



## 29. Deutscher Krankenhaus Controller-Tag

**HELMSAUER**

BERATUNG

**Frank Dünwald**

**Geschäftsführer**

**St. Elisabeth-Krankenhaus**

**Köln-Hohenlind**

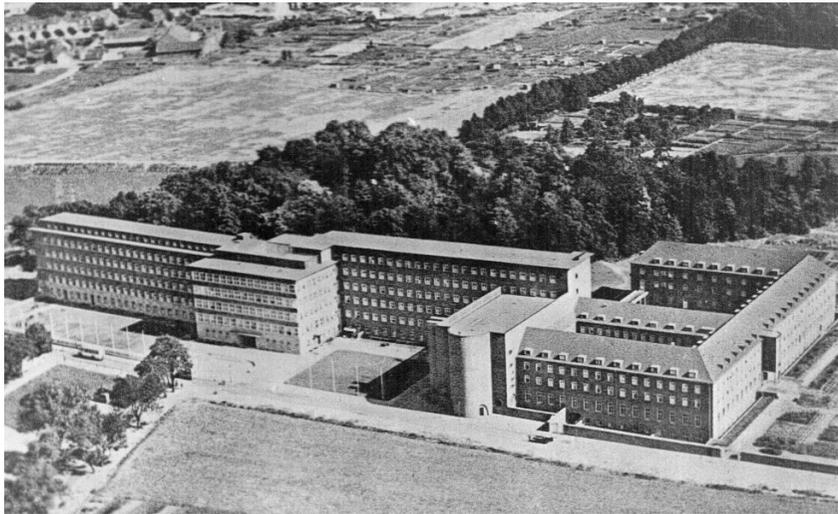
**Torsten Lübben**

**Geschäftsführer**

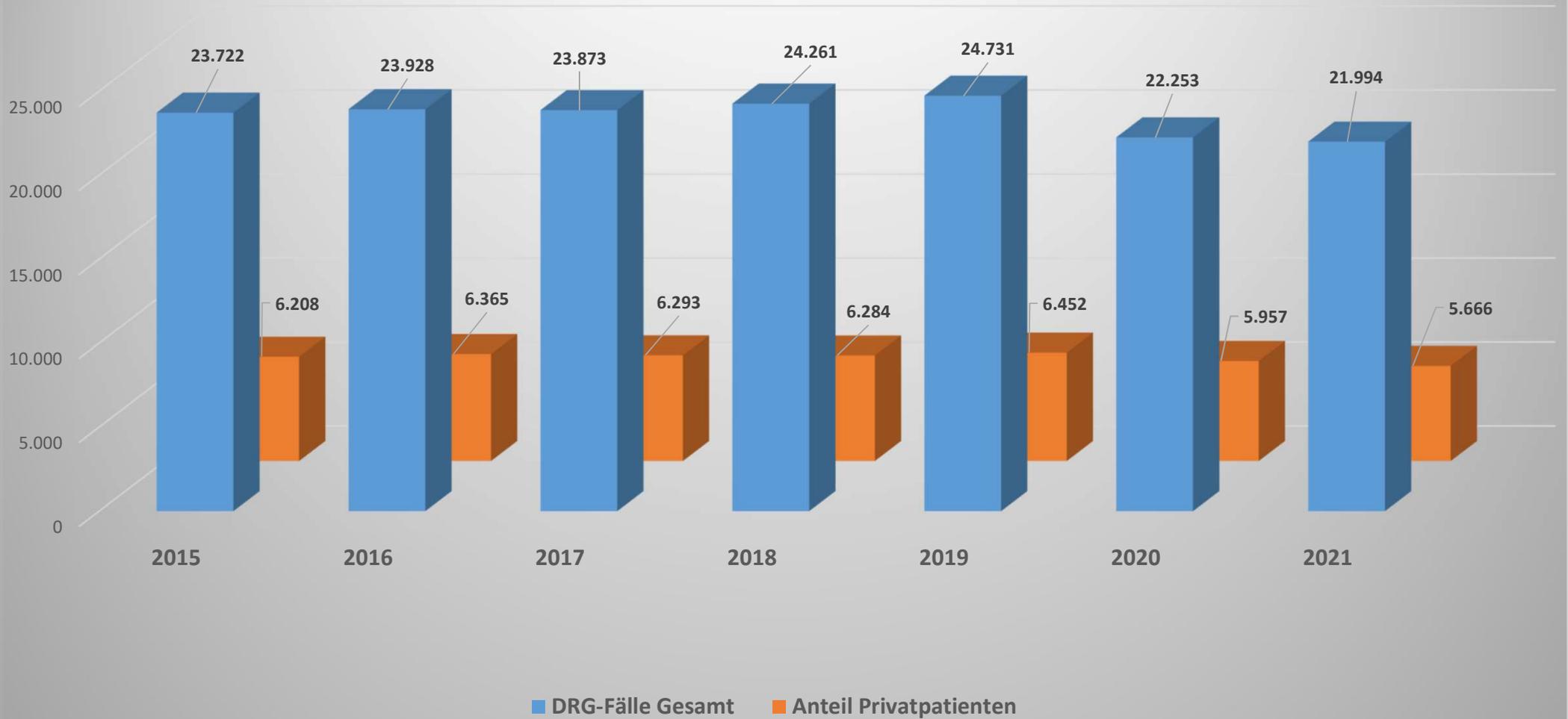
**Helmsauer-Curamed-Beratung**

**Nürnberg**

## St. Elisabeth-Krankenhaus Köln-Hohenlind



## DRG Fallzahl inkl. ÜL



# Zertifizierungen

	seit
Brustzentrum (ÄK WL)	2006
KTQ	2007
Koloproktologiezentrum (Fachges.)	2008
pCC	2010
Darmzentrum (OnkoZert)	2011
Schmerztherapie (painCert)	2011
Endometriosezentrum (Fachges.)	2013
Pankreasmodul (OnkoZert)	2014
Gyn. Tumorzentrum (OnkoZert)	2014
Augen-OP (KVNO)	2015
Kopf-Hals-Tumorzentrum (DIN ISO)	2015
Lokales Traumazentrum (Traumanetzwerk DGU)	2018
Prostatazentrum (Dachverband)	2018



# Onkologisches Zentrum

- Leiter: Prof. Dr. Daniel Rein
- Nach DKG zertifiziert



Brustzentrum

Darm- & Pankreaszentrum

Gynäkologisches Krebszentrum

Kopf-Hals-Tumorzentrum

Prostatakrebszentrum



**TOP**  
REGIONALES  
KRANKENHAUS  
**2020**  
**NORDRHEIN-  
WESTFALEN**

**FOCUS**

DEUTSCHLANDS  
GRÖSSTER  
KRANKENHAUS-  
VERGLEICH

FOCUS-GESUNDHEIT  
08 | 2019

**FOCUS**

**TOP**  
MEDIZINER  
**2021**

SINUSITIS

FOCUS-GESUNDHEIT 04/2021  
IN KOOPERATION MIT  
**FACT<sup>®</sup> „FIELD**

**TOP**  
NATIONALES  
KRANKENHAUS  
**2021**

**FOCUS**

DEUTSCHLANDS  
GRÖSSTER  
KRANKENHAUS-  
VERGLEICH

FOCUS-GESUNDHEIT  
08 | 2020

**FOCUS**

**TOP**  
MEDIZINER  
**2021**

PROSTATA-  
SYNDROM

FOCUS-GESUNDHEIT 04/2021  
IN KOOPERATION MIT  
**FACT<sup>®</sup> „FIELD**

**TOP**  
NATIONALES  
KRANKENHAUS  
**2021**  
**BRUSTKREBS**

**FOCUS**

DEUTSCHLANDS  
GRÖSSTER  
KRANKENHAUS-  
VERGLEICH

FOCUS-GESUNDHEIT  
08 | 2020

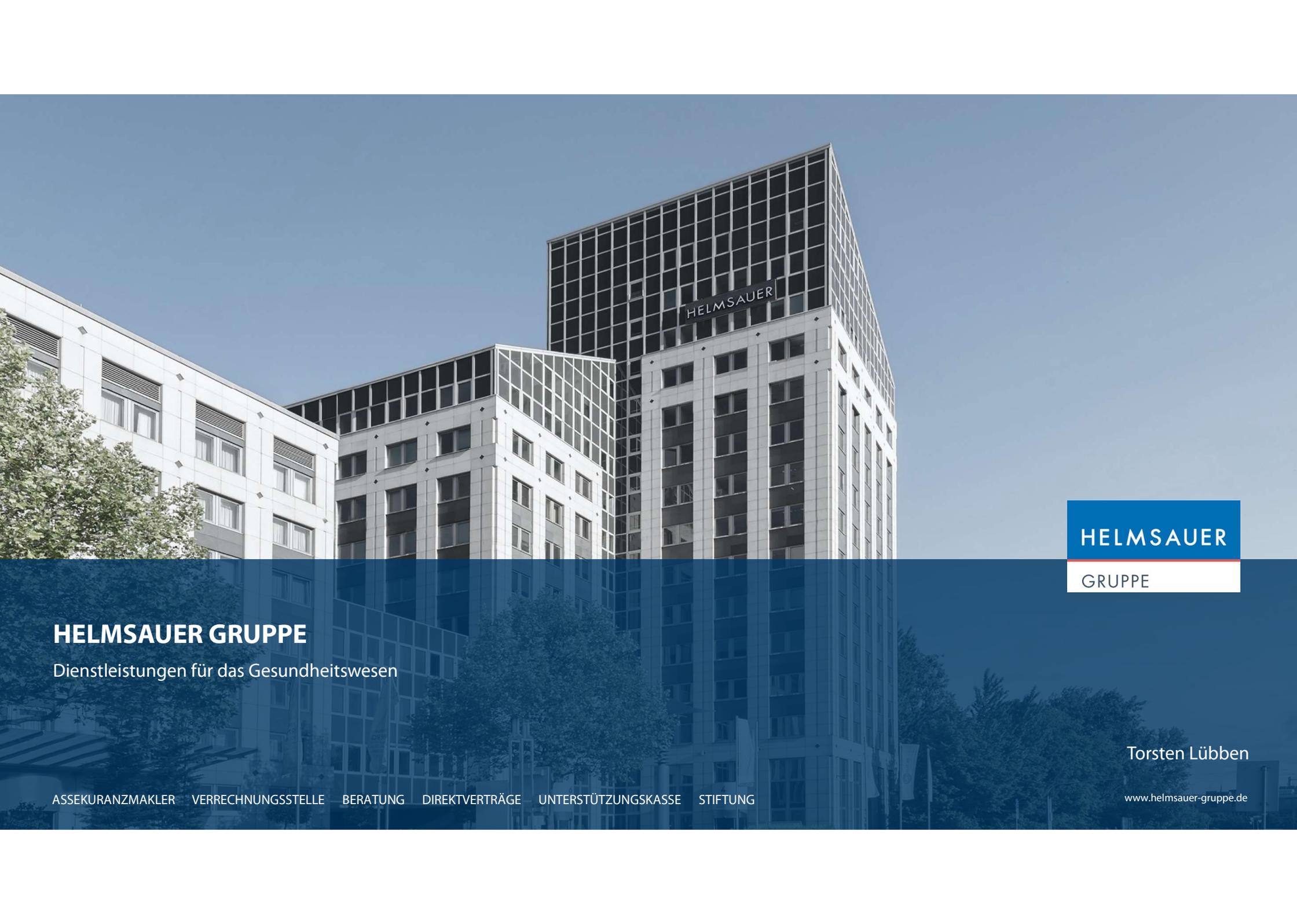
**TOP**  
NATIONALES  
KRANKENHAUS  
**2021**  
**GYN.  
CHIRURGIE**

**FOCUS**

DEUTSCHLANDS  
GRÖSSTER  
KRANKENHAUS-  
VERGLEICH

FOCUS-GESUNDHEIT  
08 | 2020





HELMSAUER

HELMSAUER

GRUPPE

# HELMSAUER GRUPPE

Dienstleistungen für das Gesundheitswesen

Torsten Lübben

ASSEKURANZMAKLER VERRECHNUNGSSTELLE BERATUNG DIREKTVERTRÄGE UNTERSTÜTZUNGSKASSE STIFTUNG

[www.helmsauer-gruppe.de](http://www.helmsauer-gruppe.de)

## ÜBER DIE HELMSAUER GRUPPE

### „Dienstleistung aus Leidenschaft“

Zu der **inhabergeführten Firmengruppe**, die bereits **seit 1963 erfolgreich** am Markt tätig ist, zählen **5 Unternehmen und ein Mehrfachagent** mit Spezialisierung auf verschiedene Bereiche des Gesundheitswesens.

Wir bieten **individuelle Finanzdienstleistungsprodukte**, die aus den Erkenntnissen unserer langjährigen Erfahrung in Verbindung mit den Anforderungen unserer Kunden entstehen.

**Wir nehmen Ihre Bedürfnisse persönlich** – deshalb stehen Ihnen **330 qualifizierte und serviceorientierte Mitarbeiter an 36 Standorten** in Deutschland, Schweiz und Österreich gerne zu Ihrer Verfügung – auch bei Ihnen vor Ort.

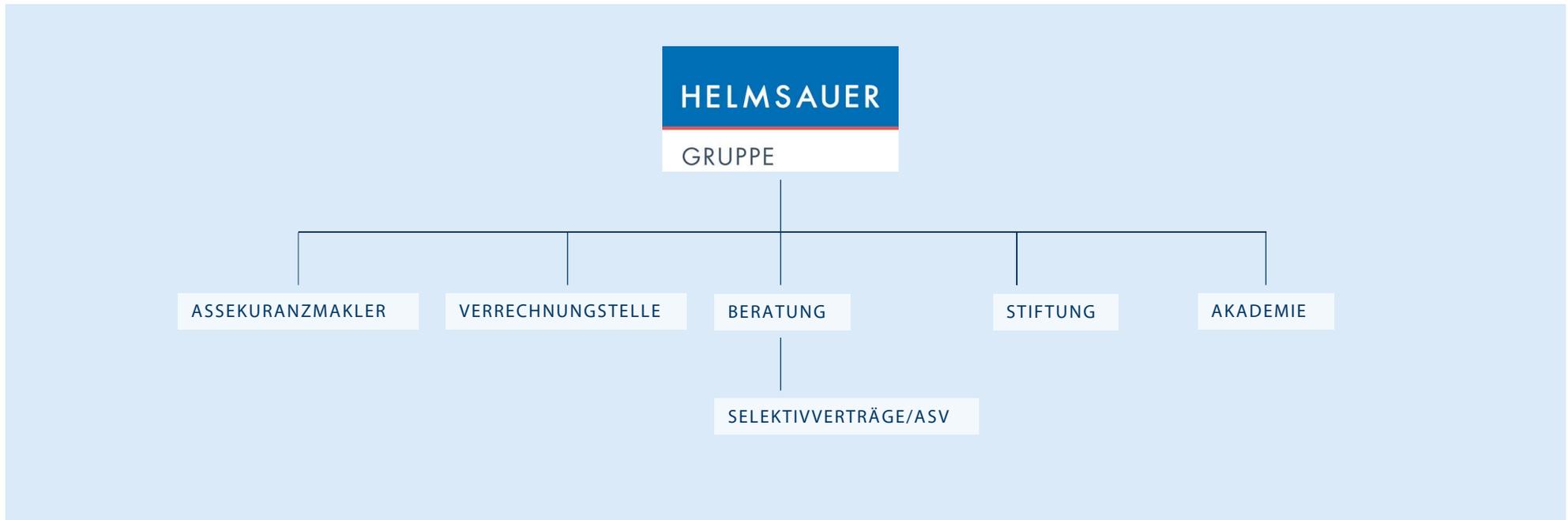
Damit ist der Unternehmensverbund mit mehr als 30.000 Kunden einer der **größten Dienstleister für das Gesundheitswesen** in Deutschland.



### Die Helmsauer Gruppe steht für ...

- + jahrzehntelange Erfahrung
- + Fachkompetenz und Qualität
- + individuelle, bedarfsgerechte Konzepte
- + persönliche Betreuung vor Ort
- + moderne Kommunikation
- + für den direkten Kontakt
- + Datenschutz und Sicherheit

## DIE HELMSAUER GRUPPE



Helmsauer & Kollegen  
Assekuranzmakler AG  
aewz Ärzte-Wirtschafts-  
Zentrum Köln GmbH

Verrechnungsstelle für  
Ärzte Oswald Helmsauer  
GmbH

Helmsauer Curamed  
Managementgesellschaft  
und Beratungszentrum  
für das Gesundheitswesen  
GmbH

Rebeca health care GmbH

Helmsauer Stiftung  
zur Förderung  
junger Ärztinnen  
und Ärzte e.V.

Helmsauer Akademie  
für Weiterbildung und  
Qualitätsmanagement  
GmbH

# Megatrend Ambulantisierung –

Wie können Krankenhäuser zukünftig Ihr Leistungsportfolio gestalten?



## AGENDA

- > Einführung
- > Was treibt die Krankenhäuser um beim Stichwort „Ambulantisierung“?
- > Der neue IGGES-Katalog zum ambulanten Potential
- > Die BARMER-Analyse
- > Transformation stationärer Leistungen in ein ambulantes Angebot
  - Bedarfsanalyse
  - Potentialanalyse
  - Scheinwert und Leistungsstruktur
- > Fazit

## Immer wieder neu....

Pressemitteilung DKG vom 16.11.2021

„Die Ambulantisierung der Medizin ist für uns in den Krankenhäusern ein Top-Thema der nächsten Jahre und wird wesentlicher Teil der Strukturveränderungen in der Gesundheitsversorgung sein“ –

Sicht einer Krankenhaus-Geschäftsführung

Dabei steht fest:

Die Krankenhäuser stellen bereits jetzt eine wesentliche Säule der ambulanten Versorgung dar.



## Neuer IGES – AOP - Katalog

Liste der für eine Erweiterung des AOP-Katalogs empfohlenen OPS-Leistungen			Anzahl OPS der vollstationären Fälle, 2019
OPS-Kode	KapNr	Titel	Quelle: Statistisches Bundesamt (DRG-Statistik)
1-204.2	1	Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme	246.132
1-204.5	1	Untersuchung des Liquorsystems: Liquorentnahme aus einem liegenden Katheter	5.166
1-205	1	Elektromyographie (EMG)	64.896
1-206	1	Neurographie	157.016
1-207.2	1	Elektroenzephalographie (EEG): Video-EEG (10/20 Elektroden)	13.251
1-207.3	1	Elektroenzephalographie (EEG): Mobiles Kassetten-EEG (10/20 Elektroden)	4.138
1-208.0	1	Registrierung evozierter Potentiale: Akustisch [AEP]	45.677
1-208.1	1	Registrierung evozierter Potentiale: Früh-akustisch [FAEP/BERA]	124.770
1-208.2	1	Registrierung evozierter Potentiale: Somatosensorisch [SSEP]	135.669
1-208.3	1	Registrierung evozierter Potentiale: Früh-somatosensorisch [FSSEP]	6.626
1-208.4	1	Registrierung evozierter Potentiale: Motorisch [MEP]	45.028
1-208.5	1	Registrierung evozierter Potentiale: Spät-akustisch [CERA]	111
1-208.6	1	Registrierung evozierter Potentiale: Visuell [VEP]	63.217
1-208.7	1	Registrierung evozierter Potentiale: Kognitiv [KEP]	503
1-208.8	1	Registrierung evozierter Potentiale: Otoakustische Emissionen [OAE]	348.685
1-208.9	1	Registrierung evozierter Potentiale: Vestibulär myogen [VEMP]	2.956
1-209	1	Komplexe Diagnostik bei Spina bifida	28
1-20a.20	1	Andere neurophysiologische Untersuchungen: Neurologische Untersuchung bei Bewegungsstörungen: Untersuchung der Pharm	3.209
1-20a.21	1	Andere neurophysiologische Untersuchungen: Neurologische Untersuchung bei Bewegungsstörungen: Untersuchung der operat	612
1-20a.30	1	Andere neurophysiologische Untersuchungen: Neurophysiologische Diagnostik bei Schwindelsyndromen: Elektro- und/oder Vid	15.763
1-20a.31	1	Andere neurophysiologische Untersuchungen: Neurophysiologische Diagnostik bei Schwindelsyndromen: Video-Kopfimpulstes	9.072
1-20a.32	1	Andere neurophysiologische Untersuchungen: Neurophysiologische Diagnostik bei Schwindelsyndromen: Bestimmung der subj	1.550
1-20a.33	1	Andere neurophysiologische Untersuchungen: Neurophysiologische Diagnostik bei Schwindelsyndromen: Posturographie	1.999
1-20b.0	1	Magnetenzephalographie (MEG): Zur Lokalisation epileptischer Foci	26
1-20b.1	1	Magnetenzephalographie (MEG): Zur Lokalisation funktioneller Hirnareale	
1-20c.0	1	Navigierte transkranielle Magnetstimulation (nTMS): Zur Identifizierung von Hirnarealen für die Motorik (Motormapping)	3.558
1-20c.1	1	Navigierte transkranielle Magnetstimulation (nTMS): Zur Identifizierung von Hirnarealen für die Sprache (Speechmapping)	2.657
1-213	1	Syndromdiagnose bei komplizierten Epilepsien	2.143
1-242	1	Audiometrie	128.306
1-243	1	Phoniatrie	6.254
1-245	1	Rhinomanometrie	20.224
1-247	1	Olfaktometrie und Gustometrie	18.422

# HELMSAUER

BERATUNG

Auszug aus dem OPS-Katalog zur Erweiterung der AOP-Leistungen (bislang 2.879), um insg. 2.476 auf neu: 5.355!

Diskussion:

- Haupt-OPS...
- Anzahl der OPS... je Leistung

## IGES Top 20 DRG zur Ambulantisierung

HELMSAUER

BERATUNG

DRG	Bezeichnung	Anzahl Fälle insg. (2019) (Quelle: Inek-DatenBrowser)
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne bes	486.959
F71B	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, ohne kathetergestüt	289.792
B80Z	Andere Kopfverletzungen	228.808
F67D	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte mäßig aufwendige / aufwendige Be	218.387
K62C	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie, ohne kompliz. Diagnose, ohne endoskopische Einlage eines Mager	166.842
L63F	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte mäßig aufwendige / aufwendige / hochaufwendige Behandlung, c	155.913
D61Z	Gleichgewichtsstörung, Hörverlust und Tinnitus	146.337
G72B	Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane, Alter > 2 Jahre oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphaden	131.771
F74Z	Thoraxschmerz und sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems	112.742
E63B	Schlafapnoesyndrom oder Polysomnographie oder kardiorespiratorische Polygraphie bis 2 Belegungstage, Alter > 17 Jahre, ohne bestimm	109.312
G71Z	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane	97.728
B81B	Andere Erkrankungen des Nervensystems ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandlung	97.122
J64B	Bestimmte Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus ohne äußerst schwere CC oder Alter < 6 Jahre	91.131
K60F	Diabetes mellitus, Alter > 10 Jahre, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ohne komplexe Diagnose	87.263
B77Z	Kopfschmerzen	82.910
L64D	Andere Erkrankungen der Harnorgane ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte Diagnose oder ein Belegungstag, Alter > 1	82.287
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag	80.987
Q61B	Andere Erkrankungen der Erythrozyten, ohne äußerst schwere CC	75.087
B71D	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne komplexe Diagnose, ohne Komplexbehandlung der Hand, ohne äußerst schwer	73.511
L60D	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC, Alter > 17 Jahre oder ohne schwere CC, ohne inten	66.347

# IGES zur Ambulantisierung

...1.482 Operationen, vor allem an der Haut, am Auge sowie am Muskel- und Skelettsystem

Zweithäufigste Neuaufnahme wären diagnostische Maßnahmen wie Endoskopien mit insgesamt 546 Leistungen

Das, so das IGES, seien mehr als ein Viertel aller rund 58 Millionen vollstationären Leistungen!

Aktuelles

AMBULANTES OPERIEREN (AOP)

## Voller Katalog

In einem mit großen Erwartungen verbundenen Gutachten empfiehlt das Berliner IGES-Institut insgesamt 2476 medizinische Leistungen, die zusätzlich in den Katalog für ambulantes Operieren (AOP) aufgenommen werden sollten. Es geht um mehr als ein Viertel aller bisherigen vollstationären Leistungen.



© Jacob Lund/stockphoto.com - Stock Photo. Pinned by med4u.

Gewaltiges Potenzial: Die IGES-Gutachter haben OPs und Prozeduren vorgeschlagen, bei denen die Möglichkeit für eine ambulante Durchführung besteht. Dabei haben sie auch AOP-Erfahrungen im Ausland berücksichtigt. © Jacob Lund/stockphoto.com - Stock Photo. Pinned by med4u.

Er kam am 1. April und damit mit knapp dreimonatiger Verspätung, dafür hat es der IGES-Bericht jetzt aber auch in sich: Mit den zusätzlichen Leistungen würde der bisherige AOP-Katalog, der 2879 Positionen zählte und mehr als 15 Jahre weitgehend unverändert blieb, um fast 90 Prozent wachsen. Für die Erweiterung empfehlen die IGES-Experten alle 1.482 Operationen, vor allem an der Haut, am Auge sowie am Muskel- und Skelettsystem. Zweithäufigste Neuaufnahme wären diagnostische Maßnahmen wie Endoskopien mit insgesamt 546 Leistungen. Der neue Katalog, so die Gutachter, solle stufenweise und im Sinne eines „lernenden Systems“ umgesetzt werden.

Auf das Erlösgeschäft der Krankenhäuser könne der IGES-Bericht erhebliche Auswirkungen haben, schreibt kma Herausgeber Prof. Dr. Axel Ekkernkamp in dieser Ausgabe (siehe Seite 3). Die für den AOP-Katalog empfohlenen OPs und Prozeduren führten sie im Jahr 2019 rund 15 Millionen Mal vollstationär durch. Das, so das IGES, seien mehr als ein Viertel aller rund 58 Millionen vollstationären Leistungen. Auftraggeber des Gutachtens sind die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband. Das Selbstverwaltungs-Trio vereinbart den künftigen AOP-Katalog samt einer für Kliniken und niedergelassene Vertragsärzte einheitlichen Vergütung der enthaltenen Leistungen. Dass der Katalog substantiell erweitert werden muss, hatte der Gesetzgeber mit dem Anfang 2020 in Kraft getretenen MDK-Reformgesetz festgelegt. Dahinter steht das Ziel, die Ambulantisierung voranzutreiben.

Eine neue Kontextprüfung soll es den Kliniken ermöglichen, fallindividuell zu begründen, warum sie Patienten, wenn nötig, doch stationär behandeln. Als Gründe nennen die IGES-Gutachter etwa erhöhte Krankheitsschwere, altersbedingte Risiken, soziale Begleitumstände oder erhöhte Betreuungsbedarfe. Die Ergebnisse sollen gleichzeitig dazu dienen, bei den zu vereinbarenden sektoreinheitlichen Vergütungen den Schweregrad des Behandlungsfalls und höheren Versorgungsbedarf zu berücksichtigen. Das Prüfverfahren, so versichern die Berliner, lasse sich ohne größeren administrativen Mehraufwand umsetzen. Es gelte, arbeitsaufwändige Prüfungen durch den Medizinischen Dienst (MD) künftig zu vermeiden.

Aus DKG-Sicht bietet das Gutachten gute Ansätze. Auf der Basis könne, „ein Katalog stationärsersetzender Leistungen für einen eigenen neuen klinisch-ambulanten Bereich definiert werden, bei dem die Krankenhäuser zukünftig nach medizinischen Aspekten selbst entscheiden, ob sie diese Leistung klinisch-ambulant oder stationär erbringen“, sagte DKG-Vorstandschef Dr. Gerald Gaß. Ein solcher Leistungsbereich könne ideal mit den im Koalitionsvertrag angesprochenen Hybrid-DRG vergütet werden. Für Stefanie Stoff-Ahnis, Vorstand beim GKV-Spitzenverband, belegt das Gutachten, „wie groß und dringend der Ambulantisierungsbedarf in Deutschland ist“. Nur so könnten unnötige stationäre Krankenhausaufenthalte und die damit verbundenen Risiken für Patienten vermieden werden. Die AOK-Vorstandsvorsitzende Carola Reimann dagegen forderte umgehend gesetzliche Nachbesserungen, um tatsächlich eine verstärkte Ambulantisierung zu erreichen. „Das bisherige Defizit soll bisher allein über finanzielle Anreize beseitigt werden“, kritisiert Reimann: „Ein ‚Wer kann, der darf‘-Ansatz trägt aber nicht zu effizienten regionalen Versorgungsangeboten bei und führt auf Dauer zu deutlich überteuerten Honoraren.“

Jens Kohrs  
Freier Journalist

27.10. | Mai 2022 | Klinik Management aktuell

© 2022, Thieme. All rights reserved. 7



BERATUNG

The screenshot shows a web browser window with the URL [mydrg.de/myDRG\\_archives/gesundheitspolitik/megatrend-ambulantisierung.html](https://mydrg.de/myDRG_archives/gesundheitspolitik/megatrend-ambulantisierung.html). The page title is "Megatrend Ambulantisierung". The content includes a sub-header "Megatrend Ambulantisierung" and several paragraphs of text discussing the shift from inpatient to ambulatory care, citing a BARMER study. A sidebar on the right contains a "Stellenangebot schalten" button and a list of categories: Helferlein, Kodierhilfen 2022 / Kodierleitfaden 2022, Personalmanagement, Urteile & Recht, Tools / Downloads, Literatur / Begleitforschung, Rubrik, Diagnosis Related Groups, Qualität in der Medizin, Krankenhaus-News, Gesundheitswirtschaft, Gesundheitspolitik, and IT in der Medizin. The browser's address bar and tabs are visible at the top.

### Megatrend Ambulantisierung

Megatrend Ambulantisierung: Jede zehnte Krankenhausbehandlung könne mittlerweile auch ambulant erbracht werden (Barmer).

Die BARMER sieht massive Veränderungen auf das Thüringer Gesundheitswesen zukommen und spricht von einem Megatrend Ambulantisierung. Vor dem Hintergrund des medizinischen Fortschritts gebe es ein riesiges Potenzial, viele Behandlungen und kleinere Eingriffe vom Krankenhaus in geeignete ambulante Praxen zu verlagern. Damit verbunden seien die Chance auf mehr Qualität in der Versorgung und Stärkung des ländlichen Raums. „Die ambulante Versorgung hat viele Vorteile für Patientinnen und Patienten. Die moderne Medizin macht es möglich. Studien zeigen, ambulante Leistungen sind qualitativ mindestens gleichwertig“, sagte Birgit Dziuk, Landesgeschäftsführerin der BARMER Thüringen, am Dienstag, 26. April, im Rahmen einer Fachveranstaltung. Ambulante Versorgung sei in der Regel schneller, schonender und vor allem geschehe sie direkt vor Ort. Ein zusätzlicher Effekt sei die Entlastung der Krankenhäuser, die sich auf schwere und komplexe Behandlungen konzentrieren könnten. Daraus ergebe sich ein wichtiger Beitrag gegen den Fachkräftemangel.

#### Ende des Dualismus von stationär und ambulant

Jede zehnte Krankenhausbehandlung kann mittlerweile auch ambulant erbracht werden. Zu diesem Ergebnis kommt eine aktuelle Analyse des BARMER Instituts für Gesundheitssystemforschung. Das Potenzial dafür liege vor allem in jenen Krankenhausbehandlungen, bei denen Menschen nur kurz stationär aufgenommen werden und die gemeinhin als „Bagatel-Fälle“ bezeichnet werden, da keine schwerwiegende Akuterkrankung vorliegt.

In Thüringen waren im Jahr 2020 rund 70.000 Patientinnen und Patienten nur für eine Nacht im Krankenhaus, geht aus Zahlen des statistischen Landesamtes hervor. Das waren 13 Prozent aller Fälle, weitere 15 Prozent der Patientinnen und Patienten verbrachten nur zwei Nächte im Krankenhaus. Was die öffentlichen Statistiken außerdem zeigen: Die Zahl der Krankenhausbehandlungen ist bereits seit dem Jahr 2018 rückläufig, auch die durchschnittliche Verweildauer ist deutlich zurückgegangen.

Ein jüngst veröffentlichtes Gutachten des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) offenbart obendrein, dass doppelt so viele Operationen wie bislang ambulant möglich sind. „In Summe bedeutet all das nicht weniger als das Ende des Dualismus von stationärem und ambulanten Sektor und den Start von mehr sektorenübergreifender Gemeinsamkeit bei der Ausstattung und den

**Stellenangebot schalten**

**Helferlein**

- Kodierhilfen 2022 / Kodierleitfaden 2022
- Personalmanagement
- Urteile & Recht
- Tools / Downloads
- Literatur / Begleitforschung

**Rubrik**

- Diagnosis Related Groups
- Qualität in der Medizin
- Krankenhaus-News
- Gesundheitswirtschaft
- Gesundheitspolitik
- IT in der Medizin

## Die Barmer-Analyse

Tabelle 2: Potenziell ambulantisierbare vollstationäre Fälle vor Kontextprüfung  
 Anmerkung: Da einzelne Fälle sowohl über OPS- als auch über DRG-Codes aufgegriffen werden können, addieren sich die Zwischensummen nicht zur Anzahl potenziell ambulantisierbarer Fälle.  
 Quelle: BARMER-Daten 2019

Gruppe	Fälle (in 1.000)	Anteil in Prozent
Vollstationäre Fälle	2.290	100
Fälle 115b (AOP) alt (2.879 OPS)	590	26
Zusätzliche Fälle 115b (AOP) neu (2.476 OPS)	670	29
Fälle 115b gesamt (5.355 OPS)	1.260	55
DRG med. TOP 20 (20)	330	14
DRG Tumor (14)	60	3
DRG Strahlentherapie (31)	10	<1
DRG med. alle	400	17
Potenziell ambulantisierbar gesamt (AOP alt + AOP neu + DRG) vor Kontextprüfung	1.480	65

## Die Barmer-Analyse

Quelle: BARMER-Daten 2019

### Ergebnisse der Kontextprüfung

Im Rahmen der Kontextprüfung ergab sich für den Großteil der potenziell ambulantisierbaren Krankenhausfälle mindestens eine fall- oder personenbezogene Begründung für eine stationäre Behandlung (Tabelle 3).

Besonders häufig trafen hierbei die Kriterien

K6-S (Erhöhter Aufwand durch Diagnose angezeigt)

und K2 (Stationäre Behandlung laut OPS angezeigt) zu.

In Bezug auf die relative Wichtigkeit der Ausschlussgründe ergaben sich keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den Ergebnissen der Kontextprüfung für potenziell ambulantisierbare Fälle nach bestehendem AOP-Katalog (AOP alt) und den erweiterten Aufgreifkriterien (AOP alt + AOP neu + DRG).

Durch die im Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V benannten operationalisierbaren Ausschlusskriterien (K1–K8) wurden rund 82 % der potenziell ambulantisierbaren Fälle von der Ambulantisierung ausgenommen. Durch die zusätzlichen Kriterien (X1–X2) erhöhte sich dieser Anteil auf 84 %. Je nach Wahl der Ausschlusskriterien lag die Anzahl ambulantisierbarer Krankenhausfälle nach Kontextprüfung entsprechend zwischen 230.000 und 270.000 und somit zwischen 16 % und 18 % der identifizierten potenziell ambulantisierbaren Fälle.

## Die Barmer-Analyse

Tabelle 3: Ambulantisierbare vollstationäre Krankenhausfälle nach Kontextprüfung

Gruppe	ADP alt		ADP alt + ADP neu + DRG	
	Fälle (in 1.000)	Anteil in Prozent	Fälle (in 1.000)	Anteil in Prozent
Potenziell ambulantisierbar gesamt (vor Kontextprüfung)	590	100	1.480	100
DRG nicht ambulant durchführbar (K1)	30	5	110	7
Stationäre Behandlung laut OPS angezeigt (inkl. .xy-Codes) (K2)	260	44	550	37
Beatmung (K3)	10	2	40	3
Postoperative Versorgungssicherheit nicht gewährleistet (K5)	130	22	370	25
Stationäre Behandlung durch Diagnose angezeigt (K6)	220	37	550	37
Erhöhter Aufwand durch Diagnose angezeigt (K6-S)	330	56	850	57
Stationäre Behandlung durch komplexe Komorbidität angezeigt (K7)	40	7	80	5
Stationäre Behandlung aufgrund von Gebrechlichkeit angezeigt (K8)	100	17	310	21
ICD-Beobachtungsstatus (X1)	80	14	250	17
Alter ≥ 80 Jahre (X2)	120	20	330	22
Ausschluss durch K1–K8	490	83	1.210	82
Ausschluss durch K1–K8 oder X1–X2	500	85	1.250	84
Ambulantisierbar nach Kontextprüfung (K1–K8)	100	17	270	18
Ambulantisierbar nach Kontextprüfung (K1–K8 sowie X1–X2)	80	14	230	16

Anmerkung: Da auf einzelne Fälle mehrere Ausschlussgründe zutreffen können, entspricht die Summe der Häufigkeit der einzelnen Ausschlussgründe nicht der Gesamtsumme der ausgeschlossenen Fälle.

Quelle: BARMER-Daten 2019

### Gesamtbetrachtung

Insgesamt zeigte sich nach Kontextprüfung ein Ambulantisierungspotenzial von **10% bis 12%** der vollstationären Fälle des Jahres 2019 (Tabelle 4). Diese potenziell ambulantisierbaren Fälle waren im Vergleich zu der Gesamtheit der vollstationären Fälle durch eine wesentlich kürzere durchschnittliche Verweildauer sowie durch deutlich niedrigere Durchschnittskosten gekennzeichnet. Das finanzielle Gesamtvolumen der potenziell ambulantisierbaren Fälle belief sich unter Anwen-

dung der erweiterten Ausschlusskriterien (K1–K8 sowie X1–X2) auf rund 440 Mio. Euro. Bei der Interpretation ist zu beachten, dass dieser Wert nicht dem Einsparpotenzial durch Ambulantisierung entspricht. Letzteres ist vielmehr durch die Differenz der Kosten einer stationären Behandlung und der Kosten einer adäquaten ambulanten Behandlung gegeben und wurde im Rahmen dieser Analyse nicht aufgezeigt.

HELMSAUER

BERATUNG

## Ein strategisches Umdenken für das Krankenhaus:

- Change Projekt
- Ambulante Leistung zu stationären Kosten?
- MVZ-Strategie

### **Aber**

- Auch dieses Mal wird die Welt nicht untergehen!



2700 Augenheilkunde

2021 (Grouper 2021)												
Gesamt					Ambulantes Potenzial				Anteil			
	Fallzahl	Tage	CM	PBWR	Fallzahl	Tage	CM	PBWR	Fallzahl	Tage	CM	PBWR
Krankenhaus A									27,25%	20,47%	19,42%	21,87%
Krankenhaus B												
St. Elisabeth-Krankenhaus GmbH, Köln	2.612	5.372	1.399	4.206	115	186	44	155	4,40%	3,46%	3,16%	3,69%
Krankenhaus c									17,83%	10,06%	12,39%	11,49%



2400 Frauenheilkunde

	2021 (Grouper 2021)											
	Gesamt				Ambulantes Potenzial				Anteil			
	Fallzahl	Tage	CM	PBWR	Fallzahl	Tage	CM	PBWR	Fallzahl	Tage	CM	PBWR
Krankenhaus A									23,14%	16,19%	29,04%	19,28%
Krankenhaus B									12,26%	8,36%	13,86%	9,87%
Krankenhaus C									7,27%	6,24%	9,56%	7,33%
Krankenhaus D									8,62%	6,78%	7,74%	7,35%
Krankenhaus E									6,30%	4,06%	8,83%	4,96%
Krankenhaus F									5,67%	4,35%	5,91%	4,98%
St. Elisabeth-Krankenhaus GmbH, Köln	5.908	21.742	4.081	17.193	770	1.818	515	1.618	13,03%	8,36%	12,61%	9,41%
Krankenhaus G									8,66%	5,91%	6,31%	5,73%



**Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2021.**  
Die Strukturen müssen für die Menschen da sein, nicht die Menschen für die Strukturen!

### 7.17.1 Leistungsgruppe „Augenheilkunde“

#### Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der allgemeinen Leistungsgruppe „Augenheilkunde“ orientieren sich am Gebiet „Augenheilkunde“ der Weiterbildungsordnungen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern. Die Fallzuordnung erfolgt anhand des in der nachstehenden Tabelle aufgeführten Fachabteilungsschlüssels.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
17.1	Augenheilkunde	WBO		Orientierung am Gebiet Augenheilkunde	2700	Augenheilkunde

#### Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Für das Jahr 2024 sind nach der durchgeführten Bedarfsprognose 76.026 Fälle zu erwarten.



## Zunehmende Ambulantisierung – Chance oder Risiko

- Case-Mix-Verluste sind zunächst ein bedrohliches Szenario
- Vergütungssysteme stationär lösen sich gfs. stärker vom Leistungsbezug
  - Pflegebudget
  - Vorhaltekosten
  - Ärztebudget?
- Welche Menge an Leistungen können wir künftig noch erbringen?





In einer Pressemitteilung teilen die Kliniken am Mittwoch (29.6.) mit, man habe das Angebot an die Beschäftigten verbessert, da man nun pauschal bis zu sieben Entlastungstage für bestimmte Berufsgruppen und Tätigkeitsbereiche anbiete, die in einem engen Verhältnis zu den Patienten arbeiten. Damit sei eine verbesserte Pflege am Bett möglich. „Wer in der Pflege einer nordrhein-westfälischen Uniklinik arbeitet, könnte sich daher zukünftig sicher sein, dass es keine besseren Regelungen in anderen Krankenhäusern gibt“, wird Andrea Schmidt-Rumposch, Pflegedirektorin der Universitätsmedizin Essen, in der Pressemitteilung zitiert. „Die



## Personaluntergrenzen

2019

Intensivmedizin

Unfallchirurgie

Kardiologie

Geriatric

2020

Herzchirurgie

Neurologie

Stroke-Units

Neurol. Frühreha

2021

Chirurgie

Innere Medizin

Kinder-ITS

Pädiatrie

2022

Orthopädie

Gyn./Geb.

Diff. Pädiatrie



**Wo drückt der Schuh beim ambulanten Operieren in der Klinik?**

**In dieser Umgebung.....**



**Wo drückt der Schuh beim ambulanten Operieren in der Klinik?**

**...erbringen wir diese Leistung.**



**Wo drückt der Schuh beim ambulanten Operieren in der Klinik?**

**Und alles geht ganz schnell!**



## Die Transformation des Potentials in eine integrierte Versorgung

### Schritt 1: Analyse der Bedarfsplanung der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung (KV)

Obwohl die mortalitätsorientierte Bedarfsplanung der KVen für die meisten Fachbereiche in der überwiegenden Zahl der Regionen eine ausreichende bis überversorgte Ist-Situation an Arztpraxen adjustiert, empfindet die jeweilige Bevölkerung dies aufgrund von „gefühlter“ Wartezeit gänzlich anders.

#### Beispiel Bedarfsplanung KV-Baden-Württemberg

Gemeinsame Planung trotz höchst unterschiedlicher Leistungsschwerpunkte

Einwohner je Arzt	Einwohnerzahl	Hausärzte	Augenärzte		Chirurgen / Orthopäden		Frauenärzte		HNO		Urologen		Fachinternisten	
			Bedarfsplanung	angepaßte BW	Bedarfsplanung	angepaßte BW	Bedarfsplanung	angepaßte BW	Bedarfsplanung	angepaßte BW	Bedarfsplanung	angepaßte BW	Bedarfsplanung	angepaßte BW
	alle													15.386
Planungsebene Großraum	638.505													
Planungsebene Landkreis	287.267		20.519		15.119		12.224		31.919		44.195			
Versorgungsebene KHS	33.660	1.642												
Beratungs-Basis: Vereinfachung der KV-Morbiditätsfaktoren...														
PLZ														
Soll-Ärzte		20,50	14,00	1,64	19,00	2,23	23,50	2,75	9,00	1,05	6,50	0,76	41,50	2,19
Ist-Namen inkl. Angestellte		20,00	15,00	1,00	28,00	9,00	27,00	4,00	11,00	1,00	7,00	3,00	56,00	4,00
Über- / Unterversorgung		-0,50	1,00	-0,64	9,00	6,77	3,50	1,25	2,00	-0,05	0,50	2,24	14,50	1,81
Versorgungsquote		97,6%	107,1%	61,0%	147,4%	404,3%	114,9%	145,3%	122,2%	94,8%	107,7%	393,9%	134,9%	182,8%
gem. Versorgungsplan		98,9%			150,6%		116,4%		124,0%		115,4%		136,3%	
														kein Gastroenterologen

## Die Transformation des Potentials in eine integrierte Versorgung

### Schritt 2: IGES Analyse – Beispiel-Krankenhaus

	Anzahl	Anteil gesamt
<b>Fallzahl stationär 2019 gesamt</b>	<b>30.000</b>	
OPS-Analyse	6.600	22%
Alter < 81		
pccl <2, VD<4		
Entlassung ohne Verlegung und Tod		
davon mit potentiell amb. DRG	600	
somit ohne potentiell amb. DRG	6.000	
DRG-Analyse	2.700	9%
Alter < 81		
pccl <2, VD<4		
Entlassung ohne Verlegung und Tod		
davon mit potentiell amb. OPS	600	
somit ohne potentiell amb. OPS	2.100	
<b>Gesamtzahl potentiell ambulanter Fälle</b>	<b>8.700</b>	<b>29%</b>
davon am Wochenende	1.200	
davon WT außerhalb 6-18 Uhr	1.500	
<b>Summe</b>	<b>2.700</b>	
<b>=Rest innerhalb WT und AZ</b>	<b>6.000</b>	<b>20%</b>



Diese Differenzierung ist KEIN Bestandteil des IGES-Gutachtens, aber wichtig für die zukünftige Leistungsplanung!

HELMSAUER

BERATUNG

## Die Transformation

### Schritt 3: Aus ambulanten OPS und DRG müssen „Scheine“ einer Praxis werden

HELMSAUER

BERATUNG

- Hierbei ist zu beachten, dass es keine „eins zu eins“-Übertragung gibt. Vielmehr löst ein Fall in einer Praxis mehrere erlösrelevante Ziffern aus:
  - zum einen die jeweilige fachärztliche Grundpauschale,
  - des Weiteren die Ziffer für die jeweils erbrachte Leistung
  - sowie gegebenenfalls weitere Zuschläge und Pauschalen.
- Darüber hinaus muss beachtet werden, dass z.B. die Grundpauschalen nur einmal im Quartal abgerechnet werden können und weitere Ziffern KV-spezifischen Budgetierungen und Quotierungen unterliegen.
- Aus diesem Grund wird in der Beurteilung des Erlöspotentials mit sogenannten Scheinwerten gearbeitet, die von typisierten Durchschnittserlösen je Patient ausgehen.
  
- Darüber hinaus ist eine Aufteilung des ambulanten Potentials in praxisnahe Fachabteilungsstrukturen vorzunehmen:
  - Welche Potentiale werden durch welche Facharztpraxen (bzw. eine Allgemeinarztpraxis) abgedeckt?

## Die Transformation:

### Achtung Konfliktpotential: Die Bedarfsplanung der KV – die Honorierung „gesunder“ Patienten

Konfliktpotential: Das ambulante Potential eines Krankenhauses sind oftmals NICHT die interessanten (gewünschten) Patienten für die niedergelassene Praxis

Während die Bedarfsplanung der KV über Morbiditätsfaktoren geplant wird, sucht die einzelne Praxis den betriebswirtschaftlich optimierten Patienten

Das ambulante Potential eines Krankenhauses ist hier eher indifferent:  
Unklares Krankheitsbild vs. „konzentrierter Behandlung“

Lösungsansatz:

Der Mix macht's: neben dem ambulanten Potential des Krankenhauses müssen aus dem direkten ambulanten Sektor die „richtigen“ Patienten gewonnen werden

## Die Transformation: Aus OPS und DRG müssen „Scheine“ einer Praxis werden



- Folgendes Beispiel zeigt den Scheinwert eines Patienten der Gastroenterologie auf:

<b>Beispiel</b>				
<b>Gastroenterologie</b>				
KV-Sitz	1,0			
Quartal	1. Q 2022			
Quartalsumsatz	143.662,00			
Anzahl Grundpauschalen	<b>914</b>			
Scheinwert	<b>157,18</b>			
davon Teilwert RLV		46,53		Budgetierter Bereich
davon Grundpauschalen			19,44	
davon ZP Prokto-/Rektoskopie			5,47	
davon Sonographien			2,78	
davon TW Gastroskopien			16,99	
davon Teilwert QZV		2,19		Teilbudgetierter Bereich
davon Duplex-Sonographie			1,97	
davon Einzelleistungsvergütung		105,20		offene Leistungen
davon Koloskopien			<b>101,53</b>	

### BERATUNG

*Wie viele Fälle dieser Leistungsmenge können durch das ambulante Potential des Krankenhauses abgedeckt werden?*

Notwendige Fallzahl im Quartal für einen erfolgreichen Praxisbetrieb

Der „unklare Bauch“ aus dem KH löst evtl. lediglich eine Grundpauschale und eine Sonografie aus

Diese Vorsorgeuntersuchung ist das Rückgrat einer erfolgreichen Praxis

## ***Hohe unternehmerische Risiken gerade für Krankenhaus-MVZ***

HELMSAUER

BERATUNG

Lt. Zentral-Institut f.d. Kassenärztlichen Vereinigungen  
machten in 2016 32% der MVZ Verlust;  
sogar 42% der Krankenhaus- oder Kommunalen-MVZ

## Die Probleme im MVZ-Controlling:

### Entgelttschungel – verzögerte Informationen

### Aufbau eines eigenen Controllings: – zu komplex – zu teuer

- Der ambulante Sektor der Gesundheitsversorgung hat seine eigenen wirtschaftlichen Gesetze – und diese sind **je Fachrichtung und je Bundesland unterschiedlich**.
- Die Abrechnungen der erbrachten Leistungen durch die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgen mit einem **halben Jahr Verzögerung** – zu spät, um Wirtschaftspläne zu überprüfen und Handlungsfelder zu bedienen.
- Hinzu kommen für MVZ oftmals unzureichende und **unverständliche** Abrechnungsunterlagen.
- Die Komplexität der Leistungsabrechnung erschwert den vor Ort Handelnden, die eigene Leistung einzuordnen – **es fehlt an Transparenz und Vergleichsmöglichkeiten**.
- Trotz all dieser Herausforderungen lohnt sich oftmals ein eigenes MVZ-Controlling nicht – das Knowhow ist am Arbeitsmarkt nur schwer zu finden, **Ausfallzeiten** müssen kompensiert werden, **permanente Fortbildungen** sind von Nöten, **Fluktuationen** machen aufgebautes Wissen wieder zunichte.

## Die Lösung: Kooperation im Leistungscontrolling

*Die Leistungserfassung je Arzt, Fachgebiet und MVZ eines Trägers erfolgt mittels datensicherer cloud-Lösung auf einer online-Plattform*

- Die Daten werden beim Dienstleister **monatsaktuell** verarbeitet und auf Quartals- und Jahresergebnisse hochgerechnet
- Das dafür notwendige know-how wird somit outgesourct – Kosten und Risiken minimiert
- Die dadurch entwickelte Datenbank ermöglicht **Vergleichswerte** analog dem stationären Bereich
- **Kennzahlen** wie Scheinwerte, etc. auf jedweder Ebene der Leistungserbringung ermöglichen treffsichere Strategien
- Umsatzerwartungen können an realistischen **Benchmarks** orientiert werden
- Es **entfällt** für den Nutzer eine **Software-Integration** und –Pflege sowie die permanente interne Anpassung an neue KV-Richtlinien

# Leistungsanalysen online



BERATUNG

TRÄGER: Demo-Träger
FACHRICHTUNG: Gynäkologie
MVZ: Demo-MVZ
BETRIEBSSTÄTTE: NBST Gynäkologie
ARZT / GRUPPE: alle ausgewählt
ZEITRAUM: 2021 - Q II

Leistungsanalyse
Sitzverteilung
Ist 2. Monat
Ist Gesamt (nach Quotierung)
Soll (nach Quotierung)

Ziffer und Name	Einzelwert	Ist 2. Monat		Ist Gesamt (nach Quotierung)		Soll (nach Quotierung)		Abw. %
		Anzahl	Gesamtwert	Anzahl	Gesamtwert	Anzahl	Gesamtwert	
<b>Abrechnung Kassenärztliche Vereinigung</b>		6913	50.212,09 €	9774	67.400,55 € ( 67.070,55 € )	9676	82.699,87 € ( 82.548,20 € )	-18%
> Regelleistungsvolumen		1492	19.961,40 €	2088	27.945,96 €	2902	29.824,66 €	-6%
> Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen		97	1.402,62 € ( 1.491,29 € )	136	1.963,67 € ( 2.087,80 € )	219	3.158,07 € ( 3.353,14 € )	-38%
> Freie Leistungen innerhalb MGV		42	92,84 €	65	139,26 €	276	336,72 €	-59%
> Laborleistungen Kap. 32.2 EBM ohne Akutlabor		1086	947,85 €	1530	1.330,52 €	2638	1.904,42 €	-30%
> Pauschale für die Fachärztliche Grundvergütung (PFG)		1960	3.243,80 € ( 2.919,42 € )	2744	4.541,32 € ( 4.087,19 € )	2088	3.467,40 € ( 3.120,66 € )	+31%
> Organisierter ärztl. Bereitschaftsdienst		-	-	-	-	-	-	-
> Kostenpauschalen Kap. 40 EBM		10	8,19 €	16	12,29 €	342	188,10 €	-93%
<b>Einzelleistungsvergütung</b>		1929	24.083,05 €	2747	30.759,02 €	1142	42.339,07 €	-27%
01763 Kestrikerkennung/Untersuchung bei der Frau	17,67%	177	3.090,19%	264	4.638,29%	-	-	-
01761 Kestrikerkennung/Untersuchung bei der Frau	19,67%	210	4.128,70%	316	4.796,04%	-	-	-
01704 #342Zwangsgeburtlich	7,36%	16	139,84%	29	309,76%	-	-	-
01762 #342Zwangsultraschall gemäß Teil III, C, §§ 7 und 8 (KTE I)	81,39%	-	-	-	-	-	-	-
01779 Betreuung einer Schwangeren	128,37%	83	18.499,34%	91	11.759,37%	184	13.489,34%	-12%
01771 Zuzahlung an Zusatzleistung an der Geburtshilfsleistungen 01779	46,49%	11	511,39%	13	562,38%	23	1.022,76%	-45%
01772 Nichtärztliche Sonographie I	40,38%	46	1.857,46%	90	3.040,22%	89	3.553,44%	-43%
<b>Einnahmen gesamt</b>		6913	50.212,09 €	9774	67.400,55 € ( 67.070,55 € )	9676	82.699,87 € ( 82.548,20 € )	-18%

© 2018 Helmsauer-Curamed Managementgesellschaft und Beratungszentrum für das Gesundheitswesen GmbH
Aktueller Entwicklungsstand: 08.06.2021 11:49:54 (gbe04c6e)

Monatsaktuelle Hochrechnungen

Datenbankbasierte Vergleichsdaten

## Das Ergebnis

Fazit aus unserem Artikel zur Ambulantisierung  
in der Krankenhaus-Umschau KU 05/2022:

Aufgrund dieser konkreten Planungsschritte lässt sich einerseits das Krankenhausgeschehen um potentiell ambulante Leistungen entlasten und andererseits ein erfolgreiches MVZ-Tochterunternehmen aufbauen, dass das regionale Behandlungsangebot abrundet und für den Klinikträger und die Patienten ein attraktives Gesamtbild ergibt.

HELMSAUER

BERATUNG



## Anhang

HELMSAUER

BERATUNG

Informationen über die Helmsauer-Beratung



Unser Angebot...

...von der Einzelpraxis bis zum MVZ...

- + Betriebswirtschaftliche Organisationsberatung
- + Finanzanalysen
- + Strukturanalysen (Praxiserweiterung / EP oder GP / MVZ etc.)
- + Strategie- und Gründungsberatung
- + Praxisübernahme / Praxisübergabe
- + Praxisbewertungen
- + Honorarberatung

# Der MVZ-Navigator

## Leistungscontrolling online...



BERATUNG

- ohne personellen Mehraufwand
  - ohne zusätzliche Software
  - ohne weitere Schnittstelle
- ...einfach online

The screenshot shows the Helmsauer MVZ-Navigator website. The browser address bar displays 'mvz-navigator.de/#/'. The page features a blue header with the 'HELSAUER' logo and the text 'WILKOMMEN beim MVZ-Navigator der Helmsauer Gruppe'. On the left, there is a login section titled 'GRUPPE' with fields for 'Benutzername' (containing 'torsten.luebben') and 'Ihr Passwort', and an 'Anmelden' button. Below the login form, there are four main content tiles: 'Der MVZ Navigator - kurz erklärt' with 'AKTUELL DIGITAL LEISTUNGSORIENTIERT' text; 'Transparenz. Erlössteigerung. Erfolg.' with a 'Download Flyer' button; 'Mehr Infos zum MVZ Navigator' with a video player; and 'Weitere Leistungen für das Gesundheitswesen' listing 'Abrechnung', 'Versicherungen', and 'Helmsauer Akademie'. The footer contains the Helmsauer logo, 'IMPRESSUM', and a copyright notice: '© 2018 Helmsauer-Curamed Managementgesellschaft und Beratungszentrum für das Gesundheitswesen GmbH'. The current development status is noted as 'Aktueller Entwicklungsstand: 08.04.2022 16:40:34 @H9c758f'.

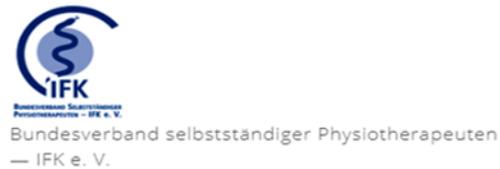
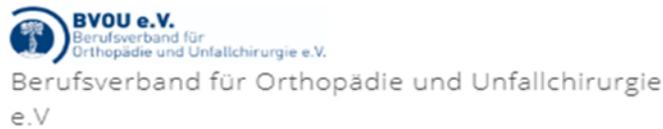
## Beratung und Begleitung...

- + MVZ-Workshops (Bayern / Baden-Württemberg / Rheinland Pfalz / Sachsen / Thüringen / Sachsen Anhalt / Brandenburg / Hessen / Nordrhein-Westfalen)
- + MVZ-Coaching (Dauermandate)
- + MVZ-Strategie-Workshops / Klinik-Strategie-Workshops

## Die Praxis- und Personalbörse

- + Praxisvermittlung
- + Akquisition von Praxisabgebern
- + Akquisition von Praxisinteressenten
- + Akquisition von Facharztstellen- und Weiterbildungsassistenten in Praxen
- + Verhandlungsmandat

# Referenzen





# Wir beraten Sie gerne!

Ihr Ansprechpartner:

**Torsten Lübben**  
Geschäftsführer

T: 0911.9292-328

[torsten.luebben@helmsauer-gruppe.de](mailto:torsten.luebben@helmsauer-gruppe.de)

