



RHÖN STIFTUNG

Studie | November 2023

QUALITÄTSSTANDARDS AMBULANTES OPERIEREN





Autoren

Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg

Dr. Dr. Klaus Piwernetz

.....

Wir verwenden in dieser Studie die grammatikalische Form
des generischen bzw. inklusiven Maskulinums, das alle
Geschlechter, weiblich, männlich und andere, umfasst.

.....

INHALT

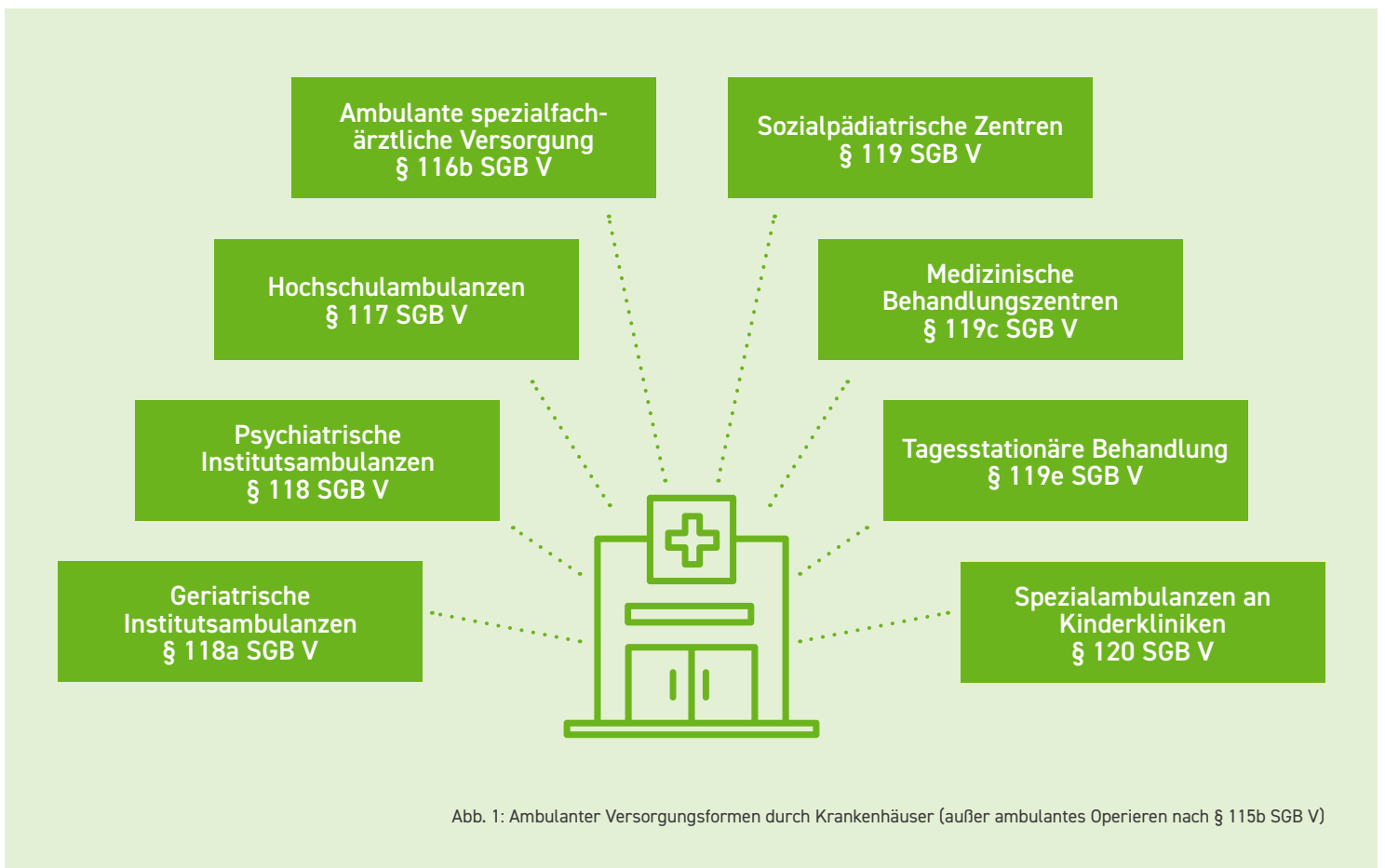
1	Ausgangssituation	4
1.1	Gesetzliche und untergesetzliche Rahmenbedingungen	5
1.1.1	§ 115b Ambulantes Operieren im Krankenhaus	5
1.1.2	Krankenhauszukunftsgesetz für die Digitalisierung von Krankenhäusern	12
1.2	Erwartete Veränderungen der Ausgangssituation durch die Krankenhausreform	13
1.2.1	Level Ii	14
1.2.2	Leistungsgruppen	15
1.3	Die Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses	15
2	Empfehlungen für die Ambulantisierung im stationären Sektor	17
2.1	Auf der Makro-Ebene	17
2.1.1	Evidenzbasierte generische Versorgungspfade	17
2.1.2	Mit einem Versorgungsmonitoring die Umsetzung beobachten	18
2.1.3	Rückmeldungen von Patienten als Bestandteil des Versorgungsmonitorings	20
2.1.4	Rahmenbedingungen dynamisch anpassen	20
2.1.5	Prüfung fair gestalten, Lernkurve berücksichtigen	21
2.1.6	Schweregrade und Begleiterkrankungen in der Finanzierung berücksichtigen	22
2.2	Auf der Meso-Ebene	23
2.2.1	Versorgungspfade regional adaptieren	23
2.2.2	Zugang sichern	24
2.2.3	Kontinuität im Behandlungsprozess gewährleisten	27
2.2.4	Qualität evaluieren	28
2.3	Auf der Mikro-Ebene	29
2.3.1	Portfoliostrategie proaktiv planen	29
2.3.2	Indikationsstellung sorgfältig entscheiden	30
2.3.3	Dokumentation MD- und rechtssicher gestalten	31
2.3.4	Qualitätsmanagementsystem und klinisches Risikomanagement anpassen	31
2.3.5	Qualität datengestützt und behandlungsbegleitend beobachten	32
2.3.6	Ressourcen anpassen	33
3	Hinweise für die praktische Umsetzung im Krankenhaus	35
3.1	Strategische Planung	35
3.1.1	Die Planungsphase	36
3.1.2	Die Umsetzungsphase	37
3.2	Qualitätsaspekte bei der Ambulantisierung	38
3.3	Qualitätsdimensionen nach Donabedian	41
3.3.1	Ergebnisqualität	41
3.3.2	Prozessqualität	41
3.3.3	Strukturqualität	44
3.3.4	TI-Instrumente im Einzelnen	44
4	Management Summary	48

1 AUSGANGSSITUATION

Bis in die 1850er Jahre wurde weitgehend ambulant operiert. Erst nach der Einführung von Narkosetechniken und Hygienemaßnahmen zur antiseptischen Behandlung kam es zu überwiegend stationärer operativer Behandlung an Krankenhäusern.¹ Ausgelöst durch den medizinisch-technischen Fortschritt im 20. Jahrhundert wurde es möglich, Eingriffe, die bis dahin in Krankenhäusern erfolgten, auch ambulant durchzuführen. Sie finden inzwischen im Krankenhaus, in speziellen ambulanten OP-Zentren, in Medizinischen Versorgungszentren oder Praxen niedergelassener Ärzte statt.

In den vergangenen Jahrzehnten wurde immer wieder mit gesetzgeberischen Initiativen versucht, nicht zwingend stationär durchzuführende Operationen in ambulante Behandlungsformen zu überführen. Die gesetzliche Grundlage für das ambulante Operieren durch das Krankenhaus hat erstmalig das 1993 in Kraft getretene „Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der Gesetzlichen Krankenversicherung“ (GSG) geschaffen. Seither hat der Gesetzgeber zahlreiche Möglichkeiten für die Erbringung und Abrechnung ambulanter Leistungen durch Krankenhäuser geschaffen, die helfen sollten die Sektorengrenzen zu überwinden und die Versorgung sicherzustellen. Diese sind in Abbildung 1 dargestellt.

¹Burgdorf F, Lorenz R, Dittrich S, Karst J 2022



Damit sind zahlreiche Möglichkeiten vorhanden, um ambulante Versorgung im Krankenhaus zur Selbstverständlichkeit zu entwickeln, auch wenn nicht alle operative Eingriffe umfassen. Trotz dieser verschiedenen Möglichkeiten kam es nicht zum erwünschten Umfang an ambulant durchgeführten Operationen und Eingriffen. In der Begründung zum MDK-Reformgesetz heißt es dazu²: „Deutschland gehört zu den Ländern, in denen im internationalen Vergleich Operationen überdurchschnittlich häufig stationär durchgeführt werden. Einer der Gründe hierfür dürfte sein, dass der AOP-Katalog nach §115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V in den Jahren seit 2005 nur marginal überarbeitet worden ist.“³ Das deutet darauf hin, dass das Potenzial für ambulante Operationen derzeit in Deutschland nur unzureichend ausgeschöpft wird.

Im Koalitionsvertrag von 2021 wird im Abschnitt „Ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung“⁴ eine erneute Initiative zur Förderung des ambulanten Operierens angekündigt: „Um die Ambulantisierung bislang unnötig stationär erbrachter Leistungen zu fördern, setzen wir zügig für geeignete Leistungen eine sektorengleiche Vergütung durch sogenannte Hybrid-DRG um. Durch den Ausbau multiprofessioneller, integrierter Gesundheits- und Notfallzentren stellen wir eine wohnortnahe, bedarfsgerechte, ambulante und kurzstationäre Versorgung sicher und fördern diese durch spezifische Vergütungsstrukturen.“

1.1 Gesetzliche und untergesetzliche Rahmenbedingungen

Bedingt durch die neuen gesetzlichen und teilweise noch in der Erarbeitung befindlichen untergesetzlichen Vorgaben⁵ darf damit gerechnet werden, dass vermehrt Ambulante Operationszentren (AOZ), Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Praxiskliniken oder integrierte bzw. intersektorale Gesundheitszentren (IGZ) entstehen, in denen ambulante Operationen durchgeführt werden. Sie zu etablieren, ökonomisch effizient zu betreiben und dabei hochqualitative medizinische Leistungen anzubieten, ist eine Herausforderung.

Krankenhäuser können neben ihrer originären Aufgabe, stationäre Leistungen zu erbringen, auch ambulante Behandlungen durchführen (vgl. Tabelle 1). Dafür existiert bereits ein umfangreiches Geflecht von Vorgaben, die in den folgenden Abschnitten erläutert werden sollen. Sie bilden die Basis auch für Qualitätsstandards im Rahmen der ambulanten Leistungserbringung im Krankenhaus bzw. bilden diese unmittelbar ab.

1.1.1 § 115b Ambulantes Operieren im Krankenhaus

Die gesetzliche Grundlage für das ambulante Operieren durch das Krankenhaus hat erstmalig das 1993 in Kraft getretene „Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der Gesetzlichen Krankenversicherung“ (GSG) geschaffen. Auf dieser Basis wurde zum 01.04.1993 der „Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V – Ambulantes Operieren im Krankenhaus“ zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)

²Deutscher Bundestag: Bundestags-Drucksache 19/13397, S. 55 (2020)

³Friedrich/Tillmanns, Krankenhaus-Report 2016, Seite 131 (2016)

⁴Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD), Bündnis 90/Die Grünen, Freie Demokratische Partei (FDP) (Hrsg.) 2021, S. 66

⁵Untergesetzliche Vorgaben erarbeiten vom Gesetzgeber beauftragte Organisationen wie der Gemeinsame Bundesausschuss, Bundesinstitute, die Bundesärztekammer usw.

und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) geschlossen.⁶ Zum 01.01.2010 wurde dieser Vertrag aktualisiert als „Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V – Ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus“. In seiner Anlage 1 beinhaltet er den „Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe im Krankenhaus“ – den sog. AOP-Katalog. Vergütungsgrundlage für diese Eingriffe ist der einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM)⁷.

Der Bundestag veröffentlichte in einer Antwort auf die Kleine Anfrage⁷ zu den „Auswirkungen des MDK-Reformgesetzes und des neuen Vertrags für Ambulantes Operieren 2023 auf die Gesundheitsversorgung in Deutschland“, dass aus den Fallstatistiken der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hervorgeht, dass 2021 rund 647 Millionen ambulante ärztliche Behandlungsfälle erbracht wurden, davon rund 20,1 Millionen ambulante Behandlungsfälle in 1 420 Krankenhäusern.

Die im AOP-Katalog aufgeführten Leistungen müssen nicht unbedingt ambulant erbracht werden. Es bedarf einer Entscheidung im Einzelfall, die berücksichtigt, ob der Eingriff bei einem konkreten Patienten bzw. einer Patientin tatsächlich für eine ambulante Erbringung geeignet ist. Dies muss nachgewiesen werden. Dazu müssen Kriterien vorliegen, die in „Anlage 2 zu den Gemeinsamen Empfehlungen zum Prüfverfahren nach § 17c KHG“ (G-AEP-Kriterien)⁹ vom 06.04.2024 hinterlegt sind.

Die für in üblichen Krankenhausstrukturen durchgeführten ambulanten Operationen und Eingriffe zu niedriger Vergütung des EBM machte es für Krankenhäuser bisher unattraktiv, ambulante Leistungen zu erbringen. Seither hat es verschiedene Initiativen gegeben, um ambulantes Operieren im Krankenhaus voranzutreiben. Mit dem MDK-Reformgesetz vom 14.12.2019 gibt es nun jedoch die berechtigte Erwartung, dass es zu einer umfassenden Ambulantisierung zahlreicher Eingriffe, Operationen und Behandlungen kommen wird.

1.1.1.1 Der AOP-Katalog

Zur Vorbereitung einer substanziellen Erweiterung des AOP-Katalogs wurden der GKV-Spitzenverband (GKV-SV), die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit der Neufassung des §115b SGB V¹⁰ von 2019 vom Gesetzgeber verpflichtet, kurzfristig ein wissenschaftliches Gutachten in Auftrag zu geben, indem untersucht wird, „welche Operationen, stationersetzende Eingriffe und stationersetzende Behandlungen nach dem derzeitigen Stand der medizinischen Erkenntnisse ambulant erbracht werden können.“ Weiterhin wurde dort gefordert, wissenschaftliche Erkenntnisse ebenso zu berücksichtigen wie bestehende wissenschaftliche Leitlinien. Daraufhin wurde durch den GKV-SV, die DKG und die KBV wie vom Gesetzgeber vorgesehen das IGES Institut damit beauftragt, ein entsprechendes Gutachten zu erstellen. Dieses ist 2022 erschienen¹¹.

⁶GKV-Spitzenverband o.D.: Vertrag nach § 115b Absatz 1 SGB V – Ambulantes Operieren, sonstige stationersetzende Eingriffe und stationersetzende Behandlungen im Krankenhaus (AOP-Vertrag) www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/amb_stat_vers/ambulantes_operieren/aop_vertrag/2014_04_08_KH_AOP-Vertrag_2014_final.pdf, 21.12.2022 (Zugriff 03.03.2023)

⁷Kassenärztliche Bundesvereinigung (o.D.): Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM), www.kbv.de/html/ebm.php, (Zugriff 24.04.2023)

⁸Deutscher Bundestag: Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU – Drucksache 20/6135, Berlin 06.04.2023

⁹GKV-Spitzenverband (o.D.): Anlage 2 zu den Gemeinsamen Empfehlungen zum Prüfverfahren nach § 17c KHG, www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/amb_stat_vers/ambulantes_operieren/aop_vertrag/KH_G-AEP-Kriterien_2004-04-06.pdf, (Zugriff 24.04.2023)

¹⁰Bundesamt für Justiz - Kompetenzzentrum Rechtsinformationssystem des Bundes 2020

¹¹IGES Institut GmbH 2022

1.1.1.2 Das IGES-Gutachten

Im „Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V“¹² des IGES werden 2.476 Leistungen aus dem Operationen- und Prozedurenschlüssel OPS neu benannt, die zukünftig als AOP-Leistungen erbracht werden könnten. Damit würde sich die bisherige Anzahl von derzeit durch Krankenhäuser ambulant zu erbringenden Leistungen von 2.879 nahezu verdoppeln. Neben Operationen sind es auch diagnostische Maßnahmen wie diagnostische Endoskopien, die hinzukommen. Das IGES-Institut wählte den Ansatz, nicht nur „in der Regel“ ambulant durchführbare Eingriffe zu identifizieren, sondern alle, die potenziell ambulantisiert werden können. Dementsprechend wurden diejenigen Eingriffe identifiziert, die – wenn auch mit einer geringen Wahrscheinlichkeit – dafür in Frage kommen. Die neun Prüfkriterien, die geeignet sein sollen, eine Begründung für einen stationären Aufenthalt anlässlich einer dieser Leistungen zu beschreiben, wurden nicht alle im Rahmen dieses Gutachtens fertig ausgearbeitet. Insbesondere wurde die soziale Indikation nicht berücksichtigt. Dies stellt für die Umsetzung in den Einrichtungen ein Leistungsrisiko dar.

Als eine Grundlage zur Differenzierung der Vergütung wurde die Schweregraddifferenzierung im Rahmen der Kontextprüfung beleuchtet. Dabei sollen aufwandsrelevante patienten- oder leistungsbezogene Schweregradunterschiede zu Vergütungsunterschieden führen, die z. B. in der perioperativen Betreuung entstehen oder in der postoperativen Nachsorge begründet sind.¹³ Daneben wurde eine Vielzahl von sogenannten Kontextfaktoren herausgearbeitet, die sowohl Grundlage für die Indikationsstellung zur ambulanten bzw. als Begründung für eine stationäre Behandlung, als auch der Schweregraddifferenzierung dienen (Abbildung 2). Dabei spielt sowohl die Komplexität aufgrund von Komorbidität (PCCL) als auch der Pflegegrad und der Grad der Behinderung eine Rolle.¹⁴

¹²IGES Institut GmbH 2022

¹³ebd. S. 241

¹⁴ebd. S. 243

¹⁵ebd. S. 243

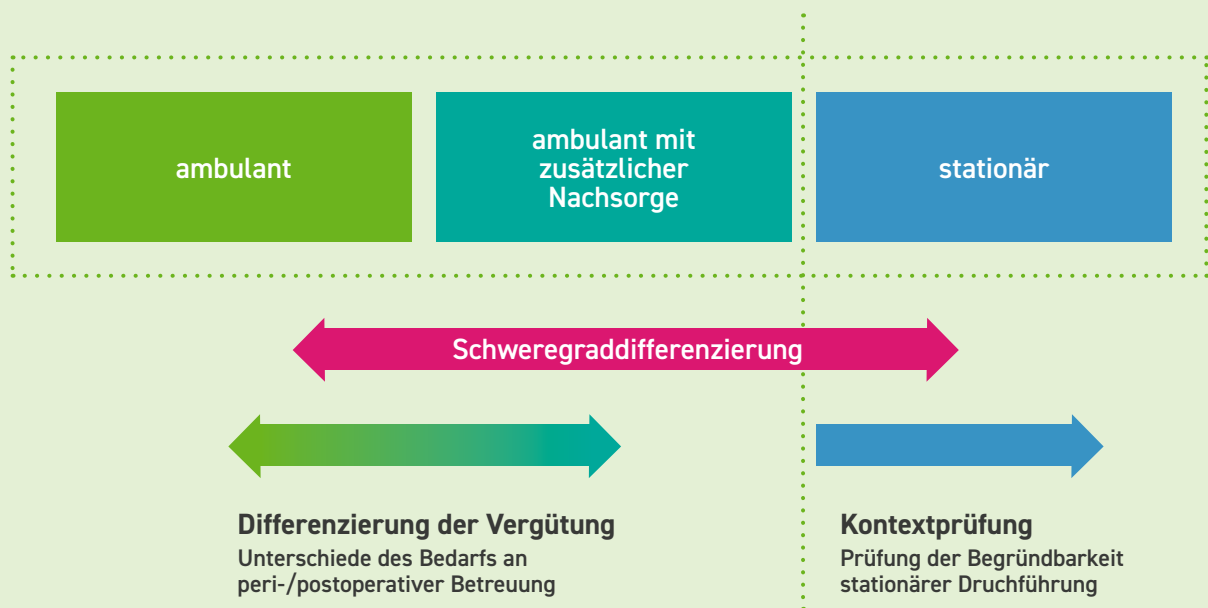


Abb. 1: Funktionen der Schweregraddifferenzierung im AOP-Kontext¹⁵

Die Abbildung dieser im Patienten begründeten Faktoren in der Finanzierung wird eine entscheidende Rolle bei der Entscheidungsfindung eines Krankenhauses sein, ob bisher stationär erbrachte Leistungen auch weiterhin, nunmehr ambulant bzw. mit dem finanziellen Risiko der MD-Überprüfung im aus Sicht des Krankenhauses gerechtfertigt stationären Setting erbracht werden.

1.1.1.3 Der Vertrag nach § 115b Absatz 1 SGB V

Auf der Basis des IGES-Gutachtens erneuerten die beauftragenden Institutionen noch 2022 den „Vertrag nach § 115b Absatz 1 SGB V – Ambulantes Operieren, sonstige stationersetzende Eingriffe und stationersetzende Behandlungen im Krankenhaus“, den sogenannten AOP-Vertrag.¹⁶ Ziel des Vertrages ist es, einheitliche Rahmenbedingungen für die „Durchführung ambulanter Operationen, sonstiger stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen“ sowohl für den niedergelassenen Bereich als auch für das Krankenhaus zu schaffen. Er soll aber auch die Zusammenarbeit der beiden Sektoren im Rahmen der zulässigen Kooperationsmöglichkeiten – wie z. B. die gemeinsame Nutzung von Operationskapazitäten im Krankenhaus – fördern.

In diesem Vertrag wird festgelegt, dass Krankenhäuser zur ambulanten Durchführung derjenigen Leistungen zugelassen sind, die sie auch stationär erbringen dürfen. Vor dem Hintergrund der in der Diskussion befindlichen Festlegung von Leistungsgruppen für verschiedene Level von Krankenhäusern, wie sie von der „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ in ihrer dritten Stellungnahme¹⁷ vorgeschlagen und im Eckpunktepapier „Krankenhausreform“ aufgenommen wurden, erfährt dies eine besondere Bedeutung¹⁸: Bei der zukünftig notwendigen Bewerbung der Krankenhäuser um die Zuweisung von Leistungsgruppen und Fallzahlen wird eine Abschätzung zukünftig verbleibender stationärer Eingriffe notwendig sein, um nach der Zuweisung entsprechende stationäre Fallzahlen zu generieren, damit dem Versorgungsauftrag Rechnung zu tragen und eine entsprechende Vorhaltepauschale zu erlangen. Da es im Rahmen der Krankenhausbedarfsplanung jedoch eine mehrjährige Konvergenzphase geben muss, in der die Ambulantisierung schrittweise weitergetrieben werden wird, sollten in der in den nächsten Jahren erfolgenden Planungsphase auch weiterhin stationäre und ambulantisierbare bzw. dann ambulante Fälle gemeinsam betrachtet werden. Dies ist notwendig, um auch in der Umbruchphase genügend Versorgungsangebote vorzuhalten.

Im Vertrag nach § 115b wird noch einmal verdeutlicht, dass die in seiner Anlage 1 „Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen“ aufgeführten Leistungen nicht automatisch die Verpflichtung erwächst, die dort aufgeführten Eingriffe ausschließlich ambulant zu erbringen. Der Arzt ist vielmehr verpflichtet „in jedem Einzelfall zu prüfen, ob Art und Schwere der beabsichtigten Leistung unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes des Patienten die ambulante Durchführung nach den Regeln der ärztlichen Kunst mit den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten erlauben.“¹⁹ Vor dem Hintergrund des vom IGES gewählten Ansatzes für die Identifizierung für die Ambulantisierung geeigneter Leistungen ist dies eine unabdingbare Voraussetzung für die Patientensicherheit.

¹⁶GKV-Spitzenverband 2022

¹⁷Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung: Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung, Berlin, 06.12.2022

¹⁸Bundesministerium für Gesundheit: Eckpunktepapier Krankenhausreform, www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Eckpunktepapier_Krankenhausreform.pdf, Berlin am 10.7.2023 (Zugriff 23.7.2023)

¹⁹GKV-Spitzenverband 2022

Auch hat sich der verantwortliche Arzt zu vergewissern, dass der Patient nach Entlassung aus seiner unmittelbaren Betreuung auch im häuslichen Bereich sowohl ärztlich als – wenn notwendig – auch pflegerisch angemessen versorgt ist. Die diesbezüglichen Entscheidungen sind zu dokumentieren. Günstig wirkt sich dabei aus, dass die mögliche Nachbeobachtungszeit nach einer Operation erweitert wurde. So kann – abhängig von der Schwere des Eingriffs – künftig eine Nachbetreuung und -beobachtung von bis zu 16 Stunden vergütet werden. Dem nachbehandelnden Arzt sind mit einer schriftlichen Kurzinformation Diagnose, Therapieangaben, angezeigten Rehabilitationsmaßnahmen sowie die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit mitzuteilen.

Als Reaktion auf die Veröffentlichung des IGES-Gutachtens entwickelte der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) Positionen, die in der Session der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft ambulantes Operieren (CAAO) der Deutsche Gesellschaft für Chirurgie auf dem Deutschen Chirurgen Kongress 2022 in Leipzig vorgestellt wurden.²⁰ Darin wird kritisch angemerkt, dass im Fall der vollständigen Umsetzung der im IGES-Gutachten empfohlenen OPS-Kodes ein immenses zusätzliches Prüfaufkommen auf die Krankenhäuser zukommt.

In der Gesetzesbegründung für das MDK-Reformgesetz heißt es dazu: „Andererseits soll durch die verbesserte Realisierung des ambulanten Potenzials seitens der Krankenhäuser zugleich der Entstehung eines der häufigsten Prüfanlässe entgegengewirkt werden.“²¹ Das findet im § 115b Absatz 2 seinen Ausdruck: „Leistungen, die Krankenhäuser auf Grundlage des Katalogs nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 ambulant erbringen, unterliegen nicht der Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275c Absatz 1²² in Verbindung mit § 275 Absatz 1 Nummer 1. Damit ist ein hoher Anreiz zur ambulanten Leistungserbringung gegeben. Gerade die nach Meinung des BDC im IGES-Gutachten nicht ausreichend ausdifferenzierten sozialen Indikationen für eine stationäre Leistungserbringung stellen hier ein Risiko dar: „Gleichzeitig sind die empfohlenen Prüfkriterien zur Begründung eines stationären Aufenthalts komplex (neun an der Zahl) und insbesondere die soziale Indikation nicht fertig ausgearbeitet.“²³ Da im Gegenzug die stationär erbrachten, jedoch nur mit geringer Wahrscheinlichkeit potenziell ambulantisierbaren Leistungen der Prüfung unterliegen, darf eher mit einer steigenden Anzahl von Prüfanlässen gerechnet werden.

1.1.1.4 Die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und stationärsersetzenden Eingriffen einschließlich der notwendigen Anästhesien gemäß § 115b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Ergänzend zum AOP-Vertrag existiert bereits seit 2006 eine „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und stationärsersetzenden Eingriffen einschließlich der notwendigen Anästhesien gemäß § 115b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V“²⁴. Dort werden in den Anlagen 1 a-d zahlreiche Vorgaben für die fachliche Qualifikation, organisatorische und apparative Voraussetzungen sowie Auflagen bezüglich der fachlichen Befähigung (sog. Frequenzregelung) mit einer Vorgabe einer Mindestmenge pro Operateur für die Durchführung von Koloskopien, invasiv-kardiologischen Eingriffen, Arthroskopien und photodynamischen Therapien am Augenhintergrund formuliert. Anlage 2 macht Vorgaben

²⁰Burgdorf F, Lorenz R, Dittrich S, Karst J 2022

²¹Deutscher Bundestag 2020

²²Bundesamt für Justiz - Kompetenzzentrum Rechtsinformationssystem des Bundes 2020

²³Burgdorf F, Lorenz R, Dittrich S, Karst J 2022

²⁴Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und stationärsersetzenden Eingriffen einschließlich der notwendigen Anästhesien gemäß § 115b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

für zu dokumentierende Daten, Anlage 3 führt Leistungen auf, bei denen Abweichungen von den Strukturvorgaben möglich sind. Die in dieser Vereinbarung formulierten Vorgaben sind noch immer in Kraft und damit zu beachten.

1.1.1.5 Sektorengleiche Vergütung – Hybrid-DRG

DKG, KBV und der GKV-SV sind mit § 115f Abs. 1 SGB V aus dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfLEG) beauftragt worden, bis zum 31. März 2023 eine spezielle sektorengleiche Vergütung für ambulante Eingriffe zu vereinbaren. Die Vergütung soll unabhängig davon erfolgen, ob die erbrachte und zu vergütende Leistung ambulant oder stationär erfolgte.

Bereits im Juni 2022 hatte die DKG in ihrem „DKG-Positionspapier zur Förderung der Ambulantisierung im stationären Versorgungsbereich – Einführung von Hybrid-DRGs und klinisch-ambulanten Leistungen“²⁵ beschrieben, wie aus ihrer Perspektive die Vergütung der klinischen-ambulanten Leistungen über Hybrid-DRGs erfolgen sollte: „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 Patienten und Patienten durch ein Krankenhaus ambulant oder stationär erfolgt.“²⁶ Mit dieser Position sollte erreicht werden, dass Abrechnungsprüfungen entfallen können, da der monetäre Anreiz zur stationären Leistungserbringung entfällt.

„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.“²⁷ schlägt **Augurzky** als Anreiz vor. Dies würde in einer ersten Umsetzungsphase die Möglichkeit eröffnen, Prozesse im Krankenhaus umzustellen und sie den veränderten Anforderungen und Rahmenbedingungen anzupassen, ohne Patienten zu gefährden.

Im Januar 2023 haben die Vertragspartner die Gespräche zur Umsetzung dieses gesetzlichen Auftrags aufgenommen. Im Verhandlungsverlauf zeigte sich jedoch, dass die Positionen deutlich voneinander abweichen. Eine Vereinbarung konnte daher nicht fristgerecht erzielt werden. Die Vertragspartner haben das Bundesministerium für Gesundheit über das Nicht-Zustandekommen einer entsprechenden Vereinbarung informiert. Für diesen Fall ist das Bundesministerium für Gesundheit durch § 115f Abs. 4 SGB V ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates die spezielle sektorengleiche Vergütung und die nach § 115f Abs. 1 Satz 1 Nummer 2 zu vereinbarenden Leistungen zu bestimmen. Damit sind zum gegenwärtigen Zeitpunkt sowohl die mit Hilfe von Hybrid-DRG abrechenbaren Leistungen als auch deren Höhe unklar. Dies ist jedoch für die Leistungserbringer eine wichtige Voraussetzung für die Gestaltung kostendeckender und qualitativ angemessener Prozesse²⁸.

²⁵Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.: DKG-Positionspapier zur Förderung der Ambulantisierung im stationären Versorgungsbereich – Einführung von Hybrid-DRGs und klinisch-ambulanten Leistungen, www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.3_Politik/Positionen/DKG_Positionspapier_Foerderung_der_Ambulantisierung_Juni2022.pdf (Zugriff 24.04.2023)

²⁶Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.: DKG-Positionspapier zur Förderung der Ambulantisierung im stationären Versorgungsbereich – Einführung von Hybrid-DRGs und klinisch-ambulanten Leistungen, www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.3_Politik/Positionen/DKG_Positionspapier_Foerderung_der_Ambulantisierung_Juni2022.pdf (Zugriff 24.04.2023)

²⁷Augurzky f&w Februar 2022

²⁸Georg Thieme Verlag KG o.D.: www.kma-online.de/aktuelles/politik/detail/verhandlungen-ueber-hybrid-drg-gescheitert-49676 (Zugriff 18.04.2023)



Abb. 3: Zeitlicher Ablauf der Erarbeitung gesetzlicher Vorgaben für Hybrid-DRG im Rahmen der Ambulantisierung

In einem Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit „Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG-V)“ wurden mit Stand vom 21.09.2023 erste mögliche Rahmenbedingungen bekannt²⁹. Abbildung 3 stellt noch einmal den zeitlichen Ablauf dar.

Dieser verweist in § 2 Zugang der Patienten zu Leistungen nach § 3 auf die Notwendigkeit einer Einweisung von Patienten gemäß der G-BA RL über die Verordnung von Krankenhausbehandlung³⁰. Dazu ist eine Verordnung von Krankenhausbehandlung vom behandelnden, indikationsstellenden Vertragsarzt auszufertigen, die Angaben der Hauptdiagnose, der Nebendiagnosen und die Gründe für die stationäre Behandlung enthält. Bereits hier werden die Weichen für eine ambulante oder stationäre Behandlung gestellt. Der Entwurf enthält in seiner Anlage 1 einen sog. Startkatalog mit Leistungen, für die ab 1. Januar 2024 die Vergütung nach § 4 – also den Hybrid-DRG – erfolgt. Er enthält einfache chirurgische, urologische und gynäkologische Prozeduren wie Hernieneingriffe, die Entfernung von Harnleitersteinen, Ovariektomien (verschiedene Eingriffe an den Eierstöcken), Arthrodesen (Versteifungen) der Zehengelenke und Exzisionen eines Sinus pilonidalis (operative Sanierung von nicht regelrechten Gängen und Hohlräumen in der Gesäßfalte = Steißbeinfisteln).

²⁹Bundesministerium für Gesundheit: Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit, www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/H/RefE_Hybrid-DRG-V.pdf, Stand vom 21.09.2023 (Zugriff 31.10.2023)

³⁰Gemeinsamer Bundesausschuss (o.D.): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenhauseinweisungs-Richtlinie/KE-RL), www.g-ba.de/downloads/62-492-1406/KE-RL_2017-03-16_iK-2017-06-08.pdf, Stand 8. Juni 2017 (Zugriff 31.10.2023)

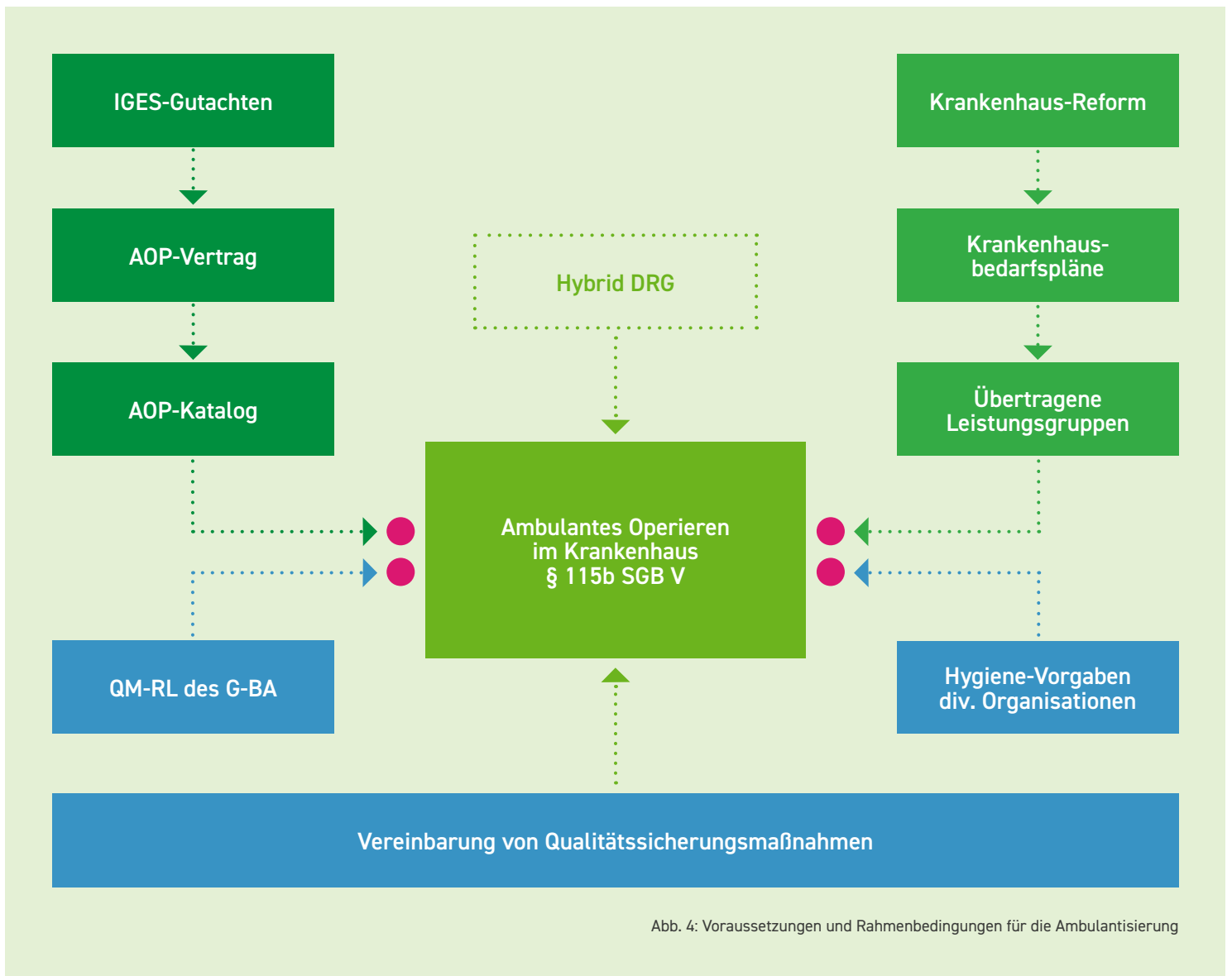


Abb. 4: Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für die Ambulantisierung

Damit ist ein einfacher Einstieg in die Ambulantisierung intendiert, die jedoch rasch ausgeweitet werden soll. In seiner Anlage 2 werden die Hybrid-DRG aufgeführt, die für diese Eingriffe berechnet werden dürfen. Die Verordnung – und damit die spezielle sektorengleiche Vergütung nach § 115f SGB V – soll am 1. Januar 2024 in Kraft treten.

Abbildung 4 stellt in einer Übersicht die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für die Ambulantisierung dar.

1.1.2 Krankenhauszukunftsgesetz für die Digitalisierung von Krankenhäusern

Eine weitere Rahmenbedingung für die Ambulantisierung der Patientenversorgung stellt die Digitalisierung, derzeit gefördert durch das Gesetz für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser (Krankenhauszukunftsgesetz – KHZG vom 23. Oktober 2020³¹), dar. Nach § 19 des Krankenhauszukunftsgesetzes und § 14a Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes³² werden Vorhaben gefördert, die technische und informationstechnische Maß-

³¹Bundesministerium für Gesundheit 2020

³²Bundesamt für Justiz - Kompetenzzentrum Rechtsinformationssystem des Bundes o.D.: § 14a Absatz 2 Satz 1 KHG - Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze, www.gesetze-im-internet.de/khg/BJNR010090972.html

³³Bundesministerium für Gesundheit 2020

nahmen sowie personelle und räumliche Maßnahmen betreffen. Darunter sind auch solche Fördertatbestände, die die Qualität des ambulanten Operierens fördern helfen. Explizit als förderfähige Projekte werden u.a. beschrieben:³³

- ▶ Anpassung der technischen und insbesondere der informationstechnischen Ausstattung der Notaufnahme,
- ▶ Einrichtung von Patientenportalen für ein digitales Aufnahme- und Entlassmanagement,
- ▶ Einrichtung einer durchgehenden, strukturierten elektronischen Dokumentation von Pflege- und Behandlungsleistungen,
- ▶ Einrichtung teil- oder vollautomatisierter klinischer Entscheidungsunterstützungssysteme,
- ▶ Einrichtung eines krankenhausinternen digitalen Prozesses zur Anforderung von Leistungen und
- ▶ informationstechnische, kommunikationstechnische und robotikbasierte Anlagen, Systeme oder Verfahren oder räumlicher Maßnahmen, die Ärztinnen und Ärzte im Rahmen von Operationen unterstützen.

Mit Projekten zu diesen Themen werden Prozesse beeinflusst und im besten Fall patientenorientiert moduliert, die Kernbestandteile des ambulanten Operierens bilden. Selbstverständlich werden durch jegliche Digitalisierungsprojekte – auch jene, die nicht eine Projektförderung erfahren – Prozesse mit den entsprechenden Auswirkungen verändert.

1.2 Erwartete Veränderungen der Ausgangssituation durch die Krankenhausreform

Die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung befasst sich aufgrund eines dazu fehlenden Auftrages nicht unmittelbar mit der Ambulantisierung von Krankenhausleistungen. Ihre Stellungnahmen haben jedoch einen unmittelbaren Einfluss darauf. So ist mit der dritten Stellungnahme und den daraus resultierenden Beratungen das Eckpunktepapier Krankenhausreform hervorgegangen³⁴. In diesem Eckpunktepapier vereinbaren sich die Gesundheitsminister der Länder und des Bundes zu Eckpunkten der anstehenden Krankenhausreform. Kern der Einigung ist die Neuordnung der auf Landesebene zu erstellenden Krankenhausbedarfspläne. Nicht mehr Fachgebiete, sondern Leistungsgruppen sollen nach einem entsprechenden Antrag an die Krankenhäuser verbunden mit einer Leistungsmenge zugewiesen werden. Welche Leistungen in welchem Umfang dabei welchem Krankenhaus zugewiesen werden, wird erst in ca. zwei bis 3 Jahren rechtssicher sein. Bis dahin ist es für ein Krankenhaus kaum möglich, eine Entscheidung über den Umfang und die zukünftigen, internen Rahmenbedingungen für ambulant zu erbringende Leistungen zu fällen. Hinzu kommt die noch nicht mit Erfahrungswerten gewohnte Vergütung im Rahmen der Hybrid-DRG, die in der Anlage 2 des Referentenentwurfes für die Hybrid-DRG-Verordnung³⁵ kalkuliert vorliegt und zum 1.1.2024 wirksam werden soll. Diese Unsicherheit wird die Umsetzung verzögern und ggf. sogar regional zu Engpässen im Versorgungsangebot führen.

³⁴Bundesministerium für Gesundheit: Eckpunktepapier Krankenhausreform, www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Eckpunktepapier_Krankenhausreform.pdf, Berlin am 10.7.2023 (Zugriff 23.7.2023)

³⁵Bundesministerium für Gesundheit: Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit, www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/H/RefE_Hybrid-DRG-V.pdf, Stand vom 21.09.2023 (Zugriff 31.10.2023)

1.2.1 Level 1i

In ihrer dritten Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung „Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung“ hat die Regierungskommission eine neue Option für Krankenhäuser empfohlen³⁶. Die sogenannten Krankenhäuser des Levels 1i stellen eine neue Art der stationären Krankenhausversorgung dar, indem hier die ambulante und stationäre Versorgung in besonderer Weise integriert werden sollen (vgl. Abb. 5). „Level-1i-Krankenhäuser verbinden wohnortnah zumeist allgemeine und spezialisierte ambulante fachärztliche Leistungen mit Akutpflegebetten, in denen Patienten und Patienten z. B. zur Beobachtung und Basistherapie oder nach der Verlegung aus einem Haus der Regel-/Schwerpunkt- oder Maximalversorgung stationär überwacht und gepflegt werden können.“³⁷ Dieses Konzept wurde im Eckpunktepapier Krankenhaus³⁸ weitgehend bestätigt. Einzelne Krankenhäuser bereiten sich bereits heute aktiv auf eine dementsprechende Angebotspalette und Versorgungsform vor.

³⁶Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung: Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung, Berlin, 06.12.2022

³⁷ebd.

³⁸Bundesministerium für Gesundheit: Eckpunktepapier Krankenhausreform, www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Eckpunktepapier_Krankenhausreform.pdf, Berlin am 10.7.2023 (Zugriff 23.7.2023)

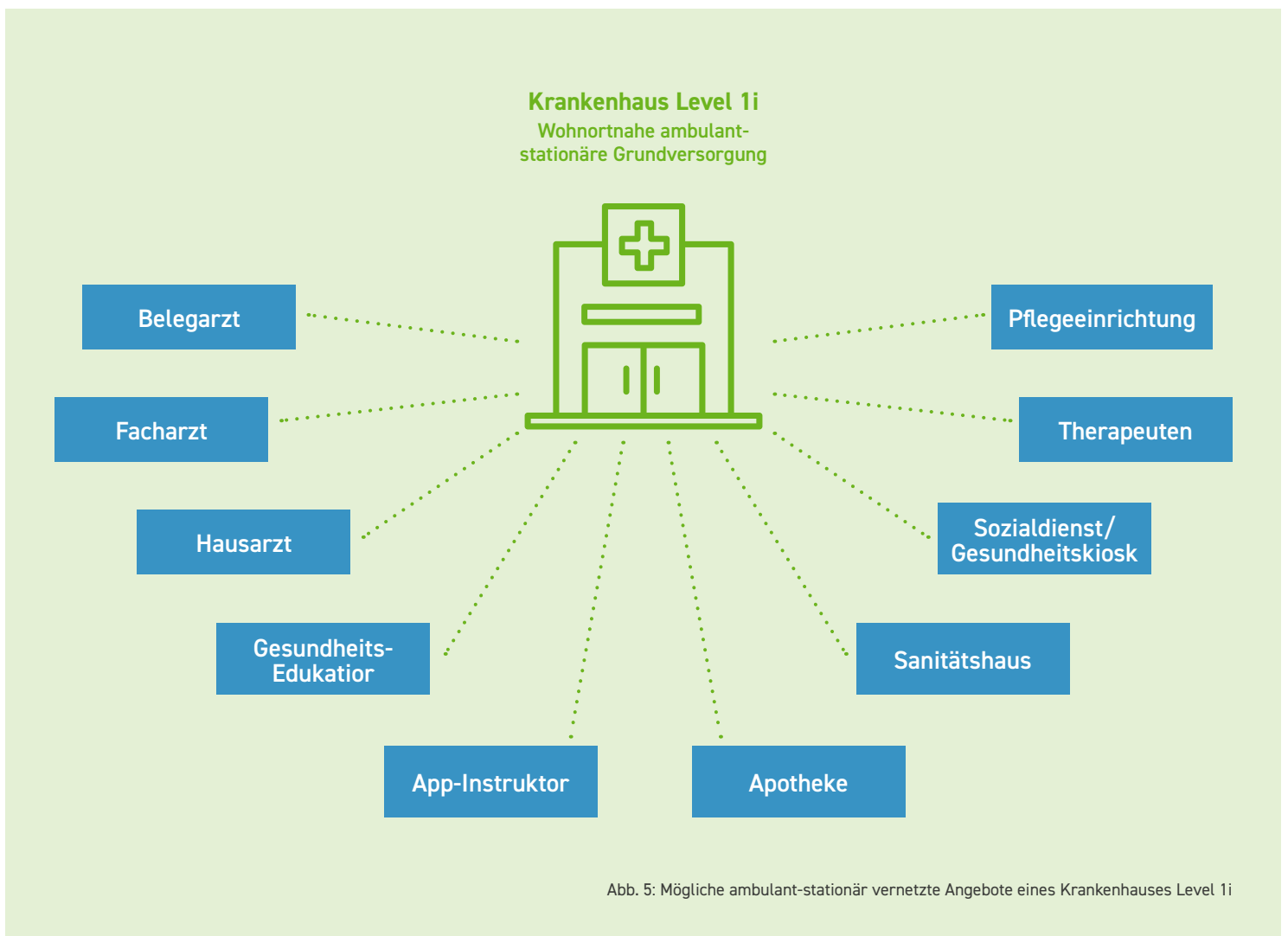


Abb. 5: Mögliche ambulante-stationär vernetzte Angebote eines Krankenhauses Level 1i

Da es laut AOP-Vertrag Krankenhäusern erlaubt ist, ambulante Leistungen zu erbringen, für die sie auch stationär zugelassen sind, sind dies in Krankenhäusern des Levels Ii vorrangig chirurgisch-operative und internistische Basisleistungen. Durch die Bereitstellung von Akutpflegebetten bilden diese Krankenhäuser eine gute Struktur für ambulante Eingriffe, bei denen es ggf. zu einem erhöhten Nachsorgebedarf kommen bzw. bei denen aufgrund sozialer Kontextfaktoren ein kurzzeitiger, der Beobachtung und Nachsorge dienender Aufenthalt sinnvoll sein kann.

Durch die enge Verzahnung des von ambulanten und stationären Leistungserbringern in einem Level Ii Krankenhaus bzw. einem an einem solchen Krankenhaus entstehenden Netzwerkes, wie in Abbildung 5 dargestellt, erlaubt eine großzügigere Indikationsstellung zur ambulanten Behandlung. Auch wirkt sich hier fördernd auf die Sicherstellung einer postinterventionellen Nachbehandlung aus.

1.2.2 Leistungsgruppen

In der dritten Stellungnahme der Regierungskommission wurde ebenfalls vorgeschlagen, jedes Krankenhaus einem Level zuzuordnen.³⁹ Jedem Level sind wiederum Leistungsgruppen zugeordnet, die dort wegen vorhandener Strukturvoraussetzungen erbracht werden dürfen. Damit ist gleichzeitig limitiert, welche ambulanten Eingriffe in welchem Krankenhaus erbracht werden dürfen.

Im in den Beratungen zwischen Bund und Ländern zur Vorbereitung des Gesetzgebungsverfahrens zur Krankenhausreform vereinbarten Eckpunkt Papier⁴⁰ wurde der Vorschlag der Zuordnung der Krankenhäuser zu Leveln nicht aufgegriffen. Durch den in den Gesetzesentwürfen skizzierten Prozess der Erarbeitung von Mindeststrukturvorgaben für Leistungsgruppen, von denen nur in festgelegten Ausnahmefällen und zeitlich befristet abgewichen werden darf, versucht die Bundesebene die Idee der Zuordnung von Leistungsgruppen zu Leveln dennoch Bedeutung zu verschaffen.

Ambulantisierung muss jedoch in allen Einrichtungen greifen, unabhängig davon zu welchem „Level“ sie zukünftig gehören werden bzw. welche Leistungsgruppen ihnen zugeordnet werden. Werden als Hybrid DRG vorgesehene chirurgische Eingriffe an z. B. universitären Einrichtungen erbracht, sind auch diese künftig zu Ambulantisieren.

1.3 Die Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

Die „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser“⁴¹ (QM-RL), ist den Krankenhäusern seit vielen Jahren bekannt.

Sie ist für Krankenhäuser eine verbindliche Grundlage für die Einrichtung eines Qualitätsmanagementsystems. Sie geht zurück auf den §135a Absatz 2 Nummer 2 des Fünften

³⁹ebd.

⁴⁰ebd.

⁴¹Gemeinsamer Bundesausschuss 2025

Buches Sozialgesetzbuches (SGB V). In einer Erstfassung wurde die QM-RL im Dezember 2015 vom G-BA verabschiedet und trat mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger (BAnz AT 15.11.2016 B2) am 16. November 2016 in Kraft. Im Juli 2020 wurde die QM-RL um die Anforderung erweitert, Schutzkonzepte für Kinder und Jugendliche in medizinischen Einrichtungen zu implementieren. Im September 2020 wurden die bereits in der Fassung von 2015 enthaltenen Regelungen zur postoperativen Schmerztherapie konkretisiert.

Seither ist die QM-RL nicht mehr nur für Krankenhäuser verbindlich, sondern auch für zahlreiche andere Gesundheitseinrichtungen. Sie besteht aus einem sektorenübergreifenden und jeweils sektorspezifischen Teil. Erstmals sind neben verschiedenen Instrumenten des internen Qualitätsmanagements auch die Umsetzung typischer Instrumente des klinischen Risikomanagements gefordert, wie:

- ▶ Risikoidentifikation und -analyse,
- ▶ Arzneimitteltherapiesicherheit,
- ▶ OP-Sicherheitscheckliste,
- ▶ Fehlermeldesysteme,
- ▶ Fallanalysen,
- ▶ Umgang mit Notfällen und
- ▶ Hygienemanagement.

Nachdem die Krankenhäuser inzwischen die dort für sie geforderten allgemeinen und spezifischen Instrumente und Maßnahmen für die stationäre Versorgung umgesetzt haben sollten, müssen sie diese auch auf die neuen Organisationsformen für ambulantes Operieren übertragen und anpassen. Werden neue Gesellschaften gegründet, sind auch für diese die Regelungen für die ambulante Leistungserbringung in der jeweiligen gesellschaftsrechtlichen Organisationsform relevant. Werden die Leistungen unter dem gesellschaftsrechtlichen Dach des Krankenhauses erbracht, haben sich die Instrumente und Maßnahmen des speziellen Abschnitts der Richtlinie für Krankenhäuser auch auf die ambulante Leistungserbringung zu erstrecken. Es ist jedoch sinnvoll, die konkrete Umsetzung zu überdenken, beispielsweise mit folgenden Fragen:

- ▶ Erfolgt die Patientenidentifikation mit Patientenarmbändern oder ist dies nicht notwendig?
- ▶ Welche Punkte können in der bisher genutzten OP-Checkliste weggelassen werden?
- ▶ Welche Hygienemaßnahmen (Operationskleidung, Abdeckung usw.) sind ausreichend?
- ▶ Welche Schmerzmedikation kann bei ambulanten Eingriffen postinterventionell vom Patienten selbständig eingesetzt werden?

Aber auch explizit für das ambulante Operieren gegründete Tochterunternehmen haben – wie auch vertragsärztliche Einrichtungen – ein QM-System gemäß den Anforderungen des G-BA umzusetzen. Das trifft für alle „sektorenübergreifende Rahmenbestimmungen für die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement“, also für Ziele des Qualitätsmanagements, grundlegende Methodik, Grundelemente sowie Methoden und Instrumente sowie die Dokumentation – wie die Paragraphen der Richtlinie heißen – zu.⁴² Zusätzlich greift hier dann der spezielle Abschnitt für ambulante Einrichtungen.

⁴²Gemeinsamer Bundesausschuss 2025

2 EMPFEHLUNGEN FÜR DIE AMBULANTISIERUNG IM STATIONÄREN SEKTOR

2.1 Auf der Makro-Ebene

2.1.1 Evidenzbasierte generische Versorgungspfade

Die Behandlung der wichtigsten Krankheitsbilder sollte durch generische, sektorenübergreifende Versorgungspfade nach einheitlichen und evidenzbasierten klinischen Standards erfolgen. Die medizinische und pflegerische Versorgung sollte in jeder Versorgungsebene auf der Basis der bestverfügbaren aktuellen wissenschaftlichen Evidenz erfolgen. Dies ist ein wesentliches Qualitätsmerkmal. Dazu sollte es bundesweit einheitliche Vorgaben geben, die wissenschaftlich begründete Eckpunkte aufzeigen, wie die Versorgung der Patienten gestaltet werden muss.

Für viele Indikationsgebiete existieren bereits evidenzbasierte Leitlinien. Für Versorgungspfade, die auch das Zusammenspiel der Leistungspartner der verschiedenen Versorgungsebenen beschreiben, reichen die darin beschriebenen Maßnahmen jedoch nicht aus. Sie sollten ergänzt werden durch Qualitätsindikatoren inklusive der erforderlichen Daten. Für häufige, teure oder risikobehaftete Maßnahmen sollten Regeln zur belastbaren Indikationsstellung formuliert werden. Diese fehlen häufig in wissenschaftlichen Leitlinien. Ein Förderprogramm für die Weiterentwicklung einschlägiger Leitlinien mit Kriterien für eine wissenschaftliche Indikationsstellung sollte aufgelegt werden.

So formulierte Versorgungspfade bilden die Grundlage für die auf regionaler Ebene zu vereinbarende organisatorische Umsetzung insbesondere an den Übergängen zwischen Versorgungsebenen und -partnern (vgl. Abb. 6). Sie zeigen jedoch auch wesentliche Merkmale der konkreten Behandlung einzelner Patienten und Patienten auf Einrichtungsebene auf. Sie sind regelmäßig zu aktualisieren, ihre Anwendung zu evaluieren und die Ergebnisse mindestens auf regionaler Ebene transparent für die Öffentlichkeit darzustellen. Qualitätsindikatoren für ein Versorgungsmonitoring auf der Makro-Ebene sind daraus abzuleiten.



Abb. 6: Beispiel für einen generischen Versorgungspfad

2.1.2 Mit einem Versorgungsmonitoring die Umsetzung beobachten

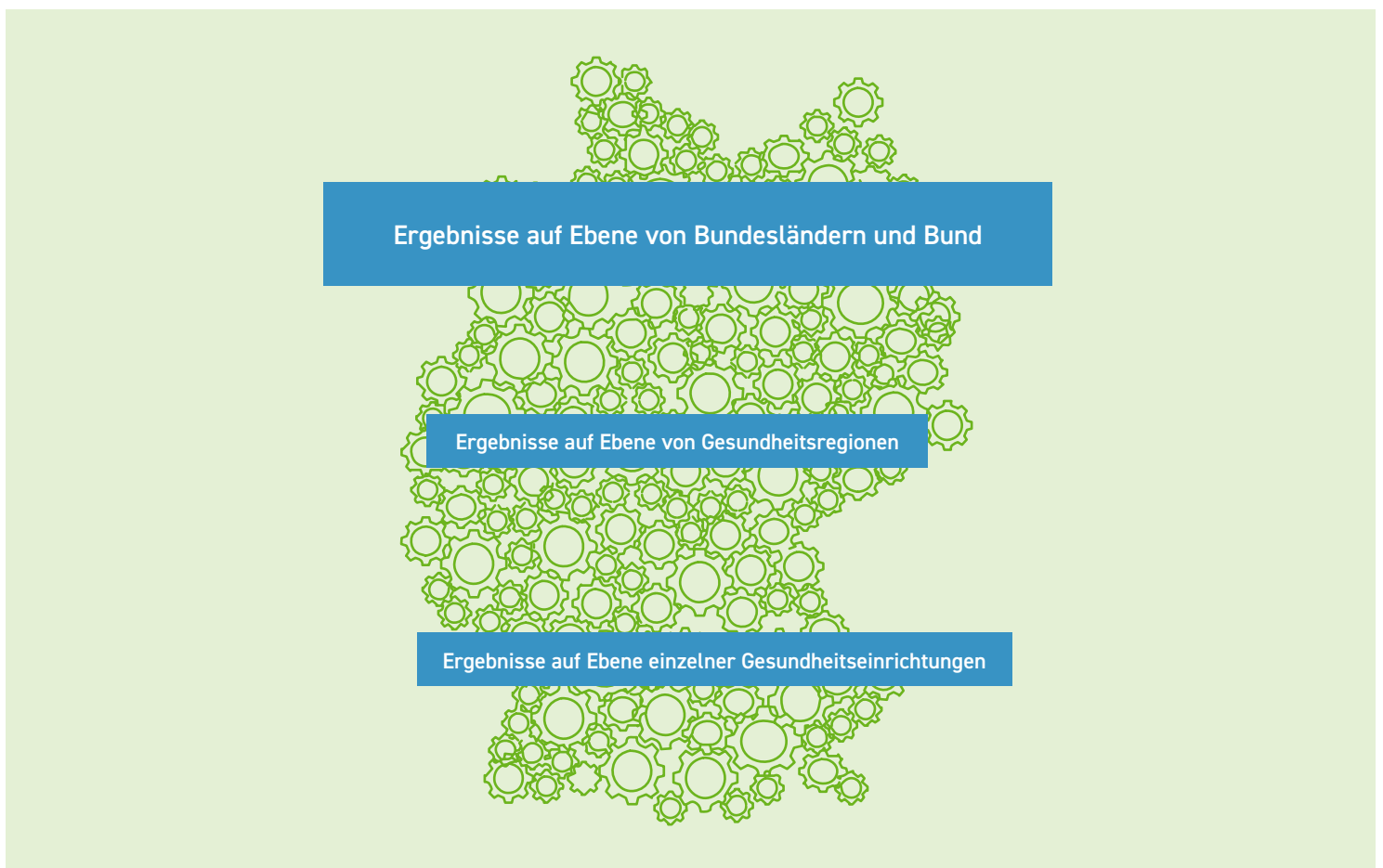
Mit dem Gutachten des IGES zur Ambulantisierung ist eine wissenschaftliche Grundlage geschaffen worden, die aufzeigt, dass theoretisch eine Vielzahl von Operationen, die bisher stationär durchgeführt wurden, auch ambulant zu erbringen sind. Nachdem in den vergangenen Jahren verschiedene Versuche, ambulantes Operieren zu fördern, nicht gelungen sind, sollte es Aufgabe auf Bundesebene sein, die Umsetzung zu beobachten und ggf. die Rahmenbedingungen anzupassen.

Bedingt durch die schlechte finanzielle Lage von Krankenhäusern im Jahr 2023 und die daraus resultierenden vermehrten Insolvenzen muss eine unkontrollierte Strukturbereinigung befürchtet werden. Nicht alle Krankenhäuser werden bestehen bleiben. Diejenigen, die auch weiterhin Leistungen anbieten, werden nicht alle die notwendigen finanziellen Mittel aufbringen, ihre bisher für stationär zu erbringenden Leistungen gestaltete Infrastruktur für eine ambulante Leistungserbringung umzuwandeln. Um ambulante Operationen effizient durchführen zu können, müssen z.B. die Räumlichkeiten den neuen Bedürfnissen so angepasst werden, dass sie die ressourcenschonenden Prozesse unterstützen und ermöglichen. Selbst, wenn dazu vorhandene Räume genutzt werden, sind Investitionen unvermeidlich.

Ein Versorgungsmonitoring sollte bundesweit die flächendeckende Umsetzung überwachen. Es muss aber auch die Möglichkeit bieten, regionale Über- und Unterversorgung sichtbar zu machen. Bei ungenügender Umsetzung ambulanter Angebote für die Bevölkerung sollten die Anreizsysteme überprüft und nachjustiert werden. Neben dem Rückgang der stationären Fälle pro Leistungsgruppe sollte auch die Rate der durch den Medizinischen Dienst reklamierten stationären Fälle bei theoretisch ambulant durchführbaren Eingriffen überwacht werden.

Neben der Umsetzung muss auch die Qualität ambulanter Operationen und Eingriffe beobachtet werden. Hier sind es insbesondere die Konversionsrate – zunächst ambulant geplante Eingriffe, die dann doch zu einer stationären Aufnahme geführt haben – und Komplikationsraten, die beobachtet werden sollten. Zur adäquaten Versorgungssteuerung auf regionaler Ebene ist es notwendig, dieses Monitoring gleichermaßen in der ambulanten und stationären Versorgung durchzuführen und es transparent neben der Makro- auch für die Mesoebene darzustellen. Die für das Monitoring notwendigen Daten sollten von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden.

Bei Qualitätsmängeln sind die Umsetzung von Versorgungspfaden und die Anwendung leitlinienbasierter Medizin zu hinterfragen. Dazu sollte ein System erarbeitet werden, das mit einem Stellungnahmeverfahren einhergeht, das auf Landesebene nach entsprechenden bundeseinheitlichen Vorgaben zu organisieren ist. Das Verfahren sollte vor Allem das Qualitätsmanagementsystem der jeweiligen Einrichtungen und Gesundheitsnetzwerke auf seine Wirksamkeit hin prüfen.



2.1.3 Rückmeldungen von Patienten als Bestandteil des Versorgungsmonitorings

Rückmeldungen von Patienten zur Prozessqualität (PREMs) und Ergebnisqualität (PROMs) helfen bei der Überwachung der Qualität der Ambulantisierung. Auch sie sollten sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor einheitlich und verbindlich erhoben werden. Dabei sollten validierte Instrumente und einheitliche Befragungszeitpunkte genutzt werden und die Rückmeldungen für die Leistungserbringer und das Gesundheitsnetzwerk bis auf den einzelnen Patienten rückverfolgbar sein.

Patient Reported Outcome Measures – PROMs sind ein notwendiger Teil des Monitorings der Ergebnisqualität aus Patientenperspektive, um durch einen Vergleich der gesundheitlichen Situation der Patienten vor und nach dem Eingriff eine angemessene Indikationsstellung beurteilbar zu machen. Komplikationsraten, ebenfalls ermittelt durch Patientenbefragungen, tragen zur Überwachung der Patientensicherheit bei.

Patient Reported Experience Measures – PREMs bieten eine gute Möglichkeit, die Patientenorientierung in der Gestaltung der Abläufe sowie die Umsetzung leitliniengerechter Behandlungsabläufe zu überwachen. Vor dem Hintergrund, dass im Koalitionsvertrag von 2021 nicht nur das Ziel einer qualitativ hochwertigen, sondern auch einer menschlichen Versorgung formuliert wurde, kommt den medizinischen, aber auch den administrativen Prozessen und den Aktivitäten zum Patient Empowerment Bedeutung zu. Dazu bilden die §§ 630c und 630e BGB aus dem Patientenrechtegesetz von 2013⁴³ eine wichtige Grundlage für eine rechtssichere und umfassende Aufklärung, die in entsprechende Fragen an die Patienten formuliert werden sollten, um auch deren Umsetzung zu überprüfen.

Eine transparente und vergleichende Darstellung der Ergebnisse auf Einrichtungsebene fördert den Qualitätswettbewerb. Gleichzeitig bildet sie eine wichtige Entscheidungsunterstützung für Patienten und ihre zuweisenden Ärztinnen und Ärzten. Auf der Makroebene macht sie den Bedarf an zusätzlicher Umsetzungsförderung sichtbar. Zahlreiche Erhebungsinstrumente sind in der wissenschaftlichen Literatur vorhanden und können rasch eingesetzt werden.

2.1.4 Rahmenbedingungen dynamisch anpassen

Ambulantes Operieren im Krankenhaus in dem Umfang umzusetzen, wie es im IGES-Gutachten⁴⁴ aufgezeigt wurde, ist ein mehrjähriger Prozess. Dieser sollte von Versorgungszielen geleitet und durch das beschriebene Versorgungsmonitoring überwacht werden, um in einer Konvergenzphase die Rahmenbedingungen dynamisch anzupassen.

⁴³Bundesanzeiger Verlag 2013

Umfassende Ambulantisierung von Operationen und Eingriffen birgt Risiken. Dabei kommt den im IGES-Gutachten bereits aufgezeigten Faktoren Schweregrad, Begleiterkrankungen und soziale Rahmenbedingungen im Rahmen der Indikationsstellung besondere Bedeutung zu. Sollte sich im Rahmen des Versorgungsmonitorings zeigen, dass die Umsetzung unzureichend erfolgt oder die Qualität Verbesserungspotenziale aufweist, muss darauf auf der Makro-Ebene mit der Anpassung der Rahmenbedingungen und Anreizsysteme reagiert werden. Dabei sollten zuvor definierte Versorgungsziele den Rahmen bilden. Aus diesem Grund sollte die Ausschöpfung des vollen Potenzials der Ambulantisierung stufenweise im Rahmen einer mehrjährigen Konvergenzphase mit entsprechenden Zwischenzielen erfolgen. Nur so kann Patientensicherheit umfänglich realisiert werden.

In einer Konvergenzphase muss der Katalog ambulant zu erbringende Operationen und Eingriffe sukzessive angepasst werden

Um die Patientensicherheit zu gewährleisten ist es notwendig, die Umsetzung der im IGES-Gutachten aufgezeigten, prinzipiell ambulant zu erbringenden Leistungen in einzelnen Etappen in die Praxis zu überführen. Die dazu notwendige Anpassung und jährliche Vervollständigung des AOP-Kataloges⁴⁵ um weitere, bevorzugt ambulant zu erbringende Leistungen ist dazu ein wirksames Mittel, das die vom Gesetzgeber beauftragten Organisationen der Selbstverwaltung in der Hand haben. Eine zu rasche Umstellung insbesondere in mehreren Fachgebieten bzw. Leistungsgruppen birgt die Gefahr, dass Prozesse und Strukturen nicht rasch genug angepasst werden können, um eine angemessene Indikationsstellung und sichere Abläufe insbesondere bei unvorhergesehenen Risikokonstellationen flächendeckend zu gewährleisten.

2.1.5 Prüfung fair gestalten, Lernkurve berücksichtigen

Um Sicherheit in der Indikationsstellung zur ambulanten Leistungserbringung zu gewährleisten, sollte es eine faire Prüfungsgestaltung geben. Deren Rahmenbedingungen sollten vorgegeben und insbesondere die stattfindende Lernkurve Berücksichtigung finden. Immer spielt die Patientensicherheit eine zentrale Rolle.

Der Medizinische Dienst ist beauftragt, die Behandlungsfälle hinsichtlich der Indikationsstellung zu überprüfen, die zwar im AOP-Katalog als ambulant erbringbar gelten, jedoch stationär erbracht wurden. Da dies eine Entscheidung im Einzelfall ist, die sich aus dem Schweregrad, der Komorbidität und sozialen Faktoren zusammensetzt, ist die Entscheidungsfindung schwer zu standardisieren.

⁴⁴IGES Institut GmbH o.D.: www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e27603/e27841/e27842/e27844/attr_objs27932/IGES_AOP_Gutachten_032022_ger.pdf, Berlin 2022 (Zugriff 03.03.2023)

⁴⁵GKV-Spitzenverband o.D.: Vertrag nach § 115b Absatz 1 SGB V – Ambulantes Operieren, sonstige stationärsersetzende Eingriffe und stationärsersetzende Behandlungen im Krankenhaus (AOP-Vertrag) www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/amb_stat_ers/ambulantes_operieren/aop_vertrag/2014_04_08_KH_AOP-Vertrag_2014_final.pdf, 21.12.2022 (Zugriff 03.03.2023)

In einer ersten Phase sollte es Krankenhäusern freigestellt sein, eine Entscheidung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung in Frage kommender Leistungsgruppen zu treffen. Eine jährlich sinkende, nicht sanktionsbewehrte Rate der vom medizinischen Dienst als ungerechtfertigt, vom jeweiligen Krankenhaus jedoch als notwendig betrachteten stationär erbrachten Leistungen sollte danach in der Konvergenzphase für jedes Fachgebiet bzw. für jede Leistungsgruppe in einem angemessenen Zeitraum dynamisch gestaltet werden. Das gibt den Leistungserbringern die notwendige Zeit und Sicherheit, Prozesse anzupassen und durchgehend eine gute und sichere Versorgung anzubieten.

2.1.6 Schweregrade und Begleiterkrankungen in der Finanzierung berücksichtigen

Die Finanzierung des ambulanten Operierens muss auskömmlich sein und Vorhaltungen im Rahmen der Behandlung von Patienten mit entsprechendem Schweregrad und Begleiterkrankungen berücksichtigen.

Ambulantisierung bisher stationär behandelter Patientengruppen kann nur gelingen, wenn Schweregrad, Begleiterkrankungen und Kontextfaktoren auch bei der Vergütung Berücksichtigung finden. Dazu ist im stationären Setting eine risikoadaptierte Vorhaltung notwendig. Für die postinterventionelle Betreuung kann ein anderer Personalmix als im ambulanten Bereich erforderlich sein. Hybrid-DRG kann also nicht bedeuten, einen Fall gemäß seiner Abrechnungsziffer immer gleich zu vergüten. Vielmehr muss der unterschiedliche Patientenmix ambulant/stationär unter den erwähnten Faktoren seinen Niederschlag finden und notwendige Vorhaltungen und Inanspruchnahmen im stationären Sektor entsprechend berücksichtigt werden. Daraus könnte sich ein dreistufiges Vergütungsmodell ergeben, wie es von Augurzky et.al. beschrieben wurde⁴⁶. Dort umfasst die einfachste Stufe („Basis“) Leistungen, die in weniger als 30 Minuten erbracht werden können. In einer „erhöhten Stufe“ werden die Eingriffe vergütet, die an Patienten mit einer Begleiterkrankung in 30 bis 60 Minuten durchgeführt werden können. Die „sehr erhöhte Stufe“ kommt für Eingriffe an Patienten in Frage, die mehrere Begleiterkrankungen bzw. einen ASA-Score über 3 aufweisen. In dieser Stufe sollte eine ausreichende personelle und technische Ausstattung vorhanden sein, um im Bedarfsfall auch eine stationäre Behandlung durchführen zu können.

Diese Vorhaltungen beziehen sich auf freizuhaltende stationäre Kapazitäten für die ggf. längere Nachbeobachtungszeit, längere oder verkehrstechnisch komplizierte Fahrzeiten und -strecken, unvorhergesehene Komplikationen oder auch die poststationär beim betroffenen Patienten oder seinen Angehörigen auftretende Unsicherheit im Umgang mit Wunden und Schmerzen. Aber auch regional ggf. nicht zur Verfügung stehende ambulante Weiterbehandlungsmöglichkeiten, wie Terminverfügbarkeit bei Fach- und Hausärzten, stellen eine Rahmenbedingung dar, die zu einem höheren Aufwand im Krankenhaus führen kann (vgl. Abb. 7).

⁴⁶Augurzky B., Emde, A., Finke, S., Röse, C.: Vergütungssystematik von ambulant zu erbringenden stationären gastroenterologischen Krankenhausleistungen, www.hcb-institute.de/template/elemente/188/2022-01-13a-ALGK-AVM-Verg%C3%BCtungssystematik%20amb%20gastroent%20Leistungen.pdf, S. 13ff, Essen 2021 (Zugriff 31.10.2023)

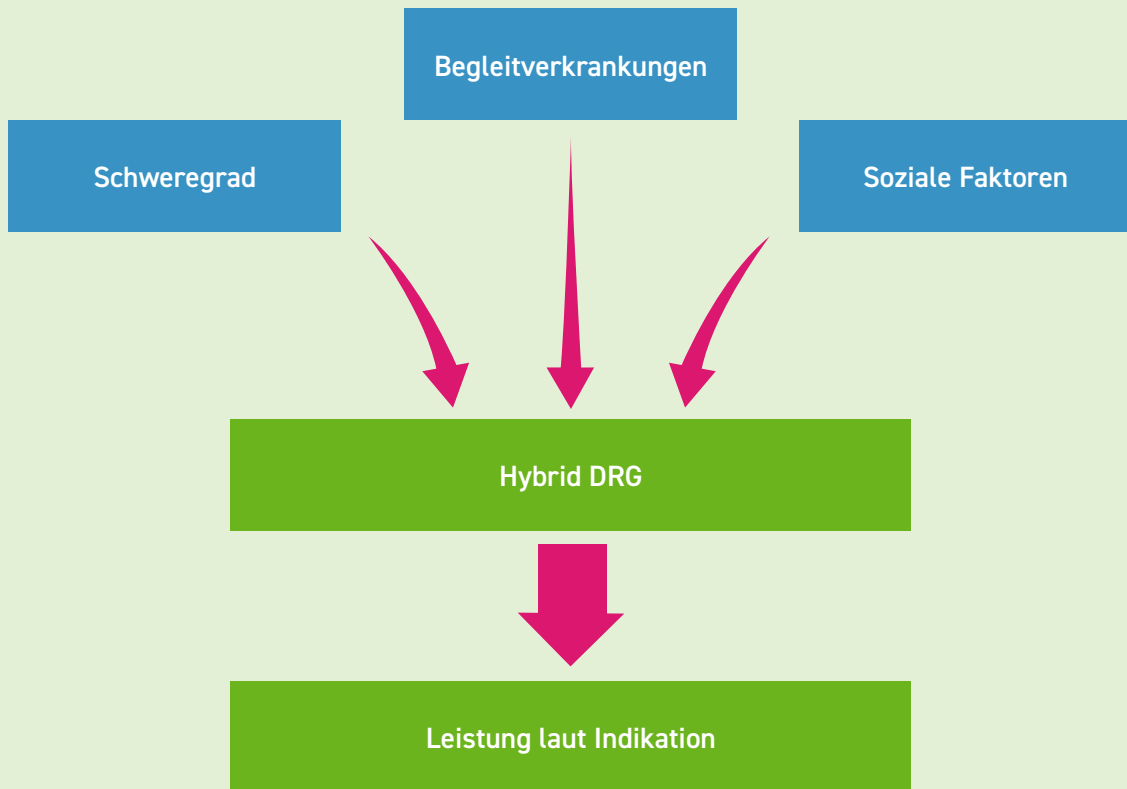


Abb. 7: Einflussfaktoren für den Aufwand eines Eingriffes

2.2 Auf der Meso-Ebene

2.2.1 Versorgungspfade regional adaptieren

Regionale Versorgungspfade bieten für die sektorübergreifende Zusammenarbeit bei Indikationsstellung, Vorbereitung, Durchführung und Nachbetreuung ambulant operierter Patienten eine methodische Grundlage. Sie können in regionalen Versorgungsnetzwerken gemeinsam auf der Basis der generischen Behandlungspfade erarbeitet und nachhaltig umgesetzt werden.

Versorgungspfade sollten in geregelter Zusammenarbeit und durch verbindliche, schriftlich fixierte Absprachen an die regionalen und lokalen Gegebenheiten angepasst und organisiert werden. Wegen der föderalen Strukturierung des Gesundheitssystems kann dies nur in Verantwortung der Landesministerien geschehen. Dort sind die Informationen über spezifische Gegebenheiten wie Demografie, Epidemiologie, soziale Schichtung, Geografie vorhanden und können so berücksichtigt werden.

Insbesondere die Indikationsstellung, aber auch die Vorbereitung, Durchführung und Nachbetreuung ambulant durchzuführender Eingriffe muss im Versorgungsnetzwerk auf der Grundlage der optimierten AWMF-Leitlinien abgestimmt werden. In der siebten Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhaus-

versorgung „Mehr Qualität – weniger Bürokratie“⁴⁷ wird vorgeschlagen, ein Zertifikat für Gesundheitsregionen und Versorgungsnetzwerke zu erarbeiten. Diese Netzwerke – sofern sie die vorgeschlagenen Vorgehensweisen etablieren, selbst wenn sie nicht zertifiziert sein sollten – bieten die Chance, durch Beteiligung auch der ambulanten Leistungsanbieter die Versorgungssituation abgestimmt zu gestalten. Die Abstimmung von Vorgehensweisen bei ambulanten Leistungen sollten in jedem Fall Gegenstand in solchen Versorgungsnetzwerken sein.

2.2.2 Zugang sichern

Um die Gesundheitsversorgung in allen Regionen sicher zu stellen, müssen Angebote so geschaffen werden, dass der Zugang zu Versorgungsleistungen entsprechend den epidemiologischen, soziodemografischen und geografischen Gegebenheiten gesichert ist.

Durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen und je nach noch zu klärenden finanziellen Vorgaben zur Ambulantisierung bisher im Krankenhaus erbrachter Leistungen werden nicht alle stationären Einrichtungen alle bisher erbrachten Leistungen zukünftig im selben Umfang anbieten. Im Rahmen der Krankenhausreform, aber auch bedingt durch die im Jahr 2023 prekäre finanzielle Situation zahlreicher Krankenhäuser, kann es zu Verschiebungen, vorzugsweise Ausdünnung in der stationären Leistungserbringung kommen. Mit hin wird es eine Reihe von Krankenhäusern nicht mehr geben und so nicht nur das stationäre Angebot, sondern auch das potenziell ambulante Angebot nicht mehr zur Verfügung stehen. Weiteren Krankenhäusern werden die finanziellen Mittel fehlen, um die notwendigen strukturellen Anpassungen ihrer Infrastruktur vorzunehmen. Im städtischen Raum kann dies derzeit noch kompensiert werden. Die Versorgung scheint im ambulanten Sektor – zumindest nach den Bedarfsplanungen der KBV – besser abgesichert zu sein. Das heute noch vorhandene Überangebot im stationären Sektor kompensiert vorerst die Folgen einer fortschreitenden Ausdünnung des Versorgungsangebotes.

Die demografiebedingte Entwicklung bei der Verfügbarkeit von Fachpersonal aller Berufsgruppen trägt sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor zu Engpässen im Leistungsangebot bei. Die nicht mehr zuverlässig zu gewährleistende Übernahme von altersbedingt abzugebenden Praxen, die schwierige Besetzung von freien Stellen in MVZ und ebenso der Personalmangel in Krankenhäusern wird sich weiter verschärfen. Auch hier wird sich das Gefälle zwischen Stadt und Land weiter vergrößern.

Alle Patienten müssen jedoch in die Lage versetzt werden, mit vertretbarem Aufwand einen Zugang zu angemessener Behandlung zu finden. Dies ist eine Bringschuld der Einrichtungen und Institutionen auf der Meso- (Landes-)ebene. Eine gemeinsame Leistungsplanung im ambulanten und stationären Sektor ist in unserem Rechtssystem (noch) nicht vorgesehen. Regional könnten sich die Beteiligten jedoch darauf verständigen, sie in gemein-

⁴⁷Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung: Weiterentwicklung der Qualitätssicherung, des Qualitäts- und des klinischen Risikomanagements (QS, QM und kRM) Mehr Qualität – weniger Bürokratie, Berlin, 19.10.2023

samer Verantwortung durchzuführen. Mindestens jedoch braucht es eine korrespondierende Leistungsplanung mit entsprechender Abstimmung. Nur so wird in strukturschwachen Gebieten eine Gesundheitsversorgung zukünftig aufrecht zu erhalten sein, was sich auch auf die Ambulantisierung auswirkt.

Eine Chance bieten die in der dritten Stellungnahme der Regierungskommission⁴⁸ vorgeschlagenen Level 1i-Krankenhäuser, die Bestandteil eines Gesundheitszentrums und Kristallisationspunkt der medizinischen Versorgung einer Region sein können. Durch eine gemeinsame, abgestimmte Lenkung von als Notfall zu versorgenden Patienten kann eine qualitativ fundierte Indikationsstellung für die Versorgungsart ambulant bzw. stationär erfolgen. Die im DKG-Konzept zur Reform der ambulanten Notfallversorgung⁴⁹ beschriebene enge und strukturierte Zusammenarbeit in Integrierten Notfallzentren (INZ) kann auf Level 1i-Krankenhäuser konzeptionell übertragen werden. Durch die dort stattfindende enge Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten, Belegärzten und stationär angestellten Ärzten kann eine Filterfunktion in INZ sachgerecht stattfinden.

Als Beispiel für ein Konzept eines Gesundheitszentrums mit einem Level 1i-Krankenhaus kann das durch den Innovationsfonds geförderte Projekt IGiB-StimMT – Strukturmigration im Mittelbereich Templin⁵⁰ gelten. Das Versorgungskonzept hat als Basis das Sana Krankenhaus Templin als Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung mit 96 Planbetten, das in ein Ambulant-Stationäres Zentrum eingebettet ist. In diesem wurden die stationären und ambulanten Versorgungskapazitäten angepasst und fach- und einrichtungsübergreifend miteinander verzahnt. In diesem Projekt wurden ambulante und stationäre Angebote, Pflege sowie weitere Versorgungsangebote integriert. Eine Indikationsstellung ambulant bzw. stationär ist in solchen Strukturen vorbildlich patientenorientiert möglich. Durch die Einrichtung solcher Gesundheitszentren wäre der Zugang der Bevölkerung zu adäquaten Versorgungsangeboten entsprechend ihrer Präferenz auch in ländlichen Regionen flächendeckend zu gewährleisten.

Im Ergebnisbericht wurde aufgezeigt, welche Versorgungsstrukturen und -module in diesem Ambulant-Stationären Zentrum koordiniert zusammengeführt wurden (Abb. 8). Es verdeutlicht die Komplexität des Versorgungsangebotes, für die es umfangreiche vertragliche Regelungen der Finanzströme ebenso geben muss wie eine konkrete Abstimmung der Verantwortlichkeiten innerhalb von Patientenpfaden.

⁴⁸Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung: Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung, Berlin, 06.12.2022

⁴⁹Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. o.D.: DKG-Konzept zur Reform der ambulanten Notfallversorgung, www.dkgev.de/fileadmin/default/2022-05_DKG_Positionspapier_Ambulante_Notfallversorgung_20_Legislaturperiode.pdf (Zugriff 23.07.2023)

⁵⁰Gemeinsamer Bundesausschuss – Innovationsausschuss o.D.: IGiB-StimMT – Strukturmigration im Mittelbereich Templin, innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/igib-stimmt-strukturmigration-im-mittelbereich-templin.79 (Zugriff 23.7.2023)

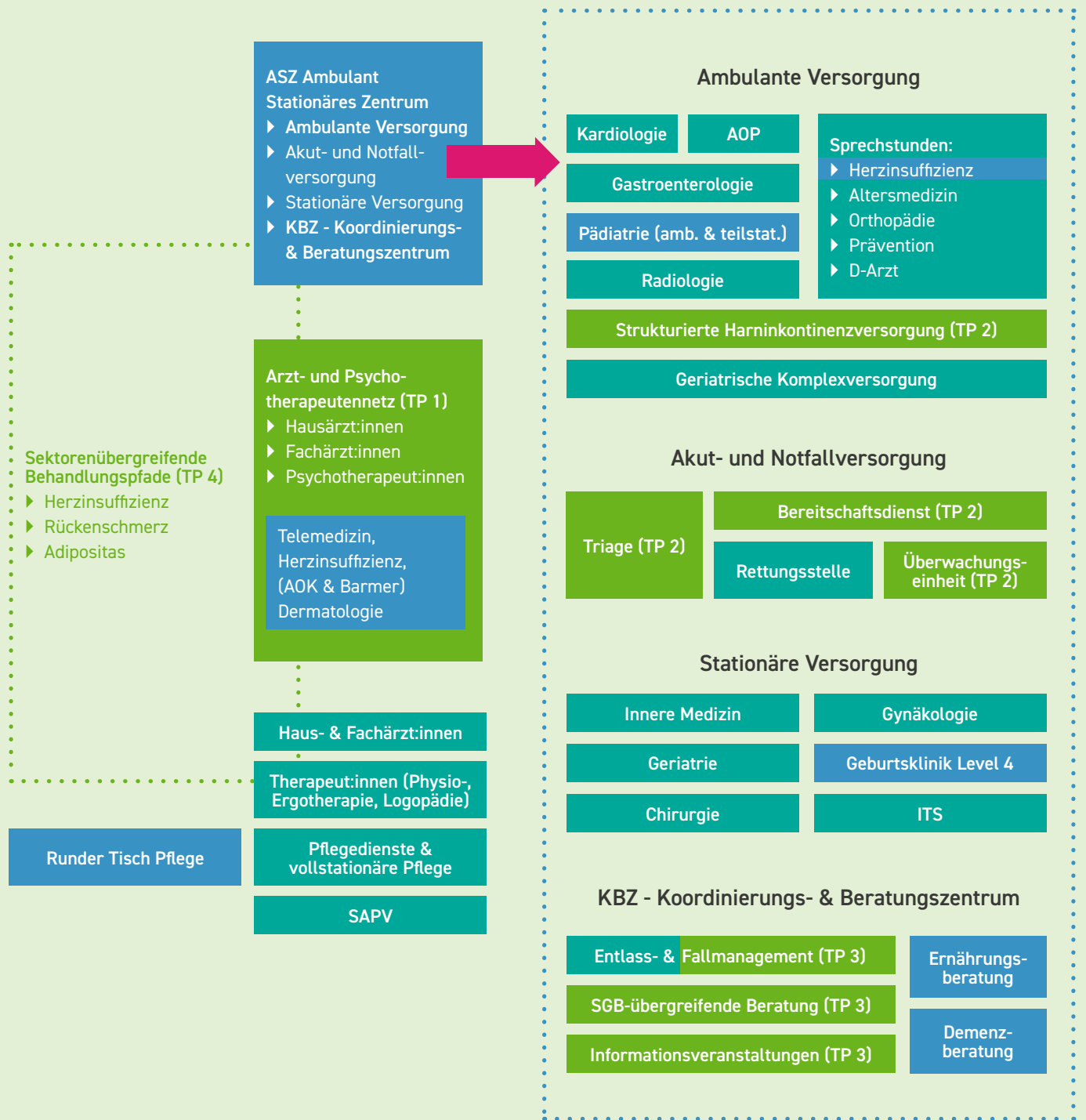


Abb. 8: Versorgungsstruktur und -module nach Strukturmigration im Projekt IGiB-StimMT⁵¹

⁵¹Gemeinsamer Bundesausschuss – Innovationsausschuss o.D.: IGiB-StimMT Ergebnisbericht gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF, innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/155/2022-04-01_IGiBStimMT_Ergebnisbericht.pdf (Zugriff 23.7.2023), Seite 15

Auch in diesem Projekt wurden konkrete Vorschläge entwickelt, an welchen Stellen Rechtsvorschriften oder auch Vergütungsordnungen zukünftig angepasst werden sollten, damit solche Gesundheitszentren kostendeckend betrieben werden können. Die Übertragung auf vergleichbare Regionen ist nur bei Anpassung der Vergütung sinnvoll möglich. Dies wurde in der dritten Stellungnahme der Regierungskommission⁵² bereits gefordert und im Eckpunktepapier Krankenhausreform⁵³ adressiert.

2.2.3 Kontinuität im Behandlungsprozess gewährleisten

Die Organisation der Behandlungskette muss bei der Ausweitung des ambulanten Operierens angepasst werden. Nur eine strukturierte Zusammenarbeit zwischen OP-Einrichtung und ärztlicher, therapeutischer und pflegerischer Weiterbetreuung kann die notwendige Kontinuität im Behandlungsprozess gewährleisten.

Sowohl bei ambulant als auch bei stationär erbrachten Leistungen werden immer wieder Nachsorge und/oder Komplikationsbehandlungen im jeweils anderen Sektor notwendig sein. Die dafür notwendigen Kapazitäten sind zu planen. Auch hier können regionale Gesundheitszentren, wie sie durch das Projekt IGiB-StimMT⁵⁴ aufgezeigt wurden, ein Beispiel geben. Bei enger Verzahnung von ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen ist auch der Übergang zwischen den einzelnen Leistungserbringern reibungsloser zu organisieren. In Regionen, in denen solche Gesundheitszentren (noch) nicht existieren, muss die Zusammenarbeit der Leistungserbringer durch die föderale Verantwortung der Bundesländer etabliert werden. Grundlage können dafür regionalen Versorgungspfade sein.

Engpässe bei der Nachbetreuung im ambulanten Sektor sollten durch Anpassungen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) behoben werden können. Kernziele des TSVG waren eine schnellere Terminvergabe für gesetzlich Versicherte und die Verbesserung der Versorgung in ländlich geprägten Regionen. Die Aufgaben der Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen wurden durch das TSVG erweitert. Bisher sollen die Stellen bei Vorliegen einer Überweisung einen Termin beim Facharzt vermitteln. Das gilt inzwischen auch für Termine bei Haus- und Kinderärzten. Facharztgruppen der unmittelbaren und wohnortnahen Versorgung wie Augenärzte, Frauenärzte, Orthopäden und Hals-Nasen-Ohren-Ärzte müssen mindestens fünf Stunden als offene Sprechstunde, das heißt ohne vorherige Terminvereinbarung anbieten.

Für die Nachsorge ambulant operierter Patienten müssten für eine kontinuierliche Versorgung vergleichbare Regelungen gefunden werden. Im Rahmen einer umfassenden Ambulantisierung sollte gefordert werden, dass bereits bei der Bestimmung des OP-Termins

⁵²Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung: Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung, Berlin, 06.12.2022

⁵³Bundesministerium für Gesundheit: Eckpunktepapier Krankenhausreform, www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Eckpunktepapier_Krankenhausreform.pdf, Berlin am 10.7.2023 (Zugriff 23.7.2023)

⁵⁴Gemeinsamer Bundesausschuss – Innovationsausschuss o.D.: IGiB-StimMT – Strukturmigration im Mittelbereich Templin, innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/igib-stimmt-strukturmigration-im-mittelbereich-templin.79 (Zugriff 23.7.2023)

für elektive und nicht-zeitkritische Eingriffe eine vom Patienten zu bestätigende, organisierte Nachbetreuung regelhaft eine Voraussetzung darstellt. Im ländlichen Raum kann es dabei zu echten Engpässen kommen. Gerade hier sollten Lösungen gefunden werden, die Pflegeexperten mehr berufliche Möglichkeiten bieten, um im Rahmen der Ambulantisierung eine relevante Rolle einzunehmen.

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe DBfK hat in seinem „Positionspapier Krankenhausstrukturreform: Pflegefachliches Potenzial nutzen“ dafür Lösungen aufgezeigt. Eine der dort formulierten Forderungen bildet eine wesentliche Voraussetzung: „Rechtliche Weichen im Heilberufs- und Leistungsrecht müssen gestellt und das Pflegeberufegesetz an die neuen Anforderungen angepasst werden. Die Ausübung von Heilkunde ist im Sinne von Substitution in einem Heilberufegesetz auf Pflegefachpersonen zu übertragen.“ Ergänzt wird dies durch die Forderung: „Vorbehaltsaufgaben müssen ernst genommen werden und Raum für die Ausführung erhalten. Dazu gehört zuvorderst die Ermächtigung zur eigenständigen Verordnung von Pflege und der dazu erforderlichen Heil- und Hilfsmittel.“⁵⁵ Dies wäre eine Chance, gerade die Nachsorge etwa in Bezug auf Schmerz- und Wundversorgung flächendeckend zu gewährleisten. Eine Ansiedelung solcher Angebote in Gesundheitszentren wäre eine hilfreiche Ergänzung der Angebotspalette. Dafür sollten entsprechende rechtliche Rahmenbedingungen geschaffen werden.

2.2.4 Qualität evaluieren

Qualität der Zusammenarbeit in der Versorgungskette sollte gemessen, bewertet und weiterentwickelt werden. Dies beinhaltet die fachlichen Aspekte der Leistungserbringung, die organisatorischen Abläufe, die erzielten Ergebnisse und die eingesetzten Ressourcen.

Die in der Stellungnahme der Regierungskommission vorgeschlagene Datentransparenz innerhalb eines sektorübergreifenden Gesundheitsnetzwerks eröffnet die Möglichkeit, in gemeinsamen Indikationsboards und Qualitätszirkeln die Ergebnisse des Versorgungsmonitorings zu reflektieren und zu analysieren. Komplikationsraten und stationären Einweisungsraten von zunächst ambulant begonnenen Operationen und Eingriffen, aber auch andere Qualitätsindikatoren können einrichtungsübergreifend bewertet werden, um auf dieser Basis die regionalen Versorgungspfade anzupassen.

Themen dieser Qualitätszirkel können auch die Ergebnisse aus PROMs, PREMs und Beschwerden sein, die bei den verschiedenen Leistungserbringern eingehen und die insbesondere die Schnittstellen zwischen diesen betreffen. Dies bildet die Grundlage für eine faktenbasierte Weiterentwicklung der Zusammenarbeit und Abstimmung.

⁵⁵Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) – Bundesverband e.V.: Positionspapier Krankenhausstrukturreform: Pflegefachliches Potenzial nutzen, Berlin Juli 2023



Ergebnisse auf Ebene von Bundesländern und Bund

Ergebnisse auf Ebene von Gesundheitsregionen

Ergebnisse auf Ebene einzelner Gesundheitseinrichtungen

2.3 Auf der Mikro-Ebene

2.3.1 Portfoliostrategie proaktiv planen

Ambulantisierung und der Umbau der Krankenhausversorgung im Rahmen der Krankenhausreform beeinflussen das Portfolio eines Krankenhauses nachhaltig und müssen abgestimmt betrachtet und proaktiv geplant werden.

Das Ambulantisierungspotenzial wird von verschiedenen Autoren mit 10 und in extremen Fällen bis zu 50% der bisherigen Leistungen eines Krankenhauses beschrieben^{56,57,58}. Zeitlich fällt die geplante Reform der Krankenhausversorgung mit den Bemühungen und Vorgaben der Ambulantisierung zusammen. Beides beeinflusst das Leistungsangebot eines Krankenhauses nachhaltig und wechselseitig.

⁵⁶Bundesverband Medizintechnologie e.V. o.D.: www.bvmed.de/de/bvmed/publikationen/bvmed-newsletter/medtech-news-200810/studie-kliniken-haben-ambulantisierungspotenzial-von-bis-zu-6-milliarden-euro (Zugriff 26.03.2023)

⁵⁷Georg Thieme Verlag KG o.D.: www.kma-online.de/aktuelles/klinik-news/detail/ambulantisierungspotenzial-bei-jeder-zehnten-klinikbehandlung-47518 (Zugriff 26.03.2023)

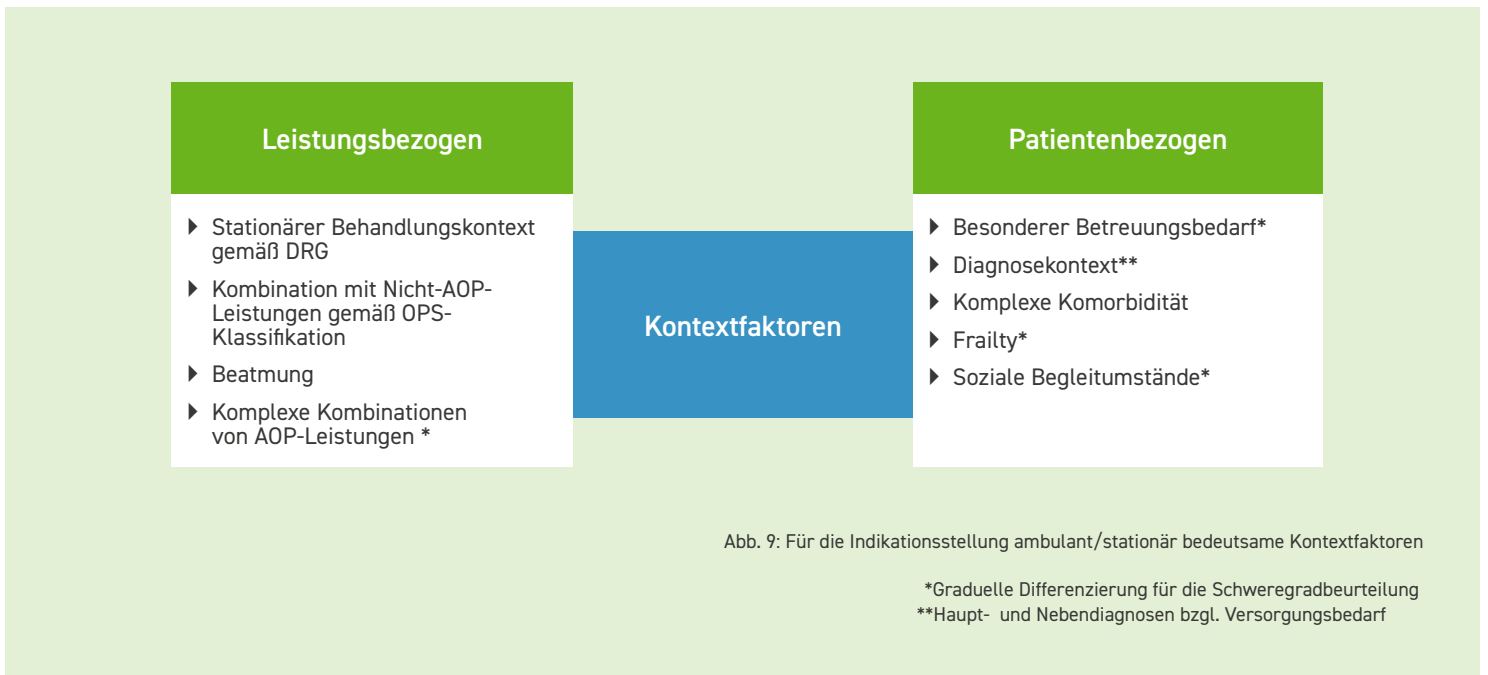
⁵⁸Barmer Institut 2022

Jedes Krankenhaus muss deshalb pro Fachgebiet – später pro Leistungsgruppe – das Ambulantisierungspotenzial ermitteln. Darauf muss sich sodann die Entscheidung gründen, welche der nunmehr ambulant zu erbringenden Leistungen in welcher Organisationsform auch zukünftig erbracht werden sollen. Dabei sind die Marktsituation, notwendige Investitionen und Konvergenzkosten ebenso zu berücksichtigen wie das Vorhandensein oder die Akquisitionsmöglichkeit für benötigtes Personal. Dies ist eine Führungsaufgabe, die frühzeitig gemeinsam von kaufmännischen und medizinisch-pflegerischen Führungskräften gemeinsam geleistet werden muss.

2.3.2 Indikationsstellung sorgfältig entscheiden

Schweregrade, Komorbidität und soziale Kontextfaktoren gewinnen bei der Indikationsstellung zu einem ambulanten Eingriff an Bedeutung.

Die Erhebung von Begleiterkrankungen und Schweregraden darf als gewohnter angesehen werden als die umfangreiche Erhebung sozialer Kontextfaktoren, die eine angemessene Nachsorge gewährleistet. Die Indikationsstellung gliedert sich hier in zwei Phasen: Zunächst ist zu entscheiden, ob überhaupt eine Behandlungsindikation vorliegt, danach ist die Behandlungsform zu bestimmen.



Kontextfaktoren zu erheben und zu bewerten ist ein entscheidender Faktor für die Indikationsstellung zum ambulanten Operieren. Sie werden in vielen Fällen ausschlaggebend für die Indikationsstellung sein (vgl. Abb. 9). Dazu sollten auf Ebene von Leistungsgruppen Checklisten erarbeitet werden, die die Patienten bereits in Vorbereitung auf das Arztgespräch zur Indikationsstellung z. B. im Wartebereich oder sogar in einem Patientenportal ausfüllen können.

2.3.3 Dokumentation MD- und rechtssicher gestalten

Kontextfaktoren zu dokumentieren ist ein entscheidender Faktor für den Nachweis einer angemessenen Indikationsstellung zum ambulanten Operieren. Auf der Basis des IGES-Gutachtens⁵⁹ ist zu fordern, dass die sozialen Kontextfaktoren insbesondere im Rahmen von MD-Prüfungen angemessene Berücksichtigung und Anerkennung finden. Die nachvollziehbare Dokumentation von sozialen Kontextfaktoren, Begleiterkrankungen und Schweregraden wird entscheidend sein für den Nachweis angemessener Indikationsstellungen im Rahmen der Entscheidung für ambulante oder stationäre Durchführung von Operationen und Eingriffen. Fällt eine Entscheidung für einen stationären Eingriff, muss eine MD- und rechtssichere Dokumentation dieser Faktoren erfolgen. Werden MD-Prüfungen in größerer Zahl nicht bestanden und Vergütungen nicht bestätigt, kann es zu bevorzugt ambulanten Indikationsentscheidungen kommen, die die Patientensicherheit gefährden.

Neben der bekannten, seit Jahren etablierten Patientenaufklärung mittels vorgefertigter Aufklärungsbögen und einer Individualisierung auf der Basis des Arzt-Patienten-Gesprächs bedarf es nunmehr auch einer Dokumentation sozialer Faktoren. Diese betreffen z. B. die Wohn- und Betreuungssituation, aber auch die Transportwege und -möglichkeiten. Dazu sollten interdisziplinär und interprofessionell entsprechende Checklisten erarbeitet werden.

Neben für alle Patientengruppen zutreffende Faktoren sollten dabei auch spezifische für einzelne Patientengruppen Berücksichtigung finden. Die Dokumentation auf vom Patienten ausgefüllten Checklisten oder in einem Patientenportal sichert einen MD- und rechtssicheren Nachweis.

2.3.4 Qualitätsmanagementsystem und klinisches Risikomanagement anpassen

Das Qualitätsmanagementsystem des Krankenhauses muss an die Bedürfnisse des ambulanten Operierens angepasst werden.

Die Prozesse bei der ambulanten Leistungserbringung im Krankenhaus müssen auf die Bedarfe und Bedürfnisse der Patienten angepasst werden. Dabei sind jedoch auch die zahlreichen gesetzlichen und untergesetzlichen Vorgaben z.B. zur Hygiene und zu den Instrumenten des Qualitätsmanagements und des klinischen Risikomanagements zu beachten. Angefangen von der Indikationsstellung, der „Aufnahme“, der Vorbereitung und Durchführung des Eingriffs, der Entlassung, dem Umgang mit Komplikationen bis hin zur Nachbetreuung sind Prozesse neu zu modulieren.

⁵⁹IGES Institut GmbH 2022

Die Instrumente des klinischen Risikomanagements einschließlich der Patientensicherheit müssen auf die Prozesse des ambulanten Operierens zugeschnitten werden. Ambulantes Operieren birgt Risiken, die dieser speziellen Behandlungsform immanent sind und im Krankenhaus bisher nicht bzw. nicht in dem Umfang aufgetreten sind. Insbesondere der Indikationsstellung und der Entlassung von ambulant operierten Patienten kommt eine besondere Bedeutung zu. Sie bergen Risiken, die im Rahmen der Gestaltung der Prozesse für die ambulante Leistungserbringung überdacht und auf die jeweiligen Rahmenbedingungen und Anforderungen angepasst werden müssen.

Um eine umfassende Patientenzufriedenheit zu gewährleisten, sind jedoch auch Serviceprozesse und -strukturen anzupassen. Was passiert mit dem Eigentum des Patienten während der Operation? Wie kann der frisch operierte Patient die Wartezeit bis zu seinem Heimtransport verbringen? Welche Möglichkeiten der Verpflegung hat ein Patient nach seinem Eingriff? Neben medizinisch-pflegerischen Fragen sind auch solche zu beantworten. Um eine rasche, nachhaltige und korrekte Umsetzung neu konzipierter Prozesse zu beobachten, sind auch interne Audits, vor allem durchgeführt als Layered Process Audits⁶⁰, hilfreich.

2.3.5 Qualität datengestützt und behandlungsbegleitend beobachten

Nicht geplante stationäre Aufnahmen und Komplikationen bei ambulanten Eingriffen müssen überwacht und analysiert werden, um Verbesserungspotenziale zu erkennen und umzusetzen.

Neben der Indikationsspezifischen Erhebung des medizinischen Ergebnisses sind Komplikationsraten und Einweisungsraten von zunächst ambulant durchgeführten Operationen und Eingriffen für die Qualitätsmessung von entscheidender Bedeutung. Sie kennzeichnen z. B. eine unzureichende Indikationsstellung und Patienteninformation und -aufklärung aber auch die nicht-optimale Durchführung der Eingriffe selbst. Auch die verbliebenen stationär erbrachten Leistungen und die Rate der durch eine MD-Prüfung nicht als solche anerkannten Leistungen sollte überwacht werden. Die Erhebung dieser Daten, die zeitnahe und regelmäßige Überwachung der Ergebnisse mit einem speziell dafür erarbeiteten Dashboard sowie die Analyse im Behandlungsteam sollte zu den selbstverständlichen Managementprozessen für die ambulante Leistungserbringung gehören.

⁶⁰Ease.io o.D.: [www.ease.io/resources/what-are-layered-process-audits/#:~:text=Layered%20process%20audits%20\(LPAs\)%20are,employees%20in%20the%20auditing%20process.](https://www.ease.io/resources/what-are-layered-process-audits/#:~:text=Layered%20process%20audits%20(LPAs)%20are,employees%20in%20the%20auditing%20process.) (Zugriff 1.8.2023)



Ergebnisse auf Ebene von Bundesländern und Bund

Ergebnisse auf Ebene von Gesundheitsregionen

Ergebnisse auf Ebene einzelner Gesundheitseinrichtungen

2.3.6 Ressourcen anpassen

Abgestimmt auf das strategisch entwickelte Portfolio und die damit verbundenen Prozesse müssen im Rahmen der integrativen Gesundheitsversorgung die benötigten Ressourcen geplant und angepasst werden. In der Folge werden sie immer wieder dynamisch adaptiert.

Im Rahmen der aktuellen Entwicklungen zur Krankenhausreform und des Ziels der umfassenden Ambulantisierung wird ein Umbau des Personalkörpers notwendig. Im ambulanten Bereich sind gerade im nicht-ärztlichen Bereich andere Qualifikationen gefordert als im stationären Setting. Examinierte Pflegefachkräfte sind für die ambulante Leistungsabwicklung nicht unbedingt in dem Umfang wie im stationären Bereich notwendig. Medizinische Fachangestellte sind von ihrer Ausbildung und ihrem Berufsbild her oft besser geeignet. Sie werden im Krankenhaus bisher jedoch nicht in dem Maße eingesetzt, wie dies durch eine umfangreiche Ambulantisierung sinnvoll sein wird. Ihr Aufgabenspektrum muss präzise ermittelt werden, um sie angemessen einsetzen zu können.

Auch den räumlichen Gegebenheiten kommt im Rahmen der Ambulantisierung Bedeutung zu. Sie unterstützen oder behindern den reibungslosen und patientenorientierten Prozessablauf nachhaltig. Während heute oft noch in einzelnen, ggf. für stationäre und ambulante Versorgung gemeinsam genutzten Eingriffsräumen, Funktionsbereichen oder Großgeräten über den Tag verteilt und zeitlich mit der stationären Operations- bzw. Eingriffsplanung abgestimmt ambulante Versorgung organisiert wird, muss dies auf die geplante zukünftige Versorgung neu abgestimmt werden. Soll in großem Umfang ambulant versorgt werden, müssen die Räumlichkeiten und deren Verfügbarkeit dementsprechend angepasst werden. Dabei sind die geplante Behandlungskapazität, die bestehenden Vorgaben und die entworfenen Prozesse zu berücksichtigen.

3 HINWEISE FÜR DIE PRAKTISCHE UMSETZUNG IM KRANKENHAUS

3.1 Strategische Planung

Derzeit befindet sich das Gesundheitswesen und insbesondere die Krankenhausversorgung in einer großen Umbruchphase. Um in dieser Zeit die Gestaltungshoheit zu behalten, sind Krankenhäuser gut beraten, ihre Strategieentwicklung mindestens jährlich und ihre Umsetzungs- und Leistungsplanung am ehesten monatlich intensiv zu überprüfen. Dies trifft in besonderer Weise für die Ambulantisierung zu: Präzise geplant, effektiv koordiniert und effizient umgesetzt können Einrichtungen ihre Chancen bestmöglich nutzen. Dazu ist erhebliches spezifisches fachliches Know-how gefragt.

Die Empfehlungen in den folgenden Kapiteln beziehen sich im Wesentlichen auf die Ambulantisierung. Da sich aber korrespondierend auch die stationäre Leistungserbringung insgesamt in einem gravierenden Umbruch befindet, muss Ambulantisierung immer im Gesamtkontext gesehen werden. Die Auswirkungen der Ambulantisierung sind nicht immer präzise voraussagbar, so dass Krankenhäuser auf die sukzessive sich konkretisierenden Rahmenbedingungen und die gemessenen Ergebnisse in kurzen Zeiträumen reagieren müssen.

Das Potenzial für die Ambulantisierung wird je nach Autor auf zwischen 10 und 30%^{61,62,63} des bisherigen Leistungsspektrums eines Krankenhauses geschätzt. Der BVMed sieht dieses Potenzial bei 54 Krankenhäusern sogar bei bis zu 50%. Ziel vieler Einrichtungen wird sein, diese Potenziale im eigenen ambulanten Leistungsangebot zu verankern und ggf. sogar anderenorts freiwerdende Leistungsmengen zu akquirieren. Die Umsetzung der neu zu strukturierenden, ambulanten Angebote hat gravierende Auswirkungen auf die verbleibenden, stationären Leistungsangebote. Dabei wollen zahlreiche Fragen beantwortet werden wie etwa:

- ▶ Welche gesetzlichen und untergesetzlichen Anforderungen sind zu beachten?
- ▶ Welche Veränderungen für die Prozesse ergeben sich?
- ▶ Wer erarbeitet die neuen Vorgaben für Prozesse?
- ▶ In welchem Zeitraum sollte das geschehen?
- ▶ Wieviel Personal wird auch weiterhin im stationären Bereich benötigt?
- ▶ Soll und kann Personal aus dem stationären in den ambulanten transferiert werden? Welche Qualifikationen muss es dazu haben bzw. erwerben?
- ▶ Kann Personal flexibel in beiden Bereichen eingesetzt werden?
- ▶ Wie kann weiterhin die benötigte Besetzung der anderen Bereiche wie bettenführende Stationen, Operationstrakt, Sprechstunden, Funktionsbereiche aufrechterhalten werden?
- ▶ Wie können die Bereitschaftsdienste im stationären Bereich mit weniger Personal organisiert werden? Beteiligt sich das Personal im ambulantiserten Bereich an den Bereitschaftsdiensten?

⁶¹Bundesverband Medizintechnologie e.V. o.D.: www.bvmed.de/de/bvmed/publikationen/bvmed-newsletter/medtech-news-200810/studie-kliniken-haben-ambulantisierungspotenzial-von-bis-zu-6-milliarden-euro (Zugriff 26.03.2023)

⁶²Georg Thieme Verlag KG o.D.: www.kma-online.de/aktuelles/klinik-news/detail/ambulantisierungspotenzial-bei-jeder-zehnten-klinikbehandlung-47518 (Zugriff 26.03.2023)

⁶³Barmer Institut 2022

- ▶ Welche Strukturelemente wie Räumlichkeiten, Geräte oder Instrumente sind vorzuhalten oder müssen evtl. neu beschafft werden?
- ▶ Wie können Wartezeiten an den einzelnen Prozessstationen für ambulante Patienten vermieden werden, um einen raschen Durchlauf zu gewährleisten? Wie erfolgt die Priorisierung bei stationär und ambulant gleichermaßen genutzten Räumen, Geräten usw.?
- ▶ Sind Umbauten und Investitionen notwendig und wenn ja: wann und in welchem Umfang?

In regelmäßigen, monatlichen, mindestens jedoch quartalsweisen Abständen sollte sich der gesamte Führungskreis mit diesem Themenkomplex befassen und sich dabei den aktuellen Stand daten- und faktenbasiert vor Augen führen. Eine umfassende Analyse des Stands und der ausstehenden oder neu zu formulierenden Aktivitäten gelingt dabei nur durch die Zusammenarbeit der Führungskräfte aller von der Ambulantisierung und ihren Auswirkungen betroffener Berufsgruppen. Dabei sind Expertisen im Qualitäts-, Prozess- und Projektmanagement und nicht zuletzt im Changemanagement und der Unternehmenskommunikation sowie der Digitalisierung von entscheidender Bedeutung. Der Einbezug des Qualitäts- und klinischen Risikomanagements, von Kommunikations- und IT-Experten ist neben den Führungskräften der unmittelbar an der Patientenbehandlung beteiligten Berufsgruppen in einen Steuerkreis also unabdingbar.

Die strategische Planung mündet in die Definition von Unternehmenszielen für die Leistungserbringung, den Ressourceneinsatz, die organisatorische und administrative Umsetzung sowie die wirtschaftlichen Ergebnisse. Die Einbettung in das regionale Versorgungsgeschehen wird dabei genauso einbezogen wie die Belange der Patienten. Für die Steuerung der operativen Umsetzung ist es erforderlich, ein Kennzahlensystem zu erarbeiten, das eine rasche Übersicht über die jeweils aktuelle Situation gewährleistet. Dabei können zwei Phasen unterschieden werden.

3.1.1 Die Planungsphase

In der ersten Phase geht es darum, geeignete Prozesse zu erarbeiten und umzusetzen, um die Unternehmensziele zu erreichen. Daraus ergeben sich die Anforderungen an funktionsunterstützende Strukturen. Dazu sollte für jede Besprechung eine stets zu aktualisierende Übersicht über die dafür definierten Projekte mit den Meilensteinen und ihrem Umsetzungsstand vorbereitet werden. Für jedes Projekt sind dazu Meilensteine mit Zielzeiten zu definieren. Die Einhaltung der Termine wird regelmäßig überwacht. Die Zielzeiten der einzelnen Projekte werden sinnvoll aufeinander abgestimmt.

Die Benennung von Projektverantwortlichen allein wird dabei nicht ausreichend sein. Die Übertragung der Gesamtverantwortung für ein solches Gesamtpaket an Projekten an eine Person mit Kenntnissen in Projekt- und Prozessmanagement ist dabei unbedingt notwendig. Sinnvollerweise berichtet diese Person in mindestens monatlich durchzuführenden Projektsachstandsbesprechungen mit einer kompakten Übersicht über den Stand der einzelnen Projekte (vgl. Abb. 10). Dabei ist absehbar, dass aufgrund der sich stets weiter konkretisierenden Rahmenbedingungen der Gesamtentwicklung im Gesundheitssystem immer wieder Projektanpassungen notwendig sind, auf die zu reagieren ist.

	Projekt A	Projekt B	Projekt C	Projekt D	Projekt E
Planungsphase					
Umsetzungsphase					
Evaluationsphase					
Anpassungsphase					

Abb. 10: Projektübersicht zur Überwachung der Planungsphase Ambulantisierung

3.1.2 Die Umsetzungsphase

Die zweite Phase umfasst die Implementierung der Prozesse in die tägliche Praxis. Auch dies ist ein rollierender Prozess. Sobald erste Prozesse erarbeitet sind, sollte erwogen werden, diese – soweit sinnvoll – bereits zu etablieren. Für diese Phase könnte ein Dashboard erarbeitet werden, das die aussagekräftigsten Kennzahlen in einer Übersicht über das Ambulantisierungsgeschehen pro Fachabteilung bzw. Leistungsgruppe bereitstellt (vgl. Abb. 11). Ein solches Dashboard umfasst neben Qualitätskennzahlen auch relevante Wirtschaftlichkeitskennzahlen, die neben Erlösen den Aufwand, insbesondere auch Personaleinsatz und -kosten berücksichtigen. Beispiele solcher Prozess- und Ergebniskennzahlen sind etwa:

Dashboard Überwachung Ambulantisierungsgeschehen							
	Januar	Februar	März	April			
Leistungsgruppe y							
Kennzahl A	x%	x%	x%	x%			
Kennzahl B	x%	x%	x%	x%			
Kennzahl C		x%	x%	x%			
Leistungsgruppe z							
Kennzahl A	x%	x%	x%	x%			
Kennzahl B	x%	x%	x%	x%			
Kennzahl C		x%	x%	x%			

Abb. 11: Dashboard zur Überwachung des Ambulantisierungsgeschehens

- ▶ Wartezeiten bzw. die Zuverlässigkeit der Zeitplanung für die Einbestellung der Patienten,
- ▶ Gesamtaufenthaltsdauer eines Patienten im Vergleich zur geplanten Aufenthaltsdauer in der ambulanten OP-Einheit,
- ▶ Anteil und Anzahl derjenigen Patienten, deren zunächst ambulant geplanter Eingriff in einen stationären Aufenthalt mündete,
- ▶ Anzahl Nachbehandlungen wegen Infektionen,
- ▶ Anzahl Nachbehandlungen wegen spezifischer Komplikationen,
- ▶ Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung,
- ▶ Zufriedenheit mit der pflegerischen Versorgung,
- ▶ Zufriedenheit mit den organisatorischen Abläufen und
- ▶ Weiterempfehlungsrate aus der Patientenbefragung.

Ergänzend werden auch die Ergebnisse von MD-Prüfungen der stationären Fälle vorgehalten. Um daraus strategische und operative Erkenntnisse ableiten zu können, sollten diese Kennzahlen sich auf Leistungsgruppen beziehen. Zur besseren Übersicht sollten Trends kenntlich gemacht werden. Mindestens monatlich sollten sie aufbereitet (vgl. Abb. 11) und durch den Führungskreis und beteiligte Mitarbeitende bewertet werden, um Verbesserungspotenziale zu erkennen und umzusetzen. Ambulantisierung kann nur zum Erfolg führen, wenn sie ganzheitlich betrachtet und als fester Bestandteil in die Gesamtstrategie des Krankenhauses eingebettet wird.

3.2 Qualitätsaspekte bei der Ambulantisierung

Qualitätsaspekte können sich in der Gesundheitsversorgung auf die Versorgung selbst beziehen. Wichtig ist es, auch diejenigen Fälle in die Qualitätsmessung einzubeziehen, die als potenziell ambulantisierbar gelten, jedoch stationär durchgeführt wurden.

Man betrachtet die Outputs (Frühergebnisqualität, erhoben beim Verlassen der behandelnden Einrichtung bzw. wenige Tage danach z. B. bei der Wundkontrolle) oder Outcomes (Spätergebnisqualität, erhoben zum Zeitpunkt bzw. zu Zeitpunkten, an denen das abschließende Behandlungsergebnis erwartet werden darf), berichtet durch die Leistungserbringer.⁶⁴ Um auch fachspezifische Anforderungen zu berücksichtigen müssen Qualitätsaspekte je nach Indikation, Schweregrad und Behandlungsphase abgebildet werden.

Wichtig ist zudem die Sicht der Patienten auf das medizinische Ergebnis, die PROMs – Patient Reported Outcome Measures. Hier wird indikationsspezifisch nach sich postinterventionell veränderten Funktionalitäten und Gesundheitszuständen gefragt.

Durch Patientenbefragungen können für die Qualität ambulanter Eingriffe und Operationen weitere relevante Informationen gewonnen werden. Um die Patientenperspektive umfassend sichtbar zu machen, kann man Versorgungsqualität in verschiedene Themenbereiche aufteilen: PROMs, PREMs und Servicequalität (vgl. Abb. 12). Dafür finden jeweils andere Fragetypen zu verschiedenen Befragungszeitpunkten Anwendung. PREMs beschreiben die Qualität der Kernprozesse wie die Informierung, Aufklärung und die Beteiligung an der Entscheidungsfindung, die Unterstützung beim Umgang mit Wunden und Schmerzen usw..

⁶⁴Schrappe W, H Pfaff: Einführung in Konzept und Grundlagen der Versorgungsforschung. In: Pfaff H, E Neugebauer, M Schrappe, G Glaeske (Hrsg.): Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik - Methodik - Anwendung. 2017. SS. 25-26. ISBN: 9783794590681



Abb. 12: Qualitätsaspekte, die durch Befragung von Patienten beurteilbar werden

*Patient Reported Experience Measures
 **Patient Reported Outcome Measures

Ergänzend dazu können auch Aspekte der Servicequalität gemessen werden wie etwa die Zufriedenheit mit der telefonischen Erreichbarkeit des Krankenhauses, der Einfachheit der Terminvereinbarung, der sichere Umgang mit Patienteneigentum oder die Speisenversorgung. Diese Themen müssen zu einem nahe am Eingriffszeitpunkt liegenden Termin erfragt werden. Messinstrumente und Befragungszeitpunkte sollten validiert und standardisiert sein.

Qualität bei der Ambulantisierung verbindet in der Gesamtbetrachtung also Gesundheitsversorgung mit der Patientenperspektive auf Prozesse und Ergebnisse, Patientenzufriedenheit, Organisation, aber auch den Ressourcenverbrauch. Wirtschaftliche Analysen müssen unverzichtbar einbezogen werden, denn ohne belastbare wirtschaftliche Grundlage kann Ambulantisierung nicht nachhaltig erfolgreich werden.

Ergebnisse und Prozesse sind die Treiber des wirtschaftlichen Erfolgs. Der Aufwand für Ergebnisse wird durch die erforderlichen Prozesse bestimmt. Deren Aufwand bemisst sich an den im Prozess verbrauchten Ressourcen. Im Idealfall werden Prozesse so definiert, dass die angestrebten Ziele erreicht und nur die dafür erforderlichen Ressourcen vorgehalten werden. Ineffiziente Versorgungsprozesse äußern sich darin, dass der Quotient aus Ergebnis und Aufwand eine Grenze unterschreitet (vgl. dazu Value Based Health Care). In der Regel bedeutet dies, dass Prozesse nicht gut ablaufen (fehlende oder fehlerhafte Ergebnisse, Komplikationen, Doppelarbeit, Wiederholungen, Wartezeiten) oder dass sie nicht gut definiert sind. Im Bereich der erforderlichen Strukturen kann dies bedeuten, dass zu viele oder ungeeignete Ressourcen vorhanden sind, oder auch, dass erforderliche Ressourcen fehlen. Da Ressourcen aber immer Kosten verursachen, wird man bei Optimierungsfragen zunächst alle anderen Möglichkeiten ausloten, bevor man Ressourcen ergänzt.

⁶⁵Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH): Defining Value in "Valuebased Healthcare". 2019. Luxembourg. Publications Office of the European Union, European Union. PDF: ISBN 978-92-76-08992-6 doi:10.2875/35471 EW-04-19-516-EN-N.

Um Ressourcen zu schonen und Verschwendung zu verhindern, leitet man erforderliche Strukturen immer aus zielorientierten Prozessen ab. Im Zweifelsfall lautet bei der Identifizierung erforderlicher Ressourcen die entscheidende Frage „Welcher Prozess würde nicht korrekt ablaufen, wenn dieses Strukturelement fehlt?“. Daher lautet die Reihenfolge in der Planung immer:

1. Definition der operativen Unternehmensziele,
2. Festlegung der zielführenden Prozesse und
3. Identifikation förderlicher Strukturen.

Eine Reihe Indikatoren können durch den Gesetzgeber in verbindlichen qualitätssichernden Maßnahmen verankert werden. Dies sollten bevorzugt Indikatoren sein, deren Daten aus jetzt oder zukünftig ohnehin verfügbaren Datenquellen und aus Patientenbefragungen stammen (vgl. Abb. 13).

Solche Ergebnisse können nicht nur von den vom Gesetzgeber zu beauftragenden Stellen auf der regionalen Ebene für die Qualitätsbewertung genutzt werden. Auch die Einrichtungen sollten sie proaktiv mindestens quartalsweise einer Bewertung zuführen. Ausgewählte Schlüsselindikatoren sollten sogar monatlich für ein Dashboard aufbereitet werden.

Neben sparsam einzusetzenden Daten, die von den Gesundheitseinrichtungen gesondert für die Qualitätssicherung erhoben werden, sind es Daten von Krankenkassen, die Auskunft geben können. Dadurch kann nicht nur die frühe Ergebnisqualität – der Output – sondern auch die späte Ergebnisqualität – also das Outcome – mit Indikatoren beobachtet werden. Besonders Komplikationen sollten sich durch Daten entlang der Patientenkarriere ablesen lassen. Zu einem späteren Zeitpunkt sollte die elektronische Patientenakte so aufgebaut sein, dass dort enthaltene Daten dafür genutzt werden können. Neben den für die externe datengestützte Qualitätssicherung einzusetzenden Indikatoren gibt es weitere, die für Einrichtungen nützlich sind, um die Qualität zu überwachen.

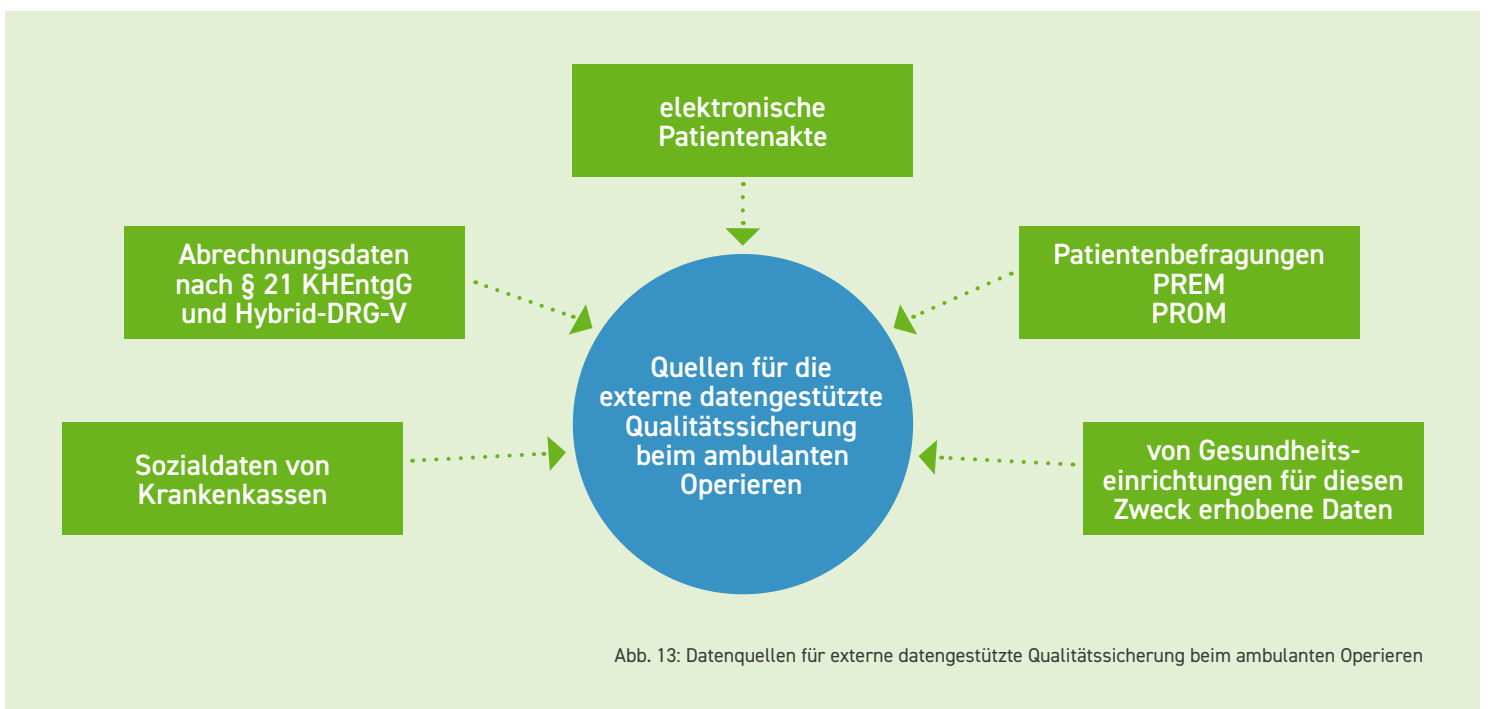


Abb. 13: Datenquellen für externe datengestützte Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren

3.3 Qualitätsdimensionen nach Donabedian

Für die Strukturierung und Messung von Qualität hatte Donabedian die Unterteilung in Ergebnis-, Prozess- und Strukturqualität vorgeschlagen. Auch, wenn die Qualitätsdimensionen als bekannt vorausgesetzt werden dürfen, soll die Einteilung genutzt werden, um Beispiele aufzuzeigen, mit denen sie einer Messung und Bewertung zugänglich gemacht werden können.

3.3.1 Ergebnisqualität

Für die Beurteilung der Qualität steht das Ergebnis an vorderster Stelle. Bei der Ambulantisierung sollten dafür diagnosespezifische Indikatorensätze erarbeitet werden. Zahlreiche Beispiele für ambulant erbringbare Gesundheitsleistungen wurden in den vergangenen Jahren durch die weltweite Initiative ICHOM erarbeitet. Bei der Ergebnisqualität könnte an folgende Beispiele gedacht werden:

Unternehmen	<ul style="list-style-type: none">▶ angestrebte Fallzahlen▶ angestrebter Mix an ambulant/stationär
Gesundheitsversorgung	<ul style="list-style-type: none">▶ Anspruchstellungen beim Haftpflichtversicherer▶ durch MD beanstandete stationäre Behandlungen▶ angestrebtes klinisches Outcome▶ klinische Outcomes nach internationalem Standard▶ vermeidbare Komplikationen und SEVer Events▶ CIRS-Meldungen
Patientensicht	<ul style="list-style-type: none">▶ PROMs zur indikationsspezifischen Verbesserung des Zustandes und der Funktionalität nach OP bzw. Intervention
Mitarbeiter	<ul style="list-style-type: none">▶ Anzahl berechtigter Beschwerden▶ unbesetzte Stellen, Anteil Fremdpersonal▶ Überstunden▶ Fehlzeiten▶ Fluktuation

3.3.2 Prozessqualität

Gute Ergebnisse können selbst bei optimalen Strukturvoraussetzungen nur mittels gut geplanter und umgesetzter Prozesse erzielt werden. Zwangsläufig unterscheiden sich die Inhalte bei verschiedenen Leistungsgruppen bzw. Eingriffsarten zum Teil erheblich. Bei den organisatorischen Abläufen wird man allerdings einen gewissen Anteil an Prozessindikatoren bei allen DRGs einheitlich verwenden können. Bei der Ambulantisierung könnte man an folgende Beispiele für Prozessqualität denken:

Unternehmen	<ul style="list-style-type: none"> ▶ angemessene Durchlaufzeiten je nach Eingriffsart ▶ organisatorische Verzögerungen des Ablaufs
Gesundheitsversorgung	<p>Behandlungsablauf entsprechend dem geplanten medizinischen Behandlungspfad je nach Eingriffsart wie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ rechtzeitige Antibiotikaphylaxe ▶ gelungene Gewinnung geeigneter histologischer Proben ▶ Einhaltung geplanter Schnitt-Naht-Zeiten
Patientensicht	<p>PREMs wie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Einfachheit bei der Terminvereinbarung ▶ Wartezeit bis zu einem Behandlungstermin ▶ Zufriedenheit mit der telefonischen Erreichbarkeit der Einrichtung ▶ Wartezeiten am OP-Tag ▶ patientensicherheitsrelevante Events ▶ Verständlichkeit der Aufklärung ▶ verständliche Beantwortung aufkommender Fragen ▶ wirksames Schmerzmanagement ▶ Organisation der Nachbetreuung
Mitarbeiter	<ul style="list-style-type: none"> ▶ falsche Handhabung der Sicherheitscheckliste ▶ fehlerhafte Patientenidentifikation ▶ fehlerhaftes Hygienemanagement

3.3.2.1 Indikationsqualität

Der Indikationsqualität als Teil der Prozessqualität kommt im Rahmen der Ambulantisierung eine herausragende Bedeutung zu. Der in den gesetzlichen Vorgaben und Verträgen formulierte Grundsatz „Nur noch stationär, was ambulant nicht erbracht werden kann“ beschreibt die Zielrichtung. Für die bisher oft gewählte Option, einen potenziell ambulant zu versorgenden Fall im stationären Setting zu behandeln, hat im Wesentlichen zwei Ursachen: (a) das Vergütungssystem und (b) die fehlenden, strukturiert erarbeiteten und in einer Einrichtung durchgängig umgesetzten, konkreten Entscheidungskriterien.

Das Vergütungssystem soll hier nicht Gegenstand der differenzierten Betrachtung sein. Die Entscheidungskriterien gewinnen jedoch vor dem Hintergrund möglicherweise geänderter monetären Anreizen an Bedeutung. Die im IGES-Gutachten⁶⁷ angesprochenen Kontextfaktoren geben hier den Ausschlag. Im AOP-Vertrag heißt es im § 8⁶⁸ „die Kontextfaktoren dienen der Begründung einer stationären Durchführung von Leistungen nach § 3 dieses Vertrags, die regelhaft ambulant erbracht werden können.“

⁶⁷IGES Institut GmbH 2022, S. 182ff

⁶⁸GKV-Spitzenverband o.D.: Vertrag nach § 115b Absatz 1 SGB V – Ambulantes Operieren, sonstige stationersetzende Eingriffe und stationersetzende Behandlungen im Krankenhaus (AOP-Vertrag)
www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/amb_stat_vers/ambulantes_operieren/aop_vertrag/2014_04_08_KH_AOP-Vertrag_2014_final.pdf, 21.12.2022 (Zugriff 03.03.2023)

Im Rahmen der Indikationsstellung sind zwei Vorgehensweisen zu unterscheiden. Steht die Entscheidung zu einer ambulanten Versorgung im Raum, dient eine exakte Dokumentation, die das Fehlen einschlägiger Kontextfaktoren umfasst, eher der juristischen Absicherung der Indikationsstellung zur ambulanten Versorgung. Soll wegen sich abzeichnender einschlägiger Kontextfaktoren eine stationäre Versorgung durchgeführt werden, steht die Patientensicherheit im Vordergrund. In jedem Fall kommt der umfassenden Dokumentation des Vorliegens oder Fehlens indikationsleitender Kontextfaktoren Bedeutung zu.

Im IGES-Gutachten werden die Einflussfaktoren analysiert, die im Rahmen der Dokumentation aufgegriffen werden sollten.⁶⁹ Dies sind

- ▶ besonderer Betreuungsbedarf, resultierend z.B. aus einer Demenz,
- ▶ vorliegende Haupt- und Nebendiagnosen aus ICD und komplexe Komorbidität (PCCL),
- ▶ erhöhter perioperativer und/oder Nachsorgebedarf und
- ▶ der Frailty-Index.

Der Begriff „Frailty“ beschreibt ein multidimensionales geriatrisches Syndrom. Es ist gekennzeichnet durch den Verlust von individuellen Reserven und eine erhöhte Vulnerabilität gegenüber internen und externen belastenden Einflussfaktoren.

Nur auf diese Weise kann eine Indikationsstellung gelingen und MD-sicher dokumentiert werden, die Patienten ausreichend Sicherheit im Rahmen ihrer Behandlung bietet.

3.3.2.2 Patientensicherheit als Bestandteil der Prozessqualität

Bestandteil von Prozessqualität sind auch im Rahmen des ambulanten Operierens sicherheitsrelevante Präventionsmaßnahmen. Eine Reihe von Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) bietet hier hilfreiche Hinweise.⁷⁰ Um Prioritäten bei der Erarbeitung von Präventionsmaßnahmen setzen zu können, bietet die SEVer-Liste des APS Orientierung. Die wichtigsten sicherheitsrelevanten Ereignisse, die durch Präventionsmaßnahmen weitestgehend verhindert werden können, sind hier aufgezeigt.⁷¹ Für einzelne dieser „schwerwiegenden Ereignisse, die wir sicher verhindern wollen“ (SEVer) existieren gezielte Handlungsempfehlungen, so z. B. für die „Vermeidung von Eingriffsverwechslungen beim ambulanten Operieren“⁷², die Checkliste für Klinikmitarbeiter – „Prävention von Stürzen“⁷³ oder auch die Handlungsempfehlung „Jeder Tupfer zählt! - Handlungsempfehlungen zur Vermeidung unbeabsichtigt belassener Fremdkörper im OP-Gebiet“⁷⁴. Da die Prozesse für ambulante Operationen und Eingriffe anders ablaufen als im stationären Setting, ist jeder Prozess dahingehend zu untersuchen, ob er relevante Risiken birgt. Damit korrespondierend sind geeignete Präventionsmaßnahmen zu definieren und zu implementieren.

⁶⁹IGES Institut GmbH 2022, S. 115f

⁷⁰Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (o.D.): Handlungsempfehlungen, www.aps-ev.de/handlungsempfehlungen (Zugriff 23.04.2023)

⁷¹Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (o.D.): Handlungsempfehlung Schützt vor Schaden: Die APS SEVer-Liste, www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2021/09/SEVer-Liste_APS.pdf (Zugriff 23.04.2023)

⁷²Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (o.D.): Handlungsempfehlung Vermeidung von Eingriffsverwechslungen beim ambulanten Operieren, www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/08/Handlungsempfehlung_Eingriffsverwechslungen_END.pdf, (Zugriff 23.04.2023)

⁷³Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (o.D.): Checkliste für Klinikmitarbeiter – „Prävention von Stürzen“, www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/08/Sturzvermeidung_CHECKLISTE.pdf, (Zugriff 23.04.2023)

⁷⁴Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (o.D.): Handlungsempfehlung Jeder Tupfer zählt! - Handlungsempfehlungen zur Vermeidung unbeabsichtigt belassener Fremdkörper im OP-Gebiet, www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/09/09-11-21_BFK_Empfehlung_Endf.pdf, (Zugriff 23.04.23)

3.3.3 Strukturqualität

Strukturelemente und Ressourcen sind wichtige kostenbestimmende Faktoren in der Ambulantisierung. Deshalb können bereits einfache Qualitätsindikatoren zu den Themen unnötige Strukturen, Verschwendung und Abfall eine sehr effektive Kostenkontrolle bewirken. Berwick machte darauf aufmerksam, dass Qualität auch dadurch gesteigert werden kann, wenn man die gleichen Ziele mit kostengünstigeren Ressourcen erreichen kann. Allerdings ist der Übergang zu qualitätsreduzierender Kostensenkung fließend, da viele Kosten sprungfix sind. Deshalb sollten Indikatoren in diesem Bereich nur in Verbindung mit Versorgungsqualität und Zufriedenheitserhebungen insbesondere auf Patientenseite zur Steuerung eingesetzt werden.

Bei der Ambulantisierung könnte man an folgende Beispiele für Strukturqualität denken:

Unternehmen	<ul style="list-style-type: none">▶ Dashboard vorhanden▶ Kennzahlensystem vorhanden▶ elektronische, prozessbegleitende IT-Systeme genutzt
Gesundheitsversorgung	<ul style="list-style-type: none">▶ Ausstattung z.B. mit OP-Besteck▶ Anzahl Eingriffsräume▶ Kapazität Aufwach- bzw. Nachbeobachtungsräume▶ Prozessbeschreibungen vorhanden▶ spezifisches Hygienekonzept vorhanden▶ postoperatives Verpflegungskonzept vorhanden
Patientensicht	<ul style="list-style-type: none">▶ Informationsmaterial für alle Leistungsgruppen vorhanden▶ Aufenthaltsbereiche angemessen ausgestattet: Lagerungsmöglichkeiten für postinterventionelle Phase, Umkleieräume, verschließbare Spinde, Wartezone für Angehörige
Mitarbeiter	<ul style="list-style-type: none">▶ fehlqualifizierte Mitarbeiter▶ Qualifikationsmix

3.3.4 TI-Instrumente im Einzelnen

Viele der in den vorangegangenen Kapiteln beschriebenen Vorgehensweisen und Prozesse müssen sehr viel stärker als bisher digitalisiert werden. Nur so wird es möglich sein, die notwendigen Daten für eine zielgerichtete Qualitätsbewertung und -überwachung mit vertretbarem Aufwand zu gewinnen.

Die in den folgenden Abschnitten aufgeführten Erläuterungen gründen auf einschlägigen Vorgaben im SGB V und auf Veröffentlichungen des Bundesministeriums für Gesundheit. Der Gesetzgeber hat folgende IT-Instrumente im Rahmen der Digitalisierungs-Initiative⁷⁵ in den gesetzlichen Rahmen des SGB V eingebettet:

⁷⁵GEMEINSAM DIGITAL: Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege (o.D.): www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/D/Digitalisierungsstrategie/BMG_Broschuere_Digitalisierungsstrategie_bf.pdf. (Zugriff 01.08.2023)

eGK	e-Gesundheitskarte,
ePKA	e-Patientenkurzakte,
ePA	e-Patientenakte,
eMP	e-Medikationsplan,
eRezept	e-Rezept,
eHBA	e-Heilberufsausweis,
eAU	e-Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und
KIM	Kommunikation im Medizinwesen.

Bereits vor Beginn der Digitalisierungs-Initiative waren zahlreiche individuelle IT-Instrumente im Einsatz, die meist nicht über standardisierte Schnittstellen verfügten. Dadurch konnten Daten nicht zuverlässig zwischen verschiedenen Einrichtungen ausgetauscht werden. Seit 01.07.2021 sind Krankenhäuser verpflichtet, nur Informationstechnische Systeme im Krankenhaus (ISiK) einzusetzen, die von der gematik zugelassen wurden. Mit den einheitlichen Standards (HL7 FHIR) wird der Datenaustausch innerhalb von Krankenhäusern aber auch über Sektorengrenzen hinweg erleichtert.

Im Routinebetrieb einer AOP-Einrichtung können zahlreiche dieser IT-Instrumente zum Nutzen von Patienten und Einrichtungen eingesetzt werden. Sie können zum einen die Qualität der Gesundheitsversorgung steigern und gleichermaßen den Workflow entlang der Wertschöpfungskette unterstützen und beschleunigen. Insbesondere die organisatorischen Schnittstellen können wirksam operationalisiert werden. Dadurch werden zahlreiche Probleme reduziert, die im Routinebetrieb immer wieder zu Nachteilen für Patienten und zu Beanstandungen im klinischen Risikomanagement geführt hatten.

Auch wenn diese Instrumente in der Routine-Versorgung bisher noch nicht reibungslos zusammenarbeiten können, lohnt es sich, ihren Einsatz bereits jetzt in die Planung des Workflows mit einzubeziehen. Ihr mögliches Zusammenspiel ist in Abbildung 14 dargestellt.

Entlang des klinischen Workflows (blauer Hintergrund) können die offiziellen IT-Instrumente (gelber Hintergrund) zusammen mit bereits bekannten IT-Anwendungen (grüner Hintergrund) verbunden werden. Die prä- und post-OP Schnittstellen sind besonders hervorgehoben. Sie bieten gegenüber den konventionellen Verfahren erhebliche Vorteile. Zukunftsperspektiven durch den Einsatz algorithmischer Verfahren sind rot hinterlegt.

Das Kernelement bildet die Elektronische Patientenakte. Existierende Dokumentations-Systeme (KIS oder PVS)⁷⁶ werden als ISiK über HL7-Verfahren mit der ePA verknüpft werden. Der Zugang zu den IT-Anwendungen ist nur durch den gemeinsamen Einsatz von eGK und eHBA möglich. Nur wenn beide Karten vorliegen, kann auf die Daten zugegriffen werden. Die Zugriffsrechte auf die verschiedenen Anwendungen sind in §336 SGB V geregelt.

⁷⁶KIS: Krankenhaus-Informationssystem, PVS: Praxisverwaltungssystem

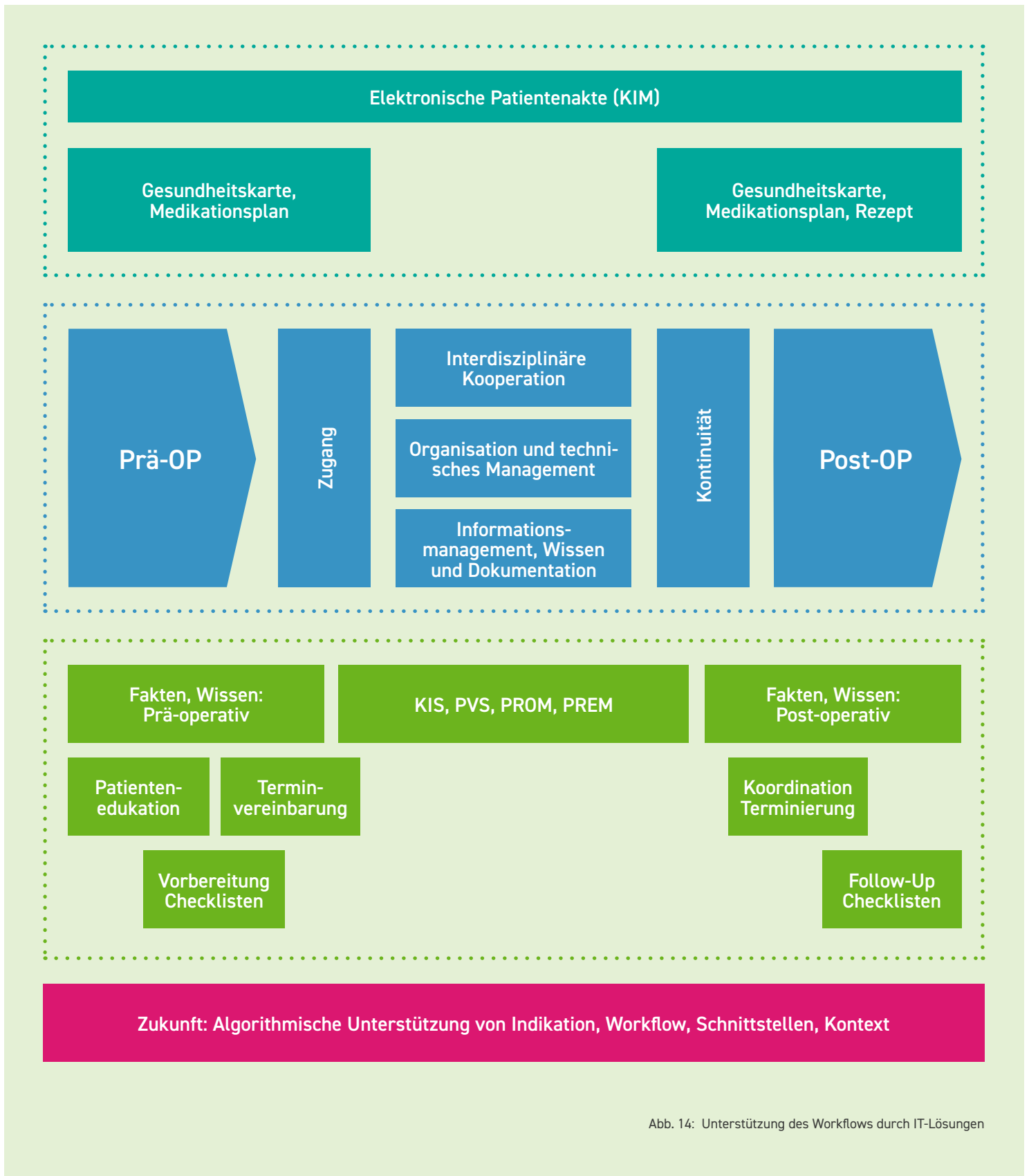


Abb. 14: Unterstützung des Workflows durch IT-Lösungen

Fakten und Wissensinhalte für die Patientenedukation und die präoperative Vorbereitung sollten in Zukunft Bestandteil von wissenschaftlichen Leitlinien und nationalen Versorgungsleitlinien sein. Anwendungen zur Terminvereinbarung sind bereits heute in vielen Systemen Standard. Checklisten für das Monitoring der präinterventionellen Vorbereitung sind bereits im Einsatz und können in die ePA integriert werden. Über den Medikationsplan informiert sich die AOP-Einrichtung über die aktuelle Arzneimitteltherapie. Das

Zusammenwirken von ePA und KIS bzw. PVS reduziert den Bürokratieaufwand während der Behandlung. Dies unterstützt die interprofessionelle Kommunikation genauso wie die Dokumentation für die MD-sichere Indikationsstellung zur stationären Behandlung.

Ein wesentliches Kontextkriterium für die ambulante Behandlung ist die Sicherstellung der postinterventionelle Behandlung und Nachsorge. Zur Vorbereitung der Entlassung werden auch die Regelungen zur Kommunikation in der Medizin (KIM) wirksam. Zudem können eventuell notwendige Termine mit Pflegediensten oder Therapeuten bereits im Vorfeld abgestimmt werden. Empfehlungen für postinterventionelle Behandlungen sind in die ePA eingetragen. Eventuell erforderliche Medikationen werden aktualisiert in den eMP getragen und entsprechende e-Rezepte ausgestellt. Weitere Arbeitsunfähigkeit wird überprüft und gegebenenfalls über die eAU kommuniziert.

Zur Entlassung werden wie in der präinterventionellen Phase Fakten und Wissen bereitgestellt, Patienten und Nachbehandler werden mit Checklisten in der ePA über evtl. erforderliches Monitoring informiert. Am Ende werden Zufriedenheitsfragen, PREMs und PROMs zu den geeigneten Zeitpunkten elektronisch getriggert und durch die Patienten unmittelbar elektronisch erfasst. Angesichts der Menge der durch den IT-Einsatz anfallender Daten und der zu erwartenden Vielzahl der Fälle sollte von Beginn an geplant werden, in welcher Weise durch algorithmische Verfahren das implizite Handlungswissen gewonnen werden kann. Die Ergebnisse und Erkenntnisse sollten zur Evaluation herangezogen werden und zur Optimierung des Gesamtansatzes des ambulanten Operierens genutzt werden.

Durch eine rechtzeitige, standardisierte Definition von Qualitätsindikatoren und den zu ihrer Berechnung notwendigen Daten auf der Makroebene könnten sich Anbieter entsprechender Software mit ihren Datensätzen darauf einstellen. Ein Qualitätsvergleich und die notwendige Qualitätstransparenz und -überwachung würde auf allen Ebenen ohne zusätzliche Dokumentationsaufwände möglich. Zum Beginn der Ambulantisierung zum 01.01.2024 wird dies nicht mehr möglich. Da es jedoch zu einer schrittweisen Ausweitung der Indikationsgebiete und Eingriffe kommen wird, ist es noch nicht zu spät, solche Standards zu definieren.

4 MANAGEMENT SUMMARY

Die Ambulantisierung soll nach dem Willen des Gesetzgebers Fahrt aufnehmen. Die in den vergangenen Jahren zahlreich geschaffenen gesetzlichen Grundlagen für verschiedene ambulante Versorgungsformen an und durch Krankenhäuser haben diese Erwartung bislang nicht erfüllt. Mit dem MDK-Reformgesetz vom 14.12.2019 existieren jedoch nunmehr die gesetzlichen Voraussetzungen zu einer weitreichenden Ambulantisierung.

Nach Erarbeitung eines Gutachtens durch das IGES Institut hatten DKG und KBV den Auftrag, sich auf einen Startkatalog für ambulante Operationen zu einigen. Dieser Auftrag wurde Mitte 2023 zurückgegeben, so dass es zu einer Ersatzvornahme mit einer Rechtsverordnung durch das Bundesministerium für Gesundheit kommt. Diese sieht für die Umsetzung ab 1.1.2024 einen Katalog mit einfachen Operationen und Eingriffen in vier Fachgebieten vor. Ein erweiterter Katalog soll im Laufe des Jahres 2024 folgen.

Um auf allen Ebenen die Umsetzung der Ambulantisierung mit Qualitätsstandards begleiten zu können, sind verschiedene Maßnahmen sinnvoll. Auf der Makro-Ebene von Bund und Ländern schlagende wir folgende Aktivitäten vor.

- ▶ Evidenzbasierte generische Versorgungspfade, die für die wichtigsten Krankheitsbilder nach einheitlichen und evidenzbasierten klinischen Standards erarbeitet werden sollten, um in jeder Versorgungsebene die medizinische und pflegerische Versorgung auf der Basis der bestverfügbaren aktuellen wissenschaftlichen Evidenz sicherzustellen.
- ▶ Mit Hilfe eines einheitlichen Versorgungsmonitorings sollte die Umsetzung der Ambulantisierung beobachtet werden. Dieses sollte aufzeigen, welche Operationen, die bisher stationär durchgeführt wurden, nunmehr flächendeckend ambulant erbracht werden. Ebenso sollte regionale Über- und Unterversorgung, Konversionsraten von zunächst ambulant geplant zu stationär versorgt sowie Komplikationsraten sichtbar gemacht werden.
- ▶ Mit Hilfe von Rückmeldungen von Patienten zur Prozessqualität (PREMs) und Ergebnisqualität (PROMs) mit validierten Befragungsinstrumenten sollte gleichlautend sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor die Qualitätsbeobachtung ergänzt werden.
- ▶ Die Umsetzung der Ambulantisierung als mehrjähriger Prozess sollte von Versorgungszielen geleitet durch das beschriebene Versorgungsmonitoring überwacht und in einer Konvergenzphase hinsichtlich der Rahmenbedingungen dynamisch angepasst werden.
- ▶ Die in zwei Phasen zu gliedernde Indikationsstellung – zunächst die Indikation zum Eingriff, dann zum Setting – muss durch eine faire Prüfung der Wahl des Settings insbesondere hinsichtlich der Kontextfaktoren überprüft werden. Anderenfalls kann es zu Einbußen in der Patientensicherheit kommen.
- ▶ Schweregrad und Begleiterkrankungen beeinflussen den Aufwand auch beim ambulanten Operieren. Deshalb muss die Finanzierung auskömmlich gestaltet sein und Vorhaltungen auch für verlängerte Beobachtungszeiten berücksichtigen.

Auf der Meso-Ebene – der Ebene der Gesundheitsregionen und -netzwerke – halten wir folgende Qualitätsstandards für sinnvoll:

- ▶ Regionale Versorgungspfade sollten für die sektorenübergreifende Zusammenarbeit bei Indikationsstellung, Vorbereitung, Durchführung und Nachbetreuung ambulant operierter Patienten in regionalen Versorgungsnetzwerken gemeinsam angepasst und nachhaltig umgesetzt werden.

- ▶ Nur regional kann der Zugang zu einer angemessenen Gesundheitsversorgung sichergestellt werden. Dafür müssen entsprechende Angebote unter Berücksichtigung epidemiologischer, soziodemografischer und geografischer Gegebenheiten geschaffen, koordiniert und sichergestellt werden.
- ▶ Eine strukturierte Zusammenarbeit zwischen OP-Einrichtung und ärztlicher, therapeutischer und pflegerischer Weiterbetreuung muss durch die Organisation der Behandlungskette die notwendige Kontinuität im Behandlungsprozess gewährleisten.
- ▶ Die Qualität in der Versorgungskette zeichnet sich besonders durch die koordinierte Zusammenarbeit aus. Auch sie sollte gemessen, bewertet und fachlich und organisatorisch weiterentwickelt werden.

Schließlich sind auf der Ebene der einzelnen Gesundheitseinrichtung – der Mikro-Ebene – ebenfalls Qualitätsstandards zu beachten. Neben den gesetzlichen und untergesetzlichen Vorgaben sind dies unseres Erachtens folgende Punkte.

- ▶ In der Zusammenschau mit den sich erst entwickelnden Vorgaben der Krankenhausreform muss die Portfoliostrategie auch für die Ambulantisierung proaktiv und in kurzen Zeitabständen erarbeitet, überdacht und angepasst werden. Das Ambulantisierungspotenzial muss fortlaufend ermittelt, notwendige Prozessanpassungen und Steuerungen in der Strukturqualität vorgenommen werden.
- ▶ Um Schweregrade, Komorbidität und soziale Kontextfaktoren bei der Indikationsstellung zu einem ambulanten Eingriff berücksichtigen zu können, müssen alle einflussnehmenden Informationen eingeholt und bewertet werden, um die Sicherheit jedes einzelnen Patienten zu gewährleisten und von Anfang an das richtige Setting zu wählen.
- ▶ Der sorgfältigen Dokumentation der Kontextfaktoren kommt im Rahmen von MD-Prüfungen entscheidende Bedeutung zu. Die etablierte Aufklärung sollte dazu ergänzt werden.
- ▶ Das Qualitätsmanagementsystem des Krankenhauses muss an die Bedürfnisse des ambulanten Operierens angepasst werden.
- ▶ Nicht erst am Jahresende, sondern prozessbegleitend ist die Qualität datengestützt zu beobachten. Entsprechende Qualitätsindikatoren sollten definiert, gemessen und bewertet werden.
- ▶ In einer Planungsphase sollten die Prozesse mit professionellem Projektmanagement hinterfragt und angepasst werden, um einerseits den Bedarfen und Bedürfnissen der Patienten zu entsprechen und andererseits den Ressourcenverbrauch angemessen zu gestalten.
- ▶ In der Umsetzungsphase müssen Qualität und Wirtschaftlichkeit beobachtet und immer wieder nachjustiert werden. Dies muss in allen Fachgebieten geschehen, die sukzessive von der Ambulantisierung auf der Basis der aktuellen gesetzlichen Vorgaben betroffen sind.

Ambulantisierung erhöht die Komplexität des Behandlungsgeschehens im Krankenhaus. Sie erhöht die Prozessvielfalt. Sie bietet jedoch auch die Gelegenheit, durch Digitalisierung entlang der gesamten Behandlungskette als Beispiel für moderne, bedarfsgerechte und patientenorientierte Behandlung zu dienen.

Herausgeber

RHÖN STIFTUNG

Eugen und Ingeborg Münch
Salzburger Leite 1 | Campus Haus 13
97616 Bad Neustadt a.d. Saale

T +49 (0)160 410 79 34
kontakt@rhoen-stiftung.de
www.rhoen-stiftung.de

Erscheinungsdatum

November 2023

Verantwortlich für den Inhalt

Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg und Dr. Dr. Klaus Piwernetz

Gestaltung

Sonja März

Vorstand: Prof. Dr. Boris Augurzky (Vorstandsvorsitzender), Eugen Münch (stellvertretender Vorstandsvorsitzender),
Prof. Dr. med. Bernd Griewing, Dr. Christian Zschocke
Geschäftsführung: Annette Kennel

Die Rhön Stiftung ist durch die Regierung von Unterfranken mit Anerkennungsurkunde vom 4. Juni 2014 als
Stiftung bürgerlichen Rechts anerkannt, Stiftungsverzeichnis Nr. 44-1222.00-CC-1-64

