



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Hochschule Neubrandenburg
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management
Studiengang Management im Gesundheitswesen –Krankenhausmanagement

Ambulantisierungspotenzial der klinischen Nephrologie im Rahmen der Krankenhausstrukturreform

***Abschätzung finanzieller und struktureller Folgen für
die stationäre Nephrologie***

MASTER THESIS

Vorgelegt von: Prof. Dr. med. Martin Kuhlmann

Betreuer: Prof. Dr. M. Tamm
Prof. Dr. S. Lhachimi

urn:nbn:de:gbv:519-thesis2024-0611-0

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung:	4
1.1	Zielsetzung und Fragestellung.....	7
2	Methoden	8
2.1	Kliniken für Nephrologie, Vivantes Klinikum im Friedrichshain und Vivantes Humboldt Klinikum.....	8
2.2	Datenbasis: DRG- und OPS- Abrechnungsdaten der Jahre 2023 und 2024.....	9
3	Ergebnisse	12
3.1	Generelles Ambulantisierungspotenzial nephrologischer Krankenhausleistungen.	12
3.2	Spezifisches Ambulantisierungspotenzial nephrologischer Krankenhausleistungen	14
3.3	Wirtschaftliche Effekte einer Ambulantisierung stationärer nephrologischer Leistungen.....	21
3.3.1	Gesamterlöse vollstationärer nephrologischer Behandlungsfälle 2023/2024	21
3.4	Ambulante Vergütung bislang stationär erbrachter nephrologischer Krankenhausleistungen	26
3.4.1	Kosten- und Erlösvergleich bei ambulant erbrachten Krankenhausleistungen (DKI-Gutachten)	26
3.4.2	OPS-Code 5-399.x, Implantation, Wechsel und Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (Dialysekatheter).....	28
3.4.3	OPS-Code 1-465.0, Nierenbiopsie	28
3.4.4	OPS-Code 8-854.x und 8-855.x, Hämodialyse und Hämodiafiltration	29
3.4.5	OPS-Codes 8-836.xx und OPS-Codes 8-840.1, 8-840.2 und 8-840.3, Perkutan-transluminale Gefäßinterventionen mit und ohne Stent-Implantation.....	30
3.5	Zusammenfassende Bewertung der Ambulantisierung relevanter nephrologischer Krankenhausleistungen	32
3.5.1	Ambulantisierungspotenzial stationärer nephrologischer Krankenhausleistungen	32
3.5.2	Ökonomische Aspekte der Ambulantisierung stationärer nephrologischer Krankenhausleistungen.....	35
3.6	Strukturelle und organisatorische Konsequenzen einer Ambulantisierung von Krankenhausleistungen für den Fachbereich Nephrologie und den Krankenhausträger.....	36
3.6.1	Organisatorische Konsequenzen der Ambulantisierung für den Fachbereich Nephrologie	36

3.6.2	Organisatorische Konsequenzen der Ambulantisierung für das Krankenhaus	38
3.7	Abschlussbemerkungen.....	41
4	Tabellenverzeichnis	43
5	Literaturverzeichnis	44

1 Einleitung:

Das deutsche Gesundheitssystem ist geprägt von einer starken Trennung und unabhängigem Wirtschaften des ambulanten und stationären Sektors. Um diese kostenintensive Trennung zu überwinden, wurden seit den 80-Jahren des vergangenen Jahrhunderts von der Gesundheitspolitik verschiedene Modelle zur Förderung der sektorenübergreifenden Patientenversorgung diskutiert. So wurde im Jahr 1992 mit dem § 115b SGB V die Möglichkeit des „ambulanten Operierens“ (AOP) eingeführt. Es wurde hiermit angestrebt, zu ermöglichen, dass medizinische Eingriffe, die stationär erbracht wurden, aber de-facto keinen stationären Aufenthalt erfordern, im Krankenhaus ambulant durchgeführt und als ambulante Leistung entsprechend abgerechnet werden können. Damit verbunden sollte eine Entlastung der Krankenhäuser, eine Kostensenkung, eine Reduktion teurer Krankenhausaufenthalte, kürzere und weniger Krankenhausaufenthalte für Patienten bei weiterhin bedarfsgerechter Behandlung der Patient*innen erreicht werden.

Diese Ziele wurden über viele Jahre jedoch nicht erreicht, was darauf zurückgeführt wird, dass der initiale AOP-Katalog lange Zeit lediglich schmal und unverbindlich war und für den stationären Sektor keine finanziellen Anreize existierten, mehr Leistungen in den ambulanten Bereich zu verschieben, um eine zukunftsfähige und wirtschaftliche Krankenhausversorgung zu gewährleisten.[Blank K. 2022] Die am EBM orientierte und damit im Vergleich mit dem DRG-System deutlich niedrigere Vergütung ambulant erbrachter Krankenhausleistungen war wirtschaftlich abschreckend.

Mit der Revision des § 115b SGB V wurde das IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung damit beauftragt, ein Gutachten zur Weiterentwicklung des Kataloges der ambulanten Operationen und stationärsersetzenden Eingriffe in Krankenhäusern zu erstellen. In diesem im April 2022 veröffentlichten Gutachten wurden zahlreiche Empfehlungen zur Ausweitung des AOP-Katalogs gegeben, insgesamt wurden 2476 potenziell neue AOP-Leistungen aufgelistet, die den existierenden AOP-Katalog von 2879 Leistungen auf 5355 Leistungen erweitern würden.[Albrecht M. 2022] Aber längst nicht alle Empfehlungen wurden in den Folgejahren übernommen, 2023 erfolgte eine Erweiterung um 208 Leistungen, gefolgt von einer Aufnahme weiterer 171 Prozeduren in 2024.[AOP-Katalog 2025] Als einer der Hemmschuhe für die schnellere Weiterentwicklung des AOP-Katalogs wird das zeitgleiche Inkrafttreten des Krankenhauspflegeentlastungsgesetzes (KHPfIEG) in 2022 angeführt, in dem das

Konzept der Hybrid-DRG eingeführt wurde, welches zumindest konzeptionell mit dem AOP-Katalog konkurrierte.[KHPfIEG 2022]

Mit dem neuen Konzept der Hybrid-DRGs sollten die unterschiedlichen Qualitäts- und Vergütungsanreize im stationären und ambulanten Sektor überwunden werden, indem für alle teilnehmenden Leistungserbringer identische Leistungsdefinitionen sowie einheitliche Regelungen zu Vergütung, Dokumentation und Qualitätssicherung gelten sollten. Darüber hinaus sollte damit der Trend zur Ambulantisierung von Krankenhausleistungen unterstützt werden.

Das 2024 in Kraft getretene Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) setzt ebenso auf die Ambulantisierung stationärer Krankenhausleistungen, um eine qualitativ hochwertige und flächendeckende medizinische Versorgung zu gewährleisten. Mit dem KHVVG wurde den Krankenhäusern der Auftrag zur Ambulantisierung bislang stationär durchgeführter Behandlungen gegeben, dies soll dazu beitragen, die Versorgung zu verbessern und gleichzeitig die Kosten im Gesundheitswesen zu senken.[KHVVG 2024] Durch die Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Bereich können lange Krankenhausaufenthalte vermieden und die Patienten in ihrem gewohnten Umfeld versorgt werden. Die Umsetzung der Ambulantisierung erfordert eine sorgfältige Planung und eine gute Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten, um Risiken zu minimieren und die Chancen der Ambulantisierung optimal zu nutzen.

Das KHVVG verweist auf die Hybrid-DRG als ein System, welches Krankenhäusern in Zukunft ermöglicht, nach medizinischen Aspekten entscheiden zu können, welche Leistungen patientenindividuell klinisch-ambulant oder stationär erbracht werden. Mit dem Hybrid-DRG-System soll die Abrechnung ambulanter Krankenhausleistungen direkt über die Kostenträger ermöglicht werden. Neben dem Hybrid-DRG-Katalog soll der AOP-Katalog jedoch weiter existieren, auch mit Beibehaltung der Vergütung nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab, EBM.

Für operative Fächer kann der kürzlich erweiterte „Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationärsersetzender Eingriffe und stationärsersetzender Behandlungen“ gut für die Planung der Ambulantisierung herangezogen werden. Schwieriger ist das für internistische Fächer, da das ambulante Potenzial internistischer Fächer dort bislang kaum abgebildet wird. Für internistische Fachbereiche mit einer

großen Zahl an interventionellen Eingriffen, wie Kardiologie und Gastroenterologie, ist das Ambulantisierungspotenzial leichter einzuschätzen als für internistische Fachbereiche mit geringem invasivem Interventionsaufkommen, wie der Nephrologie.

Im Vergleich zu anderen internistischen Fächern zeichnet sich die stationäre Nephrologie durch eine hohe Komplexität der behandelten Krankheitsbilder, einen hohen Case-Mix (CM) und überdurchschnittlich lange Verweildauern aus. Die Zahl interventioneller Eingriffe in der Nephrologie liegt deutlich niedriger als in der Kardiologie und Gastroenterologie. Daher erscheint das Ambulantisierungspotenzial im Fachbereich der stationären Nephrologie auf den ersten Blick klein. Bislange gibt es bis auf recht grobe Abschätzungen allerdings keine weitergehenden Untersuchungen zum Ambulantisierungspotenzial der stationären Nephrologie.

In der vorliegenden Arbeit soll das Ambulantisierungspotenzial der stationären Nephrologie bewertet und davon ausgehend die wirtschaftlichen und organisatorisch/strukturellen Folgen einer Ambulantisierung für das Fachgebiet abgeschätzt werden. Die Untersuchung wird anhand der Abrechnungsdaten der Jahre 2023 und 2024 von zwei repräsentativen nephrologischen Schwerpunktkliniken in Berlin durchgeführt. Die mit einer Ambulantisierung einhergehenden Veränderungen der Kosten/Erlösstruktur aus dem stationären Leistungsbereich soll den absehbaren wirtschaftlichen Veränderungen im ambulanten Leistungsbereich gegenübergestellt werden. Anhand der Ergebnisse sollen abschließend Folgerungen abgeleitet werden zu der Frage, wie eine Ambulantisierung stationärer nephrologischer Leistungen für Krankenhäuser und Patient*innen erfolgreich gestaltet werden kann.

1.1 Zielsetzung und Fragestellung

In der Arbeit soll das Ambulantisierungspotenzial der stationären Nephrologie bewertet und davon ausgehend die wirtschaftlichen, organisatorischen, strukturellen und rechtlichen Folgen einer Ambulantisierung für das Fachgebiet abgeschätzt werden.

Folgende Fragen sollen beantwortet werden:

1. Welcher Prozentsatz bislang stationär behandelter nephrologischer Fälle kann ambulant behandelt werden?
2. Wie hoch ist der mit einer Ambulantisierung einhergehende Erlösverlust aus stationären nephrologischen Leistungen anzusetzen?
3. Wie hoch sind die zu erwartenden Erlöse nach Verschiebung stationärer nephrologischer Leistungen in den ambulanten Leistungsbereich?
4. Wie lässt sich der ambulante nephrologische Leistungsbereich wirtschaftlich führen und ausbauen?

2 Methoden

2.1 Kliniken für Nephrologie, Vivantes Klinikum im Friedrichshain und Vivantes Humboldt Klinikum

Der Arbeit liegen Abrechnungsdaten stationär behandelter Fälle der Jahre 2023 und 2024 von zwei nephrologischen Kliniken aus dem Berliner Vivantes Klinikum im Friedrichshain und dem Vivantes Humboldt-Klinikum zugrunde.

Das Vivantes Klinikum im Friedrichshain ist ein Krankenhaus der Maximalversorgung mit 956 Betten, 27 Fachkliniken und 12 medizinischen Zentren. In der Klinik für Nephrologie des Vivantes Klinikums im Friedrichshain werden alle akuten und chronischen Nieren- und Hochdruckerkrankungen behandelt, ein spezieller Schwerpunkt liegt in Diagnostik und Therapie komplexer Systemerkrankungen mit renaler Beteiligung. In der Klinik wird das gesamte Spektrum der Nierenersatzverfahren und Apheresemethoden angeboten. Hämodialyse- und Peritonealdialyse-Behandlungen werden sowohl im stationären als auch im teilstationären Setting durchgeführt, darüber hinaus besteht auf Basis des ehemaligen §311 (jetzt §402) SGB V eine Institutsermächtigung mit einem ambulanten Versorgungsauftrag für die Behandlung chronischer PD-Patienten und Patienten mit Nieren- und Hochdruckerkrankungen. Damit verfügt die Klinik einerseits über Erfahrungen im Umgang mit der Abrechnung stationärer und teilstationärer Leistungen nach dem aktuellen Fallpauschalensystem (aG-DRG), andererseits aber auch über die Abrechnung ambulanter Leistungen nach dem Sachleistungsprinzip entsprechend dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) über die Kassenärztliche Vereinigung (KV). Die Klinik ist zertifiziert als „Nephrologische Schwerpunkt-klinik“ (DGfN) sowie „Zentrum für Hypertonie (DGfN/DHL)“ und leitet federführend das „Interdisziplinäre Zentrum für Dialysezugänge“ (DGfN/DGA/DGIR/DGGG).

Das Vivantes Humboldt Klinikum ist ein Krankenhaus der Regelversorgung mit 780 Betten und 32 medizinischen Fachabteilungen. In der Klinik für Nephrologie des Vivantes Humboldt-Klinikums werden alle Formen des akuten Nierenversagen behandelt einschließlich der interdisziplinären Betreuung auf der operativen und internistischen Intensivstation des Hauses. Bei chronischem Nierenversagen werden alle Verfahren der Hämodialyse und Bauchfelldialyse angeboten. Anlage und Komplikationsmanagement

vaskulärer Gefäßzugänge für die Dialyse erfolgen in Kooperation mit dem chirurgischen Gefäßschwerpunkt des Klinikums. Die Klinik ist zertifiziert als „Nephrologische Schwerpunktlinik“ (DGfN).

Leistungsumfang und Leistungsspektrum beider Kliniken dürfen als repräsentativ für den Großteil der in Deutschland zertifizierten nephrologischen Schwerpunktkliniken aus dem nicht-universitären Bereich eingeschätzt werden.

Das Ambulantisierungspotenzial nephrologischer Kliniken sollte anhand des Hauptkriteriums der „Kurzlieger“ untersucht werden. Als Kurzlieger wurden nach der vom Statistischen Bundesamt verwendeten Definition Behandlungsfälle bezeichnet, die wegen einer vollstationären Behandlung mindestens eine Nacht und höchstens drei Nächte im Krankenhaus verbracht haben.[<https://www.gbe-bund.de/stichworte/KURZLIEGER.html>]

2.2 Datenbasis: DRG- und OPS- Abrechnungsdaten der Jahre 2023 und 2024

Die zur Verfügung stehenden pseudonymisierten Abrechnungsdaten der Jahre 2023 und 2024 umfassten folgende Daten:

- Fallkategorie, Aufnahme- und Entlassdatum, Alter, Geschlecht
- Liegerkategorie, Aufnahmeart, Entlassungsart
- Aufnahme-Organisationseinheit fachlich, Aufnahme-Organisationseinheit pflegerisch, Entlass-Organisationseinheit fachlich, Entlass-Organisationseinheit pflegerisch
- aG-DRG Code, DRG-Bezeichnung, Basis-DRG, Basis-DRG-Bezeichnung, Effektive Bewertungsrelation (EffBE), Case-Mix (CM), Verweildauer (VWD Ist), mittlere VWD InEK,
- OPS-Code, OPS-Text, OPS-Datum,
- Hauptdiagnose ICD, Hauptdiagnose Bezeichnung, Hauptdiagnose ICD 3 Steller, Hauptdiagnose ICD 3-Steller Bezeichnung
- PCCL (Patient Clinical Complexity Level), Beatmungstunden, Pflege-BWR

In einem ersten Schritt wurden die Fälle mit einer Verweildauer (VWD) von 1, 2 und 3 Tagen selektiert, alle anderen wurden exkludiert. Aus der entstandenen Fallliste VWD1-3 wurden alle verstorbenen Fälle ausgeschlossen; entsprechend wurden aus der OPS-Prozedurenliste diejenigen Prozeduren, die bei Fällen mit einer VWD 1-3 Tage erbracht wurden, selektiert und alle anderen Prozeduren und die bei innerhalb der ersten dreitage des Krankenhausaufenthaltes Verstorbenen erbrachten Leistungen ausgeschlossen. Da in den meisten Fällen mehr als nur eine Prozedur kodiert war, war die Liste der Prozeduren mit VWD 1-3 Tage länger als die Fallliste VWD1-3.

Die Häufigkeit der Dokumentation aller einzelnen Prozeduren wurde anhand der in den Abrechnungsdaten hinterlegten OPS-Codes ermittelt. Die daraus entstehende Liste an nephrologisch erbrachten OPS-Codes wurde mit den im AOP-Katalog 2025, im Hybrid-DRG-Katalog 2026 und in der Liste der IGES-Empfehlungen von 2022 als ambulantisierbar beschriebenen OPS-Codes abgeglichen

Das IGES Institut hatte in einem Gutachten zum ambulanten Operieren im Jahr 2022 Empfehlungen zur Erweiterung des AOP-Katalogs ausgesprochen. Ein Teil der empfohlenen OPS-Prozeduren wurde inzwischen in den AOP-Katalog und den Hybrid-DRG-Katalog übernommen. Im AOP-Katalog 2025 und im kürzlich veröffentlichten Hybrid-DRG-Katalog 2026 aufgelistete OPS-Codes wurden hier als „ambulant erbringbar“ definiert, OPS-Codes, die nur im IGES-Empfehlungskatalog enthalten sind, jedoch noch nicht in den AOP- oder Hybrid-DRG-Katalog übernommen wurden, werden in dieser Arbeit als „potenziell ambulantisierbar“ definiert

Für jeden Tag der Verweildauer von 1-3 Tagen wurden die OPS-Codes nach Häufigkeit sortiert und mit den als ambulant erbringbar und potentiell ambulantisierbar definierten OPS-Codes abgeglichen. Fälle mit einer Liegedauer von bis zu 24 Stunden wurden mit einem *hohen*, solche mit einer Liegedauer zwischen 24-48 Stunden mit einem *mittleren* und Fälle mit einer Liegedauer zwischen 48-72 Stunden mit einem *niedrigen* Ambulantisierungspotenzial bewertet. Es ergab sich somit ein prozentualer Anteil an stationären nephrologisch erbrachten Kurzlieger-Leistungen mit unterschiedlich hohem Ambulantisierungspotenzial.

Für diejenigen OPS-Codes mit vorhandenem Ambulantisierungspotenzial wurde der jeweilige Fall-Erlös anhand der effektiven Bewertungsrelation und dem Landes-Basisfallwert berechnet. Die sich daraus ergebenden Erlöse aus Kurzliegerfällen mit

potenziell ambulant erbringbaren Prozeduren wurden für jede einzelne Prozedur den Gesamterlösen aus stationären Behandlungsfällen gegenübergestellt und als potentielle Erlösverluste im Falle einer Ambulantisierung betrachtet.

Den im stationären Leistungsgeschehen resultierenden Erlösverlusten wurden die möglichen Erlöse aus einer ambulanten Vergütung der gleichen Leistung gegenübergestellt, die aus dem EBM-System oder Hybrid-DRG-System abgeschätzt wurden. Alle Berechnungen wurden unter der Annahme einer stabilen Gesamt-Fallzahl (0% Steigerung zu 2024) bei gleichbleibenden Kosten ohne Skaleneffekte durchgeführt.

3 Ergebnisse

3.1 Generelles Ambulantisierungspotenzial nephrologischer Krankenhausleistungen

Der Untersuchung liegt eine Gesamtfallzahl von 7307 abgerechneten Behandlungsfällen mit einer mittleren Verweildauer von $6,6 \pm 7,8$ Tagen zugrunde. In den beiden untersuchten Kliniken wurden in den Jahren 2023 und 2024 eine vergleichbare Zahl an Fällen behandelt; in beiden Kliniken ist im Jahr 2024 ein Fallzahlenanstieg zu verzeichnen, der mit 5% im KFH deutlich niedriger lag als die im HUK verzeichneten 16% (Tab. 1). Die mittlere Verweildauer aller Fälle liegt bei 6,6 Tagen, unterscheidet sich aber zwischen beiden Kliniken, im KFH liegt sie zwischen 8,0 und 8,6 Tagen, im HUK mit 4,9 bis 5,1 Tagen etwas niedriger.

Hinsichtlich der hier bearbeiteten Fragestellung wurde ein Fokus auf die Behandlungsfälle mit einer als kurz definierten Verweildauer von 1, 2 und 3 Tagen gelegt (Kurzlieger). Mit einer Anzahl von 2872 macht die Gruppe der Kurzlieger 39% aller Behandlungsfälle aus und verteilt sich in der Gesamtpopulation mit 12-13% recht gleichmäßig auf die Verweildauern von 1, 2 und 3 Tagen.

Bei Betrachtung der beiden Kliniken fällt allerdings ein deutlicher Unterschied in der Verteilung der Behandlungsfälle auf, während im KFH knapp 30% aller Behandlungsfälle in den Kurzlieger-Bereich fallen, sind es im HUK nahezu die Hälfte (50%). Der Unterschied erklärt sich aus einer höheren Zahl an Behandlungsfällen mit einer Verweildauer von 2 und 3 Tagen im HUK, während die Zahl der Fälle mit einer Verweildauer von 1 Tag in beiden Kliniken absolut und prozentual in einem vergleichbaren Bereich liegt

Bei den insgesamt 7307 Kurzlieger-Behandlungsfällen sind 37.347 Prozeduren anhand von OPS-Codes dokumentiert, im Schnitt 5,1 OPS-Codes pro aG-DRG-Fall. Ein Anteil von 21,4% aller OPS-Codes und im Durchschnitt 2,8 OPS-Codes pro Behandlungsfall werden in der Gruppe der Kurzlieger erbracht, in der somit 7978 OPS-Codes zur Auswertung vorliegen.

Die Kliniken unterscheiden sich deutlich hinsichtlich des bei Kurzliegern erbrachten Anteils an Prozeduren. Im KFH werden ca. 15% aller dokumentierten Prozeduren in der Gruppe der Kurzlieger erbracht, während es im HUK mit 30% nahezu der doppelte Anteil

ist. Auch innerhalb der Gruppe der Kurzlieger unterscheidet sich die Verteilung der Prozeduren zwischen den beiden nephrologischen Kliniken. Während im KFH nahezu 50% der Kurzlieger-Prozeduren bei einer Verweildauer von 1 Tag erbracht werden, liegt dieser Anteil im HUK bei lediglich 21-24 Prozent. Umgekehrt ist es bei Kurzliegern mit einer Verweildauer von 2 und 3 Tagen, hier werden im HUK bis zu 40% der Prozeduren durchgeführt, während der Anteil im KFH bei jeweils knapp einem Viertel liegt. In der Gesamtanalyse aller nephrologischen Fälle der Jahre 2023 und 2024 entfällt jeweils ein Drittel der bei Kurzliegern erbrachten Prozeduren auf die Verweildauern von 1 Tag, 2 Tagen und 3 Tagen (Tabelle 1). Daraus kann abgeleitet werden, dass allein unter Berücksichtigung der Verweildauer von 1 Tag 12,9% aller stationären Behandlungsfälle in der Nephrologie ein potentiell hohes und weitere 12,8% ein mittleres Ambulantisierungspotenzial aufweisen.

Die Unterschiede zwischen den beiden nephrologischen Kliniken sind für diese Untersuchung nicht nachteilhaft, sondern erklären sich durch unterschiedliche Klinik-Strukturen, die repräsentativ erscheinen für die stationäre nephrologische Versorgung in Deutschland. Unterschiede in der Komplexität der behandelten Fälle, im angebotenen Leistungsspektrum, in zugeordneten anderen internistischen Fachbereichen, oder in integrierten ambulanten Strukturen haben einen großen Einfluss auf Parameter, wie die mittlere Verweildauer oder durchgeführte Prozeduren.

Tabelle 1: Behandlungscharakteristika der nephrologischen Kliniken der Jahre 2023 und 2024

	KFH 2023	KFH 2024	HUK 2023	HUK 2024	Nephrologie 23/24
Fallzahl, n	1.724	1.815	1.742	2.026	7.307
mVWD, Tage	8,6 ± 10,1	8,0 ± 9,2	4,9 ± 5,1	5,1 ± 5,6	6,6 ± 7,8
VWD 1 Tag, n	245(14,2%)	255 (14,0%)	214 (12,3%)	232 (11,5%)	946 (12,9%)
VWD 2 Tage, n	101 (5,9%)	134 (7,4%)	328 18,8%)	375 (18,5%)	938 (12,8%)
VWD 3 Tage, n	119 (6,9%)	173 (9,5%)	317 (18,2%)	379 (18,7%)	988 (13,5%)
VWD 1-3 Tage, n	465	562	859	986	2.872
VWD 1-3 Tage, %	27,0%	31,0%	49,3%	48,7%	39,3%
Prozeduren, n	10.778	9.590	7.986	8.993	37.347
Proz. pro Fall	6,3	5,3	4,6	4,4	5,1
VWD 1-3, Proz. n	1.427	1.588	2.444	2.519	7.978
VWD 1-3, Proz. %	13,2%	16,6%	30,6%	28,0%	21,4%
VWD1, Proz. N	771	751	522	624	2.668
VWD1, Proz. %	54,0%	47,3%	21,4%	24,8%	33,7%
VWD2, Proz. N	334	409	930	885	2.558
VWD2, Proz. %	23,4%	25,7%	38,1%	35,1%	32,1%
VWD3, Proz. N	322	428	992	1.010	2.752
VWD3, Proz. %	22,6%	27,0%	40,6%	40,1%	34,5%
KFH, Vivantes Klinikum im Friedrichshain; HUK, Vivantes Humboldt-Klinikum; VWD, stationäre Krankenhausverweildauer; Proz., OPS-Prozeduren; VWD, stationäre Krankenhausverweildauer; Proz., Prozeduren; N, Anzahl					

3.2 Spezifisches Ambulantisierungspotenzial nephrologischer Krankenhausleistungen

Das spezifische Ambulantisierungspotenzial in der Nephrologie wurde anhand der Abrechnungsdaten der Kurzliegergruppe (VWD 1 – 3 Tage) untersucht. Grundlage für Vorschläge und Regeln zur Ambulantisierung bislang stationär erbrachter Leistungen sind mittels OPS-Codes definierte Prozeduren, die im Rahmen der Krankenhausabrechnung mit der DRG-Kodierung zusammengeführt werden. Im Sinne des real-world-Anspruchs der vorliegenden Untersuchung wurden alle nephrologisch relevanten OPS-Codes, in die Betrachtung einbezogen, die in den verschiedenen OPS-Katalogen als potenziell ambulant oder stationsersetzend erbringbar gelistet sind. Dies sind

- der AOP-Katalog 2025 [AOP-Katalog 2025]

- der Hybrid-DRG-Katalog 2026 [Hybrid-DRG-Katalog 2026]
- der Katalog der im IGES-Gutachten von 2022 ausgesprochenen AOP-Empfehlungen [Albrecht M, 2022]

Es wurden alle nephrologisch relevanten, potenziell ambulant erbringbaren Leistungen aus den oben erwähnten Katalogen zusammengeführt und anhand der vorliegenden Abrechnungsdaten die Häufigkeit der Dokumentation dieser Prozeduren in der Gruppe der Kurzlieger ausgewertet. Sämtliche OPS-Codes potenziell ambulant erbringbarer, primär nephrologischer Leistungen sind in Tabelle 2 zusammengestellt, zusammen mit einer Kennzeichnung des Katalogs und einer Angabe zur Häufigkeit der erbrachten Prozeduren in den Abrechnungsdaten der nephrologischen Kliniken.

Leistungen ambulant anstelle von stationär zu erbringen, erscheint nur sinnvoll, wenn diese Leistungen auch mit einer Häufigkeit erbracht werden, die den Aufbau ambulanter oder stationärer Strukturen auch wirtschaftlich und medizinisch rechtfertigt. Daher werden in Tabelle 2 Prozeduren, die mit einer Häufigkeit von $n > 100$ bei Kurzliegern erbracht werden, farblich herausgehoben und als potenziell ambulantisierbar eingestuft.

Tabelle 2: Potenziell ambulant erbringbare, nephrologische Leistungen, deren Abbildung in gängigen OPS-Katalogen und die Häufigkeit der Dokumentation dieser Prozeduren in den Abrechnungsdaten der Jahre 2023 und 2024 in der Gruppe der Kurzlieger.

OPS-Code	Beschreibung	EBM	AOP 2025	Hybrid-DRG 2026	IGES-Empfehlung 2022	Nephrologie Prozeduren Anzahl
1-465.0	Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Genitalorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Niere				X	228
5-399.1	Verschluss einer arteriovenösen Fistel	X	X			0
5-399.3	Operative Einführung eines Katheters in eine Arterie				X	0
5-399.4	Operative Einführung eines Katheters in eine Vene				X	24
5-399.5	Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen	X	X			61
5-399.6	Revision von venösen Katheterverweilsystemen	X	X		X	0
5-399.7	Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen	X	X			84
8-836.02	Ballon-Angioplastie: Gefäße Schulter und Oberarm	X	X	X		90
8-836.03	Ballon-Angioplastie: Gefäße Unterarm	X	X	X		33

8-836.0e	Ballon-Angioplastie: Künstliche Gefäße	X	X	X		7
8-836.0x	Ballon-Angioplastie: Sonstige			X		7
8-836.13	Blade Angioplastie (Scoring- oder Cutting-balloon): Gefäße Unterarm	X	X			5
8-836.23	Laser-Angioplastie: Gefäße Unterarm	X	X			0
8-836.82	Thrombektomie: Gefäße Schulter und Oberarm			X		14
8-836.83	Thrombektomie: Gefäße Unterarm	X	X	X		4
8-836.8e	Thrombektomie: Künstliche Gefäße	X	X	X		0
8-836.8x	Thrombektomie: Sonstige			X		0
8-840.0q	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents: ein Stent: Andere Arterien abdominal und pelvin			X		0
8-840.1q	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents: zwei Stents: Andere Arterien abdominal und pelvin			X		0
8-840.02	Perkutane transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: ein Stent, Gefäße Schulter und Oberarm			X	X	19
8-840.03	Perkutane transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: ein Stent, Gefäße Unterarm			X	X	7
8-840.0e	Perkutane transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: ein Stent, künstliche Gefäße			X	X	2
8-841.02	Perkutane transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: zwei Stents, Gefäße Schulter und Oberarm			X	X	6
8-841.03	Perkutane transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: zwei Stents, Gefäße Unterarm			X	X	0
8-841.0e	Perkutane transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: zwei Stents, künstliche Gefäße			X	X	0
8-842.02	Perkutane transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents: ein Stent, Gefäße Schulter und Oberarm			X	X	16
8-842.03	Perkutane transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents: ein Stent, Gefäße Unterarm			X	X	4
8-842.0e	Perkutane transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents: ein Stent, künstliche Gefäße			X	X	0
8-854.2	Hämodialyse, intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation				X	345
8-854.3	Hämodialyse, intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen				X	151
8-855.2	Hämodiafiltration, intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation				X	0
8-855.3	Hämodiafiltration, intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen				X	227

Grundsätzlich gilt, ist eine Leistung im AOP-Katalog sowie im Hybrid-Katalog gelistet, ist die Leistung über Hybrid-DRG abzurechnen. OPS, Operationen- und Prozedurenschlüssel; EBM, Einheitlicher Bewertungsmaßstab; AOP 2025, Katalog ambulant durchführbarer Operationen in der Fassung des Jahres 2025; Hybrid-DRG 2026, Katalog der Hybrid Diagnosis Related Groups in der Version für das Jahr 2026; IGES, Institut für Gesundheits- und Sozialforschung; IGES Empfehlungen 2022, Katalog zur Erweiterung des ambulanten Operationskatalogs (AOP-Katalogs) aus dem Jahr 2022;

In den beiden nephrologischen Kliniken werden bei Kurzliegern insgesamt 228 Nierenbiopsien durchgeführt. Diese Prozedur trägt den Code 1-465.0 und ist bislang nicht als ambulante Leistung im AOP-Katalog 2025 oder im Hybrid-DRG-Katalog 2026 gelistet. Im IGES-Gutachten zum AOP wurde die Nierenbiopsie zur Aufnahme in den AOP-Katalog empfohlen. Die Nierenbiopsie ist, so wie in vielen anderen Europäischen Ländern gängig, prinzipiell durchaus ambulant durchführbar. Da damit zu rechnen ist, dass dies in den kommenden Jahren erfolgen wird, wird die Nierenbiopsie in dieser Arbeit als potenziell ambulantisierbar bewertet.

Die OPS-Prozeduren 5-399.5 und 5-399.7 bezeichnen Implantation, Wechsel und Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen. Dies sind typische nephrologische Prozeduren, die im Zusammenhang mit Dialyseleistungen oder bei akuten Komplikationen mit dem Dialyse-Gefäßzugang durchgeführt werden. In der Regel handelt es sich hierbei um zentralvenöse Dialysekatheter, die in vielen Fällen subkutan getunnelt, als Vorhofkatheter implantiert werden. In der Gruppe der Kurzlieger wurden diese beiden Prozeduren in 140 Behandlungsfällen durchgeführt.

Mit den OPS-Codes 8-836.x sowie 8-840, 8-841 und 8-842 werden perkutane transluminale Gefäßinterventionen mit und ohne Stent-Implantation kodiert. Diese Interventionen sind eine klassische Domäne der interventionellen Radiologie, die als Dienstleistungen für die jeweils behandelnden nephrologischen Kliniken durchgeführt werden. In den vorliegenden Daten werden Prozeduren mit den genannten OPS-Codes vorwiegend im KFH durchgeführt, deutlich seltener im HUK, wo die entsprechende Struktur bislang noch nicht ausreichend etabliert ist. Die Eingriffe gelten als potenziell ambulant erbringbar, allerdings bevorzugt in elektiven Fällen. Bei Notfall-Interventionen im Rahmen eines akuten Problems mit dem Dialyse-Gefäßzugang, zum Beispiel bei Vorliegen eines akuten Gefäßverschlusses, ist häufig eine der Prozedur vorausgehende oder nachfolgende Dialysebehandlung notwendig, um akute metabolische Komplikationen (z. B. Hyperkaliämie, Überwässerung) zu behandeln. Perkutan-transluminäre Gefäßinterventionen sind im Hybrid-DRG-Katalog 2026 gelistet und sind ab dem kommenden Jahr prinzipiell ambulant zu erbringen, es sei denn, bei dem Behandlungsfall liegen Kontextfaktoren vor, die es erlauben, die Leistung stationär zu

erbringen. In solchen Fällen wäre allerdings damit zu rechnen, dass die Versorgung der Patientin oder des Patienten länger als 1 Tag in Anspruch nimmt.

Die OPS-Codes 8-854 und 8-855 kennzeichnen die Durchführung einer extrakorporalen Nierenersatztherapie im Sinne einer Hämodialyse oder Hämodiafiltration, wobei hinsichtlich der durchgeführten Antikoagulation kategorisiert wird. Der Grund hierfür liegt im höheren finanziellen Aufwand bei Antikoagulation mit anderen Substanzen als mit Heparin. Insgesamt wurden in der Kurzlieger-Gruppe 723 Dialysebehandlungen durchgeführt, wobei teilstationär durchgeführte Dialysen hier nicht einberechnet sind. Bei diesen Fällen handelt es sich meist um Dialysepflichtige, die 3x pro Woche in einer ambulanten Dialysepraxis dialysiert werden und sich notfallmäßig wegen einer akuten Luftnot oder durch Elektrolytverschiebungen ausgelöste Herzrhythmusstörungen im Krankenhaus vorstellen. Diese Fälle werden bei unkompliziertem Verlauf am Folgetag wieder nach Hause und in die Behandlung der zuständigen Dialysepraxis entlassen. Eine Ambulantisierung solcher Fälle erscheint durchaus möglich und sinnvoll.

Um das Ambulantisierungspotenzial der in Tabelle 2 herausgehobenen Prozeduren genauer zu definieren, werden in Tabelle 3 die in der Gruppe der Kurzlieger erbrachten potenziell ambulantisierbaren Prozeduren hinsichtlich der Verweildauer der Behandlungsfälle im Überblick dargestellt (Tabelle 3). Prozeduren, die bei Behandlungsfällen mit einer Verweildauer von 1 Tag durchgeführt wurden, werden als solche mit einem *hohen*, solche mit einer Verweildauer von 2 Tagen mit einem *mittleren* und solche mit einer Verweildauer von 3 Tagen mit einem *niedrigen* Ambulantisierungspotenzial kategorisiert.

In 75% der DRG-Fälle mit Nierenbiopsien wurden die Patienten bereits einen Tag nach der Prozedur nach Hause entlassen, in 18% der Fälle erfolgte die Entlassung erst an Tag 2 und in 6% der Fälle an Tag 3. Elektive Nierenbiopsien haben also ein durchaus hohes Ambulantisierungspotenzial, es ist davon auszugehen, dass elektive Nierenbiopsien in 75 – 95% der Fälle ambulant durchgeführt werden könnten. Ein niedriges Potenzial zur Ambulantisierung besteht bei Patienten mit komplexen Kontextfaktoren, wie Blutungsneigung, schlecht eingestellter arterieller Hypertonie, starker Adipositas oder wenn eine CT-gesteuerte Biopsie durchgeführt werden muss.

Mit dem OPS-Code 5-399.x werden in der Nephrologie die Einlage, der Wechsel oder die Entfernung zentralvenöser Dialysekatheter kodiert. Diese Prozedur wurde zu 60% bei Behandlungsfällen mit einer Verweildauer von 1 Tag durchgeführt und zu je 20% bei längerer Verweildauer von 2-3 Tagen, dann allerdings meistens im Zusammenhang mit mehreren anderen abrechnungstechnisch relevanten Prozeduren, wie zum Beispiel Dialysebehandlungen. Die Daten zeigen, dass alleinige Prozeduren, wie Einlage, Wechsel oder Entfernung von Katheterverweilsystemen ein hohes Ambulantisierungspotenzial von 60% und ein mittleres von weiteren 20% aufweisen. Bei der Entscheidung, ob die Implantation eines zentralvenösen Katheterverweilsystems ambulant durchgeführt werden kann, spielen Kontaxtfaktoren eine bedeutende Rolle.

Der OPS-Code 8-836.x kodiert (perkutan-)transluminale Gefäßinterventionen, insbesondere Ballon-Angioplastien und Thrombektomien. Erfolgt im Rahmen einer perkutan-transluminale Gefäßintervention die Einlage eines oder mehrerer medikamentefreisetzenden oder nicht-medikamentefreisetzenden und/oder beschichteten (gecoverten) Stents, kommen die OPS-Codes 8-840.x, 8-841.x bzw. 8-842.x zur Anwendung. Diese Eingriffe waren in 78% der Kurzlieger-Fälle mit einer Verweildauer von 1 Tag vergesellschaftet, in 15% mit 2 Tagen und in 7% mit 3 Tagen. Somit besteht auch hier ein hohes Ambulantisierungspotenzial von knapp 80%; Elektive Gefäßinterventionen können in den meisten Fällen ohne nachfolgende Dialysebehandlung durchgeführt werden. Nicht-elektive Akutinterventionen bei neu aufgetretenem Verschluss eines Dialysezugangsgefäßes oder dessen Dysfunktionalität erfordern häufig eine anschließende Dialysebehandlung und haben somit ein niedrigeres Ambulantisierungspotenzial.

Mit den OPS-Codes 8-854.x und 8-855.x wird die Durchführung eines gängigen Nierenersatzverfahrens, Hämodialyse oder Hämodiafiltration, kodiert. Mit einer Gesamtleistung von 723 Prozeduren sind diese Dialysebehandlungen die am häufigsten kodierten Maßnahmen in der Gruppe der Kurzlieger. Im Gegensatz zu den anderen Prozeduren verteilen sich die Dialysebehandlungen mit einem Anteil zwischen 31 – 35% allerdings recht gleichmäßig über den Verweildauer-Zeitraum von 1-3 Tagen. Das

Ambulantisierungspotenzial von Hämodialysebehandlungen ist somit eher als mittelwertig einzustufen, in einem Drittel der Fälle gar als niedrig. Dies liegt in den Komorbiditäten und anderen Kontextfaktoren dialysepflichtiger Patient*innen begründet, bei denen eine alleinige Dialysebehandlung eben nur in einem Drittel der Fälle Grund für eine stationäre Krankenhausaufnahme ist. Entsprechend sind Dialysebehandlungen auch bei einer Verweildauer von 1 Tag oft zusammen mit mehreren anderen OPS-Prozeduren kodiert.

Tabelle 3: Nephrologische Prozeduren mit hohem (VWD1), mittlerem (VWD2) und niedrigem (VWD3) Ambulantisierungspotenzial

OPS Code	OPS-Beschreibung	VWD1, n	VWD2, n	VWD3, n	
1-465.0	Perkutane Nierenbiopsie mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	173	41	14	228
5-399.x	Einführung, Wechsel, Entfernung von venö-sen Kathetern/ Katheterverweilsystemen	85	28	27	140
8-836.x	Perkutane transluminale Gefäßintervention	122	25	13	160
8-840, 8-841, 8-842	Perkutane transluminale Stent-Implantation	44	8	2	54
8-854, 8-855	Intermittierende Hämodialyse, Hämodiafiltration	266	231	226	723
		756	333	288	1.377 (17,4%)
OPS, Operationen- und Prozedurenschlüssel; VWD1, stationäre Krankenhausverweildauer von 1 Tag; VWD2, stationäre Krankenhausverweildauer von 2 Tagen; VWD3, stationäre Krankenhausverweildauer von 3 Tagen;					

Tabelle 3 erlaubt eine genauere prozentuale Abschätzung des Ambulantisierungspotenzials in der Nephrologie. Da die mit einer Verweildauer von 1 Tag assoziierten, hier aufgelisteten, nephrologischen OPS-Prozeduren nicht parallel in einem Fall erbracht wurden, können die 756 von einer Gesamtzahl an 7309 Fällen als solche mit hohem Ambulantisierungspotenzial bezeichnet werden, das entspricht 10,3%; Weitere 4,6% (333 von 7309 Fällen) zeigen ein mittleres Ambulantisierungspotenzial, zusammengenommen liegt das Ambulantisierungspotenzial somit bei knapp 15 % aller Behandlungsfälle.

3.3 Wirtschaftliche Effekte einer Ambulantisierung stationärer nephrologischer Leistungen

Die Ambulantisierung stationärer Leistungen geht mit einem Verlust der damit verbundenen Erlöse nach dem aG-DRG-System und einer Ersatz-Vergütung anhand von EBM oder nach Hybrid-DRG einher. Im Falle einer Verschiebung in den AOP-Katalog liegt der Vergütung der EBM-Maßstab zugrunde, im Falle einer Abrechnung über Hybrid-DRG werden Pauschalbeträge erstattet, die jeweils vom GBA festgelegt werden. Diese sollen initial zwischen EBM und aG-DRG eingeordnet, und im weiteren Verlauf nach unten oder oben an den Bedarf oder die Inanspruchnahme angepasst werden können.

3.3.1 Gesamterlöse vollstationärer nephrologischer Behandlungsfälle 2023/2024

Für jede der oben als potenziell ambulantisierbar herausgearbeiteten OPS-Prozeduren wurde der Effekt eines Verlustes an stationär erzielter Vergütung berechnet. Da die Vergütung nicht über die jeweiligen OPS-Codes getriggert wird, sondern über die Fall-spezifische aG-DRG, wurde für die Verweildauer von 1, 2 oder 3 Tagen anhand der effektiven Bewertungsrelation (BWR) eines jeden Falls die mittlere effektive BWR errechnet und diese mit dem Berliner Basisfallwert aus dem Jahr 2025 (4399,57 €) multipliziert. Der Beitrag der erzielten Erlöse an den Gesamterlösen spiegelt die Bedeutung jeder einzelnen Prozedur für die Erlöse nephrologischer Kliniken wider. Die Gesamterlöse für insgesamt 7309 Behandlungsfälle belaufen sich kumulativ bei den untersuchten Kliniken auf nahezu 30 Mio. EUR (Tabellen 4-7).

3.3.1.1 OPS-Code 1-465.0, Nierenbiopsie (Tabelle 4)

Die BWR für Kurzlieger-Fälle, bei denen eine Nierenbiopsie durchgeführt wurde, steigt gemäß der DRG-Systematik mit der Fallschwere und in den meisten Fällen – zumindest in den ersten Tagen – auch mit der Verweildauer. Dies trifft so auch auf jede der weiteren ausgewerteten Prozeduren mit Ambulantisierungspotenzial zu. Für die Nierenbiopsie-Fälle mit kurzer VWD von 1 Tag und mit hohem Ambulantisierungspotenzial liegt der Einzelerlös bei einer mittleren BWR von 0,207 im Bereich von 913 EUR (Tabelle 8). In der Summe trugen alle bei Kurzliegern durchgeführten Nierenbiopsien einen Anteil von 1,0 Prozent zu den stationären Gesamterlösen bei. Betrachtet man nur die Nierenbiopsie-

Fälle mit hohem Ambulantisierungspotenzial, also einer VWD von 1 Tag, ist der Beitrag zu den Gesamterlösen mit 0,5% entsprechend niedriger.

Mit der Vergütung nach DRG werden alle mit dem Fall verbundenen Kosten abgedeckt, so auch die pathohistologischen Untersuchungen, deren Kosten bei durchschnittlich 520 € pro Nierenbiopsie liegen.

Tabelle 4: OPS-Code 1-465.0, Nierenbiopsie; gesamte und anteilige Erlöse bei stationärer Abrechnung nach aDRG

	KFH2023	KFH2024	HUK2023	HUK2024	NEPHRO
Gesamterlöse, alle stationären Fälle	8.474.988 €	8.781.409 €	5.365.179 €	6.718.165 €	29.339.741 €
VWD1, mBWR	0,1992±0,015	0,2190±0,029	0,1985±0,022	0,2177±0,023	0,2076±0,025
VWD1, Erlöse	48.206 €	47.216 €	34.066 €	24.906 €	154.394 €
VWD2, mBWR	0,5481±0,106	0,5959±0,084	0,4332±0,208	0,5352±0,166	0,5076±0,176
VWD2, Erlöse	19.292 €	18.351 €	30.493 €	21.193 €	89.329 €
VWD3, mBWR	0,6910±0,085	0,6180±0,098	0,6060±0	0,5903±0,119	0,6142±0,104
VWD3, Erlöse	6.080 €	21.751 €	5.332 €	18.179 €	51.342 €
VWD1-3, mBWR	0,2573±0,144	0,3101±0,172	0,2787±0,165	0,3479±0,191	0,2942±0,170
VWD1-3, Erlöse	73.578 €	87.318 €	69.892 €	64.278 €	295.066 €
% Gesamterlöse	0,87%	0,99%	1,3%	0,96%	1,0%
KFH, Vivantes Klinikum im Friedrichshain; HUK, Vivantes Humboldt-Klinikum; NEPHRO, Nephrologie gesamt; VWD, stationäre Krankenhausverweildauer; mBWR, mittlere Bewertungsrelation;					

3.3.1.2 OPS-Code 5-399.x, Implantation, Wechsel oder Entfernung von venösen Katheterverteilsystemen (Tabelle 5)

Behandlungsfälle, bei denen der OPS-Code 5-399.x dokumentiert ist, haben bei einer Verweildauer von 1 Tag und somit hohem Ambulantisierungspotenzial, verglichen mit der Nierenbiopsie eine höhere BWR von 0,283 und entsprechend einen höheren mittleren Einzelfall-Erlös von 1.244 EUR (Tabelle 8). Über alle Kurzliegerfälle hinweg berechnet, trägt der OPS-Code 5-399.x ebenso wie die Nierenbiopsien 1,0% zu den stationären Gesamterlösen bei; Katheterfälle mit kurzer VWD von 1 Tag und somit hohem Ambulantisierungspotenzial tragen lediglich 0,4% zum Gesamterlös bei. Ähnlich wie bei

der Nierenbiopsie werden zentrale Katheterverweilsysteme in Deutschland nahezu ausschließlich in stationären Behandlungseinrichtungen gelegt, gewechselt oder entfernt. Grund hierfür ist die Notwendigkeit einer radiologischen Kontrolle im Anschluss an die Implantation zur Bestätigung einer korrekten Katheterpositionierung und zum Ausschluss einer Verletzung der Lunge. Kosten für Kathetermaterial und Röntgenuntersuchungen sind in der DRG-Vergütung inkludiert.

Tabelle 5: OPS-Code 5-399.x Implantation, Wechsel oder Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen; gesamte und anteilige Erlöse bei stationärer Abrechnung nach aG-DRG

	KFH2023	KFH2024	HUK2023	HUK2024	NEPHRO
Gesamterlöse, alle stationären Fälle	8.474.988 €	8.781.409 €	5.365.179 €	6.718.165 €	29.339.741 €
VWD1, mBWR	0,2749±0,052	0,2931±0,071	0,2484±0,054	0,3220±0,195	0,2828±0,098
VWD1, Erlöse	35.078 €	37.392 €	19.670 €	19.833 €	111.973 €
VWD2, mBWR	0,6610±0,391	0,6910±0,053	0,6051±0,268	0,758±0	0,6584±0,297
VWD2, Erlöse	34.897 €	18.241 €	21.298 €	6.670 €	81106 €
VWD3, mBWR	0,9556±0,434	0,9748±0,406	0,8227±0,237	0,535±0	0,8837±0,374
VWD3, Erlöse	46.244 €	21.443 €	32.574 €	4.708 €	104.969 €
VWD1-3, mBWR	0,5080±0,393	0,4380±0,292	0,4776±0,306	0,3941±0,225	0,4672±0,331
VWD1-3, Erlöse	116.219 €	77.076 €	73.543 €	31.211 €	298.049 €
%Gesamterlöse	1,4%	0,9%	1,4%	0,5%	1,0%
KFH, Vivantes Klinikum im Friedrichshain; HUK, Vivantes Humboldt-Klinikum; NEPHRO, Nephrologie gesamt; VWD, stationäre Krankenhausverweildauer; mBWR, mittlere Bewertungsrelation;					

3.3.1.3 OPS-Codes 8-836.x, 8-840.x, 8-841.x und 8-842.x, Perkutan-transluminale Gefäßinterventionen (Tabelle 6)

OPS-8-836.x Prozeduren wurden vornehmlich durch die nephrologische Klinik KFH erbracht, daher sind die Berechnungen hinsichtlich der Anteile an den stationären Gesamterlösen sehr unterschiedlich. Bei einer Verweildauer von 1 Tag liegt die mittlere BWR bei 0,816, der mittlere Fallerlös liegt bei 3588 EUR;

In Kliniken mit einer entsprechenden Struktur, wie dem KFH, liegen die Anteile aller OPS-Prozeduren bei knapp 5% der Gesamterlöse, bei alleiniger Betrachtung der Fälle mit

VWD von 1 Tag und hohem Ambulantisierungspotenzial liegt der Anteil noch bei 2,8 Prozent. Fehlen entsprechende Strukturen und regelmäßige Prozeduren, liegen die Anteile deutlich niedriger, zum Beispiel im Fall des HUK-Klinikums bei nur 0,5 Prozent.

Die höhere BWR erklärt sich aus dem höheren Material-, Geräte- und Personalaufwand bei diesen Prozeduren, bei denen die Interventionen bei nephrologisch aufgenommene Patient*innen durch speziell ausgebildete Radiologinnen und Radiologen mit Unterstützung eigenen Personals in dafür ausgestatteten Räumen durchgeführt werden.

Tabelle 6: OPS 8-836.xx, (Perkutan-)transluminale Gefäßinterventionen, gesamte und anteilige Erlöse bei stationärer Abrechnung nach aDRG

	KFH2023	KFH2024	HUK2023	HUK2024	NEPHRO
Gesamterlöse alle stationären Fälle	8.474.988 €	8.781.409 €	5.365.179 €	6.718.165 €	29.339.741 €
VWD1, mBWR	0,8992±0,317	0,6883±0,221	0,578±0	0,545±0	0,8156±0,301
VWD1, Erlöse	237.352 €	199.864 €	17.800 €	28.773 €	483.789 €
VWD2, mBWR	1,4759±0,488	1,4486±0,420	1,1050±0,573	n.a.	1,4487±0,490
VWD2, Erlöse	97.398 €	108.344 €	14.585 €	n.a.	220.327 €
VWD3, mBWR	1,7503±0,368	1,4103±0,391	n.a.	n.a.	1,6145±0,371
VWD3, Erlöse	46.204 €	86.865 €	n.a.	n.a.	133.069 €
VWD1-3, mBWR	1,0690±0,464	0,9258±0,454	0,7361±0,396	0,545±0	0,9958±0,463
VWD1-3, Erlöse	380.954 €	395.073 €	32.385 €	28.773 €	837.185 €
%Gesamterlöse	4,5%	4,5%	0,6%	0,4%	2,9%
KFH, Vivantes Klinikum im Friedrichshain; HUK, Vivantes Humboldt-Klinikum; NEPHRO, Nephrologie gesamt; VWD, stationäre Krankenhausverweildauer; mBWR, mittlere Bewertungsrelation;					

3.3.1.4 OPS-Codes 8-854.x und 8-855.x, Hämodialyse und Hämodiafiltration (Tabelle 7)

In der Gruppe der Kurzlieger stationär erbrachte Hämodialyseleistungen tragen im Umfang von ca. 8% zu den nephrologischen Gesamterlösen bei (Tabelle 7). Das Ambulantisierungspotenzial ist aber geringer als bei den bislang diskutierten Prozeduren, lediglich ein Drittel der Behandlungen hat ein hohes Ambulantisierungspotenzial, ein weiteres Drittel ein lediglich mittleres; Fälle mit kurzer Verweildauer und hohem Ambulantisierungspotenzial haben eine mittlere BWR von 0,442 mit einem mittleren

Einzelfallerlös von 1942 EUR, Dialysefälle mit hohem Ambulantisierungspotenzial tragen 1,8% zur Gesamterlös bei.

Tabelle 7: OPS 8-854.x und 8-855.x: Hämodialyse, Hämodiafiltration, gesamte und anteilige Erlöse bei stationärer Abrechnung nach aDRG

	KFH2023	KFH2024	HUK2023	HUK2024	NEPHRO
Gesamterlöse, alle stationären Fälle	8.474.988 €	8.781.409 €	5.365.179 €	6.718.165 €	29.339.741 €
VWD1, mBWR	0,4969±0,347	0,4640±0,260	0,2993±0,136	0,3706±0,201	0,4415±0,285
VWD1, Erlöse	209.855 €	202.081 €	47.405 €	55.443 €	514.784 €
VWD2, mBWR	0,8700±0,445	0,9363±0,437	0,5989±0,197	0,6139±0,199	0,7450±0,367
VWD2, Erlöse	199.028 €	230.691 €	192.345 €	135.036 €	757.100 €
VWD3, mBWR	1,1203±0,530	1,0183±0,320	0,8148±0,301	0,6524±0,216	0,9058±0,399
VWD3, Erlöse	261.224 €	264.313 €	240.186 €	134.895 €	900.618 €
VWD1-3, mBWR	0,7578±0,503	0,7404±0,420	0,6198±0,301	0,5645±0,236	0,6839±0,401
VWD1-3, Erlöse	670.107 €	697.085 €	479.936 €	325.375 €	1.172.503 €
%Gesamterlöse	7,9%	7,9%	8,9%	4,8%	7,4%
KFH, Vivantes Klinikum im Friedrichshain; HUK, Vivantes Humboldt-Klinikum; NEPHRO, Nephrologie gesamt; VWD, stationäre Krankenhausverweildauer; mBWR, mittlere Bewertungsrelation;					

Tabelle 8: Durchschnittliche Erlöse stationär erbrachter, potenziell ambulantisierbarer Leistungen in Abhängigkeit von der stationären Verweildauer.

	OPS 1-465.0	OPS 5-399.x	OPS 8-836.x	OPS 8-854/8-855
	Nierenbiopsie	Verweilkatheter	Gefäßintervention	Dialyse
VWD 1 Tag	913 €	1.244 €	3.588 €	1.942 €
VWD 2 Tage	2.233 €	2,897 €	6.374 €	3.278 €
VWD 3 Tage	2.702 €	3.888 €	7.103 €	3.985 €
VWD 1-3 Tage	1.294 €	2.055 €	4.381 €	3.009 €
OPS, Operationen- und Prozedurenschlüssel; VWD, stationäre Krankenhausverweildauer				

3.4 Ambulante Vergütung bislang stationär erbrachter nephrologischer Krankenhausleistungen

Mit der Verschiebung stationärer Leistungen aus dem aG-DRG-System in den ambulanten Bereich ändert sich die Vergütung. Im AOP-Katalog gelistete ärztliche Leistungen werden nach dem im ambulanten Sektor etablierten Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) vergütet, wobei Sachleistungen in gewissem Umfang zusätzlich zu den ärztlichen Leistungen vergütet werden können. Die Berechnung der ambulanten Vergütung nach EBM ist sehr komplex, unter anderem bezieht sie neben dem zu erwartenden, ärztlichen, Minuten-genauen Zeitaufwand, auch einen durch Experten festgelegten, kalkulierten Arztlohn in die Vergütungsregeln mit ein.[Levsen A. 2022]

3.4.1 Kosten- und Erlösvergleich bei ambulant erbrachten Krankenhausleistungen (DKI-Gutachten)

Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) hat im November 2022 mit dem „Ergebnisbericht Ambulantes Operieren im Krankenhaus“ einen Kosten- und Erlösvergleich von Leistungen nach § 115b SGB V bei Leistungserbringung im Krankenhaus vorgelegt, der hier zur Abschätzung der Effekte der Ambulantisierung nephrologischer Krankenhaus-Leistungen herangezogen wird (DKI Ergebnisbericht AOP-Katalog). In diesem Ergebnisbericht werden Nachteile des als „starr und von normativen Vorgaben geprägt“ bezeichneten EBM-Systems dargelegt, die mit dem DRG-System nicht vereinbar sind.[Levsen A. 2022] Das EBM-System ist nicht auf eine Vergütung im Krankenhaus ambulant erbrachter Leistungen ausgelegt, sondern primär auf die Vergütung vertragsärztlicher medizinischer Leistungen. So werden bestehende große strukturelle Unterschiede zwischen dem ambulanten und stationären Sektor bei der Heranziehung des EBM als Vergütungsgrundlage nicht gewürdigt. Beispielsweise entsprechen Personalaufwand und Personalkosten sowie das Qualifikationsniveau des in Krankenhäusern angestellten Personals bei weitem nicht den EBM-Berechnungen für vertragsärztliche Praxen.[Levsen A. 2022] Es ist also gar nicht zu erwarten, dass die bei der Erbringung ambulanter Leistungen im Krankenhaus entstehenden Kosten, selbst nach dort vorgenommenen strukturellen Anpassungen, adäquat abgebildet werden.

Im empirischen Teil des DKI-Gutachtens (Kapitel 3) werden Kosten- und Erlösdaten 14 ausgewählter Krankenhaus-Leistungen präsentiert, die entsprechend dem IGES-Gutachten zur Übernahme in den AOP-Katalog empfohlen wurden. Für die Auswertung lagen Kosten- und Abrechnungsdaten von mehr als 30 Krankenhäusern zu diesen Leistungen vor. Die Analyse der Daten weist hier eine regelmäßige Unterdeckung der anfallenden Kosten nach, wenn die Leistung im Krankenhaus erbracht, aber nach EBM abgerechnet wird.[Levsen A. 2022]

Unter den im DKI-Gutachten analysierten ambulanten Leistungen befindet sich auch der in der Nephrologie häufig verwendete, und in dieser Arbeit als eine Prozedur mit hohem Ambulantisierungspotenzial identifizierte OPS-Code 5-399.5 (Implantation und Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen), der im Gutachten als Beispiel aus der Gefäßchirurgie herangezogen wurde. Hinsichtlich der Kostenstruktur konnten für diesen OPS 2194 Fälle aus 21 Krankenhäusern ausgewertet werden. Die mit der Erbringung der OPS 5-399.5 verbundenen durchschnittlichen Kosten wurden mit 765,53 EUR ermittelt, demgegenüber lag die EBM-Vergütung bei 567,09 EUR, was einem Defizit von 244,21 EUR entspricht. Die Kosten-Unterdeckung liegt somit bei 32%, also knapp einem Drittel der benötigten Summe. In der Gesamtanalyse aller OPS-Codes zeigte sich bei 12 der 14 untersuchten Krankenhausleistungen eine deutliche Unterdeckung der anfallenden Kosten von im Mittel 34% (18 – 67%). Die Vergütungsdefizite sind laut DKI-Gutachten vor allem auf die fehlende Berücksichtigung der Krankenhaus-Kostenstrukturen zurückzuführen, die krankenhauseseitig zum Beispiel hinsichtlich der höheren Personalkosten systembedingt sind.[Levsen 2022]

Kritikpunkt an diesem Gutachten ist, dass die Datenerhebung zu einem Zeitpunkt erfolgte, als eine breitere Abrechnung dieser Leistungen nach EBM noch nicht etabliert war. Der finanzielle Aufwand für die jeweiligen OPS-Leistungen entspricht also den im Rahmen eines stationären Aufenthaltes entstandenen Kosten und nicht den mit einer professionalisierten und etablierten Ambulantisierung verbundenen. Der Aufbau entsprechender Strukturen kann eine Maßnahme zur Kostensenkung und zur Ökonomisierung ambulanter Krankenhausleistungen sein, darauf wird weiter unten noch eingegangen.

3.4.2 OPS-Code 5-399.x, Implantation, Wechsel und Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (Dialysekatheter)

Das DKI-Gutachten kann aber für die Bewertung der wirtschaftlichen Auswirkungen der Ambulantisierung auf die nephrologisch relevanten und hier diskutierten OPS-Prozeduren herangezogen werden. Für die Betrachtung der Effekte einer Ambulantisierung nephrologischer Leistungen ist für alle aufgeführten OPS-Codes mit einer entsprechenden Unterdeckung der anfallenden Kosten von mindestens einem Drittel der Kosten zu rechnen. Dieser Effekt kann, wie oben gezeigt, 1:1 auf Implantation, Wechsel oder Entfernung subkutan getunnelter und nicht-getunnelter zentralvenöser Dialysekatheter übertragen werden, die eben mit diesem OPS-Code 5-399.x dokumentiert werden, der bereits im aktuellen AOP-Katalog hinterlegt ist.

3.4.3 OPS-Code 1-465.0, Nierenbiopsie

Die Nierenbiopsie, ebenso, wie die Leistungen der intermittierenden Hämodialyse und Hämodiafiltration sind bislang nur in der Liste der IGES-Empfehlungen des Gutachtens von 2022 enthalten (Tabelle 2), die mögliche Höhe einer ambulanten Leistung kann daher nur abgeschätzt werden. Für die Nierenbiopsie wird eine Unterdeckung der tatsächlich anfallenden Kosten von mindestens 32% angesetzt. Die Unterdeckung könnte jedoch noch deutlich höher ausfallen, da immer auch Kosten für die nephropathologische Untersuchung der Gewebeproben anfallen.

Pathologische Untersuchungen werden im EBM zwar vergütet, allerdings nicht immer in vollem Umfang der tatsächlichen Kosten oder des Aufwands. Die Vergütung erfolgt über Kostenpauschalen für verschiedene in-vitro-Diagnostik, einschließlich histopathologischer Untersuchungen. Die Höhe der Kostenpauschalen für pathologische Untersuchungen wird im vertragsärztlichen Bereich heute schon als nicht ausreichend betrachtet, insbesondere dann, wenn im Rahmen der pathologischen Beurteilung komplexe molekulopathologische Untersuchungen durchgeführt werden müssen, die im stationären Bereich dagegen kostendeckend abgebildet sind.

Die histopathologischen Untersuchungen von Nierengewebe sind umfangreich und beinhalten neben der reinen Lichtmikroskopie immer auch Immunhistochemie,

Immunfluoreszenz und elektronenmikroskopische Untersuchungen an Feinschnittpräparaten. Häufig werden darüber hinaus zusätzliche Färbungen und Antikörper-Beschichtungen der Gewebe-Schnitte notwendig. Im stationären Krankenhausbereich werden von den nephropathologischen Instituten für das typische Spektrum nephropathologischer Untersuchungen derzeit ca. 520 EUR in Rechnung gestellt.[Eigene Daten]

Eine Verschiebung der Nierenbiopsien in den Hybrid-DRG Bereich wäre prinzipiell denkbar, allerdings wäre auch dies mit einer Verminderung der Vergütung verbunden. Aus Sicht des Autors kommt eine Verschiebung in den Hybrid-DRG-Bereich kaum in Betracht, da eine der Voraussetzungen für die Übernahme von Leistungen in diesen Bereich auch eine breite Leistungserbringung im vertragsärztlichen Sektor sein soll. Nierenbiopsien werden derzeit in Deutschland fast ausschließlich im stationären Bereich durchgeführt.

3.4.4 OPS-Code 8-854.x und 8-855.x, Hämodialyse und Hämodiafiltration

Leistungen der intermittierenden Hämodialyse und Hämodiafiltration sind bislang nur in der Empfehlungsliste des IGES AOP-Gutachtens enthalten. Eine Verschiebung von im Krankenhaus erbrachten stationären Dialyseleistungen in den ambulanten EBM-Vergütungsbereich wäre durchaus komplizierter als die Verschiebung der Nierenbiopsien. Grund dafür ist die besondere Finanzierung der intermittierenden Dialyseleistungen im EBM-Bereich. Die vertragsärztlich erbrachte Nierenersatztherapie wird in Deutschland prioritär mit einer wöchentlichen Sachkostenpauschale vergütet, dazu kommen Vergütungen für die ärztliche Leistung, für Medikamente und Zuschläge für bestimmte Alters- und Risikogruppen.[Grützmacher P. 2016] In Tabelle 9 sind die Behandlungskosten und die Vergütungsfähigkeit einzelner Posten bei ambulanter (vertragsärztlicher) und teilstationärer intermittierender Hämodialyse umfangreich dargestellt. Um einen besseren Vergleich zu erhalten wurde die Wochenpauschale hier gedrittelt und lässt sich so mit der Einzelvergütung (teil-)stationärer Dialyseleistungen im Krankenhaus vergleichen. Während bei der teilstationären Dialysevergütung alle am Dialysetag erbrachten zusätzlichen Maßnahmen, wie Medikamentengaben, Labor-, Röntgen- oder gar endoskopische Untersuchungen mit der Dialysevergütung abgedeckt

sind, ist dies bei einer Abrechnung nach EBM nicht der Fall. Hier würde es einer spezifischen Regelung für im Krankenhaus ambulant erbrachte Dialyseleistungen bedürfen. Die Komplexität der EBM-Abrechnung für Dialyseleistungen wird hier evident, eine Aufnahme in den AOP-Katalog würde für Krankenhäuser mit einer herausfordernden Umstellung der Abrechnungsmodalitäten einhergehen.

3.4.5 OPS-Codes 8-836.xx und OPS-Codes 8-840.1, 8-840.2 und 8-840.3, Perkutan-transluminale Gefäßinterventionen mit und ohne Stent-Implantation

Perkutan-transluminale Gefäßinterventionen nach OPS 8-836.xx und OPS-Codes 8-840.1, 8-840.2 und 8-840.3 sind im Hybrid-Katalog 2026 enthalten, so dass diese Prozeduren in Zukunft nach der verbindlichen Maßgabe „Hybrid-DRG vor AOP vor stationär“ prioritär als ambulante Leistungen abgerechnet werden sollen. Die Höhe der pauschalen Vergütung nach Hybrid-DRG-Katalog 2026 wurde bislang noch nicht festgelegt, so dass eine klare Berechnung der ökonomischen Konsequenzen hier nicht erfolgen kann. Die Höhe der Hybrid-DRG-Pauschalen soll im Laufe dieses Jahres, wahrscheinlich im Spätherbst, bekannt gegeben werden. Aus den Erfahrungen mit anderen Hybrid-DRGs ist damit zu rechnen, dass die Pauschale irgendwo zwischen EBM und aGFR-Vergütung angesiedelt sein wird, wahrscheinlich einhergehend mit einer Reduktion der Vergütung im Vergleich zur aG-DRG, bis hin zu einer Halbierung. Anhand von Kontextfaktoren wird per Grouper darüber entschieden, welche Vergütung für den Einzelfall verbindlich herangezogen wird, unabhängig vom Willen der Patient*innen oder der ärztlichen Einschätzung. Es ist bislang unklar, ob perkutan-transluminale Gefäßinterventionen am Dialysezugang tatsächlich unter diese Hybrid-DRG fallen, oder ob das Vorliegen einer dialysepflichtigen Niereninsuffizienz einen ausreichenden Kontextfaktor für eine primär stationäre Behandlung und Abrechnung darstellen wird.

Tabelle 9: Positionen der Behandlungskosten und Vergütungsfähigkeit bei teilstationärer und ambulanter Hämodialyse

Leistung/Position	Teilstationär	Ambulant	Wert
Abrechnungsart	aG-DRG	EBM-Ziffer	€ pro HD
Kostenpauschale Hämodialyse	L90C	40823	161,93 €
Alterszuschläge (10E<70J, 20E<80J, 30E>80J)(c)	Keine	40829	5,0 €
Dialysezuschlag bei Hep. B/C, MRSA, HIV, etc.	Keine	40810	5,0 €
Ärztliche Behandlung	Inkludiert	13610	16,79 €
Erythropoese-stimulierende Agentien (ESA)	Inkludiert	Rezept	22,30 €
Nephrologischer Basiskomplex (>60 Jahre)	Inkludiert	13592*	0,67 €
Kontinuierliche ärztliche Behandlung	Inkludiert	13602*	0,87 €
Zuschlag DeQS-RL	inkludiert	13603*	0,26 €
Wirtschaftlicher Umgang mit Labor	Inkludiert	32001*	0,15 €
Mitbetreuung Komorbiditäten	Inkludiert	91403*	0,15 €
Befundmitteilung	inkludiert	1600	In 13592
Indiv. Arztbericht	Inkludiert	1601	In 13592
Bescheinigungen (z. B. für die Kasse)	Inkludiert	1620*	0,08 €
Bluttransfusion/AB0-Test	Inkludiert	2110*	0,53 €
Blutkonserve	Inkludiert	separat	2,02 €
Infusionen	inkludiert	2100*	0,3 €
Verband/kl. Wundversorgung	inkludiert	2300*	1,12 €
Wundverband mit Debridement	inkludiert	2310*	1,14 €
Thoraxröntgen	Inkludiert	3421	0,38 €
Echokardiographie	Inkludiert	33020	0,35 €
EKG	inkludiert	in 13610	
24-h-Langzeitblutdruckmessung	Inkludiert	13254	0,05 €
Blutgasanalyse	Inkludiert	in 13610	
Blutzuckermessung	Inkludiert	32075*	0,59 €
Sonographie Abdomen	Inkludiert	33042	0,41 €
Sonographie Nieren	Inkludiert	33043	0,23 €
Sonographie sonst. Organe (z. B. V. cava inf.)	Inkludiert	33081	0,18 €
Sonographie Thorax, Pleura	Inkludiert	33040	0,33 €
Shunt-Duplex	Inkludiert	33072	0,76 €
Farbzuschlag bei Duplexuntersuchung	inkludiert	33075	0,16 €
Kopien/Befunde/Berichte (Pauschale)	Inkludiert	40144*	0,02 €
Kostenpauschale Versand Labormaterial	Inkludiert	40100*	0,07 €
Kostenpauschale Fax/Post	Inkludiert	40120*	0,03 €
Labor (Basisprogr.) nicht dialyseimmanent	Inkludiert	separat	1,54 €
Labor (Zusatzprogr.) nicht dialyseimmanent	inkludiert	separat	3,00 €
Am Dialysetag iv. verabreichte Medikamente	Inkludiert	Anlage 3	15,00 €
Konsiliarische Untersuchungen	inkludiert	separat*	1,19 €
Erweiterter Sprechstundenbedarf	Inkludiert	Anlage 4	3,00 €

Modifiziert nach [Grützmacher P. 2026]

3.5 Zusammenfassende Bewertung der Ambulantisierung relevanter nephrologischer Krankenhausleistungen

3.5.1 Ambulantisierungspotenzial stationärer nephrologischer Krankenhausleistungen

Die vorliegende Untersuchung zeigt das Ambulantisierungspotenzial bislang stationär erbrachter nephrologischer Leistungen anhand tatsächlicher „real-world“ Abrechnungsdaten zweier repräsentativer nephrologischer Schwerpunktkliniken und versucht, die wirtschaftlichen Konsequenzen aus einer Umstellung von stationärer in ambulante Vergütung abzuschätzen. Im Gegensatz zu anderen, stark invasiv tätigen internistischen Fachbereichen, wie Kardiologie (Koronarangiographie, Pulmonalvenenablation, etc.) oder Gastroenterologie (Gastroskopie, Coloskopie, etc.), konnten bei der Analyse der Abrechnungsdaten der Jahre 2023 und 2024 vornehmlich vier nephrologische Prozeduren identifiziert werden, die für eine Ambulantisierung in relevantem Umfang in Betracht zu ziehen sind. Bei einer Gesamtzahl von über 7300 an nephrologisch abgerechneten Behandlungsfällen wird ein Ambulantisierungspotenzial von knapp 10 Prozent identifiziert.

Damit liegt das nephrologische Ambulantisierungspotenzial deutlich höher als in die Analyse des „Barmer Institut für Gesundheitssystemforschung, bifg“, in welchem dieses nach einer Analyse von 2,29 Millionen vollstationären Behandlungsfällen aus dem Jahr 2019 mit lediglich ca. 2,5% angegeben wird.[Repschläger U, 2022] Die Unterschiede sind zumindest zum Teil methodisch zu erklären, da sich die Herangehensweise an die Auswertung der Abrechnungsdaten in der bifg-Untersuchung deutlich von der vorliegenden Arbeit unterscheidet. Während die Identifizierung der potenziell ambulantisierbaren OPS und DRGs in der bifg-Studie ebenso auf Grundlage der Empfehlungsliste des IGES-Gutachtens 2022 beruhte, wurden die nicht-ambulantisierbaren Fälle, anders als in unserer Untersuchung, anhand von aus den Abrechnungsdaten zu entnehmenden Kontextfaktoren, wie Vorerkrankungen, ausgeschlossen. Darüber hinaus wurden aus internen Datenquellen der Barmer Krankenkasse zusätzlich fallbezogene Informationen aus dem ambulanten Bereich in den vier, dem Krankenhausaufenthalt vorausgegangenen Quartalen in die Betrachtung einbezogen.

Die Auswertung ist erfreulich granulär bis in die einzelnen internistischen Fachbereiche hinein, die Zahl ausgewerteter nephrologischer vollstationärer Behandlungsfälle wird mit 10.000 angegeben und ist somit größenmäßig vergleichbar mit der vorliegenden Arbeit, in die mehr als 7000 Behandlungsfälle einfließen. Von den Autoren der bifg-Studie wird betont, dass mit der äußerst sensitiven Kontextprüfung das tatsächliche Ambulantisierungspotenzial im Vergleich zu einer rein fallbezogenen Betrachtung unterschätzt wird.[Repschläger U, 2022]

Kontextfaktoren dienen als Begründung für eine stationäre Behandlung, auch wenn die Leistung nach AOP-Katalog oder Hybrid-DRG-Katalog grundsätzlich ambulant erbracht werden soll. Sie dienen dazu, eine patientenindividuelle Entscheidung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung zu treffen. Kontextfaktoren beziehen sich also auf Umstände, die eine ambulante Operation erschweren oder sogar unmöglich machen und werden aus den Abrechnungsdaten identifiziert. Diese Faktoren sind in 9 Kategorien eingeteilt (K1 – K9) und beinhalten unter anderem Beatmung, Alter (Säuglinge, Kinder bis 16 Jahre), komplexe Diagnosen, aufwändige Eingriffe, motorische oder kognitive körperliche Funktionseinschränkungen, Pflegegrad und beidseitige Eingriffe (Tabelle 9).[Röbler M. 2023] Liegt mindestens ein Kontextfaktor vor, ist eine stationäre Behandlung zwar möglich, aber nicht zwingend erforderlich.

In der vorliegenden Arbeit macht die Identifikation von potenziell ambulant erbringbaren Leistungen anhand der Kurzlieger-Definition eine zusätzliche Selektionierung nach Kontextfaktoren unnötig, da davon ausgegangen wurde, dass Behandlungsfälle, die bereits nach einem stationären Aufenthalt von nur 1 bis 3 Tagen wieder entlassen werden können, mit hoher oder mittlerer Wahrscheinlichkeit auch hätten ambulant ohne stationäre Übernachtung behandelt werden können, ganz unabhängig von möglicherweise gleichzeitig existierenden Kontextfaktoren. Eine Nierenbiopsie kann zum Beispiel kann in der ‚real-world‘ selbst dann ambulant erbracht werden, wenn ‚schwerere Pflegebedürftigkeit Stufe 4 oder 5‘ als Kontextfaktor vorliegt. Entsprechend wurden solche Fälle in der vorliegenden Analyse in die Berechnung mit einbezogen, während sie in der bifg-Analyse automatisch, wenn vielleicht auch zu Unrecht, ausgeschlossen wurden.

Tabelle 10: Kategorisierung der Kontextfaktoren [ZITAT]

Kontextfaktor
K1: DRG nicht ambulant durchführbar
K2: Stationäre Behandlung laut OPS angezeigt (inkl. .xy-Codes)
K3: Stationäre Beatmung
K4: Hohe Komplexität aufgrund von Kombinationen leichter Eingriffe
K5: Postoperative Versorgungssicherheit nicht gewährleistet
K6: Stationäre Behandlung durch Diagnose angezeigt
K6-S: Erhöhter Aufwand durch Diagnose angezeigt
K7: Stationäre Behandlung durch komplexe Komorbidität angezeigt
K8: Stationäre Behandlung aufgrund von Gebrechlichkeit angezeigt
K9: Stationäre Behandlung aufgrund sozialer Begleitumstände angezeigt

Vergleichbar sind die Daten der vorliegenden Arbeit mit den Ergebnissen einer rezenten Untersuchung der TU Berlin zum Ambulantisierungspotenzial in deutschen Krankenhäusern.[Pioch C, 2024] In dieser Untersuchung wurde das Potenzial zur ambulanten Erbringung stationärer Krankenhausleistung anhand von Mikrodaten der DRG-Statistik der Jahre 2017 bis 2021 an insgesamt 81,3 Millionen vollstationären Behandlungsfällen abgeschätzt. Nach Ausschluss vermutlich nicht-ambulantisierbarer Fälle anhand der verfügbaren Kontextfaktoren (vgl. Tabelle 9) wurden nach den Kriterien der IGES-Empfehlungslisten insgesamt 15,7 Millionen Fälle (19,3 %) und nach den Kriterien des AOP-Kataloges 2023 etwa 17,0 Millionen Fälle (20,9 %) als potenziell ambulant erbringbar identifiziert. Für die Fachbereiche der Inneren Medizin, die hier im Gegensatz zur bifg-Untersuchung nicht einzeln, sondern als ‚Gruppe Innere Medizin‘ analysiert wurden, ergaben sich Ambulantisierungspotenziale zwischen 9,5 und 11,6% nach IGES-Empfehlungskatalog. Eine separate Auswertung des nephrologischen

Ambulantisierungspotenzials wurde in dieser Untersuchung nicht durchgeführt (Pioch C, 2024). Der relativ große Unterschied zur bifg-Studie mag sich aus einer unterschiedlichen Bewertung der Kontextfaktoren erklären, da in der TU-Berlin Untersuchung nicht alle in Tabelle 9 aufgeführten Kategorien von Kontextfaktoren ausgewertet werden konnten. Es ist also davon auszugehen, dass das Ambulantisierungspotenzial in der TU-Berlin Untersuchung aus diesem Grunde eher überschätzt wird.

3.5.2 Ökonomische Aspekte der Ambulantisierung stationärer nephrologischer Krankenhausleistungen

Die ökonomischen Effekte einer Ambulantisierung wurden in keiner der genannten Studien evaluiert, so dass die vorliegende Arbeit dies für den nephrologischen Fachbereich erstmals beschreibt. Eine Ambulantisierung der diskutierten nephrologischen Leistungen hat in den untersuchten Klinikstrukturen einen recht milden Einfluss auf die Gesamterlöse. Aus den oben angeführten Berechnungen summiert sich über die 4 relevanten nephrologischen OPS-Prozeduren mit hohem Ambulantisierungspotenzial hinweg ein Erlösverlust von ca. 5,5% der Gesamterlöse und liegt somit deutlich niedriger als der mit 10,5% identifizierte Anteil ambulantisierbarer nephrologischer Leistungen. Dies lässt sich unter anderem durch die kurzen Verweildauern der hier identifizierten ambulantisierbaren Behandlungsfälle erklären, die im Vergleich zum gesamten nephrologischen Fallspektrum eine unterdurchschnittliche effektive Bewertungsrelation aufweisen.

Den Verlusten gegenüberzustellen sind ambulante Erlöse zwischen 50 – 68% der stationären Erträge, so dass die tatsächliche, durch ambulante Erbringung kompensierte Erlösminderung der nephrologisch relevanten OPS-Codes mit hohem Ambulantisierungspotenzial mit ca. 2,5% der Gesamterlöse zu veranschlagen ist. Allein bezogen auf die Gesamterlöse des KFH im Jahr 2024 von rund 8,8 Mio. EUR entspricht dies einem absoluten Erlösverlust von 220.000 EUR.

Einer Ambulantisierung der hier angeführten nephrologischen Leistungen wird man in den kommenden Jahren allerdings nicht ausweichen könne, es ist abzusehen, dass in den kommenden Jahren noch weitere nephrologisch relevante OPS-Prozeduren ambulantisiert werden, zum Beispiel die intravenöse Verabreichung nicht-komplexer

Chemotherapien oder anderer Immuntherapien. Aufgrund beträchtlicher wissenschaftlicher und medizinischer Fortschritte in der Nephrologie wurden in den letzten Jahren zahlreiche moderne Antikörpertherapien und Immuntherapien für die Behandlung schwerer chronischer Nierenerkrankungen entwickelt und in das Behandlungsspektrum eingeführt. Diese intravenös zu verabreichenden Medikamente werden derzeit vornehmlich stationär verabreicht und mit zum Teil hohen Zusatzentgelten oder NUB-Zuschlägen vergütet. Prinzipiell wären diese Medikamente auch ambulant zu verabreichen, hinderlich erscheint momentan die Vergütung der stark unterschiedlichen, teilweise mehrere 10.000 € Jahreskosten beanspruchende Medikamentenkosten, die innerhalb eines breiten OPS-Codes derzeit nicht abbildbar erscheinen.

Insgesamt müssen sich der Fachbereich Nephrologie und insgesamt die Krankenhausträger auf eine deutliche Zunahme der Zahl an ambulant zu erbringenden Leistungen organisatorisch, räumlich und personell vorbereiten. Für das Gesundheitssystem und die Patienten kann die Ambulantisierung dazu beitragen, die Kostenexplosion im Gesundheitswesen ein wenig einzudämmen.

3.6 Strukturelle und organisatorische Konsequenzen einer Ambulantisierung von Krankenhausleistungen für den Fachbereich Nephrologie und den Krankenhausträger

3.6.1 Organisatorische Konsequenzen der Ambulantisierung für den Fachbereich Nephrologie

Wie oben dargestellt, werden bislang stationär erbrachte Therapien im Krankenhaus zukünftig in zunehmendem Maße ambulant abgerechnet (EBM, oder Fallpauschale nach Hybrid-DRG). Ambulante Abrechnungsmodalitäten stellen andere Ansprüche an Dokumentation und Codierung als stationäre Abrechnungsmodalitäten. Dazu kommt noch, dass die Abrechnung ambulanter Krankenhausleistungen über EBM nicht, wie im vertragsärztlichen Sektor üblich, digital bei der Kassenärztliche Vereinigung (KV) des

jeweiligen Bundeslandes eingereicht wird, sondern direkt bei den jeweiligen Krankenkassen.

Aus dieser Sachlage ergibt sich fast schon zwingend, dass der Bereich ambulanter nephrologischer Krankenhausleistungen organisatorisch, administrativ und auch personell möglichst scharf getrennt wird vom Bereich der stationären nephrologischen Versorgung, selbst wenn in beiden Bereichen dieselben nephrologischen Leistungen erbracht werden.

Darüber hinaus sind auch Terminvergabe, interdisziplinäre Kooperationen sowie Vor- und Nachsorge an ambulante Bedürfnisse und Erfordernisse anzupassen. So ist im ambulanten Bereich dafür zu sorgen, dass Patient*innen nach Durchführung von Nierenbiopsien oder perkutan-transluminären Gefäßinterventionen eine gewisse Zeit (mehrere Stunden) ärztlich und pflegerisch überwacht werden können. Sowohl für Patient*innen, wie auch für Mitarbeitende sind dabei sowohl die ambulantiserten nephrologischen Prozeduren als auch das post-prozedurale Management auf den Tagdienst zu beschränken. Entsprechend ist die Terminplanung für Eingriffe/Interventionen einzurichten. Betroffen sind davon neben dem nephrologischen Bereich auch die kooperierenden Bereiche, wie die interventionelle Radiologie, so dass hier gute Absprachen gefordert sein werden.

Ein mögliches Modell für einen wachsenden Bereich stationersetzender nephrologischer Leistungen ist die Etablierung nephrologischer Tageskliniken, die auf die ambulante nephrologische Leistungserbringung spezialisiert sind und es ermöglichen, Patient*innen ohne stationäre Aufnahme qualitativ hochwertig zu behandeln, ohne dass eine Übernachtung im Krankenhaus notwendig wird. In vielen nephrologischen Kliniken erfolgen heute bereits tagesklinische Behandlungen in Form der teilstationären Dialyse, bei der Patienten an drei Tagen in der Woche zur stationären Behandlung aufgenommen und nach Beendigung der Dialyse, in der Regel nach 4-5 Stunden, wieder nach Hause entlassen werden, ohne dass eine Übernachtung im Krankenhaus erfolgt. Diese Dialysen werden in Absprache mit den Krankenkassen nach dem aG-DRG-System als teilstationäre Behandlungen vergütet.

Teilstationär behandelte Patienten zeichnen sich aus durch einen Bedarf an besonders intensiver pflegerischer Betreuung und Aufmerksamkeit, woraus sich ein im Vergleich zu vertragsärztlichen Dialysezentren deutlich niedrigerer und somit kostenintensiverer Betreuungsschlüssel (1 Pflegekraft pro 2-3 vs. 6-8 Patient*innen) ergibt (Grützmacher 2016). Bislang wird die Verschiebung teilstationärer Dialysebehandlungsfälle in den ambulanten Sektor noch nicht diskutiert, die im AOP-Katalog enthaltenen intermittierenden Hämodialysen oder Hämodiafiltrationen sind Tages-Dialysen die dem stationären Krankenhausbetrieb entstammen. Diese intermittierenden Hämodialysen könnten ohne logistische Schwierigkeiten in den ambulanten Bereich verschoben werden, ohne dass es anderer räumlicher Strukturen bedarf.

Die Dialysestation erfüllt jedoch nicht die Kriterien für eine Tagesklinik zur ambulanten Durchführung von Nierenbiopsien und anderen Prozeduren. Hierfür ausgerichtete Tageskliniken sollten räumlich und organisatorisch vom nephrologischen Stationsbetrieb getrennt und ab einer bestimmten Größe mit eigenem Personal ausgestattet sein. Der Personalmix kann im Vergleich zu Dialyseeinheiten oder nephrologischen Stationen durch den vermehrten Einsatz von medizinischen Fachangestellten kostengünstiger sein.

Aufgrund der nicht sehr hohen Zahlen an ambulantisierbaren Prozeduren und somit niedriger Auslastung erscheint die Einrichtung eigener nephrologischer Tageskliniken jedoch wirtschaftlich wenig sinnvoll. Für Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung sowie der Maximalversorgung wäre der Aufbau interdisziplinärer Tagesklinik sicherlich ein wirtschaftlich sinnvollerer Weg, die zunehmende Ambulantisierung nicht nur in den nephrologischen und auch vielen anderen Fachbereichen effektiv und kostendeckend zu organisieren.

3.6.2 Organisatorische Konsequenzen der Ambulantisierung für das Krankenhaus

Im November 2023 wurde eine von der Rhön-Stiftung beauftragte Studie zur operativen Umsetzung der ambulanten stationersetzenden Versorgung in Krankenhäusern publiziert, die wichtige Anhaltspunkte für eine kostendeckende Organisation der

ambulanten Krankenhausleistungen liefert.[Spinner G, 2023] Ausgangspunkt war die Erkenntnis, dass angesichts der bereits vorhandenen finanziellen Unterdeckung eine Erweiterung der ambulanten Leistungserbringung ohne organisatorische und prozessorale Anpassungen dieses Defizit noch vergrößern würde. Durch eine Adaptation der Krankenhausstruktur, der Organisationsabläufe und der Mitarbeitermotivation an die Erfordernisse einer zunehmenden ambulanten Erbringung von Krankenhausleistungen kann die Ambulantisierung jedoch kostendeckend oder gar profitabel gestaltet werden.[Harney A, 2024]

Planerisch sind dabei sowohl der regionale Bedarf als auch das Leistungsangebot anderer Gesundheitsanbieter in der Region zu berücksichtigen. Die Ambulantisierung im Krankenhaus sollte Bestandteil einer Gesamtstrategie sein, die neben den Aspekten des ambulanten Angebots auch Synergien mit den Bedürfnissen der vollstationären Versorgung schafft. Beide Bereiche bedürfen regelmäßiger Investitionen in strukturelle und prozessorale Entwicklungen.[Spinner 2023]

Ganz im Gegenteil zu den heutigen Krankenhausstrukturen, in denen ambulante Leistungen häufig von einzelnen Bereichen als semi-professionelle „stand-alone“ Lösung dargebracht werden, wird es in Zukunft notwendig sein, auch die administrativen Kapazitäten des Krankenhauses im Hinblick auf die ambulante Versorgung auszubauen. In der von der Rhön-Stiftung beauftragten Studie zu dieser spezifischen Fragestellung werden folgende Maßnahmen für Krankenhäuser empfohlen [Spinner 2023]:

a. Einführung eines Ambulanzcontrollings und -reportings

Auf der Basis einer IST-Analyse und einer Simulation der strukturellen und ökonomischen Auswirkungen der Ambulantisierung sollte durch ein dauerhaftes Ambulanzreporting eine Möglichkeit zur Steuerung und Weiterentwicklung des Angebots und des Leistungsspektrums entwickelt werden.

b. Entwicklung eines strategisch orientierten ambulanten Portfolios

Ausgehend von den aktuellen und zukünftigen ambulanten Leistungen ist fachabteilungsspezifisch zu klären, welche der Leistungen durch das Krankenhaus selbst erbracht werden können oder sollen und für welche Leistungen Kooperationen mit Partnern in der Versorgungsregion aufgebaut werden sollten.

c. Investitionen in passende Raum- und Funktionskonzepte

Ambulanten Leistungen sollten nach Art und Tätigkeit geclustert und entlang der Cluster räumlich in multidisziplinär nutzbaren Ambulanzzentren zusammengefasst werden. Beispiele sind hier ambulante OPs und interdisziplinäre Tageskliniken. Voraussetzung für einen wirtschaftlichen Betrieb interdisziplinär genutzter Funktionsstellen ist die Realisierung eines bedarfsgerechten Organisationskonzeptes.

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

Interdisziplinären ambulante/tagesklinische Zentren sollten als Organisationseinheiten funktionieren, in denen das gesamte Spektrum des Patientenmanagements von Terminierung, Aufnahme, Assistenz bis hin zur Abrechnung autark erfolgt. Die Zentralisierung dieser Leistungen erlaubt durch Skalen- und Verbundeffekte eine kostensparende Personalstruktur im ärztlichen sowie pflegerischen und assistierenden Bereich. Ambulante Krankenhausstrukturen können in Zukunft ein attraktives Arbeitsfeld für medizinische Fachangestellte werden.

e. Prozessstandardisierung und Schnittstellenmanagement

Ein erweiterter ambulanter Krankenhausbereich wird viele Krankenhausstrukturen gemeinsam mit dem stationären Krankenhausbereich nutzen, so dass es schnell zu Engpässen in der Leistungserbringung und Unzufriedenheiten kommen kann. Interdisziplinarität bedarf gut geplanter, standardisierter Behandlungspfade und einer funktionierenden interaktiven Kommunikationsstruktur, um funktionelle Engpässe frühzeitig zu entdecken, diesen entgegenzuwirken und sie zu beseitigen.

f. Digitale Prozessunterstützung

Ambulante, noch mehr als stationäre Krankenhausprozesse brauchen eine aktive und direkte Kommunikationsstruktur mit externen ambulanten und stationären Gesundheitseinrichtungen, wie Kliniken, Pflegeeinrichtungen, Pflegediensten, Apotheken und Zuweisern. Moderne Medien, digitale Technologie, Telemedizin und sicherer Datenaustausch sind die Basis für eine erfolgreiche Kommunikation und Interaktion mit diversen anderen Playern.

Mit den aufgelisteten Maßnahmen lassen sich attraktive ambulante oder tagesklinische Krankenhausstrukturen aufbauen. Allerdings führt die gesetzliche Möglichkeit, ambulante Krankenhausleistungen zu etablieren und anzubieten bislang in der Breite nicht zu einer entsprechenden Zunahme tagesmedizinischer Krankenhausangebote. Neben finanziellen Gründen und der Krankenhausgröße scheinen insbesondere der Mix an Fachbereichen, die Prozedurendichte, die Infrastruktur der Notfallmedizin, die demographische Zusammensetzung des Einzugsbereiches und das Vorbestehen spezialisierter ambulanter Strukturen eine bedeutende Rolle bei der erfolgreichen Etablierung ambulanter Krankenhausstrukturen zu spielen.[Messer 2024]

Alternative Vorschläge zum Abbau stationärer Betten bei gleichzeitiger Steigerung der ambulanten Versorgung umfassen die Umwandlung vor allem kleiner Krankenhäuser in rein *ambulante Kliniken*, die auch in den Krankenhausplan aufgenommen werden könnten. Diese Vorschläge werfen allerdings Fragen auf nach der möglichen Einordnung solcher ambulanter Kliniken in die Bedarfsplanung, die Vergütungsstruktur und auch die Trägerstruktur. Sind solche neuen Strukturen nicht ärztlich oder von Krankenhäusern geführt, können Ärzte hier wohl nicht ambulant tätig werden, da nach § 17 Abs. 1 Musterberufsordnung für Ärzte (MBO-Ä), zumindest in einigen Bundesländern die Ausübung ambulanter ärztlicher Tätigkeit außerhalb von Krankenhäusern einschließlich konzessionierter Privatkliniken an die Niederlassung in einer Praxis gebunden ist. [Büscher A.2023]. Von Ärztlichen Berufsgruppen geführte ambulante Kliniken könnten aber durchaus ein Konzept für die weitere Ambulantisierung im Gesundheitswesen sein.

3.7 Abschlussbemerkungen

Die Ambulantisierung stationärer Krankenhausleistungen soll zukünftig eine bedeutende Maßnahme zur Senkung der Kosten im Gesundheitswesen und in der Verfügbarkeit medizinischer Angebote spielen. Auch wenn sich der Fachbereich der Nephrologie primär durch eine hohe Komplexität der Behandlungsfälle mit hoher mittlerer Verweildauer auszeichnet, bieten sich auch hier gute Möglichkeiten zur Ambulantisierung. Insbesondere Nierenbiopsien, Implantation, Wechsel und Entfernung zentralvenöser Dialysekatheter, perkutane-transluminale Interventionen am vaskulären

Dialysezugang sowie Tages-Hämodialysen sind nach der hier vorliegenden Analyse durchaus in einen tagesklinischen Bereich zu überführen.

Tagesklinische Bereiche brauchen eine eigenständige räumliche, personelle und administrative Struktur, so dass sich für Krankenhäuser der Aufbau interdisziplinärer Tageskliniken, sinnvollerweise auch in Verbindung mit einem ambulanten Operationsbereich, anbietet. Eine gut strukturierte und organisierte Tagesklinik kann in der Nephrologie zur Steigerung ambulanter Leistungen genutzt werden, so würde es sich anbieten, die tagesklinische Struktur zum Beispiel in ein interdisziplinäres Dialysezugangszentrum zu integrieren oder ein ambulantes Nierenbiopsiezentrum zu etablieren.

Es ist evident, dass Ambulantisierung nicht zwingend mit einer spürbaren Erlösminderung einhergehen muss. Gut aufgebaute interdisziplinäre Strukturen, die sich am Bedarf von Patientinnen und Patienten, sowie der zuweisenden Ärztinnen und Ärzten orientieren, können durchaus ein Erfolgsmodell der näheren Zukunft sein, auch in Diagnostik und Therapie nephrologischer Krankheitsbilder.

4 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Behandlungscharakteristika der nephrologischen Kliniken der Jahre 2023 und 2024

Tabelle 2: Potenziell ambulant erbringbare, nephrologische Leistungen, deren Abbildung in gängigen OPS-Katalogen und die Häufigkeit der Dokumentation dieser Prozeduren in den Abrechnungsdaten der Jahre 2023 und 2024 in der Gruppe der Kurzlieger.

Tabelle 3: Nephrologische Prozeduren mit hohem (VWD1), mittlerem (VWD2) und niedrigem (VWD3) Ambulantisierungspotenzial

Tabelle 4: OPS 1-465.0, Nierenbiopsie; gesamte und anteilige Erlöse bei stationärer Abrechnung nach aDRG

Tabelle 5: OPS 5-399.x: Implantation, Wechsel oder Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen; gesamte und anteilige Erlöse bei stationärer Abrechnung nach aDRG

Tabelle 6: OPS 8-836.xx, (Perkutan-)transluminale Gefäßinterventionen, gesamte und anteilige Erlöse bei stationärer Abrechnung nach aDRG

Tabelle 7: OPS 8-854.x und 8-855.x: Hämodialyse, Hämodiafiltration, gesamte und anteilige Erlöse bei stationärer Abrechnung nach aDRG

Tabelle 8: Durchschnittliche Erlöse stationär erbrachter, potenziell ambulanti-sierbarer Leistungen in Abhängigkeit von der stationären Verweildauer.

Tabelle 9: Positionen der Behandlungskosten und Vergütungsfähigkeit bei teilstationärer und ambulanter Hämodialyse

Tabelle 10: Kategorisierung der Kontextfaktoren

5 Literaturverzeichnis

Albrecht, M., Mansky, T., Sander, M., Schiffhorst, G. (2022) IGES Institut, Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V, (2022); *online unter*: https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e27603/e27841/e27842/e27844/attr_objjs27932/IGES_AOP_Gutachten_032022_ger.pdf [Abruf: 23.07.2025]

Annex-2 (2022) zum Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V, OPS Empfehlungen. IGES Institut; *online unter* URL https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.iges.com%2Fsites%2Figesgroup%2Figes.de%2Fmyzms%2Fcontent%2Fe6%2Fe1621%2Fe10211%2Fe27603%2Fe27841%2Fe27842%2Fe27844%2Fattr_objjs27935%2FAnnexOPSEmpfehlungen_ger.xlsx&wdOrigin=BROWSELINK [Abruf: 23.07.2025]

AOP-Katalog 2025, Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationärsersetzender Eingriffe und stationärsersetzender Behandlungen gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus. Stand 01.01.2025 *online unter* URL https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.2_Finanzierung_und_Leistungskataloge/2.2.3_Ambulante_Verguetung/2.2.3.2_Ambulantes_Operieren_115b_SGB_V/AOP-Katalog_2025.pdf [Abruf: 23.07.2025]

Hybrid-DRG-Katalog (2026); Beschluss zum Hybrid-DRG Leistungskatalog 2026; Reimbursement Institute. *Online unter* URL <https://reimbursement.institute/wp-content/uploads/Beschluss-zum-Hybrid-DRG-Leistungskatalog-2026.pdf> [Abruf: 23.07.2025]

Blank K, Höfer-Scheffold K, Jedlitschka K, Lehmann G; (2022) Sektorenübergreifende Versorgung: Vorankommen an der Dauerbaustelle; *online unter* URL <https://www.tk.de/resource/blob/2190056/535dc3f17642940bd7aadc931ada301e/sektoreneuebergreifende-versorgung-data.pdf> [Abruf: 23.07.2025]

Büscher A. (2023) Förderung der Ambulantisierung. Berufs- und gefahrenabwehrrechtliche Dimension ambulanter Kliniken. Gesundheitsrecht.blog Nr. 11, 2023; *online unter* URL <https://gesundheitsrecht.blog/wp-content/uploads/2023/03/Buescher-Gesundheitsrecht.blog-Nr.-11-2023.pdf> [Abruf: 23.07.2025]

DKG-Positionspapier (2023): Förderung der Ambulantisierung im stationären Versorgungsbereich – Einführung von Hybrid-DRGs und klinisch-ambulanten Leistungen. *online unter* URL https://www.dkgev.de/fileadmin/default/2022-05_DKG_Positionspapier_Foerderung_der_Ambulantisierung_20_Legislaturperiode.pdf [Abruf: 23.07.2025]

Grützmacher P, Galle J, Grupp C, Hausberg M, Heemann U, Heering P, Kribben, A, Kuhlmann MK, Schmidt M, Bokemeyer D. (2016) Teilstationäre Hämodialysebehandlung: Kosten und Leistungen. Das Krankenhaus (9); 786-796

Harney A, Wich S. (2024) Strategische (Neu-)Ausrichtung von Krankenhäusern: Chancen der Ambulantisierung. Solidaris *online unter* URL <https://www.solidaris.de/aktuelles/strategische-neuausrichtung-von-krankenhaeusern-ambulantisierung> [Abruf: 23.07.2025]

Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfLEG) *online unter* URL <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/gesetze-und-verordnungen/guv-20-lp/khpfleg.html> [Abruf 23.07.2025]

Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVVG) *online unter* URL <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und->

[verordnungen/detail/krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz-khvvg.html](#) [Abruf 23.07.2025]

Levsen A, Parloch AK, Offermanns M; (2022) Ergebnisbericht Ambulantes Operieren im Krankenhaus - Kosten- und Erlösvergleich von Leistungen nach § 115b SGB V bei Leistungserbringung im Krankenhaus. Deutsches Krankenhaus Institut (2022). *online unter* URL https://www.bdpk.de/fileadmin/user_upload/BDPK/Service/Studien/2022/2022-11_30_DKISStudie_AOP.PDF [Abruf: 23.07.2025]

Messerle R, Hoogestraat F, Wild E-M. (2024) Which factors influence the decision of hospitals to provide procedures on an outpatient basis? Mixed-methods evidence from Germany. *Health Policy* 150 (2024) 105193. Doi 10.1016/j.healthpol.2024.105193

Pioch C, Nimptsch U, Mansky T, Busse R. (2024) Endbericht zum Projekt Ambulantisierungspotenzial in deutschen Akutkrankenhäusern (Korrigierter Bericht 2024) *online unter* URL https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Gutachten/Endbericht_AMBPO_30-11-23.pdf [Abruf: 23.07.2025]

Repschläger U., Rößler M., Schulte C., Sievers C., Wende D. (2022): IGES-Gutachten zur Ausweitung ambulanter Operationen. Eine Potenzialermittlung unter Berücksichtigung des Behandlungskontextes. <https://doi.org/10.30433/ePGSF.20.22.002>. *online unter* URL https://www.bifg.de/media/dl/ePaper/Bifg_ePaper_AOP.pdf [Abruf: 23.07.2025]

Rößler M. (2024) Vortrag zum Ambulantisierungspotenzial in Deutschland; Barmer Institut für Gesundheitsforschung. *online unter* URL <https://www.barmer.de/resource/blob/1293674/892186f8417b8adbd7d9a8c4bf9a3ff1/vortrag-zum-ambulantisierungspotenzial-in-deutschland-data.pdf> [Abruf: 23.07.2025]

Spinner G, Kaiss J, Hagemeier C, Katholing M, Schäfer C; (2023) Rhön Stiftung, Operative Umsetzung der ambulanten, stationersetzenden Versorgung in Krankenhäusern. *online unter* URL https://www.rhoen-stiftung.de/wp-content/uploads-2023-11-ambul-kh_-pdf/ [Abruf: 23.07.2025]