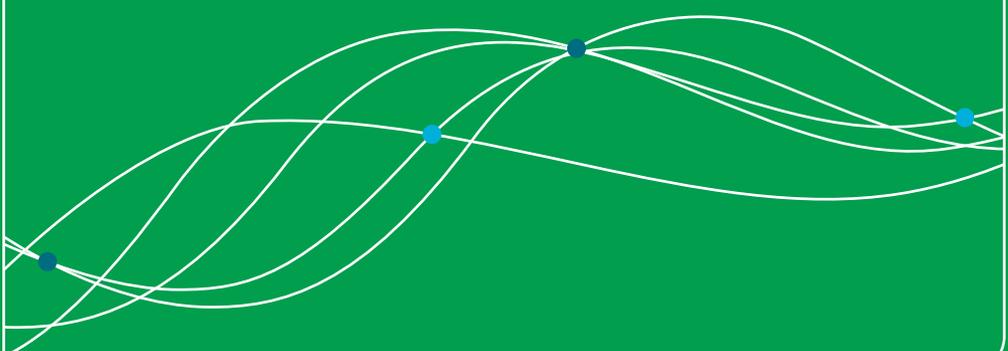


Beiträge und Analysen

Gesundheitswesen

aktuell 2023

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp



Robert Messerle, Ricarda Milstein, Jonas Schreyögg
Gleiches Geld für gleiche Leistung
Seite 14–33

doi: 10.30433/GWA2023-14

Robert Messerle, Ricarda Milstein, Jonas Schreyögg

Gleiches Geld für gleiche Leistung

Angesichts der Erfahrungen im internationalen Kontext wird angenommen, dass eine Vielzahl von diagnostischen und therapeutischen Leistungen in Deutschland sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor erbracht werden könnte, ohne dass es Unterschiede in der Qualität der Versorgung gäbe. In diesen Fällen sollte die Entscheidung, in welchem Sektor die Behandlung erfolgt, nicht von finanziellen Anreizen überlagert, sondern auf Basis medizinischer Erwägungen getroffen werden. Das durch den Innovationsfonds des G-BA geförderte Projekt „Einheitliche, Sektorengleiche Vergütung“ hat sich mit der Frage beschäftigt, wie ein Vergütungssystem ausgestaltet werden kann, um eine solche sektorengleiche Leistungserbringung zu fördern und einheitliche Rahmenbedingungen zu schaffen.

Motivation

Patientinnen und Patienten sollen dort behandelt werden, wo es medizinisch am sinnvollsten ist. Dies betrifft insbesondere die sogenannten „sektorengleichen“ Leistungen, die sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden können. Infolge des medizinischen Fortschritts der letzten Jahrzehnte fallen immer mehr medizinische und chirurgische Eingriffe in diesen Bereich der sektorengleich erbringbaren Leistungen. Im Einklang mit dieser Entwicklung hat die Häufigkeit ambulant durchgeführter chirurgischer Eingriffe (einschließlich taggleicher Operationen in Krankenhäusern) international stark zugenommen (OECD 2021).

Deutschland hinkt dieser Entwicklung deutlich hinterher. Zum einen werden einige Eingriffe in Deutschland noch rein stationär erbracht, die in anderen Ländern regelmäßig ambulant durchgeführt werden können (beispielsweise die Cholezystektomie). Zum anderen ist auch bei Prozeduren, die hierzulande ambulant erbracht werden können (beispielsweise die Hernienoperationen), die Ambulantisierungsrate deutlich niedriger als in anderen Ländern. Dies ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass die derzeitigen Vergütungsstrukturen im deutschen Gesundheitssystem einer gleichberechtigten Leistungserbringung im Wege stehen. Ambulante und stationäre Leistungen werden nach unterschiedlichen Prinzipien, unter unterschiedlichen Bedingungen und oft mit

großen Preisunterschieden vergütet. Dementsprechend bestehen in Deutschland starke finanzielle Anreize, sektorengleich behandelbare Fälle stationär aufzunehmen, anstatt diese ambulant zu behandeln. Dadurch werden Ressourcen und Kapazitäten in der stationären Versorgung gebunden, die dringend für komplexere Fälle benötigt werden (Blum 2017). Dies wurde insbesondere während der SARS-CoV-2-Pandemie und den damit verbundenen Versorgungsengpässen deutlich. Gleichzeitig gibt es für viele sektorengleiche Leistungen zu wenige ambulante Angebote, obwohl dies häufig den Patientenpräferenzen entsprechen würde (Schwappach und Strasmann 2006).

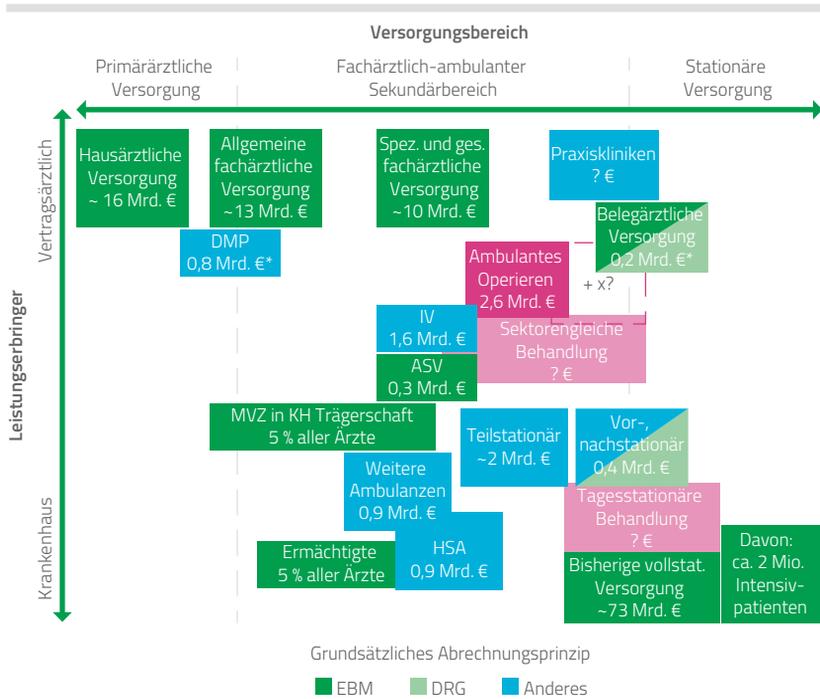
Trotz einer Reihe gesetzlicher Änderungen ist es bisher nur zum Teil gelungen, die Ambulantisierung in Deutschland voranzutreiben. Zwar hat der im Jahr 1992 eingeführte und 2004 ausgeweitete § 115b SGB V (Ambulantes Operieren im Krankenhaus) zu einer erfolgreichen Verlagerung von Anteilen der stationären Leistungserbringung in den ambulanten Sektor geführt. Seit einigen Jahren ist jedoch eine Stagnation zu beobachten. Mit den durch das Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfIEG) eingeführten tagesstationären Behandlungen nach § 115e SGB V und der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f SGB V sowie mit der durch das MDK-Reformgesetz vorangetriebenen Ausweitung des ambulanten Operierens nach § 115b SGB V stehen für das Jahr 2023 nun drei neue beziehungsweise überarbeitete Ansätze im Fokus, die die Ambulantisierung deutlich beschleunigen sollen.

Wie sich diese abgrenzen und ob sie sich ergänzen können oder zu einer weiteren ungesteuerten Versorgungsvielfalt beitragen (Abbildung 1), wird sich hoffentlich im Verlauf des Jahres 2023 aufklären. Eine naheliegende Abgrenzung der Bereiche ist bisher noch nicht ersichtlich.

Das durch den Innovationsfonds des G-BA geförderte Projekt „Einheitliche, Sektorengleiche Vergütung (ESV)“ (ESV 2022) hat sich mit der Frage beschäftigt, wie ein einheitliches, sektorengleiches Vergütungssystem für Leistungen, die in verschiedenen Sektoren erbracht werden können, ausgestaltet werden kann. Es kann in Teilen als Impulsgeber für die Ausgestaltung der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f SGB V angesehen werden. Auf der Grundlage der Projektergebnisse werden in

diesem Beitrag kurz die Ausgestaltungen in ausgewählten Ländern (Frankreich, Österreich und Schweiz) als Best-Practice-Beispiele vorgestellt und es wird auf die aktuellen Probleme bei der Erbringung sektorengleicher Leistungen in Deutschland eingegangen. Anschließend werden die Empfehlungen des ESV-Innovationsfondsprojektes zusammengefasst und in den neuen gesetzlichen Kontext eingeordnet.

Abbildung 1: Struktur und ungefähres Volumen der ambulant-stationären GKV-Versorgung in Deutschland und die Einbindung neuer Versorgungskonzepte



Quelle: in Anlehnung an Messerle und Schreyögg 2021

Anmerkung: Für die Bereiche der sektorengleichen und tagesstationären Behandlung sowie die Ausweitung des AOP-Kataloges liegen noch keine Daten vor. Schätzungen sind in Folge der noch offenen Ausarbeitung aktuell daher nicht möglich.

* Ausgaben zum Teil auch in den Angaben zur vertragsärztlichen Versorgung enthalten

Best-Practice-Beispiele aus anderen Ländern

In einigen Ländern, wie Dänemark, England, Frankreich oder Norwegen, ist die Ambulantisierung weiter fortgeschritten als in Deutschland (Schreyögg und Milstein 2021). Aber auch Länder wie Österreich und die Schweiz, die lange Zeit ähnlich geringe Fortschritte bei der Ambulantisierung verzeichneten, haben in jüngster Zeit erfolgreich Reformen umgesetzt. Häufig wurden Fortschritte durch eine direkte finanzielle Förderung der ambulanten Behandlung erzielt. Die Vergütung der sektorengleichen Leistungen orientiert sich international überwiegend am stationären Vergütungssystem, in der Regel also an Fallpauschalen. Gesonderte Vergütungssysteme für sektorengleiche Leistungen werden dagegen kaum genutzt. Mit der Schweiz gibt es auch ein Beispiel für die Förderung der Ambulantisierung ohne zusätzliche finanzielle Anreize und einer Vergütung aus dem ambulanten System heraus.

Frankreich hat bereits im Jahr 2009 damit begonnen, die Grundlagen für einen „sektorengleichen“ Leistungsbereich zu schaffen. Dazu wurde für zunächst 18 Leistungsbereiche die sogenannte „tarification unique“ eingeführt. Für diese ausgewählten Tagesfall-DRGs („J – zero jour/sans nuitée“) wurde ein einheitlicher Vergütungssatz für ambulante und stationäre Behandlungen festgelegt. Sukzessive erfolgte eine Ausweitung der Leistungsbereiche, sodass mittlerweile alle chirurgischen Tagesfallpauschalen sowie die entsprechenden stationären Behandlungen des niedrigsten Schweregrades in die sektorengleiche Vergütung einbezogen sind. Auch auf einzelne, nicht-chirurgische Leistungen wurde der Einheitstarif ausgedehnt. Darüber hinaus unterliegen Krankenhäuser, deren Ambulantisierungsgrad unter dem nationalen Durchschnitt liegt, einer ex ante-Genehmigungspflicht für die Durchführung bestimmter stationärer Behandlungen. Ziel in Frankreich ist es dabei, einen Ambulantisierungsgrad von 70 Prozent bei chirurgischen Leistungen zu erreichen. Im Jahr 2021 wurde dies mit einer Quote von durchschnittlich 62 Prozent noch nicht erreicht, damit wurde der Anteil seit dem Jahr 2010 aber immerhin um etwa 20 Prozentpunkte gesteigert (ScanSanté 2023). Diese Zielvorgaben und Vergütungsregelungen gelten nur für die Erbringung durch Krankenhäuser. Ambulante Operationen in Arztpraxen sind in Frankreich bislang nicht regelhaft vorgesehen. Das französische Pendant zum deutschen Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege hat zuletzt jedoch für den Einbezug krankenhausunabhängiger ambulanter Strukturen plädiert (Haut Conseil de la santé publique 2021).

Auch Österreich folgt dem Ansatz, eine sektorengleiche Vergütung ausgehend vom stationären Vergütungssystem zu gestalten. Tagesklinische Leistungen werden mit den gleichen Fallpauschalen und Bewertungen wie bei der stationären Erbringung bewertet. Im Jahr 2020 wurden diese Vergütungsregelungen auch auf die ambulante Erbringung (im Krankenhaus) ausgeweitet (Albrecht et al. 2022). Darüber hinaus werden im nationalen Zielsteuerungssystem, welches Entwicklungsziele für die strukturelle Weiterentwicklung des Gesundheitssystems zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung vereinbart, leistungsbezogene Ziele für den Anteil tagesklinisch-stationär beziehungsweise ambulant erbrachter ausgewählter Leistungen festgelegt. Diese werden in Zusammenhang mit internationalen Benchmarks gesetzt, mit konkreten Maßnahmen verbunden und jährlich in Monitoringberichten evaluiert. Ähnlich wie in Frankreich spielt der niedergelassene Bereich im Rahmen der Zielsetzungen zum Ausbau des ambulanten Operierens in Österreich bisher kaum eine Rolle (Sozialministerium 2022).

Eine Ausnahme in vielerlei Hinsicht bildet die Schweiz. Sie weicht zunächst von dem Ansatz ab, die sektorengleiche Versorgung ausgehend von stationären Rahmenbedingungen zu regeln. Stattdessen werden ambulante Operationen unabhängig vom Ort der Leistungserbringung auf der Grundlage des ambulanten Abrechnungssystems „tarif médical“ (TARMED) vergütet, das auch als Vorbild für den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) diente. Damit bindet die Schweiz im Gegensatz zu Frankreich oder Österreich auch explizit niedergelassene Strukturen in die sektorengleiche Leistungserbringung ein. Zunächst wurden sechs, seit Anfang des Jahres 2023 werden nun 18 Gruppen von Eingriffen (beispielsweise einseitige Leistenhernien oder Arthroskopien des Knies) aus acht Fachgebieten in der gesamten Schweiz regelhaft nur noch ambulant vergütet. Die stationäre Durchführung dieser Eingriffe ist aber möglich, wenn besondere Umstände dies erfordern. Hierzu zählen auch allgemeine Faktoren, wie die fehlende postoperative (auch telefonische) Verfügbarkeit von Kontakt- oder Betreuungspersonen.

Das System in der Schweiz ähnelt damit dem alten Ansatz des deutschen AOP-Systems nach § 115b SGB V. Im Gegensatz zu Deutschland wird dieses System in der Schweiz aber als wirksam und geeignet zur Förderung der ambulanten Versorgung gesehen. Beispielsweise steigerte sich der Anteil ambulant operierter Leistenhernien innerhalb

weniger Jahre von unter 20 auf fast 70 Prozent (Obsan 2023). Eine Evaluation kam dem folgend zu dem Schluss, dass die erwünschten Verlagerungseffekte eingetreten sind (Bundi et al. 2022). Ein weiteres Monitoring der Verlagerungseffekte ist auch in der Schweiz vorgesehen. Ob der im Vergleich zu Deutschlands Erfahrungen überraschende Erfolg in der Schweiz aus geringeren ambulant-stationären Vergütungsunterschieden oder auch aus anderen Ursachen resultiert, ist unklar.

Erkenntnisse aus dem internationalen Vergleich

Die Beispiele zeigen, dass sich die Ansätze zur Förderung sektorengleicher Leistungen auch aus der Historie und den Strukturen des jeweiligen Systems ergeben. Dennoch lassen sich Schlussfolgerungen für Deutschland ziehen. Erstens erfolgte die Förderung in den meisten Ländern initial für einige wenige ausgewählte Leistungen. Erst im Anschluss wurde der Umfang sukzessive erweitert, indem zusätzliche Leistungen oder höhere Komplexitäten einbezogen werden. Ein solches Vorgehen ist angesichts der hohen Leistungskonzentration auch für Deutschland sinnvoll.

Zweitens konzentriert sich in vielen Ländern die Ambulantisierung bislang stationär durchgeführter Leistungen auf die ambulante Erbringung durch Krankenhäuser und vernachlässigt den niedergelassenen Bereich. Dies betrifft auch Länder wie Frankreich und Österreich, die ähnlich wie Deutschland durch eine niedergelassene fachärztliche Versorgung gekennzeichnet sind. Dort hat sich gezeigt, dass zur Erhöhung der Dynamik die Einbindung krankenhausunabhängiger Strukturen sinnvoll ist. Daher sollte in Deutschland bereits initial ein echtes sektorengleiches System, unabhängig von der Art der Leistungserbringer, angestrebt werden.

Drittens zeigt das Beispiel der Schweiz, dass auch kulturelle Unterschiede adressiert werden müssen. In der deutschsprachigen Schweiz wird trotz weitgehend identischer Regelungen grundsätzlich mehr stationär erbracht als in anderen Sprachregionen. Entsprechend sind begleitende Maßnahmen auch in der Weiterbildung und Kommunikation notwendig.

Viertens zeigt sich, dass oftmals eine Kombination aus finanziellen Anreizen – mindestens kostendeckende, sachgerechte Vergütungen für ambulante Eingriffe – und Zielvorgaben oder Genehmigungspflichten für die stationäre Erbringung genutzt wird. Schließlich werden in den meisten Ländern Anstrengungen unternommen, die Verlagerungseffekte zu evaluieren und durch ein Leistungsmonitoring zeitnahe Konsequenzen ziehen zu können.

Analyse des Status quo in Deutschland

Auch in Deutschland begrüßen Vertragsärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen gemeinsam ausdrücklich die Ausweitung des ambulanten Operierens (für einen detaillierten Überblick zu den Ergebnissen der Befragung im Rahmen des ESV-Projektes siehe Heber et al. 2022). Die Vorstellungen darüber, was dafür getan werden muss, gehen jedoch auseinander. So stellt aus Sicht der Leistungserbringer die unzureichende Finanzierung des ambulanten Operierens das größte Hindernis dar. Auch andere Gründe werden als Herausforderung gesehen, zum Beispiel Personalengpässe, aber insgesamt hat kein anderer Grund in der Befragung des ESV-Projektes eine so hohe Zustimmung (fast 100 Prozent) gefunden wie die nicht kostendeckende Vergütung (Heber et al. 2022). Aus Sicht der Krankenkassen wird diese Einschätzung nur teilweise geteilt. Zwar werden auch hier die großen Vergütungsunterschiede zwischen stationärer und ambulanter Leistungserbringung als Ursache für den mangelnden Fortschritt der Ambulantisierung gesehen. Allerdings wird dies tendenziell eher auf eine zu hohe Vergütung der DRGs als auf eine zu niedrige Vergütung der ambulanten Leistungen zurückgeführt.

Auch zwischen den Leistungserbringern gibt es Unterschiede. So sehen die Krankenhäuser das Potenzial der Ambulantisierung vor allem darin, Leistungen anbieten zu können, die derzeit nur von Vertragsärzten erbracht werden dürfen. Demgegenüber sehen die Vertragsärzte das Potenzial mehrheitlich in der Erbringung von Leistungen, die derzeit stationär erbracht werden müssen. Die sektoralen Anteile an den Leistungen des AOP-Kataloges haben sich seit dem Jahr 2014 kaum verändert; stationär und vertragsärztlich werden jeweils rund 40 Prozent der Leistungen erbracht, ambulant im Krankenhaus sind es rund 20 Prozent (ESV 2022). Auch der Umfang des AOP-Kataloges

selbst blieb bis Anfang des Jahres 2023 jahrelang weitgehend unverändert, sodass das Niveau des ambulanten Operierens seit Jahren stagniert.

Mit der gesetzlich beauftragten Überarbeitung des AOP-Vertrages wurden etwa 200 neue Leistungen aufgenommen, die ungefähr eine halbe Million Mal pro Jahr vollstationär erbracht werden (zum Vergleich: Fälle mit Leistungen aus dem alten AOP-Katalog werden über vier Millionen Mal jährlich erbracht, Abbildung 2). Gleichzeitig erfolgte auch für die Vertragsärzte eine Erweiterung des für sie relevanten Anhangs 2 sowie eine punktsummen- und damit ausgabenneutrale Neubewertung des ambulanten und belegärztlichen Operierens. Eine Ausnahme bilden die Zuschläge auf rund 500 Leistungen, die mit einem zusätzlichen Finanzierungsvolumen von 60 Millionen Euro gefördert werden. Auch wenn damit einzelne Leistungen um bis zu 40 Prozent höher bewertet werden sollen, entsprechen die 60 Millionen Euro insgesamt etwa zwei Prozent der derzeitigen Ausgaben für das ambulante Operieren von 2,7 Milliarden Euro (nach KJ 1-Statistik). Werden auch die vollstationären Fälle mit Leistungen aus dem AOP-Katalog einbezogen, so ergibt sich ein Gesamtausgabenvolumen von über zehn Milliarden Euro. Im Sinne einer Minimalbetrachtung könnten zunächst nur die gruppierungsrelevanten Kurzlieger-Fälle, das heißt Fälle mit einer Verweildauer bis zu drei Tagen, bei denen die AOP-Leistung Hauptleistung war, betrachtet werden. Unter diesen Bedingungen ergeben sich Ausgaben für stationäre Leistungen des AOP-Kataloges in Höhe von über vier Milliarden Euro (Abbildung 2) und damit Gesamtausgaben in Höhe von etwa sieben Milliarden Euro.

Würden zusätzlich alle Leistungen gemäß dem Vorschlag des Gutachtens nach § 115b SGB V berücksichtigt, könnte sich das potenzielle, noch stationäre Fallvolumen in etwa verdoppeln. Diese Zahlen unterstreichen einerseits das große Potenzial einer sektorengleichen Vergütung, zeigen aber andererseits auch die bisher verhältnismäßig kleinen Maßnahmen, auf die sich die Selbstverwaltung einigen konnte.

Abbildung 2: Stationäres Mengengerüst für Fälle mit Leistungen aus dem AOP-Katalog im Jahr 2019



Quelle: ESV-Projekt

Anmerkung: Die Gruppierungsrelevanz eines OPS-Kodes beschreibt, ob diese Codes für die Zuordnung eines Falles zu einer diagnosebezogenen Fallpauschale (DRG) ausschlaggebend (also gruppierungsrelevant) waren oder zumindest keine anderen, nicht im AOP-Katalog enthaltenen OPS-Kodes bei dieser Zuordnung relevant waren. Bei „nicht gruppierungsrelevanten“ Fällen wurden dementsprechend weitere OPS-Kodes erbracht, die nicht im AOP-Katalog enthalten sind, die aber für die Zuordnung zur DRG ausschlaggebend waren.

Abkürzung: PCCL = Patient Clinical Complexity Level

Patienten- und fallbezogene Parameter können die ausbleibende Ausschöpfung ambulanter Behandlungsmöglichkeiten kaum erklären. Bei der überwiegenden Mehrheit der Fälle handelt es sich um eindeutig elektive und damit gut planbare Leistungen. Die medizinische Dringlichkeit der Fälle (Krämer et al. 2019) ist im Mittel sehr gering und kann daher nicht als Ansatzpunkt für den hohen stationären Anteil dienen. Auch die Betrachtung nach Altersgruppen zeigt kein erhöhtes Risikoprofil in der stationären Versorgung. Das Medianalter ist in der vertragsärztlichen Versorgung sogar höher als im Krankenhaus. Eine hohe Morbiditätslast kann zwar unabhängig vom Alter eine stationären Versorgung notwendig machen. Es gibt jedoch keine Hinweise darauf, dass die Morbidität der im Krankenhaus vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten grundsätzlich höher ist als die der ambulant behandelten. Auswertungen zeigen, dass

es zwischen den Sektoren große Überschneidungen in der Morbidität der Patientinnen und Patienten gibt (Abbildung 3). Insbesondere bei Fällen mit kurzer Verweildauer, die einen sehr großen Anteil an den AOP-Leistungen ausmachen, sind kaum grundsätzliche Unterschiede festzustellen. Erst bei Behandlungen mit langen Verweildauern zeigen sich deutliche Unterschiede in der Morbiditätsstruktur im Vergleich zu ambulant behandelten Patientinnen und Patienten.

Abbildung 3: Morbidität der Patientinnen und Patienten bei AOP-Leistungen



Quelle: ESV-Projekt

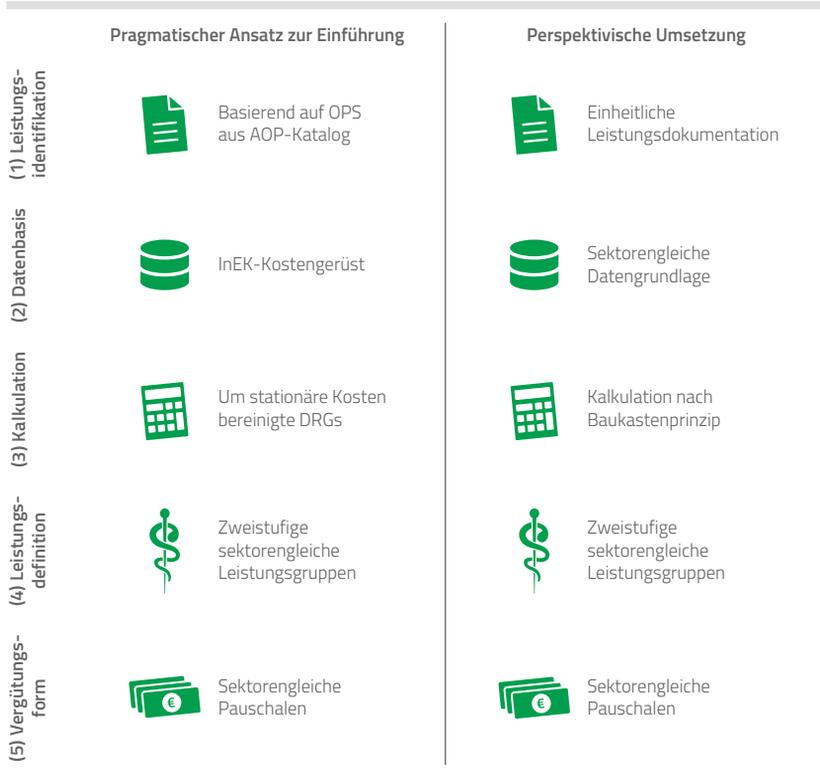
Anmerkung: Der Risikowert wurde als vergleichender Morbiditätsindex für alle Patientinnen und Patienten auf Basis des Klassifikationssystems des Bewertungsausschusses berechnet. Er bezieht alle Diagnosen im Zeitraum von einem Jahr vor dem Indexfall ein und ordnet diese in circa 200 sogenannte Hierarchical Condition Categories (HCC) ein. Zur Berechnung von Gewichten dieser HCC wurden die mit den HCC in Zusammenhang stehenden Leistungsausgaben des Folgejahres herangezogen. Ein Risikowert von 1 steht für eine durchschnittliche Morbidität. Alle Daten ohne Berücksichtigung der Gruppierungsrelevanz.

Abkürzungen: VA = vertragsärztlich, KH = Krankenhaus

Empfehlungen zur sektorengleichen Vergütung

Grundsätzlich wurde im Rahmen des ESV-Projektes das Ziel verfolgt, pragmatische Ansätze zur schnellen Umsetzung eines sektorengleichen, ambulant-stationären Vergütungssystems mit darauf aufbauenden längerfristigen, strukturellen Veränderungen zu verbinden. Daher wird auch im Folgenden zwischen einer kurzfristigen Implementierungslösung und einer perspektivischen Umsetzung differenziert. Abbildung 4 gibt einen Überblick über die wesentlichen Aspekte der Empfehlungen.

Abbildung 4: Grundzüge eines sektorengleichen Vergütungssystems



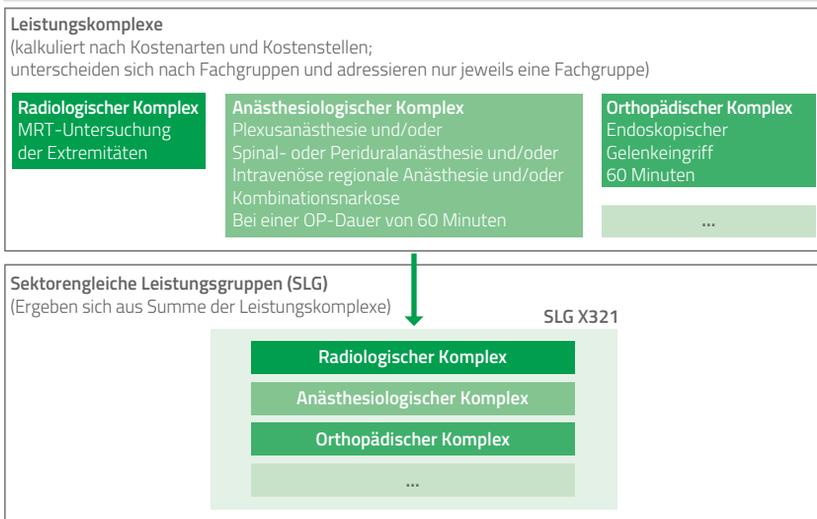
Quelle: ESV-Projekt

Leistungsumfang

Der Vorschlag für ein sektoregliches, ambulant-stationäres Vergütungssystem geht von der perspektivischen Prämisse aus, dass an die Stelle eines Kataloges, der die für ein Krankenhaus grundsätzlich ambulant möglichen Leistungen auflistet, eine umfassende Leistungsdefinition der ambulant-stationären fachärztlichen Leistungsbereiche tritt. Ähnlich dem Vorschlag der Honorarkommission (KOMV 2019) zur Erstellung und Pflege eines Gesamtkataloges ärztlicher Leistungen (gemeinsame Leistungslegenderung) soll eine auf den sektorengleichen Bereich beschränkte Leistungsdefinition und -dokumentation entstehen. Diese enthält keine detaillierten Einzelleistungen

(zum Beispiel Schnitt/Naht oder einzelne Befunde), sondern umfasst alle für die sektorengleiche Leistungserbringung wesentlichen Leistungskomplexe (zum Beispiel CT inklusive Befund, Koloskopie). Auf dieser Grundlage können dann nach dem Baukastenprinzip abgestufte sektorengleiche Leistungsgruppen (SLG) gebildet und über sektorengleiche Pauschalen (SP) vergütet werden. Die SP vergüten alle Kostenbestandteile der Aufnahme, Vorbereitung und Durchführung sowie der anschließenden Beobachtung und direkten Nachbehandlung. Sie umfassen damit auch die Pflege-, Vorhalte- und Investitionskosten. Perspektivisch können jedoch auch fallzahlunabhängige Aspekte in die Finanzierung der Vorhalte- und Investitionskosten einbezogen werden. Dies setzt jedoch eine entsprechende Leistungsplanung voraus.

Abbildung 5: Abgrenzung ambulant-stationär und Vergütungsstufung



Quelle: ESV-Projekt

Kurzfristig sind für eine pragmatische Einführung zunächst DRGs zu identifizieren, die als Hauptleistung im Wesentlichen Prozeduren des AOP-Kataloges umfassen und durch kurze Verweildauern und hohe Volumina gekennzeichnet sind. Aufgrund der hohen Konzentration der Leistungserbringung auf wenige OPS des AOP-Kataloges kann

hier mit einer Auswahl weniger Bereiche begonnen werden. Bei einem der häufigsten Leistungsbereiche, den Hernien, werden zum Beispiel über 70 Prozent der Fälle über eine einzelne DRG abgerechnet (G24C), sodass die Bildung sektorengleicher Pauschalen hier nur mit geringem Aufwand verbunden ist. Ähnliche Bereiche können auf Basis von Schreyögg und Milstein (2021), dem Abschlussbericht des ESV-Projektes (ESV 2023) sowie durch entsprechende Auswertungen der Abrechnungsdaten identifiziert werden.

Für die Abstufung der Leistungen sowohl innerhalb der sektorengleichen Versorgung als auch in Abgrenzung zur stationären Versorgung sind verschiedene Möglichkeiten denkbar. Im Gutachten nach § 115b Absatz 1a SGB V wird eine komplexe Prüfung anhand mehrerer leistungs- und patientenbezogener Kriterien zur Feststellung der ambulanten Eignung vorgeschlagen. Teilweise wird auch der sogenannte ASA-Score der American Society of Anaesthesiologists (ASA), der zur anästhesiologischen Einschätzung des präoperativen Gesundheitszustandes dient, als Grundlage für die ambulante-stationäre Zuordnung vorgeschlagen. Allerdings werden international auch Patientinnen und Patienten mit sehr hohen ASA-Scores (Werte 3 und 4), das bedeutet mit schweren bis lebensbedrohlichen Allgemeinerkrankungen, ambulant operiert (Foley et al. 2021). Zur Abgrenzung zwischen der ambulanten und stationären Erbringung erscheint er daher weniger geeignet.

Der Vorschlag des ESV-Projektes zur Abgrenzung der stationären Erbringung basiert hingegen auf medizinischen Komplexitätsstufen, initial auf Grundlage der bewährten Patient Clinical Complexity Level (PCCL). Auf Basis von Nebendiagnosen, die einen erhöhten Komplexitätsgrad oder Versorgungsbedarf aufweisen, kann eine Kontextabgrenzung für die Entscheidung zwischen sektorengleicher oder stationärer Erbringung erfolgen. Fälle mit PCCL von 4 oder höher, also Patienten mit äußerst schweren Komplikationen oder Komorbiditäten, werden regelhaft vollstationär im Krankenhaus behandelt und abgerechnet. Fälle mit PCCL von 3 oder niedriger, also Patienten ohne äußerst schwere Komplikationen oder Komorbiditäten, werden grundsätzlich sektorengleich abgerechnet. Dies geschieht unabhängig davon, wo sie letztlich behandelt werden und ob eine Übernachtung erfolgt. Lediglich auf Basis der medizinischen Komplexitätsstufen erfolgt eine abgestufte Vergütung. Die Stufe 1 umfasst mit einem PCCL von

0 oder 1 einfache, weniger komplexe Fälle. Die Stufe 2 umfasst mit einem PCCL von 2 oder 3 Patientinnen und Patienten mit erhöhter Fallkomplexität und erhöhtem Betreuungsbedarf. Wie erhöhte Betreuungsbedarfe in der Stufe 2 sichergestellt werden, wird aber nicht vorgegeben. Sowohl Beobachtungsbetten als auch ambulante Pflgeteams und Weiteres sind möglich.

Im Ergebnis führt der ESV-Vorschlag dazu, dass im Hintergrund ebenfalls Diagnose-Kodes als Kontextfaktoren herangezogen werden. Allerdings erfolgt dies durch die Abhängigkeit von der Hauptdiagnose auf einer tieferen Ebene als im AOP-System. Durch die Nutzung von Diagnosen zur Unterscheidung zwischen stationärer und sektorengleicher Erbringung sind Kodier-Effekte grundsätzlich weiterhin möglich. Insgesamt verlieren im ESV-Vorschlag die dahinterstehenden finanziellen Anreize jedoch an Bedeutung. Einerseits werden Preisunterschiede aufgrund des gewählten Versorgungssettings verringert. Andererseits sind Diagnosen, welche zu einem sehr hohen patientenbezogenen Gesamtschweregrad ($PCCL \geq 4$) führen und eine stationäre Erbringung rechtfertigen, im Umfeld der AOP-Leistungen grundsätzlich selten (Abbildung 2) und aufgrund ihrer Schwere in geringerem Maße anfällig für Upcoding. Die Kontextfaktoren sollen im Laufe der Zeit weiterentwickelt und ergänzt werden.

Durch die im ESV-Vorschlag vorgesehene Transparenz und das stetige Leistungs- sowie Versorgungsmonitoring können Veränderungen im Diagnose- und Behandlungsspektrum kurzfristig identifiziert werden und in die Weiterentwicklung des Systems einfließen. Insgesamt ist daher davon auszugehen, dass Fehlsteuerungen deutlich abnehmen werden. Eine Evaluation im Abstand von 18 Monaten mit vermutlich großem Zeitverzug bezüglich der Daten, wie sie aktuell im § 115f SGB V vorgesehen ist, wird dafür jedoch nicht ausreichen. Stattdessen muss auf Basis aktueller Daten zeitnah berichtet werden; idealerweise über einen automatisierten, gegebenenfalls sogar täglichen Abgleich von aus Abrechnungsgründen ohnehin vorliegenden Routinedaten. Dazu müssten diese Daten lediglich unmittelbar übermittelt werden, statt wie bisher – zumindest im vertragsärztlichen Bereich – bis zum Quartalsende nur lokal vorzuliegen. Abrechnungsprüfungen und -korrekturen als Grundlage der Rechnungslegung könnten weiterhin mit Zeitverzug angewendet werden; die direkte Datenübermittlung würde nur dem

Monitoring dienen. Langfristig könnte dies durch Analysen auf Basis der elektronischen Patientenakte ergänzt werden. Ein solches kontinuierliches Monitoring würde auch das vom Sachverständigenrat in seinem aktuellen Gutachten geforderte Monitoring und Surveillance unterstützen (SVR 2023).

Leistungskalkulation

Die Kalkulation erfolgt auf Basis einer neu zu erhebenden, gemeinsamen sektorengleichen Datengrundlage. Eine Stichprobe von Leistungserbringern des neuen sektorengleichen Bereichs liefert hierfür die Daten. Durch die Lieferung sowohl von Vertragsärzten als auch von ambulanten OP-Zentren und Krankenhäusern erfolgt eine Orientierung der Kalkulation an den erforderlichen Mischstrukturen. Die Vergütung würde dann ähnlich dem DRG-System grundsätzlich in Höhe der tatsächlichen Durchschnittskosten erfolgen. Die Struktur der Datenerhebung selbst sollte sich am Kostengerüst des InEK und am Standardbewertungssystem (Stabs) orientieren. Als Übergang erfolgt die initiale Kalkulation eines sektorengleichen Tagessatzes auf Basis des um rein stationäre Kostendaten (zum Beispiel der Intensivstation) bereinigten InEK-Kostengerüsts. Als Übergangszeitraum sollte ein Zeithorizont von drei Jahren angestrebt und gesetzlich festgelegt werden. Die damit verbundene – befristete – Übervergütung der sektorengleichen Leistungen dient auch als Anreiz für eine zügige Etablierung der Strukturen. Die Kalkulation selbst folgt dem Baukastenprinzip, sodass eine leistungsbezogene Differenzierung für die beteiligten ärztlichen Fachrichtungen (Chirurgie, Anästhesie etc.) und nicht-ärztlichen Professionen möglich ist (Tabelle 1).

Die Höhe dieser Preise wird je nach Prozedur sehr unterschiedlich ausfallen. Eine Machbarkeitsstudie aus der Schweiz kalkulierte auf Basis bereinigter stationärer Kostendaten ambulante Pauschalen in der Größenordnung von im Mittel etwa 50 Prozent der jeweiligen DRG-Vergütungen (Hergeth et al. 2018).

Tabelle 1: Beispielhafte Veranschaulichung der Kostendarstellung, ohne realen Kostenbezug (Angaben in Euro)

SLG X321	Personalkosten			Sachkosten		Personal- und Sachkosten der Infrastruktur		Inv.-Kosten	Summe
	ärztlich	pflege-risch	med. tech.	Implan-tate	...	medi-zinisch	nicht-medi-zinisch	Anla-gen ...	
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
...									
Labora-torien	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
Patienten-aufnahme	8,73	12,21	3,28	-	-	1,52	4,32	3,51	33,57
Patienten-betreuung	-	85,32	-	-	-	0,70	1,20	4,12	91,34
...									
Summe	307,69	97,75	236,47	114,00	18,84	76,94	149,30	53,18	1.054,17

Quelle: ESV-Projekt

Weiterentwicklung und Pflege

Ein Grundproblem des bisherigen AOP-Kataloges ist nicht zuletzt die unregelmäßige und unsystematische Erweiterung und Pflege. Für sektorengleiche Leistungen ist daher eine stabile institutionelle Verankerung notwendig. Auch hier kann man sich an den Empfehlungen der Honorarkommission orientieren. Abhängig davon, ob sich sektorengleiche Leistungen auf den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung beschränken, wären GKV-SV, KBV und DKG sowie gegebenenfalls die BÄK und der PKV-Verband beziehungsweise die Beihilfe zu beteiligen. Wesentliche Vorarbeiten wären unterhalb der Verhandlungsebene durch die Zusammenarbeit von InEK und InBA, idealerweise

sogar durch ein gemeinsames (Tochter-)Institut, zu erarbeiten. Angesichts der vielen Beteiligten und der heterogenen Erfolgsbilanz der Selbstverwaltung bei der Pflege und Weiterentwicklung von Leistungsdefinitionen sind diese weitestmöglich von politischen Verhandlungstatbeständen zu lösen. Das bedeutet, dass der Schwerpunkt der Arbeit im neutralen Institut liegt und strenge gesetzlich festgelegte Fristen, ein Antragsrecht zur Aufnahme neuer sektorengleicher Leistungen sowie Schiedslösungen existieren müssen. Die Pflege und Weiterentwicklung der medizinischen Komplexitätsstufen sollte eng abgestimmt mit der Weiterentwicklung des DRG-Groupers erfolgen, sodass einerseits die Übergänge abgestimmt sind und andererseits Synergien genutzt werden.

Weitere Aspekte

Über die hier dargestellten Aspekte hinaus gibt es weitere Themenfelder, die im Rahmen einer sektorengleichen Vergütung bedacht werden müssen. Hierzu zählen zum Beispiel die Qualitätssicherung oder Bedarfsplanung. Aus Platzgründen sei an dieser Stelle für weitere Informationen auf das Konzept verwiesen (ESV 2022).

Ausblick

Mit dem § 115f SGB V ist ein Vorstoß zur Einführung einer sektorengleichen Vergütung in Deutschland gemacht worden. Die Ambulantisierung kann das Personal entlasten, ohne dabei die Qualität der medizinischen Versorgung zu verschlechtern. Ob mit dem § 115f SGB V der Durchbruch gelingt, bleibt abzuwarten. Insbesondere, da sich die Beantwortung vieler offener Punkte nicht aus dem § 115f SGB V ableiten lässt. Mit den Ergebnissen des Innovationsfondsprojektes „ESV“ liegt jedoch ein zwischen verschiedenen Partnern konsentiertes Konzept vor, das auch in der Politik Anklang gefunden hat. Gleichwohl ist – wie immer im Gesundheitswesen – noch viel Detailarbeit erforderlich. Durch das Aufzeigen kurzfristig pragmatisch umsetzbarer Lösungen wird das ESV-Projekt hoffentlich zur raschen Etablierung sektorengleicher Strukturen beitragen.

Die hierfür notwendige Abwägung zwischen kurz- und mittelfristigen Effekten stellt eine Gratwanderung dar. Es bedarf ausreichender finanzieller Anreize für die Leistungserbringer, um sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen nachhaltig zu etablieren. Auf der anderen Seite erhoffen sich die Krankenkassen Einsparungen, auch um der

angespannten Finanzsituation entgegenzuwirken. Welcher Effekt überwiegt, hängt unmittelbar von den vereinbarten Preisen ab. Werden – wie es die gesetzliche Grundlage des § 115f SGB V nahelegt – gewichtete Durchschnittspreise für stationäre und ambulante Leistungen eingeführt, bleiben die Ausgaben bei konstanter Menge unverändert und es findet eine reine Umverteilung statt. In Abhängigkeit von den gewählten Preisen können aber auch anfängliche Mehrkosten entstehen. Grundsätzlich sollte die sektorengleiche Vergütung als Chance gesehen werden, die Effizienz und Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung mittelfristig deutlich zu verbessern, auch wenn zunächst Investitionen zum Aufbau der Strukturen erforderlich sind.

Literatur

- Albrecht, M., Mansky, T., Sander, M. und G. Schiffhorst (2022). Gutachten nach § 115b Absatz 1a SGB V. IGES Institut, Berlin.
- Blum, K. (2017). Personalsituation in der Intensivpflege und Intensivmedizin; Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Online unter www.dki.de/sites/default/files/2019-02/2017_07_personalsituation_intensivpflege_und_intensivmedizin_-_endbericht%281%29.pdf (Download am 28. März 2023).
- Bundesamt für Gesundheit (2023). Revision des ambulanten Arzttarifs. Online unter www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Aerztliche-Leistungen-in-der-Krankenversicherung/revision-tarif-ambulante-aerztliche-leistungen.html (Download am 28. März 2023).
- Bundi, P., Bonny, S., Gatto, L. und M. Lablih (2022). Evaluation der KLV-Regelung „Ambulant vor Stationär“ im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Online unter www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/e-f/evalber-kuv/2022-evaluation-ambulant-vor-stationaer-executive-summary.pdf.download.pdf/2022-executive-summary-evaluation-ambulant-vor-stationaer-d.pdf (Download am 28. März 2023).
- ESV (Einheitliche, Sektorengleiche Vergütung) (2022). Ein sektorengleiches Vergütungssystem; Innovationsfondsprojekt „Einheitliche, Sektorengleiche Vergütung“ gefördert durch den G-BA Innovationsfonds - Förderkennzeichen: 01VSF19040. Online unter www.hche.uni-hamburg.de/dokumente/20220920-esv-finale-fassung-v1-1.pdf (Download am 28. März 2023).

- ESV (Einheitliche, Sektorengleiche Vergütung) (2023). Abschlussbericht des Innovationsfondsprojekt „Einheitliche, Sektorengleiche Vergütung“; gefördert durch den G-BA Innovationsfonds - Förderkennzeichen: 01VSF19040.
- Foley, C., Kendall, M. C., Apruzzese, P. und G. S. de Oliveira (2021). American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification as a reliable predictor of post-operative medical complications and mortality following ambulatory surgery: an analysis of 2,089,830 ACS-NSQIP outpatient cases. In: *BMC Surgery* 21 (253). doi: 10.1186/s12893-021-01256-6.
- Haut Conseil de la santé publique (2021). Virage ambulatoire: pour un développement sécurisé. Online unter www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcsp20210601_viragambulpourundveloscuri.pdf (Download am 28. März 2023).
- Heber, R., Mangiapane, S., Offermanns, M., Mußgnug, T., Kölle, B., Busch, C., Messerle, R. und R. Milstein (2022). Sektorengleich vergüten – aber wie? In: *GuS* 76. S. 58–64. doi: 10.5771/1611-5821-2022-4-5-58.
- Hergeth, C., Gfeller, F., Guidon, R. und S. Hölzer (2018). Machbarkeitsstudie Ambulante Pauschalen, im Auftrag des Verwaltungsrates SwissDRG AG. Online unter www.swissdrg.org/application/files/7615/3787/8754/Machbarkeitsstudie_Ambulante_Pauschalen.pdf (Download am 28. März 2023).
- 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. und R. Busse (2019). Classification of hospital admissions into emergency and elective care: a machine learning approach. In: *Health Care Management Science* 22. S. 85–105. doi: 10.1007/s10729-017-9423-5.
- Messerle, R. und J. Schreyögg (2021). Sektorenübergreifende Versorgungssteuerung. In: Klauber, J., Wasem, J., Beivers, A. und C. Mostert (Hrsg.). *Krankenhaus-Report 2021*. Berlin, Heidelberg. S. 185–201.
- Obsan (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium) (2023). Ambulant vor Stationär: Entwicklung der Fallzahlen. Online unter https://ind.obsan.admin.ch/indicator/obsan/_090 (Download am 15. Februar 2023).
- OECD (2021). Health statistics. Online unter <https://stats.oecd.org/> (Download am 24. März 2021).

- ScanSanté (2023). MCO par diagnostic ou acte. Online unter <https://scansante.fr/applications/statistiques-activite-MCO-par-diagnostique-et-actes?secteur=MCO> (Download am 24. März 2021).
- Schreyögg, J. und R. Milstein (2021). Identifizierung einer initialen Auswahl von Leistungsbereichen für eine sektorengleiche Vergütung. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.
- Schwappach, D. L. B. und T. J. Strasmann (2006). Ambulantes Operieren: Praxis oder Krankenhaus? Eine empirische Analyse von Bevölkerungspräferenzen für die Wahl des Behandlungssettings. In: *Der Chirurg* 77. S. 166–172. doi: 10.1007/s00104-005-1102-2.
- Sozialministerium (Österreichisches Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz) (2022). Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene. Zielsteuerung-Gesundheit. Online unter [www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\)/Zielsteuerungsvertrag-2017-bis-2021.html](http://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit)/Zielsteuerungsvertrag-2017-bis-2021.html) (Download am 24. März 2021).
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2023). Resilienz im Gesundheitswesen. Wege zur Bewältigung künftiger Krisen.