

Martin Rößler, Claudia Schulte, Michael Heimhardt, Uwe Repschläger, Danny Wende 

# Preissetzung bei ambulantisierbaren medizinischen Leistungen

Eine Analyse der Auswirkungen einer erhöhten ambulanten beziehungsweise einheitlichen, sektorengleichen Vergütung



## Hintergrund

Die Vermeidung nicht notwendiger vollstationärer Krankenhausbehandlungen ist ein wesentlicher Baustein einer patientengerechten Gesundheitsversorgung. Dieses Ziel steht im Zentrum der gegenwärtig verhandelten Erweiterung des Katalogs ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe nach § 115b SGB V (AOP-Katalog) (IGES Institut, 2022). Neben der Festlegung geeigneter ambulantisierbarer Leistungen rücken hierbei die ökonomischen Rahmenbedingungen als Stellschrauben zur Steuerung des sektorenübergreifenden Leistungsgeschehens vermehrt in den Fokus der gesundheitspolitischen Diskussion. Dies spiegelt sich beispielsweise in den Bestrebungen zur Entwicklung einer sektorenübergreifenden Vergütungsstruktur durch den neuen § 115f SGB V wider. Aufgrund teils deutlich höherer Kosten bei der stationären im Vergleich zur ambulanten Leistungserbringung verspricht eine verstärkte Ambulantisierung darüber hinaus eine finanzielle Ent-

lastung des Gesundheitssystems. Während die Definition potenziell ambulantisierbarer Leistungen bereits fortgeschritten ist und auf empirische Analysen gestützt werden kann (IGES Institut, 2022, Repschläger et al., 2022a–b, Rößler et al., 2022), sind die aktuell diskutierten Ansätze zur Vergütung entsprechender Leistungen jedoch weitgehend heuristischer Natur.

Die Zielstellung dieses ePapers besteht daher in der Schaffung einer analytischen Grundlage zur Preissetzung bei grundsätzlich ambulantisierbaren Leistungen. Konkret werden zwei Ansätze zur Förderung der ambulanten Leistungserbringung durch ökonomische Anreize betrachtet:

1. die isolierte Erhöhung der ambulanten Vergütung (ohne Anpassung der stationären Vergütung),
2. die Einführung einer einheitlichen, sektorengleichen Vergütung.



Für beide Ansätze werden die resultierenden Veränderungen der sektorenübergreifenden Gesamtkosten analytisch hergeleitet und notwendige Bedingungen für eine Reduktion derselben bestimmt. Zudem wird gezeigt, dass für beide Ansätze eine theoretische Preisobergrenze abgeleitet werden kann. Eine Vergütung oberhalb dieser Preisobergrenze führt notwendigerweise zu einer Erhöhung anstatt zu einer Reduktion der sektorenübergreifenden Gesamtkosten. Aufbauend auf diesen theoretischen Grundlagen wird deren Anwendung anhand eines hypothetischen Beispiels einer ambulantisierbaren Leistung illustriert.

Begleitend zu diesem ePaper wird eine Excel-Datei publiziert, die eine einfache Umsetzung der wesentlichen hier präsentierten Berechnungen ermöglicht.

## Theoretische Grundlagen

### Definition der sektorenübergreifenden Gesamtkosten

Im Folgenden wird eine grundsätzlich ambulant erbringbare Operation betrachtet. Die sektorenübergreifenden Gesamtkosten für die Erbringung dieser Operation ergeben sich als Summe der ambulanten Gesamtkosten und der stationären Gesamtkosten. Letztere wiederum lassen sich als Produkt des (Durchschnitts-)Preises der ambulanten bzw. stationären Leistungserbringung und der Anzahl an ambulanten bzw. stationären Leistungen ausdrücken. Die sektorenübergreifenden Gesamtkosten ergeben sich somit zu

$$K = p_A N_A + p_S N_S \quad (1)$$

mit

- $p_A$ : ambulanter (Durchschnitts-)Preis,
- $N_A$ : Anzahl an ambulanten Leistungen,
- $p_S$ : stationärer (Durchschnitts-)Preis,
- $N_S$ : Anzahl an stationären Leistungen.

### Isolierte Erhöhung der ambulanten Vergütung

Der Gesamteffekt einer Erhöhung des ambulanten Preises  $p_A$  auf die sektorenübergreifenden Gesamtkosten lässt sich in drei Teileffekte zerlegen (siehe Anhang):

1. Durch die Erhöhung der ambulanten Vergütung werden bereits im Ausgangszustand ambulant erbrachte Leistungen (Status-quo-Leistungen) höher vergütet.
2. Infolge der Erhöhung der ambulanten Vergütung werden zusätzlich generierte ambulante Leistungen ebenfalls mit dem erhöhten ambulanten Preis vergütet.
3. Insoweit aufgrund der höheren ambulanten Vergütung eine Ambulantisierung von stationären Leistungen erfolgt und der stationäre Preis über dem ambulanten Preis liegt, verringern sich die Gesamtkosten.

Während die Teileffekte 1. und 2. somit zu einer Erhöhung der sektorenübergreifenden Gesamtkosten führen, gehen mit Teileffekt 3. potenziell Einsparungen von Kosten einher. Nicht betrachtet werden in der hier durchgeführten Analyse mögliche indirekte mittelfristige Auswirkungen auf den stationären (Durchschnitts-)Preis, die durch eine Neukalkulation von Diagnosis Related Groups (DRGs) nach Verschiebung von Fällen in den ambulanten Sektor entstehen könnten. Es ist jedoch zu vermuten, dass eine solche Neukalkulation i. d. R. zu einer Erhöhung der sektorenübergreifenden Gesamtkosten führen wird.

### Analyse unter Annahme einer konstanten Gesamtleistungsmenge

Für die folgende Analyse nehmen wir an, dass der stationäre Preis über dem ambulanten Preis liegt ( $p_S > p_A$ ), sodass eine Ambulantisierung der Operation aus Kostengründen grundsätzlich sinnvoll erscheint. Zur Förderung der Ambulantisierung soll die ambulante Vergütung erhöht werden. Dies entspricht einer Erhöhung des ambulanten Preises von  $p_A$  auf  $p_A^*$  ( $p_A^* > p_A$ ). Als aus Kostensicht potenziell rationale Spanne für den neuen ambulanten Preis können alle Preise zwischen dem

aktuellen ambulanten und dem stationären Preis betrachtet werden. Der neue ambulante Preis kann dementsprechend als gewichtetes Mittel der aktuellen ambulanten und stationären Preise ausgedrückt werden:

$$p_A^* = w \cdot p_S + (1 - w) \cdot p_A, \quad (2)$$

wobei  $w \in (0,1]$  das Gewicht des stationären Preises und  $1 - w$  das Gewicht des ambulanten Preises bezeichnet. Für  $w = 1$  ergibt sich  $p_A^* = p_S$ , sodass die ambulante Vergütung der stationären Vergütung komplett angeglichen wird. Werte von  $w$  nahe 0 entsprechen dahingegen geringfügigen Angleichungen des ambulanten Preises an den stationären Preis.

Durch die höhere ambulante Vergütung ist beabsichtigt, eine Verlagerung von ambulantisierbaren Fällen aus dem stationären in den ambulanten Bereich zu erwirken. Die nach Erhöhung des ambulanten Preises erbrachten Leistungsmengen seien im Folgenden mit  $N_A^*$  (neue Anzahl an ambulanten Leistungen) bzw.  $N_S^*$  (neue Anzahl an stationären Leistungen) bezeichnet. Die neuen sektorenübergreifenden Gesamtkosten ergeben sich entsprechend zu:

$$K^* = p_A^* N_A^* + p_S N_S^*. \quad (3)$$

Die in diesem Abschnitt präsentierten Analysen basieren zunächst auf der Annahme, dass die Erhöhung des ambulanten Preises lediglich eine Verlagerung von Fallzahlen aus dem stationären in den ambulanten Sektor, aber keine darüber hinausgehende Erhöhung der Gesamtfallzahl bewirkt. Die neue Anzahl stationärer Leistungen ergibt sich somit zu  $N_S^* = N_S - \Delta N$  und die neue Anzahl ambulanter Leistungen zu  $N_A^* = N_A + \Delta N$ , wobei  $\Delta N \in [0, N_S]$  die vom stationären in den ambulanten Sektor verschobene Leistungsmenge bezeichnet. Für die Veränderung der sektorenübergreifenden Gesamtkosten  $\Delta K = K^* - K$  gilt dann:

$$\Delta K = [w - (1 - w) \cdot a] \cdot (p_S - p_A) \cdot N_A, \quad (4)$$

wobei  $a = \Delta N / N_A$  die relative Veränderung der Anzahl an ambulanten Leistungen bezeichnet.  $a$  kann somit als Stärke des Ambulantisierungseffekts interpretiert werden.

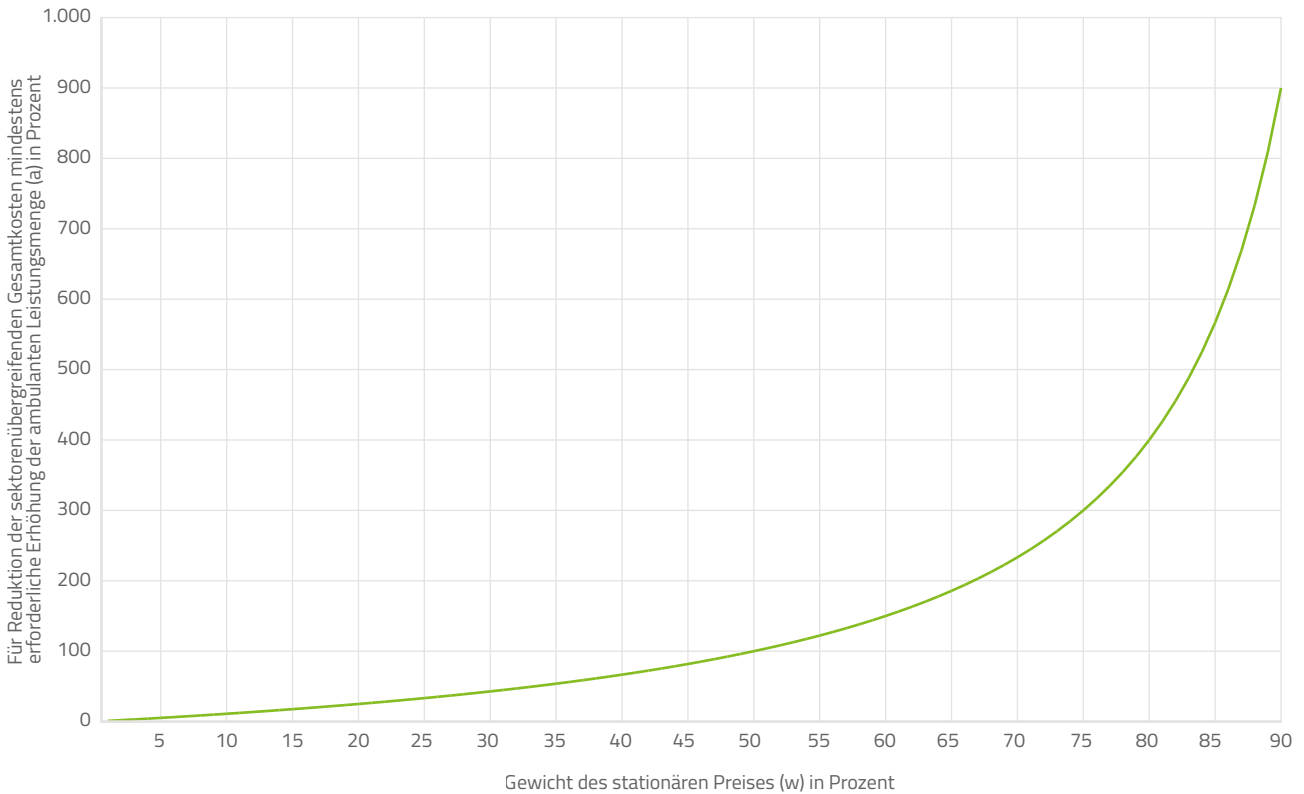
Gleichung (4) impliziert, dass das Ausmaß der Veränderung der sektorenübergreifenden Gesamtkosten durch die Erhöhung des ambulanten Preises umso größer ausfällt, 1. je größer die initiale Preisdifferenz zwischen den Sektoren ( $p_S - p_A$ ) und 2. je größer die Anzahl der initialen ambulanten Leistungen  $N_A$  ist. Der erste Term auf der rechten Seite der obigen Gleichung,  $[w - (1 - w) \cdot a]$ , zeigt, dass sowohl Erhöhungen als auch Reduktionen der sektorenübergreifenden Gesamtkosten möglich sind. Eine Reduktion der sektorenübergreifenden Gesamtkosten ( $\Delta K < 0$ ) entsteht nur dann, wenn:

$$a > \frac{w}{1 - w}. \quad (5)$$

Gleichung (5) zeigt, dass eine Erhöhung des Gewichts  $w$  des stationären Preises bei der Bildung des neuen ambulanten Preises eine überproportionale relative Erhöhung  $a$  der ambulanten Leistungsmenge erfordert, um zu einer Reduktion der sektorenübergreifenden Gesamtkosten zu führen. Die erforderliche Stärke des Ambulantisierungseffekts steigt also überproportional mit dem Grad der Anpassung des initialen ambulanten Preises an den stationären Preis.

Abbildung 1 illustriert diesen Zusammenhang zwischen der Stärke des für eine Kostenreduktion erforderlichen Ambulantisierungseffekts und dem Grad der Anpassung des initialen ambulanten Preises an den stationären Preis. Während eine Gewichtung des stationären Preises mit 10% eine Erhöhung der ambulanten Leistungsmenge um 11% erfordert, korrespondiert ein Gewicht des stationären Preises von 90% mit einer erforderlichen Erhöhung der ambulanten Leistungsmenge um rund 900%, also einer Verzehnfachung der Anzahl ambulanter Leistungen.

Abbildung 1: Erforderliche Erhöhung der ambulanten Leistungsmenge in Abhängigkeit des Grades der Anpassung des initialen ambulanten Preises an den stationären Preis



Die Stärke des Ambulantisierungseffekts  $a$  ist jedoch durch die Anzahl an potenziell ambulantisierbaren stationären Fällen  $N_S$  begrenzt. Aus Gleichung (5) kann daher eine Preisobergrenze abgeleitet werden, oberhalb welcher der neue ambulante Preis  $p_A^*$  nicht mehr durch eine Ambulantisierung von stationären Leistungen ausgeglichen werden kann und somit unvermeidbar zu einer Steigerung der sektorenübergreifenden Gesamtkosten führt. Zur Ableitung dieser Preisobergrenze nehmen wir an, dass sämtliche Leistungen nach Erhöhung des ambulanten Preises ambulant erfolgen, d. h.:  $\Delta N = N_S$ . Wir definieren die Obergrenze für das Gewicht des stationären Preises  $w^{\max}$  als dasjenige Gewicht, das bei vollständiger Ambulantisierung der Leistungen kostenneutral ist ( $\Delta K = 0$ ). Aus Gleichung (5) folgt dann:

$$w^{\max} = n_S, \quad (6)$$

mit  $n_S = N_S / (N_A + N_S)$ . Die Obergrenze für das Gewicht des stationären Preises entspricht somit dem initialen Anteil stationärer Leistungen an allen Leistungen  $n_S$ .

Einsetzen in Gleichung (2) ergibt die Preisobergrenze für den neuen ambulanten Preis:

$$p_A^{*,\max} = n_S \cdot p_S + n_A \cdot p_A, \quad (7)$$

wobei  $n_A = N_A / (N_A + N_S)$  den initialen Anteil der ambulanten Leistungen an allen Leistungen bezeichnet. Die Preisobergrenze kann somit durch die Gewichtung der initialen ambulanten bzw. stationären Preise mit den initialen ambulanten bzw. stationären Anteilen an der Gesamtleistungsmenge bestimmt werden.

Es ist wichtig zu betonen, dass die Preisobergrenze (7) nur dann kostenneutral ist, wenn die Operation nach Einführung dieses ambulanten Preises zu 100 % ambulant erbracht wird. In der Praxis stellt dies ein unrealistisches Szenario dar, sodass bei einer Preissetzung entsprechend den Gleichungen (6) und (7) von einer sektorenübergreifenden Gesamtkostensteigerung ausgegangen werden muss.

Gleichung (4) kann des Weiteren verwendet werden, um die Ambulantisierungsmenge  $\Delta N^{\text{Ziel}}$  zu bestimmen, welche bei einer vorgegebenen Erhöhung des ambulanten Preises nötig wäre, um eine gewünschte Reduktion der sektorenübergreifenden Gesamtkosten  $\Delta K^{\text{Ziel}}$  zu erreichen:

$$\Delta N^{\text{Ziel}} = \frac{w}{1-w} \left[ N_A + \frac{|\Delta K^{\text{Ziel}}|}{w \cdot (p_S - p_A)} \right]. \quad (8)$$

Eine entsprechende Kalkulation ermöglicht beispielsweise die Einschätzung der Erreichbarkeit des Ziels, durch eine Erhöhung der ambulanten Vergütung eine angestrebte Kosteneinsparung zu erzielen.

### Analyse unter Annahme einer steigenden Gesamtleistungsmenge

Die oben getroffene Annahme einer konstanten Gesamtleistungsmenge bei isolierter Erhöhung des ambulanten Preises ist in der Praxis insbesondere bei relativ starken Erhöhungen der ambulanten Vergütung nicht plausibel. So ist grundsätzlich davon auszugehen, dass eine höhere ambulante Vergütung den Anreiz setzt, über die Reallokation von stationären Fällen hinausgehende, zusätzliche ambulante Leistungen zu generieren. Wir bezeichnen die Anzahl dieser zusätzlichen ambulanten Leistungen mit  $M$ . Die Leistungsmengen nach isolierter Erhöhung der ambulanten Vergütung ergeben sich dann zu  $N_S^* = N_S - \Delta N$  (stationäre Leistungsmenge) und  $N_A^* = N_A + \Delta N + M$  (ambulante Leistungsmenge). Für die Veränderung der sektorenübergreifenden Gesamtkosten ( $\Delta K^M$ ) ergibt sich entsprechend:

$$\Delta K^M = \Delta K + p_A^* M. \quad (9)$$

Da die zusätzlich erbrachten ambulanten Leistungen  $M$  jeweils mit dem neuen ambulanten Preis  $p_A^*$  vergütet werden, erhöht sich die Veränderung der sektorenübergreifenden Gesamtkosten nach Gleichung (9) relativ zu Gleichung (4) um  $p_A^* M$ . Eine Reduktion der sektorenübergreifenden Gesamtkosten ( $\Delta K^M < 0$ ) durch eine isolierte Erhöhung des ambulanten Preises erfordert somit einen stärkeren Ambulantisierungseffekt:

$$a > \frac{w}{1-w} + \frac{m}{1-w} \cdot \frac{p_A^*}{p_S - p_A}, \quad (10)$$

wobei  $m = M/N_A$  die relative Erhöhung der ambulanten Leistungsmenge durch die zusätzlich generierten ambulanten Leistungen bezeichnet. Im Vergleich mit Gleichung (5) erhöht sich die erforderliche Stärke des Ambulantisierungseffekts um den zweiten Term auf der rechten Seite von Gleichung (10). Die Größe dieses Terms hängt hierbei wesentlich von  $m$  und somit von der relativen Anzahl zusätzlich generierter ambulanter Leistungen ab.

Basierend auf Gleichung (10) kann das Gewicht des stationären Preises bei der Bestimmung der theoretischen Preisobergrenze unter Einbezug zusätzlich generierter ambulanter Leistungen abgeleitet werden:

$$w^{M, \text{max}} = \frac{1}{1 + m \cdot n_A} \left( n_S - m \cdot n_A \cdot \frac{p_A}{p_S - p_A} \right). \quad (11)$$

Aus Gleichung (11) folgt, dass die theoretische Obergrenze für die Angleichung des ambulanten Preises an den stationären Preis mit der Anzahl zusätzlich generierter Leistungen sinkt. Ohne zusätzlich generierte ambulante Leistungen ( $m = 0$ ) reduziert sich Gleichung (11) zu Gleichung (6).

## Einheitliche, sektorengleiche Vergütung

### Analyse unter Annahme einer konstanten Gesamtleistungsmenge

Als alternativen Ansatz zur Förderung der Ambulantisierung von Leistungen betrachten wir im Folgenden die Einführung einer einheitlichen, sektorengleichen Vergütung. Hierbei wird ein einheitlicher (Durchschnitts-)Preis  $p_E$  gesetzt, der sowohl für ambulant als auch für stationär erbrachte Leistungen gezahlt wird. Im Anschluss an die obigen Analysen formulieren wir diesen Preis als gewichtetes Mittel der initialen ambulanten und stationären Preise:

$$p_E = w_E \cdot p_S + (1 - w_E) \cdot p_A, \quad (12)$$

wobei  $w_E \in [0, 1]$  das Gewicht des stationären Preises bei der Bestimmung des einheitlichen Preises bezeichnet. Die sektorenübergreifenden Gesamtkosten belaufen sich dann auf:

$$K^E = p_E \cdot (N_A^E + N_S^E), \quad (13)$$

wobei  $N_A^E$  und  $N_S^E$  die ambulante bzw. stationäre Leistungsmenge nach Einführung des einheitlichen Preises bezeichnen.

Die Veränderung der sektorenübergreifenden Gesamtkosten nach Einführung des einheitlichen Preises  $\Delta K^E = K^E - K$  beträgt bei konstanter Leistungsmenge ( $N_A + N_S = N_A^E + N_S^E$ ) entsprechend:

$$\Delta K^E = (w_E - n_S) \cdot (p_S - p_A) \cdot (N_A + N_S). \quad (14)$$

Aus Gleichung (14) folgt, dass eine Reduktion der sektorenübergreifenden Gesamtkosten ( $\Delta K^E < 0$ ) durch Einführung der einheitlichen Vergütung nur dann erreicht wird, wenn das Gewicht des stationären Preises bei der Bildung des einheitlichen Preises geringer ist als der stationäre Anteil an der Gesamtleistungszahl ( $w_E < n_S$ ). Als maximales, kostenneutrales ( $\Delta K^E = 0$ ) Gewicht des stationären Preises ergibt sich entsprechend:

$$w_E^{\max} = n_S. \quad (15)$$

Analog zu der obigen Analyse der Erhöhung der ambulanten Vergütung lässt sich die theoretische Preisobergrenze (Bedingung: Kostenneutralität;  $\Delta K^E = 0$ ) für den einheitlichen, sektorenübergreifenden Preis ableiten:

$$p_E^{\max} = n_S \cdot p_S + n_A \cdot p_A. \quad (16)$$

Ebenso wie die Preisobergrenze für die isolierte Erhöhung der ambulanten Vergütung ergibt sich die Preisobergrenze für den einheitlichen, sektorenübergreifenden Preis somit als das mit den initialen Leistungsanteilen gewichtete Mittel der ambulanten und stationären Preise. Die Übereinstimmung der Preisobergrenzen (7) und (16) reflektiert, dass der Preis  $p_A^{*,\max}$  nur bei vollständiger Ambulantisierung der Operation ( $\Delta N = N_S$ ) kostenneutral ist und in diesem Fall – analog zu  $p_E^{\max}$  – für alle erbrachten Leistungen entrichtet wird.

### Analyse unter Annahme einer veränderten Gesamtleistungsmenge

Auch durch die Einführung einer sektorenübergreifenden, einheitlichen Vergütung können für Leistungserbringer ökonomische Anreize gesetzt werden, Leistungsmengen zu verändern. Neben einer potenziellen Generierung zusätzlicher ambulanter Leistungen durch eine im Vergleich mit dem initialen ambulanten Preis höhere Vergütung können hierbei auch Reduktionen der Leistungsmenge im stationären Bereich durch eine im Vergleich mit dem initialen stationären Preis niedrigere Vergütung resultieren. Wir bezeichnen die Veränderung der Gesamtleistungsmenge im Folgenden mit  $V$ , sodass gilt:  $N_A^E + N_S^E = N_A + N_S + V$ . Wenn  $V > 0$ , liegt eine Erhöhung der Gesamtleistungsmenge vor, während  $V < 0$  eine Reduktion der Gesamtleistungsmenge abbildet. Das maximale Gewicht des stationären Preises bei der Bestimmung des einheitlichen, sektorenübergreifenden Preises ergibt sich dann zu:

$$w_E^{V,\max} = \frac{1}{1+V} \left( n_S - V \cdot \frac{p_A}{p_S - p_A} \right), \quad (17)$$

wobei  $v = V / (N_A + N_S)$  die relative Veränderung der Gesamtleistungsmenge bezeichnet. Gleichung (17) impliziert, dass bei steigender Gesamtleistungsmenge ( $v > 0$ ) eine niedrigere und bei sinkender Gesamtleistungsmenge ( $v < 0$ ) eine höhere theoretische Preisobergrenze gilt.

### Vergleich der Vergütungsansätze

Unter der Annahme einer konstanten Gesamtleistungsmenge ergeben die beiden betrachteten Ansätze zur Förderung der ambulanten Erbringung von Leistungen Veränderungen der sektorenübergreifenden Gesamtkosten von  $\Delta K$  (isolierte Erhöhung der ambulanten Vergütung) bzw.  $\Delta K^E$  (einheitliche, sektorengleiche Vergütung). Zum Vergleich dieser Veränderungen der Gesamtkosten betrachten wir den Fall einer gleichen Gewichtung des stationären Preises bei Bildung des neuen ambulanten Preises  $p_A^*$  bzw. des einheitlichen Preises  $p_E$ , d. h.  $w = w_E$ . Die Differenz in den Veränderungen der Gesamtkosten ergibt sich dann zu:

$$\Delta K^E - \Delta K = (p_S - p_A) \cdot (1 - w) \cdot (\Delta N - N_S). \quad (18)$$

Gleichung (18) zeigt, dass die einheitliche, sektorengleiche Vergütung grundsätzlich höhere Kosteneinsparungen (bzw. geringe Kostensteigerungen) als die isolierte Erhöhung der ambulanten Vergütung induziert. Der Grund hierfür ist, dass der einheitliche Preis  $p_e$  bei unvollständiger Angleichung an den stationären Preis ( $w < 1$ ) eine Reduktion der stationären Vergütung impliziert, die bei isolierter Erhöhung des ambulanten Preises auf  $p_a^*$  nicht erzielt wird. Identische Veränderungen der Gesamtkosten unter beiden Ansätzen ( $\Delta K^E - \Delta K = 0$ ) ergeben sich nach (18) nur bei vollständiger Dominanz des stationären Preises bei der Bestimmung der neuen Preise ( $w = 1$ ) oder vollständiger Ambulantisierung der Operation durch die isolierte Erhöhung der ambulanten Vergütung ( $\Delta N = N_g$ ).

## Illustration anhand eines hypothetischen Beispiels

### Annahmen an Leistungsmengen und Preise

Zur Illustration der oben beschriebenen theoretischen Grundlagen wird das hypothetische Beispiel einer überwiegend stationär erbrachten, aber potenziell ambulantisierbaren Operation betrachtet (Tabelle 1). Insgesamt werden 60.000 Leistungen erbracht, davon 50.000 (83,3 %) stationär. Im Anschluss an Voranalysen zur Bestimmung des Ambulantisierungspotenzials (Repschläger et al., 2022a–b, Rößler et al., 2022) wird davon ausgegangen, dass lediglich 15.000 (30 %) dieser 50.000 stationären Leistungen ambulant erbracht werden könnten, während die restlichen 35.000 Leistungen aus medizinischen Gründen stationär erfolgen müssen. Mit 400 € liegt der stationäre (Durchschnitts-)Preis in dem betrachteten Beispiel doppelt so hoch wie der ambulante (Durchschnitts-)Preis von 200 €, sodass eine Ambulantisierung von Leistungen aus Kostensicht grundsätzlich attraktiv erscheint.

**Tabelle 1: Hypothetisches Beispiel einer ambulantisierbaren Operation**

| Parameter   | Wert     |
|---|----------|
| <b>Fallzahlen</b>   |          |
| Anzahl stationärer Leistungen   | 50.000   |
| davon: Anzahl <i>potenziell ambulantisierbarer</i> stationärer Leistungen | 15.000   |
| Anzahl ambulanter Leistungen  | 10.000   |
| <b>Preise</b>   |          |
| gegenwärtiger stationärer (Durchschnitts-)Preis                           | 400,00 € |
| gegenwärtiger ambulanter (Durchschnitts-)Preis                            | 200,00 € |

### Isolierte Erhöhung der ambulanten Vergütung

Basierend auf den obigen Annahmen wird die Erhöhung des ambulanten Preises von 200 € auf 300 € betrachtet (Tabelle 2). Dies entspricht einer 50%igen Angleichung des ambulanten an den stationären Preis. Wir unterstellen des Weiteren, dass die Preisangleichung von 50 % zu einer Ambulantisierung von 50 % des relevanten stationären Leistungsvolumens führen würde und es zu einer zusätzlichen Steigerung der ambulanten Leistungsmenge um 10 % (1.000) kommt.

Es werden drei Szenarien unterschieden: In **Szenario 1** findet keine adäquate Kontextprüfung der stationären Fälle statt (vgl. IGES Institut, 2022, Repschläger et al., 2022a–b, Rößler et al., 2022). Daher wird irrtümlicherweise unterstellt, dass sich die Anpassung im Leistungsvolumen von 50 % auf alle 50.000 stationären Leistungen, als potenziell ambulantisierbar, bezieht. Außerdem wird die Leistungsmengensteigerung von 10 % nicht vorhergesehen, sodass von zukünftig 35.000 ambulanten Leistungen ausgegangen wird. In **Szenario 2** wird unterstellt, dass die Menge der ambulant-

sierbaren Leistungen vollkommen korrekt eingeschätzt werden kann. Dementsprechend geht die Kalkulation davon aus, dass lediglich 15.000 (30 %) der stationären Leistungen auch ambulant erbracht werden könnten. Die zusätzliche ambulante Leistungsmengensteigerung um 10 % bleibt jedoch unberücksichtigt. Somit ergibt sich – wenn 50 % der ambulantisierbaren Fälle ambulantisiert werden – eine Prognose von 17.500 ambulanten Leistungen. In **Szenario 3** werden letztlich alle Auswirkungen der Preisanpassung korrekt vorhergesehen. Es ergeben sich 18.500 ambulante Leistungen.

**Szenario 1:** Bei irrtümlicher Verwendung aller stationären Leistungen im Rahmen der Kalkulation ergibt sich eine maximale Angleichung des ambulanten Preises an den stationären Preis von 80,3 %. Dies entspricht einer Preisobergrenze von 366,66 €, die bei vollständiger Ambulantisierung aller 50.000 stationären Leistungen kostenneutral wäre. Der Preis von 300 € für ambulante Operationen liegt deutlich unterhalb des Preisobergrenze, sodass eine Reduktion der sektorenübergreifenden Gesamtkosten von 1,5 Mio. € prognostiziert wird.

**Szenario 2:** In diesem Szenario wird erkannt, dass 35.000 stationäre Fälle nicht ambulantisiert werden

können und mit dem stationären Preis anzusetzen sind. In der Folge reduziert sich die Preisobergrenze auf 320,00 €, was einer maximalen Angleichung des ambulanten Preises an den stationären Preis von 60 % entspricht. Auch in diesem Szenario liegt der neue Preis von 300 € für ambulante Operationen unterhalb der Preisobergrenze. Dennoch wird eine Erhöhung der sektorenübergreifenden Gesamtkosten von 250.000 € prognostiziert. Diese Steigerung der Gesamtkosten kommt zustande, da per Annahme lediglich 7.500 (50 %) der potenziell ambulantisierbaren stationären Leistungen tatsächlich ambulantisiert werden. Die Kostenneutralität der Preisobergrenze von 307,69 € würde hingegen die Ambulantisierung aller 15.000 potenziell ambulantisierbaren stationären Leistungen erfordern.

**Szenario 3:** In diesem Szenario wird korrekt vorhergesehen, dass sich durch die veränderten Rahmenbedingungen die ambulante Leistungsmenge um zusätzliche 10 % erhöht. Somit ergibt sich eine nochmals reduzierte Preisobergrenze von 307,69 €, bzw. eine maximale Angleichung des ambulanten Preises an den stationären Preis von 53,8 %. Es entstehen zudem Kosten durch die zusätzlich generierten ambulanten Leistungen, sodass mit einer Erhöhung der sektorenübergreifenden Gesamtkosten von 550.000 € zu rechnen ist.



Tabelle 2: Annahmen und Ergebnisse der Kalkulation bei isolierter Erhöhung der ambulanten Vergütung

| Parameter  | Szenario 1:<br>naive Kalkulation<br>(Einbezug aller<br>stationären Fälle) | Szenario 2:<br>bereinigte Leis-<br>tungsmenge (nur<br>ambulantisierbare<br>stationäre Fälle) | Szenario 3:<br>bereinigte Leistungsmenge<br>(nur ambulantisierbare<br>stationäre Fälle + zusätzlich<br>generierte ambulante Fälle) |
|--|---|--|--|
| <b>Annahmen</b>  |   |  |  |
| neuer ambulanter (Durchschnitts-)Preis                               | 300,00 €  | 300,00 €   | 300,00 €   |
| Anzahl nach Preiserhöhung<br>ambulantisierter stationärer Leistungen | 25.000<br>(= 50.000×50 %)   | 7.500<br>(= 15.000×50 %)   | 7.500<br>(= 15.000×50 %)   |
| Anzahl zusätzlicher ambulanter<br>Leistungen nach Preiserhöhung      | 0   | 0  | 1.000  |
| <b>Preise und Kosten</b>   |   |  |  |
| Grad der Angleichung an den stationären<br>Preis                     | 50 %  | 50 %   | 50 %   |
| maximaler Grad der Angleichung<br>an den stationären Preis*          | 80,3 %  | 60,0 %   | 53,8 %   |
| theoretische Preisobergrenze für<br>den neuen ambulanten Preis*      | 366,66 €  | 320,00 €   | 307,69 €   |
| Veränderung der sektorenübergreifenden<br>Gesamtkosten               | -1.500.000,00 €   | 250.000,00 €   | 550.000,00 €   |

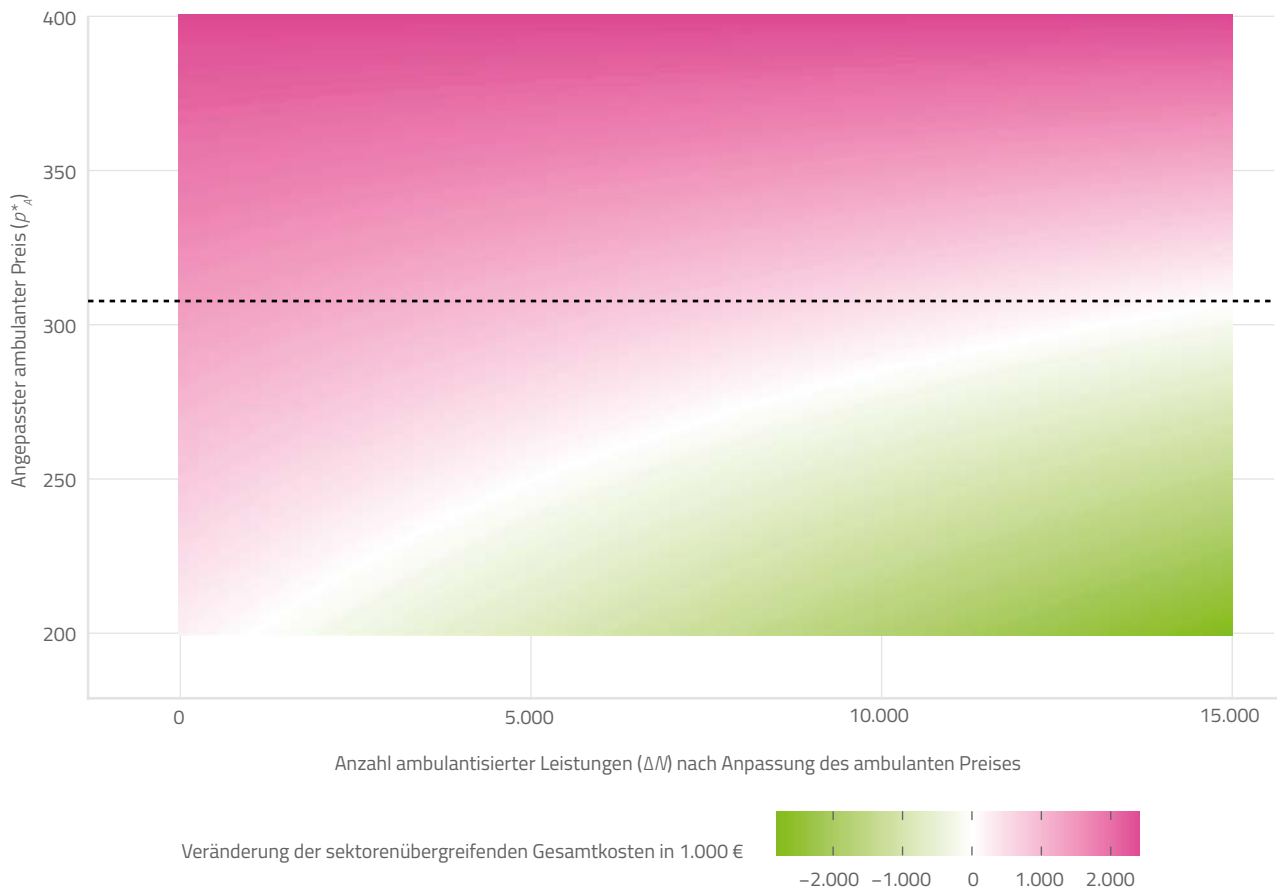
\* Erfordert die Realisierung des vollständigen Ambulantisierungspotenzials.

Ausgehend von Szenario 3 zeigt Abbildung 2 die Veränderung der sektorenübergreifenden Gesamtkosten in Abhängigkeit des angepassten ambulanten Preises  $p_A^*$  und der nach Preisanpassung ambulantisierter Leistungsmenge  $\Delta N$ . Da der erforderliche Ambulantisierungseffekt nach den Gleichungen (5) bzw. (10) überproportional mit der Angleichung des ambulanten Preises an den stationären Preis steigt, verringert sich die Menge an kostenreduzierenden Ambulantisierungsmengen  $\Delta N$  überproportional mit dem angepassten ambulanten Preis  $p_A^*$ . Bei Erreichung der Preisobergrenze von 307,69 € (gestrichelte Linie) kann auch bei vollständiger ambulanter Erbringung der 15.000 po-

tenziell ambulantisierbaren stationären Leistungen lediglich Kostenneutralität erreicht werden. Alle darüber liegenden ambulanten Preise führen notwendigerweise zu einer Erhöhung der sektorenübergreifenden Gesamtkosten, da keine weiteren stationären Fälle ambulantisiert und somit keine weiteren Kosteneinsparungen generiert werden können.

Diese Ergebnisse verdeutlichen die Relevanz der validen Bestimmung des Ambulantisierungspotenzials bei der Anpassung der ambulanten Vergütung für eine medizinische Leistung.

Abbildung 2: Veränderung der sektorenübergreifenden Gesamtkosten in Abhängigkeit des angepassten ambulanten Preises und der ambulantisierten Leistungsmenge



### Einheitliche, sektorengleiche Vergütung

Zur Illustration der Auswirkungen einer einheitlichen, sektorengleichen Vergütung werden zwei Szenarien betrachtet (Tabelle 3): In **Szenario 1** wird analog zur obigen Kalkulation ein moderater einheitlicher Preis von 300 € (Gewicht des stationären Preises bei der Preisbildung: 50 %) unterstellt. **Szenario 2** geht dahingegen von einer starken Orientierung der Preissetzung am stationären Preis aus und nimmt einen einheitlichen Preis von 380 € (Gewicht des stationären Preises: 90 %) an. Wir unterstellen des Weiteren, dass der einheitliche Preis für alle 50.000 stationären und alle 10.000 ambulanten Leistungen gültig ist und es zu keiner Veränderung der Gesamtleistungszahl kommt, da potenzielle stationäre Rückgänge der Leistungszahlen durch ambulante Leistungszuwächse ausgeglichen werden.

Unter diesen Annahmen ergibt sich in beiden Szenarien eine maximale Angleichung des einheitlichen Preises an den stationären Preis von 83,3 % und eine Preisobergrenze von 366,66 €. Ein einheitlicher Preis von 300 € führt dementsprechend zu einer Reduktion der sektorenübergreifenden Gesamtkosten von 4 Mio. €. Die Überschreitung der Preisobergrenze bei Setzung eines einheitlichen Preises von 380 € führt dahingegen zu einer Erhöhung der sektorenübergreifenden Gesamtkosten um 800.000 €.

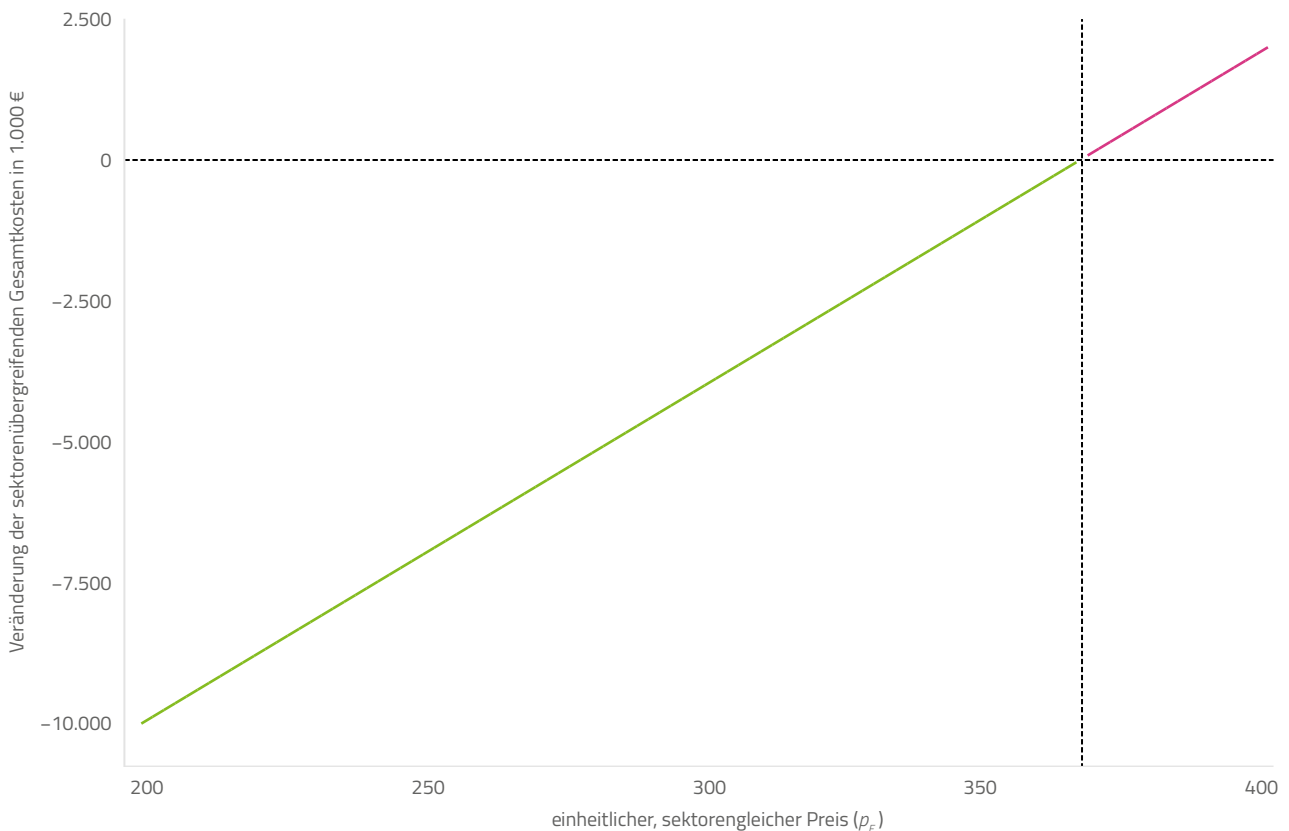
Tabelle 3: Annahmen und Ergebnisse der Kalkulation einheitlicher, sektorengleicher Vergütung

| Parameter   | Szenario 1: moderater einheitlicher Preis | Szenario 2: hoher einheitlicher Preis |
|---|---|---------------------------------------|
| <b>Annahmen</b>   |   |                                       |
| einheitlicher, sektorengleicher (Durchschnitts-)Preis   | 300,00 €                                  | 380,00 €                              |
| Veränderung der Gesamtleistungszahl                     | 0   | 0                                     |
| <b>Preise und Kosten</b>                                |   |                                       |
| Grad der Angleichung an den stationären Preis           | 50 %                                      | 90 %                                  |
| maximaler Grad der Angleichung an den stationären Preis | 83,3 %                                    | 83,3 %                                |
| theoretische Preisobergrenze für neuen ambulanten Preis | 366,66 €                                  | 366,66 €                              |
| Veränderung der sektorenübergreifenden Gesamtkosten     | -4.000.000,00 €                           | +800.000,00 €                         |

Abbildung 3 zeigt die Entwicklung der sektorenübergreifenden Gesamtkosten in Abhängigkeit des einheitlichen Preises  $p_E$ . Bei konstanter Gesamtleistungsmenge ( $V=0$ ) ergibt sich ein linearer Verlauf der Veränderung der sektorenübergreifenden Gesamtkosten

in Abhängigkeit des einheitlichen Preises. Kostenneutralität ( $\Delta K^E = 0$ ) wird bei einem Preis von 366,66 € (vertikale gestrichelte Linie) erreicht. Alle darüber liegenden Preise resultieren in eine Erhöhung der sektorenübergreifenden Gesamtkosten.

Abbildung 3: Veränderung der sektorenübergreifenden Gesamtkosten in Abhängigkeit des einheitlichen, sektorengleichen Preises



## Diskussion

Die hier präsentierten Analysen bilden einen analytischen Rahmen zur Preissetzung bei potenziell ambulantisierbaren Leistungen. Dies gilt sowohl für eine isolierte Anpassung der ambulanten Vergütung als auch für die Einführung einer einheitlichen, sektorengleichen Vergütung. In Bezug auf beide Ansätze konnte gezeigt werden, dass die Auswirkung einer angepassten Vergütung von Leistungen auf die sektorenübergreifenden Gesamtkosten insbesondere von der Relation der ambulanten und stationären Leistungsmengen im Ausgangszustand abhängt. Der wesentliche Grund hierfür ist, dass eine Preisanpassung nicht nur für die neu ambulantisierbaren Leistungen, sondern auch für bereits im Ausgangszustand ambulant erbrachte Leistungen wirksam wird und entsprechende ambulante Kostensteigerungen bei Anhebung der ambulanten Vergütung impliziert. Eine Betrachtung der stationären Leistungsmenge allein ist dementsprechend nicht hinreichend zur Abschätzung des aus Kostensicht gegebenen Spielraums bei der Preisgestaltung zur Förderung der Ambulantisierung von Leistungen.

Basierend auf diesen Analyseergebnissen wurden sowohl für die isolierte Erhöhung der ambulanten Vergütung als auch für die einheitliche, sektorengleiche Vergütung theoretische Preisobergrenzen bestimmt. Neben den initialen ambulanten und stationären Preisen hängen diese Preisobergrenzen von den relativen ambulanten und stationären Leistungszahlen ab. Eine Überschreitung dieser Preisobergrenzen impliziert notwendigerweise eine Erhöhung der sektorenübergreifenden Gesamtkosten. Insoweit das Ziel einer finanziellen Entlastung des Gesundheitssystems gewahrt oder zumindest eine Mehrbelastung vermieden werden soll, erscheint eine Preissetzung oberhalb dieser Grenzen daher schwer zu rechtfertigen. Im Falle der isolierten Erhöhung der ambulanten Vergütung muss zudem davon ausgegangen werden, dass eine Preissetzung anhand der theoretischen Preisobergrenze in der Praxis zu einer Erhöhung der sektorenübergreifenden Gesamtkosten führt, da eine für Kostenneutralität notwendige vollständige Ambulantisierung der Leistung unwahrscheinlich ist.

In Bezug auf die isolierte Erhöhung der ambulanten Vergütung kommt der Bestimmung des Ambulantisierungspotenzials der stationären Leistungen eine Schlüsselrolle zu. Insofern eine Erhöhung der ambulanten Vergütung einen Anreiz zur Ambulantisierung von Leistungen setzt, kann dieser Anreiz nur auf solche stationären Fälle wirken, die nicht aus medizinischen Gründen stationär erbracht werden müssen und daher von der Ambulantisierung ausgeschlossen sind. Eine adäquate Einschätzung des ambulantisierbaren Leistungsvolumens ist daher wesentlich für die Abschätzung der resultierenden Veränderung der sektorenübergreifenden Gesamtkosten sowie zur Bestimmung der Preisobergrenze. Eine naive Verwendung der stationären Gesamtleistungszahl anstelle der Anzahl ambulantisierbarer Leistungen resultiert in einer zu optimistischen Einschätzung der Veränderung der sektorenübergreifenden Gesamtkosten und dementsprechend in einer tendenziell zu hohen Preissetzung. Im Rahmen der praktischen Anwendung sollte daher ein Hauptaugenmerk auf die Berücksichtigung der Ambulantisierbarkeit der in die Kalkulation einbezogenen stationären Fälle gelegt werden.

Eine Prüfung der Ambulantisierbarkeit besitzt bei der einheitlichen, sektorengleichen Vergütung keine unmittelbare Relevanz für die Kalkulation, da der einheitliche Preis auch für nicht ambulantisierbare stationäre Leistungen entrichtet wird. Allerdings ist – beispielsweise im Falle einer Schweregraddifferenzierung der einheitlichen Vergütung – darauf zu achten, dass die relevante stationäre Leistungsmenge, auf die der einheitliche (Durchschnitts-)Preis angewandt wird, korrekt bestimmt wird.

## Ausblick: Herausforderungen bei der praktischen Umsetzung

Die in dieser Analyse aufgezeigten Zusammenhänge weisen eine hohe Allgemeinheit und eine relativ geringe Komplexität auf. Zur praktischen Anwendung wird zu diesem ePaper eine Excel-Datei bereitgestellt, die eine einfache Umsetzung der wesentlichen Berechnungen ermöglicht.

Im Vorfeld der praktischen Anwendung für konkrete medizinische Leistungen ergibt sich jedoch eine Vielzahl methodischer Probleme. Neben der Bestimmung des Ambulantisierungspotenzials betrifft dies u. a. folgende Aspekte, die in diesem ePaper nur erwähnt, aber nicht vertieft analysiert werden können:

- Die Bestimmung des ambulanten Leistungsvolumens kann sich im Einzelfall als aufwendig und schwierig darstellen, da eine Zuordnung von Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) und Gebührenordnungsposition (GOP) notwendig ist. Die im AOP-Katalog bzw. Anhang 2 des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) gegebene OPS-GOP-Zuordnung erweist sich in dieser Hinsicht als unvollständig. Des Weiteren können Selektivverträge bestehen, die gesonderte Entgeltschlüssel für die betrachtete Leistung enthalten. Hieraus kann eine Unterschätzung der tatsächlichen ambulanten Leistungszahlen resultieren, die sich in einer zu niedrig kalkulierten Preisobergrenze und einer zu optimistischen Berechnung der Veränderung der sektorenübergreifenden Gesamtkosten niederschlägt.
- Die Bestimmung des gegenwärtigen stationären (Durchschnitts-)Preises einer Leistung ist aufgrund der pauschalisierten Vergütung über DRGs problematisch. Hier ist im Einzelfall zu prüfen, inwieweit für eine spezifische Leistung eine mögliche Preisspanne zu bestimmen und im Rahmen von Sensitivitätsanalysen zu variieren ist.
- Auch die Bestimmung des ambulanten (Durchschnitts-)Preises einer Leistung ist mit Schwierig-

keiten behaftet. So ist ein reiner Fokus auf die Bepreisung der Leistung über GOP im EBM-Katalog unzureichend, da i. d. R. zusätzliche Kosten im selben Fall entstehen. Solche Kosten sind in den stationären Kosten via DRG inbegriffen und müssen daher auch bei der Bestimmung der ambulanten Kosten berücksichtigt werden.

Eine detaillierte Analyse entsprechender methodischer Probleme ist von hoher Relevanz für eine adäquate Preissetzung und sollte daher für jede einzelne medizinische Leistung erfolgen, für die eine Anpassung der Vergütung erfolgen soll.

## Anhang: Marginaler Effekt der Erhöhung der ambulanten Vergütung

Der marginale Effekt der Erhöhung der ambulanten Vergütung auf die sektorenübergreifenden Gesamtkosten kann durch Ableitung von Gleichung (1) nach dem ambulanten Preis  $p_A$  unter Berücksichtigung der Preisabhängigkeit der Leistungsmengen  $N_A$  und  $N_S$  bestimmt werden:

$$\frac{dK}{dp_A} = N_A + p_A \frac{dN_A}{dp_A} + p_S \frac{dN_S}{dp_A}. \quad (19)$$

Die Veränderung der ambulanten Leistungsmenge kann wiederum in die Ambulantisierung stationärer Leistungen sowie die Generierung zusätzlicher ambulanter Leistungen zerlegt werden:

$$\frac{dN_A}{dp_A} = -\frac{dN_S}{dp_A} + \widetilde{M}, \quad (20)$$

wobei  $\widetilde{M} \geq 0$  die marginale Anzahl an zusätzlich generierten Leistungen bezeichnet. Für den marginalen Effekt auf die sektorenübergreifenden Gesamtkosten ergibt sich entsprechend:

$$\frac{dK}{dp_A} = N_A + p_A \widetilde{M} + (p_S - p_A) \frac{dN_S}{dp_A}. \quad (21)$$

Die drei Terme auf der rechten Seite der obigen Gleichung spiegeln drei Teileffekte einer Erhöhung von  $p_A$  auf die sektorenübergreifenden Gesamtkosten wider:

1.  $N_A$ : Alle bereits im Ausgangszustand ambulant erbrachten Leistungen werden mit einem höheren Preis vergütet.
2.  $p_A \widetilde{M}$ : Durch die Preiserhöhung neu generierte ambulante Leistungen werden ebenfalls mit dem ambulanten Preis vergütet.
3.  $(p_S - p_A) \frac{dN_S}{dp_A}$ : Sofern die Erhöhung des ambulanten Preises zu einer Ambulantisierung von stationären Leistungen führt ( $\frac{dN_S}{dp_A} < 0$ ) und der stationäre Preis über dem ambulanten Preis liegt ( $p_S > p_A$ ), schlägt sich dies in einer Reduktion der sektorenübergreifenden Gesamtkosten nieder.

## Abkürzungsverzeichnis

|     |  |
|-----|--|
| AOP | ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationsersetzende Eingriffe |
| DRG | Diagnosis Related Group  |
| EBM | einheitlicher Bewertungsmaßstab  |
| GOP | Gebührenordnungsposition   |
| OPS | Operationen- und Prozedurenschlüssel   |

## Abbildungsverzeichnis

|              |   |    |
|--------------|---|----|
| Abbildung 1: | Erforderliche Erhöhung der ambulanten Leistungsmenge in Abhängigkeit des Grades der Anpassung des initialen ambulanten Preises an den stationären Preis | 4  |
| Abbildung 2: | Veränderung der sektorenübergreifenden Gesamtkosten in Abhängigkeit des angepassten ambulanten Preises und der ambulantisierten Leistungsmenge          | 10 |
| Abbildung 3: | Veränderung der sektorenübergreifenden Gesamtkosten in Abhängigkeit des einheitlichen, sektorengleichen Preises   | 11 |

## Tabellenverzeichnis

|            |  |    |
|------------|--|----|
| Tabelle 1: | Hypothetisches Beispiel einer ambulantisierbaren Operation                               | 7  |
| Tabelle 2: | Annahmen und Ergebnisse der Kalkulation bei isolierter Erhöhung der ambulanten Vergütung | 9  |
| Tabelle 3: | Annahmen und Ergebnisse der Kalkulation einheitlicher, sektorengleicher Vergütung        | 11 |

## Literaturverzeichnis

IGES Institut, Albrecht, M., Mansky, T., Sander, M. & Schiffhorst, G. (2022). Gutachten nach §115b Abs. 1a SGB V. Verfügbar unter: [https://www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2022/erweiterter-aop-katalog/index\\_ger.html](https://www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2022/erweiterter-aop-katalog/index_ger.html) [Zugriff am 11.01.2023]

Repschläger, U., Rößler, M., Schulte, C., Sievers, C. & Wende, D. (2022a). IGES-Gutachten zur Ausweitung ambulanter Operationen. Eine Potenzialermittlung unter Berücksichtigung des Behandlungskontextes. <https://doi.org/10.30433/ePGSF.2022.002>

Repschläger, U., Rößler, M., Schulte, C., Sievers, C. & Wende, D. (2022b). Ergänzende Auswertungen zum IGES-Vorschlag zum ambulanten Operieren. <https://doi.org/10.30433/ePGSF.2022.004>

Rößler, M., Schulte, C., Repschläger, U., Sievers, C. & Wende, D. (2022). Die Kontextprüfung im Rahmen des IGES-Vorschlags zum ambulanten Operieren. Eine Analyse der Relevanz und Aussagekraft der Kontextfaktoren bei der Ermittlung des Ambulantisierungspotenzials. <https://doi.org/10.30433/ePGSF.2022.007>

## Impressum

### Herausgeber

BARMER  
Institut für Gesundheitssystemforschung  
(bifg)  
10837 Berlin

### Autor:innen

Martin Rößler,  
Claudia Schulte,  
Michael Heimhardt,  
Uwe Repschläger,  
Danny Wende

### Ansprechpartner zum Paper

Dr. Martin Rößler  
[info@bifg.de](mailto:info@bifg.de)

### Design und Realisation

zweiband.media GmbH, Berlin

### Veröffentlichungstermin

Januar 2023

### DOI

10.30433/ePGSF.2023.001

### Copyright



Lizenziert unter CC-BY-NC 4.0