



RHÖN STIFTUNG

 HOCHSCHULE  
FRESENIUS  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

 RWI  
Leibniz-Institut für  
Wirtschaftsforschung

## Neue Formen ambulanter, sektorenübergreifender Versorgung: Chancen und Risiken aus Sicht von Patienten, Kostenträger und Leistungserbringer

Prof. Dr. rer. pol.

**Andreas Beivers**

G+ GESUNDHEITSGIPFEL MITTE

Kongress zur Reform des Gesundheitswesens

Weimar, den 28. Februar 2024

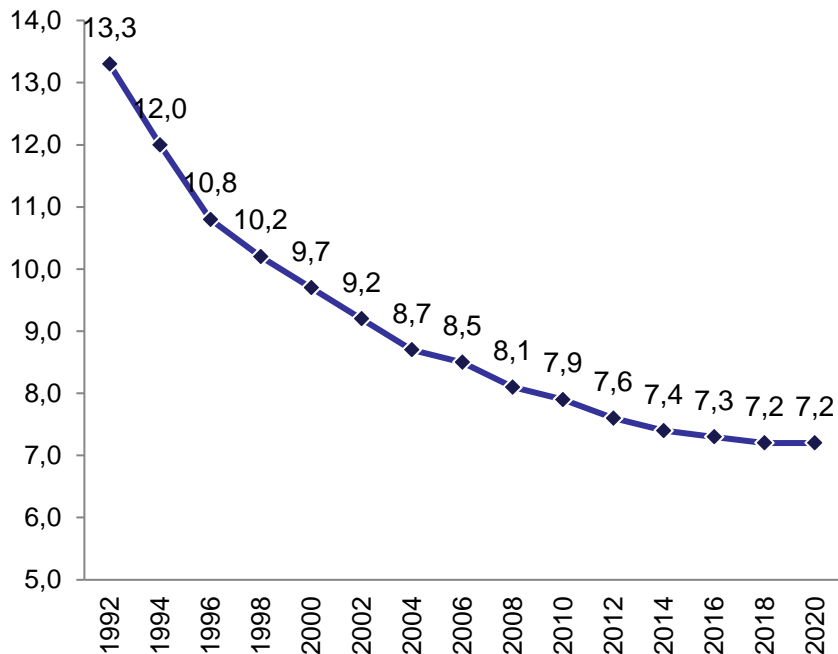


# AGENDA

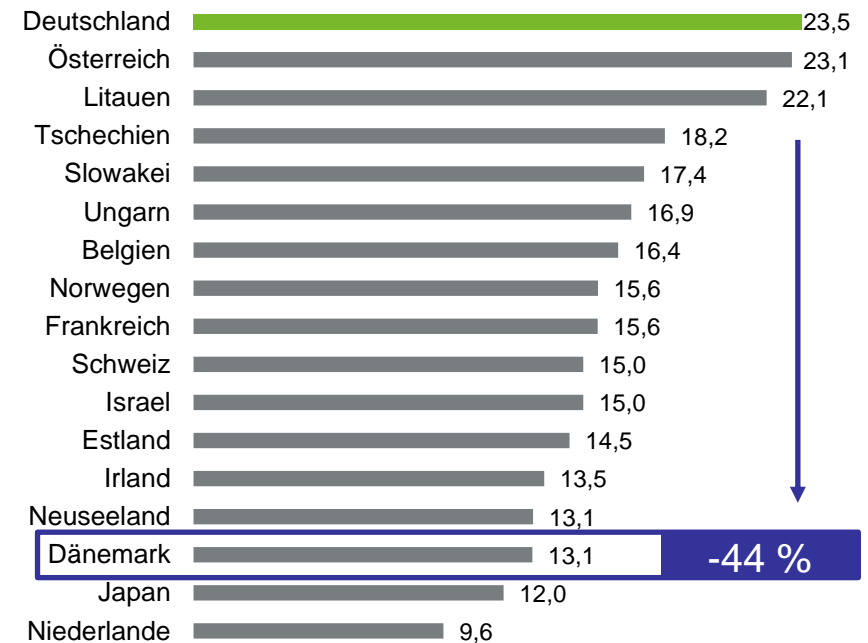
- **Ausgangslage:**  
Ambulantisierung im Status quo
- **Gesundheitsökonomische Herausforderungen:**  
AOP und Hybrid-DRGs im Fokus
- **Auswirkungen auf die Player im System**
- **Vorstellung aktueller Gutachten, wie es gelingen kann**
- **Ausblick**

# Medizinischer Fortschritt und Ambulantisierung lassen deutlich weniger und kürzere Krankenhausaufenthalte erwarten

Durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus, Deutschland (1992-2020)



Krankenhausfälle je 100 Einwohner (2019)

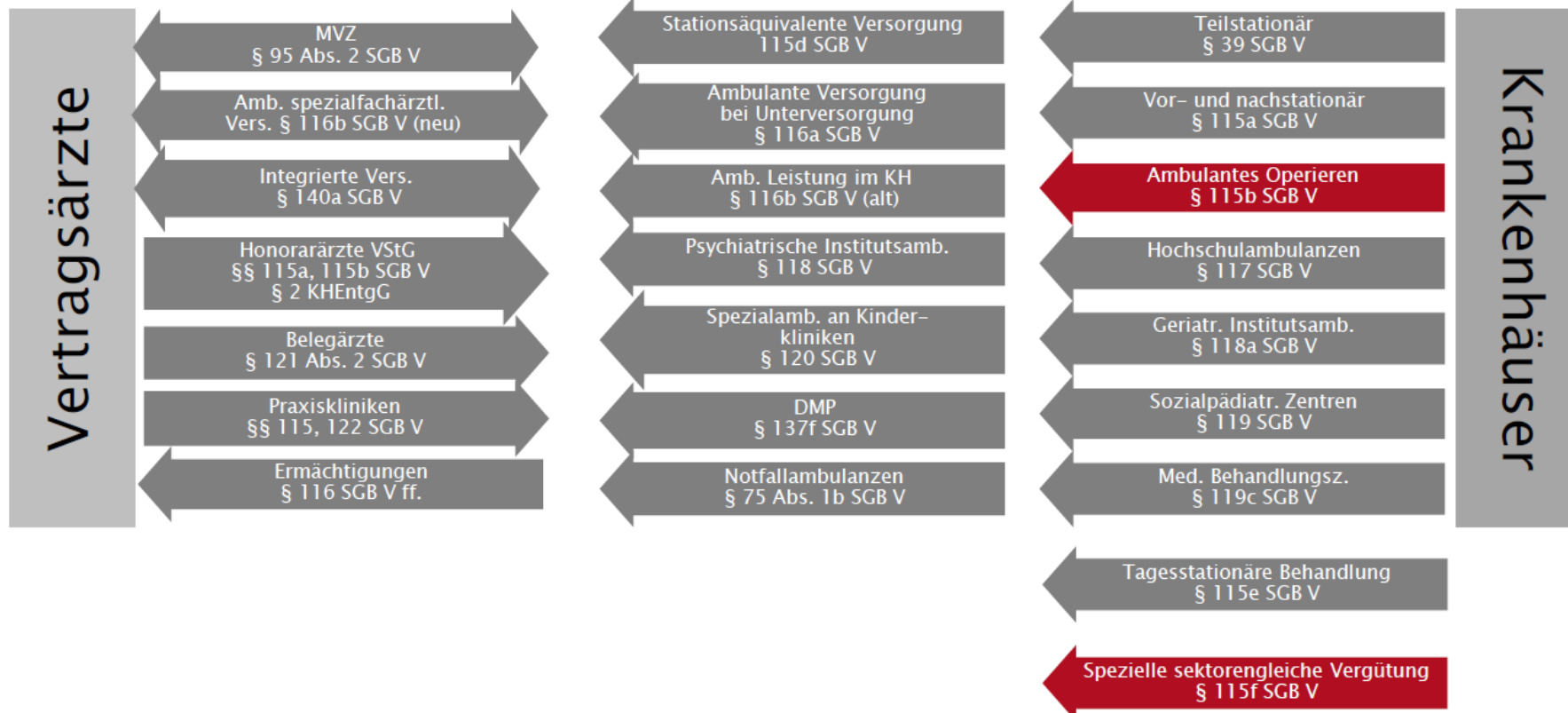


Verweildauer und Anzahl an Krankenhausfällen reduzieren sich  
 → **Wachsender Bedarf an ambulanter Versorgung**

## Gesamtzahl der Eingriffe pro 100.000 Einwohner und der Anteil vollstationär durchgeführter Eingriffe in ausgewählten OECD-Ländern (2021)

Leistung	Cholezystektomie		Leistenhernie		Katarakt		Tonsil-ektomie	
	Fälle/ 100.00	Vollst. %	Fälle/ 100.00	Vollst. %	Fälle/ 100.00	Vollst. %	Fälle/ 100.00	Vollst. %
Belgien	228	88,8	207	47,8	1.237	3,0	160	24,5
Dänem.	139	55,0	154	14,7	842	0,9	57	41,8
Deutsch.	<b>229</b>	<b>100,0</b>	<b>178</b>	<b>99,7</b>	<b>1.137</b>	<b>12,0</b>	<b>58</b>	<b>84,9</b>
Frankr.	191	57,1	215	27,6	1.417	2,8	66	54,6
Großb.	116	53,1	93	27,1	834	0,7	46	29,8
Norw.	133	58,2	108	27,7	398	3,3	108	24,0
Österreich	192	99,3	253	91,6	1.340	8,5	46	99,3
Schweiz	217	95,6	249	60,9	452	10,4	70	86,7

# Ambulant-stationärer Versorgungsbereich: Ein Flickenteppich an Regelungen

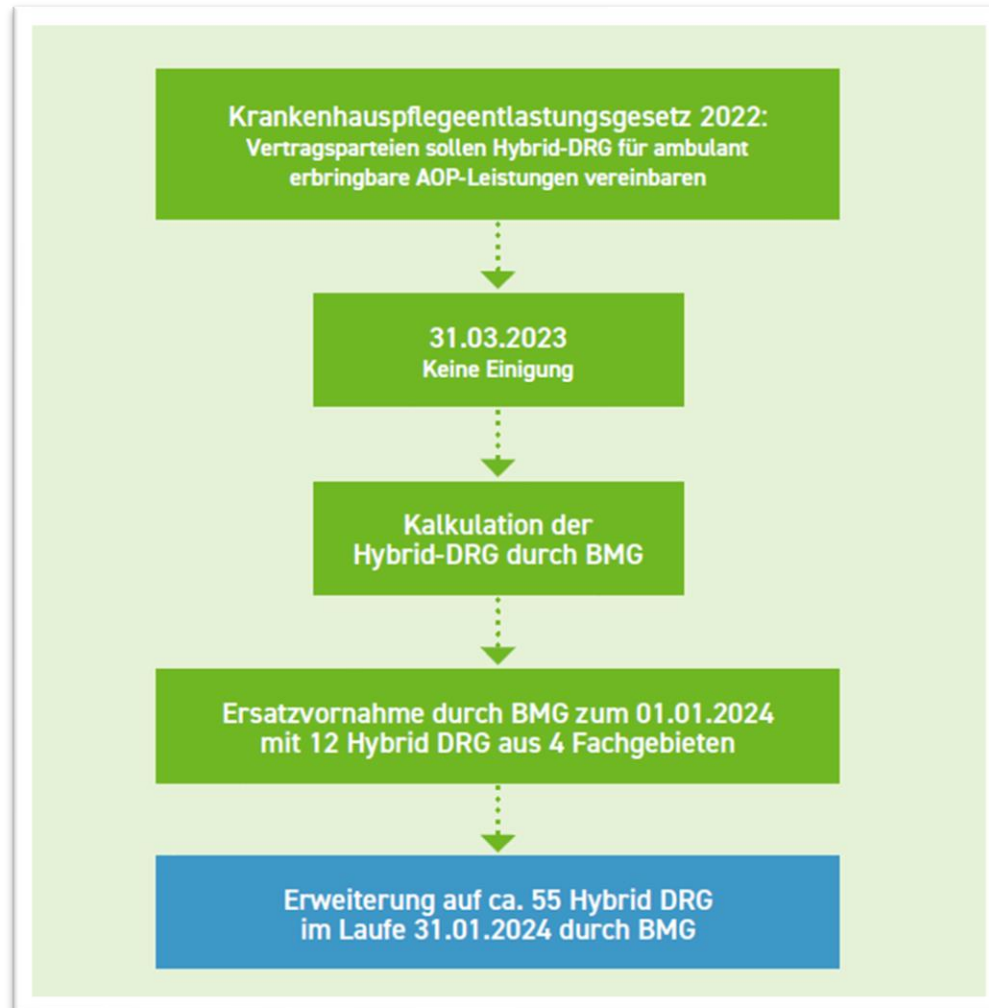


# AGENDA

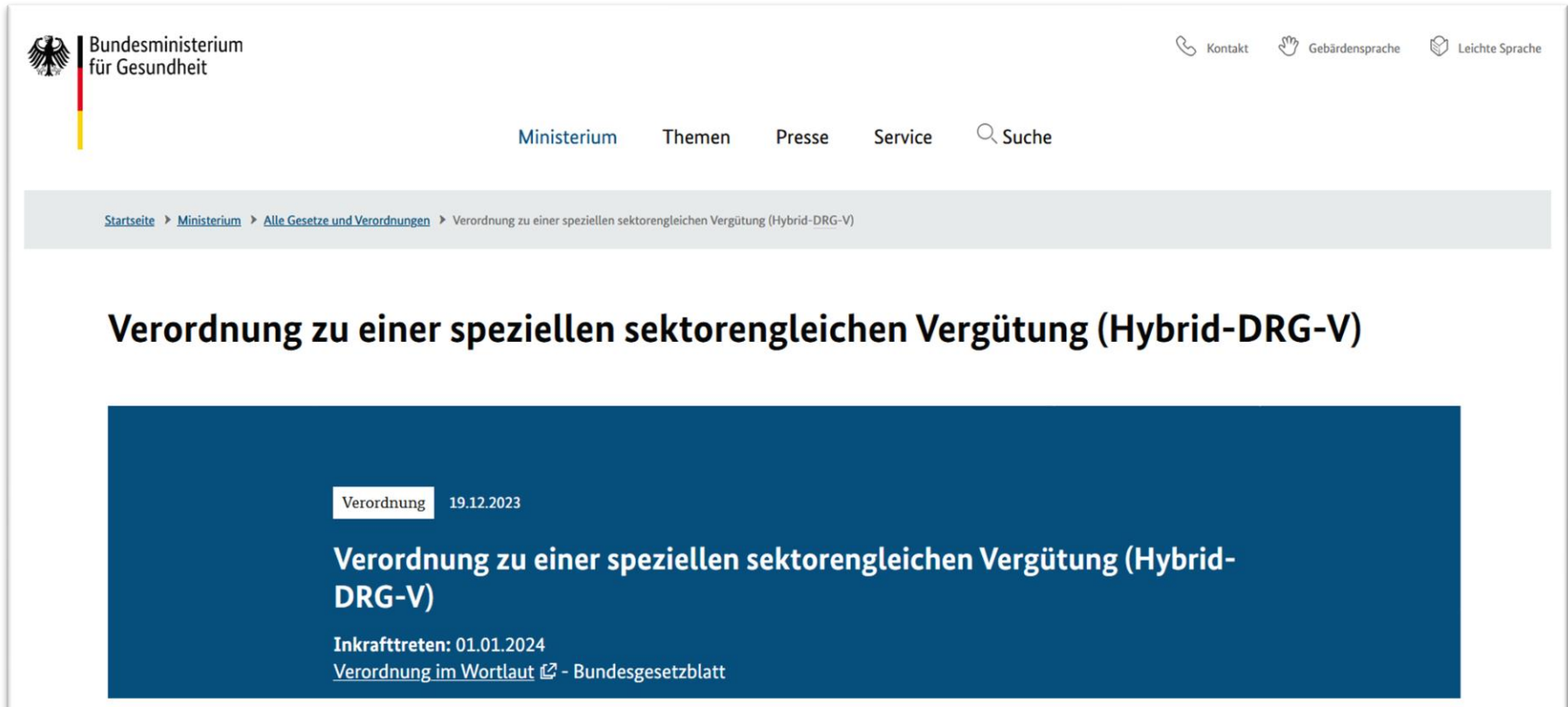
- **Ausgangslage:**  
Ambulantisierung im Status quo
- **Gesundheitsökonomische Herausforderungen:**  
AOP und Hybrid-DRGs im Fokus
- **Auswirkungen auf die Player im System**
- **Vorstellung aktueller Gutachten, wie es gelingen kann**
- **Ausblick**



# Zeitlicher Ablauf der Erarbeitung gesetzlicher Vorgaben für Hybrid-DRG im Rahmen der Ambulantisierung



# Nun sind sie da: Die erhofften Hybrid-DRGs




The screenshot shows the official website of the German Federal Government, specifically the Federal Ministry of Health. The page is titled "Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG-V)". The header includes the logo of the Federal Government and the text "Bundesministerium für Gesundheit". Navigation links for "Ministerium", "Themen", "Presse", "Service", and "Suche" are visible. The breadcrumb trail indicates the path: "Startseite > Ministerium > Alle Gesetze und Verordnungen > Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG-V)". The main content area features a dark blue background with the following information:

**Verordnung** 19.12.2023

## Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG-V)

**Inkrafttreten:** 01.01.2024

[Verordnung im Wortlaut](#)  - Bundesgesetzblatt



## Was ist eine Hybrid DRG?

- Neue **Vergütungssysteme** für **medizinische Leistungen**, bei denen Krankenhäusern und Praxen spezielle **Fallpauschalen** gezahlt werden

- Die Pauschale für **medizinische Leistungen** im **Kliniken** **Leistungs** **sektor**

### Wasser in den Wein:

- Bisher reguläre Abrechnung technisch nicht möglich (Lösung: Analoge Zwischenabrechnung)
  - Nicht berücksichtigt bei Kalkulation: Pflegepersonalkosten, Aufwände für Gerinnungspräparate (Hämophilie-Erkrankte), Dialyseleistungen & Sprechstundenbedarf
  - Weiterhin viele Fragen unklar: Vorhaltekosten; li-Kliniken, und: sind Hybrid-DRGs K-Leistungen etc.

## Wer darf Hybrid-DRGs erbringen?

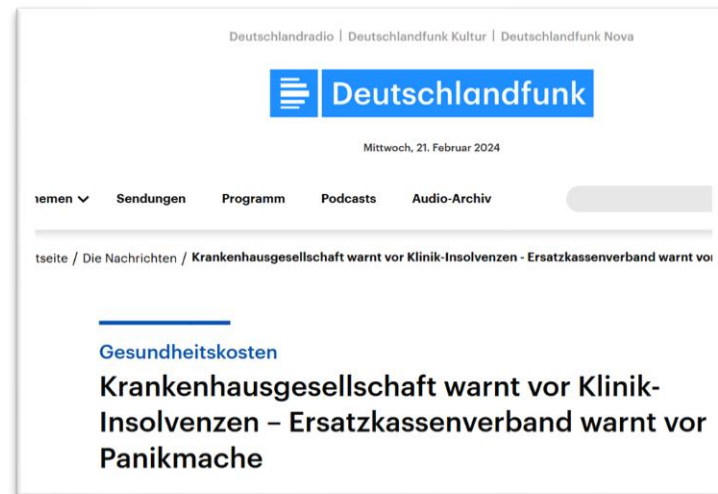
- Zur Erbringung der definierten **sektorengleichen Leistungen** **berechtigt** sind gem. § 115f Abs. 3 SGB V
  - zu der **vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren** sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen (§ 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V)
  - **zugelassene Krankenhäuser** (Hochschulkliniken, Plankrankenhäuser, Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag; § 108 SGB V)
- Nach der Leistungserbringung werden sektorengleiche Leistungen unmittelbar von den zuständigen Krankenkassen vergütet

# AGENDA

- **Ausgangslage:**  
Ambulantisierung im Status quo
- **Gesundheitsökonomische Herausforderungen:**  
AOP und Hybrid-DRGs im Fokus
- **Auswirkungen auf die Player im System**
- **Vorstellung aktueller Gutachten, wie es gelingen kann**
- **Ausblick**

# Kalter Strukturwandel?

Aktuelle Klinikinsolvenzen haben viele Gründe...

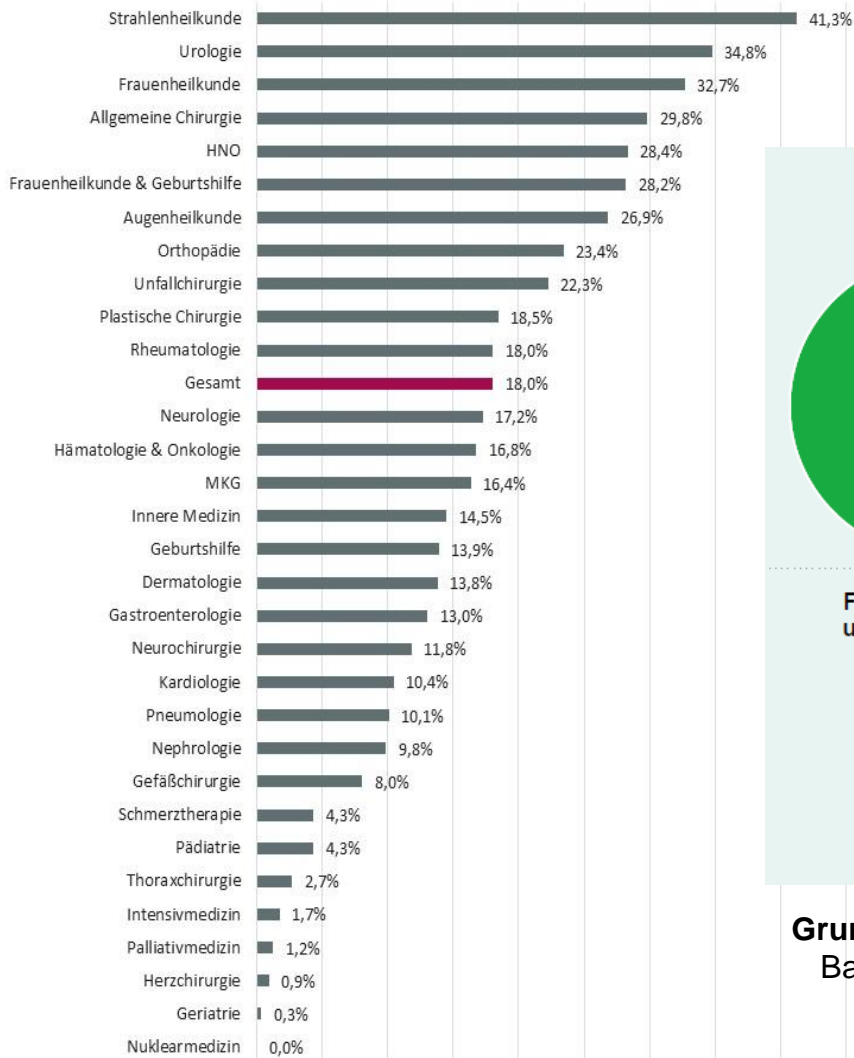


Zeitraum	Anzahl der Insolvenzen (Standorte)	Trägerschaft öffentlich	Trägerschaft fgn	Trägerschaft privat
2022	7	3	1	3
2023	34	2	30	2
Jan 2024	6	6	0	0
<b>Summe</b>	<b>47</b>	<b>11</b>	<b>51</b>	<b>5</b>

...aber auch im KV-Bereich ist es nicht rosig mit den Budget-Vorgaben des GKV-FinG

<b>Ausgewählte INKAR-Indikatoren</b> (Online-Atlas des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung)	<b>Durchschnitt Bund</b>	<b>Durchschnitt der Landkreise / Städte</b> von Kliniken im Insolvenzverfahren (seit 1.1.2022)
Einwohner 65 Jahre und älter (2020)	22,0	23,2
Bruttoverdienst (2020)	3.079,3	2.832,0
Medianeinkommen (2020)	3.484,0	3.244,6
Einkommensteuer (2020)	494,7	456,3
Umsatzsteuer (2020)	108,8	100,1
Steuerkraft (2019)	1.012,2	954,5
Ländlichkeit (2019)	20,4	25,9
ALG II-Leistungen an SGBII (2020)	37,3	38,7
Bruttoinlandsprodukt je Einwohner (2020)	40,5	37,0
Vorzeitige Sterblichkeit Männer (2017)	3,6	4,0
Vorzeitige Sterblichkeit Frauen (2017)	2,1	2,2
Langzeitarbeitslose (2020)	30,3	27,4
Steuereinnahmen (2019)	1.361,6	1.256,0
Durchschnittsalter der Bevölkerung (2020)	44,2	45,1
Lebenserwartung (2020)	81,3	81,0
Gewerbsteuer (2020)	544,8	513,1
Kommunale Schulden (2020)	1.463,6	1.495,9

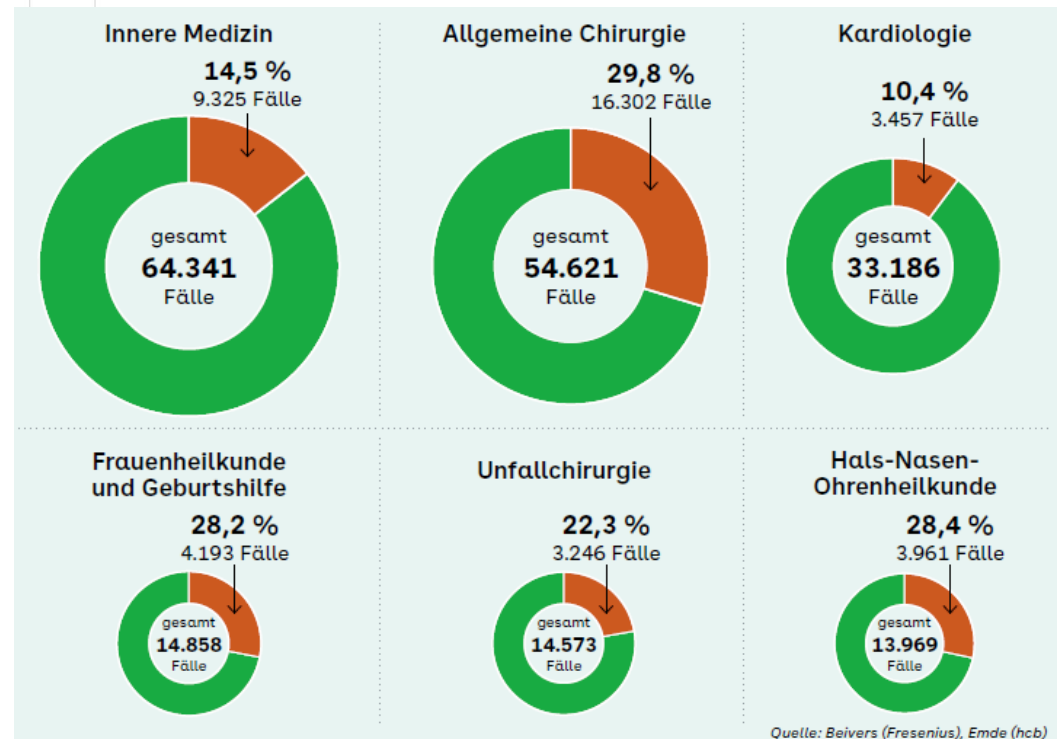
# Zu erwartender AOP-Anteil an den bis dato stationären Fällen nach Fachabteilung



## Ambulantisierung als Damoklesschwert ökonomischer Tragfähigkeit?

Der Versuch einer Quantifizierung des AOP-Katalogs

Von Prof. Dr. Andreas Beivers und Annika Emde



Grundlage: § 21-Datensatz des Institute for Health Care Business  
Basis: rund 350.000 stat. DRG-Fälle aus den Jahren 2020 & 2021

# Das bayerische Modellprojekt „Bürokratieabbau“



Bayerisches Staatsministerium für  
Gesundheit und Pflege



## MODELLPROJEKT BÜROKRATIEABBAU IN BAYERISCHEN KRANKENHÄUSERN

Handlungsplan

HOCHSCHULE  
FRESENIUS  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

01. September 2023

## INHALT

Grußwort .....	05
Hintergrund zum Modellprojekt „Bürokratieabbau in bayerischen Krankenhäusern“ .....	06
1. Weniger Dokumentation und weniger Mehrfachmeldungen .....	08
2. Große Errungenschaft: Vereinfachungen bei Zusatzentgelten und neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden .....	09
3. Aufwandsärmere Strukturprüfungen und Qualitätskontrollen .....	10
4. Entschlackung von Krankenhausabrechnungsprüfungen .....	11
5. Prüfung der Nutzenrelevanz der OPS-Komplexcodes .....	12
6. Optimierung der medizinischen Begründungen .....	13
7. Verbesserung von Einweisungs- und Entlassmanagement .....	14
8. Konturierung und Definition: Soziale Indikation .....	16
9. Etablierung eines Modellprojekts zu „Vorabprüfungen“ .....	17
10. Stärkung von Digitalisierung und Automatisierung .....	18

## Warum ist Entbürokratisierung gerade jetzt wichtig?

Die Herausforderungen der KH-Reform in diesem Bereich sind enorm

- Der Bundesgesundheitsminister verspricht durch die Reform Entbürokratisierung; dieses Versprechen muss sich erst noch erweisen
- Vielmehr ist durch die verschiedenen vorgesehenen Regelungen, wie beispielsweise im Bereich der **Vorhaltekostenfinanzierung**, der **Überprüfung von Struktur- und Prozess-Parameter von Leistungsgruppen via der Medizinischen Dienste** auf Bundes-, Landes- und Hausebene ein signifikanter **Anstieg der Bürokratie zu befürchten**
- Auch die zurecht gewünschte und im Fokus stehende **Ambulantisierung** der Versorgung wird zu neuen Herausforderungen in diesem Bereich führen. Wenn dort **klare Kriterien und Definitionen, z.B. was ambulant, was tagesklinisch und somit hybrid** ist fehlen, droht erheblicher bürokratischer Dokumentations- und Prüfaufwand
- Bis dato noch immer **unklare Prozesse im Einweisungs- und Entlassmanagement**, ebenso wie die **Definition der sozialen Indikation** haben hohes Bürokratiepotenzial



# Ambulantisierung ja, aber...

...Was bedeutet das für die Versorgung im Detail?

- **Qualitätsmessung und -transparenz ambulanter Leistungen** als ganz zentrales Thema (Spezialisierung, Mindestmengen etc.)
- **Entlass- und Case-Management** muss im Rahmen der Ambulantisierung ein wesentlich größeres Augenmerk geschenkt werden (v.a. in einem Flächenstaat)
- Macht es Sinn eine Art **Recall-System** zu etablieren?
- Wer prüft ex ante, ob es das soziale Umfeld eines Patienten\*in zulässt, dass dieser **ambulant behandelt werden kann**?
- ➔ Wenn hier die Prozesse nicht geklärt sind, ist möglich, dass Notaufnahmen, Rettungsdienste / KV-Bereitschaftsdienste unnötig in Anspruch genommen werden und wichtige Informationen im Bedarfsfall nicht vorliegen
- ➔ **GEFAHR: Ambulantisierung als Nullsummenspiel?**



Prof. Dr. Andreas Beivers  
Hochschule Fresenius | Stiftung Münch

## **Level 1i bzw. gemäß § 115h: „Medizinisch-pflegerische Versorgung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen“**

### Definition

- In der Regel bereits bestehende Krankenhäuser
- (Mindestens) Allgemeinmedizin oder Geriatrie, zusätzlich Innere und Chirurgie
- Schwerpunkt Basisversorgung und ambulante Leistungserbringung
- Keine 24/7 Notfallversorgung
- Fachärztliche Rufbereitschaft
- Ärztliche Leistungen durch angestellte oder niedergelassene Ärztinnen und Ärzte
- Möglichkeit zur akutpflegerischen Nachversorgung ggf. mit Übernachten
- Ggf. pflegerische Leitung

### Vergütung

- Tagessatz
  - „sachgerecht kalkulierte, degressive Tagespauschalen für die Akutpflege“
- **Ärztliche Leistungen**
  - EBM für ärztliche Leistungen durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte
  - um Arztanteil erhöhten Tagessatz bei angestellten Ärztinnen und Ärzten (stationäre Behandlung)
  - Ansonsten übliche ambulante Behandlungsmöglichkeiten entsprechend den gesetzlichen Regelungen
- **Keine Vorhaltepauschalen**
- **Kein Pflegebudget**
  - im Tagessatz enthalten

# Nicht vergessen: MFAs sind ein wichtiger Erfolgsfaktor für die Ambulantisierung

Aktuelle Studie der Hochschule Fresenius in München:  
(im Auftrag der Felix Burda Stiftung)

- Bundesweite **Befragung von 1.205** überwiegend in Praxen beschäftigten MFA.
- 69 % wünschen sich **mehr Aufstiegschancen**
- 80 % erwägen den Job oder gar die Branche zu wechseln
- 85 % attestieren die **Bezahlung** als schlecht bis sehr schlecht
- 50 % können auf Grund ihrer Arbeitslast **nicht mit der nötigen Sorgfalt auf Patienten** eingehen
- Zu viel **Bürokratie** raubt Zeit für ihre medizinische Aufgaben
- Zunehmende **Ruppigkeit von Patienten**: 70 % empfinden mangelnde Wertschätzung



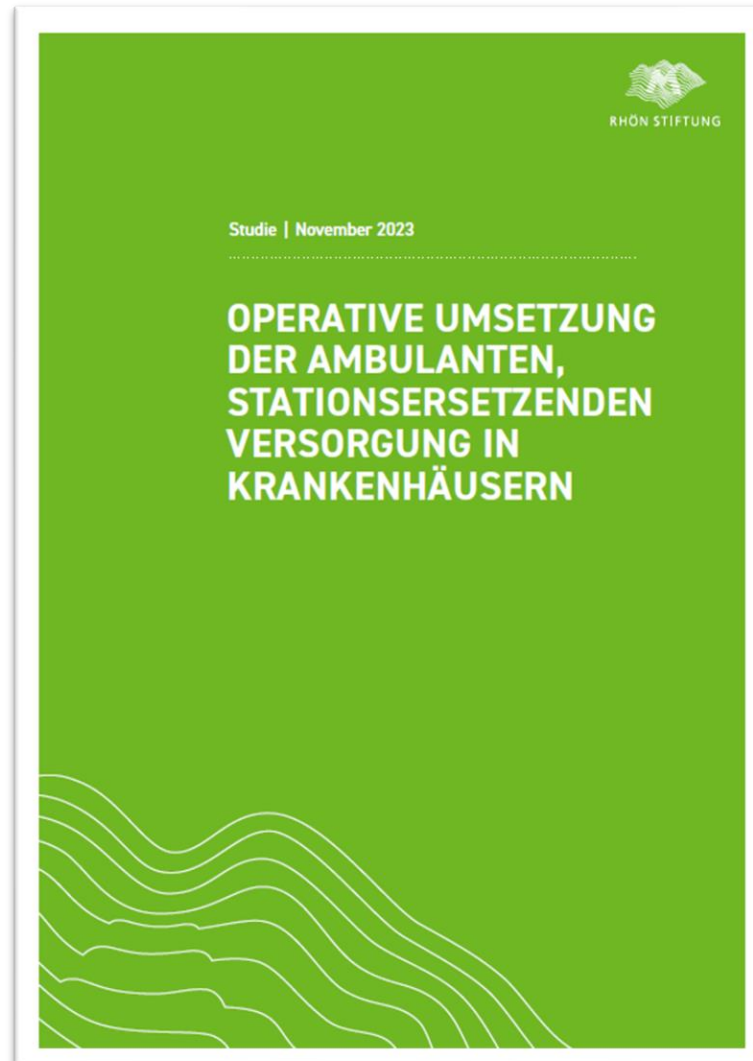
# AGENDA

- **Ausgangslage:**  
Ambulantisierung im Status quo
- **Gesundheitsökonomische Herausforderungen:**  
AOP und Hybrid-DRGs im Fokus
- **Auswirkungen auf die Player im System**
- **Vorstellung aktueller Gutachten, wie es gelingen kann**
- **Ausblick**



RHÖN STIFTUNG

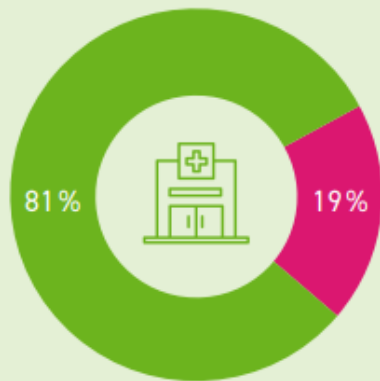
## Studie der Rhön Stiftung (1)



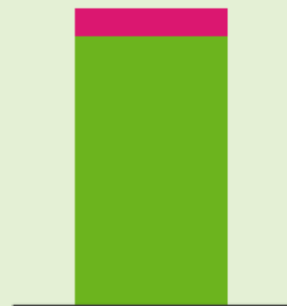


# Können mehr ambulante Leistungen den stationären Erlösverlust kompensieren? Gegenüberstellung stationäre Fälle und ambulantes Potenzial der Beispielhäuser

## Maximalversorger



9%

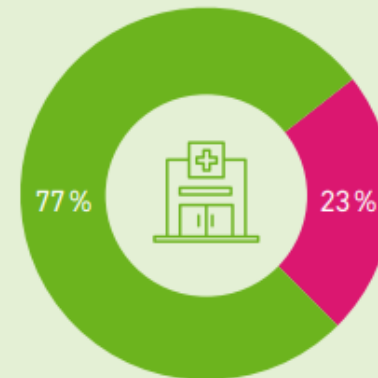


Erlöse

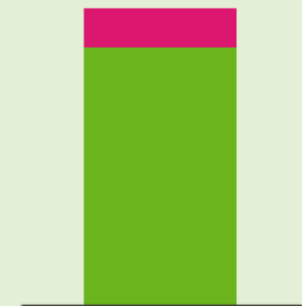
■ Stationäre Fälle

■ Ambulantes Potenzial

## Grund- und Regelversorger



13%



Erlöse

■ Stationäre Fälle

■ Ambulantes Potenzial



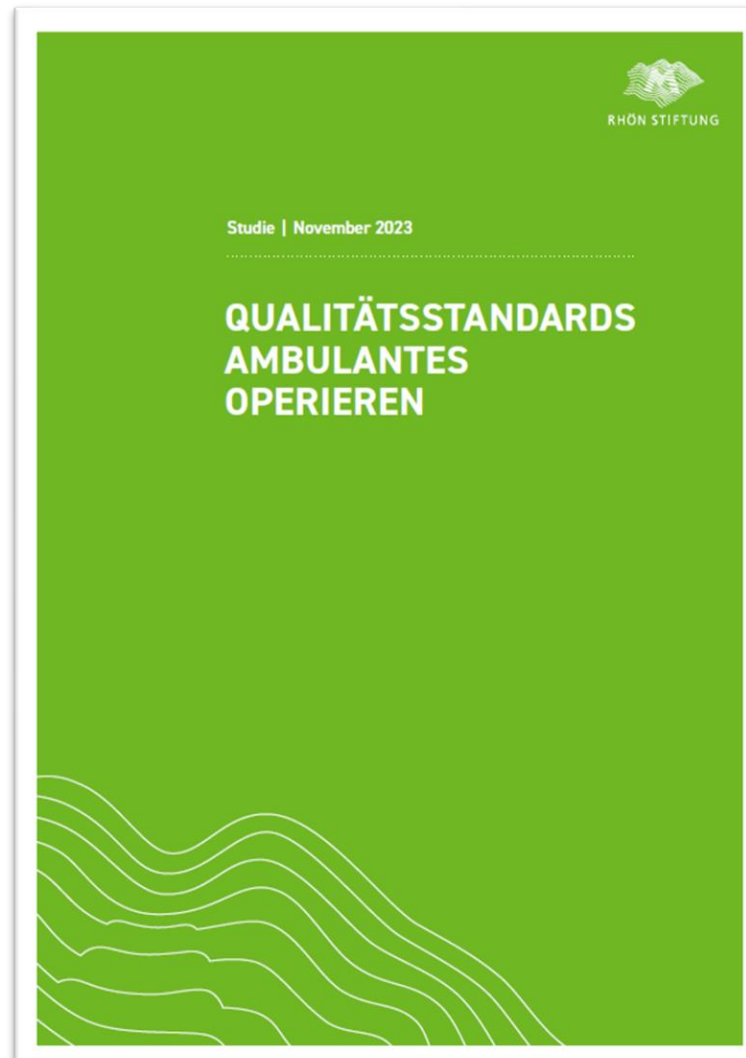
## **Erfolgreiche Beispiele legen eine vollständige Über- arbeitung des ambulanten „Geschäftsmodells“ nahe: Sechs Handlungsempfehlungen**

1. Bestandsaufnahme und Einführung von Ambulanzcontrolling und -reporting
2. Entwicklung einer digitalen Prozessunterstützung strategisch orientierten ambulanten Portfolios
3. Raum- und Funktionskonzepte – Investitionen in eine passende Infrastruktur
4. Angepasste Personaleinsatzkonzepte, spezialisiertes Personal, ambulantes „Mindset“
5. Prozessstandardisierung und Schnittstellenmanagement
6. Digitale Prozessunterstützung

# Studie der Rhön Stiftung (2)



RHÖN STIFTUNG

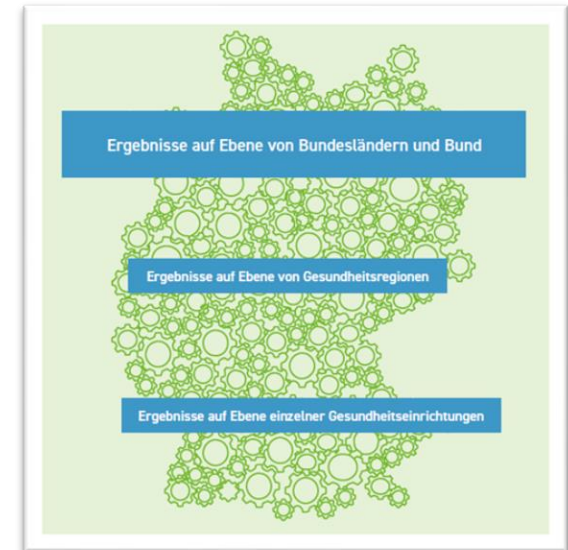






## Maßnahmen zur Umsetzung der Ambulantisierung mit Qualitätsstandards auf der Makroebene

- Einführung von **evidenzbasierten generische Versorgungspfade** für die wichtigsten Krankheitsbilder (nach einheitlichen & evidenzbasierten Standards) werden
- **Einheitliches Versorgungsmonitoring**
- **Rückmeldungen von Patienten zur Prozessqualität (PREMs) & Ergebnisqualität (PROMs)** sollen mit validierten Befragungsinstrumenten sowohl im ergänzen
- Die Umsetzung der Ambulantisierung ist ein **mehrjähriger Prozess** mit klaren Versorgungsziele: In einer **Konvergenzphase müssen Rahmenbedingungen dynamisch angepasst** werden
- **Schweregrad und Begleiterkrankungen** beeinflussen den Aufwand auch beim ambulanten Operieren. Deshalb muss die **Finanzierung auskömmlich gestaltet sein und Vorhaltungen auch für verlängerte Beobachtungszeiten berücksichtigen**



# AGENDA

- **Ausgangslage:**  
Ambulantisierung im Status quo
- **Gesundheitsökonomische Herausforderungen:**  
AOP und Hybrid-DRGs im Fokus
- **Auswirkungen auf die Player im System**
- **Vorstellung aktueller Gutachten, wie es gelingen kann**
- **Ausblick**

## Ziele von Vergütungssystemen für Krankenhäuser: *Ziel erreicht?*

- **Bedarfsgerechte Versorgung (?)**

Das Vergütungssystem soll für die Krankenhäuser Anreize setzen, den gesellschaftlich akzeptierten Bedarf von Patienten in Art und Umfang zu decken

- **Qualität der Versorgung**

Die Versorgung soll nicht nur „irgendwie“ erbracht werden, sondern sie soll qualitativen Anforderungen genügen

- **Effizienz bei der Leistungserbringung**

Technische Effizienz (Verwendung der optimalen Kombination der Produktionsfaktoren für eine gegebene Leistung) und ökonomische Effizienz (keine aufwändigere Leistung als erforderlich)

- **Gerechtigkeit gegenüber den Leistungserbringern (?)**

Mit dem Einsatz von Vergütungssystemen wird zudem Fairness gegenüber den Leistungserbringern angestrebt

- **Fairness gegenüber den Kostenträgern (?)**

In einem System pluraler Finanzierungsträger ist zudem eine sachgerechte Zuordnung von Finanzierungsbeiträgen gegenüber den einzelnen Kostenträgern anzustreben



***„Die Luft der Freiheit weht“***

Ulrich von Hutten (1488-1523)  
deutscher Renaissance-Humanist



**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

- Literatur bei dem Referenten -

Kontaktdaten:

**Prof. Dr. Andreas Beivers**

Hochschule Fresenius München

Infanteriestraße 11 a, 80797 München

Tel.: 089–200037346; Email: [beivers@hs-fresenius.de](mailto:beivers@hs-fresenius.de)