

## Endbericht zum Projekt

# **Ambulant-sensitive Krankenhausfälle – Ambulantisierungspotenzial und Entwicklungen seit der Coronapandemie**

Gefördert durch das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland  
(Projektförderung Versorgungsforschung 2023)

Stand 13.06.2025

Philipp Hengel, Reinhard Busse

Fachgebiet Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin

## Inhalt

<b>Einleitung</b> .....	3
<b>Methodisches Vorgehen</b> .....	4
Datengrundlage .....	4
Studienpopulation .....	4
Analysen .....	7
<b>Ergebnisse</b> .....	8
Stichprobenauswahl und -beschreibung .....	8
Zeitliche Entwicklung der Fallzahlen .....	10
Regionale Verteilung .....	11
Häufigste OPS- und DRG-Kodes .....	12
Bewertung des Ambulantisierungspotenzials .....	13
<b>Diskussion</b> .....	17
<b>Fazit</b> .....	18
<b>Literatur</b> .....	19
<b>Anhang</b> .....	22
<b><i>Tabelle A1</i></b> Summe aller ASK-Fälle und ihre anteilige Verteilung nach Krankheitsbildern, 2018-2023 .....	22
<b><i>Tabelle A2</i></b> Anteilige Ausschlüsse nach Faktoren, die auf stationäre Behandlungsbedürftigkeit schließen lassen an allen ASK-Fällen, 2018-2023 .....	23
<b><i>Tabelle A3</i></b> ASK-Fälle vor und nach Anwendung der Ausschlussfaktoren und ihr jeweiliger Anteil an allen stationären Behandlungsfällen, 2018-2023 .....	24
<b><i>Tabelle A4</i></b> Beschreibung aller vollstationären Behandlungsfälle anhand ausgewählter Merkmale, 2018-2023 .....	24
<b><i>Tabelle A5</i></b> Verteilung der Belegungstage der zusätzlichen potenziell ambulantisierbaren ASK-Fälle nach Fachabteilungen mit der längsten Verweildauer sowie Anteil dieser Belegungstage an allen Belegungstagen der DRG-Statistik, 2018-2023 .....	24
<b><i>Abbildung A1</i></b> Altersstandardisierte Raten der zusätzlichen potenziell ambulantisierbaren Fälle an allen vollstationären Fällen je Kreis des Patienten-Wohnortes, 2019 (links), 2021 (Mitte) und 2023 (rechts) .....	25
<b><i>Abbildung A2</i></b> Altersstandardisierte Raten der Behandlungstage der zusätzlichen potenziell ambulantisierbaren Fälle an den Behandlungstagen aller vollstationären Fälle je Kreis des Patienten-Wohnortes, 2019 (links), 2021 (Mitte) und 2023 (rechts) .....	26
<b><i>Tabelle A6</i></b> Häufigste 30 DRGs der zusätzlich potenziell ambulantisierbaren ASK-Fälle 2023 nach (weiteren) Faktoren, die eine potenzielle Vermeidbarkeit der stationären Aufnahme wahrscheinlicher bzw. unwahrscheinlicher machen (farbliche Markierung: je dunkler, desto höher je Spalte) .....	27

## Einleitung

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland zeichnet sich durch eine starke Trennung zwischen ambulantem und stationärem Sektor aus, was sich mutmaßlich sowohl auf die Versorgungsqualität als auch auf die Effizienz der Ressourcenverwendung auswirkt. So weist Deutschland beispielsweise eine im europäischen Vergleich hohe ärztliche und Pflegepersonaldichte pro Bevölkerung sowie überdurchschnittlich hohe Gesundheitsausgaben als Anteil am Bruttoinlandsprodukt auf (1–3). Gleichzeitig weisen Indikatoren wie die vergleichsweise hohe durch Prävention oder Behandlung vermeidbare Sterblichkeit auf Defizite in der Versorgungsqualität hin (1,4).

Im stationären Sektor zeigt sich eine im europäischen Vergleich hohe Anzahl von stationären Krankenhausbehandlungen (1). Die dabei beobachteten hohen Raten ambulant-sensitiver Konditionen (ASK) deuten auf eine unzureichende Versorgung im ambulanten Bereich hin (1,5). ASK sind Krankheitsbilder, bei denen davon ausgegangen wird, dass eine stationäre Aufnahme meist durch ambulante Maßnahmen wie Prävention oder die kontinuierliche Behandlung chronischer Krankheiten vermieden werden könnte (6). Darüber hinaus ist anzunehmen, dass nicht alle stationär versorgten ASK-Fälle tatsächlich stationär behandlungsbedürftig sind, sondern anteilig auch ambulant versorgt werden könnten, was einer effizienteren und patientenzentrierteren Versorgung entsprechen würde.

Um eine Verlagerung stationär erbrachter Leistungen in den ambulanten Bereich zu fördern, wurden über die Jahre verschiedene Vergütungsformen geschaffen, um Krankenhäuser für die ambulante Versorgung zu öffnen. Diese umfassen beispielsweise den bereits 1993 eingeführten Katalog ambulanter Operationen und stationärsersetzender Eingriffe (AOP-Katalog gemäß § 115b SGB V), auf dessen Grundlage Krankenhäuser ausgewählte Behandlungsleistungen ambulant erbringen und abrechnen können. Seit 2020 wurde der AOP-Katalog gesetzlich auch für stationärsersetzende Behandlungen (d.h. über Operationen und Eingriffe hinaus) geöffnet. Zudem wurde der AOP-Katalog, ausgehend von Empfehlungen eines Gutachtens des IGES-Instituts, zum Jahr 2023 erweitert (7). Zeitgleich wurden mit dem § 115f SGB V Hybrid-DRGs (Hybrid Diagnosis Related Groups) als Abspaltung existierender DRGs eingeführt. Damit werden ab dem Jahr 2024 ausgewählte Behandlungsleistungen unabhängig davon, ob sie ambulant oder stationär erbracht werden, in gleicher Höhe vergütet. AOP-Katalog und Hybrid-DRG werden jährlich durch die Selbstverwaltungspartner weiterentwickelt. Die bislang nicht eingeführten stationärsersetzenden (konservativen) Behandlungen sowie die nur teilweise Übernahme der im IGES-Gutachten vorgeschlagenen neuen AOP-Leistungen und Kontextfaktoren (d.h. Patienten- bzw. Behandlungsmerkmale, die eine stationäre Behandlung begründen) bieten weiteren Spielraum für Erweiterungen (8,9). Auch wurde mit der jüngsten Krankenhausversorgungsreform die Möglichkeit geschaffen, Krankenhäuser in der Krankenhausplanung als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (SüV) zu bestimmen (§ 115g SGB V). Diese sollen stationäre Leistungen der Basisversorgung (z.B. Innere Medizin, Geriatrie) mit ambulanten (vertragsärztliche Versorgung, auch AOP/Hybrid-DRG) und pflegerischen (z.B. Übergangs- und Kurzzeitpflege nach § 39 c und e SGB V) Leistungen kombinieren. Ein weiterer Schritt hin zu einer stärkeren Verzahnung der Sektoren kann zudem die Einführung Integrierter Notfallzentren (INZ) an der Schnittstelle zwischen

ambulanter und stationärer Versorgung sein, wie es in der vor Ende der Legislaturperiode 2025 nicht mehr verabschiedeten Notfallreform vorgesehen war (10).

Die vorliegende Arbeit untersucht vor dem Hintergrund der beschriebenen neuen bzw. erweiterten Vergütungs- und Versorgungsformen, inwiefern auf Basis von ambulant-sensitiven Konditionen Fälle identifiziert werden können, deren Behandlung potenziell auch ambulant erbracht werden könnte (Ambulantisierungspotenzial). Während das ASK-Konzept von einer Vermeidbarkeit stationärer Behandlungen durch adäquate ambulante Versorgung *im Vorhinein* ausgeht, werden hier Möglichkeiten einer ambulanten Behandlung *zum Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme* untersucht. Erstgenannter Ansatz betrifft v.a. die vertragsärztliche Versorgung und weist eine eher mittel- bis langfristige Perspektive auf. Der zweite ist von Vergütungsmodalitäten sowie den damit verbundenen Anreizen für die Krankenhäuser abhängig und damit vermutlich kurzfristiger zu realisieren. Ziel dieser Arbeit ist deshalb die Schaffung einer Daten- und Diskussionsgrundlage über die Ausweitung ambulant erbringbarer Leistungen, um politische Entscheidungen zu unterstützen.

Forschungsfragen:

1. Inwiefern können auf Basis der ASK-Fälle und unter Anwendung von Ausschlusskriterien, die auf eine akute stationäre Behandlungsbedürftigkeit hinweisen, vermeidbare stationäre Behandlungsfälle identifiziert werden?
2. Wie verteilen sich die so identifizierten Fälle auf Faktoren, die auf eine potenzielle Vermeidbarkeit einer stationären Behandlung hindeuten können?
3. Wie entwickelten sich die Fallzahlen und ihre Verteilung gemäß 2. in den Jahren vor vs. während und nach der Pandemie?
4. Wie viele stationäre Behandlungstage könnten bei einer Realisierung des identifizierten Verlagerungspotenzials betroffen sein, wie verteilen sich diese regional und auf die Fachgebiete und wie viele ambulante Arzt-Patienten-Kontakte würden dadurch potenziell generiert?

## Methodisches Vorgehen

### Datengrundlage

Zur Untersuchung der Fragestellung wurde die DRG-Statistik der Jahre 2018 bis 2023 herangezogen (11). Dabei handelt es sich um eine Vollerhebung aller akutstationären Behandlungsfälle im DRG-Entgeltbereich.

### Studienpopulation

Zunächst wurden alle ASK-Fälle je Jahr anhand ihrer Hauptdiagnose identifiziert. Dazu wurde der ASK-Katalog von Sundmacher und Kolleginnen herangezogen und um Indikationen aus zwei weiteren Quellen erweitert (7,12,13). Insgesamt flossen 56 Krankheitsgruppen ein (**Tabelle 1**).

**Tabelle 1** Liste der in den Analysen berücksichtigten ASK, ihrer Quellen und der jeweiligen ICD-Kodes

Bezeichnung Krankheitsgruppe	Zugehörige ICD-Kodes	Quellen
Bronchitis & COPD	J20, J21, J40-J44, J47	Sundmacher et al. 2015
Depressive Störungen	F32 F33 F34 F38 F39	Sundmacher et al. 2015 + Schuettig/Sundmacher 2019
Diabetes mellitus	E10.1-E10.9, E11, E13, E14, E16.2	Sundmacher et al. 2015 + Albrecht et al. 2022
Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darnes	K52.2, K52.8, K52.9, K57, K58, K59.0, K59.1	Sundmacher et al. 2015 + Schuettig/Sundmacher 2019
Gonarthrose	M17.0, M17.1, M17.4, M17.5, M17.9	Sundmacher et al. 2015
Grippe und Pneumonie	J10, J11, J12, J13, J14, J15, J16, J17, J18	Sundmacher et al. 2015 + Albrecht et al. 2022
Herzinsuffizienz	I50	Sundmacher et al. 2015
HNO-Infektionen	H66, J00-J03, J04.0, J06, J31, J32, J35	Sundmacher et al. 2015 + Schuettig/Sundmacher 2019
Hypertonie	I10-I15	Sundmacher et al. 2015
Infektionen der Haut und der Unterhaut	A46, L01, L02, L03.0, L04, L08.0, L08.8, L08.9, L60.0, L72.1, L98.0	Sundmacher et al. 2015 + Schuettig/Sundmacher 2019
Infektiöse Darmkrankheiten	A01, A02, A04, A05, A07-A09	Sundmacher et al. 2015
Ischämische Herzkrankheiten	I20, I24.0, I24.8, I24.9, I25.0, I25.1, I25.5, I25.6, I25.8, I25.9	Sundmacher et al. 2015 + Albrecht et al. 2022
Krankheiten der Sehnen und Weichteilgewebe	G56.0, M62.6, M67.4, M71.3, M75-M77, M79	Sundmacher et al. 2015 + Schuettig/Sundmacher 2019
Krankheiten des Auges	H10.9, H25, H40	Sundmacher et al. 2015 + Schuettig/Sundmacher 2019
Krankheiten des Harnsystems	N30, N34, N39.0, R30.0, R32	Sundmacher et al. 2015 + Schuettig/Sundmacher 2019
Mangelernährung	D50-D52, D53.1, D56, E40-64, R63.6	Sundmacher et al. 2015
Psychische u. Verhaltensstörungen durch Alkohol o. Opiode	F10, F11	Sundmacher et al. 2015
Rückenbeschwerden	M42, M47, M53, M54	Sundmacher et al. 2015
Schlafstörungen	G47	Sundmacher et al. 2015
Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen	I05, I06, I08.0, I49.8, I49.9, I67.2, I67.4, I70, I73, I78, I80, I83, I86, I87, I95, R00.0, R00.2	Sundmacher et al. 2015 + Schuettig/Sundmacher 2019
Sonstige vermeidbare psychische und Verhaltensstörungen	F40, F41, F43, F45, F50.0, F50.2, F60	Sundmacher et al. 2015
Zahn- und Mundhöhlenerkrankungen	K02, K04-K06, K08, K11.2 K12, K13, K14.0	Sundmacher et al. 2015 + Schuettig/Sundmacher 2019
Adipositas	E66	Sundmacher et al. 2015
Alkoholische Leberkrankheit	K70	Sundmacher et al. 2015
Asthma bronchiale	J45	Sundmacher et al. 2015
Dekubitalgeschwür und Druckzone	L89	Sundmacher et al. 2015
Demenz	F00-F03	Sundmacher et al. 2015 + Albrecht et al. 2022
Entzündliche Krankheiten der weiblichen Beckenorgane und Krankheiten der weiblichen Genitalorgane	N70-N72, N75, N76, N84.1, N86, N87	Sundmacher et al. 2015
Geschwüre	K25.9, K27, L97	Sundmacher et al. 2015
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	A15.3, A15.4, A15.9, A16.2, A16.3, A16.5, A16.8, A16.9, A34-A37, A50-A58, A63, A64, A80, B05-B07, B15, B16.1, B16.9, B17, B18.0, B18.1, B20-B24, B26, B34.9, B51- B54, B77, B85.0, B86, B00	Sundmacher et al. 2015 + Schuettig/Sundmacher 2019

Krämpfe, anderenorts nicht klassifiziert	R56	Sundmacher et al. 2015
Krankheiten der männlichen Genitalorgane	N41, N45, N48.1, N48.4	Sundmacher et al. 2015 + Schuettig/Sundmacher 2019
Krankheiten der Mutter, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	O23, O24	Sundmacher et al. 2015
Krankheiten der Schilddrüse	E03-E05	Sundmacher et al. 2015
Krankheiten des Ösophagus, des Magens und des Duodenums	K21, K29.7, K29.9, K30, K31	Sundmacher et al. 2015
Melanome und sonstige bösartige Neubildungen der Haut	C43, C44	Sundmacher et al. 2015
Migräne und sonstige Kopfschmerzsyndrome	G43, G44.0, G44.1, G44.3, G44.4, G44.8, R51	Sundmacher et al. 2015
Seltene Krankheiten mit unter 5000 Fällen	F80, R63.0, R63.3, R63.8, Z73	Sundmacher et al. 2015
Sonstige Polyneuropathie	G62	Sundmacher et al. 2015
Stoffwechselstörungen	E86, E87.6, E89.0	Sundmacher et al. 2015
Notwendigkeit der Impfung und von anderen prophylaktischen Maßnahmen	Z23 Z24.4 Z24.5 Z24.6 Z25.8 Z27.4 Z29.8	Schuettig/Sundmacher 2019
Dermatitis, Ekzem, Hautausschlag	L20.8 L20.9 L22 L23.2 L23.4 R21	Schuettig/Sundmacher 2019
Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	M99.8	Schuettig/Sundmacher 2019
Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen	Z72.8 Z74.8 Z75.2 Z76.8 Z01 Z09	Schuettig/Sundmacher 2019
Gicht und sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	M10.0 M25.5	Schuettig/Sundmacher 2019
Personen, die das Gesundheitswesen zum Zwecke spezifischer Maßnahmen und zur medizinischen Betreuung in Anspruch nehmen	Z41.9 Z43.0 Z43.2 Z43.3 Z47.8 Z47.9 Z48.0 Z48.8 Z48.9 Z59 Z63	Schuettig/Sundmacher 2019
Allgemeinsymptome	R50 R52.9 R53	Schuettig/Sundmacher 2019
Sonstiger Hörverlust und sonstige Krankheiten des Ohres, anderenorts nicht klassifiziert	H91.2 H93.1	Schuettig/Sundmacher 2019
Sonstige und nicht näher bezeichnete Schäden durch äußere Ursachen	T67.6 T75.2 T78.4 T83.0	Schuettig/Sundmacher 2019
Oberflächliche Verletzungen	S00.0 S00.03 S00.3 S00.8 S00.9 S30.0 S40.0 S50.0 S50.1 S50.8 S60.0 S60.2 S60.8 S70.0 S80.0 S80.1 S80.8 S90.1 S90.3 T00.9 T14.0 T14.03	Schuettig/Sundmacher 2019
Symptome, die das Kreislaufsystem, das Atmungssystem, das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen	R04.0 R05 R06.4 R10.1 R10.3 R10.4 R11	Schuettig/Sundmacher 2019
Weitere Krankheiten des Urogenitalsystems	N12, N28.8	Schuettig/Sundmacher 2019
Krankheiten des Nervensystems	G35.1 G58.0	Schuettig/Sundmacher 2019
Prellung, Verstauchung und Zerrung	S20.2 S63.5 S63.6 S83.6 S93.4 S93.6	Schuettig/Sundmacher 2019
Fraktur einer sonstigen Zehe	S92.5	Schuettig/Sundmacher 2019
Sprech- und Sprachstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	R47.0	Albrecht et al. 2022

Quellen: (7,12,13), eigene Zusammenstellung

In einem zweiten Schritt wurden Ausschlussfaktoren angewandt, anhand derer von einer stationären Behandlungsbedürftigkeit ausgegangen werden kann. Hierbei wurden bestimmte Aufnahme- und Entlassgründe mit den Kontextfaktoren nach AOP-Vertrag 2025 (9) und den umfangreicheren Kontextfaktoren nach dem IGES AOP-Gutachten (7) kombiniert. Bei Letzteren wurden Faktoren, die sich lediglich auf operative Behandlungen beziehen (Listen K5 und K6-S), sowie die Gebrechlichkeit (K8), welche im AOP-Vertrag über Funktionseinschränkungen umgesetzt ist, nicht berücksichtigt:

1. Bestimmte Aufnahme- und Entlassgründe
  - a. Aufnahmearbeit: Zuverlegung (Kodes V/A)
  - b. Aufnahmegrund: Organentnahme, Wiederaufnahme nach Komplikation (Kodes 7/8)
  - c. Entlassgrund: Verlegung/Entlassung in ein anderes Krankenhaus/Reha (Kodes 6/8/9)
2. Kontextfaktoren nach AOP-Vertrag 2025 (9)
  - a. Operationen und Prozeduren (OPS-Kodes), nur stationär durchführbar (Liste K2)
  - b. Haupt- und Nebendiagnosen (ICD-Kodes), die eine stationäre Aufnahme begründen (Liste K6)
  - c. Funktionseinschränkungen (ICD-Kodes)
  - d. Pflegegrad 4/5 (OPS-Kodes)
  - e. Beatmungsstunden >0
  - f. Untere Altersgrenzen: <1 Jahr; 1-11 Jahre, wenn Pflegegrad 2-5; 1-15 Jahre, wenn Linksherzkatheteruntersuchung bei angeborenem Herzfehler
3. Kontextfaktoren nach IGES-Gutachten (7)
  - a. Operationen und Prozeduren, nur stationär durchführbar (Liste K2)
  - b. Haupt- und Nebendiagnosen, die eine stationäre Aufnahme begründen (Liste K6)
  - c. DRG-Kodes, nicht ambulant durchführbar (Liste K1)

Nachdem auf diese Weise die *potenziell ambulantisierbaren ASK-Fälle* identifiziert wurden, wurden in einem weiteren Schritt alle Fälle ausgeschlossen, die bereits im AOP-Katalog 2025 als ambulant erbringbar ausgewiesen sind (OPS-Kodes), um die *zusätzlichen potenziell ambulantisierbaren Fälle* zu erhalten.

### Analysen

Die verbleibenden Fälle wurden in ihrer zeitlichen Entwicklung von 2018 bis 2023 betrachtet sowie ihre Verteilung nach Fachabteilungen (bei internen Verlegungen: Fachabteilung mit der längsten Verweildauer) und die Verteilung der altersstandardisierten Anteile dieser Fälle an allen stationären Behandlungsfällen je Kreis des Patientenwohnortes. Zudem wurden die häufigsten OPS-Kodes ausgewiesen, wobei Begleitleistungen und Zusatzinformationen, die für die Ableitung eines Ambulantisierungspotenzials nicht relevant sind (z.B. OPS-Kapitel 6, Arzneimittel), nicht berücksichtigt wurden (Liste K2 IGES-Gutachten (7)). Ebenso wurden die häufigsten DRG-Kodes identifiziert und nach Faktoren analysiert, die eine potenzielle Vermeidbarkeit wahrscheinlicher bzw. unwahrscheinlicher machen: Verweildauer; Alter <80 Jahre; Aufnahmearbeit „Notfall“ (d.h. weder Einweisung noch Zuverlegung; Kode „N“); Aufnahme zu Off-hours (19:00-7:00Uhr/Samstag/Sonntag); Vorliegen einer Hauptdiagnose, bei welcher ein akuter Abklärungsbedarf angenommen werden kann (Liste Beobachtungsstatus im IGES-Gutachten (7)). Zusätzlich wurden bestimmte Eigenschaften

dieser DRG analysiert, die nicht in der DRG-Statistik enthalten und daher nur für alle Fälle der jeweiligen DRG verfügbar sind: Anteil der Fälle mit Patient Clinical Complexity Level (PCCL) <2 (14); ökonomischer Schweregrad gemäß Bewertungsrelation (BWR) der DRG (1,0 entspricht einer durchschnittlichen DRG) (15); Anteile jeweils der Kostenstelle Normalstation und der Kostenart nicht-medizinische Infrastruktur an allen Kosten gemäß der Kostenmatrix des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) (16). Auf Basis dieser Informationen zu den häufigsten DRG-Kodes sowie unter Berücksichtigung ihrer Definition gemäß InEK-Definitionsbandbuch wurden sie auf ihr Ambulantisierungspotenzial hin bewertet und in iterativ gebildete Versorgungskategorien eingeteilt.

Alle DRG- und OPS-Kodes wurden jeweils auf Vor- und Rückwärtskompatibilität geprüft, um Änderungen zwischen den Analysejahren zu berücksichtigen. Die Analysen fanden per kontrollierter Datenfernverarbeitung mit dem Programm SAS, Version 9.3, statt.

## Ergebnisse

### Stichprobenauswahl und -beschreibung

Unter den 18,8 Mio. (2018) bis 16,6 Mio. (2023) stationären Behandlungsfällen wurden 5,9 Mio. bzw. 5,0 Mio. ASK-Fälle identifiziert (**Abbildung 1, Tabelle 2**). Die häufigsten Krankheitsbilder waren Herzinsuffizienz (8-9 %), ischämische Herzkrankheiten (7-8 %) sowie Bronchitis & COPD (6-7 %) (Anhang: **Tabelle A1**). Auf die Ausschlussfaktoren, bei denen von einer stationären Behandlungsbedürftigkeit ausgegangen wird, entfielen 53-59 % der Fälle, wobei es nach AOP-Vertrag 2025 lediglich 26-30 % gewesen wären (**Tabelle A2**). Von den verbleibenden Fällen wurden weitere 27-29 % ausgeschlossen, die bereits im AOP-Katalog 2025 als ambulant erbringbar berücksichtigt sind. Somit verblieben zwischen 2,0 Mio. (2018/19) und 1,4-1,5 Mio. (2020-23) zusätzliche potenziell ambulant erbringbare ASK-Fälle je Jahr für die weitere Betrachtung. Dies entsprach zuletzt 8,8 % aller stationären Behandlungsfälle (**Tabelle A3**).

**Abbildung 1** Geschachteltes Flächendiagramm der Fallzahlen der vier Schritte der Stichprobenauswahl, 2023



Quelle: (11), eigene Berechnungen

Die Stichprobe ist zu 79 % (2018) bis 75 % (2023) unter 80 Jahre alt. 30 % sind Stunden-/1-Tagesfälle, weitere 19 % 2-Tagesfälle (**Tabelle 2**). Gut 70 % wurden als administrativer „Notfall“ aufgenommen und 40 % zu den Off-hours. Im Vergleich zu allen vollstationären Fällen sind damit kurze Verweildauern (21 %/16 %), Off-hour-Aufnahmen (36 %) und insbesondere „Notfälle“ (47 %) bei den zusätzlichen potenziell ambulantisierbaren Fällen häufiger (**Tabelle A4**). Zudem weisen rund 41 % der Stichprobe eine Hauptdiagnose aus der IGES-Liste Beobachtungsstatus auf, die auf einen akuten Abklärungsbedarf hinweist. Mit 97 % erhielten fast alle eine konservative Behandlung aus der DRG-Partition M. Die häufigste Fachabteilung ist die Innere Medizin mit Kardiologie (9-13 %), Gastrologie (4%), Pneumologie (2,5 %) und den anderen internistischen Abteilungen (45-38 %), gefolgt von Chirurgie (15 %) und Pädiatrie (rund 12 %). Bei einer Betrachtung nach Belegungstagen steigt der Anteil der internistischen Abteilungen auf insgesamt rund 64 % je Jahr, während die Anteile der Chirurgie (12 %) und Pädiatrie (6-8 %) geringer ausfallen (**Tabelle A5**). Der Anteil der Belegungstage an den Belegungstagen aller stationären Behandlungsfälle war mit 11-12 % in der Kardiologie, 11-13 % in der allgemeinen Inneren Medizin sowie 9-11 % in der Pädiatrie am höchsten, bei einem Durchschnitt über alle Fachabteilungen von 5,3 % (2023) bis 6,6 % (2018).

**Tabelle 2** Fallzahlen und anteilige Ausschlüsse in der Stichprobenauswahl sowie Beschreibung der resultierenden Studienpopulation anhand ausgewählter Merkmale, 2018-2023

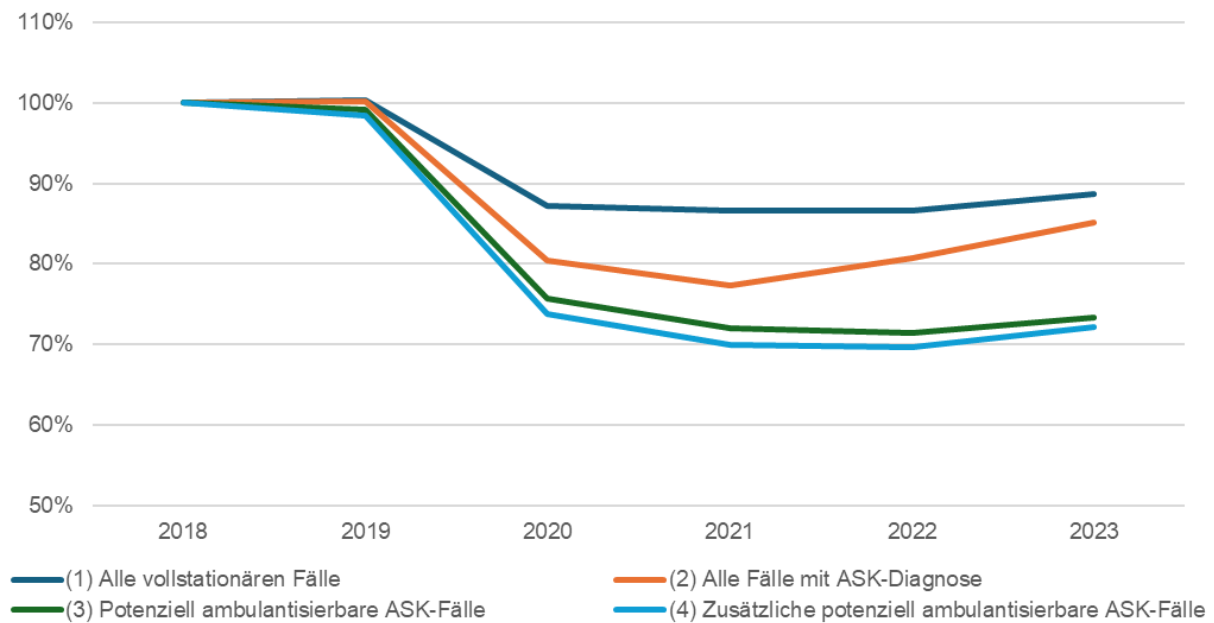
	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<b>Alle vollstationären Fälle (Fläche A in Abb.1)</b>	<b>18.754.571</b>	<b>18.825.654</b>	<b>16.359.312</b>	<b>16.233.822</b>	<b>16.253.085</b>	<b>16.631.075</b>
Ausschluss: keine ASK-Hauptdiagnose (an A)	69 %	69 %	71 %	72 %	71 %	70 %
<b>Alle ASK-Fälle (B)</b>	<b>5.907.903</b>	<b>5.921.122</b>	<b>4.755.362</b>	<b>4.572.349</b>	<b>4.764.904</b>	<b>5.026.917</b>
Ausschluss: stat. behandlungsbedürftig (an B)	53 %	53 %	56 %	56 %	58 %	59 %
<b>Potenziell ambulantisierbare ASK-Fälle (C)</b>	<b>2.793.343</b>	<b>2.771.110</b>	<b>2.116.157</b>	<b>2.011.504</b>	<b>1.995.538</b>	<b>2.048.898</b>
Ausschluss: bereits im AOP-Katalog '25 (an C)	27 %	28 %	29 %	29 %	29 %	28 %
<b>Zusätzlich potenziell ambulantisierbar (D)</b>	<b>2.035.690</b>	<b>2.003.040</b>	<b>1.502.611</b>	<b>1.423.982</b>	<b>1.418.370</b>	<b>1.469.284</b>
Darunter:						
Alter unter 80 Jahre	79 %	78 %	76 %	75 %	75 %	75 %
Verweildauer:						
Stundenfall/1 Tag	30 %	31 %	29 %	30 %	30 %	30 %
2 Tage	18 %	18 %	19 %	19 %	20 %	19 %
3+ Tage	52 %	52 %	52 %	51 %	51 %	51 %
Aufnahme „Notfall“	70 %	70 %	72 %	73 %	74 %	73 %
Aufnahme Off-hours (19-7h/Sa/So)	41 %	41 %	40 %	41 %	41 %	40 %
IGES Beobachtungsstatus	41 %	42 %	42 %	42 %	40 %	41 %
Art der Versorgung (nach DRG-Partition):						
Operativ (O)	2,4 %	2,3 %	2,4 %	2,3 %	2,3 %	2,3 %
Prozeduren-fokussiert, nicht operativ (A)	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,4 %	0,3 %	0,3 %
Medizinisch/konservativ (M)	97 %	97 %	97 %	97 %	97 %	97 %
Fachabteilung mit längster Verweildauer:						
Kardiologie	9 %	10 %	13 %	13 %	12 %	13 %
Gastrologie	3,5 %	3,8 %	4,4 %	4,3 %	4,3 %	4,5 %
Pneumologie/Lungen-/Bronchialheilkunde	2,3 %	2,5 %	2,6 %	2,6 %	2,8 %	2,9 %
Innere Medizin (andere)	45 %	43 %	40 %	39 %	38 %	38 %
Chirurgie	15 %	15 %	15 %	15 %	15 %	14 %
Pädiatrie	11 %	11 %	10 %	11 %	13 %	12 %
Neurologie	3,6 %	3,7 %	3,7 %	4,1 %	3,7 %	3,8 %
Pneumologie	2,3 %	2,5 %	2,6 %	2,6 %	2,8 %	2,9 %
Orthopädie	2,4 %	2,5 %	2,4 %	2,5 %	2,4 %	2,3 %
HNO	2,0 %	2,0 %	1,8 %	1,7 %	1,9 %	2,1 %
Sonstige	6,5 %	6,5 %	6,9 %	6,5 %	6,5 %	6,8 %

IGES Beobachtungsstatus: Vorliegen einer Hauptdiagnose, bei welcher gemäß IGES-Gutachten ein akuter Abklärungsbedarf angenommen werden kann; Quellen: (7,9,11), eigene Berechnungen

### Zeitliche Entwicklung der Fallzahlen

In den Jahren 2020/21 sanken die ASK-Fallzahlen insgesamt, d.h. vor Anwendung der Ausschlussfaktoren, um bis zu 23 % gegenüber der Ausgangsbasis 2018, während die zusätzlich potenziell ambulantisierbaren ASK-Fälle um 30 % sanken (**Abbildung 2**). Damit gingen beide Gruppen deutlich stärker zurück als die Gesamtzahl der stationären Behandlungen mit 13 %. In den Folgejahren 2022/23 verblieben sowohl die stationären Fälle insgesamt als auch die zusätzlichen potenziell ambulantisierbaren ASK-Fälle auf diesem Niveau, wohingegen die ASK-Fälle insgesamt mit zuletzt -15 % gegenüber 2018 wieder anstiegen.

**Abbildung 2** Zeitliche Entwicklung der Fallzahlen der vier Schritte der Stichprobenauswahl vom Indexjahr 2018 (=100 %) bis 2023

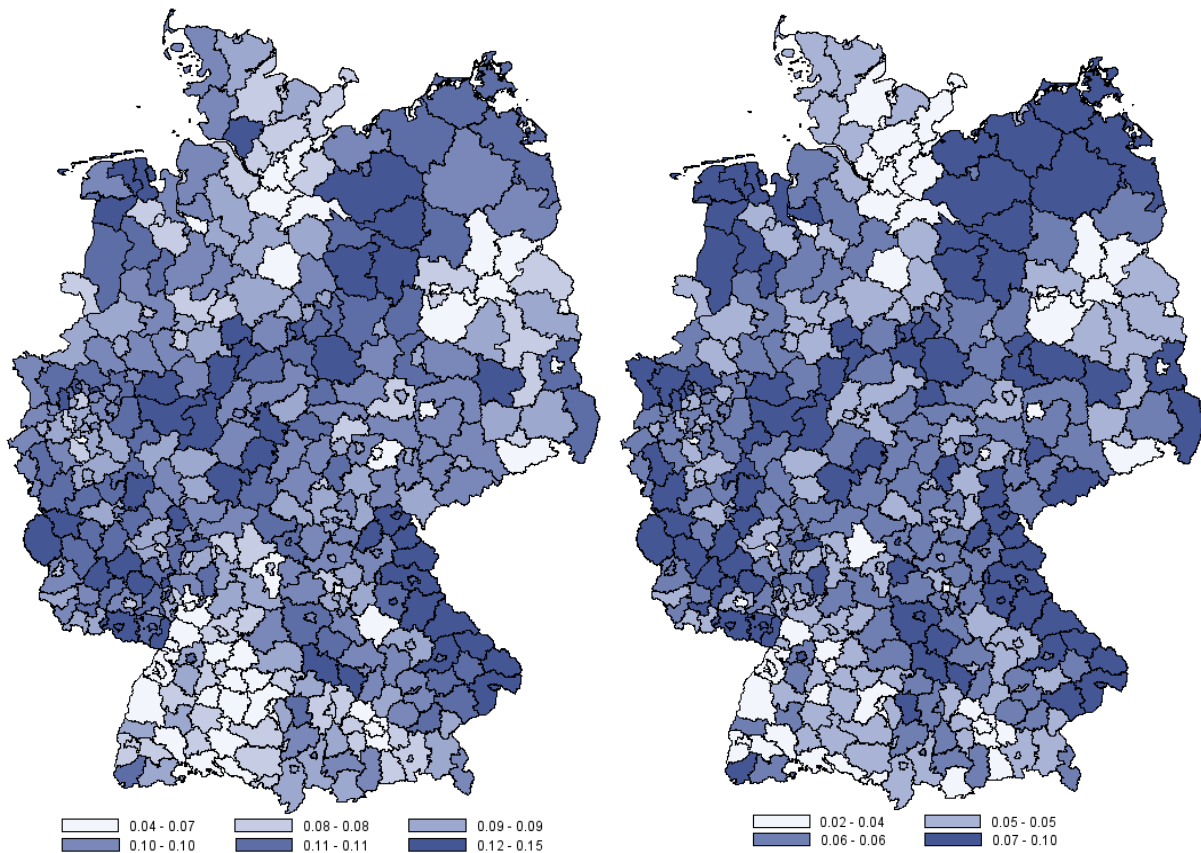


Quelle: (11), eigene Berechnungen

### Regionale Verteilung

Niedrige Raten der zusätzlichen potenziell ambulantisierbaren Fälle an allen Fällen von 4-7 % zeigen sich vor allem in und teilweise um Großstädte sowie in einigen Kreisen Baden-Württembergs (**Abbildung 3, links**). Hohe Raten von 11 % bis vereinzelt 15 % traten vermehrt in eher dünn besiedelten Kreisen im östlichen Bayern, Mecklenburg-Vorpommern oder Rheinland-Pfalz auf. Eine ähnliche Verteilung zeigt sich auf Ebene der Behandlungstage (**Abbildung 3, rechts**). Weitere Karten für die Jahre 2019 und 2021 finden sich im Anhang (**Abbildung A1** **Abbildung A2**).

**Abbildung 3** Altersstandardisierte Raten der zusätzlichen potenziell ambulantisierbaren Fälle an allen vollstationären Fällen (links) bzw. den jeweiligen Behandlungstagen (rechts) je Kreis des Patienten-Wohnortes, 2023



#### Häufigste OPS- und DRG-Kodes

Unter den Prozeduren ist der häufigste verbleibende OPS-Kode die Ganzkörperplethysmographie mit 74.900 Durchführungen 2023, gefolgt von der diagnostischen Ösophagogastroduodenoskopie bei normalem Situs (58.200) und der nativen Magnetresonanztomographie des Schädels (38.100). Von den häufigsten 20 Endstellern kommen 18 auch in der im IGES-Gutachten vorgeschlagenen A1-Liste von in den AOP-Katalog aufzunehmenden OPS vor (**Tabelle 3**). Die Top30 DRG machten 2023 88 % der identifizierten Fälle aus. Von ihnen kommen 17 ebenfalls in der IGES-Einschlussliste A2a vor (**Tabelle 4**).

**Tabelle 3** Anzahl der häufigsten 20 OPS-Endsteller der zusätzlichen potenziell ambulantisierbaren ASK-Fälle, 2023

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl
1-710	Ganzkörperplethysmographie*	74.901
1-632.0	Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie: Bei normalem Situs*	58.171
3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	38.081
1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität*	37.313
1-790	Polysomnographie*	31.227
1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt* (.6/.7/.8: AOP und Hybrid-DRG)	28.611
3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung*	26.697
1-700	Spezifische allergologische Provokationstestung*	22.141
3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]*	21.662
1-206	Neurographie*	16.405
3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]*	15.537
8-561.1	Funktionsorientierte physikalische Monotherapie*	15.204
1-266.0	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt, bei implantiertem Schrittmacher*	14.658
8-917.13	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An den Gelenken der Lendenwirbelsäule*	12.680
1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt*	12.204
8-914.12	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An der Lendenwirbelsäule*	12.115
1-208.2	Registrierung evozierter Potenziale, Somatosensorisch [SSEP]*	11.760
8-717.1	Einstellung einer nasalen oder oronasalen Überdrucktherapie bei schlafbezogenen Atemstörungen: Kontrolle oder Optimierung einer früher eingeleiteten nasalen oder oronasalen Überdrucktherapie*	11.749
8-716.10	Kontrolle oder Optimierung einer früher eingeleiteten häuslichen Beatmung: Nicht invasive häusliche Beatmung*	11.122
1-791	Kardiorespiratorische Polygraphie*	10.915

\* OPS-Kodes, die auch in IGES-Liste A1 (amb. OPS) vorkommen (n=18); Hinweis: gleiche OPS-Kodes können auch mehrfach je Behandlungsfall dokumentiert werden; Quelle: (7, 11), eigene Berechnungen

### Bewertung des Ambulantisierungspotenzials

Bei den Top30 DRG 2023 zeigen sich unterschiedliche Versorgungsmuster in den Faktoren, die eine potenzielle Vermeidbarkeit einer stationären Aufnahme wahrscheinlicher bzw. unwahrscheinlicher machen, wobei alle durch eine niedrige Behandlungsintensität (BWR: 0,19-0,68) und Fallschwere (PCCL<2: 71-98 %) gekennzeichnet sind, die sich meist auch in einem hohen Kostenanteil der Normalstation und der nicht-medizinischen Infrastruktur ausdrücken (**Tabelle A6**). Der Anteil der zusätzlichen potenziell ambulantisierbaren ASK-Fälle an den DRG schwankt dabei zwischen 4-88 % mit einem Mittelwert von 44 %.

**Tabelle 4** Häufigste 30 DRGs der zusätzlich potenziell ambulantisierbaren ASK-Fälle 2023 nach Faktoren, die eine potenzielle Vermeidbarkeit der stationären Aufnahme wahrscheinlicher bzw. unwahrscheinlicher machen (farbliche Markierung: je dunkler, desto höher je Spalte) sowie abgeleitete mögliche Versorgungskategorien

Top30 DRG	Fallzahl	Anteil an allen Fällen je DRG	Nach Faktoren einer potenziellen Vermeidbarkeit							Mögliche Versorgungskategorie**
			Alter <80 J.	VwD Std.-Fall/ 1 Tag	VwD 2 Tage	VwD 3+ Tage	Aufnahme „Notfall“	Aufnahme Off-hours	IGES Beobachtungsstatus	
F62C Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC [...] mehr als 1 Belegungstag [...]	157.747	47 %	35 %	0 %	7 %	93 %	78 %	30 %	26 %	Stationär
G67C* Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung [...] ohne äußerst schwere CC	140.498	30 %	81 %	40 %	27 %	34 %	79 %	46 %	10 %	Hybrid-DRG
F67C Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC [...]	131.390	88 %	67 %	25 %	24 %	51 %	88 %	53 %	93 %	Abklärung
E65C* Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Diagnose [...]	76.159	60 %	76 %	9 %	9 %	82 %	79 %	42 %	97 %	Abklärung
I68E Nicht operativ behandelte Erkrank. u. Verletz. d. WS, >1 Belegungstag oder andere Femurfraktur [...]	69.114	39 %	75 %	0 %	27 %	73 %	70 %	33 %	0 %	Stationär
G67B Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung [...] oder mit äußerst schwerer CC	65.961	36 %	91 %	14 %	22 %	64 %	76 %	39 %	1 %	Stationär
K62C* Versch. Stoffwechselerkrankungen außer bei Para-/Tetraplegie, ohne kompliz. Diagn. [...] oder ein Belegungstag	65.299	36 %	38 %	18 %	17 %	65 %	87 %	39 %	97 %	Hybrid-DRG
D63B Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege oder Blutung aus Nase und Rachen ohne äußerst schwere CC	62.027	46 %	93 %	25 %	30 %	44 %	80 %	48 %	5 %	Hybrid-DRG
G72B* Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane [...] oder Abdominalschmerz [...]	59.437	65 %	95 %	61 %	24 %	15 %	80 %	47 %	100 %	Abklärung
V60B* Alkoholintoxikation und -entzug [...] ohne psychotisches Syndrom, ohne HIV-Krankheit	51.522	81 %	99 %	63 %	8 %	29 %	88 %	64 %	71 %	Hybrid-DRG
K60F* Diabetes mellitus [...] ein Belegungstag oder ohne äußerst schw. oder schw. CC oder ohne komplexe Diagnose	48.850	65 %	81 %	11 %	9 %	79 %	61 %	28 %	26 %	Hybrid-DRG
E69C Bronchitis und Asthma bronchiale, ein Belegungstag oder ohne äuß. schw. oder schw. CC [...]	48.193	48 %	98 %	31 %	30 %	40 %	77 %	52 %	82 %	Hybrid-DRG
J65B Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma, ein Belegungstag	39.056	63 %	77 %	100 %	0 %	0 %	84 %	51 %	0 %	Abklärung
B77Z* Kopfschmerzen	31.817	51 %	97 %	52 %	24 %	25 %	80 %	38 %	94 %	Abklärung
J65A Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als 1 Belegungstag	29.637	56 %	55 %	0 %	52 %	48 %	88 %	50 %	0 %	Stationär

Top30 DRG	Fallzahl	Anteil an allen Fällen je DRG	Nach Faktoren einer potenziellen Vermeidbarkeit							Mögliche Versorgungs-Kategorie**
			Alter <80 J.	VwD Std.-Fall/ 1 Tag	VwD 2 Tage	VwD 3+ Tage	Aufnahme „Notfall“	Aufnahme Off-hours	IGES Beobachtungsstatus	
E63B* Schlafapnoesyndrom oder Polysomnographie oder kardiorespiratorische Polygraphie bis 2 Belegungstage [...]	29.187	32 %	91 %	74 %	22 %	4 %	7 %	28 %	8 %	Hybrid-DRG
F72B Angina pectoris ohne äußerst schwere CC	25.880	85 %	74 %	41 %	23 %	37 %	83 %	41 %	99 %	Abklärung
F73B Synkope und Kollaps, Alter > 13 Jahre oder mehr als ein Belegungstag	24.944	19 %	64 %	23 %	23 %	54 %	88 %	38 %	0 %	Abklärung
I68F* Nicht operativ behand. Erkrank. u. Verletz. im Wirbelsäulenbereich, ein BT oder Prellung am Oberschenkel	24.646	40 %	85 %	100 %	0 %	0 %	63 %	36 %	0 %	Hybrid-DRG
I71B* Muskel- u. Sehnenerkrank. außer bei Para-/Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation [...]	16.917	43 %	80 %	35 %	20 %	45 %	67 %	35 %	0 %	Hybrid-DRG
Q61B* Andere Erkrankungen der Erythrozyten, ohne äußerst schwere CC	14.423	20 %	53 %	23 %	21 %	56 %	64 %	18 %	0 %	Hybrid-DRG
M62Z Infektion / Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane	12.675	57 %	90 %	8 %	11 %	81 %	82 %	43 %	87 %	Stationär
Z64C* [...] Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung ohne Radiojoddiagnostik [...] bis 2 BT	11.904	26 %	97 %	41 %	34 %	26 %	8 %	9 %	2 %	Hybrid-DRG
F65B* Periphere Gefäßkrankheiten ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC [...]	10.966	24 %	62 %	20 %	11 %	69 %	46 %	16 %	1 %	Hybrid-DRG
J64C Andere Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut, Alter > 5 Jahre	10.551	20 %	92 %	38 %	16 %	45 %	72 %	27 %	89 %	Hybrid-DRG
F71B* Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstör. oh. äuß. schw. CC oder ein BT [...]	9.363	4 %	86 %	46 %	23 %	31 %	84 %	48 %	100 %	Abklärung
F62D Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC oder ohne Dialyse [...] ein Belegungstag	8.119	45 %	47 %	100 %	0 %	0 %	73 %	36 %	28 %	Abklärung
B75Z* Fieberkrämpfe	7.811	49 %	95 %	50 %	28 %	22 %	87 %	48 %	15 %	Abklärung
U64Z* Angststörungen oder andere affektive und somatoforme Störungen	7.746	29 %	89 %	0 %	27 %	73 %	54 %	31 %	0 %	Stationär
B71D* Erkrankungen an Hirn- u. peripheren Nerven ohne komplexe Diagnose, [...] ohne äuß. schw. od. schwere CC	7.430	12 %	74 %	18 %	14 %	68 %	47 %	19 %	14 %	Stationär

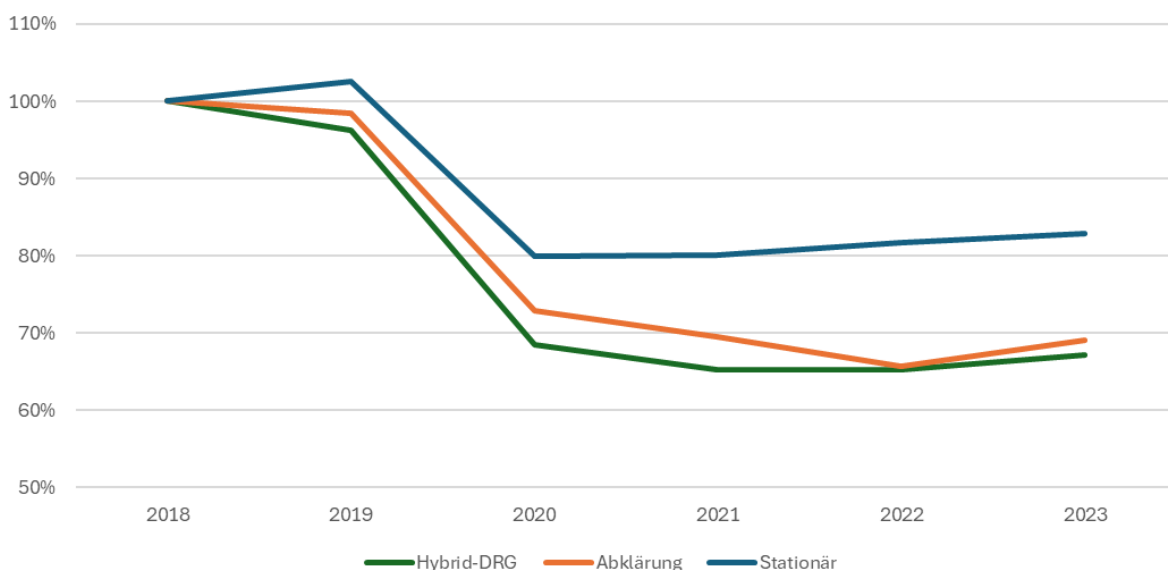
\* DRG, die auch in IGES-Liste A2a (medizinische DRG) vorkommen. \*\* Stationär: stationäre Behandlungsbedürftigkeit; Abklärung: oftmals Abklärung eines Akutereignisses im/am Krankenhaus notwendig, bei Verneinung ggf. ambulant abrechenbar; Hybrid-DRG: ggf. Hybrid-DRG ableitbar; IGES Beobachtungsstatus: Vorliegen einer Hauptdiagnose, bei welcher gemäß IGES-Gutachten ein akuter Abklärungsbedarf angenommen werden kann (7); VwD: Verweildauer; Quellen: (7,11), eigene Berechnungen

Auf Basis der Patienten- und Behandlungsmerkmale sowie der DRG-Eigenschaften und -Definitionen wurden die identifizierten Fälle in drei mögliche Versorgungskategorien eingeteilt (**Tabelle 4**):

- (1) In eine Versorgungskategorie wurden DRG eingeteilt, bei denen eine Abgrenzung einer Hybrid-DRG aus der bisherigen DRG prinzipiell möglich erscheint. Hierzu zählen 13 der Top30 2023 mit 535.000 Fällen (202.000 Stunden- und 1-Tagesbehandlungen).
- (2) Zweitens wurde in Anlehnung an die Liste Beobachtungsstatus des IGES AOP-Gutachtens eine Versorgungskategorie aus DRGs gebildet, bei denen oftmals die Abklärung eines Akutereignisses, eine zeitlich begrenzte Beobachtung und ggf. eine begrenzte Akuttherapie ausreichend sind. Ist eine vollstationäre Behandlung nicht nötig, könnte eine ambulante Abrechnung erfolgen. Dies betrifft die zehn DRGs F67C (Abklärung hypertensive Krise), E65C (Infektion/Exazerbation bei COPD), G72B (Abdominalschmerz), J65B (Kopfverletzungen/Prellungen), B77Z (Kopfschmerz), F72B (Angina Pectoris), F73B (Synkope/Kollaps), F71B (Vorhofflimmern), F62D (Schock) sowie B75Z (Fieber-/Krämpfe) mit insgesamt 414.000 Fällen, darunter 164.000 Stunden- und 1-Tagesbehandlungen.
- (3) Sieben der Top30 DRG (350.000 Fälle) wurden einer stationären Behandlungsbedürftigkeit zugeordnet, da hier kein generelles Ambulantisierungspotenzial identifiziert werden konnte.

Werden die zeitlichen Entwicklungen in diesen drei Versorgungskategorien separat betrachtet, zeigt sich bei den DRGs ohne Ambulantisierungspotenzial ein Fallzahlrückgang um lediglich 20 % während/nach der Coronapandemie, während es bei den anderen beiden Gruppen jeweils bis zu 35 % waren (**Abbildung 4**).

**Abbildung 4** Zeitliche Entwicklung der Fallzahlen in den drei Versorgungskategorien i) ggf. Hybrid-DRG ableitbar, ii) Abklärung eines Akutereignisses und iii) stationär behandlungsbedürftig der zusätzlichen potenziell ambulantisierbaren ASK-Fälle vom Indexjahr 2018 (=100 %) bis 2023



DRG mit wechselnden Definitionen wurden ausgeschlossen; Quelle: (11), eigene Berechnungen

## Diskussion

Ziel der Arbeit war die Untersuchung eines zusätzlichen, über die bisherigen Möglichkeiten hinausgehenden Ambulantisierungspotenzials *zum Zeitpunkt der Behandlung* auf Basis ambulant-sensitiver Krankenhausfälle. Nach Ausschluss von Fällen, die Faktoren einer stationären Behandlungsbedürftigkeit aufwiesen oder bereits über den AOP-Katalog abgedeckt sind, verblieben 2,0 Mio. (2018/19) bis 1,5 Mio. (2023) Fälle mit überwiegend kurzer Verweildauer, geringem ökonomischen und klinischen Aufwand und konservativer Behandlung.

Es zeigten sich ein besonders starker, anhaltender Rückgang dieser Fälle seit der Coronapandemie sowie deutliche regionale Unterschiede, welche die zugrunde liegende Hypothese unterstützen, dass es sich hier um Krankenhausaufenthalte handelt, die oftmals nicht vollstationär behandelt werden müssten. Ähnliche regionale Muster zeigten sich zudem bereits 2008, was strukturelle Unterschiede in der Versorgung vermuten lässt (17).

Bei 13 der Top30 DRG dieser zusätzlichen potenziell ambulantisierbaren Fälle konnte Potenzial für eine Ableitung neuer Hybrid-DRG identifiziert werden, wobei eine definitorische Abgrenzung gegenüber der jeweiligen stationären DRG noch zu leisten wäre. Dabei wurden durch die Krankheitsbilder der ASK insbesondere nicht-prozedurenfokussierte DRG identifiziert, aber auch Diagnostik wie die allergologische Provokationstestung (Z64C) und das Schlaflabor (E63B). Letzteres wird bereits überwiegend ambulant-ärztlich erbracht und würde sich nach der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin für eine Hybrid-DRG eignen (18). Eine Herausforderung bei der Einführung und Adoption von nicht-prozedurenfokussierten Hybrid-DRG – die rechtlich möglich, aber bisher nicht umgesetzt sind – wäre vermutlich noch stärker als bei den bisherigen Hybrid-DRG eine Umstellung der Anforderungen an Dokumentation und Abrechnung im niedergelassenen Bereich.

Des Weiteren konnten zehn der Top30 DRG der Kategorie „Abklärung von Akutereignissen“ zugeordnet werden, die einer nur für eine Teilgruppe notwendigen vollstationären Aufnahme vorgeschaltet wäre. Wäre die Reform der Notfallversorgung noch verabschiedet worden, wären dies typische Fälle für die INZ bzw. die ihnen angeschlossenen Notdienstpraxen, d.h. ambulant erbringbar, aber in unmittelbarer Nähe zu einem entsprechend ausgestatteten Krankenhaus (19) (s.a. (13,20,21)). Hierbei wäre für jede DRG (bzw. für den zugrunde liegenden Kontak Anlass) zu klären, inwiefern dies inhaltlich und praktisch umsetzbar ist, beispielsweise welche Faktoren eine stationäre Aufnahme mit entsprechender Vergütung begründen würden. Eventuell müsste zusätzlich zu der bisherigen Entlassdiagnose auch die Aufnahme-/Verdachtsdiagnose zu Abrechnungszwecken übermittelt werden.

Aussagen zur Größenordnung des identifizierten Ambulantisierungspotenzials sind aufgrund der zu klärenden Abgrenzung zu den bestehenden DRG schwierig. Die 366.000 Stunden- und 1-Tagesbehandlungen 2023 (ggf. auch ein Teil der 186.000 2-Tagesbehandlungen) aus den beiden gebildeten Versorgungskategorien können jedoch eine grobe Annäherung sein. Gleichzeitig wurden hier nur die Fälle mit Hauptdiagnosen nach ASK-Katalog eingeschlossen, während ein mögliches Ambulantisierungspotenzial nicht darauf beschränkt wäre.

Daneben zeigen sich in den häufigsten OPS-Kodes potenziell relevante Prozeduren zur Erweiterung des AOP-Katalogs, wobei eine hohe Überschneidung mit den Vorschlägen des IGES-Gutachtens besteht (7). Aus den hier betrachteten häufigsten 20 OPS-Endstellern könnte sich ein Ambulantisierungspotenzial von mehreren hunderttausend Eingriffen je Jahr ergeben.

Als Faktoren, die auf eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit hinweisen, wurden in dieser Arbeit anstelle der Hybrid-DRG- hauptsächlich die allgemeineren und wesentlich umfassenderen AOP-Kontextfaktoren sowie die nochmal deutlich umfangreicheren Vorschläge aus dem IGES-Gutachten genutzt. Wie bereits in früheren Analysen zeigte sich, dass eine Erweiterung der AOP- sowie gegebenenfalls auch der Hybrid-DRG-Kontextfaktoren um die des IGES-Gutachtens sinnvoll erscheint (8,22).

Neben dem Ambulantisierungspotenzial via AOP und Hybrid-DRG (inkl. der „Abklärungsfälle“) haben die Analysen gezeigt, dass es sich bei den identifizierten ASK-Fällen um Aufenthalte mit niedriger klinischer Komplexität und Behandlungsintensität handelt (z.B. Herzinsuffizienz, DRG F62C). Diese Fälle der stationären Basisversorgung scheinen daher auch für eine Behandlung in den zukünftigen SüV geeignet. Hier besteht auch eine Schnittstelle zu den Pflegeheim-sensitiven Krankenhausfällen (PSK), bei welchen ebenfalls von einer überwiegenden Vermeidbarkeit ausgegangen wird (23–27). Mit der Möglichkeit ambulanter haus- und fachärztlicher Behandlungen aus dem bisherigen niedergelassenen Spektrum sowie Altenpflegerischer Übergangsversorgung könnten SüV in vielen Regionen zur Verringerung der Sektorengrenzen und zu einer effizienteren und höherwertigen, patientenzentrierteren Versorgung beitragen. Deren Erfolg wird vermutlich primär von der Umsetzung der Länder in den Krankenhausplänen sowie von der Ausgestaltung der finanziellen Anreize für die Krankenhäuser abhängen.

## **Fazit**

Zusammenfassend konnte aufgezeigt werden, dass sich anhand der stationären ASK-Fälle auch ein Ambulantisierungspotenzial *zum Zeitpunkt der Aufnahme bzw. Behandlung* ableiten lässt. Es wurden DRGs für eine mögliche sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG) sowie Prozeduren zur Erweiterung des AOP-Kataloges identifiziert, deren jeweilige Eignung in weiteren Schritten genauer zu prüfen ist. Die Ausweitung der Hybrid-DRG und die flächendeckende Einführung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen könnten dazu beitragen die Sektorengrenzen zu verringern und eine effizientere und gleichzeitig höherwertigere Versorgung voranzutreiben.

## Literatur

1. Busse R, Achstetter K, Blümel M, Haltaufderheide M, Hengel P. Pilotierung einer systematischen Messung der Leistungsfähigkeit und Effizienz des deutschen Gesundheitssystems (Health System Performance Assessment – HSPA). Zweiter Bericht – überarbeitete Fassung (Stand Januar 2024) [Internet]. Berlin: Technische Universität Berlin, Fachgebiet Management im Gesundheitswesen (MiG); 2024. Available from: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/hspa.html>
2. Eurostat. Health personnel (hlth\_rs\_prs2) [Internet]. 2024. Available from: [https://doi.org/10.2908/hlth\\_rs\\_prs2](https://doi.org/10.2908/hlth_rs_prs2)
3. Eurostat. Health care expenditure by financing scheme (hlth\_sha11\_hf) [Internet]. 2025. Available from: [https://doi.org/10.2908/hlth\\_sha11\\_hf](https://doi.org/10.2908/hlth_sha11_hf)
4. Eurostat. Treatable and preventable mortality of residents by cause and sex (hlth\_cd\_apr) [Internet]. 2025. Available from: [https://doi.org/10.2908/HLTH\\_CD\\_APR](https://doi.org/10.2908/HLTH_CD_APR)
5. OECD. Healthcare quality and outcomes indicators. Primary care. 2025.
6. Hengel P, Nimptsch U, Busse R. Ambulant-sensitive Krankenhausfälle: Fokus alte Menschen. In: Klauber J, Wasem J, Beivers A, Mostert C, Scheller-Kreinsen D, editors. Krankenhaus-Report 2025: Versorgung Hochbetagter [Internet]. Berlin, Heidelberg: Springer; 2025. p. 251–65. Available from: [https://doi.org/10.1007/978-3-662-70947-4\\_16](https://doi.org/10.1007/978-3-662-70947-4_16)
7. Albrecht M, Mansky T, Sander M, Schiffhorst G. Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V [Internet]. Berlin: IGES Institut; 2022. Available from: [https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e27603/e27841/e27842/e27844/attr\\_objs27932/IGES\\_AOP\\_Gutachten\\_032022\\_ger.pdf](https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e27603/e27841/e27842/e27844/attr_objs27932/IGES_AOP_Gutachten_032022_ger.pdf)
8. Pioch C, Busse R, Mansky T, Nimptsch U. Ambulantisierungspotenzial von Akutkrankenhäusern. Analyse von bundesweiten Abrechnungsdaten des Jahres 2022. Dtsch Arztebl International. 2025 Feb 4;151–5.
9. GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Kassenärztliche Bundesvereinigung. Vertrag nach § 115b Abs.1 SGB V – Ambulantes Operieren, sonstige stationersetzende Eingriffe und stationersetzende Behandlungen im Krankenhaus – (AOP-Vertrag) vom 18.12.2024. 2024.
10. Deutscher Bundestag. Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung. Drucksache 20/13166, 02.10.2024 [Internet]. 2024. Available from: <https://dserver.bundestag.de/btd/20/131/2013166.pdf>
11. FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder. DRG-Statistik 2018-2023, eigene Berechnungen [Internet]. 2025. Available from: <https://doi.org/10.21242/23141.2018.00.00.1.1.0> (2018), <https://doi.org/10.21242/23141.2019.00.00.1.1.1> (2019), <https://doi.org/10.21242/23141.2020.00.00.1.1.0> (2020), <https://doi.org/10.21242/23141.2021.00.00.1.1.0> (2021), <https://doi.org/10.21242/23141.2022.00.00.1.1.0> (2022), <https://doi.org/10.21242/23141.2023.00.00.1.1.0> (2023)
12. Sundmacher L, Fischbach D, Schuettig W, Naumann C, Augustin U, Faisst C. Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study in Germany. Health Policy. 2015 Nov;119(11):1415–23.

13. Schuettig W, Sundmacher L. Ambulatory care-sensitive emergency department cases: a mixed methods approach to systemize and analyze cases in Germany. *European Journal of Public Health*. 2019 Dec 1;29(6):1024–30.
14. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK). InEK DatenBrowser. Datenlieferung DRG 2023 gruppiert nach 2024 [Internet]. 2025. Available from: <https://datenbrowser.inek.org/DRG2023>
15. Bundesministerium der Justiz, editor. Fallpauschalen-Katalog gemäß § 17b Absatz 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Anlage 1 der DRG-Entgeltkatalogverordnung 2023 [Internet]. 2022. Available from: <https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2023/fallpauschalen-katalog/fallpauschalen-katalog-20232>
16. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK). aG-DRG-Report-Browser Version 2023.3. 2023.
17. Sundmacher L, Kopetsch T. The impact of office-based care on hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. *Eur J Health Econ*. 2015 May;16(4):365–75.
18. Nilius G, Woehrle H, Preisendörfer B, Riemann D, Wilke M, Heidebreder A, et al. Eine wissenschaftliche Analyse zur Versorgungsstruktur und Abrechnung der Polysomnographie in Deutschland – ein Positionspapier der DGSM. *Somnologie* [Internet]. 2025 Apr 3; Available from: <https://doi.org/10.1007/s11818-025-00501-x>
19. Berger E, Rödiger H, Busse R. Reform der Notfallversorgung und des Rettungswesens. In: Klauber J, Wasem J, Beivers A, Mostert C, Scheller-Kreinsen D, editors. *Krankenhaus-Report 2024: Strukturreform* [Internet]. Berlin, Heidelberg: Springer; 2024. p. 209–22. Available from: [https://doi.org/10.1007/978-3-662-68792-5\\_11](https://doi.org/10.1007/978-3-662-68792-5_11)
20. Kassenärztliche Vereinigung Hessen. Der Höchster Tresen zeigt, wie es geht [Pressemitteilung] [Internet]. 2025. Available from: <https://www.kvhessen.de/presse/der-hoechster-tresen-zeigt-wie-es-geht>
21. Frick J, Möckel M, Muller R, Searle J, Somasundaram R, Slagman A. Suitability of current definitions of ambulatory care sensitive conditions for research in emergency department patients: a secondary health data analysis. *BMJ Open*. 2017 Oct 1;7(10):e016109.
22. Rößler M, Schulte C, Repschläger U, Sievers C, Wende D. Die Kontextprüfung im Rahmen des IGES-Vorschlags zum ambulanten Operieren. Eine Analyse der Relevanz und Aussagekraft der Kontextfaktoren bei der Ermittlung des Ambulantisierungspotenzials [Internet]. 2022. Available from: <https://doi.org/10.30433/ePGSF.2022.007>
23. Leutgeb R, Berger SJ, Szecsenyi J, Laux G. Potentially avoidable hospitalisations of German nursing home patients? A cross-sectional study on utilisation patterns and potential consequences for healthcare. *BMJ Open*. 2019 Jan 1;9(1):e025269.
24. Bohnet-Joschko S, Valk-Draad MP, Schulte T, Groene O. Nursing home-sensitive conditions: analysis of routine health insurance data and modified Delphi analysis of potentially avoidable hospitalizations. *F1000Res*. 2021;10:1223.
25. Kümpel C. Do financial incentives influence the hospitalization rate of nursing home residents? Evidence from Germany. *Health Econ*. 2019 Nov;28(11):1235–47.

26. Kümpel C, Schneider U. Additional reimbursement for outpatient physicians treating nursing home residents reduces avoidable hospital admissions: Results of a reimbursement change in Germany. *Health Policy*. 2020 Apr;124(4):470–7.
27. Valk-Draad MP, Bohnet-Joschko S, PSK-Studiengruppe. [Nursing home-sensitive conditions and approaches to reduce hospitalization of nursing home residents]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2023 Feb;66(2):199–211.

## Anhang

**Tabelle A1** Summe aller ASK-Fälle und ihre anteilige Verteilung nach Krankheitsbildern, 2018-2023

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<b>Summe aller ASK-Fälle</b>	5.907.903	5.921.122	4.755.362	4.572.349	4.764.904	5.026.917
<b>Anteil der ASK-Diagnosen an allen ASK-Fällen des Jahres</b>						
Herzinsuffizienz	7,7 %	8,2 %	9,0 %	9,6 %	9,4 %	9,3 %
Ischämische Herzkrankheiten	6,9 %	7,1 %	7,7 %	7,8 %	7,2 %	6,9 %
Bronchitis & COPD	6,5 %	6,5 %	5,6 %	5,5 %	6,2 %	6,5 %
Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen	6,7 %	6,6 %	6,8 %	6,9 %	6,5 %	6,3 %
Grippe und Pneumonie	5,6 %	5,2 %	4,9 %	3,3 %	4,8 %	5,6 %
HNO-Infektionen	3,8 %	3,7 %	3,1 %	2,7 %	3,7 %	4,3 %
Gonarthrose	3,0 %	3,1 %	3,4 %	3,4 %	3,8 %	4,2 %
Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darmes	4,3 %	4,3 %	4,4 %	4,4 %	4,2 %	4,1 %
Krankheiten des Harnsystems	3,0 %	3,2 %	3,9 %	4,1 %	4,0 %	4,1 %
Infektiöse Darmkrankheiten	4,2 %	4,1 %	3,1 %	3,4 %	4,0 %	3,7 %
Rückenbeschwerden	4,8 %	4,7 %	4,1 %	4,2 %	3,8 %	3,7 %
Hypertonie	4,2 %	4,4 %	4,6 %	4,4 %	3,6 %	3,5 %
Diabetes mellitus	3,4 %	3,4 %	3,5 %	3,6 %	3,5 %	3,4 %
Infektionen der Haut und der Unterhaut	2,7 %	2,8 %	2,8 %	2,8 %	2,7 %	3,0 %
Stoffwechselstörungen	2,5 %	2,3 %	2,4 %	2,5 %	2,8 %	2,8 %
Krankheiten des Auges	2,6 %	2,5 %	2,4 %	2,5 %	2,4 %	2,4 %
Symptome, die das Kreislaufsystem, das Atmungssystem, das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen	2,9 %	2,9 %	2,7 %	2,7 %	2,6 %	2,4 %
Krankheiten der Sehnen und Weichteilgewebe	2,8 %	2,8 %	2,8 %	2,9 %	2,5 %	2,3 %
Melanome und sonstige bösartige Neubildungen der Haut	1,9 %	2,0 %	2,2 %	2,3 %	2,3 %	2,3 %
Oberflächliche Verletzungen	2,4 %	2,4 %	2,5 %	2,6 %	2,4 %	2,3 %
Psychische u. Verhaltensstörungen durch Alkohol o. Opioide	2,2 %	2,1 %	2,0 %	1,9 %	1,8 %	1,5 %
Krankheiten des Ösophagus, des Magens und des Duodenums	1,4 %	1,4 %	1,5 %	1,5 %	1,4 %	1,4 %
Krankheiten der Schilddrüse	1,3 %	1,2 %	1,3 %	1,3 %	1,2 %	1,3 %
Schlafstörungen	1,6 %	1,6 %	1,3 %	1,3 %	1,1 %	1,2 %
Mangelernährung	1,0 %	1,0 %	1,1 %	1,2 %	1,2 %	1,1 %
Migräne und sonstige Kopfschmerzsyndrome	1,2 %	1,2 %	1,1 %	1,3 %	1,1 %	1,1 %
Sonstige vermeidbare psychische und Verhaltensstörungen	1,0 %	1,0 %	1,0 %	1,0 %	0,9 %	0,9 %
Alkoholische Leberkrankheit	0,6 %	0,6 %	0,8 %	0,9 %	0,8 %	0,8 %
Zahn- und Mundhöhlenerkrankungen	0,7 %	0,7 %	0,8 %	0,8 %	0,7 %	0,7 %
Adipositas	0,4 %	0,4 %	0,5 %	0,6 %	0,7 %	0,7 %
Asthma bronchiale	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,5 %
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	0,6 %	0,6 %	0,6 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %
Krankheiten der männlichen Genitalorgane	0,4 %	0,4 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %
Allgemeinsymptome	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,4 %	0,6 %	0,5 %
Entzündliche Krankheiten der weiblichen Beckenorgane und Krankheiten der weiblichen Genitalorgane	0,5 %	0,4 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,4 %
Sonst. Polyneuropathie	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,5 %	0,4 %	0,4 %
Gicht und sonstige Gelenkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %
Krankheiten des Nervensystems	0,5 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %
Dekubitalgeschwür und Druckzone	0,3 %	0,2 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %
Krämpfe, anderenorts nicht klassifiziert	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %

Krankheiten der Mutter, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,3 %
Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %
Prellung, Verstauchung, Zerrung	0,5 %	0,5 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,3 %
Demenz	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %
Geschwüre	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %
Dermatitis, Ekzem, Hautausschlag	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %
Depressive Störungen	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,1 %	0,1 %
Sonstige ASK: Seltene Krankheiten mit unter 5000 Fällen	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
Sonstiger Hörverlust und sonstige Krankheiten des Ohres, anderenorts nicht klassifiziert	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,1 %
Sonstige und nicht näher bezeichnete Schäden durch äußere Ursachen	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
Weitere Krankheiten des Urogenitalsystems	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
Notwendigkeit der Impfung und von anderen prophylaktischen Maßnahmen	<0,1 %	<0,1 %	<0,1 %	<0,1 %	<0,1 %	<0,1 %
Personen, die das Gesundheitswesen zum Zwecke spezifischer Maßnahmen und zur medizinischen Betreuung in Anspruch nehmen	<0,1 %	<0,1 %	<0,1 %	<0,1 %	<0,1 %	<0,1 %
Fraktur einer sonst. Zehe	<0,1 %	<0,1 %	<0,1 %	<0,1 %	<0,1 %	<0,1 %
Sprech- und Sprachstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	<0,1 %	<0,1 %	<0,1 %	<0,1 %	<0,1 %	<0,1 %
Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Quelle: (11), eigene Berechnungen						

**Tabelle A2 Anteilige Ausschlüsse nach Faktoren, die auf stationäre Behandlungsbedürftigkeit schließen lassen an allen ASK-Fällen, 2018-2023**

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<b>Alle ASK-Fälle</b>	<b>5.907.903</b>	<b>5.921.122</b>	<b>4.755.362</b>	<b>4.572.349</b>	<b>4.764.904</b>	<b>5.026.917</b>
Davon Ausschlüsse aufgrund von Faktoren, die auf stationäre Behandlungsbedürftigkeit schließen lassen (Mehrfachzählung möglich)						
alle Ausschlüsse aufgrund von Entlass-/Aufnahmegründen (nicht in AOP-Vertrag/IGES-Gutachten)	6,2 %	6,1 %	6,5 %	6,6 %	6,3 %	6,3 %
Untere Altersgrenzen (nach AOP)	1,6 %	1,8 %	1,6 %	1,9 %	2,1 %	2,0 %
Beatmung (nach AOP)	2,0 %	2,0 %	2,1 %	2,0 %	2,0 %	2,1 %
Pflegegrad 4 oder 5 (nach AOP)	3,1 %	4,5 %	5,1 %	5,2 %	5,4 %	5,6 %
Funktionseinschränkungen (nach AOP)	3,5 %	3,6 %	3,9 %	3,7 %	3,6 %	3,8 %
AOP-Ausschlussliste K2: OPS stationär	1,3 %	1,4 %	1,6 %	1,6 %	1,6 %	1,6 %
IGES-Ausschlussliste K2: OPS stationär	31,4 %	31,6 %	33,9 %	34,9 %	37,1 %	36,9 %
AOP-Ausschlussliste K6: ICD nicht ambulant	19,6 %	19,7 %	20,8 %	20,2 %	21,0 %	22,3 %
IGES-Ausschlussliste K6: ICD nicht ambulant	19,4 %	19,3 %	20,3 %	19,6 %	20,4 %	21,7 %
IGES-Ausschlussliste K1: DRG nicht ambulant	10,3 %	9,8 %	10,3 %	10,1 %	10,5 %	10,2 %
alle Ausschlüsse nach AOP-Vertrag 2025	25,6 %	26,5 %	28,0 %	27,9 %	28,9 %	30,3 %
<b>alle Ausschlüsse: AOP + IGES + Aufnahme-/Entlass-Gründe</b>	<b>52,7 %</b>	<b>53,2 %</b>	<b>55,5 %</b>	<b>56,0 %</b>	<b>58,1 %</b>	<b>59,2 %</b>

Quellen: (7,9,11), eigene Berechnungen

**Tabelle A3 ASK-Fälle vor und nach Anwendung der Ausschlussfaktoren und ihr jeweiliger Anteil an allen stationären Behandlungsfällen, 2018-2023**

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Alle vollstationären Fälle (Fläche A in Abb. 1)	18.754.571	18.825.654	16.359.312	16.233.822	16.253.085	16.631.075
Alle Fälle mit ASK-Diagnose (Fläche B)	5.907.903	5.921.122	4.755.362	4.572.349	4.764.904	5.026.917
(Anteil an allen stationären Fällen)	31,5 %	31,5 %	29,1 %	28,2 %	29,3 %	30,2 %
Potenziell ambulantisierbare Fälle (Fläche C)	2.793.343	2.771.110	2.116.157	2.011.504	1.995.538	2.048.898
(Anteil an allen stationären Fällen)	14,9 %	14,7 %	12,9 %	12,4 %	12,3 %	12,3 %
Zusätzlich potenziell ambulantisierbar, d.h. exkl. Schnittmenge AOP-Katalog 2025 (D)	2.035.690	2.003.040	1.502.611	1.423.982	1.418.370	1.469.284
(Anteil an allen stationären Fällen)	10,9 %	10,6 %	9,2 %	8,8 %	8,7 %	8,8 %

Quelle: (11), eigene Berechnungen

**Tabelle A4 Beschreibung aller vollstationären Behandlungsfälle anhand ausgewählter Merkmale, 2018-2023**

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<b>Alle vollstationären Fälle</b>	<b>18.754.571</b>	<b>18.825.654</b>	<b>16.359.312</b>	<b>16.233.822</b>	<b>16.253.085</b>	<b>16.631.075</b>
Darunter:						
Alter unter 80 Jahre	81 %	81 %	80 %	79 %	78 %	78 %
Verweildauer:						
Stundenfall/1 Tag	20 %	21 %	20 %	21 %	21 %	21 %
2 Tage	15 %	15 %	17 %	17 %	17 %	16 %
3+ Tage	65 %	64 %	64 %	63 %	62 %	63 %
Aufnahme „Notfall“	46 %	47 %	47 %	48 %	48 %	48 %
Aufnahme Off-hours (19-7h/Sa/So)	34 %	35 %	35 %	36 %	37 %	37 %

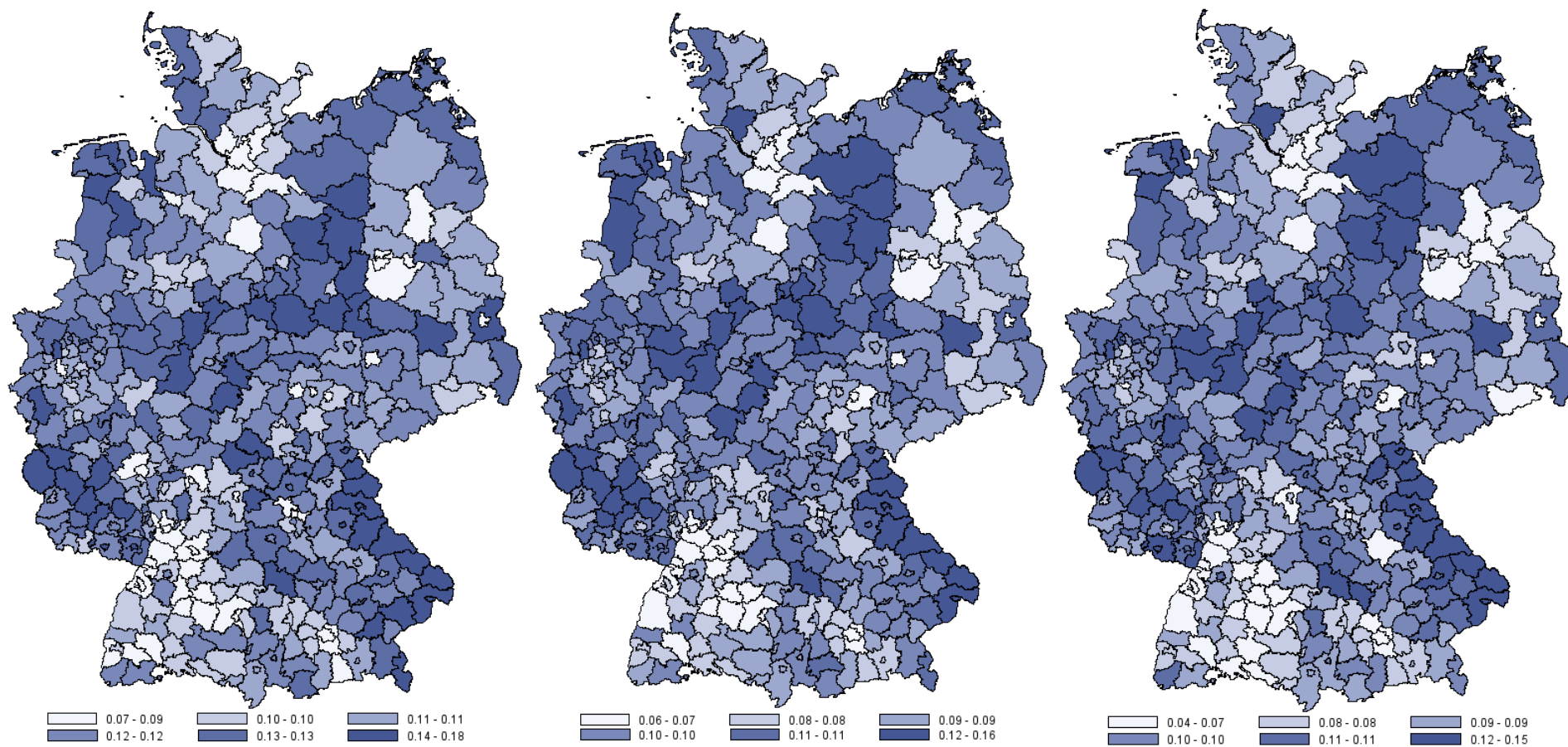
Quellen: (11), eigene Berechnungen

**Tabelle A5 Verteilung der Belegungstage der zusätzlichen potenziell ambulantisierbaren ASK-Fälle nach Fachabteilungen mit der längsten Verweildauer sowie Anteil dieser Belegungstage an allen Belegungstagen der DRG-Statistik, 2018-2023**

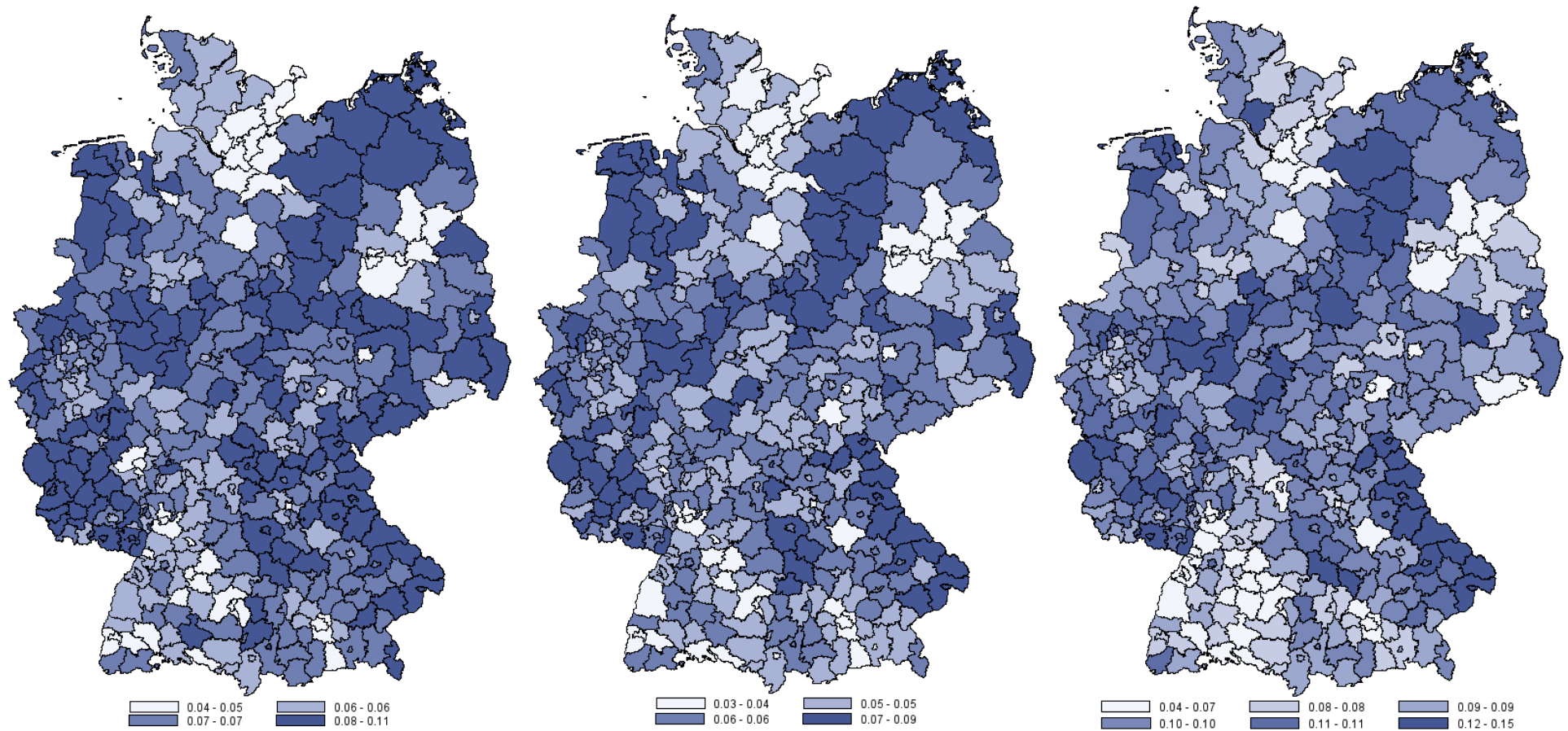
	Kardiologie	Gastroenterologie	Pneumologie *	Innere Medizin (andere)	Chirurgie	Pädiatrie	Neurologie	Orthopädie	HNO	Sonstige	Alle
Verteilung der Belegungstage der zusätzlichen potenziell ambulantisierbaren ASK-Fälle auf die Fachabteilungen											
2018	10,7 %	3,6 %	2,3 %	50,2 %	12,3 %	7,1 %	3,5 %	2,6 %	1,6 %	6,1 %	100 %
2019	11,8 %	3,9 %	2,6 %	48,7 %	12,2 %	7,1 %	3,5 %	2,6 %	1,7 %	5,9 %	100 %
2020	15,2 %	4,5 %	2,7 %	45,5 %	12,2 %	6,3 %	3,4 %	2,4 %	1,4 %	6,4 %	100 %
2021	15,8 %	4,4 %	2,6 %	44,2 %	12,1 %	7,3 %	3,6 %	2,4 %	1,4 %	6,2 %	100 %
2022	15,4 %	4,4 %	2,8 %	44,0 %	11,7 %	8,3 %	3,3 %	2,2 %	1,5 %	6,4 %	100 %
2023	16,0 %	4,5 %	2,9 %	43,4 %	11,4 %	7,8 %	3,3 %	2,2 %	1,7 %	6,8 %	100 %
Anteil der Belegungstage der zusätzlichen potenziell ambulantisierbaren ASK-Fälle an denen aller stat. Behandlungsfälle je Fachabteilung											
2018	12,1 %	8,3 %	8,6 %	13,6 %	3,3 %	11,2 %	3,4 %	3,6 %	6,4 %	1,7 %	6,6 %
2019	12,3 %	8,2 %	8,7 %	13,3 %	3,3 %	11,0 %	3,3 %	3,5 %	6,4 %	1,6 %	6,4 %
2020	11,7 %	6,9 %	7,1 %	11,8 %	2,8 %	8,7 %	2,7 %	2,9 %	5,2 %	1,4 %	5,5 %
2021	11,2 %	6,1 %	6,3 %	10,9 %	2,7 %	9,1 %	2,6 %	2,9 %	5,1 %	1,4 %	5,3 %
2022	10,9 %	6,1 %	6,8 %	10,7 %	2,6 %	10,3 %	2,4 %	2,6 %	5,6 %	1,4 %	5,2 %
2023	11,3 %	6,4 %	7,0 %	11,0 %	2,6 %	10,1 %	2,4 %	2,5 %	6,0 %	1,5 %	5,3 %

\* Inkl. Lungen- und Bronchialheilkunde; Quelle: (11), eigene Berechnungen

**Abbildung A1** Altersstandardisierte Raten der zusätzlichen potenziell ambulantisierbaren Fälle an allen vollstationären Fällen je Kreis des Patienten-Wohnortes, 2019 (links), 2021 (Mitte) und 2023 (rechts)



**Abbildung A2** Altersstandardisierte Raten der Behandlungstage der zusätzlichen potenziell ambulantisierbaren Fälle an den Behandlungstagen aller vollstationären Fälle je Kreis des Patienten-Wohnortes, 2019 (links), 2021 (Mitte) und 2023 (rechts)



**Tabelle A6** Häufigste 30 DRGs der zusätzlich potenziell ambulantisierbaren ASK-Fälle 2023 nach (weiteren) Faktoren, die eine potenzielle Vermeidbarkeit der stationären Aufnahme wahrscheinlicher bzw. unwahrscheinlicher machen (farbliche Markierung: je dunkler, desto höher je Spalte)

Top30 DRG	PCCL <2	BWR	Kosten Normal-station	Kosten nicht-med. Infrastruktur
F62C Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC [...] mehr als 1 Belegungstag [...]	71 %	0,68	66 %	36 %
G67C* Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung [...] ohne äußerst schwere CC	85 %	0,39	56 %	32 %
F67C Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC [...]	98 %	0,37	61 %	35 %
E65C* Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Diagnose [...]	74 %	0,54	62 %	35 %
I68E Nicht operativ behandelte Erkrank. u. Verletz. d. WS, >1 Belegungstag oder andere Femurfraktur [...]	97 %	0,43	63 %	34 %
G67B Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung [...] oder mit äußerst schwerer CC	80 %	0,44	59 %	32 %
K62C* Versch. Stoffwechselerkrankungen außer bei Para-/Tetraplegie, ohne kompliz. Diagn. [...] oder ein Belegungstag	80 %	0,49	61 %	35 %
D63B Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege oder Blutung aus Nase und Rachen ohne äußerst schwere CC	90 %	0,33	74 %	35 %
G72B* Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane [...] oder Abdominalschmerz [...]	96 %	0,31	58 %	32 %
V60B* Alkoholintoxikation und -entzug [...] ohne psychotisches Syndrom, ohne HIV-Krankheit	92 %	0,36	64 %	36 %
K60F* Diabetes mellitus [...] ein Belegungstag oder ohne äußerst schw. oder schw. CC oder ohne komplexe Diagnose	91 %	0,53	67 %	36 %
E69C Bronchitis und Asthma bronchiale, ein Belegungstag oder ohne äuß. schw. oder schw. CC [...]	93 %	0,36	67 %	33 %
J65B Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma, ein Belegungstag	98 %	0,20	42 %	28 %
B77Z* Kopfschmerzen	97 %	0,45	48 %	29 %
J65A Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als 1 Belegungstag	93 %	0,35	58 %	31 %
E63B* Schlafapnoesyndrom oder Polysomnographie oder kardiorespiratorische Polygraphie bis 2 Belegungstage [...]	87 %	0,27	84 %	37 %
F72B Angina pectoris ohne äußerst schwere CC	92 %	0,35	57 %	34 %
F73B Synkope und Kollaps, Alter > 13 Jahre oder mehr als ein Belegungstag	90 %	0,42	56 %	32 %
I68F* Nicht operativ behand. Erkrank. u. Verletz. im Wirbelsäulenbereich, ein BT oder Prellung am Oberschenkel	98 %	0,20	41 %	28 %
I71B* Muskel- u. Sehnenenerkrank. außer bei Para-/Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation [...]	94 %	0,42	61 %	34 %
Q61B* Andere Erkrankungen der Erythrozyten, ohne äußerst schwere CC	80 %	0,63	50 %	29 %
M62Z Infektion / Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane	92 %	0,39	72 %	36 %
Z64C* [...] Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung ohne Radiojoddiagnostik [...] bis 2 BT	96 %	0,28	71 %	34 %
F65B* Periphere Gefäßkrankheiten ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC [...]	82 %	0,53	63 %	33 %
J64C Andere Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut, Alter > 5 Jahre	93 %	0,43	70 %	35 %
F71B* Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstör. oh. äuß. schw. CC oder ein BT [...]	88 %	0,37	58 %	35 %
F62D Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC oder ohne Dialyse [...] ein Belegungstag	82 %	0,19	29 %	28 %
B75Z* Fieberkrämpfe	94 %	0,42	56 %	30 %
U64Z* Angststörungen oder andere affektive und somatoforme Störungen	94 %	0,50	55 %	31 %
B71D* Erkrankungen an Hirn- u. peripheren Nerven ohne komplexe Diagnose, [...] ohne äuß. schw. od. schwere CC	95 %	0,50	57 %	31 %

\* DRG, die auch in IGES-Liste A2a (medizinische DRG) vorkommen. PCCL: Patient Clinical Complexity Level, BWR: Bewertungsrelation; Quellen: (7, 11, 14–16), eigene Berechnungen