

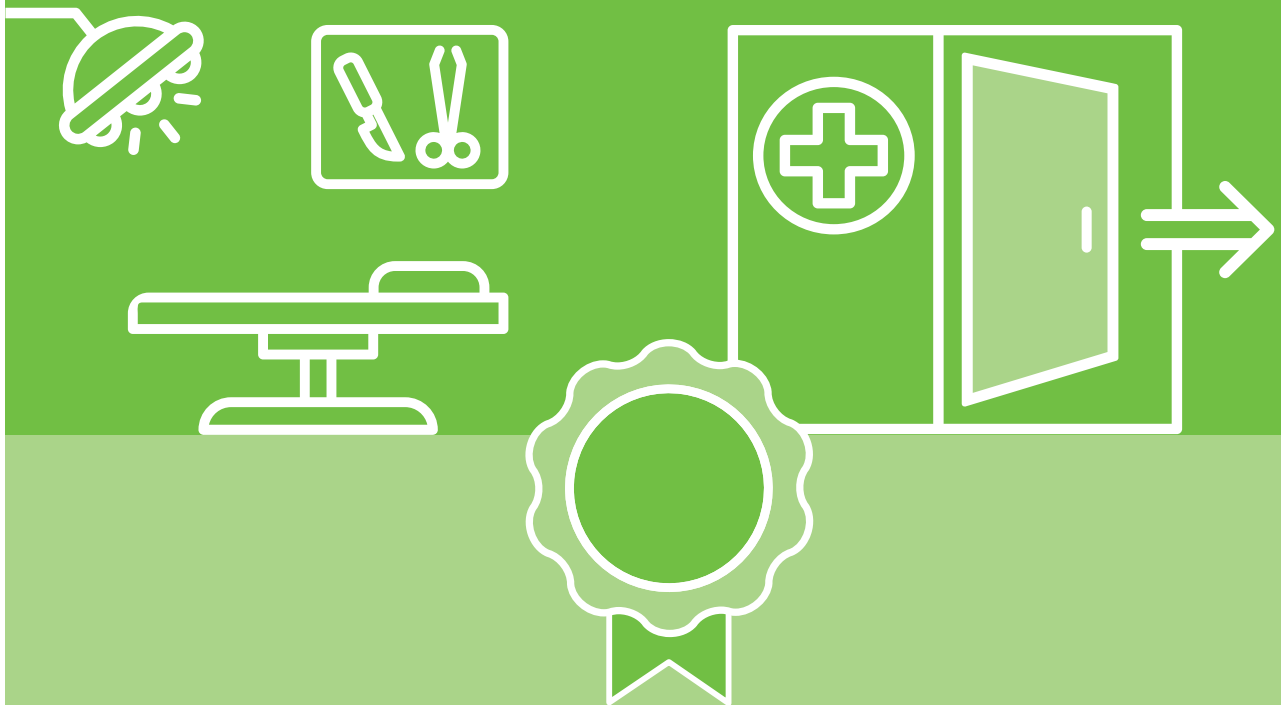
Herausgeber: Rhön Stiftung Eugen und Ingeborg Münch
Autorin: Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg



Qualitätsstandards bei Ambulantisierung und tagesstationärer Behandlung

Anforderungen an Qualitätssicherung und Patientensicherheit
in Krankenhaus und Gesundheitspolitik

Leseprobe



Rhön Stiftung Eugen und Ingeborg Münch (Hrsg.)

**Qualitätsstandards bei Ambulantisierung und tagesstationärer Behandlung –
Anforderungen an Qualitätssicherung und Patientensicherheit
in Krankenhaus und Gesundheitspolitik**

Qualitätsstandards bei Ambulantisierung und tagesstationärer Behandlung

Anforderungen an Qualitätssicherung und Patientensicherheit in Krankenhaus und Gesundheitspolitik

Herausgegeben von

Rhön Stiftung Eugen und Ingeborg Münch

von

Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Bei der Herstellung des Werkes haben wir uns zukunftsbewusst für umweltverträgliche und wiederverwertbare Materialien entschieden.

Der Inhalt ist auf elementar chlorfreiem Papier gedruckt.

ISBN 978-3-98800-088-0

© 2024 medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg

www.medhochzwei-verlag.de

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Satz: Reemers Publishing Services GmbH, Krefeld

Umschlaggestaltung: Sonja März, Mainz, www.sonjamaerz.de

Umschlagumsetzung: kreativmedia KONZEPTION & DESIGN, Hückelhoven

Druck: ADverts printing house, Riga

Vorwort

„Qualität hat ihren Preis“. Kaufen wir uns zum Beispiel eine Bohrmaschine, prüfen wir, ob sie unseren Anforderungen genügt, auch bei harten Wänden funktioniert, langlebig und robust ist – und sind bereit, für mehr Qualität auch mehr zu bezahlen. Oder wir entscheiden uns bewusst für ein nicht ganz so gutes Produkt, um Geld zu sparen.

Bei medizinischen Leistungen stellt sich die Lage anders dar. Denn bei jedem Eingriff muss die Qualität stimmen, damit die Gesundheit nicht gefährdet ist. Aber gerade in diesem Bereich ist es nicht ganz so einfach, die Qualität zu messen und zu prüfen. Erstens setzt sie sich aus verschiedenen Ergebnisgrößen zusammen. Zweitens hängt sie von vielen Faktoren ab, von der Erfahrung der beteiligten Akteure, der Ausstattung, der Prozesse, von der Krankheitsschwere und vom Patienten selbst.

Die Ausgaben für das Gesundheitssystem steigen rasant an und es ist dringend nötig, effizienter zu werden, um Rationierung von Leistungen zu vermeiden. Dies darf nicht zulasten der Qualität geschehen. Eine Möglichkeit ist die ambulante Leistungserbringung von bisher stationär erbrachten Operationen, wenn dabei die Qualität gehalten werden kann. Der Gesetzgeber hat dazu erste Schritte vorgegeben. Nun gilt es, dass sich Kliniken darauf einstellen. Dabei muss schon bei der Planung mitgedacht werden, wie die Qualität weiterhin gewährleistet wird. Das vorliegende Buch gibt Tipps, wie dies gelingen kann und worauf geachtet werden muss.

Damit wird ein Beitrag zum Ziel der Rhön Stiftung geleistet: Den Zugang zu medizinischer Versorgung für alle Menschen zu erhalten, ohne dass Leistungen rationiert und die Qualität gemindert wird.

Essen, im Juni 2024

Boris Augurzky
Vorstandsvorsitzender der Rhön Stiftung

Inhaltsverzeichnis

<i>Vorwort</i>	V
<i>Abbildungsverzeichnis</i>	XI
<i>Tabellenverzeichnis</i>	XIII
<i>Abkürzungsverzeichnis</i>	XV
1 Ausgangssituation	1
1.1 Gesetzliche, untergesetzliche und gesellschaftsrechtliche Rahmenbedingungen	2
1.1.1 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen	3
1.1.2 § 115b Ambulantes Operieren im Krankenhaus	8
1.1.2.1 Der AOP-Katalog	9
1.1.2.2 Das IGES-Gutachten	9
1.1.2.3 Der Vertrag nach § 115b Absatz 1 SGB V	11
1.1.2.4 Die Aktualisierung des AOP-Vertrages zum 1.1.2024	14
1.1.2.5 Die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaß- nahmen bei ambulanten Operationen und stations- ersetzenden Eingriffen einschließlich der notwen- digen Anästhesien gemäß § 115b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V	16
1.1.2.6 Sektorengleiche Vergütung – Hybrid-DRG	18
1.1.2.7 Die Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung	22
1.1.2.8 Krankenhauszukunftsgesetz für die Digitalisierung von Krankenhäusern	23
1.2 Erwartete Veränderungen der Ausgangssituation durch die Krankenhausreform	24
1.2.1 Level Ii	25
1.2.2 Leistungsgruppen	26
1.2.3 Qualitätsvorgaben für Leistungsgruppen	27
1.3 Die Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses	28

2 Qualität	31
2.1 Was ist Qualität?	31
2.1.1 Die WHO-Definition von Qualität von Gesundheitsdienstleistungen	31
2.1.2 Die Definition des IQTIG für Qualität	33
2.1.3 Die Definition von Qualität der DIN EN ISO 9001 in Verbindung mit der DIN EN 15224	33
2.2 Die Dimensionen der Qualität	35
2.2.1 Die Bedeutung der Qualitätsaspekte und -dimensionen für die Ambulantisierung	37
2.3 Qualität der Ambulantisierung messbar machen	39
2.3.1 Ergebnisqualität	39
2.3.2 Prozessqualität	40
2.3.2.1 Indikationsqualität	41
2.3.2.2 Patientensicherheit als Bestandteil der Prozessqualität	42
2.3.3 Strukturqualität	43
3 Empfehlungen für die Ambulantisierung im stationären Sektor	47
3.1 Auf der Makroebene	47
3.1.1 Evidenzbasierte generische Versorgungspfade	47
3.1.2 Mit einem Versorgungsmonitoring die Umsetzung beobachten	49
3.1.3 Rückmeldungen von Patienten als Bestandteil des Versorgungsmonitorings	52
3.1.4 Rahmenbedingungen dynamisch anpassen	53
3.1.5 Prüfung fair gestalten, Lernkurve berücksichtigen	55
3.1.6 Schweregrade und Begleiterkrankungen in der Finanzierung berücksichtigen	56
3.2 Auf der Mesoebene	58
3.2.1 Versorgungspfade regional adaptieren	59
3.2.2 Zugang sichern	60
3.2.3 Kontinuität im Behandlungsprozess gewährleisten	63
3.2.4 Qualität evaluieren	65
3.3 Auf der Mikroebene	66
3.3.1 Portfoliostrategie proaktiv planen	67
3.3.2 Indikationsstellung sorgfältig entscheiden	67
3.3.3 Dokumentation MD- und rechtssicher gestalten	69
3.3.4 Qualitätsmanagementsystem und klinisches Risikomanagement anpassen	70
3.3.5 Qualität datengestützt und behandlungsbegleitend beobachten	71
3.3.6 Ressourcen anpassen	72

4 Hinweise für die praktische Umsetzung im Krankenhaus	73
4.1 Strategische Planung	73
4.2 Die Planungsphase	75
4.2.1 Ambulante Prozesse gestalten	75
4.2.2 Die Vorgaben zum Entlassmanagement berücksichtigen	77
4.2.3 Geeignetes Personal beschäftigen	78
4.3 Die Umsetzungsphase	79
4.3.1 Umsetzung mit Audits unterstützen	81
4.4 Qualität in der Gesundheitseinrichtung messen	82
4.5 Die Umsetzung der Qualitätsmanagement-Richtlinie für das ambulante Operieren	84
4.6 Unterstützung durch IT-Instrumente	89
5 Tagesstationäre Behandlungen als neue Versorgungsform	93
5.1 Rahmenbedingungen für die tagesstationäre Behandlung	93
5.2 Qualitätsstandards für die Tagesbehandlung auf Ebene des einzelnen Krankenhauses	97
<i>Literaturverzeichnis</i>	101
<i>Die Autorin</i>	109

1 Ausgangssituation

Bis in die 1850er-Jahre wurde weitgehend ambulant operiert. Erst nach der Einführung von Narkosetechniken und Hygienemaßnahmen zur antiseptischen Behandlung kam es zu überwiegend stationärer operativer Behandlung an Krankenhäusern.¹ Ausgelöst durch den medizinisch-technischen Fortschritt im 20. Jahrhundert wurde es möglich, Eingriffe, die bis dahin in Krankenhäusern erfolgten, auch ambulant durchzuführen. Sie finden inzwischen im Krankenhaus, in speziellen ambulanten OP-Zentren, in Medizinischen Versorgungszentren oder Praxen niedergelassener Ärzte statt.

In den vergangenen Jahrzehnten wurde immer wieder mit gesetzgeberischen Initiativen versucht, nicht zwingend stationär durchzuführende Operationen in ambulante Behandlungsformen zu überführen. Die gesetzliche Grundlage für das ambulante Operieren durch das Krankenhaus hat erstmalig das 1993 in Kraft getretene „Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der Gesetzlichen Krankenversicherung“ (GSG) geschaffen. Seither hat der Gesetzgeber zahlreiche Möglichkeiten für die Erbringung und Abrechnung ambulanter Leistungen durch Krankenhäuser geschaffen, die helfen sollten, die Sektorengrenzen zu überwinden und die Versorgung sicherzustellen. Diese sind in Abbildung 1 dargestellt.

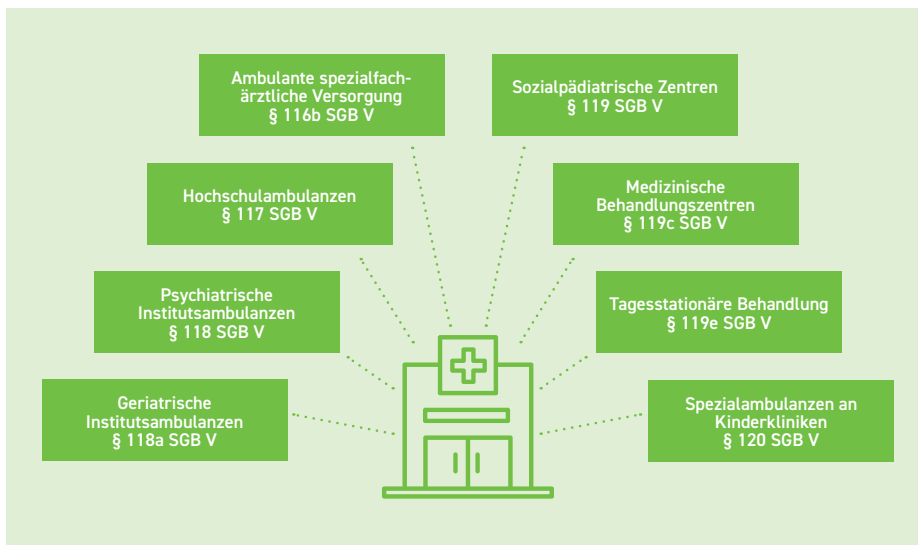


Abb. 1: Ambulante Versorgungsformen durch Krankenhäuser (außer ambulantes Operieren nach § 155b SGB V)

Quelle: Eigene Darstellung.

¹ Burgdorf et al.: Ambulantes Operieren – Zukunft oder Irrweg? In: Passion Chirurgie, Nr. 12(06), 2022, Artikel 03_01.

Damit sind zahlreiche Möglichkeiten vorhanden, um ambulante Versorgung im Krankenhaus zur Selbstverständlichkeit zu entwickeln, auch wenn sie nicht alle operative Eingriffe umfassen. Trotz dieser verschiedenen Möglichkeiten kam es nicht zum erwünschten Umfang an ambulant durchgeführten Operationen und Eingriffen. In der Begründung zum MDK-Reformgesetz heißt es dazu²: „Deutschland gehört zu den Ländern, in denen im internationalen Vergleich Operationen überdurchschnittlich häufig stationär durchgeführt werden. Einer der Gründe hierfür dürfte sein, dass der AOP-Katalog nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V in den Jahren seit 2005 nur marginal überarbeitet worden ist.“³ Das deutet darauf hin, dass das Potenzial für ambulante Operationen derzeit in Deutschland nur unzureichend ausgeschöpft wird.

Im Koalitionsvertrag von 2021 wird im Abschnitt „Ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung“⁴ eine erneute Initiative zur Förderung des ambulanten Operierens angekündigt: „Um die Ambulantisierung bislang unnötig stationär erbrachter Leistungen zu fördern, setzen wir zügig für geeignete Leistungen eine sektorengleiche Vergütung durch sogenannte Hybrid-DRG um. Durch den Ausbau multiprofessioneller, integrierter Gesundheits- und Notfallzentren stellen wir eine wohnortnahe, bedarfsgerechte, ambulante und kurzstationäre Versorgung sicher und fördern diese durch spezifische Vergütungsstrukturen.“

1.1 Gesetzliche, untergesetzliche und gesellschaftsrechtliche Rahmenbedingungen

Bedingt durch die neuen gesetzlichen und teilweise noch in der Erarbeitung befindlichen untergesetzlichen Vorgaben⁵ darf damit gerechnet werden, dass vermehrt Ambulante Operationszentren (AOZ), Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Praxiskliniken oder integrierte bzw. intersektorale Gesundheitszentren (IGZ) entstehen, in denen ambulante Operationen durchgeführt und Eingriffe vorgenommen werden. Sie zu etablieren, ökonomisch effizient zu betreiben und dabei hochqualitative medizinische Leistungen anzubieten, ist eine Herausforderung. Diese wird durch die aktuellen Rahmenbedingungen weiter verschärft.

Krankenhäuser können neben ihrer originären Aufgabe, stationäre Leistungen zu erbringen, auch aus verschiedenen gesetzlichen Grundlagen heraus ambulante

2 Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz), Bundestag-Drucksache 19/13397, 2019, S. 55.

3 Friedrich/Tillmanns: Ambulante Operationen im Krankenhaus. In: Klauber et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2016, Stuttgart 2016, S. 131.

4 Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD)/Bündnis 90/Die Grünen/Freie Demokratische Partei (FDP) (Hrsg.): Mehr Fortschritt wagen – Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit, 2021, S. 66. Online: https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf (abgerufen am 18.4.2024).

5 Untergesetzliche Vorgaben erarbeiten vom Gesetzgeber beauftragte Organisationen wie der Gemeinsame Bundesausschuss, Bundesinstitute, die Bundesärztekammer usw.

2 Qualität

Nahezu alle deutschen Krankenhäuser – jedenfalls alle, die an der operativen Versorgung teilnehmen – stehen vor einer großen Herausforderung. Ausgelöst durch die Neuformulierung des § 115b des SGB V wurde im IGES-Gutachten herausgearbeitet, welche Eingriffe unter günstigen Umständen in einem ambulanten Setting operiert werden könnten. Nun liegt es an den indikationsstellenden Ärztinnen und Ärzten, im Einzelfall herauszufinden und mittels einer geeigneten Dokumentation nachzuweisen, ob eine Patientin bzw. ein Patient sogenannte Kontextfaktoren mitbringt, die eine ambulante Operation ermöglichen oder diese ein zu großes Risiko bergen, sodass eine stationäre Behandlung angeraten ist.

Durch diese Situation entstehen neue Rahmenbedingungen, die im Zuge der derzeit ebenfalls in zahlreichen Krankenhäusern vorangetriebenen Digitalisierungsprojekte zu neuen oder zumindest angepassten Prozessen führen müssen. Die mengenmäßige Ausweitung des ambulanten Operierens mit der Verpflichtung zu einer wirtschaftlichen Leistungserbringung und die gleichzeitige Notwendigkeit, eine patientenorientierte und qualitativ hohe und sichere Behandlung durchzuführen, ziehen nach sich, dass neu über die Strukturqualität, Indikationsqualität und Prozessqualität nachgedacht werden muss, damit sie unter den veränderten Rahmenbedingungen zu einer guten Ergebnisqualität führen.

2.1 Was ist Qualität?

Qualität – so eine eingängige Definition Philip B. Crosby⁵⁷ – ist die Erfüllung von Anforderungen. Diese Anforderungen, übertragen auf die Qualität medizinischer Leistungen, werden von verschiedenen Autoren und Organisationen in unterschiedliche Aspekte heruntergebrochen. Dadurch wird die Definition für die Umsetzung in Strukturen und Prozesse handhabbar und die Messung von Qualität möglich.

2.1.1 Die WHO-Definition von Qualität von Gesundheitsdienstleistungen

Auf den Internetseiten der WHO heißt es dazu wie folgt⁵⁸: „In den letzten Jahrzehnten wurden mehrere Qualitätsaspekte beschrieben. Es besteht nun ein klarer Konsens darüber, dass qualitativ hochwertige Gesundheitsdienstleistungen [wie folgt] sein sollten:

⁵⁷ Crosby: Cutting the cost of quality; the defect prevention workbook for managers, Boston 1967.

⁵⁸ World Health Organization: Quality-Health-Services, 2020. Online: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services> (abgerufen am 5.3.2023) [Übers. d. d. A.].

- **wirksam** durch die Bereitstellung evidenzbasierter Gesundheitsdienstleistungen für diejenigen, die sie benötigen;
- **sicher**, indem Schäden für die Menschen, für die die Pflege bestimmt ist, vermieden werden;
- **menschenzentriert** durch eine Versorgung, die auf individuelle Präferenzen, Bedürfnisse und Werte eingeht, innerhalb von Gesundheitsdiensten, die auf die Bedürfnisse der Menschen ausgerichtet sind;
- **rechtzeitig**, indem Wartezeiten und manchmal schädliche Verzögerungen sowohl für die Empfänger als auch für die Pflegebedürftigen verkürzt werden;
- **gerecht**, indem die gleiche Qualität der Versorgung unabhängig von Alter, Geschlecht, Rasse, ethnischer Zugehörigkeit, geografischer Lage, Religion, sozioökonomischem Status, sprachlicher oder politischer Zugehörigkeit geboten wird;
- **integriert** durch eine Versorgung, die über Ebenen und Leistungserbringer hinweg koordiniert wird und das gesamte Spektrum der Gesundheitsdienste während des gesamten Lebensverlaufs zur Verfügung stellt; und
- **effizient** durch Maximierung des Nutzens verfügbarer Ressourcen und Vermeidung von Verschwendung.“

Abbildung 12 stellt diese Qualitätsaspekte noch einmal grafisch dar.

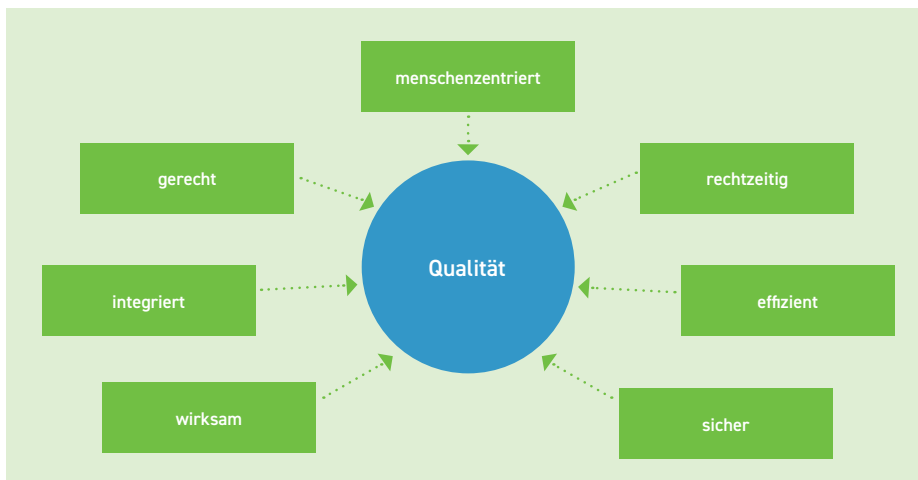
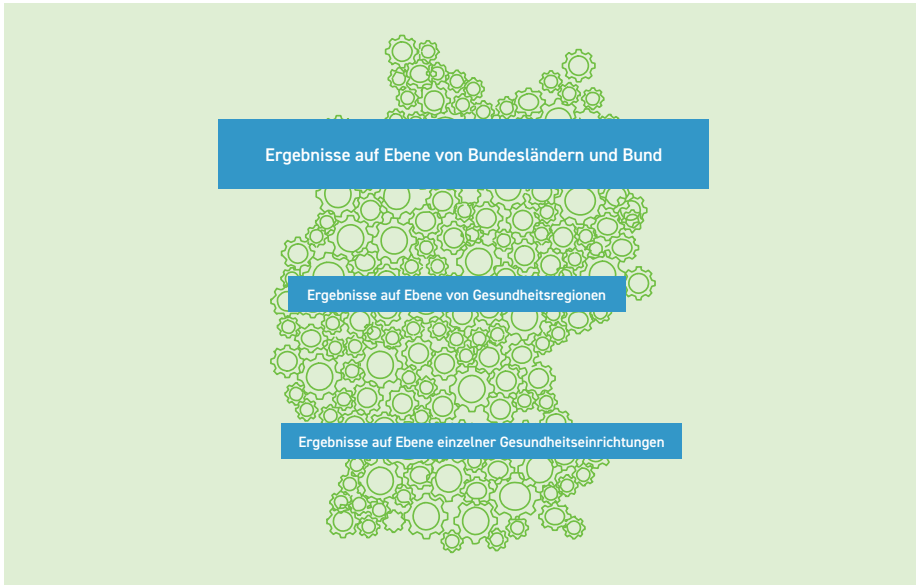


Abb. 12: Aspekte der WHO-Qualitätsdefinition

Quelle: Eigene Darstellung.

3 Empfehlungen für die Ambulantisierung im stationären Sektor

3.1 Auf der Makroebene



3.1.1 Evidenzbasierte generische Versorgungspfade

Die Behandlung der wichtigsten Krankheitsbilder sollte durch generische Versorgungspfade nach einheitlichen und evidenzbasierten klinischen Standards erfolgen. Die medizinische und pflegerische Versorgung sollte in jeder Versorgungsebene auf der Basis der bestverfügbaren aktuellen wissenschaftlichen Evidenz erfolgen. Dies ist ein wesentliches Qualitätsmerkmal. Dazu sollte es bundesweit einheitliche Vorgaben geben, die wissenschaftlich begründete Eckpunkte aufzeigen, wie die Versorgung der Patienten gestaltet werden muss.

Für viele Indikationsgebiete existieren bereits evidenzbasierte Leitlinien. Für Versorgungspfade, die auch das Zusammenspiel der Leistungspartner der verschiedenen Versorgungsebenen beschreiben, reichen die darin beschriebenen Maßnahmen jedoch nicht aus. Sie sollten ergänzt werden durch Qualitätsindikatoren inklusive der erforderlichen Daten. Für häufige, teure oder risikobehaftete Maßnahmen sollten Regeln zur belastbaren Indikationsstellung formuliert werden. Diese fehlen häufig in wissenschaftlichen Leitlinien. Ein Förderprogramm für die Weiterentwicklung einschlägiger Leitlinien mit Kriterien für eine wissenschaftsbasierte Indikationsstellung sollte aufgelegt werden.

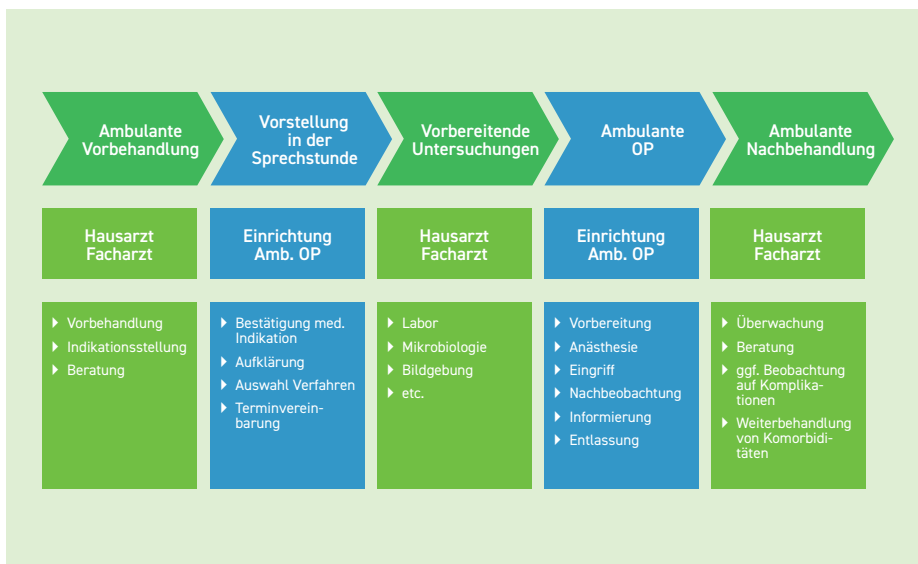


Abb. 16: Beispiel für einen generischen Versorgungspfad

Quelle: Eigene Darstellung.

So formulierte Versorgungspfade bilden die Grundlage für die auf regionaler Ebene zu vereinbarende organisatorische Umsetzung insbesondere an den Übergängen zwischen Versorgungsebenen und -partnern (vgl. Abbildung 16). Sie zeigen jedoch auch wesentliche Merkmale der konkreten Behandlung einzelner Patienten und Patientinnen auf Einrichtungsebene auf. Sie sind regelmäßig zu aktualisieren, ihre Anwendung zu evaluieren und die Ergebnisse mindestens auf regionaler Ebene transparent für die Öffentlichkeit darzustellen. Qualitätsindikatoren für ein Versorgungsmonitoring auf der Makroebene sind daraus abzuleiten.

Evidenzbasierte generische Versorgungspfade wirken vorrangig auf den WHO-Qualitätsaspekt „wirksam“.

4 Hinweise für die praktische Umsetzung im Krankenhaus

4.1 Strategische Planung

Derzeit befindet sich das Gesundheitswesen und insbesondere die Krankenhausversorgung in einer großen Umbruchphase. Um in dieser Zeit die Gestaltungshoheit zu behalten, sind Krankenhäuser gut beraten, ihre Strategieentwicklung mindestens jährlich und ihre Umsetzungs- und Leistungsplanung am ehesten monatlich intensiv zu überprüfen. Dies trifft in besonderer Weise für die Ambulantisierung zu: Präzise geplant, effektiv koordiniert und effizient umgesetzt können Einrichtungen ihre Chancen bestmöglich nutzen. Dazu ist erhebliches spezifisches fachliches Know-how gefragt.

Die Empfehlungen in den folgenden Kapiteln beziehen sich im Wesentlichen auf die Ambulantisierung. Da sich aber korrespondierend auch die stationäre Leistungserbringung insgesamt in einem gravierenden Umbruch befindet, muss Ambulantisierung immer im Gesamtkontext gesehen werden. Die Auswirkungen der Ambulantisierung sind nicht immer präzise voraussagbar, so dass Krankenhäuser auf die sich sukzessive konkretisierenden Rahmenbedingungen und die gemessenen Ergebnisse in kurzen Zeiträumen reagieren müssen.

Das Potenzial für die Ambulantisierung wird je nach Autor auf zwischen 10 und 30 %⁹³ des bisherigen Leistungsspektrums eines Krankenhauses geschätzt. Der BVMed sieht dieses Potenzial bei 54 Krankenhäusern sogar bei bis zu 50 %. Ziel vieler Einrichtungen wird sein, diese Potenziale im eigenen ambulanten Leistungsangebot zu verankern und ggf. sogar anderenorts freiwerdende Leistungsmengen zu akquirieren. Bereits in dieser Phase der Portfolioplanung sollte ein umfangreiches Kennzahlensystem aufgebaut werden, dass die bereits bekannten Vorgaben und Rahmenbedingungen jeweils aktuell berücksichtigt und eine kontinuierliche Überwachung und Steuerung ebenso berücksichtigt wie eine Simulation verschiedener Szenarien ermöglicht.

Die Umsetzung der neu zu strukturierenden, ambulanten Angebote hat gravierende Auswirkungen auf die verbleibenden stationären Leistungsangebote. Dabei wollen zahlreiche Fragen beantwortet werden, wie etwa:

- Welche gesetzlichen und untergesetzlichen Anforderungen sind zu beachten?
- Welche Veränderungen für die Prozesse ergeben sich?
- Wer erarbeitet die neuen Vorgaben für Prozesse?

93 Bundesverband Medizintechnologie e. V.: Studie zu Kliniken: Ambulantisierungspotenzial von bis zu 6 Milliarden Euro, 2020. Online: <https://www.bvmed.de/de/bvmed/publikationen/bvmed-newsletter/medtechnews-200810/studie-kliniken-haben-ambulantisierungspotenzial-von-bis-zu-6-milliarden-euro> (abgerufen am 26.3.2023); Barmer GEK: Ambulantisierungspotenzial bei jeder zehnten Klinikbehandlung, 2022. Online: <https://www.kma-online.de/aktuelles/klinik-news/detail/ambulantisierungspotenzial-bei-jeder-zehnten-klinikbehandlung-47518> (abgerufen am 17.4.2024); Barmer Institut: Jeder zehnte stationäre Fall ist ambulant behandelbar. In: kma – Klinik Management aktuell, Nr. 6, 2022, S. 11.

- In welchem Zeitraum sollte das geschehen?
- Wie viel Personal wird auch weiterhin im stationären Bereich benötigt?
- Soll und kann Personal aus dem stationären in den ambulanten Bereich transferiert werden? Welche Qualifikationen muss es dazu haben bzw. müssen erworben werden?
- Kann Personal flexibel in beiden Bereichen eingesetzt werden?
- Wie kann die benötigte Besetzung der anderen Bereiche wie bettenführende Stationen, Operationstrakt, Sprechstunden, Funktionsbereiche weiterhin aufrechterhalten werden?
- Wie können die Bereitschaftsdienste im stationären Bereich mit weniger Personal organisiert werden? Beteiligt sich das Personal im ambulantiserten Bereich an den Bereitschaftsdiensten?
- Welche Strukturelemente wie Räumlichkeiten, Geräte oder Instrumente sind vorzuhalten oder müssen evtl. neu beschafft werden?
- Wie können Wartezeiten an den einzelnen Prozessstationen für ambulante Patienten vermieden werden, um einen raschen Durchlauf zu gewährleisten?
- Wie erfolgt die Priorisierung bei stationär und ambulant gleichermaßen genutzten Räumen, Geräten usw.?
- Sind Umbauten und Investitionen notwendig und wenn ja: wann und in welchem Umfang?

In regelmäßigen, monatlichen, mindestens jedoch quartalsweisen Abständen sollte sich der gesamte Führungskreis mit diesem Themenkomplex befassen und sich dabei den aktuellen Stand daten- und faktenbasiert vor Augen führen. Eine umfassende Analyse des Stands und der ausstehenden oder neu zu formulierenden Aktivitäten gelingt dabei nur durch die Zusammenarbeit der Führungskräfte aller von der Ambulantisierung und ihren Auswirkungen betroffener Berufsgruppen. Dabei sind Expertisen im Qualitäts-, Prozess- und Projektmanagement und nicht zuletzt im Changemanagement und der Unternehmenskommunikation sowie der Digitalisierung von entscheidender Bedeutung. Der Einbezug des Qualitäts- und klinischen Risikomanagements, von Kommunikations- und IT-Experten in einen Steuerungskreis ist neben den Führungskräften der unmittelbar an der Patientenbehandlung beteiligten Berufsgruppen also unabdingbar.

Die strategische Planung mündet in die Definition von Unternehmenszielen für die Leistungserbringung, den Ressourceneinsatz, die organisatorische und administrative Umsetzung sowie die wirtschaftlichen Ergebnisse. Die Einbettung in das regionale Versorgungsgeschehen wird dabei genauso einbezogen wie die Belange der Patienten. Für die Steuerung der operativen Umsetzung ist es erforderlich, ein Kennzahlensystem zu erarbeiten, dass eine rasche Übersicht über die jeweils aktuelle Situation gewährleistet. Dabei können zwei Phasen unterschieden werden.

5 Tagesstationäre Behandlungen als neue Versorgungsform

5.1 Rahmenbedingungen für die tagesstationäre Behandlung

Tagesstationäre Behandlungen sind **keine** ambulante Versorgungsform, die sich nur auf somatische Behandlungen bezieht.

Basierend auf der zweiten Stellungnahme der Regierungskommission wurde am 20.12.2022 der § 115e Tagesstationäre Behandlungen in das Sozialgesetzbuch V eingefügt, der mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz am 29.12.2022 in Kraft getreten ist.¹⁰³ Die dort formulierten Festlegungen betreffen die sogenannte Tagesstationäre Behandlung.¹⁰⁴ Diese Behandlungsform macht es möglich, Patienten stationär zu versorgen, ohne dass diese im Krankenhaus übernachten. In der Stellungnahme der Regierungskommission wird als Ziel angegeben: „Um Krankenhauspersonal stärker zu entlasten und Patientinnen und Patienten, die dies wollen, die Übernachtung in vertrauter Umgebung zu ermöglichen, wird daher eine Krankenhaustagesbehandlung eingeführt.“ Gleichzeitig sollen jedoch laut der Gesetzesbegründung keine zusätzlichen Ausgaben im Gesundheitswesen verursacht, sondern Einsparungen erzielt werden.

Verschiedene Rahmenbedingungen werden mit dem § 115e vorgegeben: Sofern die Indikation für eine stationäre Behandlung gegeben ist, können Patienten mit einer tagesstationären Behandlung ohne eine Übernachtung im Krankenhaus versorgt werden. In der täglich mindestens sechsständigen Behandlung müssen überwiegend ärztliche und pflegerische Tätigkeiten erbracht werden. Auch wenn alle Behandlungen ausgeschlossen sind, die auf der Basis der §§ 115b, 115f, 116b, 117, 118a, 119, 121 erbracht werden können, ergeben sich Fälle, die auf der Grundlage des § 115e behandelt werden können.

Der GKV-Spitzenverband (GKV-SV), der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) wurden gemäß § 115e Abs. 4 Satz 1 SGB V beauftragt, bis zum 28.01.2023 die Anforderungen an die Dokumentation einer tagesstationären Behandlung zu vereinbaren. Die Vertragsparteien sind diesem gesetzlichen Auftrag mit der „Vereinbarung über eine Dokumentation zur tagesstationären Behandlung im

103 Gesetz zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfLEG) v. 20.12.2022 (BGBl. I 2022, Nr. 56)

104 Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung: Zweite Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, 2022. Online: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_REGKOM_Bericht_II_2022.pdf (abgerufen am 18.4.2024).

Krankenhaus gemäß § 115e Abs. 4 SGB V (Dokumentationsvereinbarung Tagesstationäre Behandlung)“ vom 22.02.2023 nachgekommen.¹⁰⁵

Mit Datum vom 22.03.2023 veröffentlichte die DKG Umsetzungshinweise zur Dokumentationsvereinbarung Tagesstationäre Behandlung gemäß § 115e Abs. 4 SGB V.¹⁰⁶ Darin wird noch einmal verdeutlicht, dass eine tagesstationäre Behandlung die Notwendigkeit der vollstationären Behandlung voraussetzt. Die ambulant zu erbringenden Leistungen gemäß AOP-Katalog oder Hybrid-DRG sind also davon explizit ausgeschlossen. Zwischen Aufnahme- und Entlasstag muss mindestens eine Übernachtung außerhalb des Krankenhauses stattfinden, damit ein Patient unter diese Behandlungsform fällt. Für eine eintägige Patientenbehandlung mit nur einer Übernachtung wurde diese Behandlungsform vertraglich explizit ausgeschlossen.¹⁰⁷

In der Dokumentationsvereinbarung Tagesstationäre Behandlung vom 22.02.2023 zwischen GKV-SV und die DKG wird im § 2 Begriffsbestimmungen (1) spezifiziert:

„Eine tagesstationäre Behandlung liegt vor, wenn der für die Tagesbehandlung erforderliche mindestens sechsstündige Aufenthalt, innerhalb dessen überwiegend ärztliche oder pflegerische Behandlung erbracht wird, zwischen 6:00 Uhr und 22:00 Uhr liegt.“¹⁰⁸ Der Begriff „überwiegend“ dürfte dabei eine Zeitspanne von mehr als der Hälfte der gesetzlich festgelegten Mindestaufenthaltsdauer der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus von sechs Stunden umfassen.¹⁰⁹ Dieser mindestens sechsstündige Aufenthalt darf jedoch in mehrere Einzelaufenthalte kürzerer Dauer aufgeteilt werden. Damit können z. B. auch mehrfache Infusionen pro Tag als tagesstationäre Behandlung umgesetzt werden.

Die Anforderungen an die prüfungssichere Dokumentation werden dadurch sicher erhöht, wenngleich ausgeführt wird, dass „sich die Dauer der Behandlung je Behandlungstag [...] aus der gesamten Behandlungsdokumentation nachvollziehbar ableiten lassen“ müssen und eben keine minutengenaue Dokumentation

105 GKV-Spitzenverband/PKV/DKG: Vereinbarung über eine Dokumentation zur tagesstationären Behandlung im Krankenhaus gemäß § 115e Absatz 4 SGB V (Dokumentationsvereinbarung Tagesstationäre Behandlung) v. 22.2.2023. Online: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/amb_stat_ers/tagstat_kh_115e/Doku-Vb_Tagesstat_Behandlung_22.02.2023.pdf (abgerufen am 18.4.2024).

106 Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.: Umsetzungshinweise der DKG zur Dokumentationsvereinbarung Tagesstationäre Behandlung gemäß § 115e Abs. 4 SGB V v. 22.3.2023.

107 Ebd.

108 GKV-Spitzenverband/PKV/DKG: Vereinbarung über eine Dokumentation zur tagesstationären Behandlung im Krankenhaus gemäß § 115e Absatz 4 SGB V (Dokumentationsvereinbarung Tagesstationäre Behandlung) v. 22.2.2023. Online: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/amb_stat_ers/tagstat_kh_115e/Doku-Vb_Tagesstat_Behandlung_22.02.2023.pdf (abgerufen am 18.4.2024).

109 Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.: Umsetzungshinweise der DKG zur Dokumentationsvereinbarung Tagesstationäre Behandlung gemäß § 115e Abs. 4 SGB V v. 22.3.2023.

In Deutschland werden nach wie vor zu viele medizinische Eingriffe stationär durchgeführt – doch das soll sich ändern. Mit der Erweiterung des AOP-Kataloges und der Einführung von Hybrid-DRG steht ein entscheidender Wandel bevor. Diese Reformen zielen darauf ab, Qualität und Transparenz auf allen Ebenen des Gesundheitssystems zu verbessern. Der Gesetzgeber hat jedoch noch keine konkreten Vorgaben verabschiedet, um eine flächendeckende und sichere Versorgung zu gewährleisten. In den immer häufiger entstehenden Netzwerkstrukturen ist Transparenz über Prozesse und Ergebnisse unerlässlich.

Im Rahmen der Krankenhausreform wurde die „tagesstationäre Behandlung“ als neue Möglichkeit der Patientenversorgung eingeführt. Diese soll die ambulante Behandlung sinnvoll ergänzen und wird von zahlreichen Vorschriften begleitet, die es zu beachten gilt. Besonders bei der praktischen Umsetzung in den Gesundheitseinrichtungen müssen bestehende Vorgaben eingehalten und die neuen Versorgungsformen unter Berücksichtigung von Patientensicherheit und Wirtschaftlichkeit umgesetzt werden.

Dieses Buch bietet eine verständliche Übersicht über die gesetzlichen und untergesetzlichen Vorgaben und beleuchtet die damit verbundenen Anforderungen an die Qualitätssicherung in Theorie und Praxis. Es ist ein unverzichtbarer Leitfaden für alle, die in der Gesundheitsversorgung tätig sind und die neuen Herausforderungen erfolgreich meistern wollen.



Dr. med. Heidemarie Haeske-Seeberg
Leiterin der Stabsstelle Qualitätsnetzwerke
der Sana Kliniken AG Ismaning.

Leseprobe

www.medhochzwei-verlag.de

978-3-98800-088-0



 medhochzwei