas stärker vorerkrankt und haben einen höheren Pflegebedarf, was sich in einem höheren Anteil an Patientinnen und Patienten mit Pflegegrad 4 oder 5 beziehungsweise einem höheren Anteil an Patientinnen und Patienten im Pflegeheim zeigt. Patientinnen und Patienten mit beziehungsweise ohne ambulantes Potenzial unterscheiden sich hauptsächlich bezüglich des Pflegebedarfs. Insgesamt lagen für 26 Prozent der vollstationären Patientinnen und Patienten Kontextfaktoren vor, die eine stationäre Behandlung begründen (Tabelle 2.10).

Tabelle 2.10: Patientencharakteristika nach Art der Leistungserbringung (diagnostische Koronarangiographie)

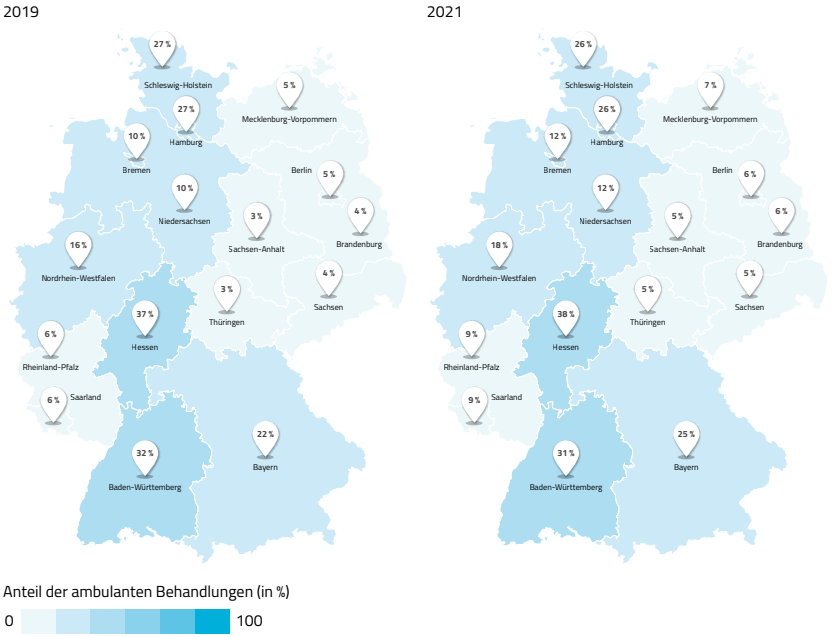
	Ambulant		Stationär	
	KV-Bereich	im KH	alle stationären Patienten	davon mit amb. Potenzial
Alter in Jahren	68,4	66,6	70,9	70,6
Anteil weiblicher Patientinnen (in %)	47,1	49,7	50,0	51,1
Komorbiditäten: Charlson-Score	3,0	2,7	3,4	3,3
Anteil Patientinnen und Patienten mit Pflegegrad 4/5 (in %)	0,2	0,2	1,0	0,2
Anteil Patientinnen und Patienten im Pflegeheim (in %)	0,1	0,1	1,0	0,6
Verweildauer	1,0	1,0	6,7	4,5
Patientinnen und Patienten (2019 + 2021)	61.785	52.685	489.345	359.202
Patientinnen und Patienten (BARMER 2019 + 2021)	7.004	6.184	62.087	45.907

Anmerkung: Die Verweildauer im ambulanten Bereich wurde per Definition auf 1 festgelegt.
Es werden alle stationären Fälle als ambulantes Potenzial gezählt, bei denen keiner der Kontextfaktoren Anwendung findet.
Quelle: RWI; BARMER-Daten 2019 und 2021

Abbildung 2.13 zeigt die regionale Variation der diagnostischen Koronarangiographie. In Baden-Württemberg und Hessen werden 30 bis 40 Prozent der Behandlungen ambulant durchgeführt. Im Gegensatz dazu liegt der Anteil in den neuen Bundesländern wie Brandenburg oder Sachsen bei unter zehn Prozent.

Zwischen den Bundesländern variiert der Anteil der ambulanten Behandlungen bei der diagnostischen Koronarangiographie zwischen 3 und 38 %.

Abbildung 2.13: Anteil der ambulanten Behandlungen auf Bundeslandebene (diagnostische Koronarangiographie)

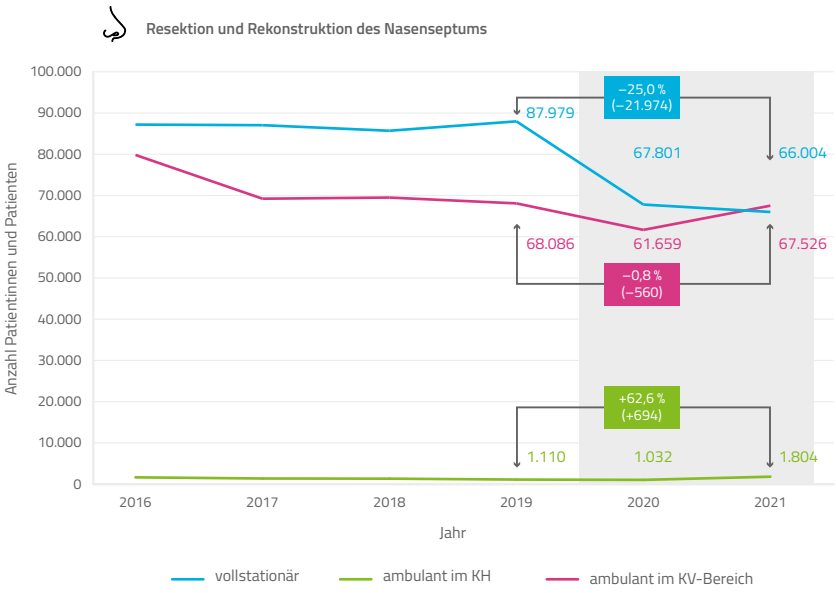


Quelle: BARMER-Daten 2019 und 2021

Resektion und Rekonstruktion des Nasenseptums

Die Anzahl der vollstationär durchgeführten Resektionen und Rekonstruktionen des Nasenseptums stagnierte, wie Abbildung 2.14 zu entnehmen ist, zwischen 2016 und 2019 auf einem hohen Niveau. Im Kontrast dazu war die Anzahl der ambulant durchgeführten Behandlungen bis 2019 leicht rückläufig. Ambulant im Krankenhaus durchgeführte Operationen der Nasenscheidewand machen nur einen sehr geringen Anteil an allen Eingriffen aus. Zwischen 2019 und 2021 sind die vollstationären Eingriffe um etwa 25 Prozent zurückgegangen. Die ambulanten Fallzahlen blieben mit einem Rückgang nahezu stabil und waren im Jahr 2021 die am häufigsten gewählte Behandlungsart für diese Eingriffe.

Abbildung 2.14: Patientenzahl der Resektion und Rekonstruktion des Nasenseptums im Zeitverlauf



Anmerkung: Alle stationären und ambulanten Patientinnen und Patienten; Fälle entsprechen den Fallnummern, in denen mindestens einmal die OPS kodiert wurde.
Quelle: RWI; BARMER-Daten 2016 bis 2021

Die Fallzahlen der vollstationären Behandlungen der Resektion und Rekonstruktion des Nasenseptums sind zwischen 2019 und 2021 um etwa 25 % zurückgegangen.

Der Vergleich der Patientencharakteristika für die Jahre 2019 und 2021 aus Tabelle 2.11 zeigt, dass der Anteil der ambulanten Eingriffe gestiegen ist. Diese werden fast ausschließlich von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten durchgeführt. Die Patientencharakteristika im Jahr 2021 sind vergleichbar zu denen im Jahr 2019. Die Patientinnen und Patienten sind insgesamt etwas jünger als die Patientinnen und Patienten der anderen analysierten Eingriffe und etwas weniger vorerkrankt. Der Pflegebedarf ist dementsprechend gering.

Tabelle 2.11: Patientencharakteristika 2019 und 2021 (Resektion und Rekonstruktion des Nasenseptums)

	2019	2021
Anzahl Patientinnen und Patienten (Anteil ambulant in %)	69.196 (44,0)	69.330 (51,2)
▪ davon Anteil ambulant im KV-Bereich (in %)	98,3	97,4
▪ davon Anteil ambulant im KH (in %)	1,7	2,6
Alter in Jahren	40,4	38,8
Anteil weiblicher Patientinnen (in %)	42,4	42,8
Komorbiditäten: Charlson-Score	0,8	0,7
Anteil Patientinnen und Patienten mit Pflegegrad 4+5 (in %)	0,1	0,1
Anteil Patientinnen und Patienten im Pflegeheim (in %)	0,0	0,1
Verweildauer in Tagen	2,2	1,9
Patientinnen und Patienten	156.930	135.220
Patientinnen und Patienten (BARMER)	15.468	12.780

Anmerkung: Die Verweildauer im ambulanten Bereich wurde per Definition auf 1 festgelegt.
Quelle: RWI; BARMER-Daten 2019 und 2021

95 % der vollstationären Behandlungen könnten ambulant durchgeführt werden.

Auch im Vergleich der Behandlungssektoren in Tabelle 2.12 zeigen sich nur sehr wenige Unterschiede. Der Anteil der Patientinnen fällt für ambulante Behandlungen etwas höher aus als für vollstationäre Behandlungen. Für 95 Prozent der vollstationären Patientinnen und Patienten liegen keine Kontextfaktoren vor, die einer ambulanten Behandlung widersprächen.

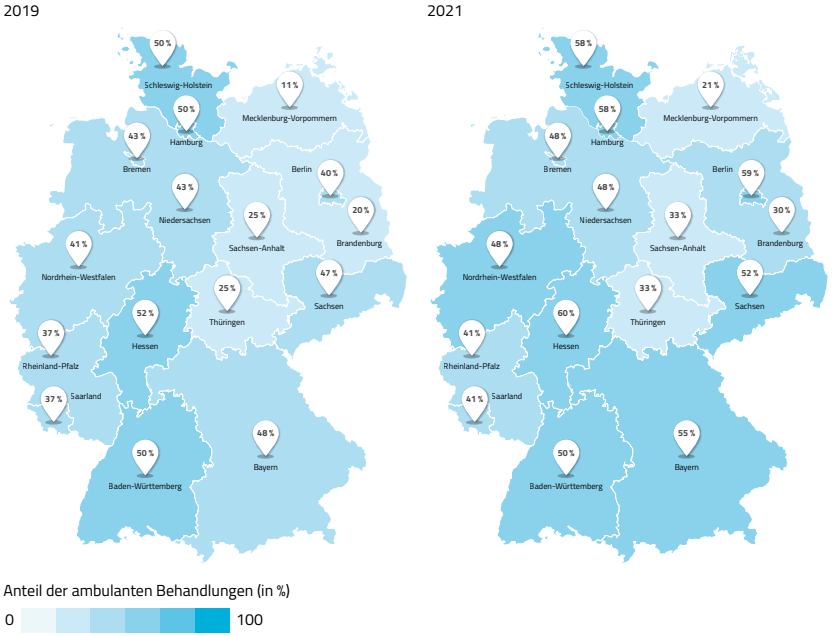
Tabelle 2.12: Patientencharakteristika nach Art der Leistungserbringung (Resektion und Rekonstruktion des Nasenseptums)

	Ambulant		Stationär	
	KV-Bereich	im KH	alle stationären Patienten	mit amb. Potenzial
Alter in Jahren	38,1	39,9	41,0	40,9
Anteil weiblicher Patientinnen (in %)	43,6	45,8	41,7	41,6
Komorbiditäten: Charlson-Score	0,7	0,8	0,9	0,9
Anteil Patientinnen und Patienten mit Pflegegrad 4/5 (in %)	0,0	0,0	0,2	0,0
Anteil Patientinnen und Patienten im Pflegeheim (in %)	0,0	0,0	0,1	0,1
Verweildauer	1,0	1,0	3,0	2,9
Patientinnen und Patienten (2019 + 2021)	135.612	2.914	153.983	145.733
Patientinnen und Patienten (BARMER 2019 + 2021)	12.863	284	15.133	14.356

Anmerkung: Die Verweildauer im ambulanten Bereich wurde per Definition auf 1 festgelegt. Es werden alle stationären Fälle als ambulantes Potenzial gezählt, bei denen keiner der Kontextfaktoren Anwendung findet.
Quelle: BARMER-Daten 2019 und 2021

In Abbildung 2.15 sind die Anteile ambulanter Behandlungen für die Jahre 2019 und 2021 auf Bundeslandebene dargestellt. Die Karten zeigen, dass in Schleswig-Holstein, Hamburg, Hessen und Baden-Württemberg die Eingriffe bereits im Jahr 2019 vergleichsweise häufig ambulant durchgeführt wurden. In den meisten ostdeutschen Bundesländern und insbesondere in Mecklenburg-Vorpommern geschah das noch relativ selten. Im Jahr 2021 sieht man in vielen Bundesländern einen Anstieg des Anteils ambulanter Behandlungen.

Abbildung 2.15: Anteil der ambulanten Behandlungen auf Bundeslandebene (Resektion und Rekonstruktion des Nasenseptums)

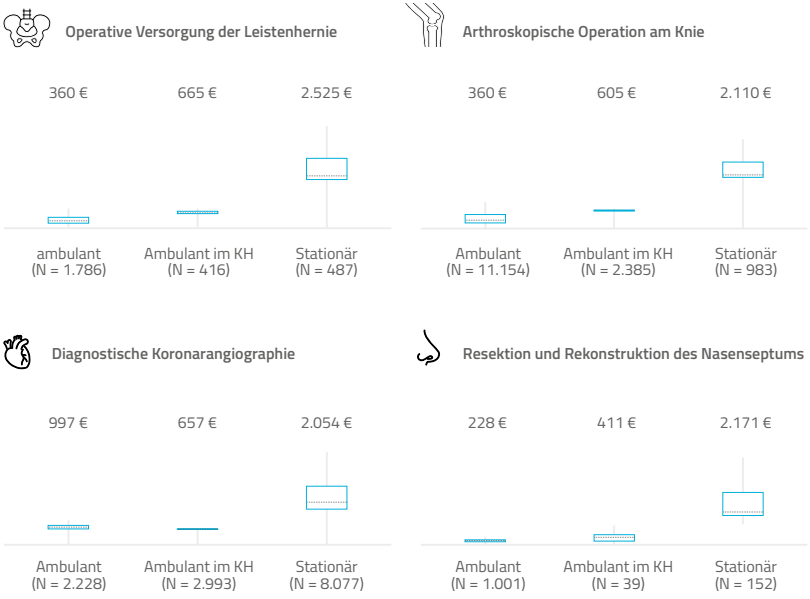


Quelle: RWI, BARMER-Daten 2019 und 2021

In Abbildung 2.16 werden die mittleren Kosten der Behandlungen sowie die Verteilung der Kosten für das Jahr 2019 dargestellt. Bei drei der vier Eingriffe sind die Kosten am geringsten, wenn die Behandlung ambulant im niedergelassenen Bereich erbracht wird (228 Euro bis 360 Euro). Einzig bei der diagnostischen Koronarangiographie sind die ambulanten Behandlungskosten höher, wenn die Behandlung im niedergelassenen Bereich (997 Euro versus 657 Euro) erbracht wird. Die stationäre Behandlung ist für alle Indikationen deutlich teurer (2.110 Euro bis 2.525 Euro) und variiert stärker. Im Gegensatz dazu gibt es bei den ambulanten Behandlungen nur sehr wenig Kostenvariation.

Abbildung 2.16: Mittelwert und Verteilung der Kosten nach Behandlungsart

Es gibt deutliche Kostenunterschiede zwischen den Sektoren.



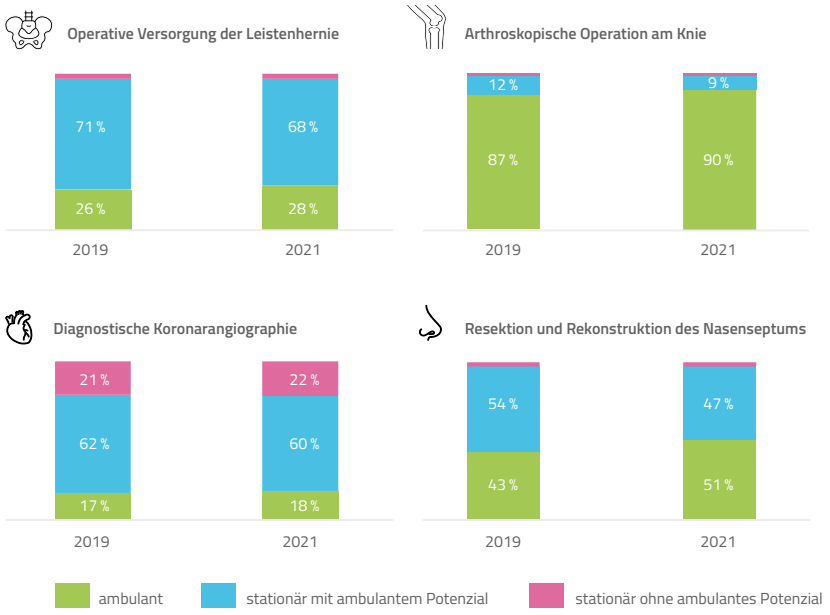
Anmerkungen: Es wurden nur diejenigen Behandlungsfälle betrachtet, für die nur eine OPS im Fall kodiert wurde. Die Grafik enthält die Mittelwerte sowie die Verteilung der Kosten als Boxplot.
Quelle: BARMER-Daten 2019

Abbildung 2.17 zeigt den Anteil der Behandlungen in den verschiedenen Sektoren für die Jahre 2019 und 2021. Für die einzelnen Indikationen zeigt sich ein differenziertes Bild. Der Anteil ambulanter Behandlungen der Leistenhernien ist moderat. Nur etwas mehr als ein Viertel aller Behandlungen werden im Jahr 2019 ambulant durchgeführt. Im Jahr 2021 steigt der Anteil auf 28 Prozent. Da nur bei etwa drei beziehungsweise vier Prozent der Fälle eine stationäre Behandlung laut AOP-Katalog notwendig war („stationär ohne ambulantes Potenzial"), gibt es noch Raum, das ambulante Potenzial auszuschöpfen. Bei der arthroskopischen Knieoperation ist die Ambulantisierung stärker fortgeschritten. Im Jahr 2019 wurden bereits 87 Prozent der Behandlungen ambulant durchgeführt.

Dieser Anteil ist bis 2021 auf 90 Prozent gestiegen. Bei den Resektionen und Rekonstruktionen des Nasenseptums ist der Grad der Ambulantisierung deutlich geringer. 43 Prozent der Behandlungen wurden im Jahr 2019 ambulant durchgeführt. Der Anteil ist im Jahr 2021 deutlich auf 51 Prozent gestiegen. Der Anteil der stationären Fälle, die kein ambulantes Potenzial aufweisen und somit nicht ambulant behandelt werden können, ist für die drei genannten Behandlungen sehr gering (ein bis vier Prozent). Im Gegensatz dazu liegen für 21 (22) Prozent der diagnostischen Koronarangiographien Kontextfaktoren vor, die eine stationäre Behandlung begründen. Der Anteil der ambulanten Behandlungen ist bei der Indikation besonders gering: nur 17 (18) Prozent der Fälle wurden im Jahr 2019 (2021) ambulant behandelt.

Der Anteil ambulanter Behandlungen ist bei allen Behandlungen angestiegen.

Abbildung 2.17: Verteilung der Behandlungen nach Behandlungsart in Prozent



Quelle: BARMER-Daten 2019 und 2021

2.6.3 Annahmen und Vorgehensweise in den Regressionsanalysen

In den folgenden Abschnitten wird der Einfluss der Coronapandemie auf die Ambulantisierung in Deutschland mittels Regressionsanalysen untersucht. Dabei wird analysiert, ob die Wahrscheinlichkeit einer ambulanten Behandlung während der Pandemie angestiegen ist.

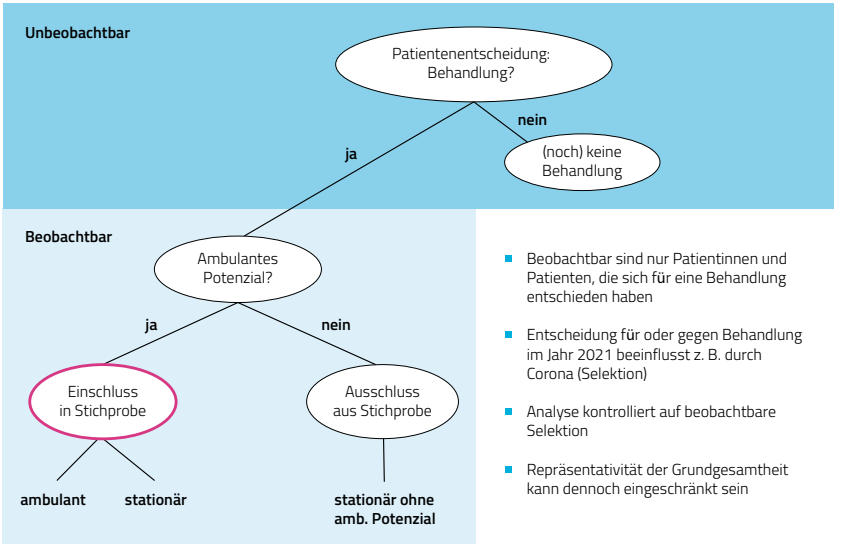
Die Gesamtfallzahlen aller Behandlungen sind gesunken.

Die Pandemie hat auf viele Bereiche des Gesundheitssystems Einfluss genommen und dabei auch für die Rückstellung von elektiven Eingriffen gesorgt. Dies hat nicht nur die Anzahl der durchgeführten Eingriffe verändert, sondern auch beeinflusst, welche Patientinnen und Patienten behandelt wurden. Abbildung 2.18 verdeutlicht den zweistufigen Entscheidungsprozess einer potenziellen Patientin beziehungsweise eines potenziellen Patienten. Sofern es sich nicht um einen medizinischen Notfall handelt, steht am Anfang die Entscheidung, ob eine Behandlung überhaupt stattfinden soll. Im Zuge der Pandemie war es zeitweise nicht möglich, elektive Eingriffe stationär durchführen zu lassen. Die vorübergehend gesunkenen ambulanten Fallzahlen beim ambulanten Operieren lassen darauf schließen, dass auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte elektive, nicht dringliche Eingriffe zur Kontaktreduktion verschoben haben (Mangiapane et al., 2021). Möglicherweise haben sich Patientinnen und Patienten aufgrund der Pandemie auch bewusst gegen eine Behandlung zu dem Zeitpunkt entschieden, um das eigene Infektionsrisiko zu reduzieren. Es ist möglich, dass sich sehr gefährdete Bevölkerungsgruppen häufiger als andere gegen eine Behandlung entschieden haben. Da die Fallzahlen für alle Behandlungen insgesamt gesunken sind, kann man davon ausgehen, dass viele Patientinnen und Patienten die Behandlung zumindest verschoben haben. Wir können diese Patientinnen und Patienten aber nicht direkt beobachten. Der Vergleich der Patientencharakteristika zwischen 2019 und 2021 in Kapitel 2.6.2 lässt jedoch vermuten, dass alle Bevölkerungsgruppen ähnlich stark von diesen Verschiebungen betroffen waren.

Im zweiten Schritt entscheiden sich die Patientinnen und Patienten beziehungsweise die Ärztinnen und Ärzte für oder gegen eine ambulante Behandlung. Sofern Kontextfaktoren vorliegen, ist diese Entscheidung eindeutig, da eine stationäre Behandlung nötig ist. Sollten hingegen keine Kontextfaktoren vorliegen, so ist eine ambulante Behandlung grundsätzlich möglich und es besteht die Wahl, die Behandlung stationär oder ambulant durchführen zu lassen. Die Analyse fokussiert sich auf diese Patientinnen und Patienten und untersucht ihre Wahrscheinlichkeit, ambulant behandelt zu werden. Die Patientencharakteristika in den Tabellen 2.5, 2.7, 2.9 und 2.11 zeigen zwar, dass sich die Patientengruppen recht ähnlich sind, dennoch kontrollieren wir für Alter, Geschlecht, Vorerkrankungen und regionale Unterschiede, um mögliche Verzerrungen zu vermeiden.

Für die meisten Patientinnen und Patienten besteht die Wahl zwischen stationärer und ambulanter Behandlung.

Abbildung 2.18: Erstellung der Analysestichprobe im Kontext der Coronapandemie



Quelle: RWI

Die Ergebnisse des Matching-Modells betrachten nur Patientinnen und Patienten, für die ein statistischer Zwilling gefunden werden konnte.

Die Regressionen werden in verschiedenen Spezifikationen geschätzt, wie in Tabelle 2.13 dargestellt. Die Analysestichprobe und Ausschlussgründe wurden in Kapitel 2.6.1 beschrieben. Im ersten Modell (M1) werden alle Patientinnen und Patienten der Analysestichprobe einbezogen und die Wahrscheinlichkeit geschätzt, ambulant behandelt zu werden. Im zweiten Modell (M2) werden diejenigen Patientinnen und Patienten ausgeschlossen, für die Kontextfaktoren eine stationäre Behandlung begründen. Die Stichprobe umfasst dementsprechend nur Patientinnen und Patienten mit ambulantem Potenzial. Modell 3 (M3) betrachtet die gleiche Patientengruppe. Bei der Schätzung der Wahrscheinlichkeit, ambulant behandelt zu werden, wird jedoch zusätzlich für die verschiedenen Patientencharakteristika kontrolliert. Schließlich wird ein Matching-Modell (Modell 4 beziehungsweise M4) geschätzt. Hierbei wird nicht nur für Patientencharakteristika kontrolliert. Stattdessen wird die Analysestichprobe so ausgewählt, dass jeder Patientin beziehungsweise jedem Patienten im Jahr 2019 ein statistischer Zwilling auf Basis ihrer Patientencharakteristika im Jahr 2021 zugeordnet wird. Die Patientencharakteristika in M3 und M4 sind Alter, Geschlecht, Komorbiditäten, OPS-Kodes der Behandlungen, Pflegebedürftigkeit sowie das Bundesland. Da im Matching-Modell (M4) nur Patientinnen und Patienten betrachtet werden, für die ein statistischer Zwilling gefunden werden kann, spiegeln die Ergebnisse nur die Effekte für einen Teil der Patientinnen und Patienten wider.

Tabelle 2.13: Modellspezifikationen

Patientengruppe	Modell 1	Modell 2+3*	Modell 4
	Basis	Ambulantes Potenzial	Matching
Stationäre Patientinnen und Patienten **ohne** ambulantes Potenzial	✓		
Stationäre Patientinnen und Patienten **mit** ambulantem Potenzial	✓	✓	✓
Ambulante Patientinnen und Patienten	✓	✓	✓
Kontrollvariablen: Patientencharakteristika		✓	✓

Quelle: RWI
*kontrolliert auf Patientencharakteristika

2.6.4 Ergebnisse der Regressionsanalyse

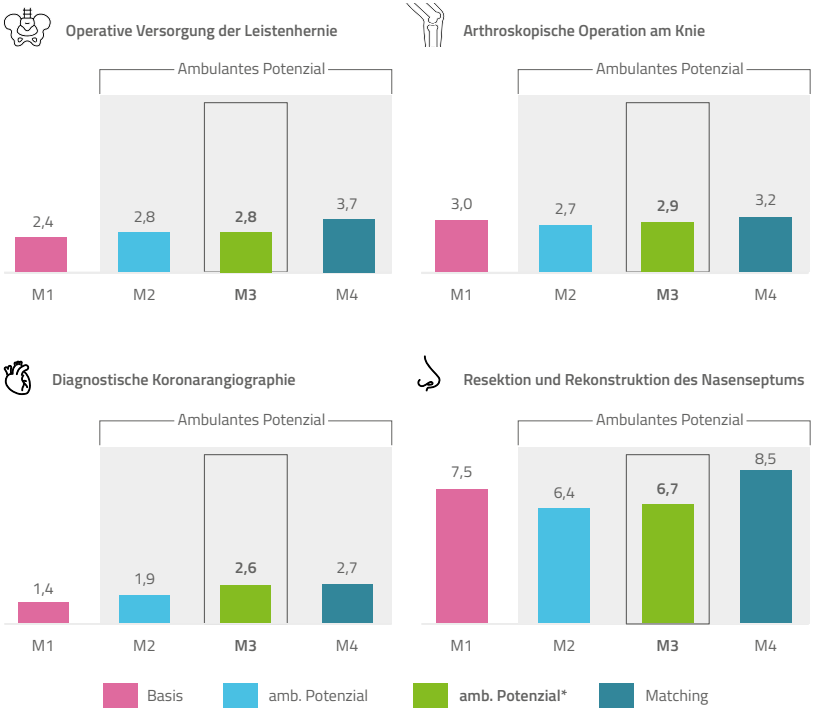
Abbildung 2.19 zeigt die Ergebnisse der Regressionsanalysen für die betrachteten Indikationen in den jeweiligen Modellspezifikationen (M1 bis M4). Die Koeffizienten beschreiben die Veränderung der Wahrscheinlichkeit, ambulant behandelt zu werden, zwischen 2019 und 2021 in Prozentpunkten. M1 betrachtet alle Patientinnen und Patienten, die Modelle M2 bis M4 betrachten nur die Patientinnen und Patienten mit ambulantem Potenzial. Das Hauptmodell ist M3, da hier nur das ambulante Potenzial genutzt und zusätzlich für potenziell verzerrende Faktoren kontrolliert wird.

Für alle Indikationen hat sich die Wahrscheinlichkeit, ambulant behandelt zu werden, statistisch signifikant erhöht. Bis auf die Resektion und Rekonstruktion des Nasenseptums ist die Größe des Effekts zwischen den Indikationen ähnlich und liegt zwischen 2,6 und 2,9 Prozentpunkten (M3 der jeweiligen Indikation). Bei der Behandlung des Nasenseptums ist der Effekt mit 6,7 Prozentpunkten etwas ausgeprägter. Die alternativen Modellspezifikationen (M1, M2, M4) zeigen ein ähnliches Bild, was darauf schließen lässt, dass Patientenselektion keine große Rolle spielt. Die Effekte unterscheiden sich weder bedeutend zwischen den Geschlechtern (Abbildung A 1) noch zwischen den Altersgruppen (Abbildung A 2).

Mit Blick auf die Bundesländer zeigen sich regionale Variationen. Abbildung 2.20 stellt die Koeffizienten nach Bundesländern in Prozentpunkten dar. Für die operative Behandlung von Leistenhernien zeigt sich ein statistisch signifikanter Effekt für Rheinland-Pfalz und das Saarland, Bayern, Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg sowie Niedersachsen und Bremen. Bei arthroskopischen Operationen am Knie ist der Effekt signifikant in Bayern, Schleswig-Holstein und Hamburg, Berlin, Brandenburg, NRW, Rheinland-Pfalz und dem Saarland, Sachsen-Anhalt und Thüringen sowie in Mecklenburg-Vorpommern. Die statistische Signifikanz kann jedoch auch durch die Größe des Bundeslandes und die damit zusammenhängenden Fallzahlen beeinflusst werden. Insgesamt sind die geschätzten Effekte zwischen den Bundesländern nicht statistisch signifikant unterschiedlich, so dass eine regional heterogene Entwicklung der Wahrscheinlichkeit für eine ambulante Leistungserbringung nicht hinreichend statistisch gesichert gezeigt werden kann.

Abbildung 2.19: Regressionsergebnisse nach Modellspezifikationen in Prozentpunkten

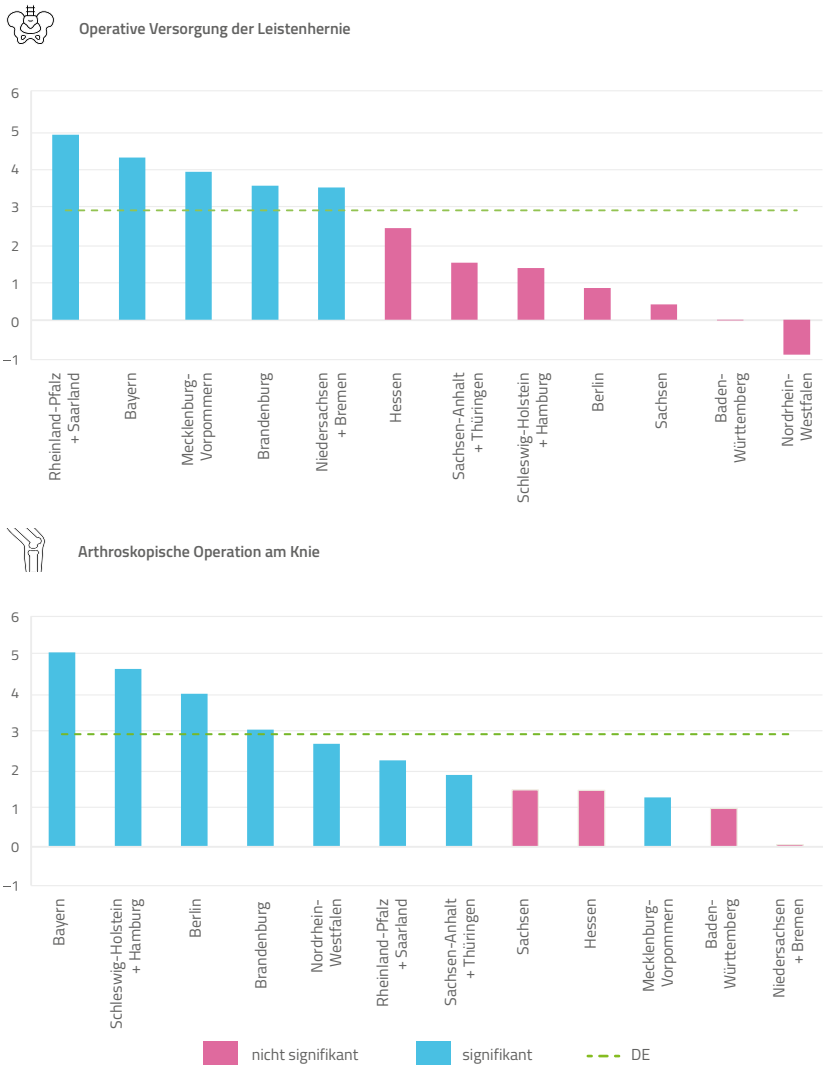
Für alle Behandlungen hat sich die Wahrscheinlichkeit, ambulant behandelt zu werden, signifikant erhöht.



Anmerkung: Alle Ergebnisse sind signifikant auf dem 1%-Niveau.
*kontrolliert auf Patientencharakteristika
Quelle: BARMER-Daten 2019 und 2021

Abbildung 2.21 stellt die Ergebnisse für die diagnostische Koronarangiographie und die Resektion und Rekonstruktion des Nasenseptums dar. Im Falle der diagnostischen Koronarangiographie ist der Effekt in Brandenburg, Baden-Württemberg, Hessen, Niedersachsen und Bremen, Bayern, Sachsen, Berlin sowie Rheinland-Pfalz und dem Saarland statistisch signifikant. Bei Eingriffen am Nasenseptum zeigt sich in fast allen Bundesländern ein statistisch signifikanter, positiver Effekt auf die Wahrscheinlichkeit, ambulant behandelt zu werden. Lediglich in Schleswig-Holstein und Hamburg, Baden-Württemberg sowie Mecklenburg-Vorpommern ist der Effekt nicht signifikant.

Abbildung 2.20: Bundeslandspezifischer Effekt für das Jahr 2021 in Prozentpunkten (operative Versorgung der Leistenhernie sowie arthroskopische Operationen am Knie)



Anmerkung: Die Ergebnisse basieren auf Modell M3. Signifikanz mindestens auf dem 10%-Niveau.
Quelle: BARMER-Daten 2019 und 2021

Abbildung 2.21: Bundeslandspezifischer Effekt für das Jahr 2021 in Prozentpunkten (diagnostische Koronarangiographie sowie Resektion und Rekonstruktion des Nasenseptums)

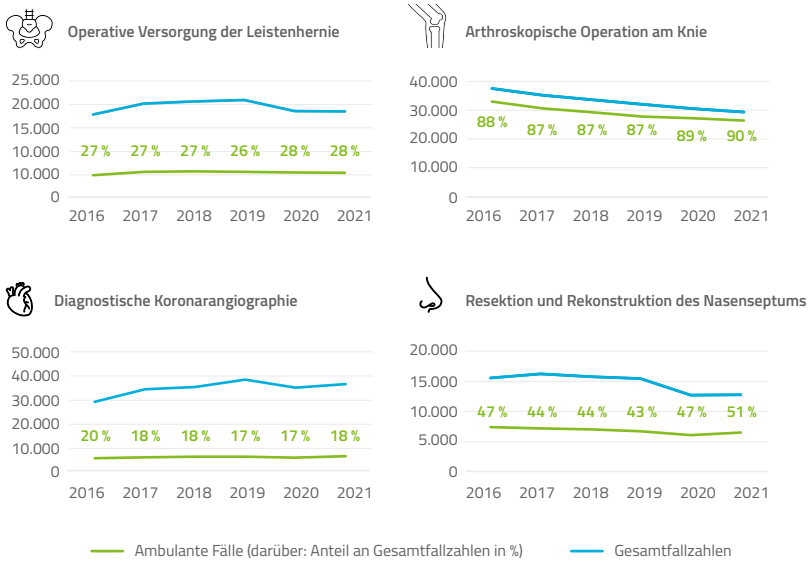
In den meisten Bundesländern hat sich der Anteil der ambulanten Behandlungen erhöht.

Anmerkung: Die Ergebnisse basieren auf Modell M3. Signifikanz mindestens auf dem 10%-Niveau.
Quelle: BARMER-Daten 2019 und 2021

Im weiteren Verlauf der Analyse wird der betrachtete Zeitraum um die Jahre 2016 bis 2018 erweitert. Die Fallzahlen der verschiedenen Eingriffe entwickeln sich in diesem Zeitraum unterschiedlich, wie Abbildung 2.22 zeigt. Es wird für jede Indikation die Gesamtfallzahl (ambulante und stationäre Fälle) sowie die ambulante Fallzahl (KV-Bereich und im Krankenhaus) dargestellt. Zusätzlich ist der Anteil der ambulanten Fälle an den Gesamtfallzahlen abgetragen. Sowohl die Gesamtfallzahlen als auch die ambulanten Fallzahlen der Leistenoperationen sind bis 2019 konstant. Während die Gesamtfallzahlen, getrieben durch den Einbruch der stationären Fallzahlen, zwischen 2019 und 2021 deutlich sinken, bleiben die ambulanten Fallzahlen konstant auf dem Niveau der Vorjahre. In der Folge ergibt sich ein gestiegener Anteil ambulanter Behandlungen an den Gesamtfallzahlen. Ähnlich verhält es sich mit den Behandlungen des Nasenseptums. Während die stationären Fallzahlen bis 2019 stagnieren und danach deutlich sinken, bleiben die ambulanten Fallzahlen konstant und steigen von 2019 auf 2021 sogar leicht an. Daraus resultiert ein gestiegener Anteil ambulanter Behandlungen, der vorrangig auf der Veränderung im stationären Leistungsgeschehen beruht. Im Falle der diagnostischen Koronarangiographie steigen die stationären Fallzahlen bis zum Jahr 2019, während auch hier die ambulanten Fallzahlen stagnieren. Bis zum Jahr 2021 sinken die stationären Fallzahlen zwar, bleiben aber dennoch über dem Niveau des Jahres 2016. Dementsprechend steigt der Anteil der ambulanten Fälle leicht, verbleibt aber ebenfalls unter dem Niveau von 2016. Bei den Knieoperationen sind sowohl die stationären als auch die ambulanten Fallzahlen seit 2016 rückläufig. Ursächlich dafür ist unter anderem die vermehrte Nutzung von Magnetresonanztomographie, die die Arthroskopie als rein diagnostisches Verfahren in vielen Fällen zunehmend ersetzt (von Recum & Wentzensen, 2008). Da die stationären Fallzahlen stärker sinken als die ambulanten, steigt der Anteil der ambulanten Behandlungen an den Gesamtfallzahlen.

Abbildung 2.22: Gesamtfallzahlen und Anzahl ambulanter Fälle nach Jahren

Vor dem Jahr 2019 gab es nur wenig Ambulantisierungsfortschritte bei Behandlungen.

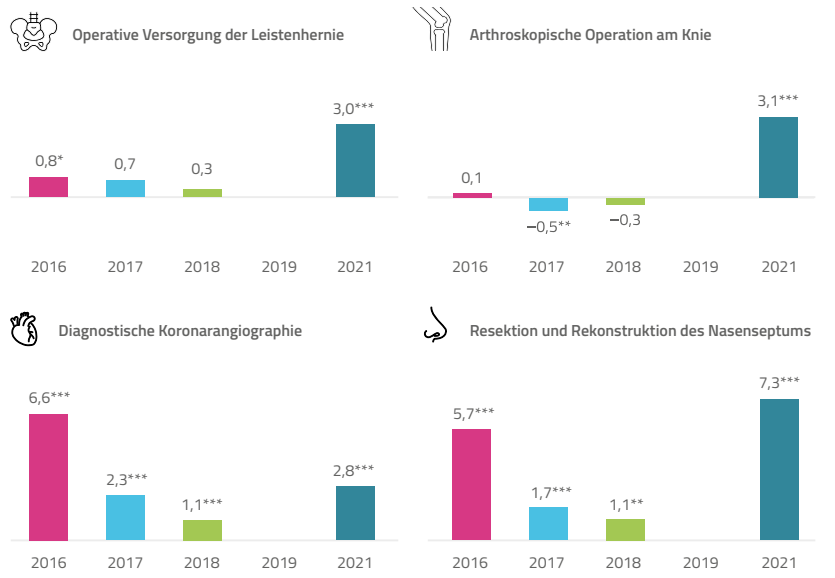


Quelle: RWI, BARMER-Daten 2016 bis 2021

Abbildung 2.23 bildet die Ergebnisse der Regressionsanalysen ab und zeigt die Wahrscheinlichkeit, ambulant behandelt zu werden, im Vergleich zum Basisjahr 2019 in Prozentpunkten. Die Schätzungen sind analog zum Modell M3 in Kapitel 2.6.3. Jedoch weichen die Ergebnisse leicht von den Ergebnissen in Abbildung 2.19 ab, da der Einfluss der Patientencharakteristika zwischen den Jahren variiert und in der Folge auch die Jahreseffekte beeinflusst. Die Größenordnung der Effekte ist dennoch ähnlich. Die Ergebnisse zeigen zwei unterschiedliche Trends. Für Leistenoperationen und arthroskopische Operationen am Knie zeigt sich in den Jahren 2016 bis 2019 kein signifikanter Ambulantisierungseffekt. Erst mit dem Jahr 2021 hat sich die Wahrscheinlichkeit, ambulant behandelt zu werden, signifikant erhöht. Im Falle der diagnostischen Koronarangiographien und der

Behandlungen des Nasenseptums zeigen sich für die Jahre 2016 bis 2018 abnehmende Effekte. Im Jahr 2019 war die Wahrscheinlichkeit, für diese Indikationen ambulant behandelt zu werden, am geringsten. Erst im Zuge der Pandemie steigt die Wahrscheinlichkeit wieder an.

Abbildung 2.23: Koeffizienten für 2016 bis 2021 im Vergleich zum Jahr 2019 in Prozentpunkten



Anmerkung: Die Ergebnisse basieren auf Modell M3.
* p < 0,1
** p < 0,05
*** p < 0,01
Quelle: RWI, BARMER-Daten 2016 bis 2021

2.6.5 Ergebnisse der Trendfortschreibungen

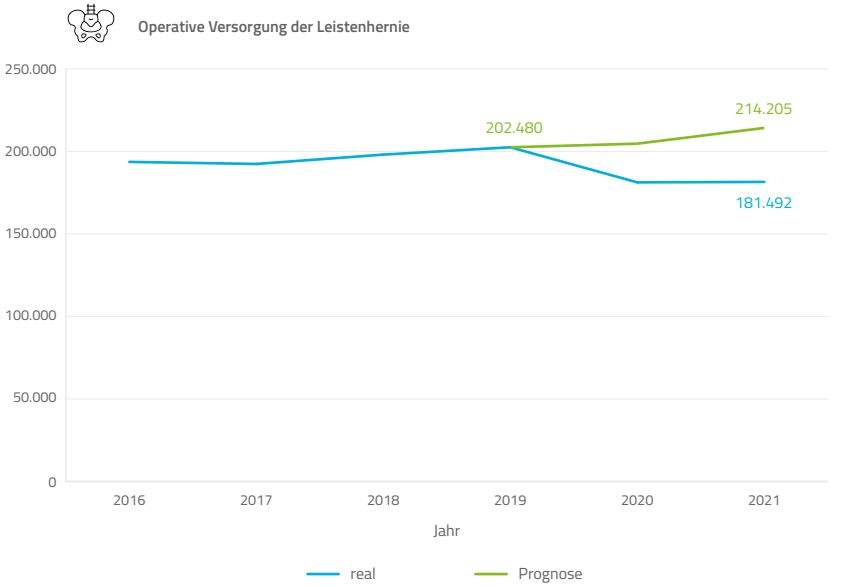
Die Ergebnisse der vorhergehenden Unterkapitel zeigen einen geringfügigen bis moderaten Ambulantisierungseffekt im Jahr 2021, nachdem es in den Jahren zuvor wenig oder sogar gegenläufige Effekte gab. Diese Ergebnisse lassen vermuten, dass die verstärkte ambulante Behandlung im Jahr 2021 nicht die Fortsetzung bestehender Trends ist, sondern durch die Coronapandemie angestoßen wurde.

In diesem Unterkapitel vergleichen wir daher die reale Entwicklung der Fallzahlen mit einem fiktiven Szenario. Dieses Szenario basiert auf der Annahme, dass sich ohne die Coronapandemie der Trend der Jahre 2016 bis 2019 fortgesetzt hätte. Zur Berechnung des Szenarios werden die Fallzahlen getrennt nach Geschlecht, Bundesland und Altersgruppen mithilfe eines log-linearen Regressionsmodells basierend auf den Jahren 2016 bis 2019 für die Jahre 2020 und 2021 prognostiziert. Anschließend werden diese Schätzungen mit den realen Fallzahlen verglichen. Basis für diese Fortschreibung ist die Gesamtheit aller Behandelten, analog zum Modell M1 in Kapitel 2.6.3.

Abbildung 2.24 zeigt die Gesamtfallzahlen für die operative Versorgung der Leistenhernie in den Jahren 2016 bis 2021 sowie die prognostizierte Fallzahl im Jahr 2021. Die Gesamtfallzahlen sind von 202.480 im Jahr 2019 auf 181.492 im Jahr 2021 und damit um rund 20.000 Fälle gesunken. Bei einem gleichbleibenden Trend wären im Jahr 2021 etwa 10.000 Fälle mehr als im Jahr 2019 erwartet worden. Folglich lag die reale Fallzahl rund 30.000 Fälle unter der prognostizierten Fallzahl von 2021. Sowohl im stationären als auch im ambulanten Leistungsgeschehen wurden weniger Fälle behandelt als prognostiziert, allerdings in unterschiedlichem Ausmaß. Die realen Fallzahlen im stationären Bereich blieben stärker hinter den prognostizierten Fallzahlen zurück als im ambulanten Bereich. Folglich lässt sich auch hier eine Erhöhung des Anteils ambulanter Behandlungen erkennen, obwohl die Fallzahlen in beiden Bereichen geringer sind als erwartet.

Es wurden weniger Leistenhernien operativ versorgt als erwartet.

Abbildung 2.24: Trendfortschreibung und reale Fallzahlen der operativen Versorgung der Leistenhernie



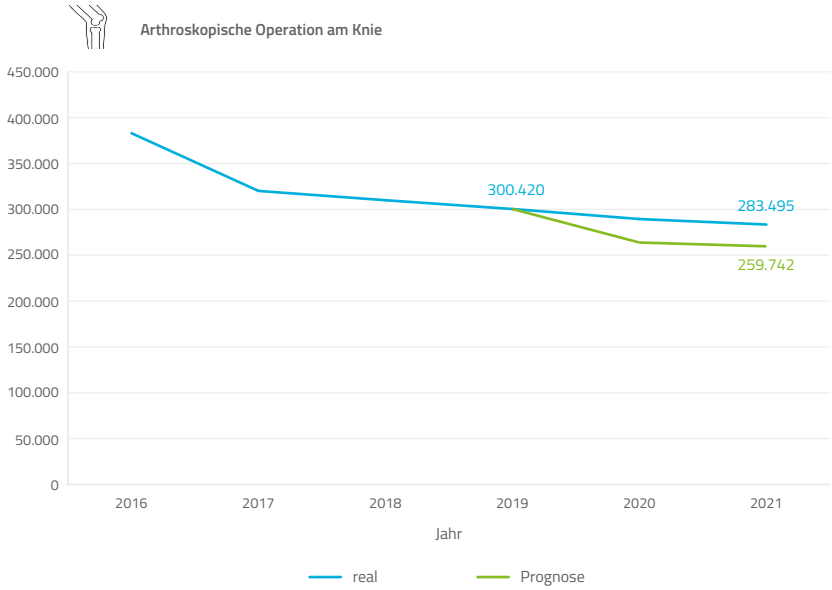
	Fallzahlen im Jahr 2021		
	Stationär	Ambulant	Gesamt
Prognostiziert	151.882	62.323	214.205
Real	126.157	55.335	181.492
Differenz	–25.725	–6.988	–32.713

Quelle: BARMER-Daten 2016 bis 2021

Bei arthroskopischen Knieoperationen (Abbildung 2.25) sinken die Gesamtfallzahlen seit 2016. Dementsprechend wird auch für 2021 eine Fortsetzung dieses Verlaufs prognostiziert. Die realen Fallzahlen sind jedoch weniger stark gefallen als nach der Trendfortschreibung erwartet. Die zusätzlichen Fallzahlen stammen aus dem ambulanten Leistungsgeschehen. Gegenüber der Prognose wurden rund 30.000 mehr ambulante Behandlungen erbracht, während im stationären Bereich etwa 8.000 Fälle weniger erbracht wurden. Entsprechend wurden knapp 24.000 Fälle mehr behandelt als prognostiziert.

Abbildung 2.25: Trendfortschreibung und reale Fallzahlen der arthroskopischen Operationen am Knie

Es wurden mehr ambulante arthroskopische Operationen am Knie durchgeführt als erwartet.



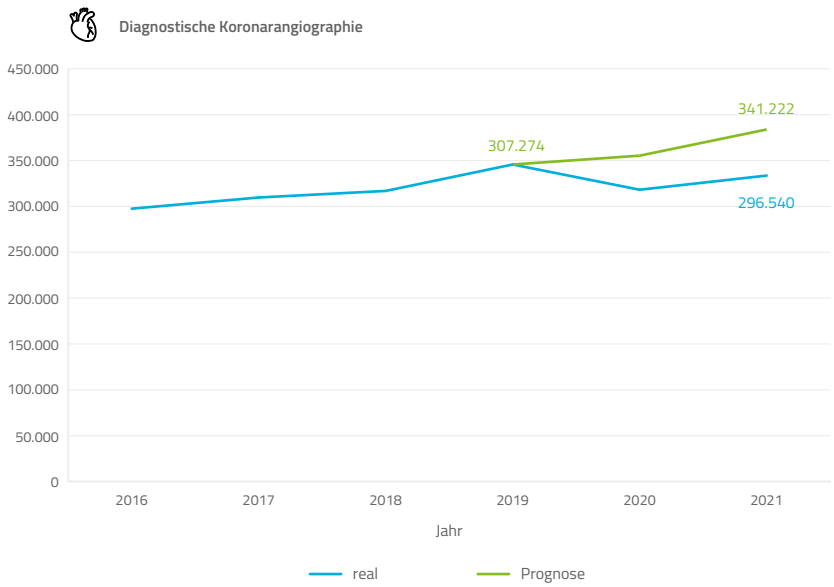
	Fallzahlen im Jahr 2021		
	Stationär	Ambulant	Gesamt
Prognostiziert	35.063	224.679	259.742
Real	27.059	256.436	283.495
Differenz	**–8.004**	31.757	23.753

Quelle: BARMER-Daten 2016 bis 2021

Abbildung 2.26 zeigt die Entwicklungen der diagnostischen Koronarangiographien. Im Vergleich zur Trendfortschreibung wurden im Jahr 2021 knapp 45.000 Fälle weniger erbracht als erwartet. Dieser Rückgang ist fast vollständig auf das stationäre Leistungsgeschehen zurückzuführen. Im ambulanten Leistungsgeschehen entwickelte sich die Fallzahl im Jahr 2021 ähnlich der prognostizierten Fallzahl. Die Änderungen der Behandlungsanteile zwischen den Sektoren sind daher fast ausschließlich auf den Einbruch der stationären Fallzahlen zurückzuführen.

Es wurden weniger diagnostische Koronarangiographien durchgeführt als erwartet.

Abbildung 2.26: Trendfortschreibung und reale Fallzahlen der diagnostischen Koronarangiographie



	Fallzahlen im Jahr 2021		
	Stationär	Ambulant	Gesamt
Prognostiziert	282.994	58.228	341.222
Real	238.303	58.238	296.540*
Differenz	–44.691	10	–44.682

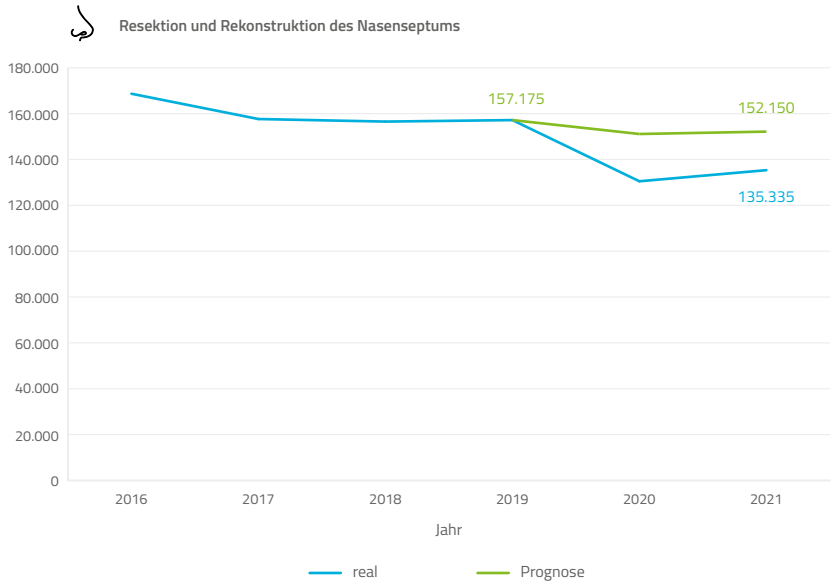
*Abweichung durch Rundung bei der Hochrechnung
Quelle: BARMER-Daten 2016 bis 2021

Im Falle der Resektion und Rekonstruktion des Nasenseptums (Abbildung 2.27) stagnieren die Gesamtfallzahlen seit 2016. Folglich wird für 2021 ein milder Rückgang um rund 5.000 Fälle prognostiziert. Stattdessen sind die realen Fallzahlen jedoch um knapp 22.000 Fälle gesunken. Damit wurden rund 17.000 Fälle weniger behandelt als bei gleichbleibendem Trend erwartet. Auch hier ist diese Entwicklung durch einen starken Einbruch der stationären Fallzahlen begründet, die um 23.000 Fälle stärker sanken als erwartet. Im ambulanten Leistungsgeschehen wurden dagegen rund 6.000 Fälle mehr erbracht als

prognostiziert. Der starke Rückgang der stationären Fallzahlen sowie der Anstieg der Anzahl ambulant behandelter Fälle lassen vermuten, dass es hier zumindest eine teilweise Verlagerung der stationären Fälle in den ambulanten Bereich gab.

Abbildung 2.27: Trendfortschreibung und reale Fallzahlen bei der Resektion und Rekonstruktion des Nasenseptums

Es wurden weniger Resektionen und Rekonstruktionen des Nasenseptums vollstationär durchgeführt als erwartet.



	Fallzahlen im Jahr 2021		
	Stationär	Ambulant	Gesamt
Prognostiziert	88.987	69.163	152.150
Real	66.004	63.330	135.335
Differenz	–22.983	6.167	–16.815

Quelle: RWI, BARMER-Daten 2016 bis 2021

Betrachtet man alle vier analysierten Indikationen gemeinsam, so zeigt Tabelle 2.14, dass insgesamt rund 70.000 Fälle weniger behandelt wurden, als dies bei einem gleichbleibenden Trend zu erwarten gewesen wäre. Dabei steht ein Rückgang von etwa 100.000 Fällen im stationären Leistungsgeschehen einem Zuwachs von rund 30.000 Fällen im ambulan-

ten Bereich gegenüber. Entsprechend lässt sich schlussfolgern, dass die beobachteten Ambulantisierungseffekte (Kapitel 2.6.4) zu einem Teil durchaus durch Verlagerung von Fällen ins ambulante Leistungsgeschehen erklärbar sind. Der größere Teil der Effekte ist allerdings durch den Rückgang der stationären Fallzahlen begründet.

Der Rückgang der stationären Fallzahlen wurde nur moderat durch einen Anstieg ambulanter Fallzahlen kompensiert.

Tabelle 2.14: Differenz zwischen realen und prognostizierten Fallzahlen bei Trendfortschreibung im Jahr 2021

Indikation	Fallzahlen		
	Stationär	Ambulant	Gesamt
Leistenhernie	–25.725	–6.988	–32.713
Knieoperation	–8.004	+31.757	+23.753
Koronarangiographie	–44.692	+10	–44.682
Nasenseptum	–22.983	+6.167	–16.815
Gesamt	–101.403	+30.947	–70.457

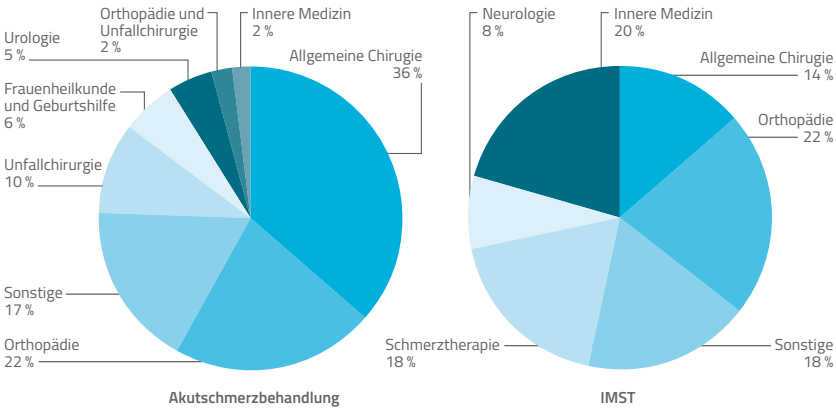
Quelle: BARMER-Daten 2016 bis 2021

2.7 Sonderanalyse: Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie

Die IMST ist der Goldstandard in der Behandlung chronischer Schmerzen.

Die interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (IMST) ist ein Behandlungsansatz für Patientinnen und Patienten mit chronifizierenden oder chronischen Schmerzzuständen. Die interdisziplinäre Ausrichtung der IMST verknüpft somatische und psychotherapeutische Therapieverfahren. Dabei erfolgt die Behandlung von Schmerzpatientinnen und -patienten in Kleingruppen von maximal acht Personen unter Einbezug verschiedener medizinischer Fachdisziplinen, beispielsweise Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und -therapeuten oder Physiotherapeutinnen und -therapeuten und andere medizinische Berufsgruppen (Arnold et al., 2009; DIMDI, 2023). Ziel ist die Wiederherstellung der objektiven und subjektiven Funktionsfähigkeit der Patientinnen und Patienten (Arnold et al., 2009; Nagel, 2022). Die höhere Effektivität multimodaler Behandlungsprogramme gegenüber herkömmlichen konnte in verschiedenen internationalen Überblicksstudien nachgewiesen werden (Deckert et al., 2016; Kamper et al., 2014; Scascighini et al., 2008; Waterschoota et al., 2014). Somit gilt die IMST heute in Deutschland als „Goldstandard" in der Behandlung chronischer Schmerzen (Thoma, 2018).

Abbildung 2.28: Patientinnen und Patienten nach entlassender Fachabteilung für Akutschmerzbehandlung und IMST in Prozent



Quelle: BARMER-Daten 2019

Die IMST ist von der (komplexen) Akutschmerzbehandlung abzugrenzen. Diese kommt zur Therapie von Akutschmerz zum Einsatz, der beispielsweise postoperativ oder posttraumatisch auftritt. Akutschmerz tritt unmittelbar in Verbindung zu konkreten Ereignissen, beispielsweise Erkrankungen und Verletzungen oder als Folge von Eingriffen, auf. Für langanhaltenden oder unbehandelten Akutschmerz besteht darüber hinaus das Risiko einer Chronifizierung des Schmerzes, weshalb eine adäquate Akutschmerzbehandlung auch eine vorbeugende Funktion übernimmt (Korczak et al., 2013). Die akute Schmerztherapie hat somit auf der einen Seite zum Ziel, die Genesung von Patientinnen und Patienten zu erleichtern und zu beschleunigen, während sie auf der anderen Seite einer Chronifizierung der Schmerzen vorbeugen kann. Im Gegensatz zur IMST stellt die Behandlung von Akutschmerz eher eine begleitende Maßnahme dar. Dieser Unterschied spiegelt sich auch in der entlassenden Fachabteilung wider, wie Abbildung 2.28 zeigt. Patientinnen und Patienten, die eine Akutschmerzbehandlung erhalten, werden insbesondere über die Fachabteilungen „Allgemeine Chirurgie" und „Orthopädie", also Fachabteilungen, die primär eine (operative) Versorgung von Verletzungen leisten, entlassen. Patientinnen und

Patienten, die eine IMST erhalten, werden neben der Fachabteilung „Orthopädie" insbesondere aus Fachabteilungen der „Inneren Medizin" oder speziellen Abteilungen für Schmerztherapie entlassen.

Im Jahr 2002 wurde die interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie in den OPS-Katalog aufgenommen, wodurch die Abrechnungsmöglichkeit über DRGs geschaffen wurde. Weiterhin wurden in den Jahren 2016 und 2017 Unterteilungen der OPS für IMST nach Schweregrad sowie der Anzahl der Behandlungstage in drei Unterkategorien vorgenommen (Thoma, 2018).

Die Durchführung der IMST kann in Schweregrad und Behandlungsdauer variieren.

Multimodale Schmerztherapien mit einer Gesamttherapiedauer von über 100 Stunden galten in früheren Studien als besonders erfolgreich (Guzmán et al., 2001). Allerdings kann der Zusammenhang zwischen einer Programmdauer von mindestens 100 Stunden und dem Erfolg der Therapie in neueren Übersichtsarbeiten nicht bestätigt werden (Kamper et al., 2014; Middelkoop et al., 2011; Waterschoota et al., 2014). In Deutschland existieren Programme, die eine unterschiedliche Anzahl an Behandlungstagen vorsehen und anhand separater OPS-Kodes ausgewiesen werden. Eine Kurzzeitbehandlung mit IMST dauert bis zu sechs Behandlungstage und kann zur Therapieerprobung im Anschluss an eine multidisziplinäre schmerzwissenschaftliche Diagnostik oder als Therapiestabilisierung im Anschluss an eine durchgeführte interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie erfolgen (DIMDI, 2023). Die reguläre vollstationäre IMST kann in verschiedenen Spezifikationen durchgeführt werden. Je nach Anzahl der Behandlungstage werden unterschiedliche OPS-Kodes verwendet. Die erste Kategorie sieht mindestens sieben bis höchstens 13 Behandlungstage und die zweite Kategorie mindestens 14 bis maximal 20 Behandlungstage vor. Die dritte Unterkategorie wird ab 21 Behandlungstagen kodiert (DIMDI, 2023).

Tabelle 2.15 zeigt, dass die Mehrzahl der in Deutschland durchgeführten vollstationären multimodalen Schmerztherapien einen Umfang von 14 bis 20 Behandlungstagen aufweisen. Im Jahr 2019 gab es 43.817 Fälle in dieser Kategorie. Die durchschnittliche Verweildauer beträgt dabei ungefähr 16 Tage und die durchschnittlichen Kosten pro Fall belaufen sich auf circa 5.800 Euro. Ebenfalls häufig kodiert wurde die vollstationäre IMST mit sieben bis 13 Behandlungstagen mit 29.104 Fällen. Die durchschnittliche Verweil-

dauer für vollstationär behandelte IMST-Patienten dieser Kategorie beträgt 10,3 Tage. Die durchschnittlichen Kosten der Behandlung liegen bei ungefähr 4.000 Euro. Dieses kürzere Modell der IMST wird insgesamt seltener durchgeführt, aber von mehr Krankenhäusern angeboten als die längere IMST mit einer Dauer von 14 bis 20 Behandlungstagen. Die IMST-Kurzzeitbehandlung sowie multimodale Schmerztherapien mit mehr als 21 Behandlungstagen machen im Jahr 2021 im Hinblick auf die Fallzahlen nur einen kleinen Anteil aller vollstationär durchgeführten multimodalen Schmerztherapien aus und werden darüber hinaus auch an deutlich weniger Standorten durchgeführt. Der Vergleich zur Akutschmerzbehandlung zeigt, dass diese an deutlich mehr Standorten durchgeführt wird. Insgesamt weist die Akutschmerzbehandlung mit 262.385 Fällen auch höhere Fallzahlen sowie mit durchschnittlich 9.979 Euro höhere Kosten gegenüber der IMST auf.

Die Mehrzahl der IMST-Behandlungen hat eine Behandlungsdauer von 14 bis 20 Tagen.

Tabelle 2.15: Vollstationäre IMST, komplexe Akutschmerzbehandlung sowie IMST-Kurzzeitbehandlung im Jahr 2019

Beschreibung		Anzahl Fälle (hochgerechnet)	Ø-Verweildauer in Tagen	Ø-Kosten in Euro	Anzahl Krankenhäuser
Vollstationäre IMST	7–13 Behandlungstage	29.104	10,3	4.047	320
	14–20 Behandlungstage	43.817	16,1	5.779	285
	21 Behandlungstage	2.640	24,3	7.461	73
Akutschmerzbehandlung		262.385	11,6	9.979	773
Kurzzeitbehandlung		3.637	5,6	3.730	116

Quelle: BARMER-Daten 2019, SfArM 2021

Da die Zuständigkeit für die Erstellung der Krankenhauspläne bei den Bundesländern liegt (§ 6 Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz, KHG), sind diese auch für die Planung der regionalen Versorgung mit Angeboten der IMST verantwortlich. Die jeweiligen Bundesländer zeigen dabei eine unterschiedliche Verbreitung von Einrichtungen, die eine vollstationäre IMST anbieten. Die hochgerechneten vollstationären Fallzahlen für die einzelnen Bundesländer zeigt Tabelle 2.16. Die meisten vollstationären Fälle unter Berücksichtigung der Einwohnerzahl weisen dabei Rheinland-Pfalz und das Saarland mit 165 Fällen je

100.000 Einwohnerinnen und Einwohner auf. Auch in Sachsen-Anhalt und Brandenburg werden viele vollstationäre Schmerztherapien durchgeführt. In Mecklenburg-Vorpommern und Hamburg werden mit 32 beziehungsweise 38 Fällen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner hingegen relativ wenige vollstationäre IMST durchgeführt. Darüber hinaus variiert auch der Anteil der Krankenhäuser, die eine vollstationäre IMST innerhalb eines Bundeslandes anbieten, zwischen den verschiedenen Bundesländern teilweise deutlich. Am höchsten fällt er in Sachsen-Anhalt mit einem Anteil von 36 Prozent an allen Krankenhäusern aus, am niedrigsten in Hamburg und Schleswig-Holstein mit einem Anteil von jeweils etwa acht Prozent.

Die Verbreitung der vollstationären IMST variiert regional stark.

Tabelle 2.16: Vollstationäre Fallzahlen (hochgerechnet) der IMST nach Bundesländern

Bundesland	Vollstat. Fälle (hochgerechnet)	Fälle/100.000 Einwohner[1]	Anzahl KH[2]	Anteil der KH im Bundesland[3]
Rheinland-Pfalz + Saarland	8.358	165	27	24 %
Sachsen-Anhalt	3.322	151	17	36 %
Brandenburg	3.809	151	15	26 %
Schleswig-Holstein	3.302	114	9	8 %
Sachsen	4.265	105	29	38 %
Nordrhein-Westfalen	17.464	97	96	28 %
Bayern	12.581	96	55	16 %
Thüringen	1.958	92	13	30 %
Niedersachsen + Bremen	6.544	75	37	19 %
Hessen	4.623	74	22	14 %
Berlin	1.876	51	14	16 %
Baden-Württemberg	5.632	51	35	14 %
Hamburg	703	38	5	8 %
Mecklenburg-Vorpommern	512	32	8	22 %
Deutschland	74.949	90	382	20 %

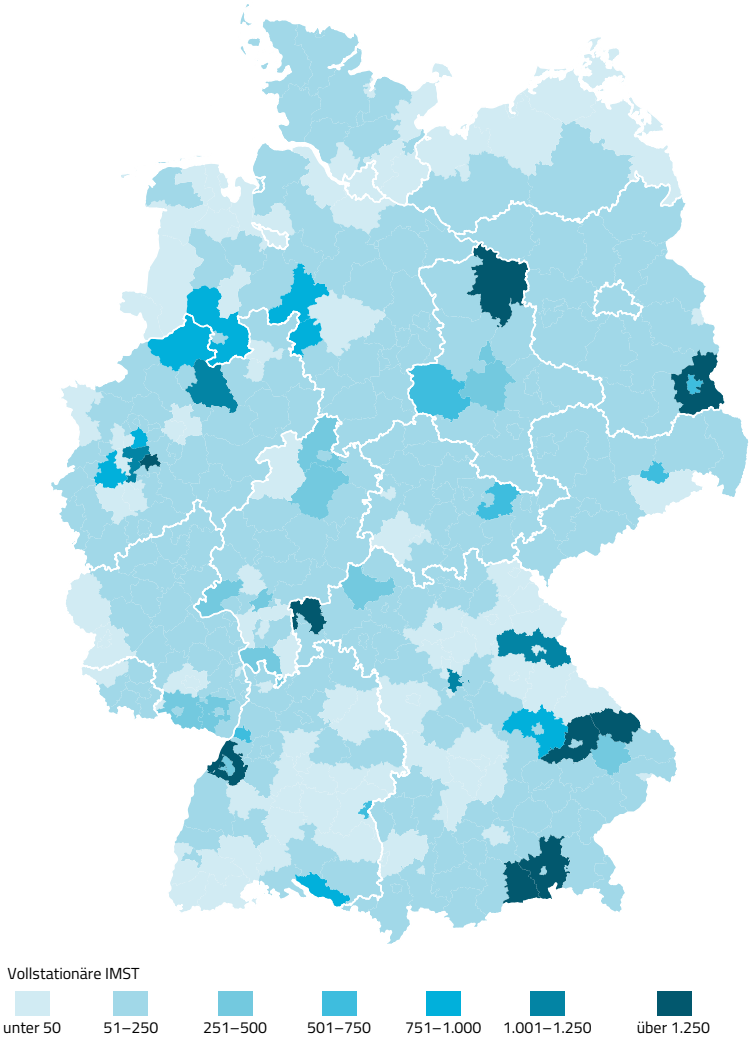
Anmerkungen:
Beinhaltet die folgenden OPS-Kodes: 8-918.00, 8-918.01, 8-918.02, 8-918.10, 8-918.11, 8-918.12, 8-918.13, 8-918.14, 8-918.20, 8-918.21, 8-918.22.
[1] Einwohnerinnen und Einwohner pro Bundesland auf 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner normiert, Zahlen beziehen sich auf 2019.
[2] Anzahl der Institutionskennzeichen, die mindestens einen der unter 1) aufgeführten OPS-Kodes kodiert haben.
[3] Quotient aus der Anzahl der vollstationären IMST-Krankenhäuser (siehe 3) und der Summe aller Krankenhäuser je Bundesland.
Quelle: BARMER-Daten 2019, BfArM 2021, Destatis 2021, Destatis 2022

Abbildung 2.29 stellt die regionale Verteilung von Fallzahlen für die vollstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie auf Kreisebene dar. Die Karte zeigt, dass sich die Patientinnen und Patienten der vollstationären IMST auf nahezu alle Kreise in Deutschland verteilen, auch wenn die Fallzahlen zwischen den Kreisen teilweise deutlich variieren. Lediglich vereinzelte Kreise, insbesondere im Norden und Süden des Landes, weisen eine sehr geringe Zahl an Fällen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner auf.

Die große Mehrheit der interdisziplinären multimodalen Schmerztherapien wird nach wie vor vollstationär durchgeführt. Die vollstationäre IMST bietet ein hochintensives Behandlungsprogramm. Die dauerhafte Betreuung und Unterstützung durch ein interdisziplinäres Team ermöglicht es, den Therapieerfolg in einem geschützten Raum zu überwachen und zu optimieren (Pfingsten et al., 2019). Negative äußere Einflussfaktoren, beispielsweise durch alltägliche Belastungen, soziale Konflikte oder andere Ablenkungen, können bewusst begrenzt werden (Arnold et al., 2009; Pfingsten et al., 2019). Diesen Vorteilen stehen jedoch hohe Kosten für die längere medizinische Betreuung sowie für Unterkunft und Verpflegung gegenüber. Darüber hinaus stellt der lange stationäre Aufenthalt mitunter eine organisatorische Hürde für Patientinnen und Patienten dar. Aus diesem Grund werden niedrigschwellige Angebote einer teilstationären Behandlung ausgebaut und ambulante Behandlungsmöglichkeiten erprobt.

Die Einteilung der Schmerzpatientinnen und -patienten in eine voll- oder teilstationäre IMST erfolgt im Rahmen eines interdisziplinären multimodalen Assessments (IMA) durch ein interdisziplinäres Schmerzteam. Dabei werden neben dem Schweregrad der bereits bestehenden Schmerzchronifizierung auch weitere Kriterien wie die Mobilität, psychosoziale Faktoren und Komorbiditäten sowie die medikamentöse Einstellung der Schmerzpatientinnen und -patienten berücksichtigt (Pfingsten et al., 2019). Eine IMST sollte nur dann vollstationär durchgeführt werden, wenn das Behandlungsziel für Patientinnen und Patienten nicht durch ambulante, teilstationäre, vor- oder nachstationäre Behandlung erreicht werden kann (Thoma, 2018).

Abbildung 2.29: Regionale Verteilung von Fallzahlen für vollstationäre IMST



Anmerkungen: Patientenwohnort bestimmt die Zuordnung des Falls auf Kreisebene.
Quelle: BARMER-Daten 2019

Im Rahmen einer teilstationären Behandlung kehren Patientinnen und Patienten täglich in ihr soziales und familiäres Umfeld zurück. Die teilstationäre IMST zeichnet sich unter anderem durch eine Behandlungsdauer von mindestens vier Stunden täglich aus und setzt eine adäquate personelle Besetzung zur Behandlung der Patientinnen und Patienten voraus. Diese besteht unter anderem aus einer Fachärztin oder einem Facharzt für Schmerztherapie sowie einer ärztlichen oder psychologischen, psychotherapeutischen Fachkraft. Wie bei der vollstationären IMST erfolgt die Behandlung im Rahmen einer Kombination aus (psycho-)therapeutischen und körperlich übenden Verfahren. Aufgrund ihrer Ausgestaltung lässt sich die teilstationäre Behandlung weitgehend in den Alltag der Patientinnen und Patienten integrieren und an ihre speziellen Bedürfnisse anpassen, auch wenn eine berufsbegleitende Behandlung im Rahmen einer teilstationären IMST normalerweise nicht möglich ist. Außerdem kann die Rückkehr ins gewohnte Umfeld dazu beitragen, erlernte Verhaltensanpassungen besser in den Alltag zu integrieren und zu vertiefen (Pfingsten et al., 2019).

Eine teilstationär durchgeführte IMST erleichtert die Integration der Verhaltensanpassungen in den Alltag.

Auch die teilstationäre IMST wird in drei Unterkategorien unterteilt, die sich je nach Umfang der Behandlung unterscheiden. Dabei beginnt die sogenannte Basisbehandlung mit mindestens zwei Therapieverfahren (beispielsweise Psycho- oder Ergotherapie) und einer Therapiezeit von mindestens zwei Stunden täglich. Die weiteren Unterkategorien steigern die Intensität der Behandlung insofern, als sich die Therapiezeit jeweils um mindestens eine Stunde erhöht und mindestens ein weiteres Behandlungsverfahren einbezogen wird (DIMDI, 2023).

Im Gegensatz zu anderen teilstationären Leistungen wird die IMST nicht über DRGs abgerechnet, sondern krankenhausindividuell. Grundlage dafür bildet § 6 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG). Entscheidend für die Vergütung tagesklinischer Behandlungen ist somit das Budget des Krankenhausträgers, welches vorab mit den Krankenkassen entsprechend verhandelt wurde (Thoma, 2018). Die unterschiedlichen Vergütungslogiken von teilstationärer und vollstationärer IMST haben zur Folge, dass sie in den Abrechnungsdaten der Krankenkassen unterschiedlich kodiert werden. Während sich vollstationäre Fälle, aufgrund der Abrechnung über DRGs, mithilfe der entsprechenden OPS-Kodes identifizieren lassen, werden teilstationäre Behandlungen sowohl über OPS-Kodes als

Vollstationäre und teilstationäre IMST werden auf unterschiedlichem Wege vergütet.

auch über Entgeltschlüssel kodiert. Beide Abrechnungswege spielen eine wichtige Rolle für die Abbildung des teilstationären Leistungsgeschehens. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der Vergabe von Fallnummern. Im DRG-System wird immer auf Fallbasis abgerechnet. Im Gegensatz dazu können Entgelte nach § 6 KHEntgG fallbezogen oder über Tagessätze abgerechnet werden. Wird eine Patientin oder ein Patient über die Tagessätze abgerechnet, so erhält sie/er für jeden weiteren Tag eine neue Fallnummer. Aus diesem Grund ist zum aktuellen Zeitpunkt kein sinnvoller Vergleich der voll- und teilstationären Fallzahlen möglich. Deshalb werden im folgenden Abschnitt die teilstationären IMST-Patientenzahlen abgebildet. Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2019 mehr als einmal teilstationär behandelt wurden, werden bei Darstellung auf Patientenebene nur einmal gezählt. Die tatsächlichen Fallzahlen für teilstationäre IMST sind höher als die Patientenzahlen, da einige wenige Patientinnen und Patienten im Jahr 2019 mehr als eine teilstationäre Behandlung erhalten haben.

Tabelle 2.17 zeigt die Patientenzahlen der einzelnen Bundesländer für teilstationäre IMST. Vergleicht man die Patientenzahlen für teilstationäre IMST mit den Fallzahlen für vollstationäre IMST aus Tabelle 2.16, wird deutlich, dass die teilstationäre IMST bislang in Deutschland deutlich weniger verbreitet ist als vollstationäre Behandlungen mit IMST. Die Mehrzahl der Bundesländer weist wesentlich geringere teilstationäre Patientenzahlen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner auf als vollstationäre Fallzahlen. Ausnahmen von dieser Beobachtung stellen Bayern und Hamburg sowie Mecklenburg-Vorpommern dar. In Bayern wurden im Jahr 2019 hochgerechnet etwa 85 Patientinnen und Patienten je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner versorgt. Mit 11.143 Personen hat Bayern auch absolut die höchste Anzahl im Vergleich zu allen anderen Bundesländern. Für Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern zeigt sich, dass die Mehrzahl der Patientinnen und Patienten teilstationär versorgt wurde. In den restlichen Ländern liegt die Anzahl der teilstationären Patientinnen und Patienten teilweise deutlich unter den vollstationären Fallzahlen. In Hessen wurde nur etwa eine Person je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner teilstationär behandelt und für das Land Sachsen-Anhalt können aufgrund der geringen Anzahl an Beobachtungen überhaupt keine Fallzahlen ausgewiesen werden. Neben den Fall- beziehungsweise Patientenzahlen gibt es in fast allen Bundesländern weniger Krankenhäuser, die eine teilstationäre IMST durchführen, als Häuser, die eine

vollstationäre IMST durchführen. Während in Mecklenburg-Vorpommern etwa 16 Prozent aller Krankenhäuser eine teilstationäre IMST durchführen, beläuft sich dieser Anteil für Niedersachsen und Bremen, Schleswig-Holstein sowie Hessen auf lediglich jeweils ein Prozent.

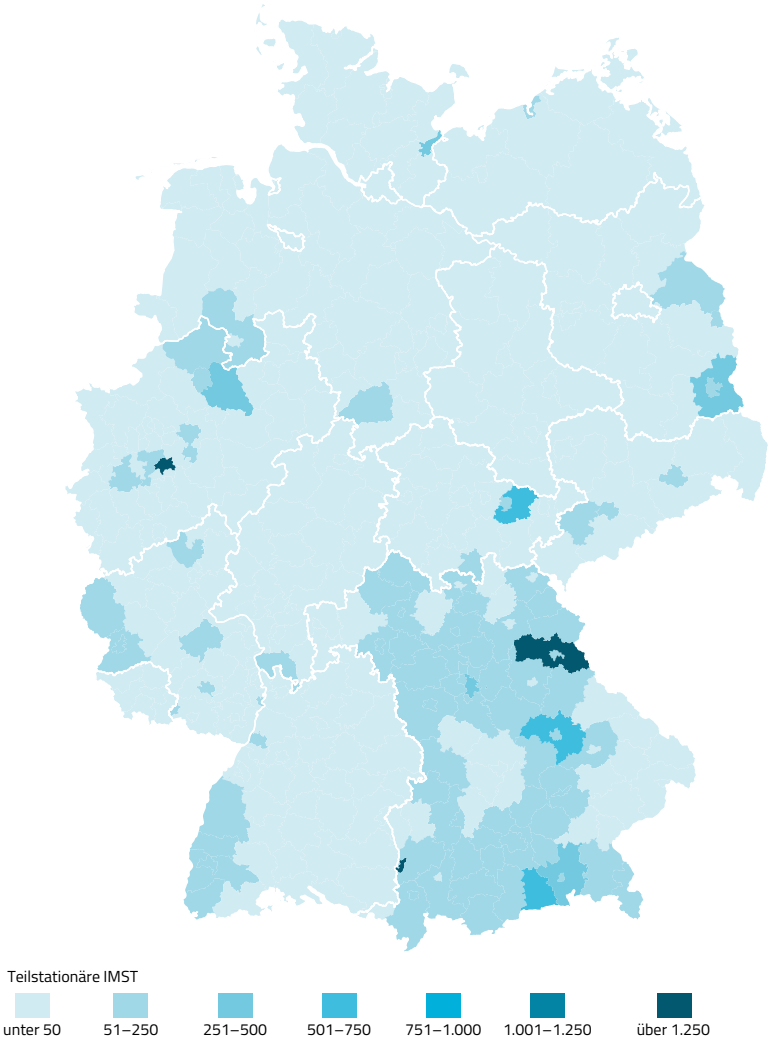
In nur wenigen Bundesländern wird die teilstationäre IMST flächendeckend angeboten.

Tabelle 2.17: Anzahl von Patientinnen und Patienten (hochgerechnet) der teilstationären IMST nach Bundesländern

Bundesland	Patienten teilstat. (hochgerechnet)[1]	Patienten/100.000 Einwohner[2]	Anzahl KH[3]	Anteil der KH im Bundesland[4]
Bayern	11.143	85	42	12%
Hamburg	925	50	5	8%
Mecklenburg-Vorpommern	599	37	6	16%
Rheinland-Pfalz + Saarland	1.612	32	10	9%
Sachsen	889	22	7	9%
Baden-Württemberg	1.929	17	5	2%
Brandenburg	367	15	2	3%
Berlin	447	12	4	5%
Thüringen	237	11	1	2%
Nordrhein-Westfalen	1.486	8	12	4%
Niedersachsen + Bremen	422	5	1	1%
Schleswig-Holstein	110	4	1	1%
Hessen	84	1	1	1%
Sachsen-Anhalt	–	–	–	–
Deutschland	20.250	24	97	5%

Anmerkungen: BARMER-Fallzahlen < 12 nicht ausgewiesen.
[1] Patientinnen und Patienten, bei denen im Jahr 2019 mindestens einer der folgenden OPS-Kodes: 8-91c.00, 8-91c.01, 8-91c.02, 8-91c.10, 8-91c.11, 8-91c.12, 8-91c.20, 8-91c.21, 8-91c.22, 8-91c.23 oder einer der folgenden Entgeltschlüssel: 85000006, 85000043, 85000056, 85020008, 85050029, 85090009, 85140002, 86060014 kodiert wurde.
[2] Einwohnerinnen und Einwohner pro Bundesland auf 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner normiert, Zahlen beziehen sich auf 2019.
[3] Anzahl der Institutionskennzeichen, die mindestens einen der unter 1) aufgeführten OPS-Kodes oder Entgeltschlüssel kodiert haben.
[4] Quotient aus der Anzahl der teilstationären IMST-Krankenhäuser (siehe 3) und der Summe aller Krankenhäuser je Bundesland.
Quelle: BARMER-Daten 2019; BfArM 2021; Destatis 2021; Destatis 2022

Abbildung 2.30: Regionale Verteilung von Patientinnen und Patienten für teilstationäre IMST



Anmerkungen: Patientenwohnort bestimmt die Zuordnung auf Kreisebene. Berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen im Jahr 2019 einer der folgenden OPS-Kodes: 8-91c.00, 8-91c.01, 8-91c.02, 8-91c.10, 8-91c.11, 8-91c.12, 8-91c.20, 8-91c.21, 8-91c.22, 8-91c.23 oder einer der folgenden Entgeltschlüssel: 85000006, 85000043, 85000056, 85020008, 85050029, 85090009, 85140002, 86060014 mindestens einmal kodiert wurde.
Quelle: BARMER-Daten 2019

Die Behandlungszahlen der teilstationären IMST je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner variieren nicht nur zwischen den Bundesländern, sondern ebenfalls auf Kreisebene (Abbildung 2.30). Da nur wenige Krankenhäuser die teilstationäre IMST anbieten, ist eine teilstationäre Behandlung für einen Großteil der Bevölkerung nicht erreichbar. Nur in Bayern ist die teilstationäre IMST fast flächendeckend verfügbar.

Die regionale Variation teilstationärer IMST ist zum Teil auf die individuellen Krankenhauspläne der Bundesländer zurückzuführen. So wird die Gründung teilstationärer Einrichtungen im Rahmen von IMST von den entsprechenden Ländern im Vorhinein geprüft und schließlich im Krankenhausplan aufgeführt (Thoma, 2018). Bayern begann als erstes Bundesland bereits 1993 im Rahmen eines Modellprojekts mit der Einrichtung einer tagesklinischen IMST (Arnold, 2005) und bietet auch deshalb heute eine nahezu flächendeckende Versorgung innerhalb des Bundeslandes (Thoma, 2018). In Baden-Württemberg, Hamburg und im Saarland werden ebenfalls multidisziplinäre schmerztherapeutische Einrichtungen im Krankenhausbedarfsplan ausgewiesen (Arnold et al., 2009). Eine vollstationäre IMST wird hingegen, im Vergleich zur sonstigen stationären Bedarfsplanung, nicht im Krankenhausplan aufgeführt, da keine einzelne Fachabteilung dafür zuständig ist. Das Angebot ist damit im Vergleich zur teilstationären IMST auch ohne Zulassung der Länder möglich (Thoma, 2015, 2018).

Die Heterogenität der Bundesländer im Hinblick auf die Planung und Umsetzung teilstationärer IMST-Angebote spiegelt sich auch in der Vergütung wider. Die durchschnittlichen Entgeltkosten der einzelnen Bundesländer sind in Tabelle 2.18 dargestellt. Die durchschnittlichen Entgeltkosten je Behandlungstag variieren zwischen 500 Euro in Baden-Württemberg und 192 Euro in Hessen. Allerdings konnte im Rahmen dieser Analyse kein eindeutiger Zusammenhang zwischen der Höhe der Entgeltkosten sowie des Behandlungsvolumens nachgewiesen werden.

Die Vergütung der teilstationären IMST variiert stark zwischen den Bundesländern.

Tabelle 2.18: Durchschnittliche Entgeltkosten und über Entgeltschlüssel abgerechnete Tage teilstationärer IMST je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner nach Bundesländern

Bundesland	Ø Entgeltkosten in €	Anzahl abgerechneter Tage/100.000 Einwohner
Baden-Württemberg	500	8
Bayern	340	77
Niedersachsen + Bremen	339	5
Berlin	307	9
Schleswig-Holstein	300	8
Thüringen	299	16
Sachsen	299	24
Rheinland-Pfalz + Saarland	292	55
Nordrhein-Westfalen	265	12
Brandenburg	256	36
Hamburg	246	40
Mecklenburg-Vorpommern	239	114
Hessen	192	3
Sachsen-Anhalt	–	–
Deutschland	316	26

Anmerkungen: Beinhaltet die Anzahl der abgerechneten Tage der folgenden Entgeltschlüssel: 85000006, 85000043, 85000056, 85020008, 85050029, 85090009, 85140002, 86060014.
Quelle: BARMER-Daten 2019

Neben der voll- und teilstationären IMST existiert grundsätzlich auch die Möglichkeit für eine ambulante interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie. Diese bietet sich insbesondere für Patientinnen und Patienten an, die noch nicht chronisch erkrankt sind, sondern am Anfang einer Chronifizierung stehen. Darüber hinaus bietet eine ambulante IMST auch die Möglichkeit, ein berufsbegleitendes Angebot für Patientinnen und Patienten zu schaffen, ohne auf die Interdisziplinarität der Schmerztherapie verzichten zu müssen (Pfingsten et al., 2019). Bisher wird eine ambulante IMST nicht flächendeckend angeboten, sondern nur punktuell in Form von speziellen Versorgungsverträgen einzelner Krankenkassen mit den Leistungserbringenden (Thoma, 2018) oder in Modellprojekten (Pfingsten et al., 2019). Ein Grund ist laut Thoma (2018) das Fehlen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, wodurch die psychotherapeutische Komponente der

Behandlung ambulant nur schwer abgedeckt werden kann. Außerdem fehlen, außerhalb von Krankenhäusern, Strukturen, die eine ambulante Versorgung der Patientinnen und Patienten durch interdisziplinäre Teams möglich machen. Häufig wird in diesem Zusammenhang der Aufbau von Netzwerken gefordert, beispielsweise im Rahmen von medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und Praxisgemeinschaften (Pfingsten et al., 2019; Thoma, 2018).

Zu den angesprochenen Modellprojekten gehört auch PAIN2020, welches von der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. in Zusammenarbeit mit unter anderem der BARMER entwickelt wurde und Anfang 2020 abgeschlossen wurde. Ziel des Projekts war es, die Schmerzchronifizierung von Patientinnen und Patienten durch ein frühzeitiges interdisziplinäres multimodales Assessment zu verhindern. Neben dem IMA wurden zudem ambulante IMST-Angebote in Form von regelmäßig stattfindenden ambulanten Gruppentherapien geschaffen, mit denen von Chronifizierung betroffene Personen beziehungsweise solche mit bereits bestehenden Schmerzen behandelt werden. In Form eines Selektivvertrags wurde für Patientinnen und Patienten der BARMER auch außerhalb des Projekts die Möglichkeit eines ambulanten interdisziplinären multimodalen Assessments (A-IMA) geschaffen (Kaiser et al., 2021; Preißler et al., 2022). Fortgeführt wird PAIN2020 im Rahmen von PAIN2.0, das im Januar 2023 begonnen hat. Im Rahmen des Projekts wird eine ambulante interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (A-IMST) implementiert, welche in Form einer zehnwöchigen Gruppentherapie durchgeführt wird. Das Programm richtet sich wie das Vorgängerprogramm an Patientinnen und Patienten, die am Beginn einer Schmerzchronifizierung stehen. Ziel ist es, eine Chronifizierung zu verhindern beziehungsweise die Auswirkungen der Schmerzen zu begrenzen und die physische sowie psychische Leistungsfähigkeit zu erhalten. Den Teilnehmerinnen und Teilnehmern von PAIN2.0 soll durch die ambulante Behandlung zudem die Möglichkeit gegeben werden, ihrem Alltag weiterhin nachgehen zu können (Preißler et al., 2022).

Kapitel 3

Fazit und Ausblick

3 Fazit und Ausblick

Der vorliegende Report analysiert, ob sich die Wahrscheinlichkeit, ambulant behandelt zu werden, während der Coronapandemie verändert hat. Grundlage für die Analyse sind die folgenden vier Indikationen:

1. Operative Versorgung der Leistenhernie
2. Arthroskopische Operation am Knie
3. Diagnostische Koronarangiographie
4. Resektion und Rekonstruktion des Nasenseptums

Die Analysestichprobe besteht aus ambulant sowie stationär behandelten Patientinnen und Patienten, die laut Logik des AOP-Katalogs theoretisch ambulant behandelt werden könnten, bei denen also kein Kontextfaktor eine stationäre Behandlung begründet.

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, der sich bereits heute enorm auf die Personalsituation in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung auswirkt, gewinnt der effiziente Einsatz des vorhandenen Personals weiter an Bedeutung. Eine Verlagerung von Fällen in den ambulanten Sektor kann dafür sorgen, dass das knappe Personal entlastet und effizienter eingesetzt werden kann, ohne dass die medizinische Qualität darunter leidet. In keinem anderen OECD-Land werden so viele stationäre Fälle je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner behandelt wie in Deutschland. Gleichzeitig stagnieren die Fallzahlen und Ausgaben für ambulante Operationen bereits seit 2012. Der internationale Vergleich verdeutlicht, dass eine stärkere Ambulantisierung möglich ist: Länder wie Dänemark, Großbritannien, Norwegen oder Frankreich verzeichneten infolge umfassender Reformen einen deutlichen Anstieg der Ambulantisierungsrate für eine Vielzahl von Eingriffen.

Die Ergebnisse des Reports zeigen, dass sich die Wahrscheinlichkeit für eine ambulante Behandlung im Jahr 2021 gegenüber 2019 für die ausgewählten Eingriffe um drei bis sieben Prozent erhöht hat. Dies ist hauptsächlich auf den starken Rückgang der stationären Fallzahlen zurückzuführen. Die Zahl der ambulanten Fälle ist seit 2019 je nach

Indikation leicht gesunken oder nahezu konstant geblieben. Ein kleiner Teil der weggefallenen stationären Fälle scheint ambulantisiert worden zu sein. Der größere Teil der Fälle wurde hingegen gar nicht mehr erbracht. Um dies zu verdeutlichen, wurden die realen Fallzahlen im Jahr 2021 mit einer Trendfortschreibung der Jahre 2016 bis 2019 verglichen.

Dabei zeigt sich, dass die stationären Fallzahlen für alle vier Eingriffe im Jahr 2021 um rund 100.000 Fälle geringer sind als laut Trendfortschreibung prognostiziert. Die ambulanten Fallzahlen hingegen sind um etwa 30.000 Fälle größer als laut Trendfortschreibung prognostiziert. Die Verschiebung von Fällen in den ambulanten Sektor ist also deutlich geringer ausgefallen als der Rückgang der stationären Fälle seit der Coronapandemie. Dies verdeutlicht, dass bezüglich der Ambulantisierung noch viel Potenzial besteht. Die anstehende Krankenhausreform ist daher notwendig und beinhaltet insbesondere mit den Level-1i-Kliniken wichtige Ansätze zur sektorenübergreifenden Versorgung. Durch eine bessere Zusammenarbeit und Vernetzung der Sektoren können Anreize zur Ambulantisierung geschaffen werden, von denen alle Beteiligten profitieren – die Leistungserbringer durch eine bessere Ressourcenallokation und gezieltere Versorgungsmöglichkeiten und die Patientinnen und Patienten durch eine bessere Versorgungsqualität und die Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte. Im Rahmen einer Sonderanalyse wurde außerdem das Leistungsgeschehen der interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie für Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen untersucht. Während die vollstationäre IMST in ganz Deutschland durchgeführt wird, erfolgen teilstationäre Behandlungen bislang hauptsächlich für Patientinnen und Patienten aus Bayern und Hamburg. Die Literatur belegt jedoch, dass eine teilstationäre Behandlung für viele Patientinnen und Patienten einige Vorteile mit sich bringen kann. So lassen sich die im Rahmen der teilstationären Behandlung erlernten Verhaltensmuster besser in den Alltag von Patientinnen und Patienten integrieren. Insbesondere für Patientinnen und Patienten, die sich in einem frühen Stadium ihrer Schmerzchronifizierung befinden, stellen teilstationäre und ambulante Behandlungsmöglichkeiten ein niedrigschwelliges Angebot dar, das einer weiteren Chronifizierung der Schmerzen vorbeugen und bestenfalls einen vollstati-

onären Aufenthalt verhindern kann. Trotz dieser Vorteile besteht für große Teile der Bevölkerung zum aktuellen Zeitpunkt kein ausreichender Zugang zu teilstationären Angeboten.

Auf Grundlage dieses Reports lassen sich die folgenden vier Empfehlungen festhalten:

(1) Um die Ambulantisierung zielgerichtet zu fördern, sollten finanzielle Anreize geschaffen werden. Bisher ist die stationäre Behandlung deutlich höher vergütet als die ambulante Behandlung, so dass die Krankenhäuser keine finanziellen Anreize zur Ambulantisierung haben. In anderen Ländern wurde – zumindest kurzfristig – die Vergütung für ambulantisierte Fälle erhöht, um einen finanziellen Anreiz zur Ambulantisierung zu schaffen. Hierbei sollten potenziell ambulantisierbare Leistungen in den Fokus genommen werden, bei denen der Anteil stationärer Behandlungen gegenwärtig sehr hoch ist.
(2) Damit die Förderung der Ambulantisierung auch auf entsprechende Angebotsstrukturen trifft, sollte unter anderem der Ausbau von medizinischen Versorgungszentren, ambulanten OP-Zentren und Praxiskliniken, die solche Leistungen durchführen können, gefördert werden. Somit soll nicht mehr länger die Vergütungsstruktur, sondern vielmehr die Indikationsstellung und die individuellen Patientencharakteristika über die Art der Behandlung entscheiden.
(3) Die stete Weiterentwicklung des AOP-Katalogs ist eine wichtige Grundlage für eine voranschreitende Ambulantisierung und die Überwindung der Sektorengrenzen. Die geplante spezielle, sektorengleiche Vergütung gem. § 115 f. SGB V kann in der richtigen Ausgestaltung zukünftig konsequente Anreize setzen, den Anteil ambulanter Operationen zu erhöhen.
(4) Teilstationäre Angebote für die interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie sollten in ausreichendem Umfang für Patientinnen und Patienten in ganz Deutschland zugänglich sein. Um dies zu erreichen, sollten die heterogenen Zulassungs- und Vergütungsstrukturen zwischen den Bundesländern vereinheitlicht werden. Darüber hinaus sollte es einheitliche Kodierrichtlinien für die teilstationäre Schmerztherapie geben, um eine qualifizierte Bestandsaufnahme des Leistungsgeschehens gewährleisten zu können.

Anhang

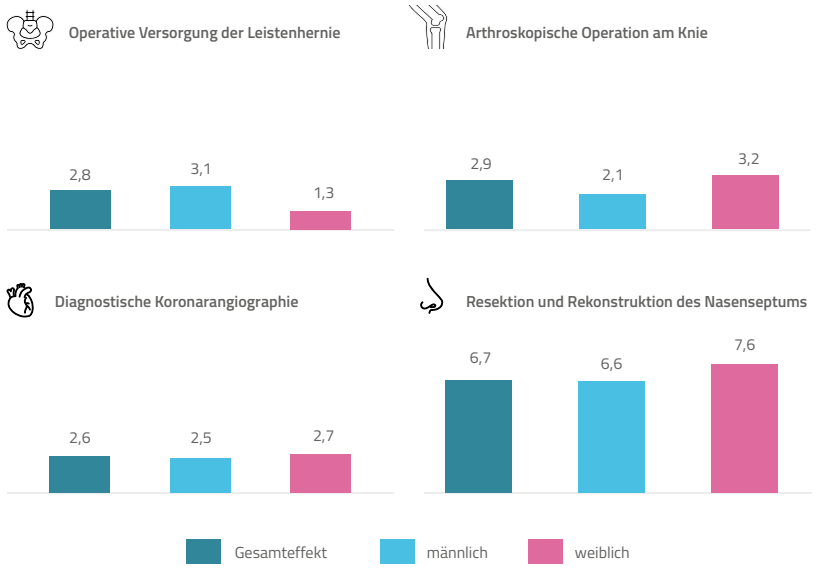
Anhang

Tabelle A 1: Regressionsergebnisse

		Basis	Amb. Potenzial	Amb. Potenzial*	Matching	Amb. Potenzial* (IGES-Potenzial)
	Koeffizient	0,024***	0,025***	0,028***	0,037***	0,03***
	SE	(0,006)	(0,006)	(0,005)	(0,006)	(0,0047)
	N	39.320	38.050	38.050	36.114	35.801
	Koeffizient	0,03***	0,032***	0,029***	0,032***	0,029***
	SE	(0,003)	(0,003)	(0,002)	(0,003)	(0,0021)
	N	61.377	60.518	60.518	56.796	58.738
	Koeffizient	0,014***	0,02***	0,026***	0,027***	0,031***
	SE	(0,003)	(0,003)	(0,003)	(0,003)	(0,0033)
	N	75.275	59.095	59.095	56.726	57.691
	Koeffizient	0,075***	0,078***	0,067***	0,085***	0,053***
	SE	(0,006)	(0,006)	(0,006)	(0,006)	(0,0065)
	N	28.280	27.503	27.503	24.817	20.830

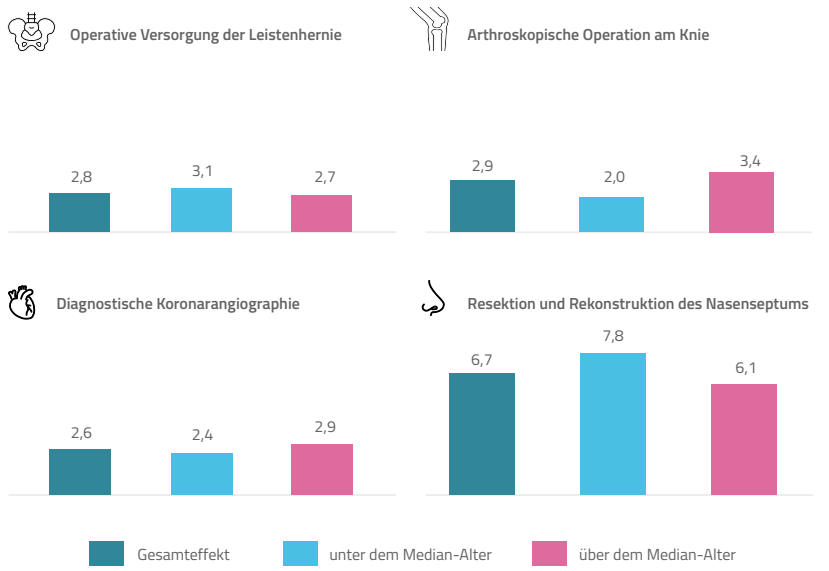
* p < 0,1
** p < 0,05
*** p < 0,01
Quelle: RWI, BARMER-Daten 2019 und 2021

Abbildung A 1: Geschlechterspezifischer Effekt für das Jahr 2021 in Prozentpunkten



Anmerkungen: Die Ergebnisse basieren auf dem Ansatz M3. Alle Ergebnisse sind signifikant auf dem 1%-Niveau.
Quelle: RWI, BARMER-Daten 2019 und 2021

Abbildung A 2: Altersspezifischer Effekt für das Jahr 2021 in Prozentpunkten



Anmerkungen: Die Ergebnisse basieren auf dem Ansatz M3. Alle Ergebnisse sind signifikant auf dem 1%-Niveau.
Quelle: RWI, BARMER-Daten 2019 und 2021

Verzeichnisse

Verzeichnisse

Abkürzungsverzeichnis

aG-DRG	German Diagnosis Related Groups mit ausgegliederten Pflegekosten
AOP	Ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationsersetzende Eingriffe
BKK	Betriebskrankenkassen
bifg	BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut
DRG	Diagnosis Related Groups
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung der Ärzte
hche	Hamburg Center for Health Economics
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
IGES	Institut für Gesundheits- und Sozialforschung
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
IMA	Interdisziplinäres multimodales Assessment
IMST	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie

MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MiG	Management im Gesundheitswesen
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OR	Odds-Ratio
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch
Zi	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1: Anteil der BARMER-Versicherten an der Bevölkerung nach Bundesländern im Jahr 2021 in Prozent ... 24
Abbildung 1.2: Krankenhausfälle je 1.000 Versicherte 2010 bis 2022 ... 25
Abbildung 1.3: Verweildauer in Tagen 2010 bis 2022 ... 26
Abbildung 1.4: Ausgaben in Euro je Versicherten 2010 bis 2022 ... 27
Abbildung 1.5: Krankenhausfälle je 1.000 Versicherte nach Bundesländern ... 29
Abbildung 1.6: Krankenhausfälle je 1.000 Versicherte nach Alter und Geschlecht 2022 ... 31
Abbildung 2.1: Anzahl ambulanter Operationen GKV-Versicherter in Deutschland 1999 bis 2021 ... 45
Abbildung 2.2: Ausgaben für ambulante Operationen GKV-Versicherter im Krankenhaus (§ 115b SGB V) in Deutschland 1999 bis 2021 ... 46
Abbildung 2.3: Vergütungsoptionen für sektorengleiche Leistungen ... 47
Abbildung 2.4: Klassifikationsbaum der IGES-Kontextfaktoren ... 53
Abbildung 2.5: Stationäre Fälle je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im OECD-Vergleich 2019 ... 55
Abbildung 2.6: Reformen ausgewählter Länder im Zeitverlauf ... 56
Abbildung 2.7: Patientenzahl der operativen Versorgung der Leistenhernie im Zeitverlauf (OPS 5-530.0) ... 66
Abbildung 2.8: Patientenzahl der operativen Versorgung der Leistenhernie im Zeitverlauf (OPS 5-530.3) ... 67
Abbildung 2.9: Anteil der ambulanten Behandlungen auf Bundeslandebene (operative Versorgung der Leistenhernie) ... 70
Abbildung 2.10: Patientenzahl der arthroskopischen Operationen am Knie im Zeitverlauf ... 71
Abbildung 2.11: Anteil der ambulanten Behandlungen auf Bundeslandebene (arthroskopische Operationen am Knie) ... 74
Abbildung 2.12: Patientenzahl der diagnostischen Koronarangiographie im Zeitverlauf ... 75

Abbildung 2.13: Anteil der ambulanten Behandlungen auf Bundeslandebene (diagnostische Koronarangiographie) ... 78
Abbildung 2.14: Patientenzahl der Resektion und Rekonstruktion des Nasenseptums im Zeitverlauf ... 79
Abbildung 2.15: Anteil der ambulanten Behandlungen auf Bundeslandebene (Resektion und Rekonstruktion des Nasenseptums) ... 82
Abbildung 2.16: Mittelwert und Verteilung der Kosten nach Behandlungsart ... 83
Abbildung 2.17: Verteilung der Behandlungen nach Behandlungsart in Prozent ... 84
Abbildung 2.18: Erstellung der Analysestichprobe im Kontext der Coronapandemie ... 86
Abbildung 2.19: Regressionsergebnisse nach Modellspezifikationen in Prozentpunkten ... 89
Abbildung 2.20: Bundeslandspezifischer Effekt für das Jahr 2021 in Prozentpunkten (operative Versorgung der Leistenhernie sowie arthroskopische Operationen am Knie) ... 90
Abbildung 2.21: Bundeslandspezifischer Effekt für das Jahr 2021 in Prozentpunkten (diagnostische Koronarangiographie sowie Resektion und Rekonstruktion des Nasenseptums) ... 91
Abbildung 2.22: Gesamtfallzahlen und Anzahl ambulanter Fälle nach Jahren ... 93
Abbildung 2.23: Koeffizienten für 2016 bis 2021 im Vergleich zum Jahr 2019 in Prozentpunkten ... 94
Abbildung 2.24: Trendfortschreibung und reale Fallzahlen der operativen Versorgung der Leistenhernie ... 96
Abbildung 2.25: Trendfortschreibung und reale Fallzahlen der arthroskopischen Operationen am Knie ... 97
Abbildung 2.26: Trendfortschreibung und reale Fallzahlen der diagnostischen Koronarangiographie ... 98
Abbildung 2.27: Trendfortschreibung und reale Fallzahlen bei der Resektion und Rekonstruktion des Nasenseptums ... 99

Abbildung 2.28: Patientinnen und Patienten nach entlassender Fachabteilung für Akutschmerzbehandlung und IMST in Prozent 101
Abbildung 2.29: Regionale Verteilung von Fallzahlen für vollstationäre IMST 106
Abbildung 2.30: Regionale Verteilung von Patientinnen und Patienten für teilstationäre IMST 110
Abbildung A 1: Geschlechterspezifischer Effekt für das Jahr 2021 in Prozentpunkten 123
Abbildung A 2: Altersspezifischer Effekt für das Jahr 2021 in Prozentpunkten ... 124

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1: Top-5-OPS im Kapitel „Diagnostische Maßnahmen" nach Anzahl der Krankenhausfälle mit OPS ... 35
Tabelle 1.2: Top-5-OPS im Kapitel „Operationen" nach Anzahl der Krankenhausfälle mit OPS ... 36
Tabelle 2.1: IGES-Kontextfaktoren der ambulanten Leistungserbringung ... 51
Tabelle 2.2: Modelle sektorengleicher Vergütung in ausgewählten Ländern ... 59
Tabelle 2.3: OPS-Kodes der Indikationen ... 63
Tabelle 2.4: Kontextfaktoren zur Feststellung des ambulanten Potenzials ... 64
Tabelle 2.5: Patientencharakteristika 2019 und 2021 (operative Versorgung der Leistenhernie) ... 68
Tabelle 2.6: Patientencharakteristika nach Art der Leistungserbringung (operative Versorgung der Leistenhernie) ... 69
Tabelle 2.7: Patientencharakteristika 2019 und 2021 (arthroskopische Operationen am Knie) ... 72
Tabelle 2.8: Patientencharakteristika nach Art der Leistungserbringung (arthroskopische Operationen am Knie) ... 73
Tabelle 2.9: Patientencharakteristika 2019 und 2021 (diagnostische Koronarangiographie) ... 76
Tabelle 2.10: Patientencharakteristika nach Art der Leistungserbringung (diagnostische Koronarangiographie) ... 77
Tabelle 2.11: Patientencharakteristika 2019 und 2021 (Resektion und Rekonstruktion des Nasenseptums) ... 80
Tabelle 2.12: Patientencharakteristika nach Art der Leistungserbringung (Resektion und Rekonstruktion des Nasenseptums) ... 81
Tabelle 2.13: Modellspezifikationen ... 87
Tabelle 2.14: Differenz zwischen realen und prognostizierten Fallzahlen bei Trendfortschreibung im Jahr 2021 ... 100
Tabelle 2.15: Vollstationäre IMST, komplexe Akutschmerzbehandlung sowie IMST-Kurzzeitbehandlung im Jahr 2019 ... 103

Tabelle 2.16: Vollstationäre Fallzahlen (hochgerechnet) der IMST nach Bundesländern ... 104
Tabelle 2.17: Anzahl von Patientinnen und Patienten (hochgerechnet) der teilstationären IMST nach Bundesländern ... 109
Tabelle 2.18: Durchschnittliche Entgeltkosten und über Entgeltschlüssel abgerechnete Tage teilstationärer IMST je 100.000 Einwohner-innen und Einwohner nach Bundesländern ... 112
Tabelle A 1: Regressionsergebnisse ... 122

Literaturverzeichnis

Albrecht, M., Mansky, T., Sander, M. & Schiffhorst, G. (2022). Gutachten nach §115b Abs. 1a SGB V.

Arnold, B. (2005). Multimodale Schmerztherapie in Bayern. Bayerisches Ärzteblatt, 3/2005. Verfügbar unter: https://www.bayerisches-aerzteblatt.de/fileadmin/aerzteblatt/ausgaben/2005/03/einzelpdf/216_218.pdf [28.06.2023].

Arnold, B., Brinkschmidt, T., Casser, H.-R., Gralow, I., Irnich, D., Klimczyk, K. et al. (2009). Multimodale Schmerztherapie. Konzepte und Indikation. Schmerz, 23, 112–120. doi: 10.1007/s00482-008-0741-x.

Augurzky, B., Krolop, S., Mensen, A., Pilny, A., Schmidt, C. M. & Wuckel, C. (2018). Krankenhaus Rating Report 2018. Personal – Krankenhäuser zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Heidelberg: medhochzwei Verlag.

bifg. (2023a). Der Versorgungskompass des bifg. Verfügbar unter: https://www.bifg.de/versorgungskompass [28.06.2023].

bifg. (2023b). Methodische Dokumentation zum Versorgungskompass. Ambulantisierungspotenzial. Verfügbar unter: https://www.bifg.de/media/dl/methodendokumentation-ambulantisierungspotenzial.pdf [28.06.2023].

Bundesministerium für Gesundheit (2023). Finanzergebnisse der GKV. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/finanzergebnisse.html [27.04.2023].

Deckert, S., Kaiser, U., Kopkow, C., Trautmann, F., Sabatowski, R. & Schmitt, J. (2016). A Systematic Review of the Outcomes Reported in Multimodalpain Therapy for Chronic Pain. Eur J Pain, 20, 51–63. doi: 10.1002/ejp.721.

Deitmer, T., Dietz, A., Delank, K.-W., Plontke, S. K., Welkoborsky, H.-J. & Dazert, S. (2022). Ambulantes Operieren in der HNO-Heilkunde in Deutschland. Laryngorhinootologie, 101(06), 464–483. doi: 10.1055/a-1418-9745.

Deutsche Krankenhausgesellschaft. (2023). Ambulantes Operieren (§ 115b SGB V). Verfügbar unter: https://www.dkgev.de/themen/finanzierung-leistungskataloge/ambulante-verguetung/ambulantes-operieren-115b-sgb-v/ [26.04.2023].

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. (2022). Fachlexikon der Sozialen Arbeit (9. Auflage). Baden-Baden: Nomos.

DIMDI. (2023). OPS Version 2023: Anästhesie und Schmerztherapie. Verfügbar unter: https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2023/block-8-90...8-91.htm [07.06.2023].

European Hernia Society (2018). Internationale Leitlinie zur Therapie von Leistenhernien. Hernia, 22(1), 1–165. doi: 10.1007/s10029-017-1668-x.

Friedlander, D. F., Krimphove, M. J., Cole, A. P., Marchese, M., Lipsitz, S. R., Weissman, J. S. et al. (2021). Where is the Value in Ambulatory Versus Inpatient Surgery? Annals of Surgery, 273, 909–916. doi: 10.1097/SLA.0000000000003578.

Gastmeier, P. (2012). Nosokomiale Infektionen. In: S. Suerbaum, H. Hahn, G.-D. Burchard, S. H. E. Kaufmann & T. F. Schulz (Hrsg.), Medizinische Mikrobiologie und Infektiologie (Bd. 7, S. 882–885). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

GBE-Bund. (2023). Ambulante Operationen nach § 115b SGB V im Krankenhaus bei Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung. Verfügbar unter: https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=97107323&p_sprache=D&p_help=0&p_indnr=295&p_indsp=0&p_ityp=H&p_fid [27.04.2023].

GKV-Spitzenverband (2022). Ambulantisierungsreform kann zum 1. Januar starten. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_1552256.jsp [27.04.2023].

GKV-Spitzenverband. (2023). Kennzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/grafiken/gkv_kennzahlen/kennzahlen_gkv_2022_q4/20230329_GKV_Kennzahlen_Booklet_Q4-2022_300dpi_barrierefrei.pdf [26.04.2023].

GKV-Spitzenverband (2023a). Kennzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/grafiken/gkv_kennzahlen/kennzahlen_gkv_2022_q4/20230329_GKV_Kennzahlen_Booklet_Q4-2022_300dpi_barrierefrei.pdf [26.04.2023].

GKV-Spitzenverband (2023b). Tagesstationäre Behandlung im Krankenhaus. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulant_stationaere_versorgung/tagesstat_behandlung_im_kh/tagesstat_behandlung.jsp [14.06.2023].

Guzmán, J., Esmail, R., Karjalainen, K., Malmivaara, A., Irvin, E. & Bombardier, C. (2001). Multidisciplinary Rehabilitation for Chronic Low Back Pain: Systematic Review. BMJ, 322, 1511–1516. doi: 10.1136/bmj.322.7301.1511.

hche, BKK Dachverband, DKI, MiG & Zi. (2022). Ein sektorengleiches Vergütungssystem. Verfügbar unter: https://www.hche.uni-hamburg.de/aktuelles/news/2022-09-20-esv.html [29.06.2023].

Kaiser, U., Petzke, F., Nagel, B., Marschall, U., Casser, H.-R., Isenberg, T. et al. (2021). Evaluation eines frühen interdisziplinären multimodalen Assessments für Patienten mit Schmerzen. Schmerz, 35, 251–264. doi: 10.1007/s00482-020-00497-3.

Kamper, S., Apeldoorn, A., Chiarotto, A., Smeets, R., Ostelo, R., Guzman, J. et al. (2014). Multidisciplinary Biopsychosocial Rehabilitation for Chronic Low Back Pain (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews(9). doi: 10.1002/14651858.CD000963.pub3.

Kelly, M. P., Calkins, T. E., Culvern, C., Kogan, M. & Valle, C. J. D. (2018). Inpatient Versus Outpatient Hip and Knee Arthroplasty: Which Has Higher Patient Satisfaction? The Journal of Arthroplasty, 33, 3402–3406. doi: 10.1016/j.arth.2018.07.025.

Khanna, R., Kim, R. B., Lam, S. K., Cybulski, G. R., Smith, Z. A. & Dahdaleh, N. S. (2018). Comparing Short-term Complications of Inpatient Versus Outpatient Single-level Anterior Cervical Discectomy and Fusion: An Analysis of 6940 Patients Using the ACS-NSQIP Database. Clinical Spine Surgery, 31(1), 43–47. doi: 10.1097/BSD.0000000000000499.

Korczak, D., Kuczera, C. & Rust, M. (2013). Akutschmerztherapie auf operativen und konservativen Stationen (1. Auflage Bd. 126). Köln: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI).

Lemos, P. (2012). Financing Day Surgery – An International Perspective. Ambulatory Surgery. Verfügbar unter: https://ambulatorysurgery.org/wp-content/uploads/2022/06/18.2LEMOS.pdf [27.04.2023].

Levsen, A., Parloh, A. K. & Offermanns, M. (2022). Ergebnisbericht. Ambulantes Operieren im Krankenhaus. Kosten- und Erlösvergleich von Leistungen nach §115b SGB V bei Leistungserbringung im Krankenhaus: Deutsches Krankenhausinstitut e. V.

Lindemann, J., Beule, A., Delank, K.-W., Fischer, H., Haack, S., Heppt, W. et al. (2020). Aktualisierte Leitlinie Formstörungen der inneren und/oder äußeren Nase. AWMFonline.

Lorenz, R., Koch, A. & Köckerling, F. (2015). Ambulante und stationäre Hernienchirurgie in Deutschland – aktueller Stand. CHAZ, 16. Jahrgang 5. Heft, 267–275. Verfügbar unter: https://www.herniamed.de/sites/default/files/chaz_2015_mai_267_275.pdf [27.04.2023].

MacKoul, P., Danilyants, N., Baxi, R., Does, L. v. d. & Haworth, L. (2019). Laparoscopic Hysterectomy Outcomes: Hospital vs Ambulatory Surgery Center. JSLS, 23. doi:10.4293/JSLS.2018.00076.

Mangiapane, S., Zhu, L., Czihal, T. & von Stillfried, D. (2021). Veränderung der vertragsärztlichen Leistungsinanspruchnahme während der COVID-Krise. Berlin: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland.

Middelkoop, M. v., Rubinstein, S. M., Kuijpers, T., Verhagen, A. P., Ostelo, R., Koes, B. W. et al. (2011). A Systematic Review on the Effectiveness of Physical and Rehabilitation Interventions for Chronic Non-Specific Low Back Pain. European Spine Journal, 20, 19–39. doi: 10.1007/s00586-010-1518-3.

Müller-Rath, R., Ruße, K., Michel, F. & Walter, A. (2022). Arthroskopie von Knie und Schulter. Informationen zur Durchführung, Dokumentation und Fehlervermeidung: Kassenärztliche Bundesvereinigung.

Nagel, B. (2022). Weniger Schmerz durch gute Funktion – „functional restoration". Manuelle Medizin, 60, 72–77. doi: 10.1007/s00337-022-00864-4.

Nef, H. M., Achenbach, S., Birkemeyer, R., Bufe, A., Dörr, O., Elsässer, A. et al. (2021). Manual der Arbeitsgruppe Interventionelle Kardiologie (AGIK) der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e. V. (DGK). Kardiologie, 15, 370–403. doi: 10.1007/s12181-021-00493-6.

OECD. (2023a). Health Care Utilisation: Hospital aggregates. Verfügbar unter: https://stats.oecd.org/ [26.04.2023].

OECD. (2023b). Health Expenditure and Financing. Verfügbar unter: https://stats.oecd.org/ [26.04.2023].

Pfingsten, M., Arnold, B., Böger, A., Brinkschmidt, T., Casser, H.-R., Irnich, D. et al. (2019). Sektorenübergreifende interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie. Schmerz, 33, 191–203. doi: 10.1007/s00482-019-0374-2.

Preißler, A., Gärtner, A., Schouten, L., Geber, C., Lindena, G., Marschall, U. et al. (2022). PAIN2020 geht in die Gruppenphase. Orthopädie & Rheuma, 25, 30–32. doi: 10.1007/s15002-022-3593-3.

Pugely, A. J., Martin, C. T., Gao, Y. & Mendoza-Lattes, S. A. (2013). Outpatient Surgery Reduces Short-Term Complications in Lumbar Discectomy. Spine, 38(3), 264–271. doi: 10.1097/BRS.0b013e3182697b57.

Repschläger, U., Rößler, M., Schulte, C., Sievers, C. & Wende, D. (2022a). IGES-Gutachten zur Ausweitung ambulanter Operationen – Eine Potenzialermittlung unter Berücksichtigung des Behandlungskontextes. doi: 10.30433/ePGSF.2022.002.

Repschläger, U., Rößler, M., Schulte, C., Sievers, C. & Wende, D. (2022b). Ergänzende Auswertungen zum IGES-Vorschlag zum ambulanten Operieren. doi: 10.30433/ePGSF.2022.004.

Rößler, M., Schulte, C., Heimhardt, M., Repschläger, U. & Wende, D. (2023). Preissetzung bei ambulantisierbaren medizinischen Leistungen: Eine Analyse der Auswirkungen einer erhöhten ambulanten bzw. einheitlichen, sektorengleichen Vergütung. doi: 10.30433/ePGSF.2023.001.

Rößler, M., Schulte, C., Repschläger, U., Sievers, C. & Wende, D. (2022). Die Kontextprüfung im Rahmen des IGES-Vorschlags zum ambulanten Operieren. Eine Analyse der Relevanz und Aussagekraft der Kontextfaktoren bei der Ermittlung des Ambulantisierungspotenzials. doi: 10.30433/ePGSF.2022.007.

Scascighini, L., Toma, V., Dober-Spielmann, S. & Sprott, H. (2008). Multidisciplinary treatment for chronic pain: a systematic review of interventions and outcomes. Rheumatology, 47, 670–678. doi: 10.1093/rheumatology/ken021.

Schreyögg, J. & Milstein, R. (2021). Identifizierung einer initialen Auswahl von Leistungsbereichen für eine sektorengleiche Vergütung. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Expertise_sektorengleiche_Verguetung.pdf [29.06.2023].

Simons, M. P., Aufenacker, T., Bay-Nielsen, M., Bouillot, J. L., Campanelli, G., Conze, J. et al. (2009). European Hernia Society Guidelines on the Treatment of Inguinal Hernia in Adult Patients. Hernia, 13(4), 343–403. doi: 10.1007/s10029-009-0529-7.

Statistisches Bundesamt. (2023a). Bevölkerung nach Bundesland, Geschlecht und Alter. Verfügbar unter: https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=table&code=12411-0013&bypass=true&levelindex=0&levelid=1682511055152#abreadcrumb [26.04.2022].

Statistisches Bundesamt. (2023b). Daten der Lebendgeborenen nach Altersgruppen der Mütter für die Jahre 2017 bis 2021. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/lebendgeborene-alter.html [26.04.2023].

Statistisches Bundesamt (2022a). Vormals: Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage des Zensus 2011 – Fachserie 1 Reihe 1.3 – 2020 (vom Statistischen Bundesamt freundlicherweise vorab zur Verfügung gestellt. Verfügbar auch zu 2021 unter: www.gbe-bund.de > Rahmenbedingungen > Bevölkerung > Bevölkerungsstand [03.02.2023].

Statistisches Bundesamt. (2022b). Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/gd-krankenhaeuser-jahre.html;jsessionid=579506F884E54ED4D3E84C95816AA5B4.live712 [14.06.2023].

Strobel, M. J. (2010). Arthroskopische Eingriffe am Kniegelenk. Wann ambulant – Wann stationär? Trauma und Berufskrankheit, 12, 78–85. doi: 10.1007/s10039-010-1601-3.

Thoma, R. (2015). Brauchen wir einen Facharzt für Schmerzmedizin? Schmerz, 29, 581–583. doi: 10.1007/s00482-015-0059-4.

Thoma, R. (2018). Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie 2020. Der Schmerz, 32, 1–4. doi: 10.1007/s00482-018-0273-y.

von Recum, J. & Wentzensen, A. (2008). Arthroskopie ohne vorherige MRT. Trauma und Berufskrankheit, 10, 352–356. doi: 10.1007/s10039-008-1415-8.

Ward, S. E. & Gordon, D. B. (1996). Patient Satisfaction and Pain Severity as Outcomes in Pain Management: A Longitudinal View of One Setting's Experience. Journal of Pain and Symptom Management, 11(4), 242–251. doi: DOI: 10.1016/0885-3924(95)00190-5.

Waterschoota, F. P. C., Dijkstraa, P. U., Hollakc, N., Vriesa, H. J. d., Geertzena, J. H. B. & Renemana, M. F. (2014). Dose or Content? Effectiveness of Pain Rehabilitation Programs for Patients with Chronic Low Back Pain: A Systematic Review. Pain, 155, 179–189. doi: 10.1016/j.pain.2013.10.006.

Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem. (2019). Empfehlungen für ein modernes Vergütungssystem. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2020/1-quartal/bericht-komv.html [29.06.2023].

Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem. (2022). Zweite Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Tagesbehandlung im Krankenhaus zur kurzfristigen Entlastung der Krankenhäuser und des Gesundheitswesens. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_REGKOM_Bericht_II_2022.pdf [29.06.2023].

Zwißler, B., Rossaint, R., Werner, C. &. Engelhard, K. (Hrsg.) (2021). Chirurgie für Anästhesisten. Operationsverfahren kennen – Anästhesie optimieren. Berlin: Springer.

Autorenverzeichnis

Boris Augurzky, Prof. Dr., Leiter des Kompetenzbereichs „Gesundheit", RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung e. V., Essen.

Robin Kottmann, wissenschaftlicher Mitarbeiter im Kompetenzbereich „Gesundheit", RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung e. V., Essen.

Rebecca Leber, wissenschaftliche Mitarbeiterin im Kompetenzbereich „Gesundheit", RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung e. V., Essen.

Anne Mensen, Dr., Senior Beraterin, Institute for Health Care Business GmbH, Essen.

Christiane Wuckel, Dr., wissenschaftliche Mitarbeiterin im Kompetenzbereich „Gesundheit", RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung e. V., Essen.