




RHÖN STIFTUNG

Studie | November 2023

OPERATIVE UMSETZUNG DER AMBULANTEN, STATIONSERSETZENDEN VERSORGUNG IN KRANKENHÄUSERN





Die Studie wurde im Auftrag der Rhön Stiftung
von der ETL WRG GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
Steuerberatungsgesellschaft durchgeführt.


Autoren

Georg Spinner, ETL WRG GmbH
Joanina Kaiss, ETL WRG GmbH
Christina Hagemeyer, ETL WRG GmbH
Dr. Monika Katholing, PHC Partner in Healthcare
Carsten Schäfer, ETL WRG GmbH

.....

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

.....



INHALT

1. Zusammenfassung	4
2. „EIGENTLICH könnte alles so einfach sein...“	8
2.1. Behandlung ohne Übernachtung: Was ist eigentlich mit Ambulantisierung gemeint?	8
2.2. Was bedeutet das für die Versorgungsstrategie eines Krankenhauses?	10
2.3. Gemeinsamkeiten und Unterschiede: Merkmale regionaler Strategien	10
2.4. Zu komplex? Ambulantisierung im Kontext einer Krankenhausreform	11
2.5. Unsere Vorgehensweise: Fallbeispiele und Expertengespräche	11
3. Aufgrund fehlender Anreize besteht in Deutschland ein enormer Nachholbedarf bei der ambulanten Leistungserbringung durch Krankenhäuser	13
3.1. Die Sektorengrenze als Alleinstellungsmerkmal im deutschen Gesundheitssystem	13
3.2. Systemische Fehlanreize: Woran ist eine deutlich umfangreichere Ambulantisierung in Deutschland bisher gescheitert?	14
3.3. Der Nachholbedarf je Fachabteilung variiert zwischen 1 % und 28 % der stationären Fälle	15
3.4. Fallbeispiele Ambulanzkostenrechnung: Ohne Veränderungen in Strategie, Strukturen und Prozessen geht die Schere zwischen Kosten und Erlösen weiter auseinander	15
4. Für die ambulante Leistungserbringung existieren derzeit kaum passende Strukturen und Prozesse	19
4.1. Was? – Es gibt keinen vollständigen Überblick, was alles an ambulanten Leistungen erbracht wird.	20
4.2. Wie und in welchem Umfang? – Jede ambulante Einheit oder Sprechstunde organisiert sich in ihrer Insellösung. Es gibt keine krankenhauseinheitlichen Standards	22
4.3. Wo? – Die Leistungserbringung erfolgt in den Fachabteilungen über das Krankenhaus und ggf. über MVZ-Sitze verstreut	24
4.4. Für wen und warum? – Die Palette ambulanter Leistungen folgt keinem strategischen Plan oder dem Bedarf	25
4.5. Wer? – Alle Mitarbeiter, die an der ambulanten Leistungserbringung mitwirken, tun dies in der Regel neben ihren stationären Aufgaben	27
5. Erfolgreiche Beispiele legen eine vollständige Überarbeitung des ambulanten Geschäftsmodells nahe	28
5.1. Bestandsaufnahme und Einführung von Ambulanzcontrolling und -reporting	30
5.2. Entwicklung eines strategisch orientierten ambulanten Portfolios	31
5.3. Raum- und Funktionskonzepte – Investitionen in eine passende Infrastruktur	33
5.4. Angepasste Personaleinsatzkonzepte, spezialisiertes Personal, ambulantes „Mindset“	36
5.5. Prozessstandardisierung und Schnittstellenmanagement	39
5.6. Digitale Prozessunterstützung	40
6. Umdenken als Umsetzungsherausforderung	44
6.1. Fokus: vom Nebenher zum echten zweiten Standbein	44
6.2. Investitionen in eine passende Infrastruktur	44
6.3. Fachkräfteverfügbarkeit und ressourcenschonender Personaleinsatz	45
6.4. Entwicklung eines ambulanten Mindsets	46
7. Stichwort Budget – adäquate und einfache Vergütung als Schlüssel für mehr Tempo bei der Ambulantisierung	47
8. Literatur	50

1. ZUSAMMENFASSUNG

Die IGES-Studie aus dem Jahr 2022 hat gezeigt, dass in Deutschland ein erheblicher Nachholbedarf bei der Ambulantisierung von stationären Krankenhausbehandlungen besteht. Eine deutlich umfangreichere Ambulantisierung wurde bislang durch systemische Fehlansätze in den Vergütungsstrukturen gehemmt mit der Folge, dass für die ambulante Leistungserbringung am Krankenhaus derzeit kaum passende Strukturen und Prozesse existieren. Die vorliegende Studie widmet sich der Frage, wie sich Krankenhäuser bzgl. ihrer Infrastruktur, ihrer Organisation und ihrer Prozesse sowie ihres Personaleinsatzes für die Zukunft aufstellen müssten, damit die ambulante Leistungserbringung kostendeckend erbracht werden und so die Ambulantisierung Fahrt aufnehmen kann.

Ausgangspunkt ist die Bestandsaufnahme des ambulanten Geschehens anhand von zwei Beispielhäusern: ein Haus der Grund- und Regelversorgung mit 130 Betten im ländlichen Raum in Bayern und ein Haus der Maximalversorgung mit 1.000 Betten in einer Großstadt in Hessen. Die rechnerischen Analysen zu Ambulanzkosten und zu Auswirkungen der Umsetzung des ambulanten Potenzials wurden in Expertengesprächen mit zehn anderen Krankenhäusern überprüft und validiert. Sie münden in konkrete Handlungsempfehlungen für eine Überarbeitung der ambulanten Leistungserbringung.

Bezogen auf die beiden Beispielhäuser zeigen die Analysen, dass sich die bereits vorhandene finanzielle Unterdeckung bei einer Erweiterung der ambulanten Leistungserbringung ohne Anpassungen in der Organisation und ihren Prozessen noch vergrößern würde. Die Befunde der Bestandsaufnahme legen zudem nahe, dass die ambulante Leistungserbringung durch Krankenhäuser bislang in der Regel „nebenher“ erfolgt:

- ▶ So gibt es in den Krankenhäusern häufig keinen vollständigen Überblick, welche ambulanten Leistungen wie und in welchem Umfang erbracht werden.
- ▶ Die Leistungserbringung erfolgt dezentral in den Fachabteilungen über das Krankenhaus und ggf. über MVZ-Sitze verstreut und wird nicht übergreifend gesteuert.
- ▶ Jede ambulante Einheit oder Sprechstunde organisiert sich in ihrer Insellösung. Es existieren keine krankenhauseinheitlichen Standards.
- ▶ Das Spektrum der ambulanten Leistungen folgt weniger einem strategischen Plan oder dem Bedarf; es ist eher neigungs- und angebotsinduziert. In der Regel bestehen Angebote für Patienten, die zum bisherigen Leistungsportfolio passen, und für Patienten, die nach der ambulanten Behandlung möglicherweise auch stationär behandelt werden könnten.
- ▶ Alle Mitarbeiter, die an der ambulanten Leistungserbringung mitwirken, tun dies in der Regel neben ihren stationären Aufgaben.

Bei in Planung befindlichen Ambulantisierungskonzepten und bei bereits realisierten, erfolgreichen Praxisbeispielen wird erkennbar, dass es keine Blaupause gibt, die für alle Krankenhäuser gleichermaßen passt. Dafür sind die Voraussetzungen der Versorgungsregionen, die jeweiligen Möglichkeiten und Grenzen der baulichen Situation, die zur Verfügung stehenden Investitionsmittel und die Verfügbarkeit von Fachkräften von Haus zu Haus unterschiedlich. Dennoch weisen die in den Expertengesprächen identifizierten Konzepte und Praxisbeispiele strukturelle Gemeinsamkeiten auf:

- ▶ Ausgangspunkt ist eine Versorgungsstrategie des Krankenhauses, die auf dem Bedarf und dem Leistungsangebot in der Region basiert – unabhängig von Trägerschaft und Sektorengrenzen.
- ▶ Die Ambulantisierung am Krankenhaus wird ganzheitlich betrachtet. Sie ist Bestandteil einer Gesamtstrategie und eng verknüpft mit den Entwicklungen der vollstationären Versorgung.
- ▶ Erfolgreiche Beispiele verfügen über tragfähige Netzwerke mit anderen Leistungserbringern und verbinden damit die Sektoren.
- ▶ Wer es „richtig“ machen möchte, investiert in für die ambulante Leistungserbringung passende Strukturen und Prozesse.

Die Erkenntnisse der Studie zeigen, dass eine Überarbeitung des ambulanten Geschäftsmodells unumgänglich ist, um die ambulante, stationsersetzende Versorgung in Krankenhäusern erfolgreich operativ umzusetzen. Die Bearbeitung der folgenden sechs Handlungsfelder ist hierfür erforderlich:

1. Einführung eines Ambulanzcontrollings und -reportings

Die Bestandsaufnahme der vorhandenen Leistungen, der dafür benötigten Ressourcen, der Kosten im Sinne einer Ambulanzkostenrechnung, und die erzielbaren Erlöse bilden die Grundlage für eine Simulation der Auswirkungen der Ambulantisierung. Ihre Fortschreibung ermöglicht ein dauerhaftes Ambulanzreporting, das Stärken und Schwächen bei der Leistungserbringung erkennbar macht und damit die Möglichkeit zur Steuerung und Weiterentwicklung bietet. Die dafür zu schaffenden Grundlagen u.a. bei der Dokumentation ermöglichen zusätzlich eine Evaluation der Qualität der ambulanten Leistungserbringung.

2. Entwicklung eines strategisch orientierten ambulanten Portfolios

Ausgehend von den aktuellen und den künftig zusätzlichen ambulanten Leistungen ist fachabteilungsspezifisch zu klären, welche der Leistungen ein Krankenhaus selbst erbringen kann und soll und für welche Leistungen es sich Kooperationspartner in der Versorgungsregion sucht. Die Gegebenheiten und Versorgungsbedarfe der jeweiligen Region fließen in die Diskussion ein. Für die Zusammenarbeit in der Versorgungsregion werden Kooperationsmodelle erarbeitet.

3. Investitionen in passende Raum- und Funktionskonzepte

Idealerweise werden die ambulanten Leistungen nach Art und Tätigkeit geclustert und entlang der Cluster räumlich in multidisziplinär nutzbaren Ambulanzzentren zusammengefasst. Die invasiv-diagnostischen, operativen und interventionell-therapeutischen Funktionsstellen im Krankenhaus sollten auch weiterhin für sowohl ambulante als auch stationäre Patienten nutzbar sein. Eine Doppelvorhaltung ist aus Gründen der Wirtschaftlichkeit nicht empfehlenswert. Voraussetzung für einen wirtschaftlichen Betrieb der gemeinsam genutzten Funktionsstellen ist allerdings die Realisierung eines bedarfsgerechten Organisationskonzepts. Für getrennte ambulante und vollstationäre Patientenströme berücksichtigt es entsprechende Wegführungen, Wartezonen, Erschließungssituationen und Abläufe.

4. Angepasste Personaleinsatzkonzepte, spezialisiertes Personal, ambulantes „Mindset“

Die Zentralisierung der ambulanten Leistungserbringung macht Spezialisierungs-, Skalen- und Verbundeffekte beim Personaleinsatz möglich. So werden z. B. weniger administrative Kräfte benötigt, um zahlreiche Ambulanzen und Sprechstunden gemeinsam zu organisieren. Die nicht-ärztlichen, patientennahen Tätigkeiten können durch medizinische Fachangestellte erfolgen, die ebenfalls ausschließlich in diesen ambulanten Settings arbeiten.

Erfolgreiche Praxisbeispiele nehmen keine Trennung zwischen ambulant und stationär in den Funktionen an sich vor, sondern lediglich in den vor- und nachgelagerten Prozessen. Das Funktionspersonal wird daher nicht ausschließlich für entweder ambulante oder stationäre Patienten eingesetzt. Im ärztlichen Dienst sind verschiedene Modelle zu beobachten, je nachdem, ob es sich um Sprechstunden oder Eingriffe handelt. Beispielsweise für die Sprechstunden buchen sich die Fachabteilungen und ihre Ärzte in den zentralisierten ambulanten Bereichen ein und nutzen das dort tätige, auf das ambulante Arbeiten spezialisierte Personal. Die Dienstleistungen eines Ambulanz- und Sprechstundenzentrums reichen dann über Terminierung, Aufnahme, Assistenz und Abrechnung bis hin zur Bereitstellung von Räumen. Das ambulante Setting setzt so auch den Rahmen für das ambulante Arbeiten eines ansonsten stationär geprägten Arztes.

Wo immer möglich und wirtschaftlich sinnvoll, bietet es sich an, eine räumliche Konzentration und Trennung vom stationären Setting vorzunehmen sowie den Umfang und die Taktung der Versorgung festzulegen. Dort, wo eine räumliche Trennung vom stationären Setting nicht sinnvoll oder nicht möglich ist, bieten spezifische Behandlungspfade für die behandelnden Personen klare Leitplanken, die eine hohe Taktzahl für das ambulante Arbeiten und das dafür erforderliche Tempo ermöglichen.

5. Prozessstandardisierung und Schnittstellenmanagement

Die erhebliche Zunahme der Zahl ambulanter Patienten in Krankenhäusern sowie die empfohlene Clusterung der ambulanten Leistungen im Krankenhaus bergen das Risiko von Flaschenhalssituationen. Um dem entgegenzuwirken, werden gut geplante, standardisierte Prozesse benötigt. Ziele, Inhalte und die Reihenfolge der Arbeitsschritte sowie die beteiligten Leistungserbringer werden idealerweise in Behandlungspfaden definiert. Alle Patienten mit gleichgelagerten Anforderungen können dann entlang des spezifischen Behandlungspfades durch ihren Aufenthalt „geschleust“ werden.

6. Digitale Prozessunterstützung

Erfolgreiche Konzepte verfügen über tragfähige digitale Netzwerke mit anderen Leistungserbringern und sind nicht nur untereinander verbunden, sondern verbinden damit die Sektoren. Beispiele hierfür sind Plattformen zum Datenaustausch zwischen Kliniken und niedergelassenen Vertragsärzten oder die digitale Anbindung von Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten im Rahmen von telemedizinischen Netzwerken. Daneben zielen interne Ansätze auf eine Anbindung und Weiterentwicklung der Systeme in einzelnen Krankenhäusern oder Verbänden ab. Sie sollen dabei unterstützen, Prozesse zu vereinfachen, aber auch Behandlungsangebote neu und unabhängig vom Aufenthaltsort der Patienten zu denken. Die Vision dabei lautet: „digital vor ambulant vor stationär“.

Vergütungssystematik

Über die Vergütungsstrukturen können Anreize geschaffen werden, die die Ambulantisierung voranbringen. Der Blick ins Ausland zeigt, dass Budgetlösungen in Ländern, die die Ambulantisierung in den letzten Jahrzehnten stark ausweiten konnten, diesen Prozess befördert haben. Systeme wie sektorenübergreifende Regionalbudgets oder die sogenannten Capitationmodelle mit klaren qualitätsorientierten Anreizen und einem Wettbewerb zwischen Regionen machen eine effektive, effiziente und auch wirtschaftliche Leistungserbringung möglich. Dies könnte auch in Deutschland eine Möglichkeit sein, die Ambulantisierung voranzubringen. Unter Beibehaltung der Sektoren ist ein Lösungsansatz, die Leistungen des Ambulantisierungsportfolios für eine Übergangszeit analog oder sogar höher als bei einer stationären Leistungserbringung zu vergüten. Überschüsse, die durch kostengünstigere Leistungserbringung entstehen, können dann zur Refinanzierung der dringend notwendigen Investitionen für eine adäquate ambulante Infrastruktur eingesetzt werden. Die Übergangszeit könnte ferner zur Neukalkulation dieser Leistungen genutzt werden. Auch die im Zuge der Krankenhausreform geplante Einführung der Vorhaltevergütung könnte nach aktuellem Stand der Diskussion ein erster Schritt hin zu mehr Ambulantisierung in Deutschland sein.

2. „EIGENTLICH KÖNNTE ALLES SO EINFACH SEIN...“

so Dr. Peter Redemann, Geschäftsführer des Harzkrankenhauses, „... wir haben nur ein Problem – und das sind die Sektoren“. Kann eine so komplexe Thematik, wie die stockende Ambulantisierung in den deutschen Krankenhäusern, auf einen so einfachen Nenner gebracht werden? Das Vorhandensein von Sektoren für die ambulante und stationäre Versorgung machen es auf jeden Fall komplex. Sie sorgen nicht zuletzt auch für Verteilungskämpfe und Konfrontationen zwischen den Akteuren im deutschen Gesundheitswesen. Hinzu kommen massive systemische Fehlanreize bei der Vergütung und Finanzierung, unvorteilhafte Strukturen in den Krankenhäusern, fehlende Investitionsmittel, der Fachkräftemangel und viele weitere Herausforderungen. Diese Gesamtsituation erschwert es den Krankenhäusern, sich strategisch dem Feld der ambulanten Leistungserbringung zu widmen.

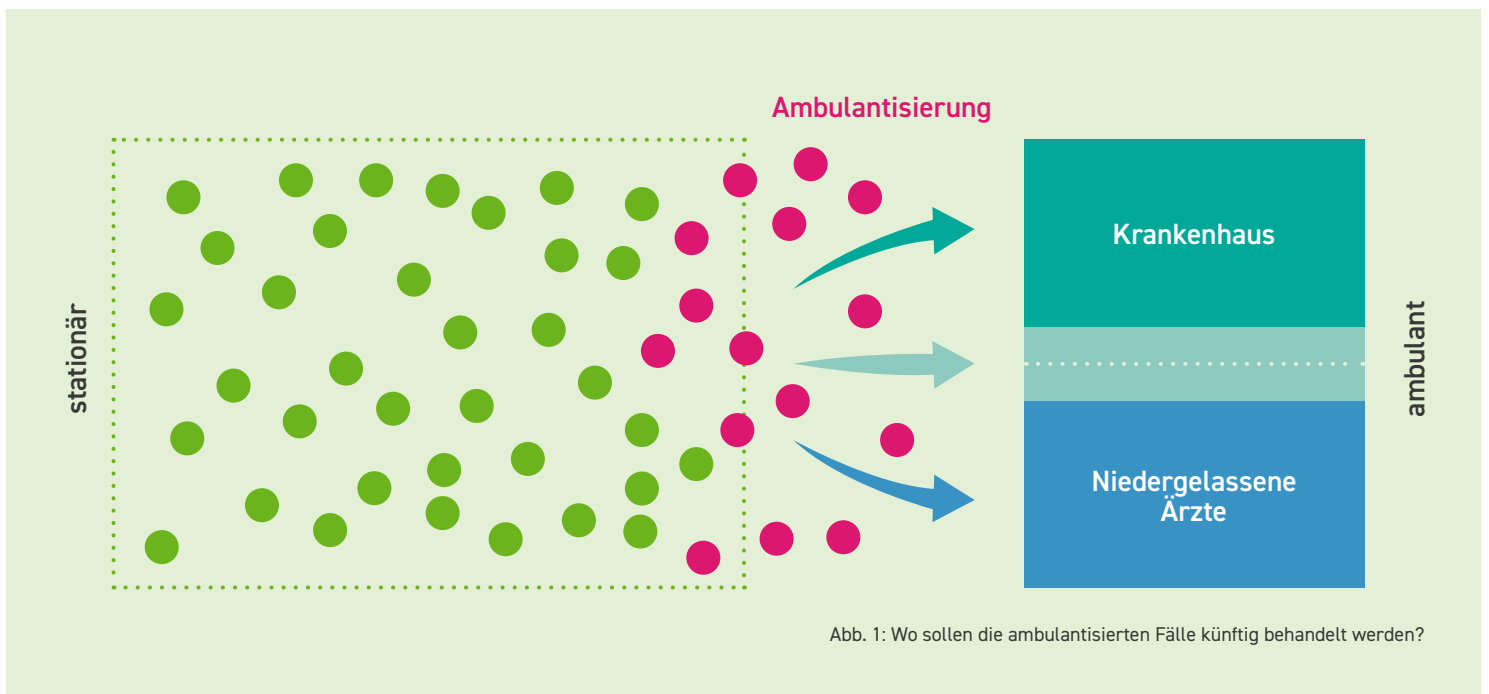
- ▶ **Behandlung ohne Übernachtung: Was ist eigentlich mit Ambulantisierung gemeint?**
- ▶ **Was bedeutet das für die Versorgungsstrategie eines Krankenhauses?**
- ▶ **Mehr Fokus auf die Ambulantisierung: Nebenbei ist keine Option**
- ▶ **Gemeinsamkeiten und Unterschiede: Merkmale regionaler Strategien**
- ▶ **Zu komplex? Ambulantisierung im Kontext einer Krankenhausreform**
- ▶ **Unsere Vorgehensweise: Fallbeispiele und Expertengespräche**

2.1. **Behandlung ohne Übernachtung: Was ist eigentlich mit Ambulantisierung gemeint?**

Mit Ambulantisierung ist gemeint, dass bislang im Krankenhaus vollstationär behandelte Patienten künftig ambulant, also ohne Übernachtung behandelt werden. Dazu zählen, unserem Verständnis nach, beispielsweise auch tagesklinische oder vor- und nachstationäre Behandlungen. Dabei kann es sich um ambulant-sensitive Fälle, um Fälle mit kurzer Verweildauer oder um Fälle, die derzeit aufgrund der Vergütungssystematik stationär durchgeführt werden, handeln. Vor allem die Kontextfaktoren, wie zum Beispiel Pflegebedürftigkeit und Funktionseinschränkungen, geben Hinweise auf die Frage, ob ambulant oder stationär behandelt werden soll.

Für die Frage, wo eine ambulante Behandlung erfolgen soll, im bzw. am Krankenhaus oder durch niedergelassene Vertragsärzte, gibt es noch keine belastbaren Kriterien (Abbildung 1).

In der bestehenden Sektorenlogik wäre es zielführend, wenn anhand eindeutiger Kriterien definiert werden könnte, ob die künftig ambulante Behandlung am bzw. im Krankenhaus oder in der Praxis eines niedergelassenen Arztes stattfinden soll. Hierfür schlägt die DKG



die Identifikation von „klinisch-ambulantem“ Leistungen in Abgrenzung zu „klassisch ambulanten“ Leistungen vor. Erstere können zwar ambulant durchgeführt werden, benötigen jedoch Infrastrukturmerkmale eines Krankenhauses, wie zum Beispiel Multiprofessionalität und Ausstattung der Überwachungseinheiten. Eine tiefergehende Ausdifferenzierung oder ein entsprechender Leistungskatalog liegen bislang nicht vor.

Ohne die Definition von eindeutigen Kriterien erfolgt die Entscheidung über den Behandlungsort wie bisher individuell

- ▶ entweder durch die Patienten, basierend auf Faktoren wie Erreichbarkeit und Wartezeit oder
- ▶ durch die Anbieter, basierend auf der Abwägung von Aufwand und Vergütungsattraktivität.

Ambulant am bzw. im Krankenhaus oder in der Praxis?

Beispiele aus den Expertengesprächen für individuelle Entscheidungsprozesse:

- ▶ Patienten interessieren sich nicht für die Sektorengrenzen. Ein Patient, der eine Gastroskopie als Vorsorgeuntersuchung benötigt, sollte sich an einen niedergelassenen Gastroenterologen wenden. Wenn er in seiner Region keinen Facharzt findet oder ihm die Wartezeit zu lange erscheint, wird er ein Krankenhaus aufsuchen.
- ▶ Die Tonsillotomie für Kinder ist als ambulanter Eingriff vorgesehen. Besondere Anforderungen bei Kindernarkosen und Risiken bei Nachblutungen führen aber dazu, dass niedergelassene Ärzte „den Krankenhäusern die Kinder vor die Tür stellen“.
- ▶ Patienten suchen gezielt Ambulanzen von Maximalversorgern und Unikliniken auf, weil sie davon ausgehen, dort umfangreicher untersucht und behandelt zu werden.
- ▶ Patienten wünschen sich häufig einen Behandlungsverlauf unter einem Dach und aus einer Hand. Wenn zwischen Erstgespräch, Bildgebung, Befundbesprechung und Eingriff im niedergelassenen Bereich mehrere Besuche in unterschiedlichen Praxen über längere Zeiträume notwendig sind, wählen sie ggf. nicht zuletzt aus Komfortgründen ein geeignetes Krankenhaus.

2.2. Was bedeutet das für die Versorgungsstrategie eines Krankenhauses?

Zunächst kann ein Krankenhaus natürlich abwägen, ob es sich überhaupt selbst mit Alternativangeboten um Patienten kümmern will, die von der stationären in die ambulante Versorgung wechseln. Für die meisten Krankenhäuser stellt sich diese Frage allerdings nicht wirklich, da die Leistungsangebote im niedergelassenen Bereich je nach Region und Fachrichtung schon heute an ihre Grenzen stoßen. Die im Rahmen dieser Studie durchgeführten Recherchen zeigen jedoch deutlich: Wenn sich ein Krankenhaus auch künftig um die ambulant zu behandelnden Patienten kümmern möchte oder muss, dann wird es notwendig sein, das auch „richtig“ zu tun und nicht wie bisher „nebenbei“.

„Richtig“ bedeutet, dass die Dimensionen Versorgungssicherheit, medizinische Qualität und Ressourcenschonung für die Krankenhäuser im Einklang stehen. Da die Ambulantisierung ein immer weiter fortschreitender Prozess ist, erfordert sie mehr Fokus: Nebenbei ist keine Option.

2.3. Gemeinsamkeiten und Unterschiede: Merkmale regionaler Strategien

Die hier vorliegende Studie hat zum Ziel, Antworten auf die Frage zu finden, wie die operative Umsetzung der Ambulantisierung für Krankenhäuser gelingen kann. Bei der Suche nach Antworten hat sich gezeigt, dass es nicht die eine Strategie gibt (Abbildung 2):

Ambulantisierung von der Stange?

- ▶ Gegebenheiten der Region
- ▶ Versorgungssituation über die Sektoren hinweg
- ▶ Möglichkeiten und Grenzen der baulichen Situation
- ▶ Zur Verfügung stehende Investitionsmittel
- ▶ Verfügbarkeit von Fachkräften

Abb. 2: Einflussfaktoren auf spezifische Ambulantisierungsstrategien

Dennoch zeigen unsere Expertengespräche, dass es bereits realisierte Praxisbeispiele gibt, die die Umsetzung der Ambulantisierung erfolgreich gestaltet haben und trotz aller Unterschiede einige Gemeinsamkeiten aufweisen.

Gemeinsamkeiten erfolgreicher Praxisbeispiele

- ▶ Ausgangspunkt ist eine Versorgungsstrategie des Krankenhauses, die auf dem Bedarf und dem Leistungsangebot in der Region basiert – unabhängig von Trägerschaft und Sektorengrenzen.
- ▶ Ambulantisierung am Krankenhaus wird ganzheitlich betrachtet – sie ist Bestandteil einer Gesamtstrategie und eng verknüpft mit den Entwicklungen der stationären Versorgung.
- ▶ Erfolgreiche Beispiele verfügen über tragfähige Netzwerke mit anderen Leistungserbringern und verbinden damit die Sektoren.
- ▶ Wer es „richtig“ machen möchte, investiert in sinnvolle Strukturen und Prozesse.

2.4. Zu komplex? Ambulantisierung im Kontext einer Krankenhausreform

Unabhängig von den Herausforderungen und den daraus entstehenden Hausaufgaben für die Krankenhäuser besteht auch eine wichtige politische Aufgabe. Die Ambulantisierung kann nur dann Fahrt aufnehmen, wenn der gesetzliche Rahmen die Anreize so setzt, dass das Vergütungsniveau zu den Anforderungen passt und die notwendigen Investitionen finanziert werden.

Diese Studie ist in einem Zeitraum entstanden, in der eine große Krankenhausreform auf den Weg gebracht wurde. Die Dauer und die Intensität der Diskussionen rund um diese Reform reflektieren die divergierenden Interessen der Akteure im ohnehin schon komplexen System der Gesundheitsversorgung. Es ist zu vermuten, dass die Komplexität einer Gesundheitsreform in Deutschland kaum noch zu bearbeiten wäre, wenn die stationäre und ambulante Versorgung gleichzeitig reformiert würde. Dennoch hat kaum einer der Gesprächspartner, mit denen wir im Rahmen dieser Studie gesprochen haben, auf den Hinweis verzichtet, dass es für eine sinnvolle Gesundheitsversorgung notwendig wäre, beide Sektoren in den Blick zu nehmen und eine ganzheitliche und grundlegende Reform auf den Weg zu bringen. Dies löst bei vielen Akteuren das Gefühl aus, dass viel Arbeit im Maschinenraum geleistet wird, obwohl unklar ist, ob das Schiff in die richtige Richtung navigiert wird.

2.5. Unsere Vorgehensweise: Fallbeispiele und Expertengespräche

Ausgangspunkt der Studie ist die Bestandsaufnahme des ambulanten Geschehens anhand von zwei Beispielhäusern: ein Haus der Grund- und Regelversorgung mit 130 Betten im ländlichen Raum in Bayern und ein Haus der Maximalversorgung mit 1.000 Betten in einer Großstadt in Hessen. Dabei lag der Schwerpunkt auf der Durchführung einer Ambulanzkostenrechnung für die beiden Beispielhäuser. Die Ambulanzkostenrechnungen und die weiteren Erkenntnisse wurden im Rahmen von Expertengesprächen mit zehn weiteren Krankenhäusern überprüft und validiert (Abbildung 3).

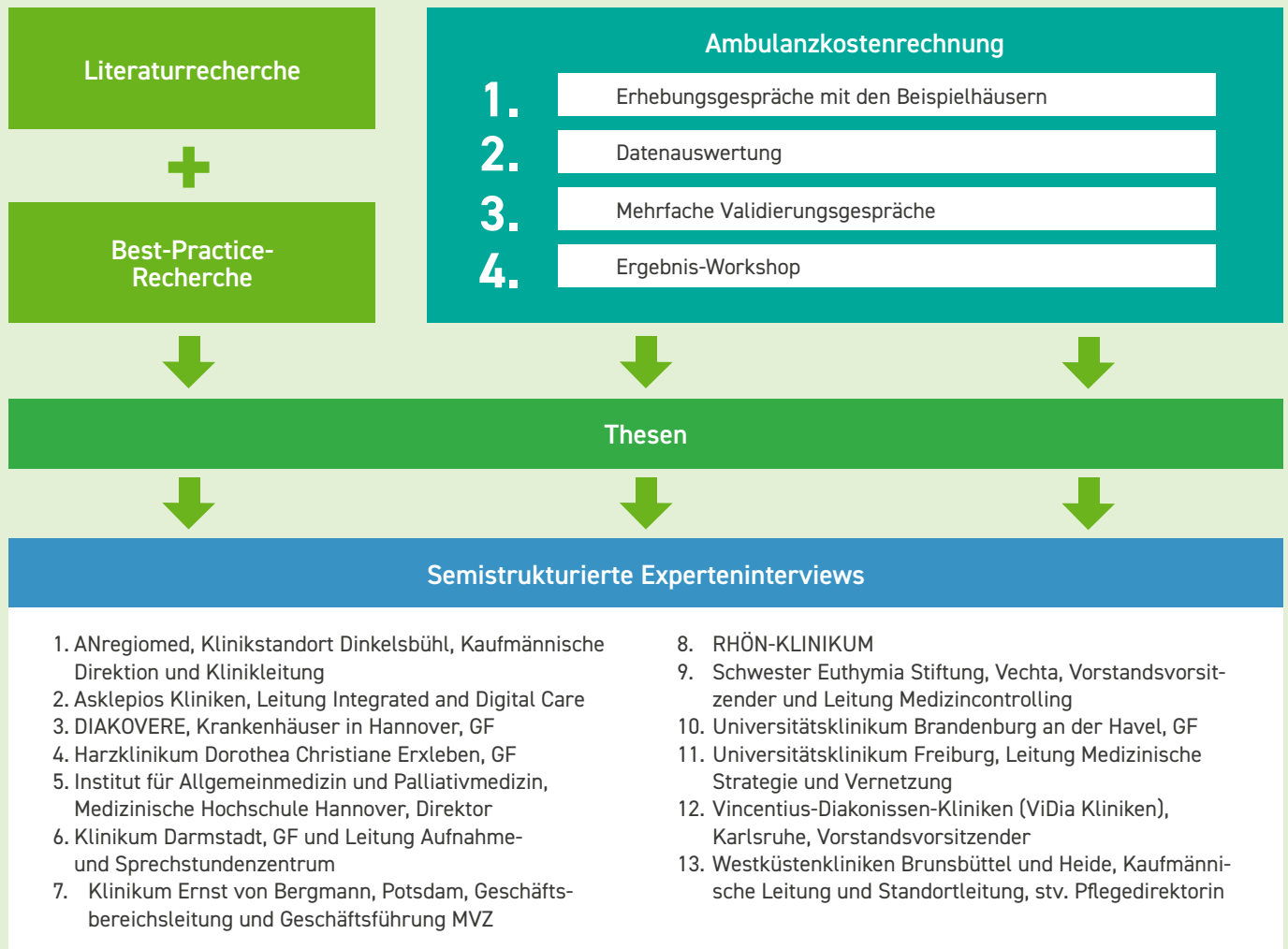


Abb. 3: Methodik der vorliegenden Studie

Insgesamt fließen in dieser Studie Informationen aus zwölf unterschiedlichen Krankenhäusern bzw. Krankenhauskonzernen zusammen. Zwar ist die Studie damit nicht repräsentativ im wissenschaftlichen Sinn, gleichwohl bildet sie die Vielfalt deutscher Krankenhäuser ab.

Die Vielfalt deutscher Krankenhäuser: Beschreibung der Gesprächspartner

- ▶ **Alle Größen:** 130 – 1.700 Betten
- ▶ **Alle Trägertypen:** kommunal, freigemeinnützig, privat und Uniklinika
- ▶ **Alle Versorgungsstufen:** Grund- und Regelversorger, Schwerpunktversorger, Maximalversorger, Uniklinika
- ▶ **Verschiedene Bundesländer:** Baden-Württemberg, Bayern, Brandenburg, Hessen, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein

- ▶ **Unterschiedliche Regionen:** urban und ländlich

Funktionen der Gesprächspartner: Geschäftsführungen, Leitungen MVZ, Unternehmensentwicklung, Verantwortliche für die Ambulantisierung in den Krankenhäusern, Leitung Integrated and Digital Care, Leitung Medizin und Qualität in Krankenhauskonzernen, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin an einer Medizinischen Hochschule

3. AUFGRUND FEHLENDER ANREIZE BESTEHT IN DEUTSCHLAND EIN ENORMER NACHHOLBEDARF BEI DER AMBULANTEN LEISTUNGSERBRINGUNG DURCH KRANKENHÄUSER

- ▶ Die Sektorengrenze als Alleinstellungsmerkmal im deutschen Gesundheitssystem
- ▶ Systemische Fehlanreize: Woran ist eine deutlich umfangreichere Ambulantisierung in Deutschland bisher gescheitert?
- ▶ Der Nachholbedarf je Fachabteilung variiert zwischen >1% und 28% der stationären Fälle
- ▶ Fallbeispiel Ambulanzkostenrechnung: Ohne Veränderungen in Strategie, Strukturen und Prozessen geht die Schere zwischen Kosten und Erlösen weiter auseinander

3.1. Die Sektorengrenze als Alleinstellungsmerkmal im deutschen Gesundheitssystem

Die Unterscheidung zwischen ambulanter und stationärer medizinischer Versorgung und die Organisation dieser beiden Versorgungsformen in ihrem jeweiligen Sektor ist ein wesentliches, konstituierendes Merkmal des deutschen Gesundheitssystems und im internationalen Vergleich der Gesundheitssysteme ein Alleinstellungsmerkmal.

Die Begrenzung der Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen mit dem Ziel, die Beiträge der Versicherten zur GKV stabil zu halten, führt dazu, dass es sowohl innerhalb der Sektoren als auch zwischen den Sektoren zu Verteilungskämpfen der Leistungserbringer um Budgetanteile kommt. Diese Konkurrenz um Budgetanteile bringt es mit sich, dass den Möglichkeiten der ambulanten Leistungserbringung durch die Krankenhäuser nach wie vor Grenzen gesetzt sind. Diese Besonderheit in der Organisation des Gesundheitssystems führt im Ergebnis zu einer im internationalen Vergleich hohe Dichte an Krankenhausbetten in Deutschland, welche vorgehalten und auch belegt werden.

Welcher Nachholbedarf bei der ambulanten Leistungserbringung durch Krankenhäuser in Deutschland besteht, wurde spätestens durch die Veröffentlichung des IGES-Gutachtens 2022 verdeutlicht. Die dort durchgeführten Analysen über ambulant durchführbare Operationen, stationärsersetzende Eingriffe und stationärsersetzende Behandlungen stellen die Grundlage für eine Weiterentwicklung des AOP-Katalogs dar. Laut IGES wären rd. 20 % aller heutigen stationären Fälle auch ambulant, d. h. ohne Übernachtung im Krankenhaus, be-

handelbar. Bezogen auf die Gesamtfallzahl in deutschen Krankenhäusern aus dem Jahr 2021 in Höhe von rd. 17 Mio. Fällen entspricht das rd. 3,4 Mio. Fällen.

Niemand bestreitet, dass eine Ambulantisierung stationärer Fälle im oben genannten Umfang sinnvoll und grundsätzlich möglich ist. Etwaige Risiken und Qualitätsverluste für Patienten sind jedenfalls in anderen Ländern mit einer deutlich höheren Ambulantisierungsquote nicht eingetreten.

3.2. Systemische Fehlanreize: Woran ist eine deutlich umfangreichere Ambulantisierung in Deutschland bisher gescheitert?

Die gesundheitspolitischen Weichenstellungen der letzten Jahrzehnte bringen es mit sich, dass die Krankenhäuser in Deutschland nahezu agieren müssen wie Unternehmen. Fragen von Umsätzen, Deckungsbeiträgen, Fallzahlen und Auslastung sind daher relevante Steuerungsgrößen. In der Regel lässt sich sagen, dass die stationäre Behandlung aufwändiger und teurer ist und die Vergütung entsprechend höher ausfällt, als das bei einer ambulanten Versorgung der Fall ist. Diese höhere Vergütung ist im heute gültigen System erforderlich, damit die Krankenhäuser die für ihren Betrieb notwendigen Deckungsbeiträge erzielen können. Diese Vergütungs- und Kostenunterschiede haben dazu geführt, dass aus Sicht der Kostenträger der Wunsch nach „ambulant vor stationär“ zu einem feststehenden Begriffspaar und zu einer Leitorientierung für eine höhere Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen geworden ist.

Die unterschiedlichen Vergütungs- und Abrechnungsarten im deutschen Gesundheitswesen üben allerdings einen systemischen Einfluss auf die Entscheidung aus, ob Patienten stationär, teilstationär oder ambulant versorgt werden. Die Refinanzierung der Kosten eines Krankenhauses setzt vor diesem Hintergrund einen eindeutigen Anreiz auf eine stationäre Versorgung. Alle Bemühungen der letzten Jahre, die ambulante Versorgung durch Krankenhäuser zu intensivieren und stationäre Kapazitäten zu reduzieren, konnten keinen durchschlagenden Erfolg haben, da den möglichen Vorteilen einer ambulanten Behandlung die negativen wirtschaftlichen Auswirkungen für die Krankenhäuser entgegenstanden. Neben den unvorteilhaften Vergütungsstrukturen stehen einer wirtschaftlichen ambulanten Leistungserbringung aber auch die auf die stationäre Versorgung zugeschnittenen Gebäude, Strukturen, Prozesse und Personalkonzepte im Weg, da die (Vorhalte-)Kosten für die stationäre Infrastruktur und den stationären Personaleinsatz nicht zur ambulanten Vergütung passen.

Ambulantisierung ≠ hohes Risiko und Qualitätsverlust

Auswertungen von Daten der AOK und dem amerikanischen Gesundheitsunternehmen Kayser Permanente zeigen, dass bei einer in den USA ambulant durchgeführten Hüft-TEP bei Koxarthrose – bei Patienten ohne Nebendiagnosen wie Arthritis oder Osteonekrose, bei denen der Eingriff nicht durch Frakturen bedingt wird – sowohl die Wiederaufnahmerate als

auch die Revisionsrate geringer sind als in Deutschland, wo dieser Eingriff beim gleichen Krankheitsbild stationär und mit einer durchschnittlichen Verweildauer von zehn Tagen durchgeführt wird.

Quelle: Simon, B. et al. (2023): Patient Pathway Comparison for Total Hip Replacement in the United States and Germany – Why the Payment Model Matters. NEJM Catalyst. (Jahrgang 4, Juni).

3.3. Der Nachholbedarf je Fachabteilung variiert zwischen 1 % und 28 % der stationären Fälle

Das Ambulantisierungspotenzial variiert je nach medizinischer Fachrichtung im Krankenhaus. Dabei spielen verschiedene Faktoren eine Rolle, welche die Eignung für ambulante Behandlungen beeinflussen; darunter die Art des Eingriffs, die Schwere der Erkrankung und die zugrunde liegende Diagnose. Auch individuelle Ausschlusskriterien (z. B. das Alter) der Patienten sowie der erforderliche Umfang der Nachsorge müssen im Einzelfall berücksichtigt werden. Im Allgemeinen weisen Fachrichtungen mit weniger invasiven Eingriffen, routinemäßigen Untersuchungen und weniger komplexen Fällen ein höheres Potenzial für ambulante Versorgung auf.

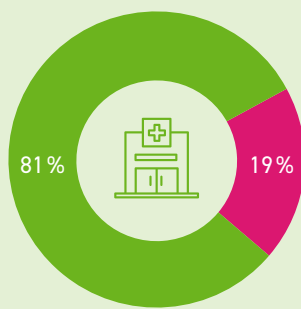
Um dies zu veranschaulichen, haben wir das Ambulantisierungspotenzial exemplarisch für zwei Beispielhäuser unter Berücksichtigung der im IGES-Gutachten aufgeführten Leistungen auf Basis der stationären Abrechnungsfälle aus dem Jahr 2019 ermittelt. Die Identifikation der entsprechenden Fälle stellt auch die Grundlage für die weiterführende Auswirkungsanalyse dar. Für das Beispielhaus der Grund- und Regelversorgung liegt das Ambulantisierungspotenzial bei rd. 23 %. Dabei ist das Potenzial in der Allgemeinen Chirurgie geringfügig höher als in der Inneren Medizin. Für das Beispielhaus der Maximalversorgung bestätigt sich eine größere Bandbreite über die Fachabteilungen hinweg. In einigen Fachabteilungen (z. B. Gefäßchirurgie und Kardiologie) liegt das Potenzial unter 10 %, in anderen bei über 30 % (bspw. Hals-, Nasen- Ohrenheilkunde oder Urologie). Allerdings gilt es zu beachten, dass bei der Analyse der bereits umgesetzte Grad an ambulanter Versorgung nicht berücksichtigt wurde. Fachabteilungen, die bereits eine fortgeschrittenere ambulante Ausrichtung aufweisen, zeigen in diesem Kontext ein geringeres ambulantes Potenzial.

3.4. Fallbeispiele Ambulanzkostenrechnung: Ohne Veränderungen in Strategie, Strukturen und Prozessen geht die Schere zwischen Kosten und Erlösen weiter auseinander

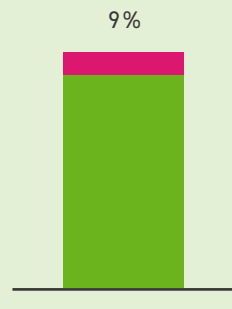
Vereinfachende Annahmen für die Auswirkungsanalyse:

- ▶ Die Ambulantisierung führt nicht zu einer Verlagerung der ambulanten Leistungen in den niedergelassenen Bereich. Das bedeutet, dass alle Fälle, die laut IGES-Gutachten ambulant behandelt werden können, durch das Krankenhaus erbracht werden.
- ▶ Die freiwerdenden stationären Kapazitäten füllen sich nicht anderweitig.
- ▶ Die künftigen ambulanten Erlöse entsprechen den durchschnittlichen Erlösen aus der bisherigen ambulanten Leistungserbringung im Status quo der jeweiligen Fachabteilung.
- ▶ Die künftigen Kosten der ambulanten Leistungserbringung entsprechen den Kosten für die ambulante Leistungserbringung der jeweiligen Fachabteilung im Status quo, Skaleneffekte sowie sprunghafte Kosten werden nicht berücksichtigt.
- ▶ Die Kosten der stationären Behandlung entsprechen der InEK-Kalkulationsmatrix.

Maximalversorger



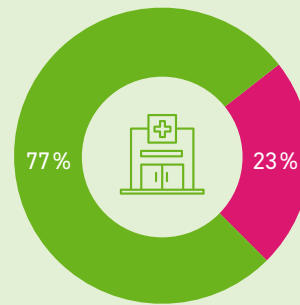
■ Stationäre Fälle



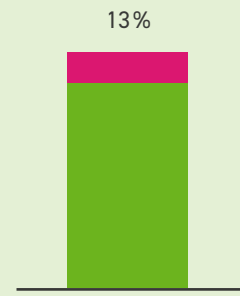
Erlöse

■ Ambulantes Potenzial

Grund- und Regelversorger



■ Stationäre Fälle



Erlöse

■ Ambulantes Potenzial

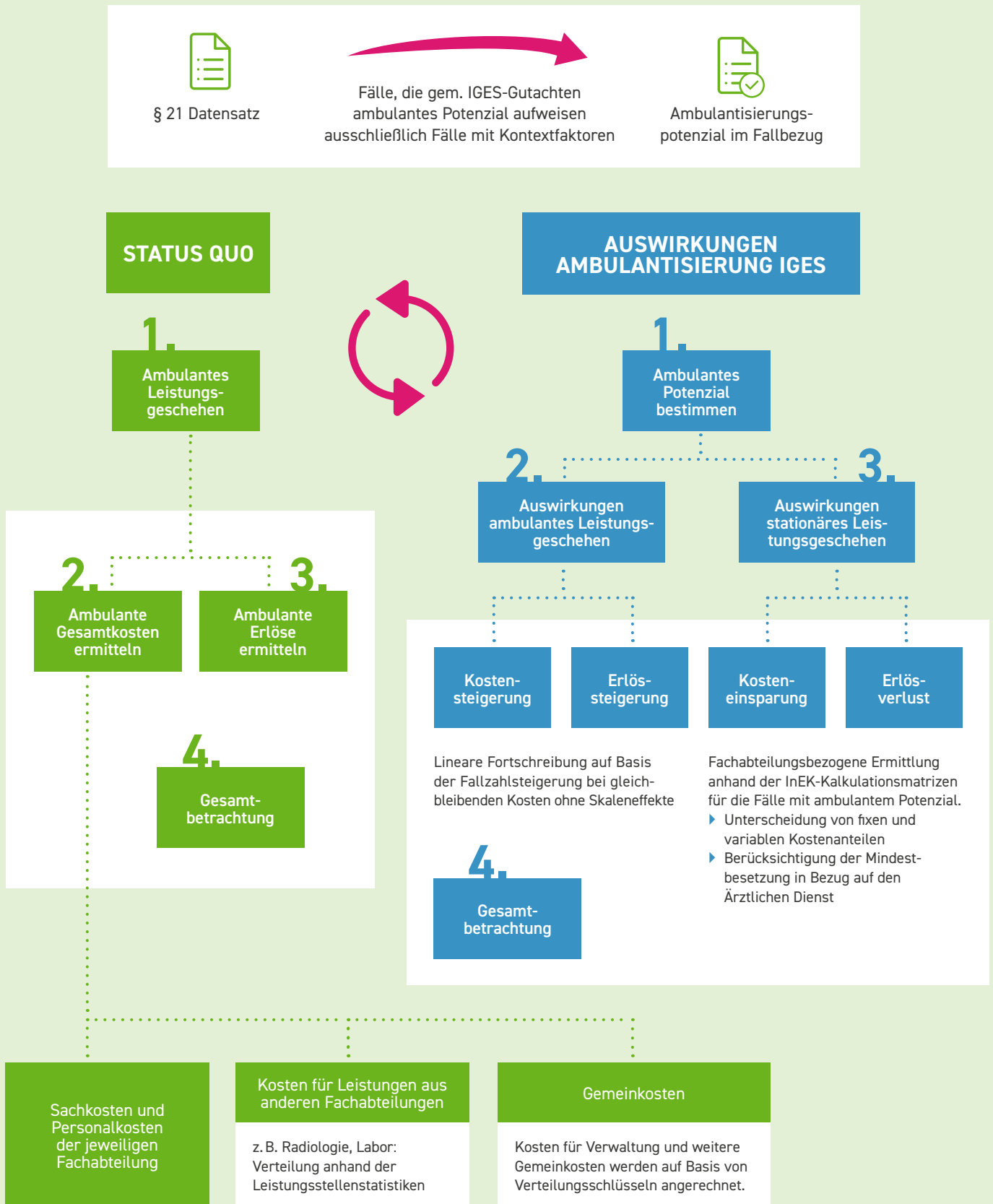
Abb. 4: Gegenüberstellung stationäre Fälle und ambulantes Potenzial der Beispielhäuser

Was würde passieren, wenn ein Krankenhaus die ambulante Leistungserbringung im Status quo steigert und gleichzeitig stationäre Fälle verliert? In beiden Beispielhäusern wird deutlich, dass der prozentuale Anteil der Fallzahl nicht identisch mit dem Erlösanteil ist, der durch die Ambulantisierung entfällt (Abbildung 4).

Beim Maximalversorger zeigt die Analyse, dass die Umsetzung des 19%igen ambulanten Potenzials bezogen auf die stationären Fälle etwa 9% der stationären Erlöse betrifft. Für den Grund- und Regelversorger wirkt sich die Umsetzung des 23%igen ambulanten Potenzials auf 13% der stationären Erlöse aus. Diese Relation ist zu erwarten, da die Fälle mit ambulantem Potenzial tendenziell einen geringeren Schweregrad und CMI aufweisen. Bei einer konsequenten Umsetzung der Ambulantisierung wäre ein höherer CMI bei den anschließend noch stationär erbrachten Leistungen also durchaus erwartbar.

In Anbetracht dieses nennenswerten Verlusts stationärer Fälle und der entsprechenden Erlöse stellt sich die Frage, welche finanziellen Folgen sich insgesamt ergeben. Um diese Frage zu beantworten, haben wir eine weiterführende Auswirkungsanalyse für die Beispielhäuser erstellt. Die Ambulanzkostenrechnung gibt dabei Auskunft über die Veränderungen im ambulanten Leistungsbereich; zudem haben wir ermittelt, wie sich der Wegfall der stationären Fälle fachabteilungsbezogen auswirkt. Unser Vorgehen stellen wir schematisch in der folgenden Abbildung dar (Abbildung 5).

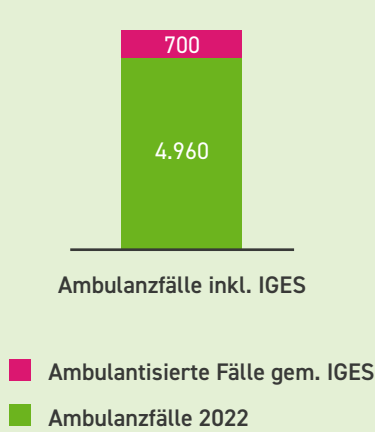
Ermittlung Ambulantisierungspotenzial nach IGES



Kosten auf den Kostenstellen für die ambulante Leistungserbringung (z. B. Ambulanzkostenstelle) und/oder auf den Allgemeinkostenstellen der Abteilung. Sind auf einer Kostenstelle der Fachabteilung ambulante **und** stationäre Kosten verbucht, müssen diese verursachergerecht auf Basis von Verteilschlüsseln zugeordnet werden.

Abb. 5: Vorgehensweise zur Erstellung der Auswirkungsanalyse

Ambulantes Potenzial



Auswirkungen Ambulanzkostenrechnung

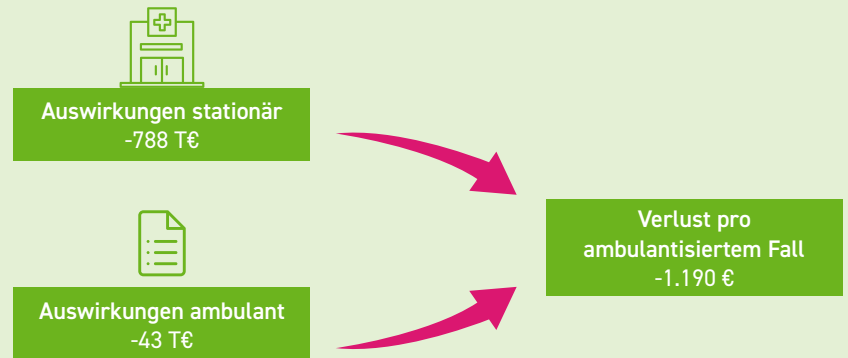
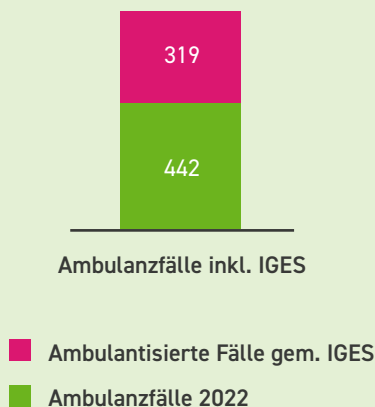


Abb. 6: Ambulantes Potenzial und Auswirkungsanalyse am Beispiel der Hals-, Nasen- Ohrenheilkunde des Maximalversorgers

Für den Status quo zeigt die Ambulanzkostenrechnung am Beispiel der Fachabteilung Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde des Maximalversorgers auf Basis von 4.960 Ambulanzfällen ein negatives Ergebnis in Höhe von 432 T€. Das ambulante Potenzial liegt bei 700 Fällen, wobei es sich prozentual betrachtet um keine wesentliche Steigerung handelt. Werden diese Fälle bei gleichbleibenden Kosten und Erlösen erbracht, verschlechtert sich das Ergebnis um weitere 43 T€. Hinzu kommt, dass durch die Ambulantisierung der 700 Fälle weitere 788 T€ an stationären Erlösen unter Berücksichtigung der entsprechenden Kosteneinsparung verlorengehen. Die negativen Gesamtauswirkungen für die Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde summieren sich somit auf rund 831 T€. Pro Fall ergibt sich ein durchschnittlicher Verlust von rd. 1 T€ pro ambulantisiertem Fall. (Abbildung 6).

Im Gegensatz dazu weist die Fachabteilung Allgemeinchirurgie des Maximalversorgers, prozentual betrachtet, eine höhere Steigerung der ambulanten Fälle auf. Im Status quo beträgt die Unterdeckung bei 442 Fällen 166 T€. Wird diese Fallzahl um das ambulante Potenzial von 319 Fällen bei gleichbleibenden Kosten und Erlösen gesteigert, steigt die Unterdeckung auf 216 T€ an. Bei Wegfall der stationären Fälle würde damit, unter Berücksichtigung der Kosteneinsparung, ein weiterer Erlösverlust in Höhe von 465 T€ einhergehen. Die negativen Gesamtauswirkungen für die Allgemeinchirurgie belaufen sich auf 515 T€. In Relation zur Anzahl der Fälle ergibt sich damit ein Verlust in Höhe von 1,6 T€ je ambulantisiertem Fall (Abbildung 7).

Ambulantes Potenzial



Auswirkungen Ambulanzkostenrechnung

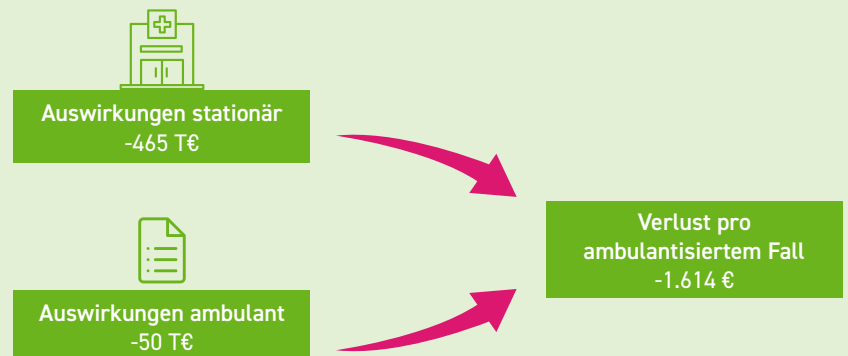


Abb. 7: Ambulantes Potenzial und Auswirkungsanalyse am Beispiel der Allgemeinchirurgie des Maximalversorgers

Bei der Auswirkungsanalyse wurde vorausgesetzt, dass die Kosten und Erlöse der ambulantiserten Fälle den derzeitigen ambulanten Kosten- und Erlösstruktur entsprechen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die ambulantiserten Fälle teilweise einen höheren Komplexitätsgrad und damit einen höheren Aufwand verursachen als die bislang ambulant erbrachten Fälle.

4. FÜR DIE AMBULANTE LEISTUNGSERBRINGUNG EXISTIEREN DERZEIT KAUM PASSENDE STRUKTUREN UND PROZESSE

- ▶ **Was?** Es gibt keinen vollständigen Überblick, was alles an ambulanten Leistungen erbracht wird.
 - ▶ **Wie und in welchem Umfang?** Jede ambulante Einheit oder Sprechstunde organisiert sich in ihrer Insellösung. Es gibt keine krankenhauseinheitlichen Standards.
 - ▶ **Wo?** Die Leistungserbringung erfolgt in den Fachabteilungen über das Krankenhaus und ggf. über MVZ-Sitze verstreut.
 - ▶ **Für wen und warum?** Die Palette ambulanter Leistungen folgt keinem strategischen Plan oder dem Bedarf; sie ist eher neigungs- und angebotsinduziert. Es bestehen Angebote für Patienten, die zum bisherigen Leistungsportfolio passen und für Patienten, die potenziell stationär werden könnten.
 - ▶ **Wer?** Alle Mitarbeiter, die an der ambulanten Leistungserbringung mitwirken, tun dies in der Regel neben ihren stationären Aufgaben.
-

Die beispielhafte Auswirkungsanalyse zeigt, dass sich die defizitäre ambulante Leistungserbringung in der Regel nicht über eine Mengenausweitung beheben lässt; in den bestehenden Strukturen geht die Schere zwischen Kosten und Erlösen noch weiter auseinander. Die finanziellen Mittel zur Subventionierung der ambulanten Leistungserbringung durch die stationären Erlöse verkleinern sich durch die Ambulantisierung. Vor diesem Hintergrund ist es erforderlich, die Bedingungen der ambulanten Leistungserbringung an Krankenhäusern unter die Lupe zu nehmen. Die daraus resultierenden Befunde fassen wir unter folgenden Fragestellungen zusammen:

- ▶ Was sind die ambulanten Leistungen, die in Krankenhäusern erbracht werden?
- ▶ Wie und in welchem Umfang werden ambulante Leistungen in Krankenhäusern erbracht?
- ▶ Wo werden ambulante Leistungen in Krankenhäusern erbracht?
- ▶ Für wen und warum werden ambulante Leistungen in Krankenhäusern erbracht?
- ▶ Wer erbringt die ambulanten Leistungen in Krankenhäusern?

4.1. Was? – Es gibt keinen vollständigen Überblick, was alles an ambulanten Leistungen erbracht wird

Die Möglichkeiten, die durch die Gesetzgebung zur Erbringung von ambulanten Leistungen in Krankenhäusern in den letzten Jahren, vor allem mit Hilfe der §§ 115 bis 119 im SGB V, geschaffen wurden, sind vielfältig und detailliert, siehe Abbildung 8:

Versorgungsform	Rechtsgrundlage
Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte	§ 116 SGB V
Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung	§ 116a SGB V
Ambulante Behandlung in Einrichtungen der Behindertenhilfe	§ 119a SGB V
Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen	§ 119b SGB V
Ambulante spezialfachärztliche Versorgung	§ 116b SGB V
Ambulantes Operieren	§ 115b SGB V
Disease-Management-Programme (DMP)	§ 137f SGB V
Geriatrische Institutsambulanzen	§ 118a SGB V
Hochschulambulanzen	§ 117 SGB V
Notfallambulanzen/Portalpraxen	§ 75 Abs. 1b SGB V
Psychiatrische Institutsambulanzen	§ 118 SGB V
Sozialpädiatrische Zentren	§ 119 SGB V
Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung	§ 115d SGB V
Tagesstationäre Behandlung	§ 115e SGB V
Teilstationäre Behandlung	§ 39 SGB V
Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus	§ 115a SGB V

Abb. 8: Versorgungsformen und Rechtsgrundlagen der ambulanten Leistungserbringung durch Krankenhäuser
Quelle: Vergütung ambulanter und ambulant erbringbarer Leistungen Gesundheitspolitisch zielgerechte Integrationsmodelle über sektorale Leistungsträger und Finanzierungssysteme, Bertelsmann Stiftung 2019, aktualisiert.

Die Anwendung dieser Möglichkeiten in den Krankenhäusern ist unterschiedlich weit verbreitet, wobei Leistungen zum Teil nur sehr selten erbracht werden, allen voran die tagesstationäre Behandlung. Als Gründe hierfür werden mangelndes Potenzial und Praxis-tauglichkeit sowie Unklarheiten bei Haftungsfragen und bereits bestehende tagesklinische Angebote genannt. Erfahrungsgemäß ist den Verantwortlichen in den Krankenhäusern gut bekannt, welche gesetzlichen Grundlagen sie für die ambulante Leistungserbringung nutzen. Gleichzeitig fehlt in der Regel jedoch ein vollständiger und detaillierter Überblick, was alles an ambulanten Leistungen erbracht wird. Beim Blick auf die konkrete Ausgestaltung wird das Bild unschärfer (Abbildung 9). In Gesprächen mit Entscheidungsträgern im Krankenhausmanagement zeigt sich, dass kein klarer Überblick vermittelt werden kann. Häufig wird nur ein Ausschnitt aus dem Leistungsportfolio beschrieben, beispielsweise die Anzahl an ambulanten OP-Sälen, die Anzahl an MVZ-Sitzen oder eine grobe Bezifferung der Ermächtigungen. Zur Anzahl der Sprechstunden konnte in der Regel keine Auskunft gegeben werden.

Dies mag zum einen an der Komplexität des Themas liegen, zeigt aber auch, dass die ambulante Leistungserbringung bislang nicht im Fokus lag. Eine systematische Beleuchtung des ambulanten Geschehens erfolgt in der Regel nicht. Für die befragten Krankenhäuser selbst liegt hier „vieles im Nebel“. Auf die Frage, welche Leistungen im Rahmen der ambulanten Behandlung erbracht werden – zum Beispiel in einer spezifischen Sprechstunde – können in der Regel nur die Leistungserbringer selbst eine Antwort geben.



Informationen in den ambulanten Leistungsbereichen werden abrechnungsbezogen dokumentiert. Was nicht für die Abrechnung relevant ist und (vermeintlich) nicht abgerechnet werden kann, wird nicht dokumentiert oder kann zumindest nicht zentral abgerufen werden. So kann es sein, dass sich fachabteilungsbezogen eine ambulante Fall- und Kontaktzahl in den Ambulanzen generieren lässt, die tatsächliche Anzahl an Kontakten jedoch ein Vielfaches beträgt. Dazu trägt bei, dass es kaum Personal gibt, welches speziell für die medizinische Dokumentation, Abrechnung und Analyse des Leistungsspektrums in den ambulanten Leistungsbereichen geschult und eingesetzt wird. Aus den Daten zum stationären Leistungsgeschehen lassen sich ebenfalls keine detaillierten Informationen zum ambulanten

ten Leistungsgeschehen abrufen, sie eignen sich bestenfalls zur Unterscheidung von vorstationären, nachstationären, vollstationären und teilstationären Fällen anhand von Aufnahmeanlass, Aufnahmegrund und Entlassgrund. Dies macht es beinahe unmöglich, zum derzeitigen Stand eine Antwort auf die Frage zu geben, was genau in Krankenhäusern ambulant erbracht wird. Folglich ist auch keine valide Evaluation der Qualität der ambulanten Leistungserbringung möglich.

4.2. Wie und in welchem Umfang? – Jede ambulante Einheit oder Sprechstunde organisiert sich in ihrer Insellösung. Es gibt keine krankenhauseinheitlichen Standards

Wie und in welchem Umfang ambulante Leistungen erbracht werden, wurde bislang in den Krankenhäusern vor allem in Bezug auf ambulante Operationen hinterfragt. Daraus haben sich Ideen und Konzepte ergeben, die oft jedoch eher eine isolierte Antwort auf das „wo“ liefern – in getrennten baulichen Strukturen oder weiterhin im Zentral-OP?

Bei der Frage nach der Organisation der Prozesse und des Personaleinsatzes mangelt es häufig noch an konkreten Planungen. Eine vollständige, aber isolierte Betrachtung der operativen ambulanten Leistungen würde allerdings auch nicht weit genug greifen. In den Ambulanzen, bei den vor- und nachstationären Behandlungen, in den Tageskliniken und in den Medizinischen Versorgungszentren muss es ja ebenfalls ein „wie“ geben. Grundlage hierfür wäre eine Auseinandersetzung mit der Frage, was die Ambulantisierung für die Versorgungsqualität und die Patienten bedeuten soll und was nicht. Von der Diskussion zur Versorgungsqualität und deren Implikation für Prozesse und bauliche Strukturen sind einige Häuser noch sehr weit entfernt. Stattdessen passiert es in Ambulanzen nicht selten, dass Patienten folgende Information auf eine Terminanfrage erhalten: „Sprechstunde ist bei uns immer donnerstags von 7:30 - 11:00 Uhr.“ Die Botschaft ist: „Wer zuerst kommt, mahlt zuerst.“ Volle Wartezimmer ab 7:00 Uhr und Wartezeiten sind vorprogrammiert.

Ein Aspekt, der ebenfalls das „wie“, aber vor allem auch den Umfang ambulanter Leistungen im Krankenhaus kennzeichnet, ist das Fehlen von krankenhauseinheitlichen Standards im Sinne von Behandlungspfaden, die Inhalte und Abläufe festlegen. Größtenteils organisiert sich jede Einheit in ihrer Insellösung. Dies beginnt schon bei der Frage, wie die Terminvereinbarung vonstattengeht. Die Spannbreite reicht von einer telefonischen Vereinbarung mit dem Bereich, der diesen Termin wiederum händisch in ein Terminbuch einträgt, bis hin zur Möglichkeit für Patienten, Termine selbst online zu vereinbaren.

Ein wesentliches Merkmal dieser Insellösungen ist, dass sich diese Heterogenität nicht nur zwischen einzelnen Krankenhäusern in unterschiedlicher Trägerschaft finden lässt – beziehungsweise über verschiedene Formen der ambulanten Leistungserbringung hinweg – sondern auch innerhalb ein und desselben Krankenhauses in ein und derselben Leistungsform. Versuche der Krankenhäuser, eine einheitliche Vorgehensweise zu etablieren, zum Beispiel durch eine Zentralisierung der Terminierung und Aufnahme, stoßen bei den Leistungserbringenden häufig auf Vorbehalte und Widerstand, da eine Einschränkung der Autonomie bzgl. der eigenen abteilungsspezifischen Strukturen und Prozesse befürchtet wird.

Eine Vereinheitlichung des „wie“ hat unbestritten das Potenzial zu einer besseren Steuerung der Patientenströme im Gesamthaus beizutragen, das Behandlungserlebnis für die Patienten zu verbessern, den Umgang mit Personalausfällen zu vereinfachen, Raumkapazitäten besser nutzbar zu machen und die Einarbeitung neuer Mitarbeiter deutlich zu vereinfachen. Dieses Potenzial wird von den Entscheidungsträgern in den Krankenhäusern zwar gesehen, eine Vorteilsübersetzung in den Leistungsbereichen gelingt bislang nur selten.

Ebenso hätte eine Vereinheitlichung im Sinne der Definition von Behandlungspfaden Auswirkungen auf den Leistungsumfang und die Leistungstiefe bei ambulanten Behandlungen. Aus unserer Sicht wird zu Recht angenommen, dass sich sowohl Umfang als auch Tiefe deutlich von der Versorgung in einer Arztpraxis unterscheiden. Patienten bringen ihre eigene Erwartungshaltung an eine Behandlung im Krankenhaus mit, unabhängig davon, ob diese ambulant oder stationär erfolgt. Diese umfasst sowohl die Erwartung an die ärztliche Expertise als auch den Umfang der Diagnostik: die fachärztliche Expertise sollte die gleiche sein wie im niedergelassenen Bereich und die Behandlung wie im stationären Setting erfolgen, mit der Nutzung aller (diagnostischen) Möglichkeiten, die ein Krankenhaus zu bieten hat. Außerdem spielen die (sozialen) Begleitumstände der Patienten eine Rolle, welche die Erwartungshaltung ebenfalls beeinflussen. Gleichzeitig existieren für viele Behandlungen Richtlinien und Vorgaben, die sich unter anderem auf Hygiene, Datenschutz oder die Person, die die Leistungen erbringen darf, beziehen. Diese Vorgaben erschweren die praktische Umsetzung von ambulanten Standards im Krankenhaus, beispielsweise in Bezug auf die Delegation von Tätigkeiten zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen oder die Durchführung von Eingriffen in gesonderten ambulanten Settings. Auf der anderen Seite steht das Vorhandensein – oder eher das Fehlen – von internen krankenhauseinheitlichen Standards für ambulante, stationärsersetzende Behandlungen. Dies erfordert dann individuelle Entscheidungen der an der Behandlung beteiligten Personen und diese Entscheidungen sind meist geprägt von den Standards einer stationären Versorgung.

Ausrichtung von Prozessen und Ausstattung anhand der festgelegten Versorgungsqualität

Welche Unterschiede und Gemeinsamkeiten ergeben sich in der stationären und ambulanten Behandlung und was bedeutet dies für das medizinisch-pflegerische Vorgehen und die vor- und nachgelagerten Prozesse?

- ▶ Strukturierte Behandlungspfade und räumliche Ausstattung ermöglichen schlanke Prozesse für Terminierung, Behandlung und Entlassung
- ▶ Warteräume für ambulante Patienten
- ▶ Umkleiden für ambulante Patienten
- ▶ Pre-Holding Bereiche für ambulante Operationen
- ▶ Etablierte Konzepte zur präoperativen Patientenedukation
- ▶ Etablierte Konzepte zur postoperativen Patientenbetreuung und Unterstützungsleistungen, z. B. Fahrdienste
- ▶ Telefonische Erreichbarkeit nach der ambulanten Leistung und/oder Recall-Systeme

So gehen wir von der These aus, dass die Möglichkeiten eines Krankenhauses Ärzte in die Lage versetzen, mehr zu tun und das gründlicher als es in einer Praxis möglich wäre. Dies führt – wenn zum Teil auch nur implizit – zu der Haltung, dass das, was man tun kann, auch getan werden muss, sodass ambulante Patienten häufig die gleiche Palette an Leistungen erhalten, wie stationäre. In den Expertengesprächen wurde uns berichtet, dass in Sprechstunden eine Vielzahl an Leistungen erbracht wird und nach Maßgabe des Chefarztes teilweise bis zu 45 Minuten für einen Kontakt vorgesehen werden. Während sich in den operativen Fachabteilungen zumindest in Hinblick auf die ambulanten Operationen eine Veränderung andeutet, übersteigt die Behandlungsintensität gerade im Bereich der Inneren Medizin den jeweiligen individuellen Behandlungsbedarf. Wir verfügen zwar nicht über exakte Daten zur zeitlichen Bindung der unterschiedlichen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen für die ambulante Leistungserbringung im Krankenhaus, wir sehen in der Praxis aber eindeutig, dass die durchschnittliche Bindungszeit eines Arztes in seiner Praxis von 7,6 Minuten in der Regel deutlich überschritten wird.

Zu guter Letzt obliegt die Entscheidung, wie und in welchem Umfang eine ambulante Behandlung durchgeführt wird, beim ärztlichen Personal, welches im Zweifel eher zu viele als zu wenige Leistungen erbringt oder anordnet. Zwar ist das Verhältnis von Kosten und Erlösen bei ambulanten Leistungen deutlich ungünstiger als bei stationären Leistungen, dies wirkt sich jedoch nicht regulierend auf den Aufwand und die zeitliche Bindung aus. Das festangestellte Krankenhauspersonal trägt in der Regel kein unmittelbares, eigenes unternehmerisches Risiko für Konsultationen, Diagnostik oder Behandlungen, die nach Maßstäben einer Praxis mit einer selbständigen bzw. freiberuflichen Haltung zu viel Ressourcen in Anspruch nehmen oder zu lange dauern.

4.3. Wo? – Die Leistungserbringung erfolgt in den Fachabteilungen über das Krankenhaus und ggf. über MVZ-Sitze verstreut

Je nachdem, um welche ambulanten Leistungen es sich handelt, werden diese in den Fachabteilungen des Krankenhauses oder gegebenenfalls über MVZ-Sitze verstreut erbracht. In den meisten Krankenhäusern gibt es das Bestreben, die ambulante Leistungserbringung in irgendeiner Art und Weise zu konzentrieren:

- ▶ Zentralisierung der MVZ-Sitze bis hin zur Poliklinik
- ▶ Schaffung von ambulanten OP-Zentren, entweder als Neubauten oder Nachnutzungskonzepte
- ▶ Schaffung von Ambulanz- und/oder Sprechstundenzentren

Die Krankenhäuser stehen häufig noch vor der Umsetzung dieser Schritte. Dies bedeutet, dass die MVZ-Sitze derzeit in der Region verstreut sind, ohne dass es hierfür einen strategischen Grund oder Wertschöpfungsgewinn für das Krankenhaus gibt. Auch die ambulanten Operationen finden teilweise mit dem gleichen Personal in den gleichen Räumlichkeiten, mit den gleichen Abläufen, dem gleichen Aufwand und der gleichen Ausstattung wie bei stationären Operationen statt. Wenn dies strategisch gewünscht und wirtschaftlich sinnvoll ist – beispielsweise, weil die Investitionskosten sich bei einer Auslagerung der ambulanten Operationen aufgrund der Leistungsmengen nicht amortisieren würden – wäre dies begrüßenswert. Allerdings ist das meist nicht der Fall; das „wo“ erfolgt dort, wo es sich einrichten lässt. Vor allem in den vor- und nachgelagerten Schritten werden dadurch viele

Ressourcen gebunden, beispielsweise, wenn ambulante Patienten über die Station aufgenommen oder nach der Operation auf die Station gebracht werden.

Dies stellt für die betroffenen Krankenhäuser keine befriedigende Situation dar, allerdings mangelt es oft an finanziellen Mitteln, um notwendige Veränderungen zu realisieren. Es zeigt sich, dass die Umsetzung von Reorganisationsprojekten verzögert wird, wenn keine räumlichen Kapazitäten, zum Beispiel zur Zentralisierung von Sprechstunden und Ambulanzen, zur Verfügung stehen. Infolgedessen wird die Einführung von krankenhauseinheitlichen Standards und die gemeinsame Nutzung der oft knappen Ressourcen erschwert. Nicht zuletzt ist das auch aus Sicht der Patienten problematisch, weil damit oft lange Wege und Wartezeiten einhergehen.

Für wen und warum? – Die Palette ambulanter Leistungen folgt keinem strategischen Plan oder dem Bedarf, sie ist eher neigungs- und angebotsinduziert. Es bestehen Angebote für Patienten, die zum bisherigen Leistungsportfolio passen, und für Patienten, die potenziell stationär behandelt werden könnten.

Jeder tut es – aber warum?

Die in den Expertengesprächen am häufigsten genannten Gründe sind:

- (1)** Die Patienten finden kein passendes Angebot im niedergelassenen Bereich.
- (2)** Durch die ambulanten Leistungen werden stationäre Patienten generiert. Für diese weithin verbreitete Begründung können in der Regel keine Zahlen oder Daten vorgelegt werden, die diese bestätigen würden.
- (3)** Der Chefarzt/Oberarzt hat sich auf dieses Gebiet spezialisiert. Die Entwicklungen der stationären Ver-

sorgung mit Fokus von Einsparung, Effizienz und Optimierung lassen oft wenig Raum für die Verwirklichung eigener medizinischer Interessen der Ärzte. Sprechstunden stellen daher eine Möglichkeit dar, individuelle Spezialisierungen außerhalb der stationären Versorgung zum Einsatz zu bringen. Diese Spezialsprechstunden sind in der Regel nicht strategisch verknüpft mit dem stationären Leistungsportfolio, machen den Arbeitsplatz für die Ärzte aber attraktiver und wirken so im Sinne eines „Job Enrichments“.

4.4. Für wen und warum? – Die Palette ambulanter Leistungen folgt keinem strategischen Plan oder dem Bedarf

Originär haben Krankenhäuser im deutschen Gesundheitssystem die Aufgabe, die stationäre Versorgung für schwerkranke Patienten in hoher Qualität zu erbringen. Der medizinisch-technische Fortschritt der letzten Jahrzehnte hat jedoch die Möglichkeit eröffnet, bis dahin stationäre Fälle auch ambulant bzw. Stationsersetzend behandeln zu können und damit die strikte Trennung der Sektoren in Frage gestellt.

Eine ambulante Versorgung durch Krankenhäuser zählte nicht zum Auftrag der Krankenhäuser und war historisch betrachtet nicht vorgesehen. Auch wenn hinzukommt, dass die ambulanten Leistungen am Krankenhaus darüber hinaus in der Regel keine positiven Deckungsbeiträge generieren, ist uns kein einziges Krankenhaus bekannt, das eine rein stationäre Versorgung betreibt.

Warum also erbringen Krankenhäuser ambulante Leistungen? Die Antworten sind nicht überraschend, zeigen allerdings, dass die ambulante Leistungserbringung keinem strategischen Plan oder Bedarf folgt. Abgesehen von wenigen Ausnahmen hat kein Krankenhaus das ambulante Portfolio damit begründet, dass dieses Teil einer Gesamtstrategie und/oder auf den regionalen Bedarf abgestimmt ist.

Die Frage, für wen die ambulanten Leistungen eines Krankenhauses angeboten werden, wird häufig eher pragmatisch als strategisch beantwortet: Es handelt sich um Patienten, die zum bisherigen Leistungsportfolio passen und damit potenziell stationär werden könnten. Dies bezieht sich in erster Linie auf Patienten in der Region, aber auch auf solche, die von weiter weg stammen, wenn sich das Haus überregional mit einer Spezialisierung bekannt machen konnte. Vor dem Hintergrund der ökonomischen Notwendigkeiten eines Krankenhauses ist das nachvollziehbar. Mit Blick auf die regionalen Versorgungsbedarfe spiegelt es aber eher die Konkurrenzsituation im Wettbewerb um stationäre Fälle unter Leistungsanbietern wider als eine unter mehreren Leistungsanbietern abgestimmte, kooperative Gesundheitsversorgung.

Dessen ungeachtet ist aber auch festzustellen, dass Krankenhäuser vermehrt den Druck verspüren, Leistungen zu erbringen, die von den niedergelassenen Fachärzten im Einzugsgebiet nicht erbracht werden oder nicht erbracht werden können. So wird vom Aufkauf von Arztsitzen berichtet, weil sich in der Region keine andere Nachfolge als das Krankenhaus finden lässt, von Patienten in den Notfallambulanzen, die diese aufsuchen, da es keine anderen ambulanten Angebote gibt, von langen Wartezeiten auf Facharzttermine und einer selektiven Auswahl der Patienten im niedergelassenen Bereich. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Krankenhäuser die Frage: „Wer ist die Zielgruppe für unsere ambulanten Leistungen und welches Angebot soll daraus folgen?“ derzeit nicht strategisch angehen.

An drei Orten gleichzeitig tätig – Beispiel für das Nebenbei

Im Status quo muss ein Arzt theoretisch an drei Orten gleichzeitig sein:

- ▶ **OP** ▶ **Station** ▶ **Ambulanz**
- ▶ Dies führt dazu, dass er kaum in die Lage versetzt wird, tatsächlich dort zu sein, wo er gerade gebraucht wird.
- ▶ Prozesse können nicht optimal organisiert werden.
- ▶ Bei den weit verbreiteten persönlichen Ermächti-

gungen können bei Nichteinhaltung der Vorgaben außerdem der Honoraranspruch verloren gehen oder Handlungen in einen strafbaren Bereich fallen, wenn zum Beispiel Leistungen, an denen Assistenten beteiligt waren, unter dem Namen der persönlich ermächtigten Person abgerechnet werden.

Quelle: Expertengespräche und Ettwig, V. (2019): Ermächtigter Arzt. Auf was gilt es zu achten? <https://ku-gesundheitsmanagement.de/2019/08/09/ermaechtigter-arzt/> (abgerufen am 13.09.2023)

4.5. Wer? – Alle Mitarbeiter, die an der ambulanten Leistungserbringung mitwirken, tun dies in der Regel neben ihren stationären Aufgaben

Für die ambulante Leistungserbringung selbst, aber auch für die Leitung und das Management dieser Bereiche gibt es kaum eigenes Personal. Diejenigen, die daran mitwirken, tun dies in der Regel neben ihren stationären Aufgaben und sind geprägt vom Kontext einer stationären Versorgung. Das Nebenbei ist schon im Status Quo – auch ohne Erhöhung der Patientenzahlen – problematisch.

Die stationäre Prägung, das stationäre „Mindset“ von Ärzten fußt auf den deutlich größeren Möglichkeiten eines Krankenhauses. Diesen größeren Möglichkeiten stehen keine klar definierten Behandlungspfade und Prozesse gegenüber, die dem Umfang und der Tiefe des ambulanten Arbeitens ein Korrektiv bieten. Anders als in der Arztpraxis fehlt beim ambulanten Arbeiten am Krankenhaus darüber hinaus auch der unmittelbare, persönliche Anreiz, wirtschaftlich zu agieren. Wir sind nicht der Meinung, dass sich aus diesem Sachverhalten ein Vorwurf oder ein Versäumnis ableiten lässt, vielmehr gehen wir davon aus, dass der Kontext diese Haltung prägt: Das Sein bestimmt das Bewusstsein.

Neben dem ärztlichen Dienst erbringen auch die anderen Dienstarten im Krankenhaus die ambulanten Leistungen neben ihren stationären Aufgaben. Die OP-Pflege und die Anästhesie-Pflege werden sowohl bei ambulanten als auch stationären Operationen eingesetzt. Die Sekretariate kümmern sich um die Terminierung und Auskünfte bei stationären und ambulanten Patienten, sind aber auch für die Dokumentation der Sprechstunden und/oder die Eintragung der Abrechnungsziffern der Ambulanzen zuständig. Der Funktionsdienst erbringt Endoskopien mal bei ambulanten, mal bei stationären Patienten. Nur vereinzelt gibt es medizinische Fachangestellte, die rein für die Ambulanzen tätig sind.

Ebenso gibt es in Verwaltung und Management kaum Personal, das auf den ambulanten Bereich spezialisiert ist. Es existiert kein ambulantes Medizincontrolling, kein ambulantes OP-Management und die kaufmännische Leitung der MVZs obliegt in vielen Fällen der Geschäftsführung des Krankenhauses. Im Gegensatz dazu steht die einhellige Meinung, dass das stationär geprägte Denken für die Leistungserbringung und Steuerung im ambulanten Bereich nicht förderlich ist. Das Nebenher und die entsprechend unspezifischen Prozesse rund um die ambulanten Leistungen am Krankenhaus führen, im Gegensatz zum Fokus in der Praxis eines niedergelassenen Arztes, zu einer wesentlich niedrigeren Taktzahl bei der ambulanten Behandlung. Einer Steigerung der Taktzahl auf das Niveau einer Praxis stehen vor allem das Fehlen spezifisch ambulanter Behandlungspfade sowie das Fehlen eines wirtschaftlichen Korrektivs im Wege. Der hier beschriebene Rahmen und der Kontext des stationären Arbeitens lassen eine Anpassung an eine effiziente ambulante Arbeitsweise nicht erwarten. Ein „ambulantes Mindset“ lässt sich ohne spezifische Behandlungspfade in einem stationär geprägten Umfeld nur schwer entwickeln.

Auch in einem medizinischen Versorgungszentrum ist der Erfolg oft abhängig davon, aus welcher Motivation heraus Ärzte aus dem stationären Setting wechseln und aus welchem Grund das Krankenhaus ein Interesse daran hat. Wird das MVZ als Möglichkeit gesehen, dem Krankenhausalltag oder bestimmten Kollegen aus dem Weg zu gehen? Oder stellt dies die Möglichkeit dar, eine andere Art der Versorgung aktiv mitzugestalten?

5. ERFOLGREICHE BEISPIELE LEGEN EINE VOLLSTÄNDIGE ÜBERARBEITUNG DES AMBULANTEN GESCHÄFTSMODELLS NAHE

Handlungsfelder:

- ▶ Bestandsaufnahme und Einführung von Ambulanzcontrolling und -reporting
 - ▶ Entwicklung eines strategisch orientierten ambulanten Portfolios
 - ▶ Raum- und Funktionskonzepte – Investitionen in eine passende Infrastruktur
 - ▶ Angepasste Personaleinsatzkonzepte, spezialisiertes Personal, ambulantes „Mindset“
 - ▶ Prozessstandardisierung und Schnittstellenmanagement
 - ▶ Digitale Prozessunterstützung
-

Die Eindrücke aus der Bestandsaufnahme legen nahe, dass die Krankenhäuser ihr ambulantes „Geschäftsmodell“ grundsätzlich überarbeiten müssen. In den Gesprächen mit Krankenhausverantwortlichen hat sich aber auch gezeigt, dass es kein detailliertes Patentrezept geben kann, das in der vielfältigen Landschaft der Krankenhäuser 1:1 auf jedes Krankenhaus übertragbar ist. Jedes Krankenhaus und jeder Träger bringt unterschiedliche Voraussetzungen, Herausforderungen und Möglichkeiten mit, sei es in Hinblick auf die Region, den Markt und die Wettbewerber, die finanzielle und personelle Ausstattung, die Standorte und bauliche Substanz sowie die Stake- und Shareholder, wie bspw. Träger, Landkreis und Patienten.

Was wir aus unseren Recherchen heraus zusammenfassend empfehlen können, sind Handlungsimpulse und die Reihenfolge der Aktivitäten für die Überarbeitung des ambulanten Geschäftsmodells (Abbildung 10).

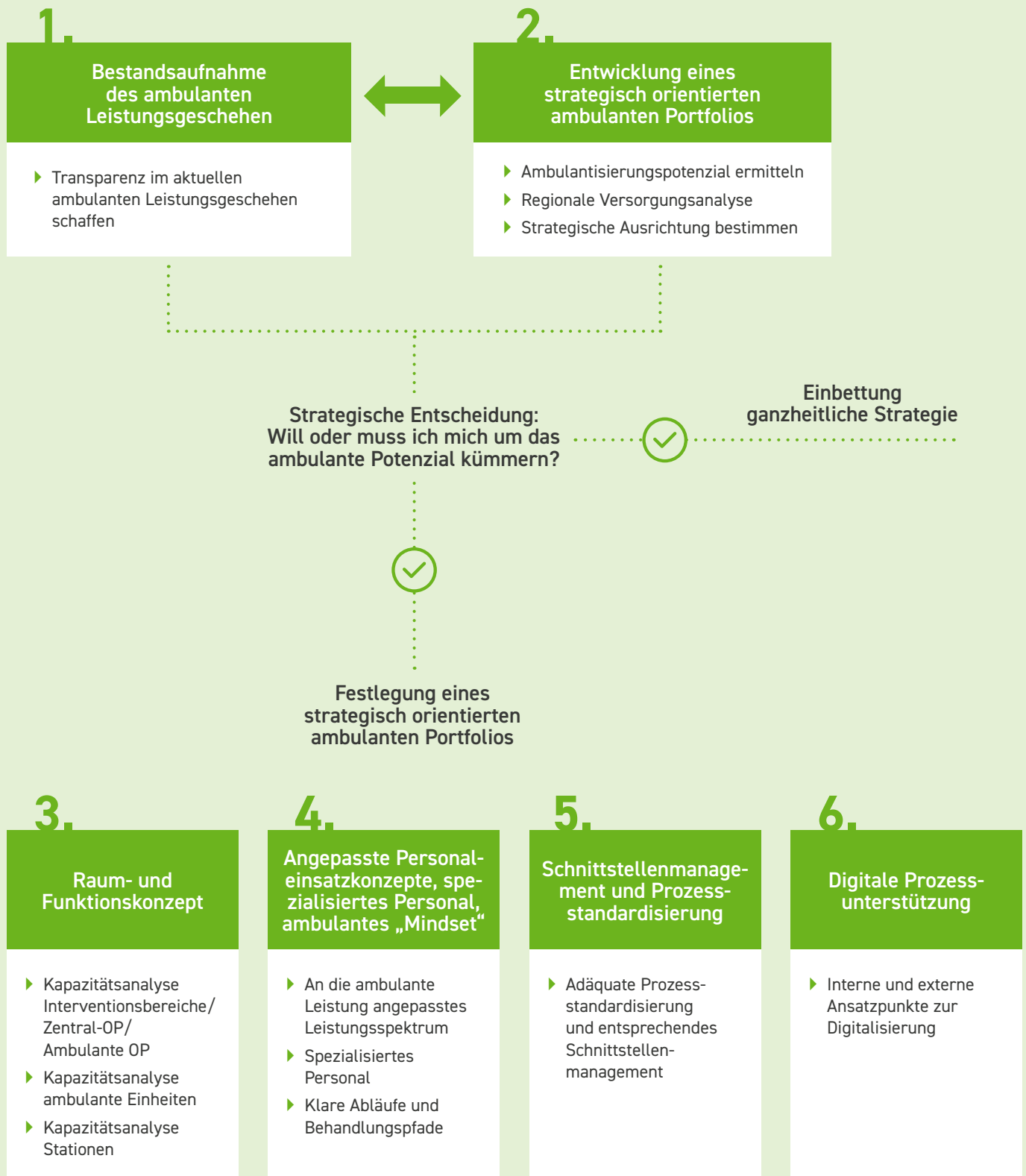


Abb. 10: Schrittfolge bei der Überarbeitung des Geschäftsmodells

5.1. Bestandsaufnahme und Einführung von Ambulanzcontrolling und -reporting

Die Umsetzung der ambulanten, stationsersetzenden Behandlung in Krankenhäusern sollte mit einer Bestandsaufnahme begonnen werden. Diese dient dazu, den „Nebel zu lichten“ und sich Klarheit über das aktuelle ambulante Leistungsgeschehen zu verschaffen. Nur auf Grundlage aller relevanten Informationen zum Bestand ist es sinnvoll, den Blick in die Zukunft zu richten und ein Konzept zu erarbeiten, das nicht nur klare, strategische und bewusst gewählte Antworten auf die W-Fragen liefert, sondern auch den Weg dorthin aufzeigt.

Erster Meilenstein ist es, Transparenz im aktuellen ambulanten Leistungsgeschehen zu schaffen. Dies betrifft die Art der ambulanten Leistungen selbst, aber auch Personaleinsatz, zeitliche Bindung, Raumbedarf, Dokumentation, Abrechnung und Erlöse. Es wird eine Vielzahl von detaillierten Daten benötigt, anhand derer sich nachvollziehen lässt, wie sich die ambulante Leistungserbringung im Status quo darstellt. Hierzu gehört auch eine Ambulanzkostenrechnung. Die Zusammenführung aller erforderlichen Informationen führt dann zum ambulanten Business-Case im Status quo. Diese Daten gehen deutlich über die Informationen hinaus, die in den Abrechnungsdaten zu finden sind.

Welche abteilungsspezifischen Fragen sollten bei der internen Bestandsaufnahme unbedingt gestellt werden?

Leistungen:

- ▶ Für welche Indikationen machen wir heute schon ambulante Angebote?
- ▶ Welche Leistungen liegen den Angeboten zu Grunde?
- ▶ Wie viele Patientenkontakte pro Fall entstehen?
- ▶ In welchem Fachgebiet ist die Patientennachfrage besonders hoch?

Erlöse:

- ▶ Welche Abrechnungsarten kommen zu Einsatz? Wird alles abgerechnet?
- ▶ Welche Einnahmen werden generiert?

Ressourcen:

- ▶ Welcher Ressourceneinsatz steht den Leistungen gegenüber? Bspw. zeitliche Bindung der unterschiedlichen Berufsgruppen, konsiliarische Tätigkeiten anderer Fachbereiche, Raumbedarf für Untersuchungen, Behandlungen, Anmeldung und Wartezeit, Materialbedarf und Laborbedarf, Untersuchungsgeräte und medizinisch-technische Ausstattung

Kosten:

- ▶ Welchen Kosten entstehen?
- ▶ Welche Ergebnisse zeigt die Ambulanzkostenrechnung?

Da die Daten- und Informationslage häufig sehr lückenhaft ist und in der Regel nur das dokumentiert wird, was für die Abrechnung relevant ist, gilt es zunächst, Mittel und Wege zu finden, diese Daten zu generieren und so aufzubereiten, dass auf ihrer Basis fundierte Entscheidungen getroffen werden können. Wir empfehlen den Aufbau eines ambulanten Controllings, auf das in der Folge ein regelmäßiges ambulantes Reporting aufsetzen kann. Dabei ist uns bewusst, dass ein differenziertes Controlling, in Anbetracht der derzeitigen

Unterfinanzierung der ambulanten Bereiche, nur bedingten Einfluss darauf hat, Wirtschaftlichkeitspotenziale zu heben – es geht in erster Linie darum, Transparenz und die richtigen Voraussetzungen für die Zukunft zu schaffen.

Die nachhaltige Anpassung, Steuerung und Weiterentwicklung des ambulanten Portfolios erfordern den permanenten Zugriff auf aussagekräftige Daten. So wird es möglich, Stärken und Schwerpunkte zu identifizieren und auszubauen, aber auch Schwachpunkte und negative Entwicklungen rechtzeitig zu korrigieren. Außerdem ermöglicht ein Controlling und Reporting, welches auf einer umfassenden Dokumentation basiert, auch die systematische Evaluation der Qualität der ambulanten Leistungserbringung.

Das ambulante Controlling und Reporting wird idealerweise durch geeignete Softwareprodukte ermöglicht und unterstützt. Die Softwarelösungen müssen dabei in der Lage sein, eine Vielzahl unterschiedlicher Formen ambulanter Leistungserbringung an unterschiedlichen Orten mit unterschiedlichen Strukturen zu administrieren.

Erfolgreiche Krankenhäuser kombinieren die generierten Daten mit dem Aufbau einer Projektmanagementstruktur, die zentral – beispielsweise von der ärztlichen Direktion – gesteuert wird und alle Fachabteilungen umfasst. Im Rahmen der Projekte werden die Daten kritisch gewürdigt, Workshops und Gespräche durchgeführt, an denen die verantwortlichen Mitarbeiter aus den Fachabteilungen, Funktionsbereichen und des Managements beteiligt sind.

In der beschriebenen Projektstruktur wird es u.a. möglich, die abteilungsspezifisch benötigten Ressourcen zu erheben und überall wo möglich zu poolen. Dies betrifft sowohl personelle Ressourcen als auch investive und bauliche. Durch die zentrale Steuerung eines solchen Projekts kann sichergestellt werden, dass alle Informationen in nutzbaren Formaten vorliegen und zentral ausgewertet werden. Außerdem ergibt sich ein Gesamtbild, dass es ermöglicht, in medizinischen Fachgebieten einzelne Indikationen mit niedrigem Schweregrad zu identifizieren und gezielt in die ambulante Versorgung zu bringen, wenn eine besonders hohe patientenseitige Nachfrage besteht – sichtbar zum Beispiel durch lange Wartezeiten. In den frei werdenden stationären Kapazitäten können dann komplexere medizinische Fälle mit höherer Fallschwere behandelt werden. Bezieht man die Erlöse der höherwertigen stationären Fälle in eine Mischkalkulation ein, können so positive Einnahmeeffekte entstehen.

5.2. Entwicklung eines strategisch orientierten ambulanten Portfolios

Die zentrale Frage lautet: Wie soll die ambulante Leistungserbringung durch Krankenhäuser in Zukunft gestaltet werden? Welche Aspekte dabei zu beachten sind, zeigt Abbildung 11.

Die Analyse des Ambulantisierungspotenzials erfordert die Untersuchung des aktuellen stationären Leistungsspektrums sowie die Identifizierung von stationären Leistungen, die in Zukunft möglicherweise ambulant erbracht werden können. Zusätzlich müssen veränderte gesundheitspolitische Rahmenbedingungen und Möglichkeiten zur ambulanten Leistungserbringung berücksichtigt werden.

Strategisch ausgerichtetes Portfolio?

- ▶ Identifikation von Ambulantisierungspotenzialen
- ▶ Definition des ambulanten Leistungsangebots
- ▶ Umfassende regionale Versorgungsanalyse

Abb. 11: Kernaspekte bei der strategischen Ausrichtung des ambulanten Portfolios

Bei der Entwicklung des ambulanten Portfolios muss eine fachabteilungsspezifische Analyse unter Einbindung aller relevanter Akteure des Krankenhauses erfolgen. Durch Workshops und Diskussionen, an denen die verantwortlichen Mitarbeiter aus den relevanten Fachbereichen beteiligt sind, kann so ein abgestimmtes ambulantes Leistungsangebot definiert werden. Dabei wird, ausgehend vom bestehenden ambulanten Angebot und dem identifizierten Ambulantisierungspotenzial, das zukünftige ambulante Leistungsangebot definiert und festgelegt, welche der bestehenden und der potenziell ambulant zu erbringenden Leistungen das Krankenhaus selbst erbringen kann und will.

Diese strategische Entscheidung bildet die Grundlage für die Durchführung einer regionalen Versorgungsanalyse. Dabei ist entscheidend, die bestehenden Akteure in der jeweiligen Versorgungsregion zu identifizieren und mögliche Kooperationsmodelle zu entwickeln, um die Qualität und Effizienz der ambulanten Versorgung sicherzustellen und zu steigern.

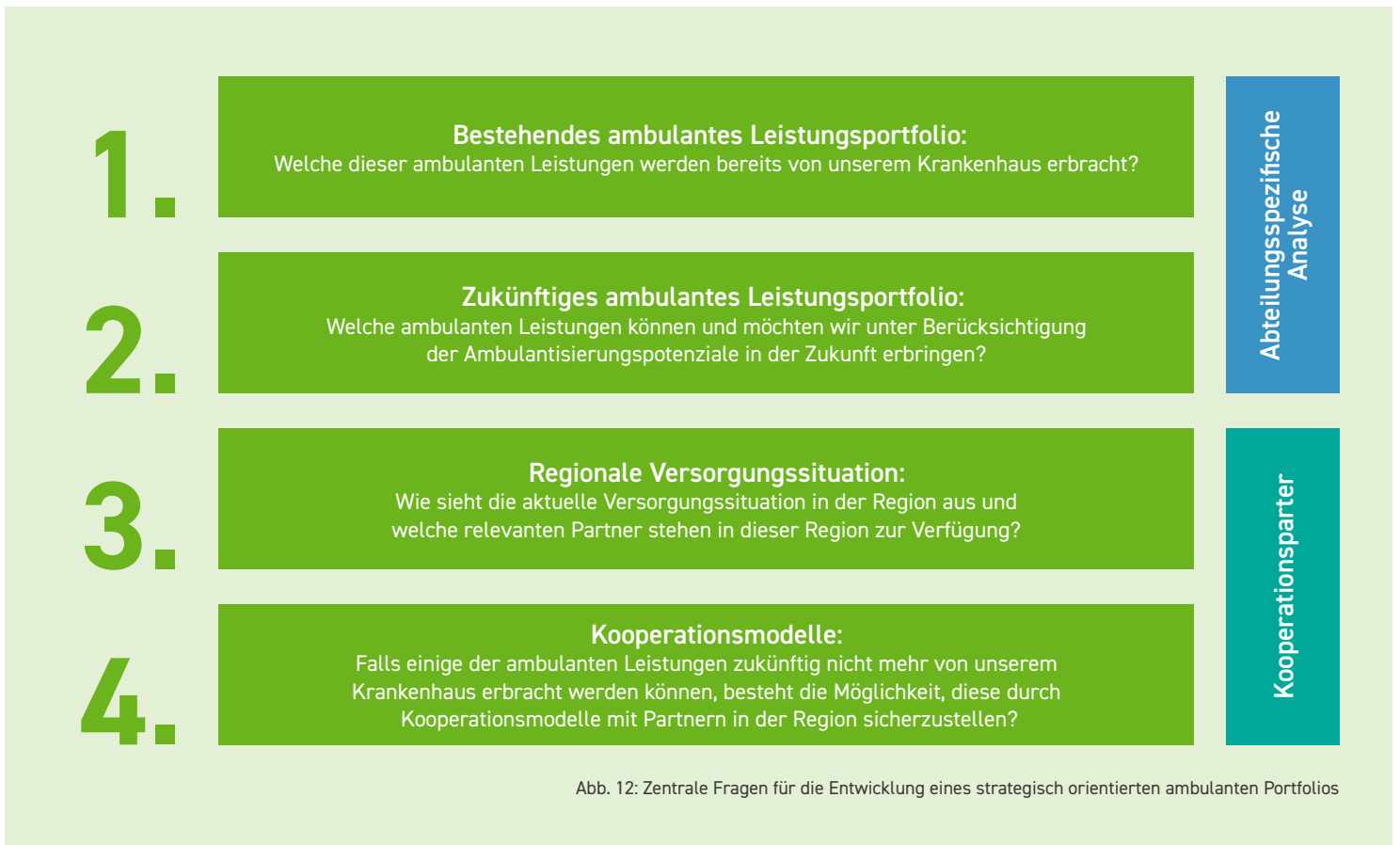
In partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern kann so ein bedarfsgerechtes Versorgungsangebot für die Region entwickelt werden. Um die Versorgungsqualität aufrecht zu erhalten, sollte die Einbindung der Kostenträger in den Entwicklungsprozess intensiviert werden.

„Hier trifft sich Medizin“

Fallbeispiel: Integriertes Versorgungszentrum Brunsbüttel

- ▶ Umwandlung des Krankenhauses Brunsbüttel zu einem Integrierten Versorgungszentrum
- ▶ Konzeptentwicklung mit allen Stakeholdern: Kreis, Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigung, Land Schleswig-Holstein, Krankenhaus-Management und Betriebsrat. Ziel: Erweiterung des ambulanten Angebots bei gleichzeitiger Sicherstellung der Notfallversorgung und eines notwendigen Mindestmaßes an stationärer Versorgung
- ▶ Alles unter einem Dach: Klinikum mit Tagesklinik und Ambulanzen, MVZ, hausärztliches Ärztezentrum, Facharztpraxen, Therapiepraxen (Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie)
- ▶ Telemedizinische Anbindung an das Klinikum Heide, u.a. Teleradiologie und Teleneurologie

Zusammenfassend muss bei der Entwicklung eines strategisch orientierten ambulanten Portfolios folgenden Fragestellungen nachgegangen werden (Abbildung 12):



5.3. Raum- und Funktionskonzepte – Investitionen in eine passende Infrastruktur

Krankenhäuser erbringen bereits heute eine Vielzahl ambulanter Leistungen in ihren klinischen Funktionsstellen. Die Verlagerung bisher stationär erbrachter und damit komplexerer Leistungen in den ambulanten Sektor erfordert, auch wegen der deutlich geringeren Vergütung für nicht-vollstationär erbrachte Leistungen, wirtschaftliche bauliche Strukturen sowie eine konsequente Umsetzung zielgerichteter Abläufe.

Für die Krankenhäuser bringt dies einen Transformationsprozess mit einer weitreichenden Neuordnung der betrieblichen Strukturen mit sich. Bauliche Investitionen stehen an. Damit Fehlinvestitionen verhindert werden, braucht es ein strukturelles Entwicklungskonzept als Grundlage für alle weiteren Planungen.

Der erste Kontakt des Patienten erfolgt als (physische, zukünftig zunehmend auch virtuelle) Konsultation in einer Ambulanz. Insbesondere Häuser, die noch keine konsequente prästationäre Aufnahme aller elektiven Patienten in interdisziplinären Ambulanzzentren durchführen, müssen zusätzliche Ambulanzkapazitäten zur Verfügung stellen und interdisziplinäre Ambulanzzentren realisieren. Die medizinisch Verantwortlichen sind zustän-

dig für die Erstellung der ambulanten Behandlungspfade und stellen diese dem zentralen Belegungsmanagement zur Verfügung.

Es wird auch weiterhin Funktionsstellen im Krankenhaus geben, die bei zunehmender Ambulantisierung meist unverändert weiterbetrieben werden können. Dabei handelt es sich z. B. um die nichtinvasive Bildgebung und Funktionsdiagnostik. Hier müssen ggf. Wartezonen angepasst werden. Optimierungspotenziale liegen oftmals in der IT, der Wegeführung und der Erschließungssituation und sollten überprüft werden.

Allerdings werden mit der Ambulantisierung zunehmend komplexer Leistungen insbesondere in den invasiv-diagnostischen, operativen und interventionell-therapeutischen Funktionsstellen baulich-funktionelle Anpassungen in der ambulanten Infrastruktur notwendig. Die Steuerung des ambulanten Patientenprozesses übernimmt nicht mehr die Station, sondern eine ambulante Einheit, idealerweise baulich und organisatorisch zusammengefasst. Sie begleitet und steuert den Weg des ambulanten Patienten durch den Behandlungs- und Therapieprozess. Voraussetzung ist eine funktionierende IT-Vernetzung mit den klinischen Funktionsstellen und dem Belegungs- bzw. Patientenmanagement. Zur Gewährleistung wirtschaftlicher Abläufe ist die ambulante Einheit idealerweise in enger Anbindung an die zugeordneten Funktionsstellen zu realisieren.

Aufgrund der oftmals deutlich geringeren Vergütung für ambulant erbrachte Leistungen wurden bereits an einigen Krankenhäusern separate, ambulante Raumstrukturen eingerichtet. Bekanntestes Beispiel ist der solitäre Ambulanz-OP, eine bzgl. Personaleinsatz und Infrastruktur „abgespeckte“ Variante des stationären Zentral-OPs. Aber ist dieses Konzept weiterhin zielführend? Ist der Betrieb solitärer Funktionsstellen auch jenseits von Ambulanz-OPs für die nicht-vollstationäre Versorgung sinnvoll?

Diese Frage ist nicht mit einem „ja“ oder „nein“ zu beantworten. Übergeordnetes Ziel jeder bedarfsgerechten Flächen- und Raumplanung ist, neben der Verbesserung der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit, die Steigerung der Leistungsfähigkeit, der Wirtschaftlichkeit und vor allem der medizinischen Versorgungsqualität.

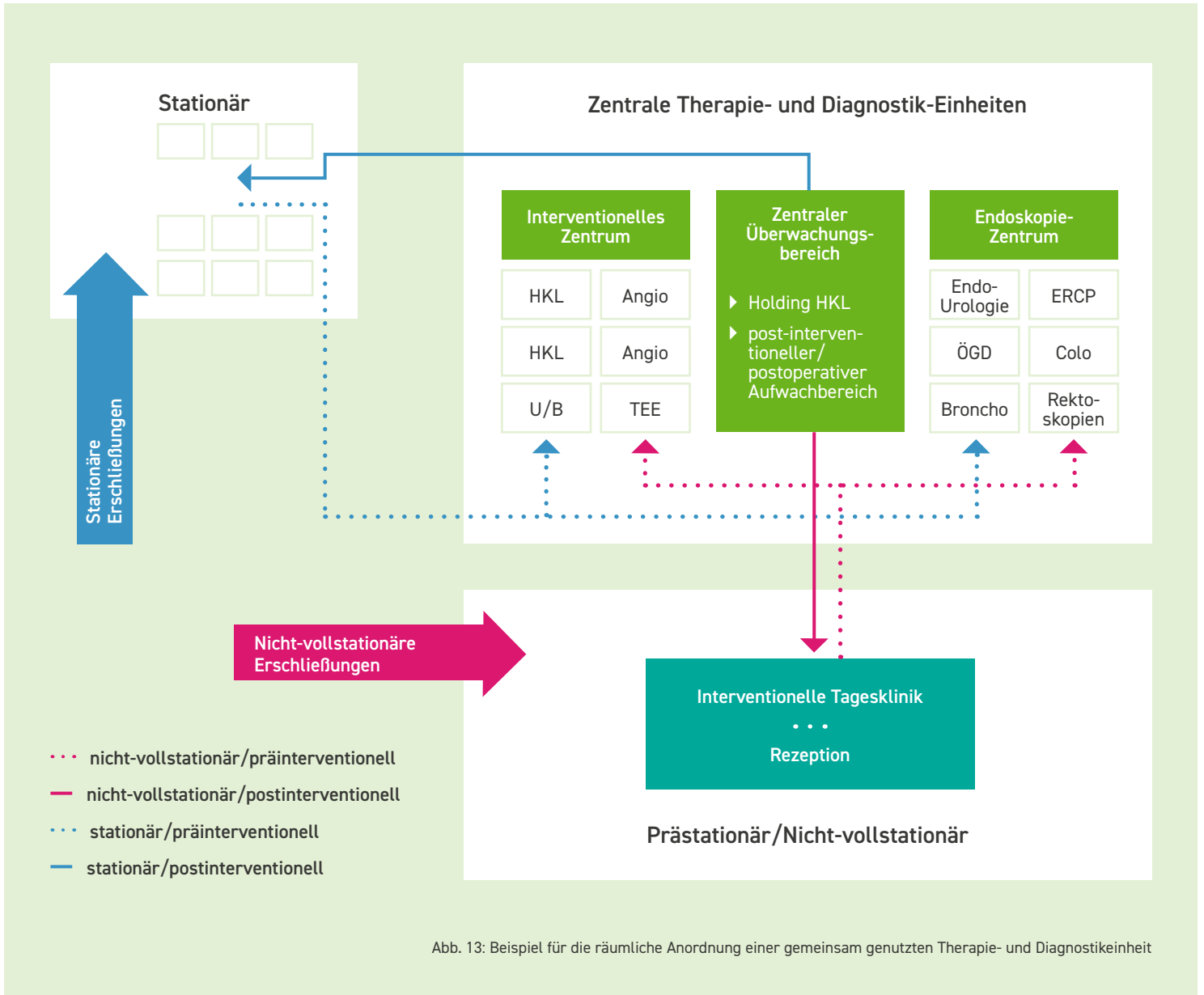
Angesichts des Fachkräftemangels ist es beispielsweise nicht sinnvoll, nach Abrechnungsart getrennte postinterventionelle Überwachungsbereiche mit eigenem Personal vorzuhalten, wenn die Überwachungseinheiten unwirtschaftliche Größen haben und/oder Überwachungsplätze (und damit die Fachkraft) nicht ausgelastet werden, zum Beispiel bei

Ambulantes OP-Zentrum als Nachnutzungskonzept

Fallbeispiel: Schwester Euthymia Stiftung

- ▶ Neubau in Vechta ersetzt zwei von vier Krankenhausstandorten (Lohne und Vechta)
- ▶ Nutzung des ambulanten OP-Zentrums gemeinsam mit niedergelassenen Ärzten zur Stärkung der Netzwerkmedizin
- ▶ Landkreis-übergreifendes, ambulantes OP-Zentrum als Nachnutzungskonzept für den Standort Lohne
- ▶ Indikationssprechstunden, Diagnostik, Vorbereitung und Nachsorge an den Krankenhausstandorten
- ▶ Am ambulanten OP-Zentrum in Lohne nur Eingriffe

Endoskopien oder Herzkatheteruntersuchungen. Zielführender ist die gemeinsame Nutzung eines gut dimensionierten, zentralen Überwachungsbereichs mit wirtschaftlichem Einsatz von kompetentem Personal. Nach der ersten Überwachungsphase werden die Patientenströme getrennt (stationäre Patienten werden auf die Stationen, ambulante Patienten in eine ambulante Einheit zur Nachsorge verlegt), siehe Abbildung 13.



Die qualitative und quantitative Entwicklung in der ambulanten Leistungserbringung ist ein fortlaufender Prozess und in ihren langfristigen Auswirkungen nur schwer abzuschätzen. Durch intelligente bauliche Lösungen müssen Räume und Bereiche zur Verfügung gestellt werden, die zukunftsfähig sind und flexible Nutzungen ermöglichen. Die gewählten Raumstrukturen sind so zu konzipieren, dass die gewünschten Effekte einer flexiblen Raum- und Bereichsnutzung im laufenden Krankenhausbetrieb unkompliziert und weitgehend ohne massive Eingriffe in die Bausubstanz realisierbar sind. Erreicht wird dies über Standardisierung von Räumen, multifunktionellen Grundrissen und Modularität. So ermöglicht ein

entsprechend geplanter Zentralbereich aus Eingriffs- und Endoskopieräumen maximale Nutzungsflexibilität.

Wie bereits erwähnt, ist der Zugriff auf eine Infrastruktur für ambulante Patienten in Form einer ambulanten Einheit essenziell. Auch hier lassen sich Synergien in der Nutzung organisatorischer und baulicher Einheiten realisieren. So ermöglicht die direkte Nachbarschaft einer (stationären) Same-Day-Surgery-Einheit mit einer operativen Tagesklinik eine flexible Nutzung dieser Bereiche in Abhängigkeit vom Leistungsaufkommen. Durch Integration dieser beiden Bereiche können zusätzlich Flächen eingespart werden.

Zusammenfassend gesagt, ist eine doppelte Vorhaltung insbesondere von invasiv-diagnostischen, operativen und interventionell-therapeutischen Funktionsstellen zwecks Trennung der ambulanten von der stationären Leistungserbringung aktuell für die meisten Krankenhäuser nicht zielführend, da sie solitäre, ambulante Strukturen nicht oder noch nicht auslasten und häufig auch nicht besetzen können. Voraussetzung für einen wirtschaftlichen Betrieb der gemeinsam genutzten Funktionsstellen ist allerdings die Realisierung eines zielgerichteten, effizienten und bedarfsgerechten Organisationskonzepts mit getrennten, exakt definierten ambulanten und stationären Abläufen.

Mehr ambulante Patienten und weniger stationäre Patienten bedeutet auch, dass der Bettenbedarf in den einzelnen Abteilungen sinkt. Daher ist die Kapazitätsplanung für die Stationen ebenfalls Teil des strukturellen Entwicklungskonzepts. Durch sinnvolle Zusammenlegungen und die Schaffung von interdisziplinären Stationen lassen sich Ressourcen poolen – unterstützt durch ein funktionales Raumkonzept.

5.4. Angepasste Personaleinsatzkonzepte, spezialisiertes Personal, ambulantes „Mindset“

Da das ambulante Arbeiten am Krankenhaus bislang durch die stationären Strukturen und Prozesse – durch ein stationäres Setting – geprägt ist, ist es ohne weitergehende strukturierende Rahmenbedingungen nur schwer möglich, ein für das ambulante Arbeiten adäquates Mindset zu entwickeln. Dieses beinhaltet ein für die ambulante Leistung und Vergütung angepasstes Leistungsspektrum sowie eine entsprechende Bearbeitungs- bzw. Behandlungstiefe.

Für die Entwicklung dieses Mindsets wären räumlich vom stationären Betrieb abgegrenzte Bereiche unterstützend, die über eigenes, auf das ambulante Arbeiten spezialisiertes Personal verfügen. Dies würde aber zumindest in den Funktionsbereichen unweigerlich zu Doppelvorhaltungen führen, die bzgl. des Personaleinsatzes und des Raumbedarfs aus Gesamtsicht kaum wirtschaftlich betrieben werden können.

Für die ambulanten Leistungen, bei denen auf Funktionsbereiche zurückgegriffen werden muss, ist es daher für das ambulante Mindset unterstützend, wenn klare Abläufe und Behandlungsstandards den Leistungsumfang und die Leistungstiefe prägen. Spezifische Behandlungspfade bieten für die behandelnden Personen klare Leitplanken, die eine hohe Taktzahl und das Tempo für das ambulante Arbeiten ermöglichen. Wo immer möglich, stellen dennoch auch passende Räumlichkeiten und spezialisiertes Personal zusätzliche eine weitere gute Grundlage dar, um spezifische, für das ambulante Arbeiten am Krankenhaus passende Prozesse zu etablieren.

So zeigen erfolgreiche Praxisbeispiele bezogen auf die Räumlichkeiten, dass eine Clustering der Behandlung nach medizinischen Kriterien und eine möglichst weitgehende räumliche Zusammenfassung der Leistungserbringung entlang der Cluster deutliche Vorteile bzgl. des Personaleinsatzes und der Prozesse mit sich bringen. Insbesondere für ambulante Leistungen, die keine aufwändigen Funktionsleistungen beinhalten, folgen die Konzepte der Organisationslogik von Polikliniken oder Gemeinschaftspraxen.

Die Zusammenfassung, man kann auch sagen die Zentralisierung, der ambulanten Leistungserbringung, macht Spezialisierungs- und Skaleneffekte beim Personaleinsatz möglich. So werden weniger administrative Kräfte benötigt, um zahlreiche Ambulanzen und Sprechstunden gemeinsam zu organisieren. Von der Terminvergabe über die Anmeldung bis zur Abrechnung könnten Leistungen von weniger spezialisierten Personen erbracht werden, als das in den bisher üblichen Insellösungen möglich wäre. Die nicht-ärztlichen, patientennahen Tätigkeiten können durch medizinische Fachangestellte erfolgen, die ebenfalls ausschließlich in diesen ambulanten Settings arbeiten. Auch in dieser Berufsgruppe treten Skaleneffekte durch Zentralisierung ein, die sich beim Personaleinsatz bemerkbar machen.

In den Funktionsstellen zeigt sich, dass erfolgreiche Praxisbeispiele keine Trennung zwischen ambulant und stationär in den Funktionen an sich vornehmen, sondern lediglich in den vor- und nachgelagerten Prozessen. Das Funktionspersonal ist daher nicht ausschließlich für entweder ambulante oder stationäre Patienten eingesetzt.

„Hier entsteht eine Poliklinik!“

Fallbeispiel: Poliklinik Harzlinikum Dorothea Christiane Erxleben

- ▶ Strikte Konzentrationsstrategie der stationären Bereiche über alle vier Standorte, das schafft Platz für ambulante „sichtbare“ Polikliniken an den Krankenhausstandorten
- ▶ Verschmelzung aller MVZs mit 50 Arztsitzen von früher drei Gesellschaften auf eine GmbH
- ▶ Alle ambulanten Leistungen (u.a. MVZ, Ermächtigungssprechstunden, tagesklinische Leistungen, ambulante OPs, prästationäre Abklärungen) sollen aus einer Hand, unter einem Dach, räumlich nah und äquivalent organisiert werden. Ziel: der Patient soll sich im System zurechtfinden.
- ▶ Eigenes Personal, außer in gemeinsam genutzten Diagnostik- und Interventionsbereichen
- ▶ Eigene Geschäftsführung der GmbH (Poliklinik) mit Betriebsleiterin und drei Praxismanagerinnen
- ▶ Zentraler Empfang und Terminvergabe, übergreifendes Terminmanagement mit den stationären Bereichen (in baulicher Vorbereitung)
- ▶ Einheitliches IT-System über alle Praxen mit Schnittstelle zum KIS
- ▶ Konzentration ambulanter OP's fachübergreifend in einem Ambulanten OP-Zentrum mit eigener Zuständigkeit
- ▶ Nutzung der administrativen Ressourcen des Unternehmensverbundes: Personal, Finanzbuchhaltung, Controlling, Einkauf und Technik, weitere
- ▶ Strategische Ausrichtung durch Geschäftsführung und Ärztliche Leitung für konsistente Entwicklungen zwischen den Krankenhäusern und den Polikliniken

Im ärztlichen Dienst sind verschiedene Entwicklungen zu beobachten; je nachdem, ob es sich um Sprechstunden oder Eingriffe handelt. Für die Sprechstunden buchen sich die Fachabteilungen und ihre Ärzte in den zentralisierten ambulanten Bereichen ein und nutzen das dort tätige, auf das ambulante Arbeiten spezialisierte Personal. Die Dienstleistungen, beispielsweise einer zentralisierten Poliklinik, für die Fachabteilung und die Ärzte am Krankenhaus reichen dann über Terminierung, Aufnahme, Assistenz und Abrechnung sowie die Bereitstellung von Räumen. Das ambulante Setting setzt so auch den Rahmen für das ambulante Arbeiten eines ansonsten stationär geprägten Arztes.

Die Möglichkeiten der Zentralisierung von ambulanten Leistungen hängen von der Größe und den baulichen Voraussetzungen eines Krankenhauses ab. Große Häuser, wie Unikliniken oder Maximalversorger, haben in der Regel nicht die Möglichkeit, ihre ambulanten Leistungen an einer Stelle zu konzentrieren. Mancherorts würde das möglicherweise auch angesichts der Patientenzahlen zu logistischen Problemen führen, wie etwa bei der Frage nach einer ausreichenden Zahl von Parkplätzen.

Ähnlich sieht es bei der Verortung von Funktionsstellen, wie z.B. bei ambulanten OPs, aus. Während größere Häuser über mehrere Orte verfügen, an denen sich ambulante OP-Säle befinden, werden an kleineren Häusern häufig ambulante OPs auch im Zentral-OP durchgeführt. Bezogen auf das ambulante Mindset und das ambulante Arbeiten bei OPs sind eigene Bereiche für das ambulante Operieren vorteilhaft. Für den Personaleinsatz zeigen sich auch hier erfolgreiche Rahmenbedingungen: Funktionspersonal (z. B. OTA) und Anästhesie sind spezialisiert auf ambulante Operationen und bieten den Operateuren so das richtige Setting und die entsprechende Struktur für das ambulante Arbeiten und die entsprechende Taktung auch im OP. Für den effizienten Einsatz der Operateure ist es hilfreich, wenn sie nicht an einem Tag zwischen den Bereichen wechseln müssen, sondern wenn sie sich ganze Tage oder vielleicht sogar über längere Zeiträume auf das ambulante Arbeiten konzentrieren können. Das dezidiert ambulante Arbeiten in solitären Settings bietet den Vorteil, dass dafür auch eine Dienstplangestaltung geschaffen werden kann, die ohne Überstunden und Bereitschaftsdienste auskommt. Krankenhäuser werden so in die Lage versetzt, Mitarbeitern, die dies wünschen und geeignet sind, Alternativen zu den stationären Dienstplanmodellen mit Schicht- und/oder Bereitschaftsdiensten anzubieten. Mitarbeiter, die das stationäre Arbeiten hinter sich lassen wollen, weil die Arbeitszeiten nicht verlässlich sind oder weil die Dienstplangestaltung nicht zur Lebensphase passt, finden Auswahlmöglichkeiten, ohne den Arbeitsort Krankenhaus oder den langjährigen Arbeitgeber zu wechseln.

Flexibler Personaleinsatz im ärztlichen Dienst

Das Universitätsklinikum Brandenburg an der Havel kann seinem ärztlichen Personal, neben dem Einsatz in der stationären Versorgung, die ambulante Arbeit in einem MVZ am Haus oder in der Region anbieten. Die Übergänge von einer stationären zu einer am-

bulanten sowie von einer angestellten zu einer freiberuflichen Tätigkeit und wieder zurück sind vorhanden und nutzbar. Ärzte können vom Krankenhaus in MVZs wechseln und – wenn sie wollen – den Kassensitz erwerben.

Immer mehr Krankenhäuser verfügen über eine Vielzahl unterschiedlich organisierter ambulanter Einheiten. Sie betreiben MVZs in der Region oder Poliklinik-ähnliche Konzepte auf dem Campus. Für die Zukunft ist vorstellbar und vielleicht sogar wünschenswert, dass Standorte mit niedriger Versorgungsstufe ohne Notaufnahme eine zentrale Rolle für die ambulante Versorgung in einer Region spielen. Krankenhäuser oder Verbünde, die über solche Strukturen verfügen, sind in der Lage, ihren Mitarbeitern Arbeitsplätze anzubieten, die sich vom stationären Setting unterscheiden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Entwicklung eines ambulanten Mindsets durch das Arbeitssetting ermöglicht und gefördert wird. Wo immer möglich und wirtschaftlich sinnvoll, bietet es sich daher an, eine räumliche Konzentration und Trennung vom stationären Setting vorzunehmen und mit spezifischen Behandlungspfaden Umfang und Taktung der Versorgung festzulegen. Dort, wo eine räumliche Trennung vom stationären Setting nicht sinnvoll oder nicht möglich ist, bleiben immer noch die Behandlungspfade, die das Arbeiten strukturieren und das Mindset prägen können.

Eine erfolgreiche Umsetzung ambulanter Geschäftsmodelle erfordert auch eine Professionalisierung der mit dem ambulanten Geschehen befassten administrativen Bereiche. Beispielhaft wäre die Funktion eines ambulanten Medizincontrollers zu nennen. Darüber hinaus benötigen die ambulanten Leistungsbereiche funktionierende Leitungs- und Managementstrukturen, die auch in den Geschäftsführungen repräsentiert sind.

5.5. Prozessstandardisierung und Schnittstellenmanagement

Die erhebliche Zunahme der Zahl ambulanter Patienten in Krankenhäusern sowie die empfohlene Clusterung der ambulanten Leistungen an weniger Orten im Krankenhaus bergen das Risiko von Flaschenhalssituationen. Diese werden typischerweise sichtbar durch lange Wartezeiten und überfüllte Wartezonen. Um dem entgegenzuwirken, werden ausreichend Räume, Flächen und Funktionsleistungen sowie gut geplante, standardisierte Prozesse benötigt.

Für die Standardisierung eines Prozesses muss vorab klar und festgelegt sein, welches Ziel verfolgt wird und welche Arbeitsinhalte bzw. Arbeitsschritte erforderlich sind, um das Prozessziel zu erreichen. Ziele, Inhalte und die Reihenfolge der Arbeitsschritte sowie die beteiligten Leistungserbringer werden idealerweise in Behandlungspfaden definiert. Alle Patienten mit gleichgelagerten Anforderungen können dann entlang des spezifischen Behandlungspfads durch ihren Aufenthalt „geschleust“ werden.

Aus dem Behandlungspfad ergibt sich die zeitliche Bindung in Räumen und Funktionsstellen sowie von Leistungserbringern. Aus den zeitlichen Bindungen gilt es dann, den zeitlichen Takt zu ermitteln, in dem ein Patient von einer Behandlungsstation zur nächsten wandert (z. B. Aufnahme, Arztgespräch, Diagnostik, Arztgespräch). Die Betrachtung der zeitlichen Bindung in Räumen und von Personal zusammen mit der Taktung kann die Anforderung nach sich ziehen, dass einzelne Prozessschritte mehrfach, das heißt parallel organisiert werden müssen, um Flaschenhälse zu vermeiden. So reicht beispielsweise ein Empfangstresen für eine Vielzahl von Patienten aus, aber es werden nachgelagert mehrere besetzte Behandlungsräume benötigt, um einen guten Patientenfluss ohne Wartezeiten zu gewährleisten.

Vor allem wenn im Behandlungsverlauf Funktionsleistungen benötigt werden, ist eine gute Terminierung aller erforderlichen Prozessschritte unabdingbar. Diese Funktion wird im Krankenhaus üblicherweise durch das Belegungsmanagement ausgeübt. Das Belegungsmanagement ist dabei einerseits auf die Informationen aus dem jeweiligen Behandlungspfad sowie auf einen vollständigen Zugriff auf die Terminkalender aller am Behandlungsprozess beteiligten Einheiten angewiesen. Damit die notwendigen Informationen vollständig und rechtzeitig zur Verfügung stehen, müssen eventuell bestehende Schnittstellenprobleme bearbeitet werden. Mittlerweile kann vielerorts davon ausgegangen werden, dass diese Schnittstellen- und Kommunikationshürden für einen stationären Aufenthalt nicht mehr bestehen. Der Anschluss der ambulanten Behandlungsplanung an zentrale IT-Systeme bleibt allerdings eine Aufgabe. Gleiches gilt für die Dokumentation und den Zugriff auf die Patientenakte. Auch hier ist es für adäquate Durchlaufzeiten unerlässlich, dass die Dokumentation der Befunde und Behandlungsleistungen unmittelbar und an allen Behandlungsstationen erfolgen bzw. eingesehen werden kann.

5.6. Digitale Prozessunterstützung

Der Aspekt der Digitalisierung ist an vielen Stellen bereits angeklungen – Stichwort virtuelle Konsultationen, Vernetzung der IT und Terminmanagement. Eine Bewältigung der Herausforderung stationersetzend und ambulant im Krankenhaus zu arbeiten, ist ohne Digitalisierung aus Expertensicht schlichtweg unmöglich. Erfolgreiche Krankenhäuser setzen sich bereits seit vielen Jahren damit auseinander, wie IT-Systeme eingesetzt werden können, zum Beispiel im Rahmen von Pilotprojekten zur Telemedizin oder zu Online-Terminbuchungen.

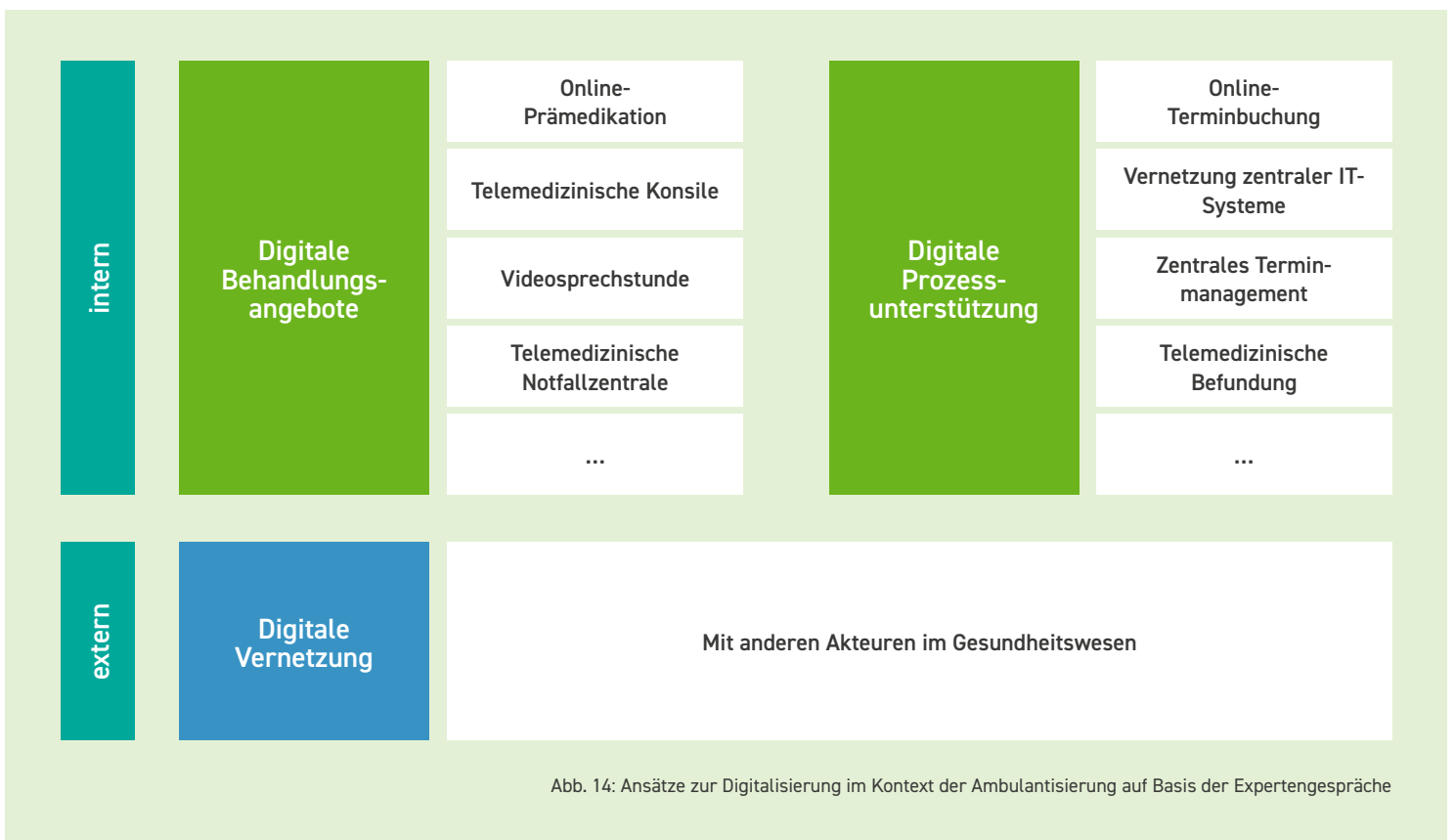


Abb. 14: Ansätze zur Digitalisierung im Kontext der Ambulantisierung auf Basis der Expertengespräche

Die Möglichkeiten sind, ebenso wie die Anbieter auf dem Markt, vielfältig, allerdings auch was die Entwicklungsreife angeht. Dies liegt unter anderem am KHZG, welches das Tempo und den Handlungsdruck auf die Krankenhäuser zur Einführung von Patientenportalen deutlich erhöht hat. Vereinfacht stellen wir die unterschiedlichen Ansatzpunkte zur Digitalisierung auf Basis der Experteninterviews in Abbildung 14 wie folgt dar:

Externe Ansätze beziehen sich auf die Vernetzung unterschiedlicher Akteure im Gesundheitswesen. Erfolgreiche Konzepte verfügen über tragfähige Netzwerke mit anderen Leistungserbringern und sind nicht nur untereinander verbunden, sondern verbinden damit die Sektoren. In der Regel werden diese für spezifische Krankheitsbilder in Forschungsprojekten entwickelt und evaluiert. Beispiele hierfür sind unter anderem Projekte wie „SPIZ – Sektorenübergreifende Versorgung von Patient:innen mit hämatologischen Erkrankungen nach innovativer Zelltherapie“, „telaskoop“ oder „ALVEEG – Ambulantes Langzeit-Video-EEG-EKG für Menschen mit Anfallserkrankungen“.

Bei SPIZ handelt es sich um ein Nachsorgekonzept für Patienten, bei denen die Betreuung durch niedergelassene Fachärzte und Fachpflegekräften aus den Kliniken stattfindet. Die einzelnen Komponenten der Nachsorge werden durch Case-Manager der Kliniken koordiniert, die Physiotherapeuten, Sozialarbeiter und Psychoonkologen einbinden und Telesprechstunden sowie eine Nachsorge-App nutzen.

Das Projekt „telaskoop“ der Uniklinik Freiburg (telemedizin.allgemeinmedizin.schmerzmedizin.in kooperation) optimiert die Versorgung von Patienten mit chronischen Schmerzen durch eine Vernetzung von niedergelassenen Haus- und Fachärzten sowie dem Team des Interdisziplinären Schmerzzentrums der Uniklinik Freiburg. Dafür werden eine digitale Anmeldung der Patienten im Interdisziplinären Schmerzzentrum durch die Praxen und in der Folge unter anderem Online-Fallbesprechungen zwischen den behandelnden Ärzten beider Sektoren sowie den Patienten ermöglicht.

ALVEEG richtet sich an Patienten mit Anfallsleiden unbekannter Ursache. Patienten profitieren neben einer im häuslichen Umfeld durchgeführten Diagnostik und einer Datenauswertung durch künstliche Intelligenz von der koordinierten Zusammenarbeit zwischen dem Epilepsiezentren und den mitbehandelnden niedergelassenen Ärzten.

Interne Ansätze zielen dagegen auf die Anbindung und den Einsatz von Systemen in einzelnen Krankenhäusern oder Verbänden. Die Unterscheidung von digitalen Behandlungsangeboten und digitaler Prozessunterstützung soll dabei verdeutlichen, dass es inzwischen nicht mehr nur darum geht, Prozesse zu vereinfachen, sondern auch darum, die Behandlungsangebote neu und unabhängig vom Aufenthaltsort der Patienten zu denken. Die Vision lautet nicht mehr „ambulant vor stationär“, sondern „digital vor ambulant vor stationär“. Das Robert-Bosch-Krankenhaus bietet zum Beispiel eine spezielle telemedizinische Nachsorge für Patienten mit Herzinsuffizienz an, bei der die Patienten (nach stationären Aufenthalten inklusive Schulungen und Beratungsgesprächen) täglich ihre Vitalwerte und Symptome digital erfassen und über eine Plattform an das Telemedizinische Zentrum übermitteln. Diese Daten werden von den Mitarbeitenden der Telemedizin überwacht. Bei Veränderungen des Gesundheitszustands erfolgt eine telefonische Kontaktaufnahme. Weitere Beispiele sind Videosprechstunden am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein z. B. für die Nachkontrolle und Befundbesprechung etwa nach chirurgischen Eingriffen oder für das Einholen einer Zweitmeinung sowie die Aufklärung per Video in der Prämedikationsambulanz des Klinikums Ernst von Bergmann.

Die Umsetzung dieser Digitalisierungsansätze wird oft durch die finanzielle Lage in den einzelnen Krankenhäusern erschwert. Häufig müssen IT-seitig die notwendigen Voraussetzungen geschaffen werden, beispielsweise durch die Vereinheitlichung von Systemen, die Schaffung von Schnittstellen zwischen Systemen und die Sicherstellung aller Sicherheitsanforderungen und Qualitätsstandards, was zeit- und kostenintensiv ist. Hinsichtlich der Finanzierung wurden in den letzten Jahren einige Pilotprojekte durch öffentliche Fördermittel unterstützt, zum Beispiel die Entwicklung von Plattformen zum Datenaustausch oder Projekte zur Telemedizin. Gegebenenfalls lohnt es sich, eine derartige Finanzierung in Betracht zu ziehen.

Digitaler Fokus und Strategie gehen Hand in Hand

► **Fokus Kooperation und Vernetzung bei Reduktion des Leistungsangebots.**

Wenn aus strategischen Gründen bestimmte Leistungen nicht mehr angeboten werden, ist eine externe Vernetzung mit Leistungserbringern, welche diese Leistungen in ihrem Portfolio anbieten, sinnvoll. So können die jeweiligen Patienten dorthin gesteuert werden.

► **Fokus Vernetzung zentraler IT-Systeme bei Konzentration ambulanter Leistungen und Ressourcen.**

Wenn die Konzentration bestimmter ambulanter Angebote sich als strategisch sinnvoll erweist und Ressourcen gepoolt werden sollen, sollte die Vernetzung zentraler IT-Systeme angestrebt werden – damit Ressourcen zentral verteilt und Standards wie zum Beispiel 15-minütige-Zeitslots eingeführt werden können.

► **Fokus digitale Behandlungsangebote und Gesundheitsanwendungen bei begrenzenden räumlichen Ressourcen.**

Lassen sich bestimmte Projekte aufgrund fehlender Besprechungsräume und Wartebereiche, aufgrund unterschiedlicher Standorte oder langer Wegezeiten nicht umsetzen, können digitale Behandlungsangebote die Lösung sein – zum Beispiel, wenn die Prämedikation online stattfindet und hierfür kein Wartebereich für die Patienten benötigt wird.

Quelle: Expertengespräche

Außerdem spielt auch die personelle Ausstattung in der IT eine große Rolle. Personal, welches sich mit IT und Krankenhaus auskennt, ist schwer zu finden. Projekte verzögern sich, weil die IT-Abteilung nicht in die Lage versetzt werden kann, die vielen Projekte parallel zu koordinieren und umzusetzen. Ein Ansatz ist, die Projektleitungsrolle an andere Berufsgruppen – die entsprechend weitergebildet wurden – zu vergeben. Im Sinne von Digitalmanagern koordinieren sie mit entsprechenden Stellenanteilen Software-Anbieter, die eigene IT-Abteilung und die späteren Anwender. Dies kann gerade für Mitarbeiter, die ein Interesse haben, sich neben ihrer eigentlichen Tätigkeit weiterzubilden, ein attraktives Angebot sein.

Unsere Handlungsimpulse sind in Abbildung 15 zusammengefasst:

	bisherige Praxis	künftige Anforderung	Handlungsimpuls
Was?	Es gibt keinen vollständigen Überblick, was alles an ambulanten Leistungen erbracht wird	Vollständige Transparenz über die aktuellen Leistungen plus Veränderungen durch z.B. IGES	Herstellung von Transparenz bzgl. der aktuellen und künftigen amb. Leistungen
Wie?	Jeder organisiert sich in einer Insellösung. Es gibt keine Standards	Zentrale Infrastruktur und standardisierte Dienstleistung (Prozessstandards) für die Abteilungen	Entwicklung von Prozessstandards
In welchem Umfang?	Nach stationären Standards	Nach ambulanten Standards: notwendige Leistungen in höherer zeitlicher Taktung	Klare Definition der Behandlungspfade
Wo?	Die Leistungserbringung erfolgt in den Fachabteilungen über das Krankenhaus und ggf. MVZ-Sitze verstreut	Die Leistungen sind nach Art der Tätigkeit geclustert und entlang der Cluster räumlich zentralisiert	Trennung von Patientenströmen - Örtliche und räumliche Konzentration der amb. Leistungserbringung
Warum?	Die Bandbreite amb. Leistungen ist nicht strategisch sondern eher neigungs- und angebotsinduziert	Strategische Entscheidung: Was machen wir (besser), was machen andere (besser)?	Strategische Portfolio-Entwicklung bzgl. der amb. Leistungen des KH
Für wen?	Patientinnen und Patienten, die zum bisherigen amb. Leistungsportfolio passen – die stationär werden könnten	Ambulantisierte Fälle und Patientinnen und Patienten, die in der Region kein adäquates amb. Versorgungsangebot finden	Strategische Portfolio-Entwicklung bzgl. der amb. Leistungen des KH – Abstimmung mit Leistungserbringenden in der Region
Wer?	Alle Mitarbeitenden, die mit amb. Leistungen zu tun haben, machen das in der Regel neben den stationären Anforderungen	Durch alle Berufsgruppen gibt es (ggf. temporär) Personen, die sich auf amb. Arbeiten konzentrieren	Strategische Portfolio-Entwicklung bzgl. der amb. Leistungen des KH – Abstimmung mit Leistungserbringenden in der Region

Abb. 15: Handlungsimpulse zur operativen Umsetzung der ambulanten stationersetzenden Behandlung am Krankenhaus

6. UMDENKEN ALS UMSETZUNG-S-HERAUSFORDERUNG

- ▶ Fokus: vom Nebenher zum echten zweiten Standbein
 - ▶ Investitionen in eine passende Infrastruktur
 - ▶ Fachkräfteverfügbarkeit und ressourcenschonender Personaleinsatz
 - ▶ Entwicklung eines ambulanten Mindsets
-

6.1. Fokus: vom Nebenher zum echten zweiten Standbein

Künftige Entwicklungen in den Fokus zu nehmen und das eigene Handeln im Sinne von Schwerpunktsetzungen daran auszurichten, ist das Wesen von Strategieentwicklung. Die Herausforderungen und die Vielzahl der Themen, mit denen Krankenhäuser in den letzten Jahren allein im stationären Bereich konfrontiert waren, haben den Fokus und die Schwerpunktsetzung bestimmt. Die ambulante Leistungserbringung lag dagegen nicht im Fokus, sie wurde allenfalls als Instrument für die Generierung stationärer Fälle betrachtet.

In den nächsten Jahren wird sich nun aber das Verhältnis von stationären und ambulanten Fallzahlen deutlich in Richtung ambulant verschieben. Diese Entwicklung verläuft zwar angesichts der hier beschriebenen Rahmenbedingungen zu langsam, aber sie ist medizinisch sinnvoll und nicht aufzuhalten oder umkehrbar. Die ambulante Leistungserbringung erhält damit für Krankenhäuser eine eigenständige strategische Bedeutung und wird angesichts des ambulanten Versorgungsbedarfs auch eine wachsende wirtschaftliche Bedeutung für die Krankenhäuser gewinnen.

Die Versorgungsrelevanz und wünschenswerterweise auch die Erlösrelevanz der ambulanten Leistungen werden dazu führen, dass die ambulanten Leistungen eines Krankenhauses ein echtes zweites Standbein neben der stationären Versorgung werden. Noch ist zwar nicht in Gänze abzusehen, wie entsprechende förderliche, ambulante bzw. hybride Vergütungsmodelle aussehen werden, dennoch sind die Krankenhäuser gut beraten, wenn sie rechtzeitig und proaktiv die Weichen stellen und die passenden Rahmenbedingungen für die ambulante Leistungserbringung schaffen.

6.2. Investitionen in eine passende Infrastruktur

Um die Voraussetzungen für eine adäquate ambulante Leistungserbringung zu schaffen, sind ausgehend vom heutigen Zuschnitt vieler Krankenhäuser erhebliche Investitionen in die Umgestaltung und/oder in den Neubau von Gebäuden, in die medizin-technische Ausstattung sowie in die Digitalisierung erforderlich. Im Zuge der eingangs erwähnten Krankenhausreform dürfte sich eine Vielzahl an Strukturveränderungen mit Bauvorhaben ergeben. Diese Bauvorhaben sollten die ambulante Leistungserbringung von Anfang an mit in den Blick nehmen.

Die Umsetzung passender Raumkonzepte zieht vermutlich den größten Investitionsbedarf nach sich. Aus der Perspektive unterstützender Strukturen und als Voraussetzung für ideale Prozesse besteht vielerorts die Anforderung, das Krankenhaus neu zu denken. Die Digitalisierung muss entsprechend der Ambulantisierungsstrategie gestaltet werden, sodass alle benötigten Funktionen berücksichtigt werden können. Dies wird auch weiterhin Investitionen in Technik und Personal erforderlich machen.

Bei der Ausstattung der Behandlungszimmer in der ambulanten Einheit kommt es darauf an, eine fachabteilungsübergreifende Nutzung zu ermöglichen. Falls eine solitäre Erbringung von Funktionsleistungen aufgrund der Leistungsmengen nicht wirtschaftlich ist, werden die Funktionsstellen auch weiterhin für ambulante und stationäre Patienten gemeinsam genutzt. Für die medizin-technische Ausstattung ergibt sich in diesem Fall kein gesonderter Investitionsbedarf, wohingegen dies für die Trennung der Patientenströme gegebenenfalls erforderlich ist.

Während mit der Förderung durch das KHZG die notwendigen Investitionen der Krankenhäuser in die Digitalisierung auch für das ambulante Arbeiten und im Hinblick auf die regionale Vernetzung (z.B. Portallösungen) mitfinanziert werden, besteht für die Investitionen in eine passende bauliche Infrastruktur für die ambulante Leistungserbringung keine Fördermöglichkeit. Die Investitionsförderung für die Krankenhäuser durch die Bundesländer bezieht sich bislang auf die stationäre Infrastruktur. Die Finanzierung ambulanter Strukturen ist nicht vorgesehen. Die Investitionsmittel hierfür sind Bestandteil der ambulanten Vergütung. Wie in der beispielhaften Ambulanzkostenrechnung dargestellt, reicht die Vergütung für die Krankenhäuser allerdings schon nicht für die Behandlung aus. Die Finanzierung von Investitionen kann daher über diesen Weg in der Regel nicht bestritten werden. Wie die notwendige Finanzierung für die Gestaltung einer ambulanten Infrastruktur an den Krankenhäusern erfolgen kann, ist derzeit eine offene Frage. Mit der Skizzierung einer Budgetlösung zum Abschluss der Studie wird eine Lösungsoption auf Systemebene aufgezeigt.

6.3. Fachkräfteverfügbarkeit und ressourcenschonender Personaleinsatz

Die Ambulantisierung kann ein geeigneter Ansatz sein, wertvolle Ressourcen zu schonen. Dabei wird es die Pflege naturgemäß am meisten entlasten, den ärztlichen Dienst am wenigsten. Die Verschiebung wirkt für kleinere Häuser allerdings auch die Frage auf, wie sie in immer kleineren Abteilungen die ärztliche Weiterbildung organisieren bzw. sicherstellen können. Im OP und in den Interventionsbereichen werden mitunter keine Ressourcen geschont, da die Eingriffe an sich mit den gleichen Anforderungen durchgeführt werden, unabhängig davon, ob die Patienten ambulant oder stationär sind. Aber vor allem in den vor- und nachgelagerten Bereichen macht es einen Unterschied, ob z.B. schwer erkrankte, multimorbide, ältere Patienten behandelt und überwacht werden müssen oder eher vom Gesamtbild her jüngere, gesündere, ambulante Patienten.

Insbesondere größere Häuser rechnen damit, dass sich die durch die fortschreitende Ambulantisierung freiwerdenden stationären Kapazitäten nach und nach füllen werden, sei es durch die „Marktberreinigung“ in der Krankenhauslandschaft oder durch den wachsenden Bedarf einer älter werdenden Gesellschaft. Mit Blick ins Ausland lässt sich allerdings auch feststellen, dass die angestrebte Ambulantisierung von rd. 20 % der heutigen stationären Fälle kein Einmaleffekt bleiben wird. In den nächsten Jahren werden immer mehr statio-

näre Leistungen entweder kürzere Aufenthalte erfordern oder ambulant erbracht werden können. Die Ambulantisierung ist daher als immer weiter fortschreitender Prozess zu verstehen.

Um den Übergang von Personal aller am Krankenhaus tätigen Berufsgruppen von der stationären in die ambulante Leistungserbringung erst möglich zu machen, wird es daher notwendig sein, dass die stationären Bereiche eines Krankenhauses gut geplant schrumpfen. So können z.B. Patienten auf Stationen, die nicht gut belegt sind, zusammengeführt werden, sodass ganze Stationen und damit auch die entsprechenden Fachkräfte frei für eine Tätigkeit in einem anderen Einsatzgebiet werden.

Da anzunehmen ist, dass die ambulante Leistungserbringung an Krankenhäusern weiterwächst und damit auch für die Krankenhäuser an Bedeutung gewinnt, muss der Fokus darauf liegen, die Infrastruktur, die Organisation und die Prozesse so aufzustellen, dass bezogen auf die steigende Zahl ambulanter Kontakte spürbare Skalierungseffekte eintreten. Diese Skalierungseffekte sind unabdingbare Voraussetzung dafür, dass die knappen Fachkräfte sinnvoll und ressourcenschonend eingesetzt werden können.

6.4. Entwicklung eines ambulanten Mindsets

Aus der Organisationsentwicklung ist bekannt, dass Strukturen das Mindset und das Verhalten prägen. Es reicht daher nicht aus, an die unterschiedlichen, an der ambulanten Leistungserbringung beteiligten Berufsgruppen nur zu appellieren, dass sich die Taktung und die Schlagzahl ihrer Arbeit ändern müsste, damit das ambulante Geschäftsmodell eines Krankenhauses besser aufgeht. Vielmehr geht es darum, die Strukturen und die Prozesse für die ambulante Leistungserbringung so umzugestalten, dass für das individuelle Verhalten eine klare Orientierung entsteht. Wie hier vielfach beschrieben, kann das zum einen über die passende Infrastruktur und die passende räumliche Ausgestaltung erfolgen, zum anderen über Klarheit in den Abläufen, der Leistungstiefe und der Taktung.

Neue berufliche Herausforderungen in die Ausbildung zu integrieren, ist maßgeblich für das Medizinstudium von Bedeutung, aber auch für alle weiteren Berufsgruppen. Gerade die Fähigkeit und Bereitschaft, digitale Lösungen zu gestalten, umzusetzen und zu nutzen, wird für alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen immer wichtiger.

Passende Infrastruktur, räumliche Ausgestaltung, Klarheit in Abläufen, Leistungstiefe und Taktung – was ist noch hilfreich?

- ▶ Ergänzung der Teams durch Personal mit Vorerfahrung: Medizinische Fachangestellte mit Ausbildung in einer niedergelassenen Praxis oder Anästhesisten, die in einer Praxisklinik gearbeitet haben
- ▶ Aktive Nutzung und Gestaltung von neuen Berufsbildern, beispielsweise Physician Assistants
- ▶ Kontakt mit ambulanter Versorgung bereits im Rahmen der Ausbildung und des Studiums durch früheren Einbezug und Einarbeitung in die ambulante Leistungserbringung im bzw. am Krankenhaus

Eine weitere Möglichkeit, das ambulante Arbeiten und die Unterschiede zum stationären Arbeiten kennenzulernen und zu verstehen, besteht darin, dass das Krankenhauspersonal zeitweise in klar ambulant geprägten Settings arbeitet. Dies kann beispielsweise durch Hospitationen oder planmäßige Rotationen erfolgen. Krankenhäuser, die bereits über gut funktionierende ambulante Bereiche wie Polikliniken, MVZ, Praxiskliniken verfügen, können diese dafür gut nutzen. Andernfalls könnten Aus- und Weiterbildungskooperationen mit ambulanten Akteuren in der Region ebenfalls ein Lösungsansatz sein.

Das Umdenken als Umsetzungsherausforderung besteht hier darin, dass das Krankenhaus ein passendes Mindset nicht anordnen kann, sondern dass geeignete Angebote entwickelt und institutionalisiert werden müssen, um die Eignung für das ambulante Arbeiten am Krankenhaus zu entwickeln.

7. STICHWORT BUDGET – ADÄQUATE UND EINFACHE VERGÜTUNG ALS SCHLÜSSEL FÜR MEHR TEMPO BEI DER AMBULANTISIERUNG

Exkurs: Hybrid DRGs

Folgt man der Logik der aktuellen Vergütungssystematik ist es keine Überraschung, dass sich die unterschiedlichen Akteure der Selbstverwaltung bislang nicht auf die Hybrid-DRGs im Sinne einer sektorengleichen Vergütung ambulanter Leistungen einigen konnten. Sieht man die Hybrid-DRG als einen Vergütungskompromiss bzgl. günstiger ambulanter Leistungen zwischen Kostenträgern, Krankenhäusern und Vertragsärzten, so müsste man davon ausgehen,

dass sich die Vergütung zwar für Vertragsärzte verbessert, für Krankenhäuser aber immer noch nicht auskömmlich sein kann. Den Krankenhäusern fehlt damit erneut der Anreiz für die Ambulantisierung. Die Hybrid-DRGs aber so auszugestalten, dass für die Krankenhäuser ein tatsächlicher Anreiz entsteht, wäre auch für die Vertragsärzte sehr vorteilhaft, allerdings für die Kostenträger sehr teuer und alles andere als wirtschaftlich

Jede Vergütungssystematik setzt Anreize, durch wen und in welchem Umfang medizinische Leistungen erbracht werden und mithin für die Entwicklung der Leistungsmengen. Über diese Anreize erfolgt eine intendierte Steuerung des Leistungsgeschehens. Gleichzeitig sind aber auch Fehlanreize und nicht intendierte Nebenwirkungen zu beobachten. Diese Nebenwirkungen werden häufig als Über-, Unter- und Fehlversorgung beschrieben.

Die gegenwärtige Vergütungssystematik sorgt dafür, dass ein Wettbewerb um Budgetanteile entsteht. Hinzu kommt, dass die Krankenhäuser in einer Region, wenn sie sich in unterschiedlicher Trägerschaft befinden, untereinander im Wettbewerb um Fälle bzw. um Marktanteile befinden. Diese doppelte Wettbewerbssituation hat bislang verhindert, dass eine ideal auf die Bedarfe einer Versorgungsregion abgestimmte Leistungserbringerstruktur entstehen konnte.

Konkurrenz und Wettbewerb ziehen im gegenwärtigen Vergütungssystem in der Tendenz eine Mengenausweitung bzw. eine Überversorgung nach sich, die in der Vergangenheit zu einem ständig wachsenden Kontrollbedürfnis seitens der Kostenträger geführt hat. Die bürokratischen Anforderungen, die diesem Kontrollbedürfnis folgen, binden aber erhebliche Ressourcen und sorgen für Bürokratie und Unmut. In einer so gestalteten Wettbewerbsordnung kann keine sinnvolle Kooperation zwischen den Leistungserbringern und keine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern entstehen. Ein Ansatz mit hilfreichen Anreizen in Bezug auf Wirtschaftlichkeit und Qualität sowie geringeren Nebenwirkungen sind regionale Budgets. Leistungserbringer in einer Region teilen sich ein Budget und profitieren von Zusammenarbeit und einer effizienten Leistungserbringung.

In anderen Ländern kann beobachtet werden, dass Budgetlösungen erfolgreich funktionieren, sowohl mit Blick auf die Ambulantisierung als auch mit Blick auf die Kooperation der Leistungserbringer untereinander. Einfachere Systeme wie sektorenübergreifende Regionalbudgets oder die sogenannten Capitation-Modelle mit klaren qualitätsorientierten Anreizen machen eine effektive, effiziente und auch wirtschaftliche Leistungserbringung möglich.

Ein weiterer Lösungsansatz bei grundsätzlicher Beibehaltung der Sektoren könnte sein, dass die Leistungen des Ambulantisierungsportfolios für eine Übergangszeit analog und sogar höher als bei einer stationären Leistungserbringung vergütet würden – beispielsweise für einen Zeitraum von fünf Jahren. Überschüsse, die durch kostengünstigere Leistungserbringung entstehen, könnten zur Refinanzierung der dringend notwendigen Investitionen für eine adäquate Infrastruktur für die ambulante Leistungserbringung an den Krankenhäusern zur Verfügung gestellt werden. Die Übergangszeit könnte ferner zur „Neukalkulation“ dieser Leistungen genutzt werden. Nach aktuellem Stand der Diskussion wäre auch die im Zuge der Krankenhausreform geplante Einführung der Vorhaltevergütung ein erster Schritt in diese Richtung, da diese dafür sorgt, dass dem Krankenhaus einen Teil der Vergütung erhalten bleibt, auch wenn ein Fall ambulant erbracht wird.

Angesichts der historischen Entwicklung des deutschen Gesundheitssystems und der Rolle, die die Akteure der Selbstverwaltung in diesem System einnehmen, erfordert die Auseinandersetzung mit Budgetlösungen die Bereitschaft zur Disruption. Diese Bereitschaft ist dem deutschen Gesundheitssystem und seinen Entscheidern zu wünschen.

Vorteile von Budgetlösungen

- ▶ Es entstehen Anreize dafür, die konkrete medizinische Leistung auf die am wenigsten aufwändige Art und Weise zu erbringen: digital vor ambulant vor stationär
- ▶ Anreize für Leistungs- und Mengenausweitung bestehen nicht
- ▶ Es entstehen Anreize für Prävention, mit dem Ziel Behandlungen zu vermeiden
- ▶ Es entstehen Anreize für mehr Kooperation der unterschiedlichen Leistungserbringer in einer Region
- ▶ Die Anzahl der unterschiedlichen Abrechnungsarten wird reduziert
- ▶ Die entsprechenden Dokumentationsaufwände können deutlich reduziert werden
- ▶ Bürokratieaufwände und -kosten sinken

LITERATUR

Status Quo

- ▶ AOK (2023): Tonsillektomie und Tonsillotomie: Entfernung oder Teilentfernung der Gaumenmandeln. <https://www.aok.de/pk/leistung/en/kinder-familien/mandelentfernung-kind/> (abgerufen am 14.09.2023).
- ▶ Asbach, H./Berger, H./Silge, W. (2023): Digitalisierung im Krankenhaus. Was kann Deutschland von Dänemark lernen? In: KU Gesundheitsmanagement (Jahrgang 92, Januar).
- ▶ Augurzky, B. (2021): Was kommt nach dem DRG-System? „Weiter so“ bedeutet auf kurz oder lang Rationierung. KU Gesundheitsmanagement (Jahrgang 90, März).
- ▶ Augurzky, B./Emde, A./Finke, S./Rösen, C. (2021): Vergütungssystematik von ambulant zu erbringenden stationären gastroenterologischen Krankenhausleistungen. Gutachten der hcb im Auftrag des BVGD und bng. Online unter: https://www.dgvs.de/wp-content/uploads/2022/02/AOP-Gutachten-Verguetungssystematik_final_14.01.22.pdf (abgerufen am 26.01.2023)
- ▶ Bartels, A./Knosala, C. (2022): AOP Gutachten. Soll und Haben. f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus (Jahrgang 39, Oktober).
- ▶ Beivers, A./Kramer, U. (2022): Entlassmanagement. Lotse in der ambulanten Welt. f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus (Jahrgang 39, Oktober).
- ▶ Bensch, H. (2020): Neue Serie: Klinik Stresstest. Ruf nach Ambulantisierung. f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus. (Jahrgang 31, September).
- ▶ BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (2022): Ergänzende Auswertungen zum IGES-Vorschlag zum ambulanten Operieren. <https://www.bifg.de/media/dl/ePaper/bifg-ePaper-AOP2.pdf> (abgerufen am 29.09.2023)
- ▶ Bundesgesundheitsministerium (2023): Eckpunktepapier: Krankenhausreform. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Eckpunktepapier_Krankenhausreform.pdf (abgerufen am 27.09.2023).
- ▶ Blase, N./Walendzik, A. (2021): Ambulante und ambulant erbringbare Leistungen. 5 Thesen zur Gestaltung der Vergütung in einer sektorenübergreifenden Versorgung. KU Gesundheitsmanagement (Jahrgang 90, Januar).
- ▶ DKG (2022): DKG-Positionspapier. Förderung der Ambulantisierung im stationären Versorgungsbereich – Einführung von Hybrid-DRGs und ambulant-klinischen Leistungen. https://www.dkgev.de/fileadmin/default/220519_DKG_Positionspapier_Foerderung_der_Ambulantisierung.pdf (abgerufen am 11.09.2023).
- ▶ Distler, F./Hacker, J./Rinsche, F./Schmid, A. (2018): Intersektorale Gesundheitszentren: Ein innovatives Modell der erweiterten ambulanten Versorgung zur Transformation kleiner ländlicher Krankenhausstandorte. Gutachten der Universität Bayreuth und der Oberer AG im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Bayreuth.
- ▶ Düllings, J. (2020): Ambulantisierung. Comeback der Polikliniken. f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus (Jahrgang 37, September).
- ▶ Düllings, J. (2021): Ambulantisierung! Näher am Patienten. KU Gesundheitsmanagement (Jahrgang 90, September).
- ▶ Elmhorst, D./Nissing A. (2022). Transformation in die Praxis. f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus (Jahrgang 39, Oktober).
- ▶ Ettwig, V. (2019): Ermächtigt der Arzt. Auf was gilt es zu achten? <https://ku-gesundheitsmanagement.de/2019/08/09/ermaechtigter-arzt/> (abgerufen am 13.09.2023)
- ▶ Geraedts, M./Kraska, R. (2016): Die fachärztliche Ausstattung der ambulanten Versorgung im Krankenhaus. In: In: Friedrich, J.; Geraedts, M.; Klauber, J.; Wasem, J. (Hrsg.): Krankenhausreport 2016. Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus. Berlin.
- ▶ Hoch, S. (2023): Personalkosten im MVZ. Auf teure MVZ-Manager zugunsten der Wirtschaftlichkeit verzichten? KU Gesundheitsmanagement (Jahrgang 92, April).
- ▶ Irving, G. et al (2017): International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. https://research.edgehill.ac.uk/ws/portalfiles/portal/29790731/International_variations_in_primary_care_physician_consultation_time.pdf (abgerufen am 13.09.2023).
- ▶ Jensch, E. (2022): Kommt der Fall der Sektorengrenze? Wie starre Sektorengrenzen die Patientenversorgung gefährden. KU Gesundheitsmanagement (Jahrgang 91, November).
- ▶ KBV (2023): Gesundheitsdaten. Versorgungsgrade in den Planungsbereichen. <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17016.php> (abgerufen am 27.09.2023).
- ▶ Kronberger Kreis (2022): Krankenhausversorgung in Deutschland: Diagnose und Therapie. Kronberger Kreis-Studien, No. 70, Stiftung Marktwirtschaft. Berlin.
- ▶ König, V./Linnartz, M. (2023): MD-Anfragen und IGES-Systematik. Das CLINOTEL-Vorhersagemodell im Abgleich mit den IGES-Fällen. KU Gesundheitsmanagement (Jahrgang 92, Januar).
- ▶ Schneider, N./Schwarz, U. (2023): Zeitgemäße Krankenhausstruktur mit regionalen Gesundheitszentren. Niedersachsen als Vorbild? KU Gesundheitsmanagement (Jahrgang 92, Januar).
- ▶ Simon, B. et al. (2023): Patient Pathway Comparison for Total Hip Replacement in the United States and Germany – Why the Payment Model Matters. NEJM Catalyst. (Jahrgang 4, Juni).
- ▶ Statistisches Bundesamt (2022): Grunddaten der Krankenhäuser. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611217004.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am 14.09.2023).
- ▶ Walendzik, A./Wasem, J. (2019): Vergütung ambulanter und ambulant erbringbarer Leistungen Gesundheitspolitisch zielgerechte Integrationsmodelle über sektorale Leistungsträger und Finanzierungssysteme. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/AmbulanteVerguetung_13lay.pdf (abgerufen am 13.09.2023)

Handlungsfelder

- ▶ Albrecht, M./Mansky, T./Sander, M./Schiffhorst, G. (2022): Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V. Gutachten der IGES Institut GmbH für die Kassenärztliche Bundesvereinigung, den GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Berlin.
- ▶ Augurzky, B./Lueke, S./Schmid, A. (2023): Umwandeln statt Schließen. Neue Perspektiven für kleine Krankenhäuser. KU Gesundheitsmanagement (Jahrgang 92, Januar).
- ▶ Beck, U. (2023): Ambulantisierung. Auswirkungen, Chancen und Risiken. Ergebnisse des CLINOTEL-Benchmarks. DRG-Forum 2023. Berlin.
- ▶ Beinbauer, B. (2023): Ambulantisierungsstrategien bei Krankenhäusern. Umsetzung – aber wie? DRG-Forum 2023. Berlin.
- ▶ Charité (2023): Neue Versorgungsform: Anfallsleiden ambulant diagnostizieren https://www.charite.de/service/pressemitteilung/artikel/detail/neue_versorgungsform_anfallsleiden_ambulant_diagnostizieren/ (abgerufen am 07.10.2023)
- ▶ Dahmen, A. (2023): Ambulantisierung in unsicheren Zeiten. Anpassung von Medizinstrategie und Prozessen im Kontext von AOP-Katalog 2023, Tagesbehandlungen und Ressourcenmanagement. KU Gesundheitsmanagement (Jahrgang 92, April).
- ▶ Elmhorst, D./Nissing A. (2022): Transformation in die Praxis. f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus (Jahrgang 39, Oktober).
- ▶ Ernst von Bergmann Gruppe (2021): Start der Videoaufklärung in der Prämedikationsambulanz. <https://www.evb-gesundheit.de/start-der-videoaufklaerung-in-der-praemedikationsambulanz> (abgerufen am 07.10.2023)
- ▶ Greiling, M./Greiling M.M. (2023): Die Zukunft der Gesundheitsversorgung. Wie Kliniken ambulant-klinische Leistungen erfolgreich planen. KU Gesundheitsmanagement (Jahrgang 92, August).
- ▶ Hutmacher, A./Weiß, A. (2023): Controlling im MVZ. Vom Stiefkind zum Wunschkind. f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus (Jahrgang 40, Mai).
- ▶ Gemeinsamer Bundesausschuss (2023): ALVEEG – Ambulantes Langzeit-Video-EEG-EKG für Menschen mit Anfallserkrankungen. <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/alveeg-ambulantes-langzeit-video-eeg-ekg-fuer-menschen-mit-anfallserkrankungen.561> (abgerufen am 07.10.2023).
- ▶ Gemeinsamer Bundesausschuss (2023): SPIZ – Sektorenübergreifende Versorgung von Patient:innen mit hämatologischen Erkrankungen nach innovativer Zelltherapie. <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/spiz-sektorenebergreifende-versorgung-von-patient-innen-mit-haematologischen-erkrankungen-nach-innovativer-zelltherapie.568> (abgerufen am 07.10.2023).
- ▶ Jensch, E. (2022): „Medizin aus einer Hand“. Warum die Ambulantisierung im operativen Bereich für alle vorteilhaft ist. KU Gesundheitsmanagement (Jahrgang 91, Oktober).
- ▶ Jung, P.; Kern, A. (2022): Therapie für das Gesundheitswesen statt OP am Krankenhaus. Eckpunkte einer notwendigen Reform des Gesundheitssystems.“ KU Gesundheitsmanagement (Jahrgang 91, August).
- ▶ Leffler, K. (2023): Pflegecontrolling – aktuelle Rahmenbedingungen, Herausforderungen und Chancen. Praxisbeispiel Ausfall- und Belegungsmanagement. KU Gesundheitsmanagement (Jahrgang 92, Mai).
- ▶ Maier, B. (2023): Vergütungsreformen. Controlling wird immer wichtiger. f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus (Jahrgang 40, Juni).
- ▶ Robert-Bosch-Krankenhaus (2023): Telemedizin Herzinsuffizienzberatung. <https://www.rbk.de/disziplinen/interdisziplinaere-zentren/telemedizin/telemedizin-herzinsuffizienzberatung.html> (abgerufen am 07.10.2023).
- ▶ Sander, B. (2023): Die Zukunft ist digital und sektorenübergreifend. Interview mit Henning Schneider und Dr. Benedikt Simon. KU Gesundheitsmanagement (Jahrgang 92, September).
- ▶ Schlüter, C. (2023): Reform mit Nebenwirkungen. Die veränderte Rolle des Controllings im Zuge der Krankenhausreformen. KU Gesundheitsmanagement (Jahrgang 92, Mai).
- ▶ Strasheim, R. (2023): „Das MVZ ist tot – es lebe das Gesundheitszentrum“... oder wie schließen wir die Lücke zwischen Vision und Realität? DRG-Forum 2023. Berlin.
- ▶ Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden (2023): SPIZ – Sektorenübergreifende Versorgung von Patient*innen mit hämatologischen Erkrankungen nach innovativer Zelltherapie. <https://www.uniklinikum-dresden.de/de/das-klinikum/universitaetscentren/zentrum-fuer-medizinische-informatik/spiz-sektorenebergreifende-versorgung-von-patient-innen-mit-haematologischen-erkrankungen-nach-innovativer-zelltherapie> (abgerufen am 07.10.2023)
- ▶ Universitätsklinikum Freiburg (2023): telaskoop. Schmerztherapie in Kooperation. <https://www.uniklinik-freiburg.de/allgemeinmedizin/telaskoop.html> (abgerufen am 07.10.2023).
- ▶ Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (2023): Telemedizin und Videosprechstunde. https://www.uksh.de/kinderchirurgie/Ambulanz+_+_Sprechstunden/Videosprechstunde/Videosprechstunde+Kinderchirurgie/Telemedizin+und+Videosprechstunde.html (abgerufen am 07.10.2023)

Ausblick

- ▶ Hankeln, K./Simon, B. (2023): Alternative Versorgungsmodelle. Marylands Total Cost of Care Model: Neue Wege für sektorübergreifende Verantwortung. KU Gesundheitsmanagement (Jahrgang 92, Januar).
- ▶ Schaffert, R. (2022): Zukunftsfähige Strukturen brauchen ein klares Ziel. „Wer das Ziel nicht kennt, braucht sich nicht auf den Weg zu machen.“ KU Gesundheitsmanagement (Jahrgang 91, August).

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

ETL WRG GmbH
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Steuerberatungsgesellschaft

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

