



Ambulantisierung 2023

Von Dr. med. Bettina Beinhauer

Das Wort Ambulantisierung löst viele Assoziationen aus: Die Implementierung eines neuen AOP-Katalogs, die Bereinigung stationärer Budgets, der Auf-

teilung der Selbstverwaltungspartner - wurde das Gutachten abgenommen und am 1. April 2022 veröffentlicht.

• Gutachten und Auswirkungen

Seit Veröffentlichung gibt es Publikationen zur Ermittlung des ambulanten Potenzials unter Anwendung des vorgeschlagenen Kontextfaktorenmodells, dezidierte Darstellungen über betroffene Fachabteilungen sowie Worst Case-Betrachtungen. Viele Firmen bieten ihre Dienste an, um mit den Daten des Krankenhauses deren ambulantes Potenzial zu bestimmen. Was bringt an der Stelle die Detailliertheit solcher Betrachtungen? Meines Erachtens sensibilisieren diese Aufführungen die Krankenhäuser lediglich und stellen nur ein mögliches maximales Szenario dar. Denn: Das Gutachten stellt die Grundlage für die Selbstverwaltungspartner dar, Einzelheiten müssen erst verhandelt werden.

• Aufgaben der

Selbstverwaltungspartner

Gegenstand der Verhandlungen in dreiseitigen Untergruppen sind der Katalog, das Kontextfaktorenmodell, die Vergütung sowie ein Vertrag. Um zu verstehen, warum sich Verhandlungen schwierig gestalten, können legitime Verbandsinteressen unterstellt werden: Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat Interesse an der Erweiterung eines ambulanten Katalogs, insbesondere komplexe Leistungen betreffend. Die knappe Vergütung nach EBM lässt sie hoffen, dass Hybrid-DRGs künftig bei komplexeren Leistungen auskömmlicher sein

könnten. Das Kontextfaktorenmodell spielt dabei für sie eine untergeordnete Rolle, denn am Ende geht es der KBV ausschließlich um die ambulanten Fälle.

Der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SV) ist durch die Pandemie und andere externe Einflüsse unter finanziellen Druck geraten. Erst kürzlich wurde ein Defizit von 17 Mrd. Euro publik. Daher ist es verständlich, wenn der GKV-SV sich auf die Erweiterungen des Katalogs konzentriert, die derzeit im stationären Budget ein großes Volumen einnehmen. Dabei hat die Finanzierung dieser Leistungen nicht die erste Priorität, der EBM wird als ausreichend erachtet.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hat ebenfalls Interesse an der Ausweitung des Katalogs der ambulanten Leistungen. Allzu oft weisen Niedergelassene ein, oft wohl auch in Unkenntnis, dass diese Leistungen unter den Bedingungen des Krankenhauses nicht abrechenbar sind. Wichtig ist für die DKG die sachgerechte und auskömmliche Vergütung, denn die derzeitigen Krankenhausstrukturen müssen zunächst angepasst werden, um konkurrenzfähig zu sein. Dabei wird für die Abbildung von Leistungen mit komplexem Regelungsbedarf das DKG-Modell der klinisch-ambulanten Leistungen favorisiert und nicht der EBM.

Der selbst gegebene Zeitplan in zwei Stufen zur Konsentierung des Katalogs, des Kontextfaktorenmodells

Wenn im Bereich der Gesundheitsökonomie ein Unwort des Jahres gesucht wird, könnte es das Wort „Ambulantisierung“ sein. Warum?

Keywords: Ambulantisierung, Recht, Gesundheitspolitik

bau ambulanter Strukturen und Organisationseinheiten, die Strukturbereinigung kleiner Krankenhäuser und seit neustem auch Tagesbehandlung im Krankenhaus. Tatsache ist, dass der politische Wille zur Ambulantisierung besteht, aber Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern hinterherhinkt.

MDK-Reformgesetz: Gesetzlicher Auftrag

Seit in Kraft treten des MDK-Reformgesetzes zum 1. Januar 2020 sind viele Themen, mit Verschiebungen und Fristverlängerungen durch die Corona-Pandemie, bereits in der Umsetzung. Das schwierigste Kapitel zum Schluss: Die substantielle Erweiterung des Katalogs nach § 115 b SGB V sowie die sektorgleiche Vergütung für Krankenhäuser und Vertragsärzte. Am 9. Dezember 2020 einigten sich die durch den Gesetzgeber beauftragten Selbstverwaltungspartner auf einen gemeinsamen Gutachter, das IGES-Institut. Nach einer Entwicklungszeit von einviertel Jahren - unter enger Beglei-

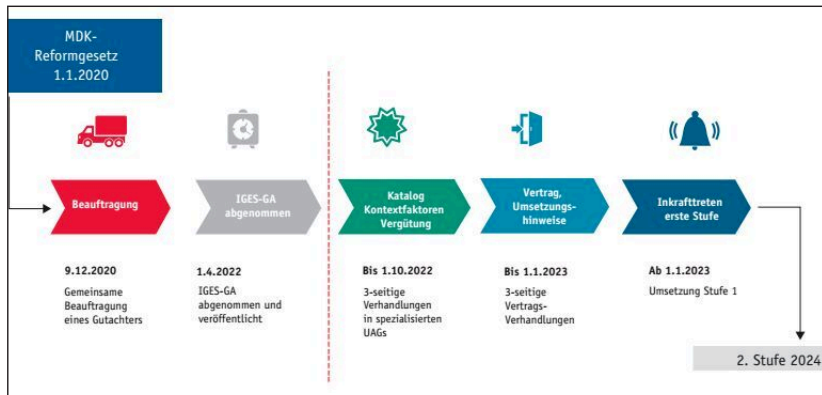


Abb. 1: Aufgaben der 3 Seiten

und der Vergütung gerät ins Wanken. Eigentlich war der 1. Oktober 2022 dafür vorgesehen. Von einer Veröffentlichung von Ergebnissen ist noch keine Rede. Fest steht aber das Bekenntnis zu einem von den Selbstverwaltungspartnern konsentierten Eckpunkt Papier für das Bundesgesundheitsministeriums (BMG), das ein Stufenmodell vorsieht.

• **Katalog**

Das IGES-Institut hat ein sog. Startpaket von 57 OPS-Leistungen vorgeschlagen. In den Verhandlungen werden die vom IGES insgesamt prinzipiell ambulanten Leistungen eines Katalogs dreiseitig bewertet. Bisher sind ca. 160 Leistungen konsentiert worden. Es könnten noch mehr werden.

• **Kontextfaktorenmodell**

Die Einigung auf ein Kontextfaktorenmodell ist schwierig, da es weder vom IGES simuliert noch evaluiert ist. Dennoch gibt es bereits erste Annäherungen, denn die grundsätzliche Entwicklung eines Kontextfaktorenmodells auf Basis operationalisierbarer Faktoren im Sinne eines lernenden Systems wird als positiv erachtet.

• **Vergütung**

Sicherlich ist dieses Thema am schwierigsten und für die DKG eng an den Konsens mit dem Katalog geknüpft. Wer kauft denn schon die „Katze im Sack?“. Im ersten Schritt scheint es machbar zu sein, Leistungen im Katalog vorzusehen, die sich bereits im EBM Anhang 2 finden, weil diese bereits einer EBM-Ziffer zugeordnet sind. Für Leistungen mit komplexem Regelungsbedarf müssen noch Lösungen und Modelle gefunden werden.

Zweite Empfehlung der Regierungskommission zum Thema Tagesbehandlung im Krankenhaus

Für die Selbstverwaltungspartner scheinbar überraschend, veröffentlichte die Regierungskommission am 27. September 2022 ihre zweite Empfehlung zum Thema Tagesbehandlung im Krankenhaus. Auf den ersten Blick eine Parallelentwicklung zur Förderung der Ambulantisierung. Möglicherweise ist es kein Zufall, dass kurz vor Ablauf der Frist zur Konsentierung des AOP-Katalogs, des Kontextfaktorenmodells und der Vergütung diese Empfehlung publik wurde.

Auf eine weitere Kommentierung der zweiten Empfehlung wird in diesem Artikel verzichtet, da es ratsam ist, den gesetzlichen Rahmen abzuwarten. Minister Lauterbach hat für die Umsetzung des Koalitionsvertrags eine wissenschaftliche Ebene aus Expertinnen und Experten insbesondere von Universitätskliniken, die Regierungskommission, einberufen. Diese tagt in engen Abständen und erarbeitet Empfehlungen. Dabei wurden die Verbände auch befragt und miteinbezogen. Am Ende werden die Empfehlungen veröffentlicht, die Regierungskommission hat ihren Auftrag erfüllt und das BMG hat eine Grundlage, um daraus Gesetze und Verordnungen zu formen.

Daher muss jetzt abgewartet werden, welche Inhalte konkret in z.B. einem Referentenentwurf des BMG festgehalten werden. Alles Weitere geht den gewohnten Weg der Gesetzgebung: Die Verbände werden angehört, es werden vom BMG ggf. Änderungen vorgenommen, ein Kabinettsentwurf entsteht und damit

wird der weitere politische Weg beschritten. Auf diesem Weg bestehen noch einmal Änderungsmöglichkeiten durch den Bundestag und die Länder im Bundesrat.

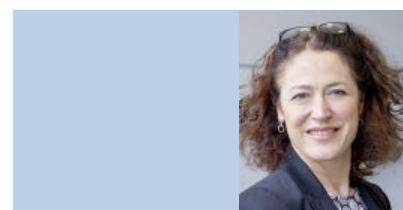
Fazit

Die Verhandlungen der Umsetzung des letzten Teils des MDK-Reformgesetzes gestalten sich zäh, was in der Natur der Sache begründet ist. Dennoch geht man langsam aufeinander zu und fasst gemeinsame Beschlüsse. Der generelle Wille zum Konsens wurde durch das Eckpunkt Papier zementiert. Ob die Bemühungen der Selbstverwaltungspartner der Ungeduld des Ministers Lauterbach genügen, darf bezweifelt werden. Ein Jahr ist nun die Ampelkoalition am Regieren. Erfahrungsgemäß sind zwei Jahre Zeit zum Gestalten, bevor der nächste Wahlkampf beginnt. Daher erklärt sich die Eile, mit der aktuell der Koalitionsvertrag abgearbeitet wird.

Prof. Dr. Tom Bschor, der Leiter der Regierungskommission, hat mit der zweiten Empfehlung der Regierungskommission einen „Gamechanger“ und „Paradigmenwechsel“ versprochen. Wollen wir hoffen, dass alle Seiten beim Thema substanzielle Erweiterung des AOP-Katalogs sowie Modelle wie Tagespauschalen einen gemeinsamen Weg zum Wohl der Patientinnen und Patienten finden, der für Leistungserbringer auskömmlich und Kostenträger bezahlbar ist. ■

Dies ist der Stand am 10.10.2022, Änderungen bis zur Veröffentlichung des Artikels nicht unwahrscheinlich.

Dr. med. Bettina Beinhauer
Vorstandsmitglied



Dr. med. Bettina Beinhauer