

Februar 2023

Hoffnung oder Furcht: Kliniken sollen **ambulanter** werden

Eine stärkere Ambulantisierung stationärer Leistungen hat sich die Bundesregierung in ihrem Koalitionsvertrag zum Ziel gesetzt. Dass nicht alle Klinikaufenthalte, die derzeit in Deutschland verzeichnet werden, medizinisch notwendig sind, bezweifelt niemand. Strittig ist, auf welchem Weg das Ziel am besten erreicht werden kann.



Illustration: AOK

Inhalt

- Schwerpunkt**
Vermeidbare Klinikaufenthalte reduzieren
- Hintergrund und Presse**
„Jetzt kommt es auf Details an“
Presseecho
- Markt und Meinung**
Qualität bei Mandel-OPs
Bayern plant Cloud für Gesundheitsdatennutzung
Kontinuierlicher Zuwachs beim Pflegepersonal
Drei Fragen an ...
- Versorgung und Service**
Weniger Krebspatienten im Krankenhaus
Neue Instrumente für die Krankenhausplanung
Nur zwei Drittel der Häuser haben genug Personal
Termine
Personalia
- Zahlen – Daten – Fakten**
Wo sich die Versorgung ändern kann

13,4 %

aller Patientinnen und Patienten mit Leistenbruch wurden 2018 in Dänemark für die Operation stationär aufgenommen. In Deutschland waren es im selben Jahr 99,7 Prozent.

+ Pflege: Der Personalaufbau hat sich verlangsamt, kam aber nicht zum Erliegen

Seite 4

+ Sachsen schafft sich mehr Freiraum und neue Instrumente für die Krankenhausplanung

Seite 5

» In fünf Jahren werden wir 70 Prozent der Eingriffe, die wir gegenwärtig stationär durchführen, ambulant machen.

Prof. Dr. Horlitz, Kardiologe, Chefarzt und stellvertretender Ärztlicher Direktor des Krankenhauses Köln-Porz

Vermeidbare Klinikaufenthalte reduzieren

Infolge veralteter Strukturen kämpfen die Kliniken zunehmend mit personellen und wirtschaftlichen Problemen – die Politik versucht mit verschiedenen Maßnahmen, dem entgegenzusteuern. Ein wichtiger Aspekt ist dabei die Ambulantisierung bisher stationärer Behandlungen, die sowohl finanzielle als auch pflegerische Ressourcen freisetzen soll. Damit es dazu kommt, setzt die Bundesregierung unter anderem auf neue Ansätze in der Vergütung.

Die Lage der Kliniken spitzt sich weiter zu. Laut Krankenhaus-Rating-Report des RWI Leibniz-Instituts für Wirtschaftsforschung sollen 60 Prozent der Häuser das Jahr 2022 mit roten Zahlen abschließen. Verschärfend wirkt, dass die Kliniken Tausende offener Stellen in Medizin und Pflege nicht besetzen können.

Preise bleiben unterhalb der Fallpauschalen

Um die Pflege kurzfristig zu entlasten, hat die Bundesregierung Ende 2022 die sogenannte tagesstationäre Behandlung in Kliniken eingeführt, bei der geeignete Patienten nach mindestens sechsständiger Behandlung pro Tag die Nacht zu Hause verbringen können, sofern dies medizinisch vertretbar ist. Die neue Versorgungsform wird auf der Basis von Fallpauschalen (DRGs) abgerechnet – abzüglich der Kosten für die Übernachtung, höchstens aber 30 Prozent der Vergütung. Zusätzlich sollen die Kliniken motiviert werden, mehr ambulante Behandlungen anzubieten. Dafür hat das Bundesgesundheitsministerium (BMG) die Selbstverwaltung beauftragt, eine sektorengleiche Vergütung zu vereinbaren, deren Höhe oberhalb des bisherigen Niveaus des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes

(EBM), aber knapp unterhalb der entsprechenden DRG liegen soll. Kommt die Einigung bis Ende März nicht zustande, will das BMG die Preise und Leistungen festlegen. Außerdem ist Anfang 2023 der erstmals erweiterte Katalog ambulant durchführbarer Operationen und stationärsersetzender Leistungen (AOP-Katalog) in Kraft getreten. In den 30 Jahren seines Bestehens hat das Instrument jedoch kaum dazu beigetragen, das ambulante Potenzial in der Versorgung auszuschöpfen.

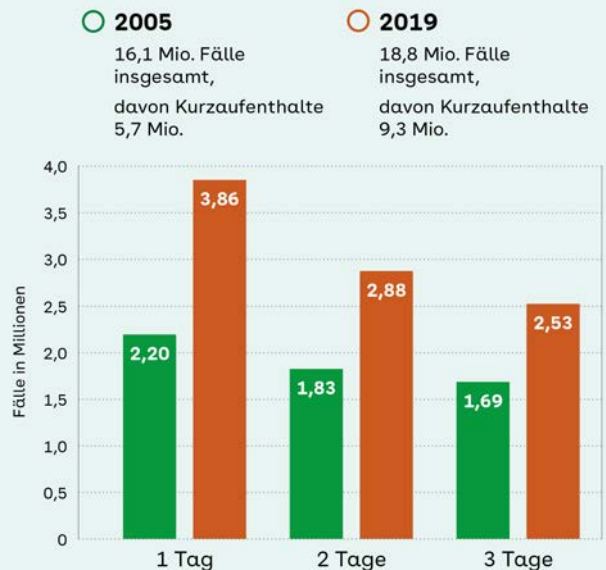
Dass etliche heute stationäre Patientinnen und Patienten ambulant behandelt werden könnten, zeigen internationale Vergleiche. Einer Expertise der Universität Hamburg zufolge werden in den skandinavischen Ländern, aber auch in Frankreich und Spanien, viele Operationen seit Jahren überwiegend ambulant durchgeführt, die in Deutschland nahezu ausnahmslos stationär stattfinden. Zwar waren die Fallzahlen bei ambulanten OPs Anfang der 2000er-Jahre auch hierzulande schon einmal deutlich gestiegen, seit zehn Jahren aber stagniert die Entwicklung, während insbesondere die stationären Kurzaufenthalte in Kliniken zunehmen – zum Nachteil des Personals und der finanziellen Ressourcen des Systems.

Eine Ursache der Entwicklung ist die für beide Sektoren getrennte Bedarfsplanung mit je eigener Vergütungssystematik. So sind in der Versorgung ungünstige Angebotsstrukturen entstanden, die eine Verlagerung stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich erschweren. Die Vergütung ambulanter OPs gilt zudem für Kliniken als unattraktiv, und die unklare Aufgabenteilung zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen gibt häufig Anlass zu Abrechnungskonflikten.

Vergütung einfach und pragmatisch gestalten

Um die neuen Preise in der Praxis einfach und pragmatisch umzusetzen, hat die AOK sogenannte Ambulantisierungsbudgets vorgeschlagen. Der Ansatz: Kliniken und Krankenkassen vereinbaren im Rahmen ihrer jährlichen Budgetverhandlungen Zielwerte für den Anteil ambulanter Behandlungen. So könnten Abrechnungskonflikte, bei denen Kliniken und Kassen über Einzelfälle streiten, wirksam vermieden werden.

Immer mehr Kurzaufenthalte im Krankenhaus



Eintägige Klinikaufenthalte werden immer häufiger: Zwischen 2005 und 2019 stiegen sie von 2,2 auf 3,9 Millionen Fälle an, ein Plus von 75 Prozent. *Quelle: GKV-SV*

„Jetzt kommt es auf Details an“

Landen Patienten mit ambulant-sensitiven Diagnosen künftig in der Tagesbehandlung? Noch ist bei der Ambulantisierung alles offen, meint Gesundheitsökonom Andreas Beivers.



Andreas Beivers

Professor für Gesundheitsökonomie, Hochschule Fresenius, München

Blickpunkt Klinik: Was hat der medizinische Fortschritt mit sinkenden Fallzahlen in Kliniken zu tun?

Andreas Beivers: Für die niedrigen Fallzahlen gibt es mehrere Gründe. Schon vor Jahren haben einige Gesetzesinitiativen entsprechende Impulse gesetzt. Dramatische Einbrüche gab es zuletzt durch das Verschieben von Operationen in der Pandemie, die bis heute nur teilweise nachgeholt wurden. Hinzu kommen schonende Narkosen und OP-Techniken, die viele, früher langwierige Klinikaufenthalte verkürzt haben.

Wo sehen Sie die Kernkompetenzen der Kliniken in der künftigen ambulanten Versorgung?

Es gibt aus medizinischer Sicht viel mehr Aspekte als „ambulant“ und „stationär“. Ob jemand zu Hause übernachten kann – was jetzt über die Tagesbehandlung entscheidet – genügt jedenfalls nicht zur Abgrenzung. Letztlich müssten dafür medizinische Kriterien herangezogen werden. Was zählt, ist die Komplexität der Behandlung, das erforderliche Krankenhaus-Setting. Es muss aber, wie auch die Vergütung, einfach und pragmatisch geregelt werden. Sonst löst die Ambulantisierung neue Prüfwellen aus.

Wie muss die Versorgung ausgestaltet werden, damit die Kliniken tatsächlich ambulant behandeln?

Viele Patienten bleiben heute auf der Station, weil die Nachsorge nicht geklärt ist. Gerade für Ältere ist es wichtig, dass bei mehr ambulanten Eingriffen der Sozialdienst, das Entlassmanagement und die Nachsorge funktionieren. Sonst sind die Patienten binnen Stunden wieder in der Klinik. Dänemark hat dafür die ambulante Nachsorge massiv ausgebaut. Das müsste hier auch geschehen, und zwar auf Basis einer pragmatischen, mit Investitionen unterlegten Strategie.

Das BMG hat für die künftige sektorengleiche Vergütung ein Niveau oberhalb des EBM und knapp unterhalb der DRGs vorgesehen. Wie beurteilen Sie das?

Wenn der Rahmen stimmt, werden die Kliniken verstärkt ambulant behandeln – allein aus personellen Gründen. Aber bisher sind viele Fragen offen. Es könnte sein, dass die Fallzahlen im ambulanten Bereich steigen. Es könnte auch für die Kliniken zum Damoklesschwert und trotzdem für die Krankenkassen teurer werden, ohne dass der Patient profitiert. Wenn es schlecht gemacht wird, können alle verlieren. Man muss jetzt sehr genau hinschauen.

Braucht der Prozess der Ambulantisierung einen anderen ordnungspolitischen Rahmen?

Wir sollten Patienten stärker steuern und die ambulante und stationäre Bedarfsplanung durch eine ganzheitliche Planung ersetzen. Zudem könnten die Kassen größere Vertragsspielräume erhalten, etwa mit Regionalbudgets. Und wie wäre es, wenn Versicherte zwischen Tarifen mit und ohne Klinikbindung wählen könnten? Das ist politisch kompliziert, wäre aber nötig.

Presseecho

St. Vincenz in Diez wird gefördert



Das St. Vincenz-Krankenhaus Diez erhält vom Land Rheinland-Pfalz eine Fördersumme in Millionenhöhe zur Umsetzung von Sanierungsmaßnahmen. Insgesamt stellt das Land dem Krankenhaus 13,5 Millionen Euro zur Sanierung, baulichen Anpassung und Modernisierung der Stationen bereit. Um die voraussichtlichen Gesamtkosten in Höhe von zirka 20 Millionen Euro zu decken, steuert der Krankenhausträger einen zusätzlichen Eigenanteil in Höhe von sechs Millionen Euro bei. Mit dem Geld sollen die Patientenzimmer zeitgemäß ausgestattet, IT erneuert und der Brandschutz verbessert werden.

BibliomedManager, 2. Februar 2023

Zuschuss für Alsfelder Klinikum

Das Krankenhaus in Alsfeld soll von dem Sonderinvestitionsprogramm für hessische Krankenhäuser profitieren. Das stellte der gesundheitspolitische Sprecher der CDU-Landtagsfraktion, Dr. Ralf-Norbert Bartelt, in einer aktuellen Stunde des Wiesbadener Landessparlaments in Aussicht. Das Förderprogramm enthält ein Volumen von zweimal 25 Millionen Euro und zusätzlich zweimal 70 Millionen Euro Kreditförderung für 2023 und 2024. Die konkrete Summe für das Alsfelder Haus muss nun vonseiten der Landesregierung ermittelt werden.

Gießener Allgemeine, 27. Januar 2023

Zuschuss für Brandenburgs Klinken

Angeichts der hohen Energiekosten und der Inflation will die Brandenburger Landesregierung die Kliniken im Land zusätzlich unterstützen. In diesem und im nächsten Jahr sollen die Krankenhäuser aus dem sogenannten Brandenburg-Paket jeweils 95 Millionen Euro für Investitionen erhalten. Gezahlt werden soll die Investitionspauschale von 95 Millionen Euro zusätzlich zu den 110 Millionen Euro, mit denen das Land die Kliniken jährlich unterstützt.

rbb24, 11. Januar 2023

Qualität bei Mandel-OPs

Auch bei Routineeingriffen wie Mandeloperationen gibt es in Krankenhäusern erhebliche Qualitätsunterschiede. Eine bundesweite Auswertung im Rahmen des QSR-Verfahrens (Qualitätssicherung mit Routinedaten) zeigt, dass Komplikationen in einigen Kliniken dreimal häufiger auftreten als in anderen: Während im besten Viertel der Häuser bis zu 2,3 Prozent der Behandelten binnen 30 Tagen wegen Nachblutungen erneut operiert wurden, lag diese Quote im schlechtesten Viertel bei mindestens 6,8 Prozent. Auch mit Störungen der Stimme, des Geschmackssinns oder Problemen beim Schlucken haben frisch Operierte in manchen Kliniken signifikant häufiger zu tun. Der Auswertung liegen die Ergebnisse von mehr als 47.000 AOK-Fällen aus 352 Häusern der Jahre 2018 bis 2020 zugrunde. Im AOK-Gesundheitsnavigator sind die Ergebnisse der einzelnen Kliniken veröffentlicht.

Signifikante Unterschiede bei Mandel-OPs

Re-Intervention bei Nachblutung



Bei einem Viertel der Häuser kam es in 6,75 bis 20 Prozent der Fälle zur Folge-OP wegen Nachblutungen.
Quelle: WIdO

Bayern plant Cloud für Gesundheitsdatennutzung

Eine „Bavarian Cloud for Health Research“ soll Gesundheitsdaten in Bayern für Forschung und Innovation verfügbar machen und damit sowohl den Wissenschafts- und Wirtschaftsstandort Bayern stärken als auch personalisierte Medizin ermöglichen. Das teilte der bayerische Staatsminister für Gesundheit und Pflege, Klaus Holetschek, anlässlich der Ankündigung eines E-Health-Kongresses mit. Die ersten Schritte zur Errichtung der Cloud sind noch 2023 geplant. Für das ebenfalls im Jahr 2023 geplante neue Bundesgesundheitsdatennutzungsgesetz forderte der Minister, das Datenschutzrecht und die Datenschutzaufsichtsstrukturen zu vereinfachen.

→ stmgp.bayern.de

PERSONALENTWICKLUNG IN DER PANDEMIE

Kontinuierlicher Zuwachs beim Pflegepersonal

Der Personalaufbau in der Pflege hat sich in der Pandemie verlangsamt, kam aber nicht zum Erliegen. Ende 2021 beschäftigten die deutschen Kliniken laut Statistischem Bundesamt (destatis) 510.000 Pflegefachkräfte, das waren 7.000 oder 1,4 Prozent mehr als im Jahr zuvor. Auch 2020 war die Zahl der Pflegekräfte nur um 15.000 oder 3,2 Prozent gestiegen – vor der Pandemie im Jahr 2019 hatte der Zuwachs noch bei plus 20.000 oder 4,2 Prozent gelegen. Gleichzeitig ging die Zahl der Patienten zurück. In den Jahren 2020 und 2021 haben die Häuser 16,8 beziehungsweise 16,7 Millionen Fälle verbucht; 2019 waren es 19,4 Millionen gewesen.

→ destatis.de

Drei Fragen an ...



Stephan Pilsinger, Mitglied des Deutschen Bundestages und gesundheitspolitischer Sprecher der CSU-Landesgruppe

Ohne Länder keine Reform

Welche Chancen geben Sie den Vorschlägen der Expertenkommission zur Krankenhausreform?

In dieser Form: keine. Wenn die Reform so käme, hätten wir einen schlimmen Kahltschlag in der Grund- und Regelversorgung, besonders im ländlichen Raum. Durch die vorgegebenen „Mindeststrukturvoraussetzungen“ für die einzelnen Level müssten viele Grundversorger Stationen schließen. In der Folge hätten nicht nur die Patienten weitere Wege zum nächsten Krankenhaus, sondern auch die Pflegekräfte zu ihrem neuen Arbeitsplatz. Da werden die Länder und Verbände nicht mitspielen.

Was sollte die Bundesregierung im Prozess der Gesetzgebung beachten?

Bund und Länder müssen die Voraussetzungen zur Einstufung in die jeweiligen Level flexibler regeln. Es kann nicht sein, dass ein Haus Stationen schließen muss, weil ihm eine einzige Leistungsgruppe für die Einstufung in das nächsthöhere Level fehlt. Außerdem brauchen wir eine Länderöffnungsklausel, mit der regionale Besonderheiten in der Krankenhausstruktur berücksichtigt werden können.

Worauf kommt es bei der Umsetzung an?

Die „Entökonomisierung“ des Krankenhausesektors ist kontraproduktiv. Ökonomische Anreize stärken auch eine effiziente Krankenhauslandschaft. Wichtig ist, dass die Grundversorger mithilfe einer adäquaten Vorhaltekostenfinanzierung schwarze Zahlen schreiben können und sich nicht auf hochbezahlte Leistungen spezialisieren müssen. Komplexe Eingriffe sollen in der Tat an Kliniken der Schwerpunkt- oder Maximalversorgung durchgeführt werden, aber dafür muss das DRG-System auch die Mittel bereitstellen.

Foto: Tobias Koch

Weniger Krebspatienten im Krankenhaus

Knapp 1,44 Millionen Patientinnen und Patienten wurden im Jahr 2021 wegen einer Krebserkrankung im Krankenhaus behandelt. Laut Statistischem Bundesamt sank die Zahl der stationären Krebsbehandlungen damit auf den niedrigsten Stand der vergangenen 20 Jahre. Gegenüber dem ersten Coronajahr 2020 ging die Zahl der krebsbedingten Klinikaufenthalte um 1,2 Prozent zurück; im Vergleich mit dem Vor-Coronajahr 2019 mit damals rund 1,55 Millionen Krebsbehandlungen betrug der Rückgang 7,2 Prozent. Der Anteil stationärer Krebsbehandlungen an allen Krankenhausbehandlungen hielt sich 2021 wie 2020 auf dem relativ hohen Niveau von gut acht Prozent.

→ [destatis.de](https://www.destatis.de)

Neue Instrumente für die Krankenhausplanung

Die sächsischen Landesbehörden haben künftig größere Spielräume bei der Krankenhausplanung. So können sie jetzt Qualitätsparameter stärker gewichten und die Bedeutung bestimmter Versorgungsschwerpunkte in Regionalkonferenzen diskutieren. Kliniken können außerdem als ambulant-stationäre Versorgungszentren betrieben werden. Diese Regelungen hat der Sächsische Landtag Ende Dezember 2022 mit dem neuen Sächsischen Krankenhausgesetz verabschiedet, das die Grundlagen der Krankenhausplanung und -finanzierung auf Landesebene regelt. Dem Beschluss waren monatelange Beratungen mit den beteiligten Akteuren vorausgegangen.

→ aok.de/gp

Nur zwei Drittel der Häuser haben genug Personal

Knapp 40 Prozent der Kliniken für Psychiatrie und Psychosomatik haben in der zweiten Jahreshälfte 2021 die Mindestvorgaben für ärztliches und therapeutisches Personal verfehlt. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie waren es sogar 50 Prozent. Diese Zahlen hat das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) veröffentlicht und die bisher vermuteten personellen Probleme der Häuser erstmals offiziell bestätigt. Die Untersuchung bezieht sich auf die Vorgaben der Richtlinie über die Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-Richtlinie) aus dem Jahr 2019, für die in der Coronapandemie zahlreiche Ausnahmen galten.

→ [iqtig.de](https://www.iqtig.de)

Termine

7./8.3.2023 Düren

RehaForum

Rehabilitation zwischen Effektivität, Qualität und Effizienz

30./31.3.2023 Berlin

Nationales DRG-Forum

Die jährliche Diskussionsplattform zum Thema Krankenhaus-Management

3./4.5.2023 Köln

Gesundheitskongress des Westens

Kongress für Gesundheitspolitik und Gesundheitswirtschaft für Führungskräfte in Kliniken und Ärzte

Personalia

Iris Minde vertritt die Kommunalen bei der DKG



Dr. Iris Minde gehört jetzt dem Präsidium der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) an. Die Geschäftsführerin und Sprecherin des Klinikums

St. Georg Leipzig vertritt nun den Deutschen Städtetag bei der DKG. 2020 hatte die promovierte Wirtschaftswissenschaftlerin die Interessen der kommunalen Krankenhäuser bereits als Vorsitzende der Konferenz des Deutschen Städtetages vertreten. Sie folgt auf Dietmar Pawlik, der altersbedingt Ende 2022 ausgeschieden ist.

Foto: privat

Andreas Philippi folgt auf Daniela Behrens



Dr. med. Andreas Philippi hat das Sozialministerium in Niedersachsen übernommen. Der 57-jährige Arzt und bisherige Bundestagsabgeordnete aus Göttingen ist

seit mehr als 30 Jahren im Gesundheitswesen tätig und arbeitete bis zu seiner aktuellen Ernennung auch als Facharzt in der Chirurgie in einem MVZ. Er übernimmt das Ressort von Daniela Behrens, die ins Innenministerium gewechselt hat, um Bundesverteidigungsminister Boris Pistorius in seinem früheren Amt zu ersetzen.

Foto: Ministerium für Soziales, Nds.

Friedrich R. München steht für Kontinuität bei der KGS



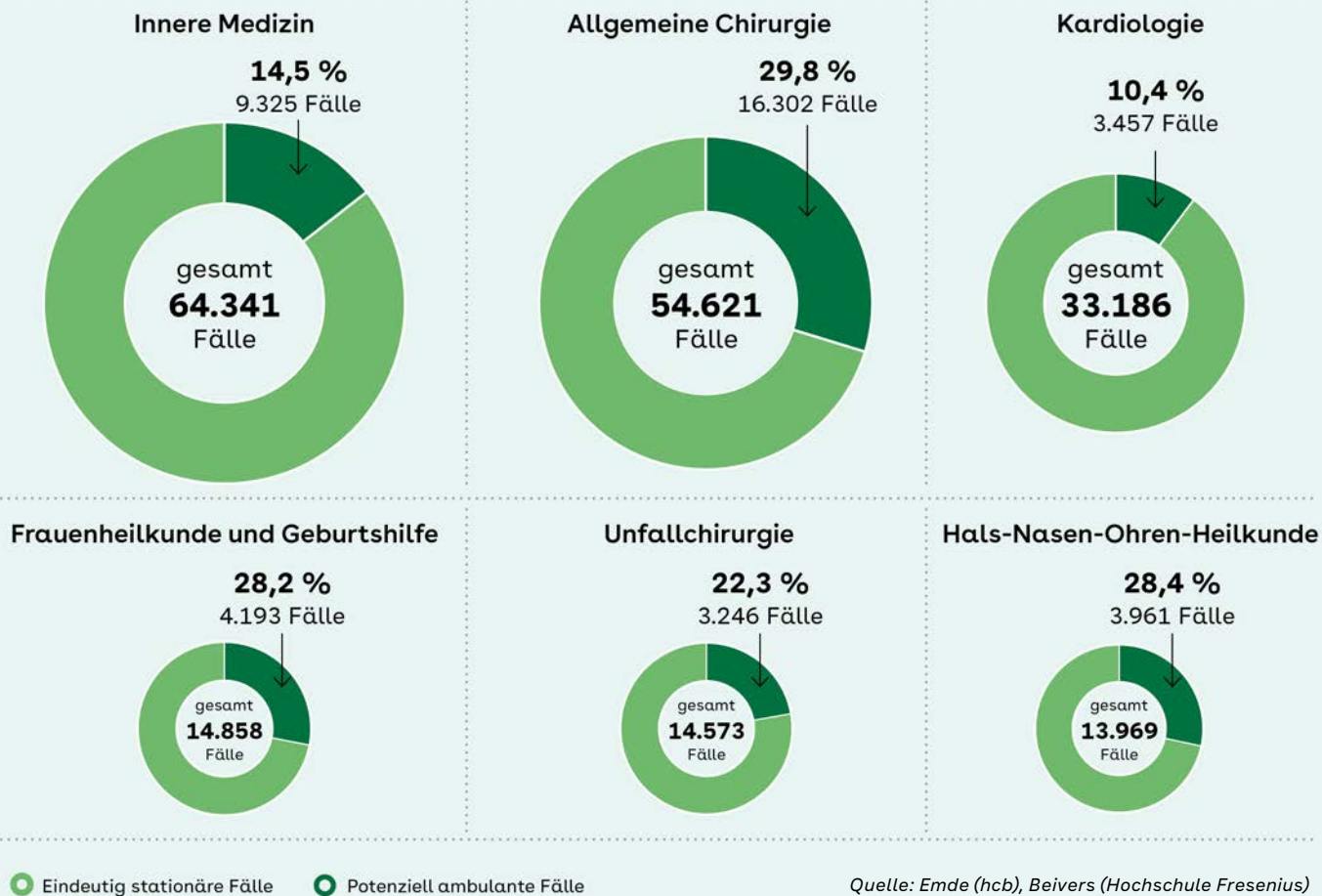
Friedrich R. München ist neuer Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Sachsen (KGS). Der Jurist war zuvor Fachbereichsleiter Recht und Qualität

des Krankenhausverbandes und seit vielen Jahren bereits stellvertretender KGS-Geschäftsführer. Vor seiner Tätigkeit bei der KGS arbeitete er in verschiedenen Funktionen im Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen in Trier. Als Dozent lehrt er an verschiedenen Hochschulen zum Krankenhausrecht.

Foto: Susann Friedrich Fotografie

Wo sich die Versorgung ändern kann

Quantitative Auswirkungen der Ein- und Ausschlusskriterien des IGES-Gutachtens zum ambulanten Operieren



Die Potenziale ambulanter Behandlung haben für alle Krankenhäuser große Bedeutung. Ambulante Operationen und Prozeduren dürften zwar in „kleineren Fächern“ wie der Strahlenheilkunde und der Urologie künftig die größten Anteile haben. Betrachtet man jedoch die realen Fallzahlen in den klinischen Fachbereichen, ergibt sich ein anderes Bild: Gemäß den Ein- und Ausschlusskriterien, die das Forschungsinstitut IGES 2022 im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums für die Erweiterung des AOP-Kataloges ermittelt hatte, werden die meisten ambulant durchführbaren und stationärer ersetzenden Eingriffe in der inneren Medizin und der allgemeinen Chirurgie stattfinden, gefolgt von der Frauenheilkunde. Das errechneten Annika Emde vom Institute für Healthcare Business (Hcb) und Andreas Beivers, Professor für Gesundheitsökonomie an der Hochschule Fresenius, auf der Basis anonymisierter Daten von rund 350.000 stationären Fällen der Jahre 2020 und 2021.

Ambulant oder stationär – eine wichtige Entscheidung im Alltag von Ärztinnen und Ärzten



Impressum

Herausgeber: AOK-Bundesverband; Verantwortlich: Dr. Carola Reimann, Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes; Redaktion: KomPart Verlagsgesellschaft GmbH & Co. KG, 10178 Berlin, Rosenthaler Str. 31, kompart.de; Redakteurin: Anja Schnake; redaktionelle Mitarbeit: Annette Affhüppe; Creative Director: Sybilla Weidinger; Grafik: Simone Voßwinkel; Job-Nr.: 23-0343
Informationen zum Datenschutz finden Sie hier: blickpunkt-klinik.de/datenschutz

„Blickpunkt Klinik“ kostenlos abonnieren

Fundierte Informationen aus dem Krankenhaus – hier können Sie ein Abo abschließen oder beenden:

→ Newsletter abonnieren → Newsletter abbestellen