

A close-up photograph of surgeons in an operating room. They are wearing blue surgical caps and masks. One surgeon in the center is using a surgical microscope. The scene is brightly lit, and the focus is on the surgeons' faces and hands as they work.

BARMER Versorgungskompass

Mehr Ambulantisierung für Mecklenburg-Vorpommern

Pressegespräch

Henning Kutzbach

Landesgeschäftsführer der BARMER in Mecklenburg-Vorpommern

BARMER

Einführung

- Der **Versorgungskompass** des BARMER Instituts für Gesundheitssystemforschung (bifg) bietet eine **solide Informationsgrundlage**, um Lösungen für die aktuellen und zukünftigen Herausforderungen des Gesundheitswesens aufzuzeigen.
- Inhalt sind **Analysen**, die sich mit den Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung in Deutschland beschäftigen.
- Vor dem Hintergrund der aktuellen Neugestaltung der Krankenhauslandschaft spielt die Frage nach den Möglichkeiten einer erweiterten **ambulanten Leistungserbringung** eine wichtige Rolle.
- Eine Analyse zeigt das mögliche **Ambulantisierungspotenzial** auf.
- Datengrundlage des Versorgungskompass sind (anonymisierte) Abrechnungsdaten der **8,7 Mio. BARMER-Versicherten bundesweit**, darunter rund **268.000 Versicherte** aus **Mecklenburg-Vorpommern**. Die Daten wurden standardisiert bzw. hochgerechnet.



➔ www.bifg.de/versorgungskompass

BARMER

Quo vadis Ambulantisierung?

- **Ambulantisierung** = **Ambulante Erbringung von nicht notwendigen, vollstationären Behandlungen**
 - Im Interesse der Patienten gilt es, unnötige Krankenhausaufenthalte zu vermeiden.
 - Im Interesse der Leistungserbringer liegt es, Ressourcen zu schonen und diese möglichst effizient einzusetzen.
- Im internationalen Vergleich weist **Deutschland** einen **hohen Anteil an stationär durchgeführten Behandlungen** auf, die eigentlich ambulant erfolgen könnten.
- Das MDK-Reformgesetz aus dem Jahr 2020 sorgte für eine Erweiterung des Katalogs ambulant durchführbarer Operationen (**AOP-Katalog**).
- Der **AOP-Katalog definiert ambulant erbringbare Leistungen** (Operationen, Diagnostik, nicht-operative Maßnahmen). Diese Leistungen können von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, aber auch ambulant von Krankenhäusern erbracht werden.
- **Potentiell ambulantisierbare** Operationen und sonstige stationärsersetzende Eingriffe werden im sogenannten IGES-Gutachten geführt und sollten in den AOP-Katalog aufgenommen werden.

Quo vadis Ambulantisierung?

- **Vorteile Ambulantes Operieren:**
 - Schonende Behandlungsverfahren durch z. B. minimalinvasive Eingriffe.
 - Patienten können oftmals von Ärztin/Arzt ihres Vertrauens operiert werden, inkl. Nachsorge.
 - Mehrtägige Krankenhausaufenthalte bleiben v. a. Kindern und älteren Menschen erspart.
 - Studien belegen, dass die Genesung in bekannter häuslicher Umgebung komplikationsloser verläuft; z. B. sinkt die Gefahr, sich mit Krankenhauskeimen zu infizieren.
 - Ambulante Eingriffe sind ressourcenschonender, da stationäre Aufenthalte einen höheren Personaleinsatz erfordern.
- **Beispiele aus dem AOP-Katalog:** Operation des Grünen oder Grauen Stars, Entfernung von Haut-und Weichteiltumoren, Knochenbruch-OP, Gebärmutterausschabung, Entfernung der Rachenmandeln, minimalinvasive Bandscheiben-OP, Sterilisation beim Mann.
Bei Kindern: z. B. Hodenhochstand, Leisten- oder Nabelbruch, Blinddarm-OP.
- **Ambulantes Operieren** ist **nicht in jedem Fall möglich (Kontextfaktoren)**, beispielsweise bei: Begleiterkrankungen wie Diabetes oder Adipositas, keine Überwachung und Betreuung zu Hause für die ersten 24 h nach dem Eingriff, Säugling unter drei Monaten, hochbetagten Patienten.

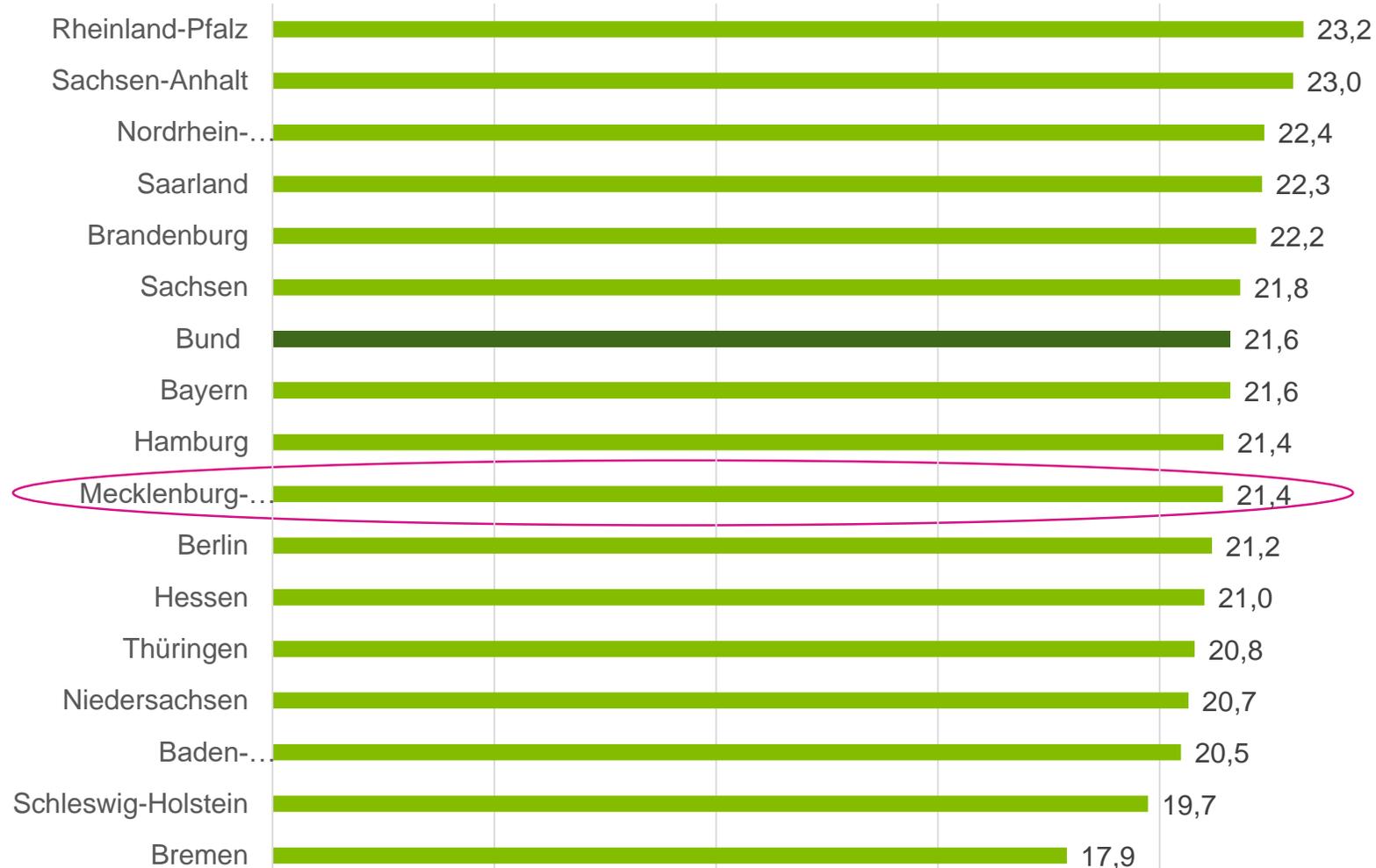


Quelle: Bundesverband für ambulantes Operieren e.V.

Ambulantisierungspotenzial in MV

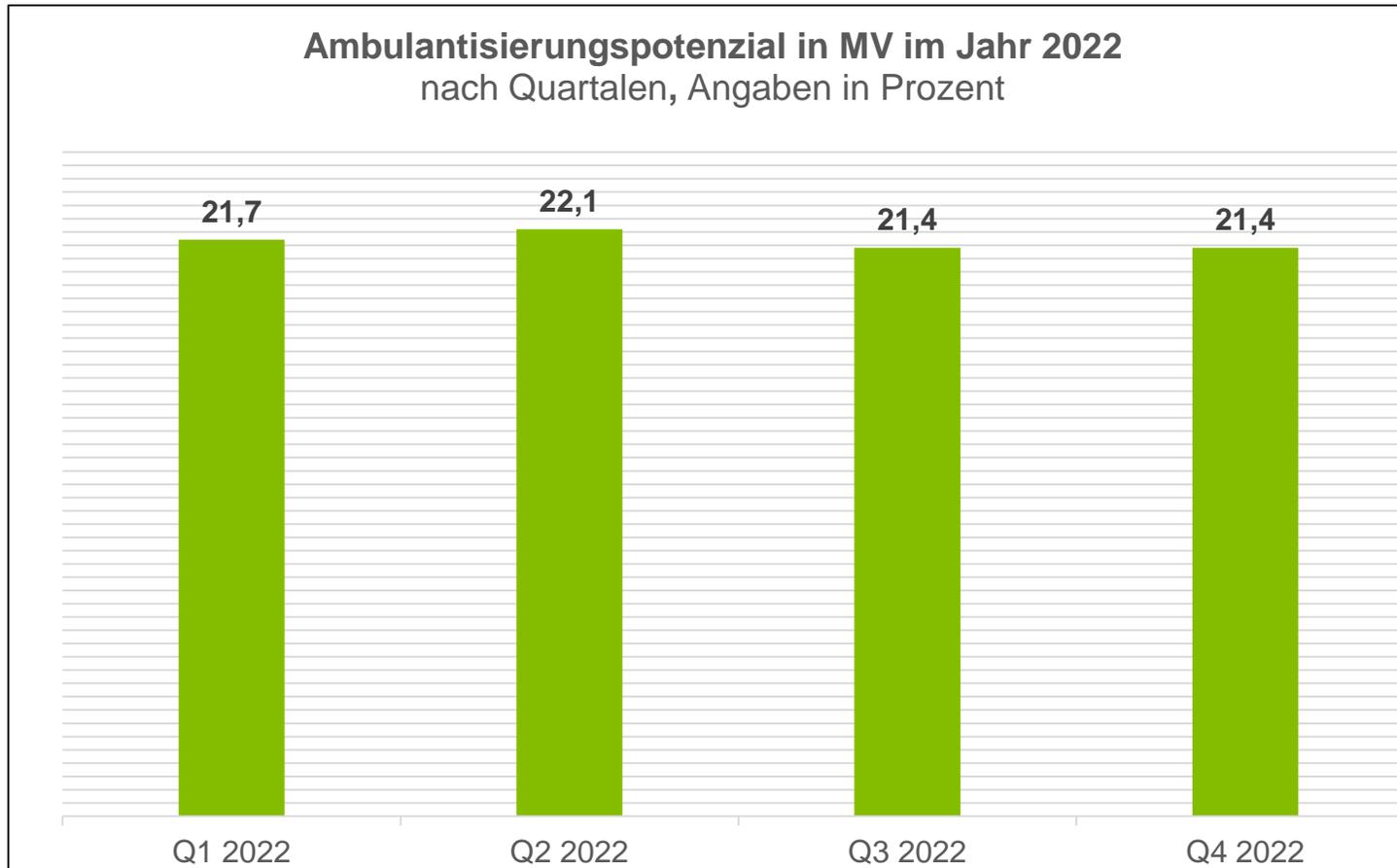
Ambulantisierungspotenzial in den Ländern

Im 4. Quartal 2022, Angaben in Prozent



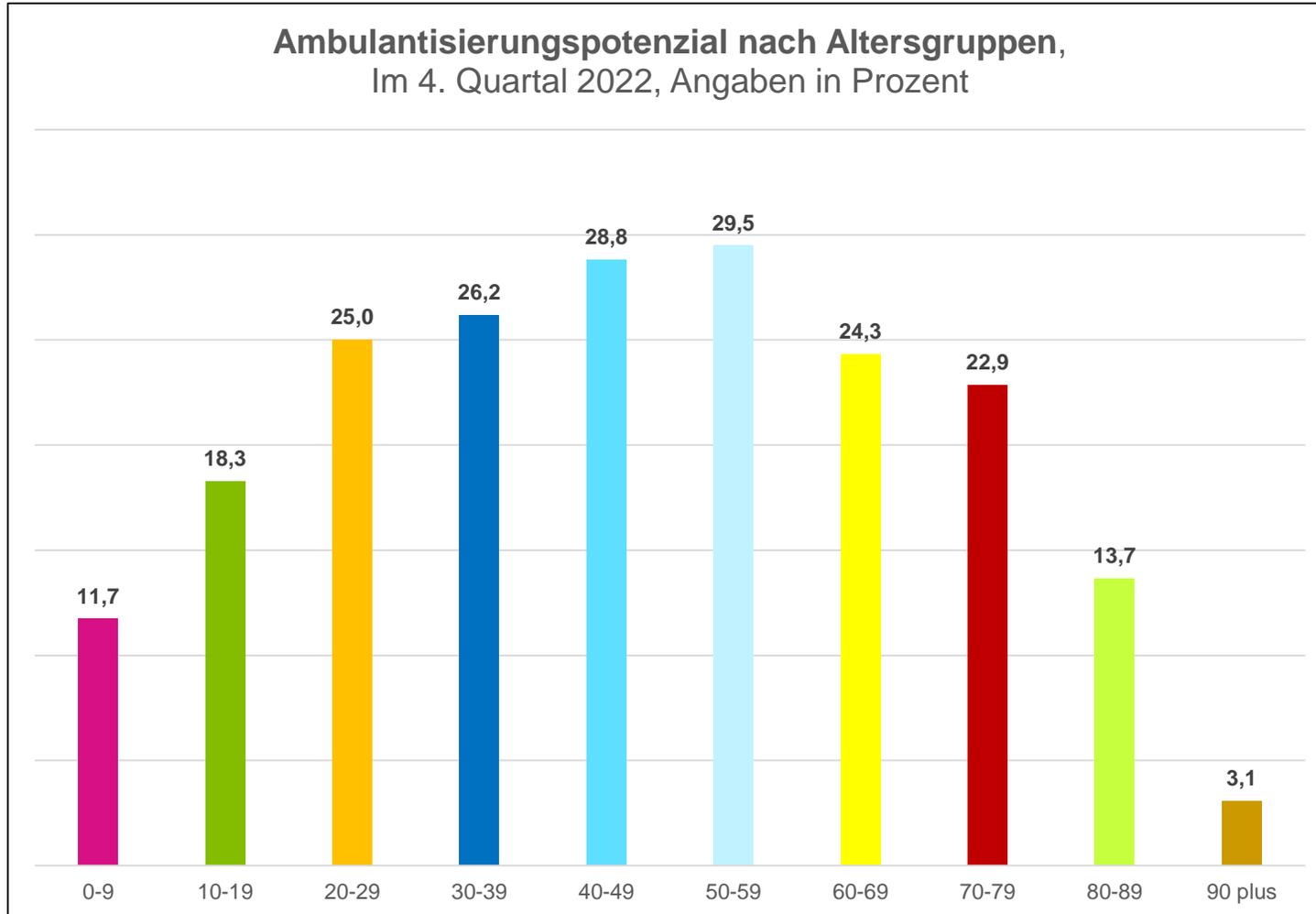
- **Ambulantisierungspotenzial** = Anteil der Krankenhaufälle, die im AOP-Katalog oder im IGES-Gutachten enthalten sind und nicht stationär erbracht werden müssten (Kontextfaktoren).
- Im 4. Quartal 2022 hätten laut Analyse **21,4 %** der in **MV** erbrachten Krankenhaufälle auch **ambulant durchgeführt** werden können.
- Demnach hätte mindestens **jede fünfte Krankenhausbehandlung** ambulant im Krankenhaus oder in einer Arztpraxis erfolgen können.

Ambulantisierungspotenzial in MV



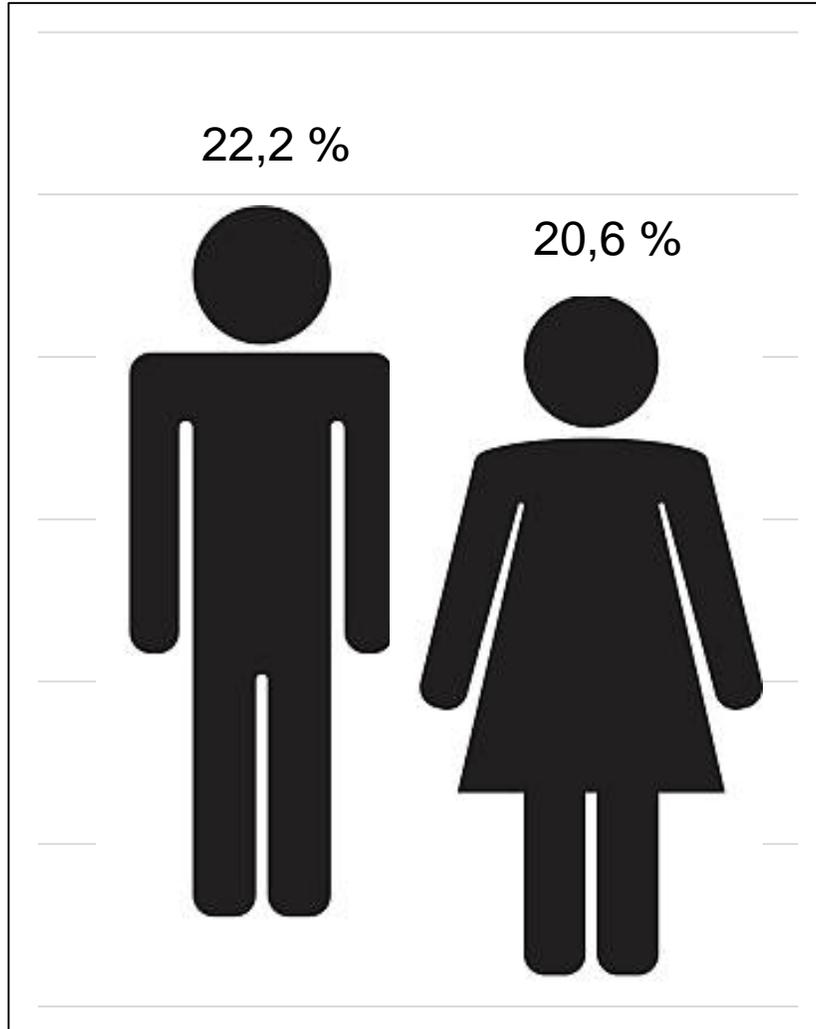
- Im Jahr 2022 lag das Ambulantisierungspotenzial in MV relativ konstant zwischen **21,4 %** und **22,1 %**.
- Im Jahr 2022 wurden landesweit rund **317.500 Krankenhausfälle** (Somatik; ohne Schwangerschaft/ Geburt/ Wochenbett) gezählt.
- Davon hätten **mindestens 68.000** ambulant erbracht werden können.

Ambulantisierungspotenzial in MV

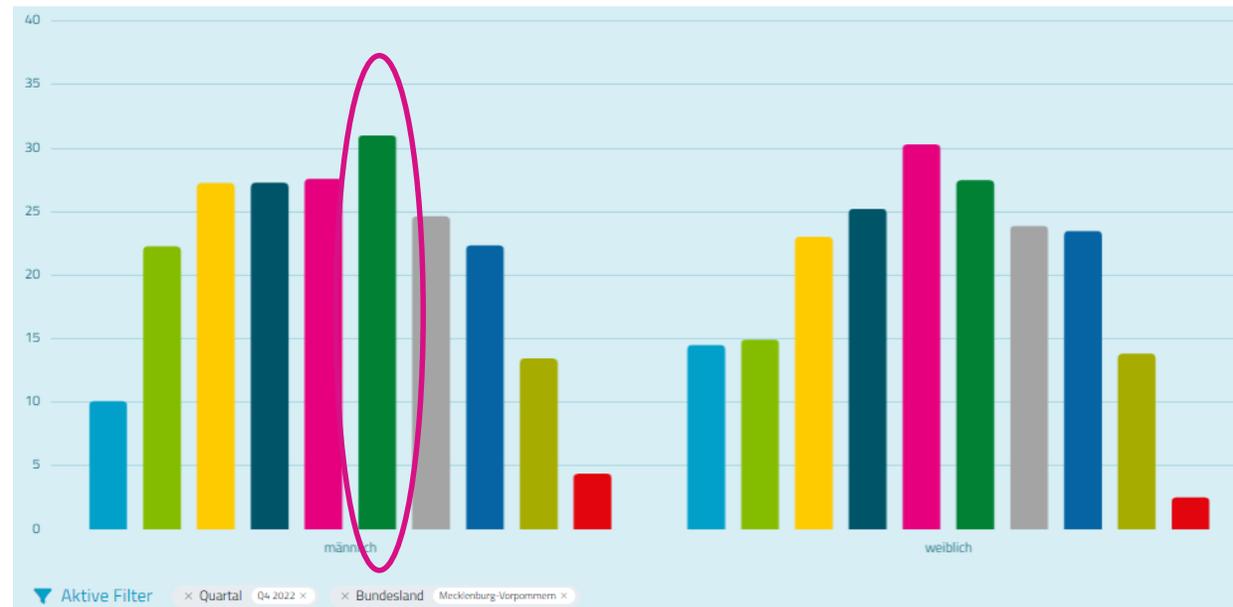


- Das größte Ambulantisierungspotenzial bei Patientinnen und Patienten im **mittleren Lebensalter**:
 - In der Altersgruppe 50-59 J. liegt die Rate bei **29,5 %**.
 - In der Altersgruppe 40-49 J. liegt die Rate bei **28,8 %**.
- **Gründe** dafür sind wahrscheinlich einerseits **medizinisch**, andererseits **sozial** bedingt (größere Mobilität, Betreuungsmöglichkeiten, usw.).
- Das geringste Potenzial gab es bei Hochbetagten (90+) und bei Kindern.

Ambulantisierungspotenzial in MV



- Das Ambulantisierungspotenzial bei **Männern** ist mit 22,2 % insgesamt etwas **größer** als bei Frauen mit 20,6 %.
- Größtmögliches Ambulantisierungspotenzial für MV gab es bei **Männern** im Alter von **50 bis 59 Jahren**. Hier hätten **31 %** der Fälle ambulant erbracht werden können!



Ambulantisierungspotenzial nach Kreisen



Quelle: BARMER Versorgungskompass

- Nach Kreisen zeigte sich im 4. Quartal 2022 das **größte Ambulantisierungspotenzial** im Kreis **Ludwigslust-Parchim** mit 23,2 %, dem folgt der Kreis **Mecklenburgische Seenplatte** mit 23,1 %.
- Die **geringste Rate** gab es indessen in **Nordwestmecklenburg** (18,1 %) und in **Vorpommern-Rügen** (18,6 %).
- Diese Reihenfolge variiert im Zeitverlauf (von 2019 bis 2022), sodass sich für keinen Landkreis insgesamt ein höheres Potenzial darstellt.
- Die Analyse zeigt auf, dass in den Regionen Potenzial für mehr ambulante Behandlungen vorhanden ist.

Was braucht es, für mehr ambulante Behandlungen?

- Eine **gesicherte haus- bzw. fachärztliche Versorgung in Wohnortnähe** für die Vor- und Nachsorge. Ggf. braucht es auch die Unterstützung durch VERAH / Schwester Agnes/ Gemeindeschwestern (z. B. für den täglichen Verbandswechsel etc.).
- Im Rahmen der **Krankenhausstrukturreform** muss eine **übergreifende Krankenhausplanung** den Aufbau dieser Strukturen berücksichtigen. Im Ergebnis muss es:
 - einerseits **Krankenhäuser/ Versorgungszentren für Notfälle** und für die **Grundversorgung** geben und
 - andererseits **spezialisierte Zentren** für komplexe und schwere Behandlungen.
- **Einheitliche sektorengleiche Vergütung**: Ähnliche Behandlungsfälle werden in der stationären Versorgung nach wie vor teilweise höher vergütet. Das führt dazu, dass Leistungen eher im stationären als im ambulanten Setting erbracht werden.
- **Infrastruktur** mit z. B. gut ausgebautem Nahverkehr (ÖPNV, Rufbus), auch die Erreichbarkeit der Apotheke, Physiotherapie, Sanitätshaus usw. muss gewährleistet werden.



BARMER

Zusammenfassung und Forderungen

- Mehr **ambulante Behandlungen** sind nicht nur **im Sinne der Patientinnen und Patienten**, sondern auch ressourcenschonend für das Gesundheitssystem. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung müssen besonders die **knappen Personalressourcen** im Krankenhaus sowie die Finanzen der GKV so **effektiv wie möglich** eingesetzt werden.

- Die Analyse des Versorgungskompass hat gezeigt, dass rund **ein Fünftel** (21,4 Prozent) aller **Krankenhausbehandlungen in Mecklenburg-Vorpommern** theoretisch auch **ambulant** erbracht werden könnten. Dabei variiert der Anteil nach Alter, Geschlecht, Wohnort etc. Im Rahmen der Krankenhausneuausrichtung sollten hier **Strukturen** und **Rahmenbedingungen** geschaffen werden, die Raum für **mehr Ambulantisierung** geben.

Zusammenfassung und Forderungen

- Obwohl laut IGES-Gutachten knapp 2.500 weitere stationersetzende Leistungen mitaufgenommen hätten werden könnten, wurde der AOP-Katalog zum 1.1.2023 lediglich um 208 Eingriffe bzw. Behandlungen erweitert. Gesetzlich Versicherte haben nun seit Januar 2023 Anspruch auf fast 3.100 Leistungen, die ambulant im Krankenhaus oder bei der niedergelassenen Ärzteschaft durchgeführt werden können. Die **BARMER fordert** für die Zukunft eine konsequente **Erweiterung** und **Weiterentwicklung des AOP-Katalogs**.
- Es muss eine **faire Vergütung für ähnliche Leistungen** geben, ob ambulant oder stationär erbracht. Dabei schlägt die BARMER ein **modulares Vergütungssystem** vor, bei dem die Abrechnungsmöglichkeiten unabhängig vom Ort der Behandlung sind. Neben einer (gleichen) Basisvergütung für die jeweilige medizinische Leistung werden Zuschläge für zum Beispiel unterschiedliche Schweregrade oder eine kurzstationäre Überwachung bezahlt.

Vielen Dank für Ihr Interesse