



Diskutieren, entscheiden, handeln.

DKG-Positionspapier

Förderung der Ambulantisierung im stationären Versorgungsbereich – Einführung von Hybrid-DRGs und klinisch-ambulanten Leistungen

Inhaltsverzeichnis

Förderung der Ambulantisierung im stationären Versorgungsbereich

1. Ausgangssituation	S.3
2. Pläne der Politik	S.3
3. Bewertung	S.4
4. Umsetzungsvorschlag	S.4
4.1) Identifikation klinisch-ambulanter Leistungen	S.5
4.2) Einführung von Hybrid-DRGs	S.5
4.3) Einbindung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte	S.5
4.4) Abgrenzung zum Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationärsersetzender Eingriffe und stationärsersetzender Behandlungen	S.6

1. Ausgangssituation

Unser Gesundheitswesen steht vor großen Herausforderungen. Der steigende Versorgungsbedarf einer älter werdenden Bevölkerung und der zunehmende Fachkräftemangel in nahezu allen Gesundheitsberufen bringen die medizinische Versorgung schon heute vielerorts an ihre Belastungsgrenze. Hinzu kommt der medizinisch-technische Fortschritt. Er ermöglicht die Behandlung von Krankheitsbildern, die noch vor wenigen Jahren als nicht behandelbar galten und erhöht damit spürbar die Lebensqualität und -dauer vieler Patientinnen und Patienten. Zugleich binden viele der neuen Diagnose- und Therapiemöglichkeiten aber auch zusätzliche Ressourcen, die jedoch nur in begrenztem Umfang zur Verfügung stehen. Umso wichtiger ist es, sämtliche Wirtschaftlichkeitsreserven, die ohne Einschnitte bei der Versorgungsqualität realisiert werden können, vollständig auszuschöpfen. Neben der Digitalisierung kommt der Ambulantisierung in diesem Zusammenhang eine besondere Rolle zu.

Dank moderner Narkose- und Operationsverfahren sowie der Fortschritte in der Medizintechnik können heute immer mehr Operationen, Eingriffe und auch konservative Behandlungen durchgeführt werden, ohne die Patientinnen und Patienten dazu stationär in ein Krankenhaus aufnehmen zu müssen. Diese Entwicklung wird sich in den kommenden Jahren fortsetzen und sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch für die Krankenhäuser große Chancen bieten. Die Patientinnen und Patienten profitieren von den schonenderen Verfahren und können unmittelbar nach der Behandlung wieder in ihr gewohntes Umfeld zurückkehren. Den meisten Patientinnen und Patienten ist dies ein sehr wichtiges Anliegen. Der Aufwand der ambulanten Leistungserbringung für die Krankenhäuser dürfte perspektivisch im Mittel niedriger sein als im stationären Setting insbesondere dann, wenn klinisch-ambulante Strukturen und Prozesse entwickelt und etabliert sind.

International haben sich umfängliche und zum Teil sehr komplexe ambulante Versorgungsstrukturen an den Krankenhäusern bewährt. Sie ermöglichen die qualitätsgesicherte Erbringung komplexerer ambulanter Leistungen unter Einbeziehung der umfassenden personellen und medizintechnischen Strukturen eines Krankenhauses.

2. Pläne der Politik

Die Politik teilt diese Einschätzung und hat in der Vergangenheit zahlreiche Maßnahmen auf den Weg gebracht, die allesamt dem Ziel dienen, die Ambulantisierung bislang stationär erbrachter Leistungen zu fördern. Wichtige Meilensteine sind insbesondere die Einführung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV, § 116b SGB) und die gesetzliche Beauftragung der Selbstverwaltungspartner, einen weiterentwickelten Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationärsetzender Eingriffe und stationärsetzender Behandlungen sowie deren einheitliche Vergütung für Krankenhäuser und Vertragsärzte zu vereinbaren (§ 115b SGB V). Alle bisherigen Versuche des Gesetzgebers, die strikte Trennung des ambulanten und stationären Sektors durch gezielte Öffnungen aufzuheben, haben sich leider als letztlich untauglich erwiesen. Insbesondere der Versuch, den Krankenhäusern die ambulante Behandlung von Patientinnen und Patienten mit komplexeren Erkrankungen im Rahmen der ASV zu ermöglichen, muss als gescheitert angesehen werden.

Die neue Bundesregierung erkennt ebenfalls die Vorteile und Notwendigkeiten der Ambulantisierung. In ihrem Koalitionsvertrag kündigt sie an, „die Ambulantisierung bislang unnötig stationär erbrachter Leistungen“ fördern zu wollen und „zügig für geeignete Leistungen eine sektorengleiche Vergütung durch sogenannte Hybrid-DRG“ umzusetzen. An dieser Stelle muss darauf hingewiesen werden, dass der Begriff „unnötig“ mindestens missverständlich ist. Die medizinische Notwendigkeit der Behandlung besteht auch dann, wenn eine Behandlung stationär durchgeführt wird, weil es im klassischen ambulanten Setting für die Patientinnen und Patienten keine Behandlungsoption gibt.

3. Bewertung

Die Krankenhäuser haben ein sehr großes Interesse, ihr Leistungsspektrum insbesondere um komplexere ambulante Leistungserbringung zu erweitern. Für ihre Patientinnen und Patienten und sich selbst versprechen sie sich davon:

- Attraktive und bedarfsgerechte Behandlungsbedingungen für die Patientinnen und Patienten.
- Erweiterte Einsatzfelder, attraktive Beschäftigungsmöglichkeiten und Weiterbildungsthemen für ihre Fachkräfte.
- Die Möglichkeit, das nur begrenzt verfügbare Fachpersonal, insbesondere in der Pflege, auf die Patientinnen und Patienten mit höherem Pflegebedarf im stationären Bereich zu konzentrieren.
- Eine Reduktion der Misstrauensbürokratie, die im Status quo von Seiten der Krankenkassen und des Medizinischen Dienstes vor allem darauf abzielt, „unnötige“ stationäre Behandlungen aufzudecken und zu sanktionieren.

Die hier in Rede stehende Ambulantisierung bislang stationär erbrachter Leistungen greift ausdrücklich nicht in das ambulante Leistungsspektrum der niedergelassenen Ärzteschaft ein, sondern setzt dort an, wo die Möglichkeiten im Rahmen der niedergelassenen Versorgung in der Regel enden, dies sowohl aufgrund struktureller und interdisziplinärer Anforderungen als auch wegen des bereits bestehenden Fachkräfteengpasses bei der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung.

Die Krankenhäuser begrüßen die Förderung der Ambulantisierung und die Pläne der neuen Bundesregierung daher ausdrücklich. Das Vorhaben kann allerdings nur gemeinsam mit den Krankenhäusern erfolgreich umgesetzt werden. Dazu ist eine schrittweise Einführung mit wirtschaftlich tragfähigen Rahmenbedingungen und entsprechenden Anreizwirkungen notwendig.

Eine erfolgreiche Ambulantisierungsstrategie muss folgende Punkte berücksichtigen:

- Der Prozess muss in einen Transformationsprozess eingebettet sein, der es den Krankenhäusern ermöglicht, die ambulanten Versorgungsstrukturen aufzubauen und

neue ambulante Prozesse zu etablieren.

- Es müssen finanzielle Anreize gesetzt werden, sodass die Umwandlung bisher vollstationärer Leistungen wirtschaftlich attraktiv ist und auch die erforderlichen Investitionen in Infrastruktur und Prozesse abgedeckt werden.
- Im Interesse einer gesicherten und risikobasierten Patientenbehandlung müssen grundlegende Strukturanforderungen definiert werden.
- Es müssen wirksame Maßnahmen ergriffen werden, die verhindern, dass durch „Rosinenpickerei“ wirtschaftliche Vorteile einseitig zu Lasten anderer Leistungserbringer und/oder der Patientinnen und Patienten entstehen.

4. Umsetzungsvorschlag

Auch in Zukunft wird ein Großteil der ambulant behandelbaren Patientinnen und Patienten auf die Interdisziplinarität und die besondere Infrastruktur der Krankenhäuser angewiesen sein. Zusätzlich sichert dies die hohe Qualität der klinisch-ambulanten Leistungserbringung. Mit Blick auf die geplante Förderung der Ambulantisierung bislang stationär erbrachter Leistungen und die Einführung von Hybrid-DRGs sprechen sich die Krankenhäuser daher für ein gestuftes Vorgehen aus:

Um die Ambulantisierung zu befördern, sollte es Krankenhäusern zeitnah ermöglicht werden, für ausgewählte, bislang stationär erbrachte Leistungen, nach Maßgabe des Patientenwohls frei darüber zu entscheiden, ob sie die Leistungen stationär oder ambulant erbringen. In diesen Fällen ist eine Abrechnungsprüfung durch den Medizinischen Dienst obsolet. Die Vergütung dieser klinisch-ambulanten Leistungen könnte über Hybrid-DRGs erfolgen. Aufgrund der grundsätzlich unterschiedlichen Leistungen ist die bereits in der Umsetzung befindliche parallele Ausweitung der Leistungen im AOP-Katalog (s. u.) davon losgelöst.

4.1. Identifikation klinisch-ambulanter Leistungen

Zentrales Unterscheidungsmerkmal von klinisch-ambulanten Leistungen gegenüber „klassisch“ ambulanten Leistungen ist, dass die betreffenden Leistungen in Abhängigkeit der patientenindividuellen Situation grundsätzlich auch ambulant durchgeführt werden können, sie aber stets die Ausstattung und den multiprofessionellen Hintergrund eines Krankenhauses benötigen. Dies kann durch die Komplexität des Eingriffs, durch risikoerhöhende Begleitumstände und/oder erhöhten prä- oder postoperativen Versorgungs- bzw. Überwachungsbedarf bedingt sein. Um die Einführung von Hybrid-DRGs und die Etablierung klinisch-ambulanter Leistungen möglichst zeitnah auf den Weg bringen zu können, bietet es sich an, den Katalog klinisch-ambulanter Leistungen zunächst auf eine überschaubare Zahl von Leistungen zu begrenzen und den Katalog dann regelmäßig weiterzuentwickeln. Die Auswahl der dafür infrage kommenden Leistungen könnte auf der Grundlage eines entsprechenden gesetzlichen Auftrages durch die Selbstverwaltungspartner (DKG und Kostenträger) erfolgen. Als erste Orientierung können die Erkenntnisse aus dem aktuellen IGES-Gutachten zur Erweiterung des AOP-Kataloges dienen. Das AOP-Gutachten hat bereits das Ambulantisierungspotenzial für eine relativ große Anzahl von Leistungen identifiziert, allerdings nur in Verbindung mit der Umsetzung des sog. Kontextfaktorenmodells. Diese so identifizierten Leistungen und das Kontextfaktorenmodell sind allerdings unter den derzeitigen Rahmenbedingungen des § 115b SGB V nicht umsetzbar. Stattdessen sind neue Rahmenbedingungen zu schaffen, die auch die Voraussetzungen für eine Etablierung eines klinisch-ambulantem Bereichs einschließlich der Vergütung über Hybrid-DRG umfassen könnten.

Dieses Vorgehen gäbe den Krankenhäusern die Möglichkeit, sich auf die neuen Rahmenbedingungen einzustellen und sukzessiv Prozesse und Strukturen an die besonderen Erfordernisse der klinisch-ambulantem Versorgung anzupassen. Vor diesem Hintergrund sind zwingend auch die übergeordneten Rahmenbedingungen der Investitionsfinanzierung und der Versorgungsaufträge mit dem Ziel der Förderung klinisch-ambulanter Leistungen zielorientiert in Einklang zu bringen.

4.2. Einführung von Hybrid-DRGs

Die Vergütung der klinischen-ambulantem Leistungen sollte über Hybrid-DRGs erfolgen. Sofern sie zur Vergütung klinisch-ambulanter Leistungen herangezogen werden, sind Hybrid-DRGs pauschale, fallbezogene Vergütungen für originäre Krankenhausleistungen, die einheitlich zur Anwendung kommen, unabhängig davon, ob die Behandlung der Patientinnen und Patienten durch ein Krankenhaus ambulant oder stationär erfolgt. In diesen Fällen entfällt grundsätzlich die Notwendigkeit einer Abrechnungsprüfung. Um den Krankenhäusern einen Anreiz zu setzen, möglichst viele der betreffenden Leistungen in Zukunft ambulant zu erbringen, ist es wichtig, dass die Kostenvorteile, die durch eine ambulante Erbringung der betreffenden Leistung ausgelöst werden (z. B. durch Einsparung der Kosten für Unterkunft und Verpflegung), zumindest anteilig beim Krankenhaus verbleiben. Die Vergütungshöhe der Hybrid-DRGs sollte sich daher zumindest in der Einführungsphase an den Vergütungen für stationäre DRGs orientieren, könnte dann aber im weiteren Verlauf je nach Entwicklung dieses Leistungsbereiches angepasst werden (vgl. Augurzky f&w Februar 2022).

4.3. Einbindung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte

Klinisch-ambulante Leistungen setzen in der Regel die Ausstattung und den multiprofessionellen Hintergrund eines Krankenhauses voraus (s. o.). Definitionsgemäß fallen sie daher nicht in den aktuellen „Zuständigkeitsbereich“ der Vertragsärztinnen und -ärzte. Um den sektorenübergreifenden Versorgungsansatz zu stärken und die schon heute knappen ärztlichen Ressourcen bestmöglich zu nutzen, sollte es den Krankenhäusern jedoch ermöglicht werden, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte auf kooperativer Basis in die klinisch-ambulante Versorgung einzubinden. Auch für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte bestünde dadurch ein Zugang zur klinisch-ambulantem Versorgung. Die dafür notwendigen Beschäftigungsverhältnisse und Kooperationsbedingungen sind gesetzlich zu etablieren.

4.4. Abgrenzung zum Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen

Mit dem MDK-Reformgesetz hat der Gesetzgeber die Selbstverwaltungspartner beauftragt, einen weiterentwickelten Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationersetzenden Eingriffe und stationersetzender Behandlungen sowie deren einheitliche Vergütung für Krankenhäuser und Vertragsärzte zu vereinbaren („AOP-Katalog“, § 115b SGB V). Typische Leistungen des AOP-Kataloges sind ambulante Operationen und Interventionen mit geringem Komplexitätsgrad und geringem patientenindividuellen Risikoprofil.

Die im AOP-Katalog enthaltenen Leistungen dürfen sowohl von Krankenhäusern als auch von Vertragsärztinnen und -ärzten durchgeführt werden. Die Vergütung der Leistungen soll zukünftig nach dem Schweregrad der Fälle differenzieren und „auf betriebswirtschaftlicher Grundlage, ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen“ erfolgen. Dieser Ansatz ermöglicht es, die spezifischen Kostenstrukturen von Krankenhäusern und Vertragsärztinnen und -ärzten durch Vergütungsanpassungen zu berücksichtigen. Für einen Versorgungsbereich, in dem sowohl Krankenhäuser als auch Vertragsärztinnen und -ärzte gleichberechtigt Leistungen erbringen dürfen/können, kann ein modifizierter EBM als Ergebnis dreiseitiger Verhandlungen Anwendung finden.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland

Wegelystraße 3
10623 Berlin

Tel. (030) 3 98 01-0
Fax (030) 3 98 01-3000
E-Mail dkgmail@dkgev.de

