Innovationsfondsprojekt

Einheitliche, **S**ektorengleiche **V**ergütung

gefördert durch den G-BA Innovationsfonds – Förderkennzeichen: 01VSF19040

Ein sektorengleiches Vergütungssystem

Ein gemeinsames Projekt des Hamburg Center for Health Economics,
dem BKK Dachverband e.V., dem Deutschen Krankenhausinstitut,
dem Fachgebiet Management im Gesundheitswesen der TU Berlin sowie
dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der
Bundesrepublik Deutschland

20.09.2022 V1.1

Inhalt

Kurzfassung *I*

1 Ein sektorengleiches ambulant-stationäres Vergütungssystem *1*

1.1 Grundzüge **1**

1.2 Vorschläge **3**

1.2.1 Leistungsidentifikation und -definition 3
1.2.2 Vergütungsform 5
1.2.3 Datenbasis und Kalkulation 8
1.2.4 Art der Abrechnung und institutionelle Verankerung 11
1.2.5 Qualitätssicherung 13
1.2.6 Bedarfsplanung 14
1.2.7 Einführungsphase 15
1.2.8 Leistungs- und Versorgungsmonitoring 16
1.2.9 Begleitende Maßnahmen – Kulturwandel in der Weiterbildung und Kommunikation 16
1.2.10 Schnittstellen zu anderen Bereichen 17

2 Ausgangslage – Internationaler Vergleich *19*

2.1 Methodik **19**

2.2 Ergebnisse **20**

2.2.1 Internationaler Vergleich von Finanzierungs- und Vergütungssystemen bei Vergütung von Sektorengleichen Leistungen 20
2.2.2 Liste mit am häufigsten ambulant erbrachten Leistungen 23

3 Ausgangslage – Empirische Analysen *25*

3.1 Methodik **25**

3.2 Ergebnisse **26**

4 Ausgangslage – Position der Vertragsärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen *29*

4.1 Methodik **29**

4.2 Ergebnisse **30**

Referenzen *34*

Kurzfassung

Patientinnen und Patienten sollen dort behandelt werden, wo sie die medizinisch sinnvollste Behandlung erfahren. Dies betrifft insbesondere sogenannte „sektorengleiche“ Leistungen, die sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden können. Die aktuellen Vergütungsstrukturen im deutschen Gesundheitswesen stehen einer sektorengleichen Leistungserbringung jedoch entgegen. So werden ambulante und stationäre Leistungen aus unterschiedlichen Budgets, nach unterschiedlichen Prinzipien, unter unterschiedlichen Rahmenbedingungen und vor allem häufig mit hohen Preisdifferenzen vergütet. Dies kann zu finanziellen Fehlanreizen führen; medizinische Entscheidungen werden möglicherweise durch ökonomische Überlegungen überlagert. Im Ergebnis werden die Sektorengrenzen zementiert und das Verständnis einer gemeinsamen Leistungserbringung verhindert.

Diese Probleme basieren auf historischen Entwicklungen und sind dem Gesetzgeber seit langer Zeit bekannt (Deutscher Bundestag 1968, 1975). Viele Gutachten identifizierten die mangelnde sektoren- und schnittstellenübergreifende Kooperation als zentrales zu Unter-, Über- und Fehlversorgung führendes Problem und erarbeiteten Lösungsvorschläge (z. B. (SVR 2018)). Dementsprechend wird in der Gesundheitsgesetzgebung regelmäßig die Verbesserung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit intendiert, z. B. mit der Einführung des ambulanten Operierens nach § 115b SGB V im Jahr 1992. Keine der Maßnahmen vermochte es aber bisher, den erforderlichen Ansprüchen gerecht zu werden.

Mit dem im MDK-Reformgesetz vorgesehenen Gutachten gemäß § 115b Abs. 1a SGB V war die Aufgabe verbunden, an der ambulant-stationären Schnittstelle den Stand der medizinischen Erkenntnisse über ambulant durchführbare Operationen sowie stationsersetzende Eingriffe und Behandlungen zu untersuchen und darauf aufbauend konkrete Vorschläge zur Erweiterung des Kataloges nach § 115b SGB V („AOP-Katalog“) zu erarbeiten. In kurzer Zeit wurden umfangreiche Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Katalogs vorgelegt. Was – mangels gesetzlichen Auftrags – jedoch fehlt, ist ein klares Konzept wie diese Leistungen zu vergüten sind.

An dieser Stelle setzt das durch den Innovationsfonds des G-BA geförderte Projekt *„Einheitliche, Sektorengleiche Vergütung*“ (ESV) an. Es geht der Frage nach, wie für die gleichen Leistungen, erbracht in verschiedenen Sektoren, ein einheitliches, sektorengleiches Vergütungssystem ausgestaltet werden kann. An erster Stelle stand ein Blick in unsere Nachbarländer (siehe Kapitel 2). In vielen Ländern wird die Öffnung der Sektoren und die Ambulantisierung der Leistungserbringung in den letzten Jahrzehnten stark vorangetrieben. Anschließend wurden anhand von Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung sektorengleiche Leistungen in der deutschen Versorgungslandschaft analysiert und der Status Quo der Leistungserbringung untersucht (siehe Kapitel 3). Parallel wurde mittels einer Befragung von Leistungserbringern und Krankenkassen ermittelt, welche Erwartungen an ein geeignetes Vergütungssystem bestehen (siehe Kapitel 4).

Auf dieser Basis wurde ein tragfähiges Konzept entwickelt, das aufzeigt, wie eine einheitliche, sektorengleiche Vergütung ausgestaltet werden kann (siehe Kapitel 1). Es soll politischen Entscheidungsträgern ermöglichen, ein sektorengleiches Vergütungssystem auf den Weg zu bringen, welches sowohl von Leistungserbringern als auch Krankenkassen befürwortet wird. Das Konzept bedient sich dabei pragmatischer Ansätze, um das deutsche Gesundheitssystem kurzfristig effizienter zu gestalten, aber auch mittelfristiger Elemente für eine zielorientierte bedarfsgerechte Ausrichtung.

Das Konzept geht vom bisherigen AOP-Katalog aus, der aber perspektivisch durch eine einheitliche Leistungsdefinition und -dokumentation für den sektorengleichen Bereich ersetzt wird. Als übergangsweise Basis der Vergütung werden die DRGs herangezogen, für die OPS-Codes des AOP-Kataloges in relevanter Anzahl gruppierungsrelevant sind und die keine Patientinnen und Patienten mit äußerst schweren Komplikationen oder Komorbiditäten betreffen. Diese Fälle, bei denen es sich in der Regel um Kurzlieger handelt, werden zukünftig über sektorengleiche Pauschalen vergütet; schwere Fälle verbleiben im DRG-System und werden weiterhin stationär erbracht.

Die Kalkulation der Leistungen erfolgt initial auf Basis des bestehenden, um rein stationäre Kosten bereinigten InEK-Kostengerüstes. Die daraus resultierende Überfinanzierung – ambulante Kostenstrukturen fließen zunächst nicht in die Kalkulation ein – dient der finanziellen Anreizsetzung und der schnellen Etablierung sektorengleicher Strukturen. Während der Einführungsphase, die sich auf eine gesetzlich festgelegte Übergangszeit von etwa drei Jahren beschränken sollte, wird eine gemeinsame sektorengleiche Datengrundlage geschaffen. Konkret heißt dies, dass eine Stichprobe an Leistungserbringern dieses sektorengleichen Bereiches Kalkulationsdaten liefert. Auf dieser Datengrundlage werden Leistungskomplexe transparent kalkuliert und empirisch bewertet, wobei nach den verschiedenen beteiligten ärztlichen und den nichtärztlichen Professionen differenziert und sich strukturell sowohl am Kostengerüst des InEK als auch am Standard Bewertungssystems (Stabs) orientiert wird. Nach dem **Baukastenprinzip** werden aus den Leistungskomplexen flexibel zusammensetzbare **sektorengleiche Leistungsgruppen (SLG)** zusammengestellt und über **sektorengleiche Pauschalen (SP)** vergütet. Ziel der Kalkulation sind Preise, keine Relativgewichte. Ein Kostenorientierungswert wird als Mechanismus herangezogen, um den unvermeidbaren zeitlichen Verzug zwischen Kalkulationsdaten und Anwendungszeitraum abzubilden. Dessen Bestimmung erfolgt algorithmisch mit eindeutig definierten Preisindizes und im Regelfall ohne Verhandlungstatbestände.

Die Vergütung erfolgt in unterschiedlicher Höhe für zwei Stufen der SLG. Auf Basis des Baukastenprinzips fließen unterschiedliche Leistungsbestandteile in die Stufen ein. Stufe 1 umfasst einfache, weniger komplexe Fälle und damit in der Regel eine geringere Anzahl von Kostenstellen und -arten. Stufe 2 umfasst Patientinnen und Patienten mit erhöhter Fallkomplexität und erhöhtem Betreuungsbedarf, daher sind zusätzliche Kostenbestandteile zu berücksichtigen.

Für den neuen sektorengleichen Bereich sind darüber hinaus zahlreiche weitere Regelungen, u.a. zur Planung, Abrechnung und Qualitätssicherung zu treffen.

1 Ein sektorengleiches ambulant-stationäres Vergütungssystem

1.1 Grundzüge

Ein Vergütungssystem beschreibt im engeren Sinn Struktur, Form und Höhe von Vergütungen: wer vergütet was, wie und in welcher Höhe. Kernpunkte des folgenden Konzepts sind daher die Leistungsidentifikation und -definition, die Vergütungsformen sowie die zugehörige Datenbasis und Kalkulation. Zu allen Aspekten haben die Projektpartner auf Basis der im Projekt erworbenen Erkenntnisse Vorschläge erarbeitet, diskutiert und konsentiert; nur an einigen wenigen Stellen werden unterschiedliche Optionen ohne konsentierte gemeinsame Empfehlung beleuchtet. Grundsätzlich wurde das Ziel verfolgt, pragmatische Ansätze für die schnelle Umsetzung eines sektorengleichen ambulant-stationären Vergütungssystems mit erst mittelfristig umsetzbaren, strukturellen Änderungen zu verbinden. Die Vorschläge werden im Folgenden modular gegliedert vorgestellt, sie sind aber als Gesamtkonstrukt zu betrachten. Über die genannten Aspekte hinaus gibt es Überschneidungen mit anderen Themenfeldern der Gesundheitspolitik, für die im Folgenden nicht zwingend Lösungsvorschläge erarbeitet, aber mindestens die zu treffenden Entscheidungen skizziert werden.

Der Vorschlag für ein sektorengleiches ambulant-stationäres Vergütungssystem (siehe Abb. 1) geht von der Prämisse aus, dass perspektivisch kein Katalog mehr die für ein Krankenhaus einzelnen, ambulant erbringbaren Leistungen auflistet. Stattdessen soll der aus der Honorarkommission bekannte Vorschlag einer einheitlichen Leistungsdefinition und -dokumentation auf den sektorengleichen Bereich übertragen werden. Diese Leistungslegendierung enthält keine detaillierten Einzelleistungen (z. B. Schnitt/Naht oder einzelne Befunde), um unnötigen Dokumentationsaufwand zu vermeiden; sie umfasst aber alle für die sektorengleiche Leistungserbringung wesentlichen Leistungskomplexe (z. B. CT inkl. Befund, Koloskopie). Auf dieser Grundlage werden nach dem **Baukastenprinzip** gestufte **sektorengleiche Leistungsgruppen (SLG**) zusammengestellt und über **sektorengleiche Pauschalen (SP)** vergütet. Die Kalkulation erfolgt auf Basis einer gemeinsamen sektorengleichen, neu zu erhebenden Datengrundlage anhand derer Leistungskomplexe und Leistungsgruppen transparent definiert und bewertet werden. Die Struktur der Datengrundlage sollte sich am Kostengerüst des InEK und am Standard Bewertungssystems (Stabs) orientieren.

1

Dies ist das perspektivische Ziel; zur schnellen Einführung sektorengleicher Leistungen wird zunächst weiterhin auf dem AOP-Katalog aufgesetzt und die zugehörigen DRGs identifiziert. Dazu werden die DRGs ausgewählt, für die die entsprechenden OPS-Codes gruppierungsrelevant sind. Ein entsprechender Schwellenwert, um nur DRGs mit relevanten Fallzahlen zu betrachten, ist auf Basis der 21er-Daten zu bestimmen. Fälle von Patientinnen und Patienten ohne äußerst schwere Komplikationen oder Komorbiditäten, bei denen es sich in der Regel um Kurzlieger handelt (Schreyögg und Milstein 2021), bilden initial die **SLG** und werden über **SP** vergütet. Schwere Fälle verbleiben im DRG-System und werden weiterhin stationär durchgeführt. Die Kalkulation der zugehörigen SP erfolgt initial ausschließlich auf Basis des bestehenden InEK-Kostengerüstes und wird um rein stationäre Kosten bereinigt, u.a. um Übernachtungskosten. Die Kosten werden auf die benötigte Zeit für Aufnahme, Vorbereitung und Durchführung sowie die anschließende Beobachtung und direkte Nachbehandlung reduziert. Dadurch werden beide Systeme zu einem zusammengeführt und es entsteht ein gemeinsamer Preis für sektorengleiche Leistungen. Da zunächst ambulante Kostenstrukturen nicht in die Kalkulation einfließen, resultiert eine zeitlich befristete

Überfinanzierung, die der finanziellen Anreizsetzung und damit einhergehend der schnellen Etablierung sektorengleicher Strukturen dient.

Das zweiphasige Konzept zur Einführung eines neuen sektorengleichen Vergütungssystems bedingt, dass ein konkreter Zeitrahmen für den Übergang von der Einführungsphase zur Umsetzungsphase, bzw. dem perspektivischen Ziel, gesetzlich verankert werden muss. Ähnlich dem Zeitrahmen zur Einführung des DRG-Systems bietet sich eine Übergangszeit von drei Jahren an, um dann sektorengleiche Pauschalen auf Basis einheitlicher Daten zu kalkulieren und die neue Vergütungsform auf eine solide empirische Basis zu stellen.

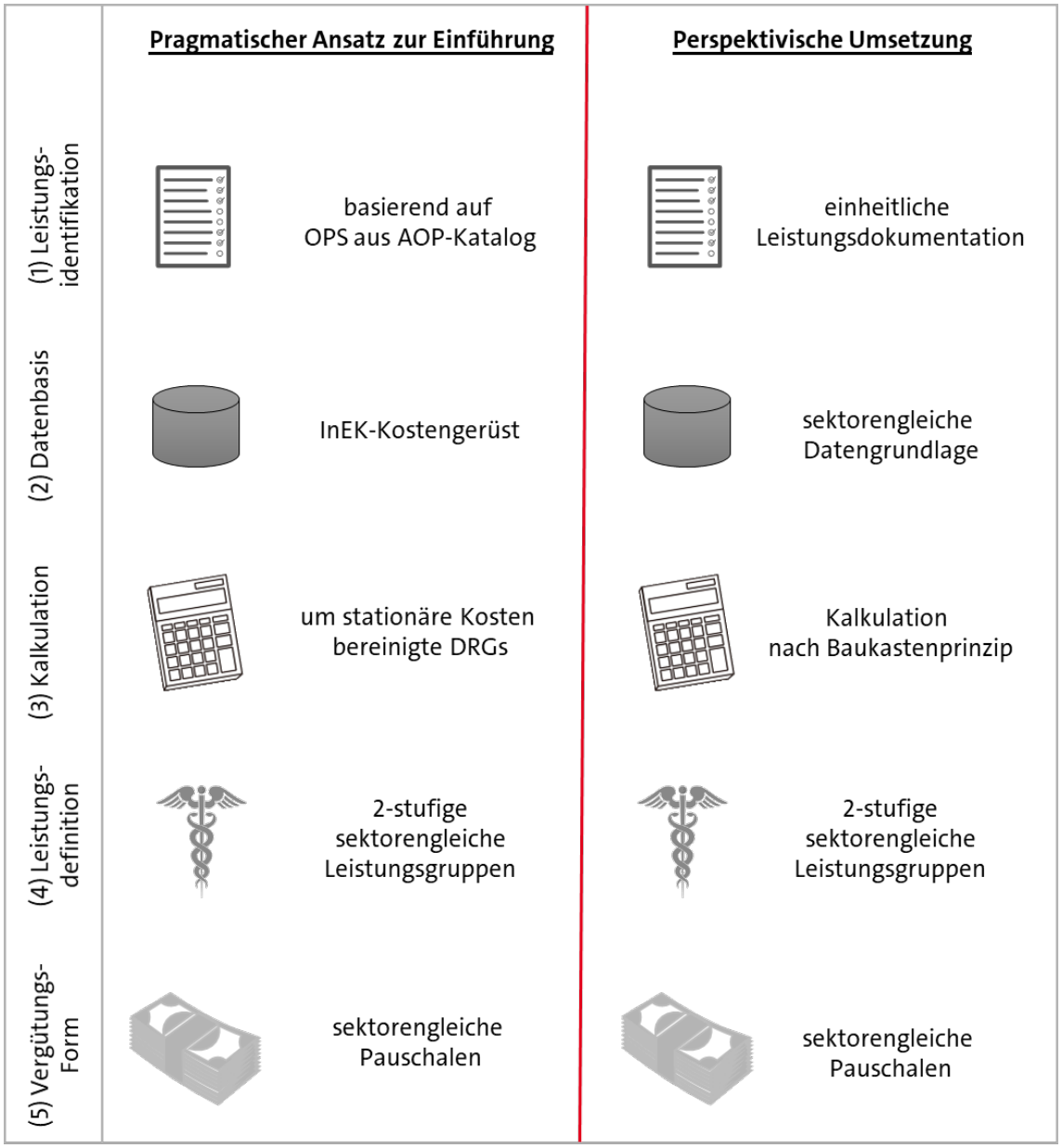


Abb. 1: Grundzüge eines sektorengleichen Vergütungssystems

1.2 Vorschläge

1.2.1 Leistungsidentifikation und -definition

PROBLEMSTELLUNG

Eine eindeutige Zuordnung, um Prozeduren bzw. Leistungen als stets ambulant erbringbar zu identifizieren, ist für viele Leistungen an der ambulant-stationären Schnittstelle medizinisch kaum möglich. Viele Leistungen, die regelhaft ambulant erbracht werden können, benötigen unter bestimmten Voraussetzungen dennoch stationäre Kapazitäten (oder zumindest erweiterter Betreuung). Gleichzeitig gilt für viele in Deutschland bisher als ausschließlich stationär geltende Leistungen, dass diese international auch im ambulanten Setting erfolgen – bei geeigneter Auswahl der Patientinnen und Patienten (Kapitel 2).

Unsere empirischen Analysen (Kapitel 3) bestätigen, dass der Kontext[1] einer Leistung von hoher Bedeutung ist. Ein Bedarf an besonderer Nachsorge oder der Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten sind die am häufigsten genannten Gründe, welche die stationäre Durchführung grundsätzlich ambulant möglicher Leistungen bedingen (Kapitel 4). Die reine Orientierung an OPS, wie sie derzeit im AOP-Katalog vorliegt, wäre für ein zukünftiges Vergütungssystem daher nicht zielführend. Auch das Gutachten gemäß § 115b Abs. 1a SGB V kommt zu dem Schluss, dass eine Erweiterung des AOP-Katalogs eng mit einem System der fallindividuellen Kontextprüfung verknüpft sein sollte (Albrecht et al. 2022). Stellungnahmen verschiedener Fachgesellschaften bekräftigten dies.

Verschiedene Optionen zur Umsetzung einer Kontextprüfung sind denkbar. Im Gutachten gemäß
3 § 115b Abs. 1a SGB V wird eine komplexe Prüfung auf Basis mehrerer leistungs- (z. B. Beatmung, Leistungskombinationen) und patientenbezogener (z. B. Betreuungsbedarf, Frailty Index, Komorbidität) Kriterien vorgeschlagen. International wird u. a. der ASA-Score zur Einschätzung des präoperativen Gesundheitszustands und damit einhergehend zur Risikostratifizierung genutzt (Foley et al. 2021). Andere Varianten, etwa die Nutzung von MRSA-Risikokategorien (Augurzky et al. 2021), kommen ebenfalls in Frage. Den Vorschlägen gemein ist, dass sie entweder eine niedrige Interrater-Reliabilität aufweisen und damit stark vom subjektiven Eindruck geprägt sind oder hohe Anforderungen an die benötigten Daten stellen. Beides beeinträchtigt die Praktikabilität. Unklare Zuordnungen geben Anlass zu Abrechnungsstreitigkeiten. Die Datenverfügbarkeit stellt zudem im deutschen Gesundheitswesen weiterhin eine große Herausforderung dar und kann den mittelfristigen Erfolg eines solchen Vorschlags verhindern.

Grundsätzlich verliert die Kontextprüfung für die SLG im vorliegenden Vorschlag jedoch an Bedeutung, weil Preisunterschiede aufgrund des gewählten Versorgungssettings weitestgehend eliminiert werden.

VORSCHLAG

Um eine reibungsarme Einführung des neuen Vergütungssystems zu gewährleisten, stellt die pragmatische Orientierung an bestehenden Systemen den erfolgversprechendsten Weg dar. Die letztlich zu vergütende Leistung ist weder im ambulanten noch im stationären Bereich direkt an einzelne OPS gebunden, sondern erfolgt auf Basis von GOPs oder DRGs. Internationale Erfahrungen legen nahe, dass die Orientierung an stationären Rahmenbedingungen – also am Fall – ratsam ist.

[1] Wir folgen hier der Formulierung des Gutachtens gemäß § 115b Abs. 1a SGB V.

Für die Anfangszeit sollten ausgehend vom derzeitigen AOP-Katalog, der perspektivisch durch das neue System abgelöst wird, für jede dort enthaltene OPS die korrespondierenden bisher stationär abgerechneten Fälle und die zugehörige Subkategorie der Hauptdiagnosegruppe bestimmt werden.[2] Dazu werden die DRGs ausgewählt, für die die entsprechenden OPS-Codes gruppierungsrelevant sind. Ein Schwellenwert ist auf Basis der 21er-Daten zu bestimmen. Für die so identifizierten, zahlenmäßig relevanten Gruppen erfolgt anschließend die Definition von um stationäre Teilleistungen bereinigten, neuen **sektorengleichen Leistungsgruppen (SLG)**. Diese umfassen z. B. keine Übernachtung mehr und sehen identische Leistungsinhalte unabhängig vom Ort der Leistungserbringung vor. Ähnlich dem Vorbild des französischen Systems werden so auf Basis der bestehenden stationären Versorgung gemeinsame Leistungsbereiche mit einheitlichen Bedingungen geschaffen. Um die Fallkomplexität zu differenzieren und die Abgrenzung zwischen sektorengleicher oder stationärer Leistung vorzunehmen, erfolgt eine Kontextdefinition auf Grundlage medizinischer Komplexitätsstufen – ähnlich der bestehenden Unterteilung innerhalb einer Basis-DRG.

Medizinische Komplexitätsstufen, initial basierend auf den PCCL[3], stellen ein bewährtes Instrument zur Bestimmung des patientenbezogenen Gesamtschweregrads dar. Auf Basis der Nebendiagnosen, die einen ggf. erhöhten Komplexitätsgrad oder Versorgungsbedarf aufgreifen, kann eine Kontextabgrenzung für die Entscheidung zwischen sektorengleicher oder stationärer Erbringung erfolgen. Fälle, die einem PCCL von 4 und höher entsprechen, also Fälle von Patientinnen und Patienten mit äußerst schweren Komplikationen oder Komorbiditäten, werden bei den SLGs nicht berücksichtigt, weiterhin regelhaft vollstationär im Krankenhaus versorgt und mit einer stationären DRG abgerechnet. Fälle, die einem PCCL von 3 und weniger entsprechen und somit keine äußerst schweren Komplikationen oder Komorbiditäten aufweisen und bei denen es sich aktuell in der Regel um Kurzlieger handelt, werden hingegen grundsätzlich im Rahmen der neuen SLGs abgerechnet, unabhängig davon, wo sie versorgt werden.

Das System zur Einstufung in medizinische Komplexitätsstufen muss im Laufe der Anwendung weiterentwickelt werden, um die Einstufung und Steuerung der Patientinnen und Patienten in die richtige Versorgungsebene zu präzisieren. Ggf. können dazu weitere Kontextfaktoren hinzugezogen werden. Wichtig ist, dass das System der fallindividuellen Kontextprüfung algorithmenbasiert und objektiv nachvollziehbar ist. Darüber hinaus sollten möglichst bestehende Daten herangezogen werden, um Dokumentationsaufwände gering zu halten.

Auch in der sektorengleichen Versorgung kann dieselbe Leistung unterschiedliche Versorgungsbedarfe bedingen. Um dem Rechnung zu tragen, wird jede SLG in zwei Stufen geteilt. Patientinnen und Patienten mit keinen oder nur geringen Komplikationen und Komorbiditäten und damit geringem Betreuungsbedarf fallen in Stufe 1. Mit mäßig schweren bis schweren Komplikationen und Komorbiditäten geht in der Regel ein höherer Vor- und Nachsorgebedarf einher, der zur Stufe 2 einer SLG führt. Diese Systematik findet sich derzeit sowohl im stationären wie auch im ambulanten Vergütungssystem (z. B. Unterteilung der Basis-DRGs nach Ressourcenverbrauch, Notfallpauschalen etc.).

[2] Die Zuordnung zu einer DRG hängt mit vielen weiteren Elementen zusammen: Diagnosen, Geschlecht, Alter, Aufnahmeanlass etc. und wird auch mit dem Augenmerk auf die Kostenhomogenität erstellt. In der vorgeschlagenen Vorgehensweise würden entsprechend nicht alle DRGs herangezogen. Es beträfe nur diejenigen DRGs, für welche die OPS in größerem Umfang Hauptleistung, also gruppierungsrelevant, sind.

[3] Die PCCL liegen in den 21er-Daten und auch den Krankenkassen vor. Sie eignen sich also zur schnellen pragmatischen Einführung des Systems.

Um auch weiterhin soziale Kriterien wie fehlende Betreuungsmöglichkeiten oder sehr weite Anreisen berücksichtigen zu können, muss deren rechtssichere Einbindung juristisch geprüft werden. Die bisher in den G-AEP-Kriterien abgebildeten sozialen Faktoren haben sich nicht bewährt und führen zu Abrechnungsstreitigkeiten. Ggf. wäre für diese Fälle auch eine kurzfristig zu prüfende, verbindliche und rechtssichere Vorab-Genehmigung denkbar. Eine solche findet für bestimmte Leistungen bereits in Frankreich und der Schweiz erfolgreich Verwendung. Für die beschriebenen Fälle muss eine stationäre Vergütungsoption gewährleistet sein, z. B. über eine Gleichstellung mit Patientinnen und Patienten mit äußerst schweren Komplikationen oder Komorbiditäten (entspricht derzeit einem PCCL von 4 und höher) oder über einen Tagessatz.

Bei der Identifizierung der SLGs könnten über den AOP-Katalog hinaus auch die im Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V vorgeschlagenen Leistungen berücksichtigt werden. Die Erweiterung möglicher Leistungen hat jedoch nicht oberste Priorität. Unsere Analysen legen nahe, dass die Herausforderung sowohl in der Realisierung des bestehenden Potenzials, als auch in der Erweiterung des Kataloges liegt. Dies ist auch deshalb geboten, da das Leistungsgeschehen hochkonzentriert ist, d.h. einige sektorengleich erbringbare Prozeduren werden sehr häufig erbracht, während die meisten Prozeduren nur selten erbracht werden (siehe Kapitel 3). Allein mit den 30 am häufigsten sektorengleich erbringbaren Prozeduren werden nahezu 3 Millionen Fälle erfasst, die derzeit stationär erbracht werden (Schreyögg und Milstein 2021).

Das soeben beschriebene Vorgehen beschreibt einen pragmatischen Ansatz, um kurzfristig mit dem Aufbau eines sektorengleichen Vergütungssystems beginnen zu können. Perspektivisch muss jedoch eine einheitliche Leistungsdokumentation angestrebt werden, welche auf Basis des OPS-Katalogs alle in Frage kommenden Leistungen abbildet. Hierzu ist der OPS-Katalog sukzessive zu erweitern, vor allem um bisher nur unsystematisch enthaltene, nicht-operative Maßnahmen. Die starke Fokussierung des OPS-Katalogs auf stationäre Leistungen entfällt und wird durch ein breites ambulant-stationäres Leistungsspektrum ergänzt. Für die Definition der Leistungen ist ein Kompromiss zwischen einer großen Detailtiefe mit hohem Dokumentationsaufwand auf der einen und einem hohem Abstraktionsgrad und damit ggf. fehlender Abbildung der Leistungskomplexität auf der anderen Seite zu finden. Die neue Leistungslegendierung sollte daher auf die Auflistung detaillierter Einzelleistungen (z. B. Schnitt/Naht oder einzelne Befunde) und den damit einhergehenden Dokumentationsaufwand verzichten. Um **SLG** flexibel nach dem **Baukastenprinzip** zusammensetzen zu können, sollte die Legendierung aber alle für die sektorengleiche Leistungserbringung wesentlichen Leistungskomplexe umfassen (als Ebene z. B. CT inkl. Befund, Koloskopie). Der Vorschlag ähnelt damit der auf den ambulant-stationären Bereich übertragenen Idee einer umfassenden Definition ärztlicher Leistungen der Honorarkommission (KOMV 2019). Im Rahmen von Selektivverträgen könnten die Leistungskomplexe auch in anderen Konstellationen zu Pauschalen zusammengeführt werden. Für die Umsetzung einer solchen einheitlichen Leistungsdokumentation braucht es einheitliche Kodiervorschriften bei der Erbringung sektorengleicher Leistungen.

Mit diesem Vorgehen entfiele die Beschränkung des sektorengleichen Vergütungssystems auf ausgewählte Leistungen eines Kataloges und würde durch ein allgemeingültiges sektorengleiches Konzept ersetzt. Die bisherigen Arbeiten im Zusammenhang mit dem AOP-Katalog würden als Vorarbeit die Einrichtung des sektorengleichen Vergütungssystems initial beschleunigen und darin aufgehen.

1.2.2 Vergütungsform

PROBLEMSTELLUNG

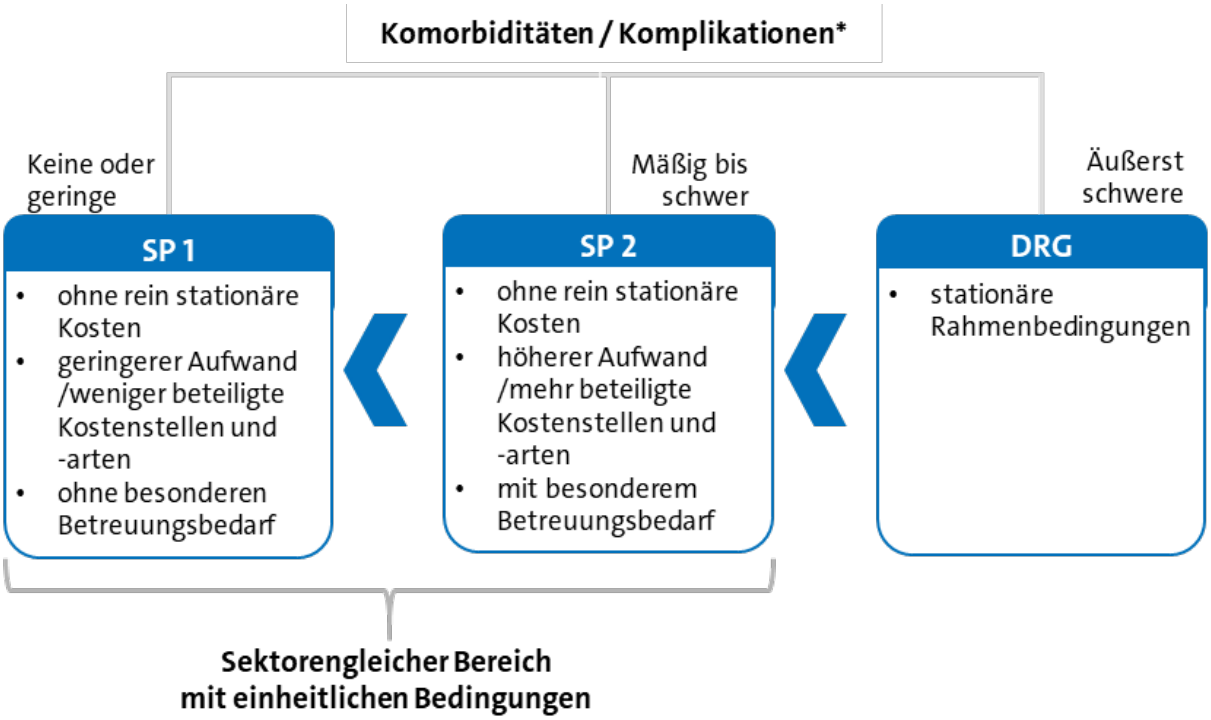
Die meisten Leistungserbringer bevorzugen die ihnen bekannte Form der Vergütung, das heißt Fallpauschalen für die Krankenhäuser und Einzelleistungsvergütung bei den Vertragsärzten. Krankenkassen plädieren am deutlichsten für die Nutzung von Fallpauschalen. Insgesamt sind die Vorstellungen zur Vergütung jedoch sehr heterogen (siehe Kapitel 4). International werden unterschiedliche Formen der Vergütung genutzt, zumeist aber auf stationären Fallpauschalen aufgesetzt. Für Deutschland gilt es, die Vorteile der stationären und ambulanten Vergütungssystematiken in der Zusammenführung zu nutzen und dabei die jeweiligen Schwächen zu reduzieren.

VORSCHLAG

Dem pragmatischen Grundansatz folgend kann die Orientierung an bestehenden Systemen die Einführung des neuen Systems beschleunigen. Als neue Vergütungsform sind daher prinzipiell an DRGs orientierte **sektorengleiche Pauschalen (SP)** je Fall eine naheliegende Lösung.

Initial wird für alle SPs auf das Kostengerüst des InEK, ermittelt aus den Kalkulationskrankenhäusern, zurückgegriffen. Durch die modular aufgebaute Kostenstruktur der InEK-Kalkulation ist es möglich, die rein stationären Kosten herauszurechnen. Perspektivisch erfolgt die Kalkulation dann auf Basis der neu zu erhebenden Kostendaten (siehe 1.2.3). Die sektorengleichen Pauschalen werden sowohl in der Einführungsphase als auch in der finalen Umsetzungsphase in unterschiedlicher Höhe für die zwei Stufen der SLG vergütet (siehe Abb. 2). Auf Basis des **Baukastenprinzips** fließen unterschiedliche Leistungsbestandteile in die Stufen ein. Stufe 1 umfasst einfache, weniger komplexe Fälle und damit in der Regel eine geringere Anzahl von Kostenstellen und -arten. Die Preiskalkulation nähert sich stärker dem bisherigen ambulanten Niveau.

Stufe 2 umfasst Patientinnen und Patienten mit erhöhter Fallkomplexität und erhöhtem Betreuungsbedarf, daher sind zusätzliche Kostenbestandteile zu berücksichtigen und die Vergütung tendenziell näher an der stationären Vergütung. Wie die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit erhöhten Betreuungsbedarfen erfolgen soll, wird nicht vorgegeben. Patientinnen und Patienten können in ambulanten Operationszentren oder Krankenhäusern über Nacht in Beobachtungsbetten verbleiben, die Betreuung am Wohnort durch ambulante Pflegeteams ist jedoch ebenfalls möglich. Beides wird perspektivisch in der sektorengleichen Datenerhebung entsprechend der real anfallenden Kosten in die Kalkulation einfließen. Die Maßnahmen zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einem besonderen Betreuungsbedarf bleiben somit frei und sind durch die Pauschale der Stufe 2 allgemein abgegolten.



Anmerkungen:
* Keine oder geringe Komorbiditäten / Komplikationen entsprechen aktuell einem PCCL <=1, Mäßig bis schwere Komorbiditäten / Komplikationen entsprechen aktuell einem PCCL von 2 bis 3, äußerst schwere Komorbiditäten / Komplikationen entsprechen aktuell einem PCCL >=4

Abb. 2: Struktur der Vergütungen

Die sektorengleichen Pauschalen vergüten alle mit der Leistungserbringung verbundenen Kosten, dazu gehören auch Pflege-, Vorhalte- und Investitionskosten. Dieser Vorschlag mag angesichts aktueller Diskussionen zur stationären Vergütung überraschend erscheinen, ist aber gut begründet.

Sektorengleiche Leistungen benötigen durch ihre kürzere Verweildauer grundsätzlich nicht in gleichen Umfang die Versorgung durch Pflegende wie es in der stationären Versorgung üblich ist. Gleichzeitig steht die Erbringung sektorengleicher Leistungen deutlich mehr Leistungserbringern offen. Eine separate Vergütung der Pflege nach Selbstkosten, wie sie in der stationären Versorgung aktuell gilt, wäre daher bei geringerem Budgetumfang mit deutlich höherem Aufwand verbunden. Angesichts der Tatsache, dass die Vereinbarung von Pflegebudgets selbst für die begrenzte Anzahl an Krankenhäusern nur schleppend erfolgt, ist eine solche Lösung nicht zu empfehlen. Sollte sich im sektorengleichen Vergütungssystem die Notwendigkeit herausstellen, ungewollte Kostenminimierungen in der Pflege oder in anderen Bereichen zu verhindern, gibt es pragmatischere Ansätze (Schreyögg und Milstein 2018). So erlaubt die transparente Kalkulation der SPs, die pflegerischen Leistungsbestandteile aufzusummieren und mit den Stellenbesetzungen eines Leistungserbringers zu vergleichen. Auf diese Weise könnte z. B. die Auszahlung pflegerischer Leistungsbestandteile an die Existenz entsprechender Stellen geknüpft werden.

Die fallunabhängige, pauschalierte Vergütung von Vorhaltekosten wird aktuell für viele Bereiche der Krankenhausfinanzierung gefordert und ist für die Notfallversorgung bereits teilweise umgesetzt. Um dem berechtigten Interesse an einer wirtschaftlichen Gesundheitsversorgung nachzukommen, müssen pauschal vergütete Vorhaltekosten jedoch mit einer Planung zur Verteilung dieser Gelder verbunden werden. In der sektorengleichen Versorgung ist eine solche Planung während der

Einführungsphase aber nicht vorgesehen. Perspektivisch sind Strukturen für eine Planung aufzubauen (siehe 1.2.6), eine schnelle Einführung sollte jedoch nicht durch den aufwändigen Aufbau von Planungsstrukturen verhindert werden.

Der Argumentation bzgl. der Investitionskosten ist ähnlich, dementsprechend sind auch hier während der Einführung des Systems zunächst fallbezogene Vergütungen anzustreben. Die InEK-Kostenmatrix ist dafür zu ergänzen. Dem **Baukastenprinzip** folgend müssen die Investitionskosten als Ergebnis der Kalkulation aber transparent gemacht werden (siehe Tab. 1 und Abb. 3), um ggf. abweichende Lösungen zu ermöglichen. Darüber hinaus bedarf es auch einer grundsätzlichen Entscheidung zur Finanzierungsverantwortung für die Investitionskosten. Investitionskosten der Vertragsärzte sind in der Kalkulation des EBM abgebildet und werden durch die Krankenkassen getragen; die stationären Investitionskosten der Krankenhäuser werden zu einem großen Teil durch die Länder finanziert.

Zur Finanzierung der Investitionskosten im sektorengleichen Bereich sind daher unterschiedliche Optionen denkbar. Die Investitionskosten könnten unabhängig vom Ort der Leistungserbringung durch die Krankenkassen finanziert werden. In diesem Modell wäre in der Planung (siehe 1.2.6) über entsprechende Mitspracherechte der Krankenkassen, auch in Bezug auf die Krankenhäuser, zu entscheiden. Sollten die Länder zusätzliche, ausreichende Mittel für die sektorengleichen Strukturen bereitstellen, wäre eine separate Berücksichtigung der Investitionskosten denkbar und die Planungshoheit würde bei den Ländern verbleiben.

1.2.3 Datenbasis und Kalkulation

PROBLEMSTELLUNG

Weitgehend unabhängig von der konkreten Form der Vergütung besteht das Bedürfnis einer aktuellen, differenzierten und transparenten Kostenkalkulation, um Anreize zur effizienten und bedarfsgerechten Versorgung zu setzen und die Akzeptanz des Systems sicherzustellen. International wird nach unterschiedlichen Maßstäben kalkuliert. In einigen Ländern, z. B. Frankreich, erfolgt die Kalkulation getrennt nach Sektoren, um im Anschluss gewichtete Mischpreise zu bilden. Andere, wie Dänemark, kalkulieren bereits auf einer gemeinsamen Datenbasis. Schließlich findet auch das Modell Verwendung, Preise rein auf Basis stationärer Daten zu berechnen, allerdings unter gewichteter Berücksichtigung von tagesschirurgischen und vollstationären Fällen (England).

In Deutschland ist aktuell keine Datengrundlage für die gemeinsame Kalkulation eines sektorengleichen Bereichs verfügbar. Generell besteht ein umfangreiches empirisches Kostengerüst insbesondere für den stationären Bereich, da die ambulante Kalkulation stärker normativ gestaltet wird.

VORSCHLAG

Es erfolgt zunächst keine grundlegend neue Kalkulation. Als initiale Kalkulationsgrundlage wird stattdessen das InEK-Kostengerüst der Krankenhäuser herangezogen. Die bestehenden Daten werden um rein stationäre Kosten bereinigt und auf dieser Basis eine sektorengleiche Vergütung kalkuliert. Zu bereinigende Kosten umfassen z. B. Kosten der Übernachtung, der Intensivstation etc. Die Kosten werden auf die benötigte Zeit für Aufnahme, Vorbereitung und Durchführung sowie die anschließende Beobachtung und direkte Nachbehandlung reduziert. Im Ergebnis wird aus dem Kostengerüst des InEK ein sektorengleicher Tagessatz abgeleitet. Tab. 1 stellt zur Veranschaulichung – ohne Bezug zu echten Kostendaten – beispielhaft das Ergebnis eines solchen Kalkulationsverfahrens dar. Als Übergangszeitraum sollte ein Zeithorizont von drei Jahren angepeilt werden. Die damit einhergehende

– temporäre – Übervergütung der sektorengleichen Leistungen dient auch der Anreizsetzung für eine schnelle Etablierung sektorengleicher Strukturen. Dieser Zeitplan muss gesetzlich vorgegeben werden.

Mit dem Start des neuen Vergütungssystems wird sukzessive eine neue, gemeinsame Datengrundlage geschaffen. Konkret heißt dies, dass eine Stichprobe an Leistungserbringern dieses sektorengleichen Bereiches, d.h. Vertragsärzte, ambulante OP-Zentren und Krankenhäuser, Kalkulationsdaten liefert. Damit wird auch dem überwiegenden Wunsch der Beteiligten Rechnung getragen, dass sich die Vergütung an den benötigten Mischstrukturen orientieren soll (siehe Kapitel 4). Ausgehend von dieser gemeinsamen Datengrundlage wird jeder Leistungskomplex kalkuliert und die Kalkulation dabei auch für die beteiligten ärztlichen Fachrichtungen (Chirurgie, Anästhesie etc.) und nicht ärztlichen Professionen ausdifferenziert. Auf dieser Basis können sektorengleiche Pauschalen flexibel zusammengesetzt werden. Ein Abgleich der neu kalkulierten Vergütungen des neuen Leistungsbereiches mit bestehenden stationären und ambulanten Vergütungen sollte erfolgen, um die sachgerechte Kalkulation sicherzustellen und Fehlanreize zu vermeiden.

SLG X321	**Personalkosten**			**Sachkosten**		**Personal- und Sachkosten der Infrastruktur**		**Inv.-Kosten**	**Σ**
	ärztlich	pflegerisch	med. tech.	Implantate	…	medizinisch	nicht-medizinisch	Anlagen …	
Chirurgie	123,10	-	116,01	114,00	12,28	54,35	95,00	25,10	**539,84**
Anästhesie	71,26	-	48,58	-	0,52	8,90	19,35	6,40	**155,01**
Kardiolog. Diag./Ther.	-	-	-	-	-	-	-	-	**-**
Endoskop. Diag./Ther.	-	-	-	-	-	-	-	-	**-**
Radiologie	89,76	-	58,35	-	3,45	8,46	22,03	4,65	**186,70**
…									
Laboratorien	1,48	-	3,48	-	2,26	0,87	3,07	0,48	**11,64**
Diagnost. Bereiche	13,34	0,22	6,30	-	0,33	1,49	4,15	8,92	**34,75**
Therapeut. Verfahren	0,02	-	0,47	-	-	0,65	0,18	-	**1,32**
Patientenaufnahme	8,73	12,21	3,28	-	-	1,52	4,32	3,51	**33,57**
Patientenbetreuung	-	85,32	-	-	-	0,70	1,20	4,12	**91,34**
…									
Σ	**307,69**	**97,75**	**236,47**	**114,00**	**18,84**	**76,94**	**149,30**	**53,18**	**1.054,17**

Tab. 1: Beispielhafte Veranschaulichung der Kostendarstellung, ohne realen Kostenbezug

Um weitreichende Expertise einzubinden, sollte die Kalkulation durch die Selbstverwaltung in Zusammenarbeit mit dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) und dem Institut des Bewertungsausschusses (InBA) erfolgen.

Die Kalkulation selbst erfolgt jährlich aktualisiert nach dem Bottom-up-Prinzip. Es werden detaillierte Einzelbewertungen nach Kostenarten und Kostenstellen berechnet und transparent gemacht. Initial entstammt diese Kostenarten- und Kostenstellengliederung dem InEK-Kostengerüst; mit dem sukzessiven Übergang zur gemeinsamen Datengrundlage kann ein auf die sektorengleiche Versorgung angepasste Struktur geschaffen werden. Diese wird stärker nach den beteiligten ärztlichen und nichtärztlichen Professionen differenzieren und sich sowohl am Kostengerüst des InEK als auch an der Struktur des Standard Bewertungssystems (Stabs) orientieren. Entsprechende Kostenstellen-Zuordnungen wie z. B. das Sprechzimmer einerseits und die Normalstation andererseits zur z. B. „Patientenaufnahme“ und „Patientenbetreuung“ (siehe Tab. 1) müssten erfolgen. Nach dem **Baukastenprinzip** können die so berechneten Leistungskomplexe zu unterschiedlichen Konstellationen zusammengefasst werden (siehe Abb. 3). Diese transparente Kalkulation und Darstellung einzelner Leistungsbereiche hat mehrere Vorteile. Zunächst erhöht Transparenz die Nachvollziehbarkeit des Vergütungssystems und damit in aller Regel dessen Akzeptanz. Diskussionen um nicht vergütete Leistungsbestandteile, wie sie aktuell regelmäßig im Bereich des EBM zu Tage treten, werden vermieden. Auch die separate Berücksichtigung von Kostenbestandteilen, welche je nach Kontext unterschiedlich refinanziert werden, wird durch das Baukastenprinzip ermöglicht. Ein Beispiel für diesen Ansatz könnten z. B. die Investitionskosten sein.

Darüber hinaus erlaubt das Baukastenprinzip die flexible Zusammenstellung von Leistungskomplexen unterschiedlichen Umfangs, wie sie für die zwei Stufen der SLGs benötigt wird. Die Nutzung der Kalkulation für andere Bereiche, z. B. Selektivverträge oder als Grundlage für die Vereinbarung von episodenbasierten Vergütungen[4], ist ebenfalls denkbar. Schließlich kann das **Baukastenprinzip** die bisher unterschiedlichen Vergütungsformen im sektorengleichen Bereich verbinden. Während für Krankenhäuser die Vergütung über Fallpauschalen der Normalfall ist, erfolgt im vertragsärztlichen Bereich bisher eine getrennte Berechnung von z. B. Operation und Anästhesie. Durch eine transparente Kalkulation und Zusammenstellung der Vergütung wird die Verteilung im Team vereinfacht und somit der Umgang mit pauschalierten Vergütungen erleichtert, da Verteilungskonflikte vermieden werden.

Ziel der Kalkulation sind Preise, keine Relativgewichte. Daher wird ein Mechanismus benötigt, um den unvermeidbaren zeitlichen Verzug zwischen Kalkulationsdaten und Anwendungszeitraum abzubilden. Im Idealfall ist dieser Verzug möglichst klein, maximal 2 Jahre. Dennoch können Preiseffekte zwischen dem Zeitpunkt der Kalkulation und der Anwendung zu verzerrten Anreizen führen. Dies betrifft insbesondere stark technisch geprägte Leistungen, aber auch andere Veränderungen der Kostenbasis. Daher ist ein Kostenorientierungswert zu bestimmen. Um die komplexen Verhandlungen von Landesbasisfallwerten und Orientierungswert nicht lediglich durch neue Verhandlungen des Kostenorientierungswerts zu ersetzen, muss dessen Anpassung algorithmisch mit eindeutig definierten Preisindizes[5] und im Regelfall ohne Verhandlungstatbestände erfolgen. Regionale, nicht zu kleinräumige Unterschiede in Kostenniveaus und -entwicklungen könnten bei Bedarf einfließen. Die zu

[4] Bei der episodenbasierten Vergütung wird für die gesamte Behandlung eines Patienten oder einer Patientin für alle während einer vorab festgelegten Versorgungsepisode im Zusammenhang mit einem Eingriff oder einer Krankheit erbrachten Leistungen eine prospektiv festgelegte Vergütung gezahlt, statt jede Leistung und jeden Leistungserbringer entlang des Behandlungspfades separat zu vergüten.

[5] Unter anderem zu Gehältern, Einkaufspreisen und Infrastrukturkosten.

verwendenden Algorithmen und Daten bei der Bestimmung des Kostenorientierungswerts sind durch die Selbstverwaltung initial in Zusammenarbeit mit dem InEK und InBA festzulegen.

Alle Berechnungen erfolgen auf einer empirisch-normativen Datengrundlage. Basis sind verpflichtende empirische Kostenerhebungen für eine Stichprobe der Leistungserbringer, einschließlich Angaben zum zeitlichen Personaleinsatz und den vorhandenen Kapazitäten. Normative Prüfungen und Anpassungen können für bestimmte Kostenbestandteile erfolgen. Dies kann z. B. nötig sein, wenn neue Behandlungsformen nicht zu historischen Kostenstrukturen passen (beispielsweise in Form veränderter Sachkosten) und nicht über die allgemeine Anpassung des Kostenorientierungswerts abdeckbar sind. In diesem Fall muss ein Gremium die Möglichkeit haben, betroffene Preisbestandteile einzelner Leistungen normativ anzupassen. Ein Beispiel hierfür findet sich in Bayern bei der Festlegung von Sachkosten des ambulanten Operierens.

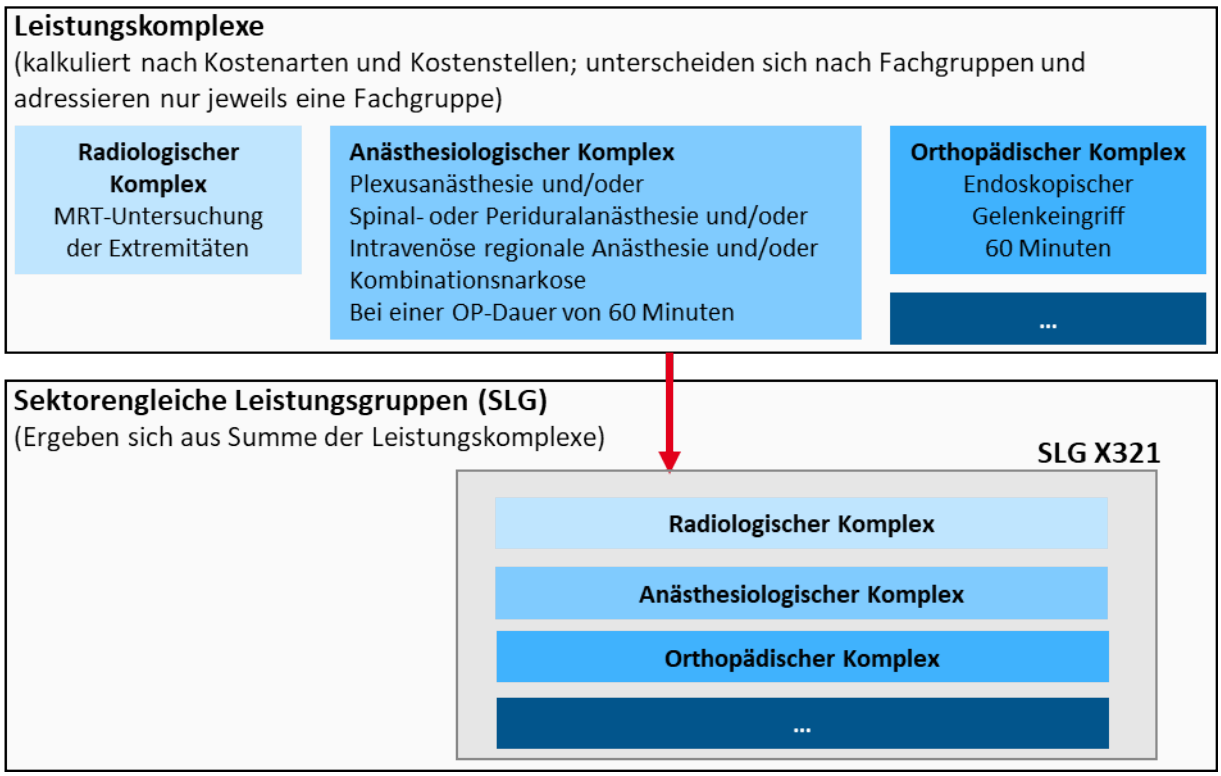


Abb. 3: Beispielhafte Veranschaulichung des Baukastenprinzips

1.2.4 Art der Abrechnung und institutionelle Verankerung

PROBLEMSTELLUNG

Der Abrechnungsweg unterscheidet sich für Krankenhäuser und Vertragsärzte. Krankenhäuser rechnen innerhalb kurzer Fristen direkt mit den Krankenkassen ab. Technisch erfolgt dies nach den Vereinbarungen nach § 301 Abs. 3 SGB V, sowohl für stationäre als auch ambulante Leistungen. Vertragsärzte rechnen in der Regel über ihre Kassenärztliche Vereinigung ab, oft auch für Selektivverträge oder die ASV. Die Abrechnung folgt dabei anderen technischen Grundlagen nach § 295 SGB V und findet quartalsweise statt.

Der Abrechnungsweg und insbesondere die damit einhergehenden Datenflüsse haben implizite Auswirkungen auf andere Aspekte der Versorgung, wie z. B. die Abrechnungsprüfung oder das Monitoring des Versorgungsgeschehens.

Hinsichtlich der zukünftigen Ausgestaltung ist das Meinungsbild bei den Krankenkassen und Leistungserbringern geteilt. Sowohl die dezentrale Abrechnung über die jeweilige Krankenkasse als auch die Nutzung einer zentralen Abrechnungsstelle wird von Teilen der Krankenkassen befürwortet. Krankenhäuser und Vertragsärzte bevorzugen hingegen mehrheitlich eine zentrale Stelle zur Abrechnung. Welche zentrale Stelle geeignet wäre, wird je nach Bereich jedoch unterschiedlich gesehen.

Die Entscheidung über Art und Weise der Abrechnung ist daher eine politische Entscheidung, bei der die verschiedenen Vor- und Nachteile für die unterschiedlichen Beteiligten abgewogen werden müssen. Die direkte, dezentrale Abrechnung mit den einzelnen Krankenkassen würde für Krankenhäuser voraussichtlich nur geringe Änderungen bedeuten. Für Vertragsärzte entstünden potenziell Mehraufwände durch die größere Zahl der Ansprechpartner und voraussichtlich kürzere Abrechnungsfristen. Für die Krankenkassen entstünden Mehraufwände vor allem dadurch, dass die Abrechnung und Abrechnungsprüfung für Vertragsärzte, die bisher zu großen Teilen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgt, übernommen werden müsste. Im Gegenzug wäre das Leistungsgeschehen ihrer Versicherten für die Krankenkassen jederzeit transparent. Bei einer dezentralen Abrechnung sind allerdings verschiedene Abrechnungsprüfungen nicht oder nur mit erhöhtem Aufwand umsetzbar. Die übergreifende Prüfung von Leistungserbringern, z. B. über Zeitprofile oder Mengenregelungen, bedarf der Zusammenführung aller Abrechnungsdaten eines Leistungserbringers und wäre für die einzelne Krankenkasse nicht möglich.

Eine zentrale Stelle erleichtert das Abrechnungsgeschehen für Krankenhäuser und Vertragsärzte, in dem die Zahl der Ansprechpartner verringert wird. Die zentrale Abrechnung führt aber eine zusätzliche Ebene im Verhältnis mit den Krankenkassen ein. Eine solche Ebene ist in der vertragsärztlichen Versorgung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen seit Jahrzehnten üblich, im stationären Bereich bisher jedoch weitestgehend unbekannt. Für die Krankenkassen würde sich in dieser Variante der Informationsfluss zur Leistungsinanspruchnahme ihrer Versicherten verzögern und Abrechnungs- und Zahlungsmodalitäten müssten auf zwei Ebenen vereinbart werden. Datenflüsse an eine zentrale Institution könnten auch in anderen Bereichen Vorteile bieten, z. B. wären eine übergreifende, auf Abrechnungsdaten basierenden Qualitätssicherung oder die Schaffung einer Gesamtsicht über das sektorengleiche Leistungsgeschehen leichter möglich.

Von der dezentralen Abrechnung über Abrechnungssammel- und -weiterleitungsstellen bis hin zur gemeinsamen Institution, die Abrechnungs-, Prüf- und Qualitätssicherungsinstanz ist, sind verschiedene Varianten denkbar und politisch abzuwägen. Auch über die konkrete institutionelle Verankerung wäre zu entscheiden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen verfügen prinzipiell bereits über die notwendigen Strukturen, sind aus Sicht der Krankenhäuser jedoch nicht die bevorzugte Lösung. Dementsprechend käme auch eine neue, gemeinsame Institution in Frage.

VORSCHLAG

Initial sollten die bestehenden Abrechnungswege beibehalten werden, da eine Neuregelung lange Vorläufe benötigt und mit erheblichen Änderungen verbunden ist. Unabhängig von der konkreten Entscheidung zur Abrechnung sollten Regelungen zur zeitnahen Übermittlung der Daten getroffen werden, sodass möglichst zeitnah Transparenz über das Versorgungsgeschehen herrscht. Perspektivisch sind eine Vereinheitlichung oder zumindest eine Angleichung der Abrechnungswege grundsätzlich anzuraten. Unterschiedliche Wege der Abrechnung erschweren die Transparenz über das Leistungsgeschehen (siehe 1.2.8), erhöhen den Aufwand für Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen und behindern den Aufbau eines gemeinsamen Verständnisses der Leistungserbringung. Im Ergebnis hemmen sie durch die Erhöhung der Komplexität auch die Verhandlung etwaiger

mengenbegrenzender oder anderer übergreifender Regelungen. Denkbar wäre es, für eine kurzfristige pragmatische Umsetzung zunächst nur die direkten Abrechnungswege mit Krankenkassen nach einer sektorengleichen technischen Anlage laufen zu lassen. Die Krankenhäuser verwenden weiterhin den etablierten Datenaustausch nach § 301 SGB V. Die Vertragsärzte rechnen weiterhin über die KVen ab. Diese nutzen für die Weiterleitung an die Krankenkassen aber den Datenaustausch nach § 301 SGB V.

1.2.5 Qualitätssicherung

PROBLEMSTELLUNG

Eine sektorengleiche Vergütung muss an Qualitätsparameter gebunden sein. Ohne Einhaltung grundlegender Qualitätsstandards, kann nicht gewährleistet werden, dass die gleiche Leistung erbracht wird, sodass eine einheitliche Vergütung nicht angebracht ist. Zur Sicherstellung der Qualität sollten Leistungen daher nur von personell und technisch adäquat ausgestatteten Leistungserbringern erbracht werden dürfen. Teil der derzeitigen Regelungen zum ambulanten Operieren ist bereits eine Qualitätssicherung mit organisatorischen, hygienischen, räumlichen und apparativen Voraussetzungen. Darüber hinaus gibt es mit den Richtlinien des G-BA auch eine datengestützte, einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung. Aktuell umfasst diese aber nur wenige Indikationen und ist mit einem hohen Aufwand verbunden. Gleichzeitig ist die Verbesserung der Versorgungsqualität durch diese Richtlinien bisher unklar. Dementsprechend wird durch den G-BA eine Weiterentwicklung avisiert (G-BA 2022).

Die befragten Beteiligten sehen mehrheitlich auch zukünftig den Bedarf von einheitlichen, bundesweiten Qualitätsvorgaben, die sektoreneinheitlich kontrolliert werden sollten (siehe Kapitel 4).

13 ***VORSCHLAG***

Perspektivisch sollte sich an der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung des G-BA orientiert werden. Allerdings muss zuvor deren Überarbeitung erfolgen. Für den Übergang sollte der Ansatz des AOP-Vertrages weiterverfolgt werden, indem für sektorengleiche Leistungen für die Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 135 SGB V existieren, diese Anwendung finden. Dem mehrheitlichen Wunsch der Beteiligten folgend, sollte die Kontrolle der Qualität perspektivisch sektoreneinheitlich durch eine Institution auf Bundesebene umgesetzt werden. Wie dies institutionell ausgestaltet wird, muss politisch unter Abwägung der Vor- und Nachteile entschieden werden. Übergangsweise sollten auch hier die bestehenden Regelungen des AOP-Vertrages übertragen werden. Die Ausgestaltung der Qualitätssicherung kann für bestimmte Aspekte, z. B. bei Frequenzregelungen, mit der Diskussion zum Abrechnungsweg verbunden werden.

Zur Definition der Qualitätsanforderungen könnten die entsprechenden Vereinbarungen der Bundesmantelvertragspartner nach § 135 Abs. 2 SGB V gegebenenfalls um Vertreter der Krankenhäuser erweitert und sukzessive an den Bereich sektorengleicher Leistungen angepasst werden. Auf diese Weise könnte ein bewährtes bestehendes System in die sektorengleichen Strukturen überführt werden. Inwieweit dabei bestehende Anforderungen angepasst werden, ist medizinisch zu entscheiden.

1.2.6 Bedarfsplanung

PROBLEMSTELLUNG

Ambulante und stationäre Versorgungsstrukturen unterliegen in Deutschland grundsätzlich einer Planung. Diese stellt trotz neuerer Entwicklungen im Kern die Fortschreibung bestehender Kapazitäten dar. Für den Bereich sektorengleicher Leistungen existiert bisher keine Grundlage für eine solche Fortschreibung. Die bereits bestehenden, heterogenen Leistungsbereiche in der sektorenübergreifenden Versorgung existieren ohne Planung nebeneinander her. Daher müsste eine Planung von Grund auf neu entwickelt werden.

Inwiefern eine Planung für sektorengleiche Leistungen notwendig ist, hängt unter anderem von der Art der Vergütung aber auch von dem Umfang des Leistungsgeschehens ab. Soll die Refinanzierung von Vorhalte- und Investitionskosten in wesentlichem Umfang über fallunabhängige Vergütungselemente erfolgen, ist mindestens für die Verteilung dieser Gelder eine Planung notwendig.

VORSCHLAG

Der Aufbau von Strukturen zur Planung sektorengleicher Leistungen ist eine längerfristige Aufgabe. Deren Verantwortung liegt grundsätzlich bei den Ländern. Infolge der bisher fehlenden Grundlage müssen neue Prozesse aufgebaut und diese institutionell verankert werden. Dem pragmatischen Grundansatz folgend sollte zwar zunächst auf eine eigene sektorengleiche Planung verzichtet und der Entwicklung von Versorgungsstrukturen initial Raum gegeben werden. Jedoch sollten frühzeitig Maßnahmen für eine sektorengleiche Planung eingeleitet werden. Insofern die Anforderungen der Qualitätssicherung erfüllt werden, kann daher jeder bisher an der ambulanten oder stationären Versorgung Teilnehmende auch sektorengleiche Leistungen erbringen.

Im Sinne einer wirtschaftlichen Gesundheitsversorgung und der Sicherstellung einer gleichwertigen flächendeckenden Versorgung ist die Planung sektorengleicher Leistungen aber perspektivisch anzustreben. Parallel zur Einführung des sektorengleichen Vergütungssystems sind daher Datengrundlagen über das Versorgungsgeschehen und die beteiligten Angebotskapazitäten aufzubauen. Auf dieser Basis sollte die Planung und Sicherstellung durch gemeinsame, gesetzlich weiterentwickelte Landesgremien nach § 90a SGB V erfolgen; unter Berücksichtigung eines vom G-BA erarbeiteten Rahmens. Den Landesgremien sollten entscheidungsbefugte Vertreter des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen sowie der Landeskrankenhausgesellschaften angehören. Gleichzeitig sollten die Aufgaben der Landesgremien in Bezug auf sektorenübergreifende Versorgungsfragen deutlich stärker und verbindlicher als bisher gesetzlich definiert werden. Zur Bewältigung der mit der Planung verbundenen Aufgaben sind entsprechend ausgestattete Geschäftsstellen notwendig. Der Vorschlag folgt damit dem des SVR für eine sektorenübergreifende Kapazitätsplanung (SVR 2018).

Eine sektorengleiche Planung kann nicht auf Grundlage von Betten erfolgen; die Planung anhand von Köpfen ist angesichts sich ändernder Arbeitszeitmodelle und der besonderen Strukturen der sektorengleichen Versorgung ebenfalls nicht zukunftsfähig. In Abgrenzung zur bisherigen Planung der ambulanten und stationären Strukturen sollte die sektorengleiche Planung daher von Beginn an prospektiv leistungs- und bedarfsorientiert ausgestaltet werden (SVR 2018).

1.2.7 Einführungsphase

PROBLEMSTELLUNG

Die Erarbeitung und Einführung eines sektorengleichen Vergütungssystems ist eine komplexe Herausforderung mit vielen Beteiligten. Bisherige Ansätze, die einheitliche Rahmenbedingungen für Vertragsärzte und Krankenhäuser schaffen sollten, wie z. B. die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV), sind auch am enormen Detailgrad und der Überkomplexität der Regelungen gescheitert. Die Beharrungskräfte im Gesundheitswesen und die nur punktuellen Lösungsansätze der Politik haben zu unzähligen Versorgungsinseln geführt, die nebeneinander existieren, ohne einen relevanten Anteil an der Versorgung zu übernehmen. Vor diesem Hintergrund müssen angemessene Lösungen gefunden werden, die der zukünftigen Bedeutung eines sektorengleichen Vergütungssystems gerecht werden, aber unter realistischen Bedingungen auch kurzfristig umsetzbar sind.

VORSCHLAG

Die Einführung eines sektorengleichen Vergütungssystems muss als lernendes und wachsendes System mit kurzfristig erreichbaren Vorteilen für die Versorgung konstruiert werden. Zur schnellen Einführung eines sektorengleichen Vergütungsbereiches schlagen wir daher an verschiedenen Stellen pragmatische Ansätze vor, die erst mittelfristig in umfangreichere Strukturen eingebunden werden: Die übergangsweise Orientierung an DRGs erlaubt die kurzfristige Identifikation sektorengleicher Leistungen. Die Nutzung bestehender Kostendaten ermöglicht eine schnelle Kalkulation und setzt initial finanzielle Anreize für einen Wechsel in den sektorengleichen Bereich. Diese schnellen Lösungen müssen durch den parallelen Aufbau neuer Strukturen wie dem Aufbau einer einheitlichen Leistungsdokumentation, einer eigenen gemeinsamen Kostenbasis und einer sektorengleichen Planung begleitet werden.

Die Erfahrungen aus anderen Ländern sowie die Befragungen der Stakeholder zeigen darüber hinaus, dass für das Voranschreiten der Ambulantisierung auch neue Strukturen und Prozesse geschaffen werden müssen – ambulante Leistung in stationärem Setting funktioniert nur in Ausnahmen. Weitere Maßnahmen für den Aufbau sektorengleicher Strukturen und Prozesse sind daher notwendig. Sondervereinbarungen, wie sie zur Förderung des ambulanten Operierens in verschiedenen Regionen getroffen wurden, können auch für den sektorengleichen Bereich abgeschlossen werden. Eine Anschubfinanzierung zum Aufbau der neuen Strukturen ist ebenfalls denkbar. Diese könnte sich an Artikel 14 des Gesundheitsstrukturgesetz orientieren und mit geteilter Finanzierung des Landes, des Bundes und der Kostenträger sektorengleiche Strukturen auch in strukturschwachen Regionen schaffen. In gut versorgten Regionen wie z. B. Großstädten sollten die finanziellen Leistungsanreize ausreichen, um einen umfangreichen Wettbewerb zu initiieren.

Die in einzelnen Ländern genutzte Möglichkeit einer gezielten Übervergütung der sektorengleichen Leistungen erscheint in dem hier vorgeschlagenen Modell nicht notwendig. Die Nutzung stationärer Kostendaten bedingt initial bereits eine Übervergütung. Darüberhinausgehende Anreize könnten zu medizinisch nicht begründeten Verlagerungen oder Ausweitungen von Leistungen führen.

1.2.8 Leistungs- und Versorgungsmonitoring

PROBLEMSTELLUNG

Die Transparenz über die Versorgung im deutschen Gesundheitswesen ist unzureichend. Trotz umfangreicher Datenkörper, vor allem in Bezug auf Abrechnungsdaten, gibt es keine aktuellen, zentral vorliegenden Informationen, welche Versorgung stattfindet und durch wen diese erfolgt. Dies zeigt sich nicht zuletzt in der bis heute bestehenden Problematik, das Leistungsgeschehen und die zur Verfügung stehenden Kapazitäten in Zusammenhang mit der Corona-Pandemie zu erfassen und transparent zu berichten. Neben dem Fehlen von dafür verantwortlichen und auch ressourcentechnisch entsprechend ausgestatteten Institutionen stellen die dezentralen Datenflüsse mit unterschiedlichen Datenformaten, Zeitrahmen und Adressaten ein wesentliches Hindernis dar. Für den Aufbau und die perspektivische Planung sektorengleicher Strukturen sind Informationen über das Leistungsgeschehen aber unabdingbar.

VORSCHLAG

Über die Erbringung sektorengleicher Leistungen ist ein transparentes Monitoring aufzubauen. Zur Vermeidung zusätzlichen Aufwands und neuer Prozesse sollte dieses auf den ohnehin anfallenden sektorengleichen Abrechnungsdaten basieren, ggf. in Verbindung mit Kalkulations- und Kapazitätsdaten. Abhängig von der politisch zu entscheidenden institutionellen Ausgestaltung der Abrechnung und Qualitätssicherung kann dies durch bestehende oder neue Institutionen gewährleistet werden. Wichtig sind aktuelle und umfangreich verfügbare Datenflüsse. Das Versorgungsmonitoring dient dabei auch der Identifikation der Notwendigkeit von Sicherstellungszuschlägen oder separaten, fallunabhängigen Vorhaltepauschalen, in dem z. B. über- und unterversorgte Regionen identifiziert werden können.

1.2.9 Begleitende Maßnahmen – Kulturwandel in der Weiterbildung und Kommunikation

PROBLEMSTELLUNG

Ein einheitliches, sektorenübergreifendes Vergütungssystem für sektorengleiche Leistungen ist eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung, um dem Zielbild „ambulant vor stationär“ gerecht zu werden. Darüber hinaus muss ein Kulturwandel die Einführung des Vergütungssystems begleiten. In Deutschland werden viele Leistungen ausschließlich stationär erbracht, dementsprechend erfolgt auch die ärztliche Weiterbildung bisher in einem Umfeld, in dem die stationäre Erbringung als Standard angesehen wird. Dabei legen internationale Erfahrungen seit Jahren, teilweise Jahrzehnten nahe, dass auch für bisher nicht im AOP-Katalog aufgeführte Prozeduren wie z. B. die laparoskopische Cholezystektomie ambulant mindestens die gleiche Qualität wie bei stationärer Erbringung erreicht werden kann – eine entsprechende Patientenauswahl vorausgesetzt. Die neue Musterweiterbildungsordnung eröffnet für viele Facharztgebiete die Möglichkeit einer Weiterbildung außerhalb stationärer Einrichtungen. Darauf aufbauend müssen neue sektorengleiche Strukturen zwingend auch als zugelassene Weiterbildungsstätten konzipiert und umgesetzt werden. In diesem Zusammenhang sollte die Einführung eines Rucksack-Modells für die Weiterbildung (SVR 2018, Ziffer 375) angestrebt werden, um die einfache Einbindung der Weiterbildung in sektorengleiche Strukturen zu ermöglichen und von finanziellen Aspekten zu entkoppeln.

Der Fokus bei der Erbringung sektorengleicher Leistungen sollte nicht auf finanzielle Vorteile beschränkt sein. Die sektorengleiche Erbringung von Leistungen darf gegenüber der stationären Durchführung nicht als Sparmaßnahme oder Beschneidung der ärztlichen Therapiefreiheit wahrgenommen werden. Im Gegenteil verringert das sektorengleiche Vergütungsmodell die Gefahr

der Überlagerung der ärztlichen Entscheidung durch finanzielle Anreize. Unsere empirischen Analysen (Kapitel 3) bestätigen, dass der Kontext einer Leistung von hoher Bedeutung ist. Daher schlagen wir ein entsprechendes Stufenmodell vor, in dem eine hohe patientenbezogene medizinische Komplexitätsstufe, die derzeit einem PCCL von 4 und höher entspricht, weiterhin eine stationäre Aufnahme indizieren kann. In bestimmten Fällen müssen auch soziale Kriterien berücksichtigt werden, deren rechtssichere und überprüfbare Einbindung juristisch geprüft werden muss. Für diese Fälle muss eine stationäre Vergütungsoption gewährleistet sein, z. B. über eine Gleichstellung mit Patientinnen und Patienten mit äußerst schweren Komplikationen oder Komorbiditäten (entspricht derzeit einem PCCL von 4 und höher) oder über einen Tagessatz. Es ist daher wichtig zu betonen, dass die endgültige Entscheidung weiterhin eine ärztliche ist.

Für Patientinnen und Patienten ist eine transparente und nachvollziehbare Kommunikation für deren Zufriedenheit sowie für die Akzeptanz des gewählten Ortes der Leistungserbringung von hoher Bedeutung. Daher sollten auch hier Vorteile, wie ein verringertes Infektionsrisiko und die schnellere Wiederaufnahme von Alltagsaktivitäten, klar kommuniziert werden. Wenn Patientinnen und Patienten im Voraus gut über den sektorengleichen Eingriff, mögliche Komplikationen sowie Risiken informiert und postoperative Erwartungen und Verhaltensweisen vorab geklärt werden, kann eine hohe Zufriedenheit erreicht werden.

1.2.10 Schnittstellen zu anderen Bereichen

PROBLEMSTELLUNG

Ein sektorengleiches Vergütungssystem hat zwangsläufig vielfältige Auswirkungen auf bestehende Vergütungs- und Versorgungsstrukturen. Für diese Bereiche können keine Vorschläge ausgearbeitet werden, zu beachtende Aspekte sollen im Folgenden aber ohne Anspruch auf Vollständigkeit dargestellt werden.

Werden sektorengleiche Leistungen innerhalb bestehender Strukturen erbracht, muss dies bei der Planung dieser Strukturen berücksichtigt werden. Auf der einen Seite entfallen stationäre Aufenthalte; auf der anderen Seite ist bei operativen vertragsärztlichen Fachrichtungen davon auszugehen, dass vermehrt sektorengleiche Leistungen erbracht werden. Beides muss in die Planung dieser Bereiche einfließen. Idealerweise würden im Rahmen einer leistungsorientierten Bedarfs- bzw. Krankenhausplanung entsprechende Leistungen weniger geplant; in der Realität wird es nötig sein, geänderte Leistungsstrukturen in Köpfe und Betten umzurechnen.

Nicht nur auf die Planung, auch auf die Vergütung der bestehenden Strukturen strahlt ein sektorengleiches Vergütungssystem aus. Insbesondere für Vertragsärzte wird die operative Versorgung durch ein sektorengleiches Vergütungssystem finanziell attraktiver. Auch wenn sektorengleiche Leistungen mehr als nur Operationen umfassen, muss dafür gesorgt werden, dass sich konservative Leistungen weiterhin lohnen.

Rückwirkungen auf die stationär-verbleibenden DRGs sind nur in geringem Umfang zu erwarten. Die teilweise Verschiebung in den sektorengleichen Bereich führt bei Basis-DRG ohne weitere Unterteilung nach Ressourcenverbrach (Buchstabe „Z“ am Ende) zu einer Erhöhung des durchschnittlichen Schweregrades der verbleibenden DRG-Fälle. Durch die ohnehin regelmäßig anstehende Neukalkulation und der damit einhergehenden Neugruppierung von DRGs der im stationären System verbleibenden Fälle kann Verzerrungen jedoch begegnet werden.

In der politischen Diskussion wird über die sektorengleiche Versorgung hinaus aktuell eine Vielzahl weiterer Strukturen und Konzepte diskutiert. Zu nennen wäre hier insbesondere die Neuaufstellung der Notfallversorgung, aber auch der strukturelle Wandel hin zu z. B. intersektoralen Gesundheitszentren. Gleichwohl das vorliegende Konzept einer sektorengleichen Vergütung für sich allein umgesetzt werden kann und soll, sollte geprüft werden, wie die sektorengleichen Strukturen möglichst umfassend in bestehende Versorgungskontexte eingebunden werden können. Ein breites Feld heterogener Vergütungsstrukturen, wie sie aktuell den Bereich der sektorenübergreifenden Versorgung dominieren (Leber und Wasem 2016), sollte für die Zukunft vermieden werden. Stattdessen sollten die bestehenden sektorenübergreifenden Vergütungsstrukturen schrittweise in das sektorengleiche Vergütungssystem integriert werden.

Schließlich muss politisch entschieden werden, wie mit der bestehenden Teilung des deutschen Krankenversicherungssystems umgegangen wird. In der ambulanten Versorgung gibt es als Folge der Trennung in gesetzliche und private Krankenversicherung mit EBM und GOÄ zwei Preissysteme. Darüber hinaus gibt es bei den sogenannten sonstigen Kostenträgern weitere Vergütungsstrukturen, z. B. die UV-GOÄ. In der stationären Versorgung wurden DRGs hingegen systemübergreifend eingeführt. Wird das sektorengleiche Vergütungssystem auf die gesetzliche Krankenversicherung beschränkt, werden entweder auch in der stationären Versorgung zukünftig unterschiedliche Vergütungssysteme gepflegt oder eine neue Abrechnungsbasis für sektorengleiche Leistungen in der privaten Krankenversicherung müsste gefunden werden. Denn durch die Verlagerung in den sektorengleichen Bereich werden bestimmte Leistungen in der GKV nicht mehr als DRG existieren. Gleichzeitig führt dies dazu, dass die Datenbasis dieser Leistungen für die dann verbleibende stationäre Kalkulation enorm erodiert.

2 Ausgangslage – Internationaler Vergleich

International ist der Grad der Ambulantisierung in einer Reihe von Ländern, wie beispielsweise Dänemark, England, Frankreich und Norwegen weiter fortgeschritten, als in Deutschland. Neben der reinen Erlaubnis der taggleichen, beziehungsweise ambulanten Erbringung stationärer Leistungen, die sich für eine sektorengleiche Erbringung eignen, hat eine Auswahl an Industrienationen die Verlagerung der Leistungserbringung in den taggleichen, beziehungsweise ambulanten Bereich mittels finanzieller Anreize direkt gefördert. Ziel des Arbeitspaketes 1 war es, zu erfassen, welche Leistungsbereiche für eine sektorengleiche Leistungserbringung ausgewählt wurden und wie ihre Finanzierung ausgestaltet ist.

2.1 Methodik

Im Arbeitspaket 1 wurde ein internationaler Vergleich des ambulanten Operierens durchgeführt und auf dieser Basis eine Liste von potenziell sektorengleich einzustufenden Leistungsbereichen erstellt. Zunächst erfolgte eine umfassende Grundlagenrecherche zum Stand sektorengleicher Vergütungsansätze in anderen Ländern. Untersucht wurden dabei Länder, die entweder für eine Entwicklung des ambulanten Operierens bzw. des sektorengleichen Leistungsbereichs bereits bekannt waren, oder jene Länder, in denen eine Verlagerung der Leistungserbringung in den ambulanten Bereich seit dem Jahr 2000 stattgefunden hat. Der Fokus der Recherche lag auf der Darstellung der sektorengleichen Vergütungsansätze sowie der damit in Verbindung stehenden strukturellen und rechtlichen Rahmenbedingungen in den jeweiligen Ländern und die Identifizierung von existierenden Listen/Katalogen definierter Leistungsbereiche, die in dem jeweiligen Land als sektorengleich definiert werden können. Basis der Recherche bildeten veröffentlichte Dokumente und Informationen von Websites relevanter nationaler Ministerien und Institutionen sowie wissenschaftliche Veröffentlichungen und vereinzelte Anfragen an verantwortliche Personen zu Detailfragen.

Die Ergebnisse der Literaturrecherche wurden um strukturierte Befragungen von Expertinnen und Experten ergänzt. Der strukturierte Fragebogen enthielt offene Fragen zu folgenden Themenfeldern:

- stationäre und ambulante Leistungserbringung und -vergütung,
- die Leistungserbringung und -vergütung von Tagesfällen sowie
- die Hintergründe und Entwicklung der politischen Diskussion bezogen auf eine Ambulantisierung der Versorgung.

Insgesamt wurden im Zeitraum zwischen Oktober 2020 und Januar 2021 39 Expertinnen und Experten aus 19 Ländern angeschrieben. Die Ergebnisse der Literaturrecherche und der Befragungen flossen in Fallstudien zu den Ländern Dänemark, England, Finnland, Frankreich, Kanada, den Niederlanden, Norwegen, Österreich, Schweden, Schweiz, USA und Deutschland ein.

Des Weiteren wurde im Rahmen der Grundlagenrecherche nach Listen und Katalogen mit ambulant abrechnungsfähigen Leistungen in anderen Ländern recherchiert. Ausgewählt wurden Leistungskataloge aus den Ländern, die Vergütungsanreize zur ambulanten Erbringung von Leistung etabliert haben. Das Ziel bestand in der Identifizierung der am häufigsten ambulant erbrachten Leistungen und der Übersetzung der jeweiligen nationalen Prozedurencodes in deutsche Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS). Basierend auf den nationalen Prozedurenklassifikationen wurden maximal 200 Codes mit den am häufigsten ambulant erbrachten Leistungen aus dem jeweiligen Land mit den deutschen OPS gemappt.

2.2 Ergebnisse

2.2.1 Internationaler Vergleich von Finanzierungs- und Vergütungssystemen bei Vergütung von Sektorengleichen Leistungen

An der Befragung nahmen insgesamt 12 Expertinnen und Experten teil. Zwei Expertinnen und Experten bevorzugten ein Interview statt einer schriftlichen Beantwortung der Fragen – diese wurden in einer Videokonferenz von zwei Mitarbeitenden der TU Berlin interviewt. Weitere zehn Expertinnen und Experten haben an der schriftlichen Befragung teilgenommen. Ergebnisse liegen für die Länder Australien, Kanada, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, die Niederlande, Norwegen, Österreich und Schweden vor.

Die durchgeführten Befragungen gaben Einblicke in die politischen Beweggründe sowie die historische Entwicklung von Vergütungsansätzen sektorengleicher Leistungen. Im Rahmen der Befragung zeigte sich einerseits, dass sich aus den unterschiedlichen Systemstrukturen anderer Gesundheitssysteme keine direkt schablonenartig übertragbaren Lösungen für die Ambulantisierung in Deutschland ergeben. Insbesondere bei stark regional ausgestalteten Vergütungssystemen wie in Kanada, USA oder den nordischen Ländern stellte sich eine länderübergreifende Einschätzung für die Expertinnen und Experten eine Herausforderung dar. Dennoch konnten nützliche Informationen aus der Befragung gewonnen werden, die in die Fallstudien eingeflossen sind.

Fallstudien wurden zu den Ländern Dänemark, England, Finnland, Frankreich, Kanada, den Niederlanden, Norwegen, Österreich, Schweden, der Schweiz, USA und Deutschland erstellt.

Erbringer von sektorengleichen Leistungen

Sektorengleiche Leistungen werden in den untersuchten Ländern in Krankenhäusern, Tageskliniken und Facharztpraxen erbracht. In Krankenhäusern kann die Erbringung von sektorengleichen Leistungen sowohl stationär als auch ambulant erfolgen. Die Erbringung von ambulanten Leistungen kann auf derselben Station wie bei stationärer Erbringung erfolgen (z.B. in Österreich), strukturell getrennt innerhalb des Krankenhauses in einer ambulanten Einheit (z.B. in Österreich und Frankreich) oder in einer alleinstehenden Einheit, die jedoch organisatorisch ein Teil des Krankenhauses ist (z.B. in Frankreich und in den nordischen Ländern). Tageskliniken werden auch als unabhängige Einrichtungen betrieben, wie das typischerweise in den USA der Fall ist. In Ländern mit stärkerer Sektorentrennung werden viele ambulante spezialisierte Leistungen von den niedergelassenen Fachärzten in Facharztpraxen erbracht (z.B. in Deutschland und der Schweiz). Im Folgenden wird der Fokus auf die Finanzierungs- und Vergütungssysteme im Krankenhaus gelegt.

Finanzierungs- und Vergütungssysteme im Krankenhaus

Bei der Wahl des Vergütungssystems zur Vergütung sektorengleicher Leistungen zeigen sich drei unterschiedliche Stoßrichtungen und Differenzierungsgrade zwischen den Ländern. Die untersuchten Länder vergüten sektorengleiche Leistungen entweder über das Fallpauschalensystem, das in Teilen oder in Gänze auf sektorengleiche Leistungen ausgerollt wurde, mittels des ambulanten Vergütungssystems, oder eines dritten, gesonderten Systems, das speziell für sektorengleiche Leistungen eingeführt wurde.

Hierbei dominiert das DRG-System, welches in 8 der 12 Länder (Dänemark, England, Finnland, Frankreich, Niederlanden, Norwegen und Schweden) zur Vergütung von stationären und ambulanten Leistungen eingesetzt wird. Das Englische und Dänische DRG-System unterscheiden nicht zwischen

dem Ort der Leistungserbringung und haben somit sämtliche DRGs für eine sektorengleiche Leistungserbringung geöffnet. Dänemark entwickelt sein Preissystem derzeit in Richtung eines episodenbasierten Systems weiter. So werden in Dänemark bei der Berechnung einer Episodenpauschale Kosten zusammengefasst, die bei Krankenhauskontakten innerhalb von 12 Stunden nach dem letzten Kontakt in demselben Krankenhaus und derselben DRG anfallen.

In Norwegen und Frankreich hingegen gilt dies nur für einen Teilbereich der DRGs, welcher für die sektorengleiche Vergütung geöffnet wurde. In Norwegen wurden parallel zu dem DRG-System weitere Klassifikationssysteme eingeführt, die seit 2017 bestimmte Leistungsgruppen (Special Service Groups, STG) unabhängig vom Erbringungsort vergüten. Im Jahr 2019 wurden episodenbasierte Leistungsbündel, die explizit zuhause erbracht werden können, aus dem Norwegischen DRG und den STG in Service Progression Groups (TFG) ausgelagert.

Die USA und Österreich haben sich für ein separates, pauschalisiertes Klassifikations- bzw. Vergütungssystem für die ambulante Erbringung sektorengleicher Leistungen entschieden. Dieses wurde 2000 in den USA, und 2019 in Österreich eingeführt.

Deutschland und die Schweiz gehen derzeit vom ambulanten Vergütungssystem aus. In der Schweiz wird das ambulante Vergütungssystem bestehend aus der Einzelleistungs- und Kopfpauschalenvergütung zur Vergütung von ambulanten Krankenhausleistungen eigesetzt. Auch in Deutschland wird das ambulante Vergütungssystem bestehend aus der Leistungskomplex- und Einzelleistungsvergütung zur Vergütung von ambulanten Krankenhausleistungen verwendet.

Preise und Vergütungsanreize zur ambulanten Erbringung von Leistungen

21 Die identifizierten Länder unterscheiden sich in der Preissetzung und damit auch in der Höhe der Anreize für sektorengleiche Leistungen. Hierbei lässt sich zwischen drei Gruppen unterscheiden. Die Mehrzahl der Länder nutzt separate Preise für stationäre versus taggleiche beziehungsweise ambulante Leistungserbringung, die in der Regel auf Basis der jeweiligen Durchschnittskosten ermittelt werden (siehe Tab. 2). In 5 der 12 Länder (Österreich, Dänemark, England, Frankreich und Norwegen) wird die Vergütung für die stationäre und taggleiche beziehungsweise ambulante Leistungserbringung gleichgesetzt und auf Basis gepoolter Durchschnittskosten berechnet. Daraus ergibt sich ein finanzieller Anreiz für die ambulante Versorgung, da diese im Verhältnis zur stationären Versorgung finanziell attraktiver ist.

Preis-Modelle	Länder
Höherer Preis für taggleiche/ambulante Behandlung als Vergütungsanreiz	England: Best Practice Tariffs – Day case
Gleicher Preis für taggleiche/ambulante Behandlung und stationäre Behandlung anhand gepoolter Durchschnittskosten	England/Dänemark: kombinierter Tarif für fast alle DRGs Frankreich: gleicher Preis wie für DRGs mit Schweregrad = 1 Norwegen/Österreich: gleicher Preis wie für DRGs mit kurzer Verweildauer
Separater Preis für taggleiche/ambulante und stationäre Behandlung anhand von jeweiligen Durchschnittskosten	Restliche Länder

Tab. 2: Vereinfachte Darstellung der Preismodelle und jeweilige Länder

Hierbei existieren zwischen den Ländern Unterschiede in Umfang und Art der Gleichsetzung. In England und Dänemark umfasst die preisliche Gleichsetzung fast alle DRGs. Im Frankreich, Norwegen und Österreich hingegen umfasst sie einen Teil der Fallpauschalen, die als medizinisch wenig komplex gelten und mit einem Schweregrad von 1 klassifiziert werden, beziehungsweise eine kurze Verweildauer aufweisen. Frankreich variiert seine Preise in Abhängigkeit des Grades zu dem eine Leistung ambulantisiert ist. Er rangiert von dem rein auf stationären Kosten beruhenden Preis für kaum ambulantisierte Leistungen bis hin zu dem rein auf ambulanten Kosten basierenden Preis für bereits fast vollständig ambulantisierte Leistungen. In Österreich werden Leistungen aus dem tagesklinischen Katalog bei einer ambulanten Erbringung *ohne* Übernachtung entsprechend der Leistungserbringung *mit* einer Übernachtung vergütet. Auch bestimmte Chemotherapeutika werden in der ambulanten Erbringung genauso vergütet wie bei einer stationären Erbringung. Dagegen wird die stationäre Erbringung von Leistungen aus dem ambulanten Modell durch Vergütungsabschläge sanktioniert. Jedoch wird auch die ambulante Erbringung von stationären Leistungen, die nicht im ambulanten Katalog enthalten sind, durch Abschläge bestraft.

Als einziges Land setzte England mit den so genannten Best Practice Tariffs von 2010 bis 2021 zudem ein Anreizsystem ein, bei dem die Vergütung für ausgewählte Leistungen bei einer ambulanten Erbringung höher ist als bei der stationären Erbringung bei Patientinnen und Patienten mit dem gleichen Komplexitätslevel. Hierfür wurden Leistungen ausgewählt, die jeweils über ein hohes Ambulantisierungspotenzial und eine hohe Heterogenität der Leistungserbringung, bei welcher der Ambulantisierungsgrad in Abhängigkeit des Leistungsbereichs und der Region stark schwankte, aufwiesen. Diese Preise lagen rund 10-11 % über jenen für die stationäre Leistungserbringung. Hiermit sollte ein zusätzlicher Anreiz zur Reduzierung der Verweildauer, zur Verlagerung der Leistungserbringung in den taggleichen beziehungsweise ambulanten Bereich und eine Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen geschaffen werden.

Genehmigung ambulant erbringbare Leistungen im Krankenhaus

England ist das einzige bekannte Land, in dem potenziell alle Krankenhausleistungen ambulant erbringbar sind. In Dänemark müssen sich die Krankenhäuser an die allgemeinen Leitlinienempfehlungen und die Krankenhauspläne hinsichtlich der (ambulanten) Erbringung von Leistungen halten. In anderen untersuchten Ländern müssen diese Leistungen zur ambulanten Erbringung zugelassen werden. Häufig sind es minimalinvasive otorhinolaryngologische (HNO),

ophthalmologische, dermatologische, gynäkologische, orthopädische und teilweise viszerale chirurgische Eingriffe mit niedrigem Komplexitätsgrad, die bei Patienten mit niedrigem Komplexitätslevel durchgeführt werden. Auch andere therapeutische Prozeduren wie die Dialyse, Bestrahlungs- und Chemotherapie und diagnostische Prozeduren wie Endoskopien werden in der Regel ambulant durchgeführt. Einige Länder wie England und Norwegen gehen so weit im Rahmen von gebündelten Leistungsvergütung auch hausbasierte Dialyse und Telemonitoring zuhause zu vergüten. In einigen Ländern (Frankreich, Schweiz, Österreich) existiert eine Auswahl an Leistungen, die ausschließlich ambulant erbringbar sind. Eine stationäre Erbringung dieser Leistungen muss in Frankreich für eine Auswahl an Leistungen vorher genehmigt werden (Mise sous accord préalable), während in der Schweiz unterschiedliche Modelle existieren und die Begründung entweder vor oder nach der Erbringung der Leistung geprüft wird. In Österreich resultiert die stationäre Erbringung dieser Leistungen in einer geringeren Bepunktung (und letztendlich Vergütung).

Um das Problem der langen Wege und der fehlenden Betreuung zuhause zu lösen, werden in den Ländern Dänemark, England, Finnland, Frankreich, Norwegen, und Schweden bereits seit mehreren Jahren das Konzept des Patientenhotels oder auch Kurzliegerstationen in community health centres eingesetzt, das von den Krankenversicherern bezahlt wird. Mit diesem Konzept wurde während der COVID-19 Pandemie in den Jahren 2020 bis 2022 auch in den Niederlanden experimentiert.

2.2.2 Liste mit am häufigsten ambulant erbrachten Leistungen

Ein weiteres Hauptergebnis der Arbeit im Arbeitspaket 1 ist eine Liste sektorengleicher Leistungen, die auf der Basis der Kataloge aus England[6], Frankreich, und Österreich erstellt wurde. Die Kataloge dieser Länder wurden wegen vorhandener Vergütungsanreize zum Zeitpunkt der Recherche für die Analyse herangezogen. Die Liste bildete die Grundlage für die Datenauswertungen in Arbeitspaket 2.

Zu den Prozedurenlisten wurden jeweils die Anzahl der ambulant und stationär durchgeführten Prozeduren bei den jeweiligen Datenstellen eingeholt und der Anteil der ambulant durchgeführten Prozeduren an allen Prozeduren mit einem Prozedurencode berechnet (siehe Tab. 3).

Land (Datenjahr)	Als Tagesfälle abrechenbare Leistungen	Kriterien für die Auswahl	Auswahl
England (2019)	Alle chirurgischen Prozeduren	Ambulanter Anteil mind. 30 %; Prozeduren mit der größten Gesamtfallzahl	247
Frankreich (2019)	Nur zugelassene Prozeduren	Ambulanter Anteil mind. 30 %; Prozeduren mit der größten Gesamtfallzahl	214
Österreich (2019)	Nur zugelassene Prozeduren	Ambulanter Anteil von mind. 20 % und mind. 100 ambulante Fälle; Prozeduren mit der größten Gesamtfallzahl; Prozeduren aus dem Katalog der tagesklinischen Leistungen (TKL)	80

Quelle: eigene Zusammenstellung

Tab. 3: Auswahlkriterien und Umfang der ausgewählten Prozeduren in England, Frankreich und Österreich

[6] In England bezieht sich der Katalog auf die Prozeduren, bei denen der stationäre und taggleiche Preis identisch sind oder bei denen über Best Practice Tariffs die taggleiche Erbringung mit einem Zuschlag gefördert wurde.

Die Prozedurencodes wurden pro Land nach der absoluten Häufigkeit und dem Anteil der ambulanten Prozeduren an allen Prozeduren in einer Rangfolge sortiert und die am häufigsten durchgeführten Prozeduren für die Übersetzung ausgewählt. Insgesamt wurden 541 der am häufigsten ambulant erbrachten Prozeduren mit entsprechenden Prozedurencodes aus England (n=247), Frankreich (n=214) und Österreich (n=80) in 1.483 deutsche OPS-Codes (4-6-stellig) übersetzt.

Wie Abb. 4 zeigt, wurden die meisten Prozeduren aus dem Kapitel 5 „Operationen“ des OPS-Katalogs identifiziert. Darunter befinden sich Prozeduren an den Bewegungsorganen, den Augen, der Haut und Unterhaut sowie am Verdauungstrakt. Beispielsweise wurden im Jahr 2019 die Prozedur „*Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über sklero-kornealen Zugang*“ in Frankreich bei 96% der Fälle und in Österreich bei 88 % der Fälle ambulant durchgeführt. In England wurde die Prozedur „*(Sekundäre) Einführung und Wechsel einer alloplastischen Linse bei aphakem Auge*“ bei 99 % aller Fälle ambulant durchgeführt.



Abb. 4: Identifizierte Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) nach Kapiteln

3 Ausgangslage – Empirische Analysen

3.1 Methodik

Arbeitspaket 2 umfasste die empirische Analyse des Status Quo und ging dafür insbesondere zwei Fragestellungen nach:

a. Von welchen Leistungserbringern werden sektorengleiche Leistungen derzeit erbracht?
b. Wie vergleichbar ist die Erbringung sektorengleicher Leistungen im stationären und ambulanten Sektor tatsächlich?

Aufbauend auf den in Arbeitspaket 1 auf Basis des internationalen Vergleichs identifizierten, für eine sektorengleiche Behandlung geeigneten Leistungen wurde in Arbeitspaket 2 zunächst untersucht, in welcher Quantität diese im ambulanten und stationären Sektor erbracht werden. Anschließend wurde untersucht, wie vergleichbar die Patientenpopulationen sind. Beispielsweise war eine Hypothese, dass Patientinnen und Patienten, für die sektorengleiche Leistungen im stationären Bereich erbracht werden eine höhere Morbidität aufweisen als diejenigen, die äquivalente Leistungen im ambulanten Sektor erhalten.

Grundlage der Analysen waren umfangreiche Abrechnungsdaten der Betriebskrankenkassen für etwa 10 % aller GKV-Versicherten, die Informationen zur ambulanten und stationären Leistungserbringung einschließlich der Prozeduren und Diagnosen sowie Alter, Geschlecht und weitere Merkmale umfassten. Darüber hinaus erfolgten durch das Zi Analysen der vertragsärztlichen Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen. Für aggregierte Informationen wurden zusätzlich die strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser sowie die DRG-Statistik des Statistischen Bundesamtes herangezogen.

In den Daten wurden Patientinnen und Patienten identifiziert, für die eine sektorengleiche Leistung stationär oder ambulant erbracht wurde. Die Identifizierung erfolgte anhand der mittels OPS-Kodes kodierten Prozeduren aus Arbeitspaket 1; für die im Folgenden dargestellten Übersichten wurde weitgehend auf OPS des Abschnittes 1 des AOP-Kataloges fokussiert um eine gute Vergleichbarkeit zu gewährleisten. Leistungen außerhalb des Abschnitts 1 werden im vertragsärztlichen Bereich ohne verpflichtende Angabe des OPS-Codes abgerechnet, sodass für diese Leistungen nur unvollständige Angaben vorliegen. Der Vergleich der Risikoprofile erfolgte auf Basis des Alters und der Komorbiditäten. Hierzu wurde ein Risikowert basierend auf dem Klassifikationssystem des Bewertungsausschusses (InBA 2022) berechnet (Wert 1 = durchschnittliche Morbidität). Um die akute Falldringlichkeit zu berücksichtigen und diese über die Sektoren hinaus vergleichbar zu machen wurde ein diagnosebasierter Dringlichkeits-Score (Krämer et al. 2019) berechnet. Schließlich wurden auf Basis der jeweiligen Postleitzahlen die näherungsweisen Distanzen zwischen Wohnort und Ort der Leistungserbringung bestimmt. Auf tiefergehende methodische Ansätze zur Distanzmessung (z. B. IQWiG 2006) wurde aus Aufwandsgründen verzichtet. Tendenziell werden die Abstände durch die Beschränkung auf Postleitzahlen unterschätzt. Des Weiteren fehlen genauere Informationen zur Betriebsstätte in den Abrechnungsdaten; für Krankenhausverbünde wird in der Regel nur das Institutionskennzeichen des Verbundes übermittelt. Die dargestellten Distanzen stellen nur eine Approximation der Versorgungswege dar. Alle Angaben beziehen sich auf das aktuellste verfügbare Datenjahr 2019.

Die hier dargestellten Ergebnisse sind nur ein Ausschnitt. Für detailliertere Informationen und weitere Ergebnisse sei an dieser Stelle auf den nach Projektabschluss zu erstellenden Endbericht verwiesen.

3.2 Ergebnisse

Tab. 4 enthält wesentliche Merkmale zur Risikostruktur der Patientinnen und Patienten. Insgesamt werden für das Jahr 2019 in der vorliegenden Stichprobe ca. 550.000 Fälle mit einem OPS aus dem Abschnitt 1 des AOP-Kataloges erfasst. Die Zahlen für die Vorjahre sind grundsätzlich ähnlich.

		Gesamt	Kategorie 1	Kategorie 2
Anteil	**Stationär im KH**	39%	59%	27%
	Vertragsärztlich	44%	31%	50%
	Ambulant im KH	17%	9%	23%
Alter	**Stationär im KH**	54	51	59
	Vertragsärztlich	59	52	64
	Ambulant im KH	52	46	54
Risikowert	**Stationär im KH**	1,28	1,11	1,66
	Vertragsärztlich	1,12	0,87	1,28
	Ambulant im KH	0,99	0,82	1,05
Dringlichkeit	**Stationär im KH**	0,06	0,06	0,07
	Vertragsärztlich	0,06	0,05	0,06
	Ambulant im KH	0,04	0,04	0,04
Entfernung	**Stationär im KH**	10	10	11
	Vertragsärztlich	8	8	8
	Ambulant im KH	10	10	10

Anmerkungen:
Alle Angaben bis auf die Anteile stellen den Median dar.
OPS die im AOP-Katalog je nach Behandlungskontext Kategorie 1 oder 2 zugeordnet werden, wurden für die Analysen der Kategorie 2 zugeordnet. Der **Risikowert** beschreibt die Morbidität der Patientinnen und Patienten grundsätzlich basierend auf dem Klassifikationssystem des Bewertungsausschusses (InBA 2022). Die Kalkulation und ausgabenbasierte Gewichtung der Morbiditätsgruppen erfolgte auf den BKK-Abrechnungsdaten (Wert 1 = durchschnittliche Morbidität). Die **Dringlichkeit** (0 = absolut elektiv und 1 = absoluter Notfall) stellt einen diagnosebasierten Dringlichkeits-Score dar (Krämer et al. 2019). Die **Entfernung** beschreibt die näherungsweise Distanz (auf Postleitzahlenbasis) zwischen Wohnort und Ort der Leistungserbringung in Kilometern. **Quelle**: BKK-Abrechnungsdaten.

Tab. 4: Überblick über Leistungen des Abschnitt 1 des AOP-Katalogs im Jahr 2019

Zu ungefähr gleichen Anteilen entfällt die Versorgung der ausgewählten Leistungen auf die (voll-)stationäre Versorgung im Krankenhaus inkl. Entbindungen und die ambulante vertragsärztliche Versorgung. Ambulant im Krankenhaus wird ca. ein Fünftel der Fälle versorgt. Betrachtet man die Leistungserbringung separat nach Kategorie 1 (in der Regel ambulant) und Kategorie 2 (sowohl ambulant als auch stationär), dann überrascht der hohe Anteil der vertragsärztlichen Versorgung bei OPS der Kategorie 2. Dies liegt darin begründet, dass OPS die im AOP-Katalog je nach Behandlungskontext Kategorie 1 oder 2 zugeordnet werden, für die Analysen der Kategorie 2 zugeordnet wurden (z. B. Kataraktoperationen, 5-144.5).

Aus der nach Altersgruppen differenzierten Verteilung ist zunächst kein erhöhtes Risikoprofil in der stationären Versorgung ablesbar. Das Median-Alter ist in der vertragsärztlichen Versorgung sogar höher als im Krankenhaus. Unter Einbezug weiterer Kennzahlen zeigt sich jedoch die grundsätzliche

Tendenz, dass – im Querschnitt aller betrachteten OPS-Leistungen und nicht zwangsläufig bei einzelnen OPS – die Morbidität der im Krankenhaus vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten höher ist als die der ambulant behandelten. Dies geht einher mit einer marginal höheren Falldringlichkeit. Die mittlere Falldringlichkeit ist insgesamt aber sehr als gering einzuschätzen (0 = absolut elektiv und 1 = absoluter Notfall).[7] Eine hohe medizinische Dringlichkeit ist also bei der überwiegenden Zahl der Fälle mit OPS aus dem AOP-Katalog nicht gegeben. Schließlich lässt sich aus Tab. 4 ableiten, dass die Entfernung zwischen Wohnort und Ort der Leistungserbringung bei der ambulanten Erbringung im Krankenhaus im Mittel nur geringfügig kürzer ist als bei der stationären. Die Distanzen zur vertragsärztlichen Anbietern sind im Durchschnitt am kürzesten.

	Kurztitel	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]	Kapsulotomie der Linse	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	Diagnostische Hysteroskopie	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]	Verschluss einer Hernia inguinalis	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	Andere Operationen an Blutgefäßen	Arthroskopische Operation an der Synovialis	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des
	OPS	5-144.5	5-142.2	5-812.5	1-672	5-144.3	5-530.3	5-056.4	5-399.5	5-811.2	5-814.3
Anteil	Stationär im KH	19%	-	35%	27%	8%	82%	10%	59%	77%	64%
	Vertragsärztlich	59%	95%	46%	27%	83%	12%	70%	9%	15%	32%
	Ambulant im KH	22%	5%	20%	46%	9%	6%	20%	32%	8%	3%
Alter	Stationär im KH	74	-	55	48	77	61	67	67	53	57
	Vertragsärztlich	75	77	54	45	74	56	58	63	51	55
	Ambulant im KH	74	76	54	52	75	57	59	62	51	54
Risikowert	Stationär im KH	2,3	-	1,1	1,2	2,3	1,2	2,0	7,1	1,0	1,2
	Vertragsärztlich	1,8	1,9	0,8	0,8	1,8	0,8	1,2	5,1	0,8	0,9
	Ambulant im KH	1,8	2,1	0,8	0,9	1,8	0,8	1,2	5,0	0,8	0,9
Dring-lichkeit	Stationär im KH	0,03	-	0,02	0,05	0,03	0,02	0,05	0,24	0,03	0,03
	Vertragsärztlich	0,07	0,07	0,03	0,08	0,07	0,02	0,04	0,12	0,03	0,03
	Ambulant im KH	0,03	0,03	0,02	0,03	0,03	0,02	0,04	0,12	0,03	0,03
Entfernung	Stationär im KH	12	-	12	9	14	8	9	10	14	13
	Vertragsärztlich	10	6	9	8	9	6	8	8	11	10
	Ambulant im KH	10	10	11	9	9	8	10	10	12	13

Anmerkungen:
Alle Angaben bis auf die Anteile stellen den Median dar.
OPS die im AOP-Katalog je nach Behandlungskontext Kategorie 1 oder 2 zugeordnet werden, wurden für die Analysen der Kategorie 2 zugeordnet. Der **Risikowert** beschreibt die Morbidität der Patientinnen und Patienten grundsätzlich basierend auf dem Klassifikationssystem des Bewertungsausschusses (InBA 2022). Die Kalkulation und ausgabenbasierte Gewichtung der Morbiditätsgruppen erfolgte auf den BKK-Abrechnungsdaten (Wert 1 = durchschnittliche Morbidität). Die **Dringlichkeit** (0 = absolut elektiv und 1 = absoluter Notfall) stellt einen diagnosebasierten Dringlichkeits-Score dar (Krämer et al. 2019). Die **Entfernung** beschreibt die näherungsweise Distanz (auf Postleitzahlenbasis) zwischen Wohnort und Ort der Leistungserbringung in Kilometern. **Quelle**: BKK-Abrechnungsdaten.

Tab. 5: Top 10 OPS des Abschnitt 1 des AOP-Kataloges nach Anteilen, Alter, Risikowert, Dringlichkeit und Entfernung

[7] Geburtshilflichen Diagnosen wurde aus methodischen Gründen nach (Krämer et al. 2019) kein Dringlichkeitswert zugewiesen.

Tab. 5 enthält ähnliche Informationen aufgeschlüsselt für die zehn häufigsten OPS (5-Steller) des Abschnittes 1 des AOP-Katalogs. Diese zehn OPS stehen für ein knappes Drittel der gesamten Leistungshäufigkeit des Abschnitts 1. Insgesamt ist die Leistungserbringung hochkonzentriert; die 30 häufigsten OPS-5-Steller (von über 700) stehen für 50 % aller Abschnitt-1-Fälle. Hinsichtlich der Behandlungskontexte zeigt sich ein sehr heterogenes Bild.

Über diese aggregierten Auswertungen hinaus wurden für alle betrachteten OPS Detailanalysen durchgeführt, die im Folgenden exemplarisch dargestellt werden. Im Gegensatz zu den vorhergehenden Analysen wurden auch OPS außerhalb des Abschnittes 1 des AOP Katalogs berücksichtigt, auch wenn die Daten zur vertragsärztlichen Versorgung für diese kein vollständiges Bild erlauben. Abb. 5 zeigt die Morbiditätsverteilung der Patientinnen und Patienten beispielhaft anhand von Boxplots für zwei häufig erbrachte Leistungen des AOP-Kataloges, der transarteriellen Linksherz-Katheteruntersuchung (1-275.0) und der extrakapsulären Extraktion der Linse (5-144.5). Während für erstere mit längerer Verweildauer tendenziell auch höhere Morbiditätswerte einhergehen, findet sich dieser Effekt für die Katarakt-OP nur eingeschränkt wieder. Auch für weitere Indikatoren wie die Falldringlichkeit (nicht dargestellt) ergibt sich ein ähnliches Bild.

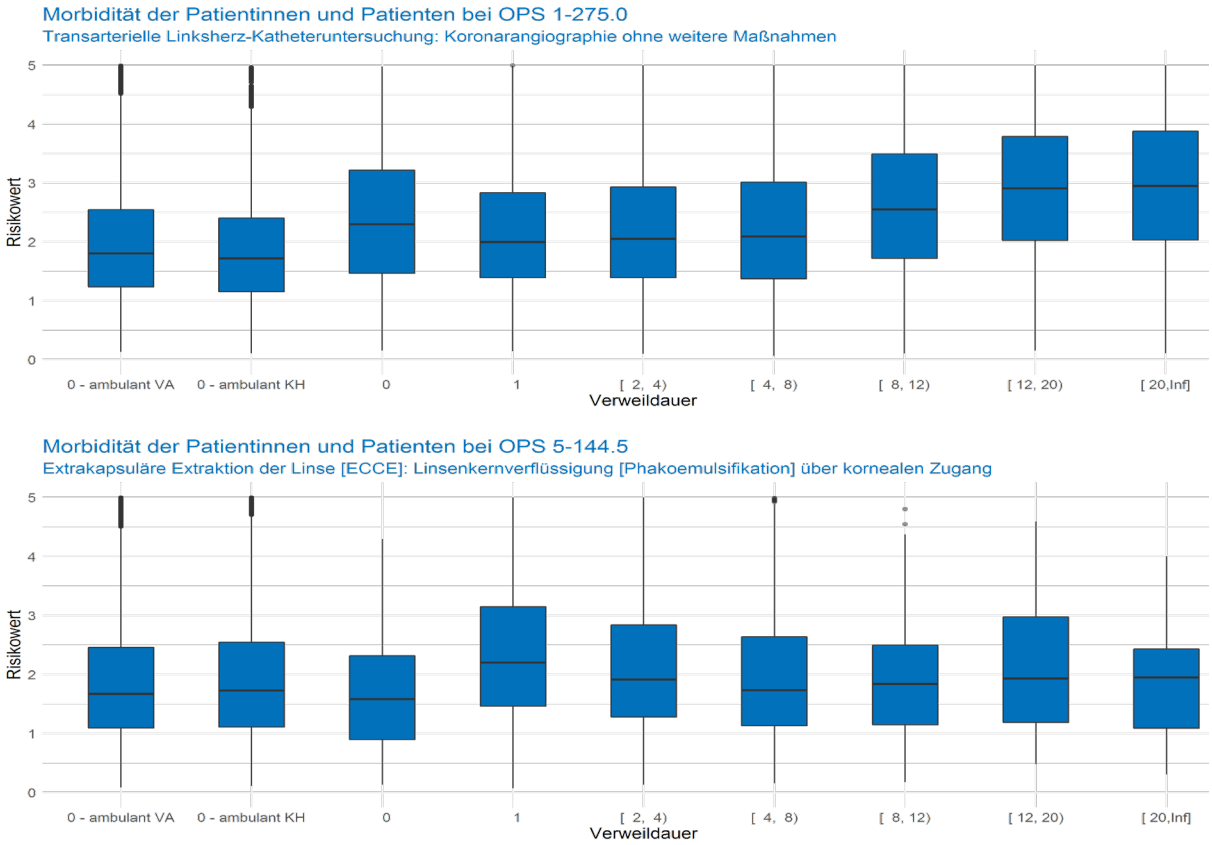


Abb. 5: Kontextbetrachtung am Beispiel der OPS 1-275.0 und 5-144.5

Eines dieser Muster lässt sich bei den meisten untersuchten OPS identifizieren. Einerseits gibt es Prozeduren, bei denen Unterschiede in der Morbidität klar ersichtlich sind – in der Regel niedrigere Morbidität bei der ambulanten und kurz-stationären (<= 3 Tage) Erbringung, höhere Morbidität bei längerer stationärer Versorgung. Anderseits gibt es Prozeduren bei denen die Morbidität über alle Sektoren und Verweildauern hinweg tendenziell nah beieinander liegt. Nur unwesentliche Unterschiede bezüglich der Morbidität der Patientinnen und Patienten ergeben sich insbesondere für Fälle mit kürzeren Verweildauern, die für die AOP-OPS in der Regel den größten Anteil repräsentieren.

4 Ausgangslage – Position der Vertragsärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen

4.1 Methodik

In Arbeitspaket 3 wurde die Sicht der Leistungserbringer (Vertragsärzte und Krankenhäuser) und Krankenkassen auf eine sektorengleiche, gemeinsame Versorgung und Vergütung erfasst. Zunächst wurde erfragt, mit welchen Hindernissen sich Leistungserbringer und Krankenkassen derzeit im Bereich sektorengleicher Leistungen konfrontiert sehen. Anschließend wurde erhoben, wie aus Sicht der Befragten ein geeignetes Vergütungskonzept sowie die Ausgestaltung weiterer Aspekte aussehen sollte. Schließlich wurden, aufbauend auf den Erkenntnissen der Arbeitspakete 1 und 2, die Leistungserbringer befragt, unter welchen Bedingungen sie eine ambulante Durchführung sektorengleicher Leistungen für möglich und unter welchen Umständen sie eine Behandlung im stationären Umfeld für erforderlich halten.

Befragt wurde zu folgenden konkreten Themenkomplexen:

- Erfahrungen im Zusammenhang mit dem ambulanten Operieren,
- Leistungsumfang eines neuen Systems,
- Erwartungen an das Vergütungskonzept eines neuen Systems,
- Erwartungen an das Abrechnungsverfahren eines neuen Systems,
- Erwartungen an die Qualitätssicherung eines neuen Systems,
- Ambulante Erbringbarkeit ausgewählter Eingriffe.

Als Antwortmöglichkeiten standen größtenteils Angaben nach der Likert-Skala (stimme [teilweise/eher/nicht] zu) und Mehrfachantworten/Multiple-Choice zur Auswahl.

Arbeitspaket 3 umfasste insgesamt drei Befragungen. Krankenhäuser und Vertragsärzte wurden zwischen Oktober 2021 und Januar 2022 simultan in zwei getrennten Erhebungen mittels weitestgehend identischen Fragebögen befragt. Alle Krankenhäuser, die ambulant operieren, wurden als papierbasierte Vollerhebung durch das DKI angeschrieben. In Abwesenheit eines offiziellen Verzeichnisses erfolgte die Ermittlung der gesuchten Grundgesamtheit an ambulant operierenden Krankenhäusern über die Daten der strukturierten Qualitätsberichte nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V. Es konnten so 1.275 Krankenhäuser identifiziert werden, die im Jahr 2019[8] ambulante Operationen gemäß § 115b SGB V durchführten. Von diesen wurden 7 Krankenhäuser zwischenzeitlich geschlossen, sodass final 1.268 Krankenhäuser kontaktiert wurden.

Außerdem wurde über das Zi für eine 25-%-Stichprobe der vertragsärztlich operierenden Ärzte (n=12.565) eine Online-Erhebung durchgeführt. Darüber hinaus wurden Mitglieder von Berufsverbänden der operierenden Fächer kontaktiert.

Die Befragung der Krankenkassenseite schloss sich im April und Mai 2022 im Rahmen einer anonymen Online-Befragung aller 97 gesetzlichen Krankenkassen, den 6 Verbänden der verschiedenen Krankenkassenarten sowie dem GKV-Spitzenverband an. Darin wurden die Inhalte und Ergebnisse der beiden vorherigen Befragungen aufgegriffen, teils jedoch in Fragestellungen und Antwortoptionen

[8] Zum Zeitpunkt der Durchführung der Erhebung war dies das aktuellste Berichtsjahr.

abgewichen. Anschreiben erfolgten im Namen des DKI und wurden durch ein Rundschreiben des BKK-Dachverbandes begleitet.

4.2 Ergebnisse

Insgesamt nahmen 166 Krankenhäuser, 776 Vertragsärzte und 32 Krankenkassen (darunter vereinzelt auch Krankenkassenverbände) an der Befragung teil. Im vertragsärztlichen Datensatz wurden Personen, die angaben, bislang nicht ambulant zu operieren (n=67), ausgeschlossen, sodass nur 709 Antworten in die Analyse eingingen. Die Rücklaufquote der Krankenhausbefragung betrug 13,2 %, wobei öffentliche Krankenhäuser über- und private Krankenhäuser unterrepräsentiert waren. Mit Ausnahme des Saarlands beteiligten sich an der Befragung Krankenhäuser aus allen Bundesländern. Bei den Vertragsärzten war es hingegen nicht möglich, die Rücklaufquote zu berechnen, da keine Informationen darüber vorliegen, wie viele Ärztinnen und Ärzte von den Berufsverbänden zur Teilnahme an der Befragung eingeladen wurden. Die Fachgruppe der Chirurgie und Orthopädie machte bei den Vertragsärzten fast 50 % der Rückläufe aus, weitere Beteiligung kam hauptsächlich aus der Anästhesiologie, Gynäkologie, Gastroenterologie, HNO und Urologie. Regional betrachtet waren Rückläufe aus allen Kassenärztlichen Vereinigungen annähernd entsprechend ihrer Anteile verteilt. An der Befragung der Krankenkassenvertreter haben sich ca. ein Drittel aller gesetzlichen Krankenkassen beteiligt. Einzelheiten zur Zusammensetzung des Rücklaufs sind infolge der strikt anonymen Befragung nicht bekannt. Eine Unterteilung nach der Anzahl der finanzierten ambulanten Operationen je Quartal ist möglich, ergab jedoch keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten.

Motivation und Herausforderungen

Unterschiedliche Gründe sprechen aus Sicht der Leistungserbringer und Krankenkassen für ambulante Operationen. Krankenhäuser und Vertragsärzte nennen vor allem die Betreuung aus einer Hand und die schnelle Rückkehr ins häusliche Umfeld als motivierende Faktoren. Letzteres ist auch aus Sicht der Krankenkassen ein wichtiger Aspekt, wird aber dicht gefolgt von der Erwartung einer kostengünstigeren Versorgung. Diese Kosteneinsparungen spiegeln sich in den weiteren Antworten der Leistungserbringer wider. Nahezu 100 % der Vertragsärzte und Krankenhäuser geben an, dass ambulante Operationen aktuell nicht kostendeckend finanziert werden. Während die Frage der Vergütung also konträr wahrgenommen wird, sehen sowohl Krankenkassen als auch Leistungserbringer die Personalknappheit vor allem bei nicht-ärztlichem und in geringerem Umfang auch bei ärztlichem Personal als Herausforderung. Herausstechend war außerdem die Zustimmung von etwa zwei Dritteln der Vertragsärzte, dass die Hygieneanforderungen zu umfassend seien während Krankenhäuser und Krankenkassen dies mehrheitlich verneinten.

Unter Bezug auf das ambulante Potenzial ausgewählter Prozeduren führen sowohl Krankenhäuser als auch Vertragsärzte medizinische Gründe wie etwa den Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten als wichtigsten (nicht-finanziellen) Grund für die ausbleibende Ambulantisierung an. Fehlende häusliche Nachsorgemöglichkeiten oder fehlende Voraussetzungen beim Leistungserbringer (z. B. bei der apparativen Ausstattung) begründen seltener die Ablehnung der ambulanten Erbringbarkeit.

Umfang

Weitgehende Einigkeit herrscht bei den Beteiligten bzgl. der Aussage, dass eine Ausweitung des Leistungsumfangs des ambulanten Operierens grundsätzlich zu begrüßen ist. Welche Leistungen wem offenstehen sollten, wird hingegen von den drei Seiten unterschiedlich beurteilt.

Gefragt nach der individuellen Situation, bekunden jeweils weite Teile der Krankenhäuser und Vertragsärztinnen und -ärzte Interesse, ihren Leistungsumfang an ambulanten Operationen zu erhöhen – und zwar sowohl in Bezug auf ihr bestehendes medizinisches Portfolio als auch durch eine Ausweitung dessen. Etwa 25 % der Vertragsärzte und 40 % der Krankenhäuser gaben an, dass sie für eine Ausweitung des ambulanten Operierens ihre Infrastruktur erweitern müssten.

ERWARTUNGEN AN NEUES VERGÜTUNGSSYSTEM

Die Erwartungen an ein neues sektorengleiches Vergütungssystem sind heterogen, sowohl zwischen als auch innerhalb der befragten Gruppen. Am klarsten sind die Vorstellungen der Krankenkassen; sowohl Personal- als auch Sachkosten sollten aus ihrer Sicht am ehesten über Fallpauschalen vergütet werden. Leistungskomplexe im Sinne von gesonderten Pauschalen für die Operation, die Anästhesie etc. sind ebenfalls vorstellbar. Bei den Vorhaltekosten sind die Krankenkassen tendenziell für eine Vergütung durch separate Pauschalen (ein „Grundbudget“) offen, knüpfen dies jedoch an konkrete Vorhalteverpflichtungen im Rahmen von Versorgungsaufträgen.

Die Vorstellungen der Vertragsärzte und Krankenhäuser sind breiter gefächert und scheinen sich grundsätzlich an den jeweils vertrauten Vergütungsstrukturen zu orientieren. Vertragsärzte befürworten grundsätzlich eine Einzelleistungsvergütung ähnlich der GOÄ, können sich aber auch andere Vergütungsformen vorstellen. So findet für Sachkosten auch die Abrechnung nach Einzelaufwand Befürwortung. Krankenhäuser plädieren mehrheitlich für Fallpauschalen, auch hier finden sich jedoch relevante Stimmanteile für andere Vergütungsformen. Bei den Vorhaltekosten stimmen bei beiden, Vertragsärzte und Krankenhäusern, ähnliche Anteile für eine pauschale Vergütung und für eine anteilige – aber auskömmliche – Vergütung je Fall.

31

Bei der Frage an welchen Kostenstrukturen sich ein zukünftiges Vergütungssystem bzgl. der Vorhaltekosten orientieren sollte, stimmen die meisten Befragten einer Orientierung an (ggf. neuen) ambulant-stationären Misch-Strukturen zu (siehe Abb. 6). Wie zuvor ist das Meinungsbild bei Krankenhäusern und Vertragsärzten breiter gestreut als bei den Krankenkassen.

Nur an die Krankenkassen war schließlich die Frage gerichtet, welche finanziellen Anreize (z. B. Orientierung an stationären Preisen, ambulant-stationäre Mischpreise etc.) sie im neuen System befürworten würden. Keine Option fand dabei eine klare Mehrheit. Starken finanziellen Anreizen stehen die Krankenkassen dabei besonders ablehnend gegenüber. Viele Krankenkassen gehen davon aus, dass es keiner gesonderter Anreize bedarf oder könnten sich ambulant-stationäre Mischpreise vorstellen.

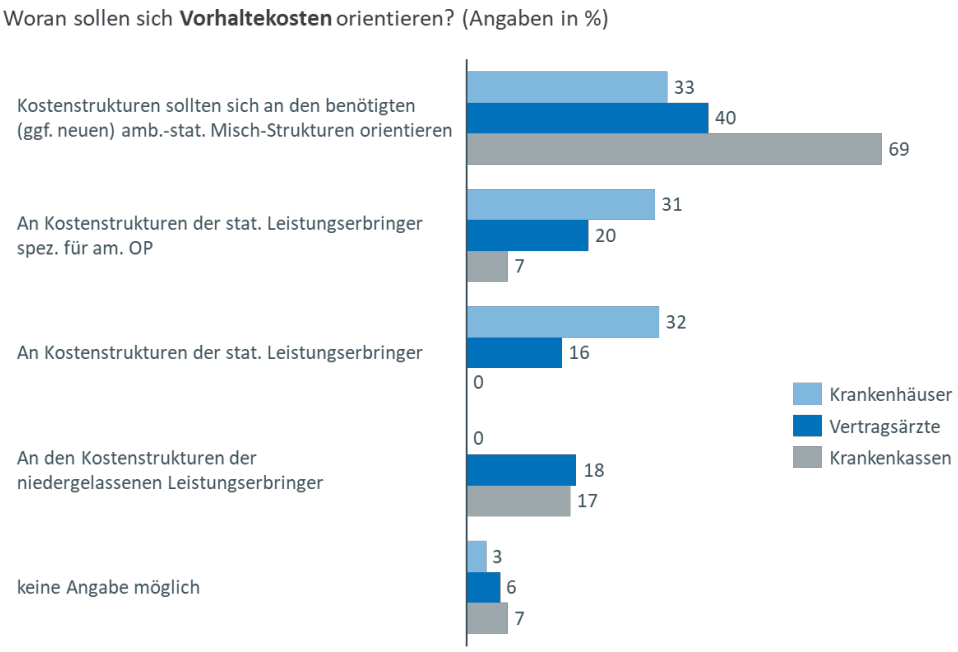


Abb. 6: Ergebnisse zur Frage „Woran sollen sich die Vorhaltekosten orientieren?“

ABRECHNUNGSVERFAHREN

Bei der Frage, wie die Abrechnung zukünftig idealerweise erfolgen sollte, sind sich die Leistungserbringer mehrheitlich einig und befürworten die Abrechnung über eine zentrale Stelle (Vertragsärzte: 90 %, Krankenhäuser: 60 %). Die Krankenkassen stimmten zu annähernd gleichen Teilen für zentrale und dezentrale Lösungen. Welche zentrale Stelle geeignet wäre, wird unterschiedlich gesehen. Vertragsärzte und Krankenkassen befürworten die für eine Region zuständige Kassenärztliche Vereinigung. Krankenhäuser sehen auch eine für die Region benannte Krankenkasse oder die zuständige Landeskrankenhausgesellschaft als Option. Ein knappes Viertel in allen drei Gruppen sieht eine neue, gemeinsame Institution als gut geeignet. Hinsichtlich des Rhythmus der Abrechnung plädieren ca. die Hälfte der Krankenkassen und Krankenhäuser für die direkte Abrechnung im Anschluss an die Leistung, wie sie bisher im stationären Bereich üblich ist. Nur 20 % der Vertragsärzte können sich dies vorstellen; die Beibehaltung der ihnen bekannten Quartalsabrechnung befürworten 40 % der Vertragsärzte. Den Kompromiss eines monatlichen Abrechnungsrhythmus kann sich ein knappes Drittel der befragten Gruppen vorstellen. Für die Krankenkassen ist die Abrechnung eng verbunden mit der Frage der Abrechnungsprüfung, deren Notwendigkeit jede befragte Kasse bejahte und die mit großer Mehrheit sektorengleich, unabhängig ob es Krankenhaus oder Vertragsärzte betrifft, befürwortet wird.

QUALITÄTSSICHERUNG

Die Notwendigkeit einer sektorengleichen Qualitätssicherung (QS) sieht eine klare Mehrheit der Krankenkassen und Krankenhäuser (etwa 85 %) und eine knappe Mehrheit der Vertragsärzte (57 %). Als verantwortliche Institution für die mehrheitlich bundesweit einheitlich gewünschten QS-Vorgaben kommen sowohl die Vertragsparteien auf Bundesebene als auch der G-BA in Frage, nur Vorgaben durch das Bundesministerium für Gesundheit finden kaum Befürwortung. Auch die Kontrolle der Einhaltung der QS wird mehrheitlich sektoren- und bundesweit einheitlich gewünscht. Vor allem bei den Vertragsärzten gibt es jedoch auch Stimmen für eine getrennte Kontrolle unter Verantwortung der Kassenärztlichen Vereinigung.

Hamburg Center for Health Economics (HCHE)

Das HCHE ist ein gemeinsames Forschungszentrum der Universität Hamburg und des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Mehr als 80 Forschende beschäftigen sich mit relevanten und politisch aktuellen Themen des deutschen Gesundheitssystems. Der Fokus d Forschungsaktivitäten liegt dabei in den Bereichen Finanzierung des Gesundheitswesens, Gesundheitsökonomische Evaluation, Arzneimittelmärkte, ambulante und stationäre Versorgung, Big Data und Digital Health sowie Bevölkerungsgesundheit.

Fachgebiet Management im Gesundheitswesen der TU Berlin

Das Fachgebiet beschäftigt sich mit Gesundheitssystemforschung (vergleichende Analyse v Systemen, Performance assessment …), Versorgungsforschung (Vergütungsmechanismen, Impact der Covid-19-Versorgung …), ökonomischen Fragestellungen im Gesundheitswesen, gesundheitspolitischen Maßnahmen und Akteuren sowie Gesundheitstechnologien (Health Technology Assessment, etwa von Medizinprodukten und digitalen Gesundheitsanwendungen).

Deutsches Krankenhausinstitut (DKI)

Das DKI ist seit über 65 Jahren führend in den Bereichen Forschung, Beratung und Fortbildur im Krankenhaus- und Gesundheitswesen tätig. Die Forschungsprojekte umfassen anwendungsorientierte Grundlagenforschung für die stationäre medizinisch-pflegerische Versorgung sowie die Begleitforschung und Evaluation aktueller krankenhausrelevanter bzw. gesundheitspolitischer Maßnahmen.

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi)

Das Zi ist das Forschungsinstitut der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in der Rechtsform einer Stiftung des bürgerlichen Rechts. Es wird finanziert durch jährliche Zuwendungen der Kassenärztlichen Vereinigunger Die Forschungsarbeiten und Studien des Zentralinstituts beschäftigen sich vorwiegend mit der vertragsärztlichen Versorgung unter Nutzung der von den Trägern dafür zur Verfügung gestellten Routinedaten.

BKK Dachverband e.V.

Der BKK Dachverband ist die politische Interessenvertretung von 72 Betriebskrankenkasse und vier Landesverbänden mit rund neun Millionen Versicherten. Da die BKK für innovative Versorgungskonzepte und versichertenfreundliche Lösungen stehen, begleitet der BKK Dachverband das vorliegende Forschungsprojekt eines sektorenübergreifenden Vergütungssystems hinsichtlich der Konzepterstellung und koordiniert die Bereitstellung von Sekundärdaten.

Referenzen

Albrecht M, Mansky T, Sander M, Schiffhorst G (2022) Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V. IGES Institut

Augurzky B, Emde A, Finke S, Rösen C (2021) Vergütungssystematik von ambulant zu erbringenden stationären gastroenterologischen Krankenhausleistungen

Deutscher Bundestag (1968) Schriftliche Antwort der Bundesregierung zu der Großen Anfrage der Fraktion der SPD zur Gesundheitspolitik. Drucksache V/3008

Deutscher Bundestag (1975) Bericht der Bundesregierung über die Auswirkungen des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG). Drucksache 7/4530

Foley C, Kendall MC, Apruzzese P, Oliveira GS de (2021) American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification as a reliable predictor of postoperative medical complications and mortality following ambulatory surgery: an analysis of 2,089,830 ACS-NSQIP outpatient cases. BMC surgery 21:253. doi:10.1186/s12893-021-01256-6

G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2022) Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über Eckpunkte zur Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung

Institut des Bewertungsausschusses (2022) Bericht des Instituts des Bewertungsausschusses zur Weiterentwicklung des Klassifikationssystems sowie zur Ermittlung der Veränderungsraten für das Jahr 2022 gemäß §87a Abs. 5 SGB V

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2006) Entwicklung und Erstellung eines Prognosemodells zur Ermittlung der Auswirkungen von Schwellenwerten auf die Versorgung; Abschlussbericht

KOMV (2019) Empfehlungen für ein modernes Vergütungssystem in der ambulanten ärztlichen Versorgung; Bericht der Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem – KOMV. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.

Krämer J, Schreyögg J, Busse R (2019) Classification of hospital admissions into emergency and elective care: a machine learning approach. Health Care Management Science 22:85–105. doi:10.1007/s10729-017-9423-5

Leber W-D, Wasem J (2016) Ambulante Krankenhausleistungen – ein Überblick, eine Trendanalyse und einige ordnungspolitische Anmerkungen. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg) Krankenhaus-Report 2016. Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus. Schattauer, Stuttgart, S 3–28

Schreyögg J, Milstein R (2018) Verbesserte Bedingungen in der Pflege. G+G Wissenschaft (GGW) 18

Schreyögg J, Milstein R (2021) Identifizierung einer initialen Auswahl von Leistungsbereichen für eine sektorengleiche Vergütung; im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2018) Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung; Gutachten 2018. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin