

michels.pmks

Ambulantisierung von Krankenhausleistungen

Dr. Kerrin Schillhorn, MIL
Fachanwältin für Verwaltungsrecht
Fachanwältin für Medizinrecht

Gründe

- Versorgungsverbesserung
 - medizinischer Fortschritt – viele Leistungen müssen nicht zwingend mehr (voll-) stationär erbracht werden
- Kosteneinsparungen
 - ambulant ist kostengünstiger als stationär

aber auch:

- Abbau von Krankenhäusern?

Ansätze

- MDK Reformgesetz – Überarbeitung AOP Katalog – IGES Gutachten und AOP-Katalog 2023
- Tagesbehandlungen im Krankenhaus (Regierungskommission 2. Stellungnahme) – seit 29.12.2022 in § 115e SGB V
- Versorgungslevel Ii (Regierungskommission 3. Stellungnahme)

Aufgaben des Gutachtens der IGES nach § 115b Abs. 1a SGB V:

- den Stand der medizinischen Erkenntnisse über ambulant durchführbare Operationen zu ermitteln
- internationaler Vergleich
- stationersetzende Eingriffe und stationersetzende Behandlungen zu untersuchen und solche konkret zu benennen
- Erweiterung AOP-Katalog
- Vorschlag für Vergütung von AOP-Leistungen

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

- ambulante Durchführung nach OPS Leistung,
 - hängt ab von jeweiligem Behandlungskontext,
 - kann variieren

und

- sich teilweise stark unterscheiden

→ **generelle Kategorisierung von OPS-Leistungen als ambulant durchführbar nicht möglich**

2 Kategorien von Kontextfaktoren:

- **patientenspezifisch:** individuelle Patientencharakteristika (z.B. alters- oder komorbiditätsbedingte Risiken einer Behandlung)

oder

- **leistungsspezifisch:** nach Diagnose/Indikation sowie weitere operative und nicht operative Maßnahmen, die für denselben Behandlungsfall durchgeführt werden

- Kontextprüfung soll auf der Grundlage etablierter Messsysteme auf Basis bestehender routinemäßiger Dokumentationssysteme erhoben werden können
 - **jeder Kontextfaktor für sich genommen reicht, um eine stationäre Durchführung begründen zu können**
 - **keine Hierarchisierung und keine Kumulation oder Verrechnung einzelner Faktoren**
- bei Ausweitung ambulanter Durchführungsmöglichkeiten ist Patientensicherheit zu gewährleisten!

- medizinisch erforderliche präoperative Versorgung oder Nachbetreuung
 - postoperative Nachsorge im Anschluss an durchgeführte Operationen und Eingriffe
 - aufwandrelevante zusätzliche Nachbetreuungs- und Nachsorgeleistungen
 - pflegerisch betreute Übernachtungen in einer ambulanten Einrichtung
 - postoperative Patientenbesuche durch Gesundheits-/KrankenpflegerInnen oder Ärztinnen in der Häuslichkeit der PatientInnen unter anderem zur Kontrolle des Heilungsverlaufs, der Medikation oder für die allgemeine Wundversorgung
- auch für Schweregraddifferenzierung reicht ein Faktor aus, um erhöhten Versorgungsbedarf zu begründen

- System der fallindividuellen Kontextprüfung
- als algorithmisier- und automatisierbare Umsetzung auf Basis bereits routinemäßig erhobener Daten
- Prüfpraxis rationalisieren, verschlanken und weniger streitanfällig
- **Problem: ex ante lässt sich das Ambulantisierungspotential nicht exakt abschätzen**
- Kernelement könnte „Ambulantisierungsgrouper“ auf Basis des IGES-Konzepts der Kontextprüfung und dessen Fortschreibung sein
- Vergütung auf Basis EBM

- Prüfung Angemessenheit **stationärer** Durchführung von AOP-Leistungen durch behandelnden Arzt (ex ante) und durch MD (ex post) → maßgeblich!
- Kontextprüfung entfällt, wenn Leistung ambulant durchgeführt wird

- keine grundsätzliche Abkehr vom bisherigen System, aber deutliche Ausweitung (grundsätzlich, da potenzialorientiert ermittelt) ambulant erbringbarer Leistungen – **eher Vision als handhabbare Erweiterung AOP-Katalog**
- zusätzlicher und erhöhter Prüf-, Begründungs- und Dokumentationsaufwand, wenn entweder erhöhter Schwierigkeitsgrad oder stationäre Durchführung geltend gemacht werden soll
- Bewertungsvorhalt liegt ex post beim MD
- formulierte Kriterien können Abgrenzungen erleichtern, bieten aber auch Grundlage für mehr Streitpotential
- „soziale“ Kontextprüfung – Verhältnis zu BSG Urteil v. 16.12.2008 - B 1 KN 2/08 KR R?

„Maßnahmen dürfen daher z.B. nicht lediglich dem Zweck dienen, einem Zustand der Hilflosigkeit zu begegnen; ebenso unterfallen rein pflegerische Maßnahmen nicht der Leistungspflicht der Krankenkassen, vielmehr müssen diese als Teil einer ärztlichen Behandlung dieser Behandlung untergeordnet sein“

- AOP Vertrag wurde um Kontextfaktoren und Schweregradvergütung in Anlehnung an IGES Gutachten erweitert
- § 8 Kontextfaktoren – Allgemeine Tatbestände, bei deren Vorliegen die stationäre Durchführung von Leistungen gem. Anlage 1 erforderlich sein kann
 - ICD nicht ambulant
 - OPS stationär
 - schwere motorische oder kognitive Funktionseinschränkungen
 - Pflegegrad 4 oder 5
 - Beatmung
 - untere Altersgrenze (im 1. Lebensjahr)
 - Augeneingriffe beidseits
 - Ophthalmologische Begleiterkrankungen
- §§ 9 Abs. 3, 10 Schweregraddifferenzierung der Vergütung

Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

- **2. Stellungnahme** – Tagesbehandlungen im Krankenhaus
- **3. Stellungnahme** – Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung
 - 128 Leistungsgruppen als Voraussetzung für (Zulassung zur) Leistungserbringung
 - Zuordnung zu 3 bzw. 5 (Versorgungs-)Leveln, um lokale, regionale und überregionale Versorgungsaufträge abzugrenzen
 - Vorhaltevergütung (gemeinsam mit Pflegebudget 40% des Gesamtbudget eines Krankenhauses); Höhe entsprechend Versorgungslevel
- **4. Stellungnahme** – Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland
Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen

2. Stellungnahme Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung: *„Tagesbehandlung im Krankenhaus zur kurzfristigen Entlastung der Krankenhäuser und des Gesundheitswesens“*:

- Tagesbehandlung im Krankenhaus (auch über mehrere Tage)
- wenn Voraussetzungen für stationäre Behandlung erfüllt sind
- Abrechnung DRG (mit Abschlag)
- MD Prüfung gilt (mit Ausnahme des Übernachtungserfordernisses)
- später: Durchführung der Leistungen auch im ambulanten Sektor

Anreize für Krankenhäuser:

- Kostenersparnis
- Entlastung Krankenhauspersonal
- Aufgabe von Krankenhausstationen – Raum für andere Nutzungen

Bewertung:

- Betten/Stationen werden gleichwohl benötigt, wenn PatientInnen tagsüber im Krankenhaus versorgt werden
- komplexes Vergütungssystem
- MD Prüfung bleibt erhalten

Seit 29.12.2022: § 115e SGB V, Tagesstationäre Behandlung gesetzlich verankert

- Sinnhaftigkeit offen
 - Betten werden tagsüber gleichwohl benötigt
 - Aus- und Einchecken von Patientinnen und Patienten für Pflege sehr aufwändig
 - offene Haftungsfragen, wenn Patientinnen und Patienten nachts nicht unter Verantwortung des Krankenhauses stehen
- erhebliches Streitpotenzial mit MD, da stationäre Behandlungsbedürftigkeit in Frage gestellt werden kann
- Vorteile für Krankenhäuser?

Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung - 3 Säulen:

- 3 (5) Versorgungslevel
- 128 Leistungsgruppen
 - sind den einzelnen Leveln zugeordnet
 - bestimmen den Versorgungsauftrag
- Vorhaltevergütung
 - 40 % des Krankenhausbudgets einschließlich Pflegebudget wird je nach Levelzugehörigkeit als Vorhaltevergütung finanziert

- Level III U
 - Universitätsmedizin, erweitertes Leistungsspektrum, Zusatzaufgaben
- Level III
 - Maximalversorger
- Level II
 - Fachkrankenhaus
- Level I
 - stationäre internistische und chirurgische Basisversorgung sowie Notfälle
- Level I/
 - integrierte ambulant/stationäre Versorgung

- Verbindung
 - wohnortnahe, allgemeine und spezialisierte ambulante fachärztliche Leistungen mit
 - Akutpflegebetten zur Beobachtung und Basistherapie oder nach Verlegung aus Krankenhaus der Level II und III
- Leitung kann durch qualifizierte Pflegefachperson mit Zusatzweiterbildung (z.B. ANP – Masterabschluss Advanced Nursing Practice) erfolgen
- Regionales Gesundheitszentrum mit ambulanten Behandlungsmöglichkeiten
- Akutpflegebetten ohne Fachabteilungszuordnung

- durch Schaffung von Kliniken Level Ii wachsen der stationäre und der ambulante Sektor zunehmend zusammen
 - Harmonisierung der stationären und ambulanten Planungsinstrumente und Planungsebenen ist anzustreben
 - sektorübergreifende Planung in regionalen, paritätisch besetzten Gremien unter Beteiligung der Länder und unter Berücksichtigung der regionalen Besonderheiten und des lokalen Bedarfs
 - Einbindung von VertragsärztInnen in Level Ii Kliniken
- Stellungnahme der Regierungskommission zur sektorübergreifenden Harmonisierung der Planungs- und Vergütungsinstrumente als Rahmen für regional flexible Versorgungsmodelle ist in Vorbereitung

- Leistungsspektrum
 - Innere Medizin und/oder Chirurgie
 - Schwerpunkt ambulante medizinische Leistungen
 - weitere Fachdisziplinen zulässig
 - Akutpflegebetten ohne Fachabteilungszuordnung (mit Möglichkeit Angehörigenpflege einzubeziehen)
 - Sektorübergreifende Integration mit niedergelassenen ÄrztInnen erwünscht
 - Labor, Ultraschall, Röntgen
- keine Notaufnahmen
- keine Intensivmedizin
- ärztlicher Tagdienst, nachts/wochenends: mindestens fachärztliche Rufbereitschaft
- Sozialdienst

- Tagespauschalen/Tagessätze für Akutpflege
 - sachgerecht kalkuliert, degressiv
- Ärztliche Leistungen nach EBM oder um ärztlichen Anteil erhöhte Tagespauschale
 - 2. Var. für fest am Krankenhaus angestellte ÄrztInnen mit Budgetdeckelung
- keine Vorhaltevergütung
- kein Pflegebudget
 - Pflegekosten in Tagespauschale enthalten

- Sind es noch Krankenhäuser i.S.d. § 109 SGB V/§ 2 Nr. 1 KHG?
 - nicht zwingend ärztliche Leitung
 - nicht zwingend stationäre medizinische Versorgung
 - Investitionsförderung über Krankenhausfinanzierung?
- Planung für Level Ii Kliniken liegt nicht mehr (allein) bei den Bundesländern
- Zusammenwirken Krankenhaus und vertragsärztliche Versorgung in Klinik
 - Abgrenzung Verantwortlichkeiten/Haftung
 - rechtliche Fragestellungen, wie z.B. abhängige Beschäftigung, Arbeitnehmerüberlassung, Zuweisung gegen Entgelt

- Gewinnung von (ärztlichem) Personal/Weiterbildung
- Vermischung von Aufgaben und Zuständigkeiten verschiedener Sektoren ohne Anpassung der rechtlichen Rahmenbedingungen für die Sektoren ambulant und stationär
- Umwidmung aller Krankenhäuser, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen (können), in Regionale Gesundheitszentren?
- Tagessätze wirtschaftlich?
- Wer zahlt Umstellungskosten, d.h. Personalabbau, Umbaumaßnahmen, Rückzahlung bisher eingesetzte Investitionsfördermittel, langfristige vertragliche Bindungen des bisherigen Krankenhauses?

- Aufsicht und Zulassung von Gesundheitszentren? Land? Ärztekammer? Kassenärztliche Vereinigungen?
- **passt nicht in bestehendes rechtliches System; grundlegende Reform der sektorgetrennten Versorgung in Planung, Zulassung, Leistungserbringung und Vergütung erforderlich!**

- Verlagerung von Leistungen von stationär nach ambulant löst ggf. Kostenproblem, aber nicht Versorgungsproblem
 - fehlende Kapazität im ambulanten Sektor
 - unzureichende Finanzierung der Krankenhäuser für (wesentlich mehr) ambulante Leistungen
- **Einigkeit, dass Sektorentrennung an ihre Grenzen gerät**
- **ABER: Sektorengemeinsame Versorgung muss umfassend und rechtskonform neu konzipiert und geregelt werden**
 - Vorschläge Regierungskommission greifen in Krankenhausplanungshoheit der Länder ein – ist bundesrechtliche Regelung wirklich sinnvoll?
 - Orientierung an Versorgungsbedarf statt an Kosteneinsparungen wäre nötig
 - Konzentration aller spezialisierter Leistungen auf Level II und III/III U Krankenhäuser wird zu Kapazitätsproblemen in diesen Krankenhäusern und damit zu Versorgungslücken führen

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**



Dr. Kerrin Schillhorn
Hohenstaufering 57
50674 Köln

Tel.: +49 - (0)221 / 50003 – 738

Fax: +49 - (0)221 / 50003 – 636

www.michelspmks.de

E-Mail: schillhorn@michelspmks.de



michels.pmks