

## **Ambulantisierung stationärer Leistungen unter Berücksichtigung des IGES Gutachtens zum AOP-Katalog - Thesenpapier**

### **1. Vorüberlegungen**

- AOP Vertrag bildet Leistungen ab, die sowohl vom ambulanten als auch vom stationären Sektor erbracht werden dürfen
- bisher nur Öffnung des stationären Sektors für ambulant erbringbare Leistungen
- Erweiterung AOP Katalog könnte bis zu  $\frac{1}{4}$  der derzeit stationären Leistungen als im ambulanten Sektor erbringbar qualifizieren

### **2. Neue Systematik für AOP Leistungen nach IGES Gutachten**

- Stationäre Durchführung
  - ambulante Durchführung (nach potenzialorientiertem Ansatz)
  - mit zusätzlichem peri-/postoperativen Versorgungsbedarf – gemessen nach Kontextfaktoren Operationskomplexität, besonderer Betreuungsbedarf, Frailty und soziale Begleitumstände
  - Diagnosekontext – Kategorisierung spezifischer Haupt- und Nebendiagnosen der ICD, die bei ambulanter Durchführung einen erhöhten peri- bzw. postoperativen Versorgungsbedarf begründen
- besonderes Dokumentationsanfordernis: nur, wenn stationäre Durchführung oder erhöhte Versorgungsaufwände – mit entsprechender Schweregradvergütung

### **3. Bewertung**

- Verlagerung von Leistungen von stationär nach ambulant bringt ambulanten Sektor in Kapazitätsprobleme (zu viele Leistungen) und stationären Sektor in Kapazitätsprobleme (zu wenig Leistungen)
- IGES Gutachten - und 2. Stellungnahme der Regierungskommission – zeigt, dass Sektorentrennung an ihre Grenzen gerät

- **Anlass, sektorengemeinsame Versorgung zu denken?**

a) Vorteile:

- ärztliches und nichtärztliches Personal kann besser für Versorgung eingesetzt werden
- Patientinnen und Patienten können schneller diagnostiziert/versorgt werden
- Abgrenzungsaufwand entfällt
- erhöhter Dokumentationsaufwand entfällt
- Streitpotenzial wird verringert

b) **Problem: angemessene Finanzierung der sektorengemeinsamen Versorgung**

- alleinige Vergütung auf Basis EBM oder sektorengleiche Vergütung und Hybrid DRG reicht für stationären Sektor nicht aus, da hohe Vorhalte- und Investitionskosten

c) **System der Krankenhausvergütung neu denken?**

bisher: duale Krankenhausfinanzierung:

- Investitionskosten – Länder
- Behandlungskosten – GKV

künftig: triale Krankenhausfinanzierung?

- tatsächliche Investitionsförderung durch Länder (gesetzlich vorgesehen, aber erfolgt seit Jahren/Jahrzehnten nicht vollständig)
- tatsächliche Behandlungskosten – GKV
- Vorhaltekosten für 24/7 stationäre Versorgungsbereitschaft und Notfallversorgung – Länder und GKV?