

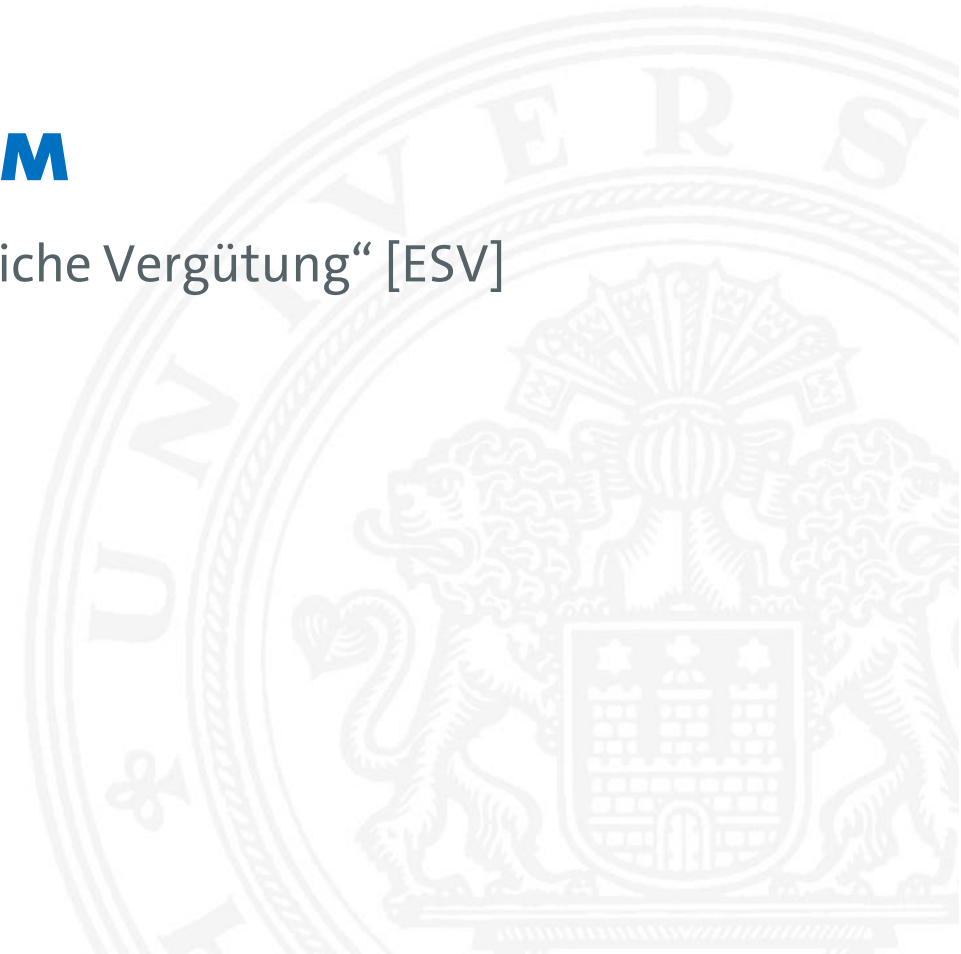
EIN SEKTORENGLEICHES VERGÜTUNGSSYSTEM

Konzept des Innovationsfondsprojekts „Einheitliche, Sektorengleiche Vergütung“ [ESV]

PROF. DR. JONAS SCHREYÖGG

HAMBURG CENTER FOR HEALTH ECONOMICS, UNIVERSITÄT HAMBURG

20. SEPTEMBER 2022, BERLIN



EIN GEMEINSAMES PROJEKT VON

hche | Hamburg Center
for Health Economics



AGENDA

1 Hintergrund

2 Vorschlag

HISTORIE UND ZIELE

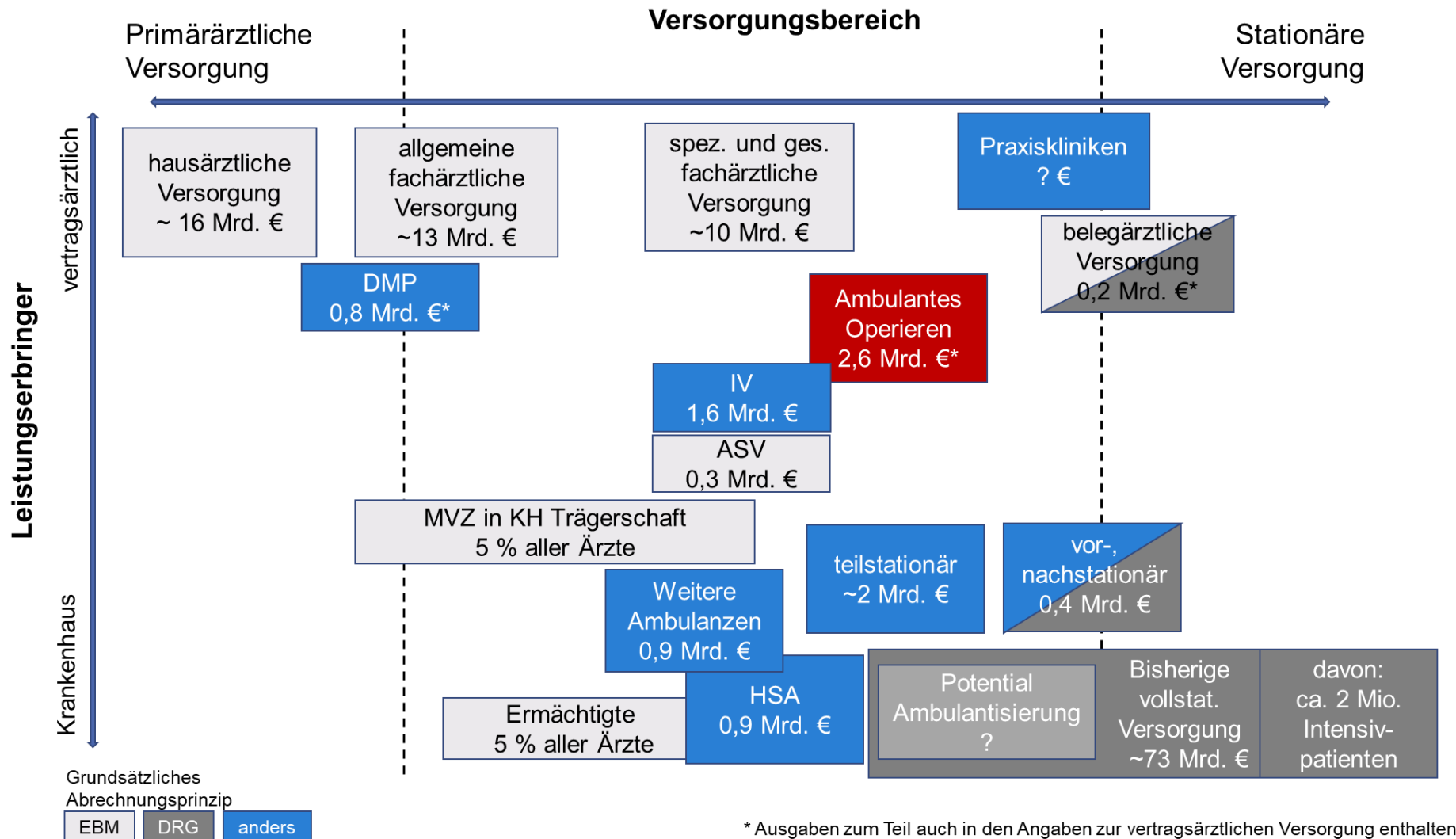
- **Hoher Druck auf Krankenhäusern** auch aufgrund vieler wenig komplexer Fälle in stationärer Versorgung
- Zahlreiche OECD Länder, u.a. in England & Frankreich haben durch **sektorengleiche Pauschalen** wenig komplexe Fälle aus der stationären Versorgung herausgelöst
- **§ 115b SGB V nicht finanziell attraktiv für Krankenhäuser/ EBM nicht attraktiv für amb. Operationen**
- **Ziele:** Schaffung eines sektorengleichen* Vergütungssystem, das
 - **bedarfsgerechte und wohnortnahe Versorgung** fördert
 - **fairen Wettbewerb** zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten ermöglicht
 - für Akteure beider Sektoren **finanziell attraktiv** ist
 - die **stationäre Versorgung von Fällen entlastet** und so Personalkapazitäten sichert

* Sektorengleich bezieht sich auf Leistungen, die sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor erbracht werden können

VORARBEITEN

- **Vorschlag zu sektorengleicher Vergütung in SVR-Gutachten 2018**
- **Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V** (Albrecht et al. 2022): zum Stand der medizinischen Erkenntnisse über ambulant durchführbare Operationen sowie stationsersetzende Eingriffe und Behandlungen an der ambulant-stationären Schnittstelle -> Vorschlag für die Erweiterung des AOP-Katalogs um rund **2.500 OPS**
- **BMG-Gutachten** (Schreyögg & Milstein 2021): Identifizierung einer initialen Auswahl von Leistungsbereichen für eine sektorengleiche Vergütung -> **Top-30 Liste** auf Basis 21er Daten
- **bisher kein umfangreiches Konzept zur Entwicklung einer sektorengleichen Vergütung für Deutschland**

AOP IST DER GRÖßTE, ABER NICHT DER EINZIGE BLOCK IM SEKTORENÜBERGREIFENDEN FELD



Quelle: in Anlehnung an Messerle & Schreyögg 2021

AGENDA

1

Hintergrund

2

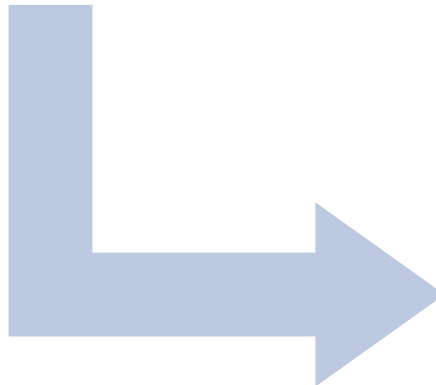
Vorschlag

GRUNDSÄTZE

Ziel: Schneller Start aber keine dauerhaften Zwischenlösungen

Pragmatische Einführung

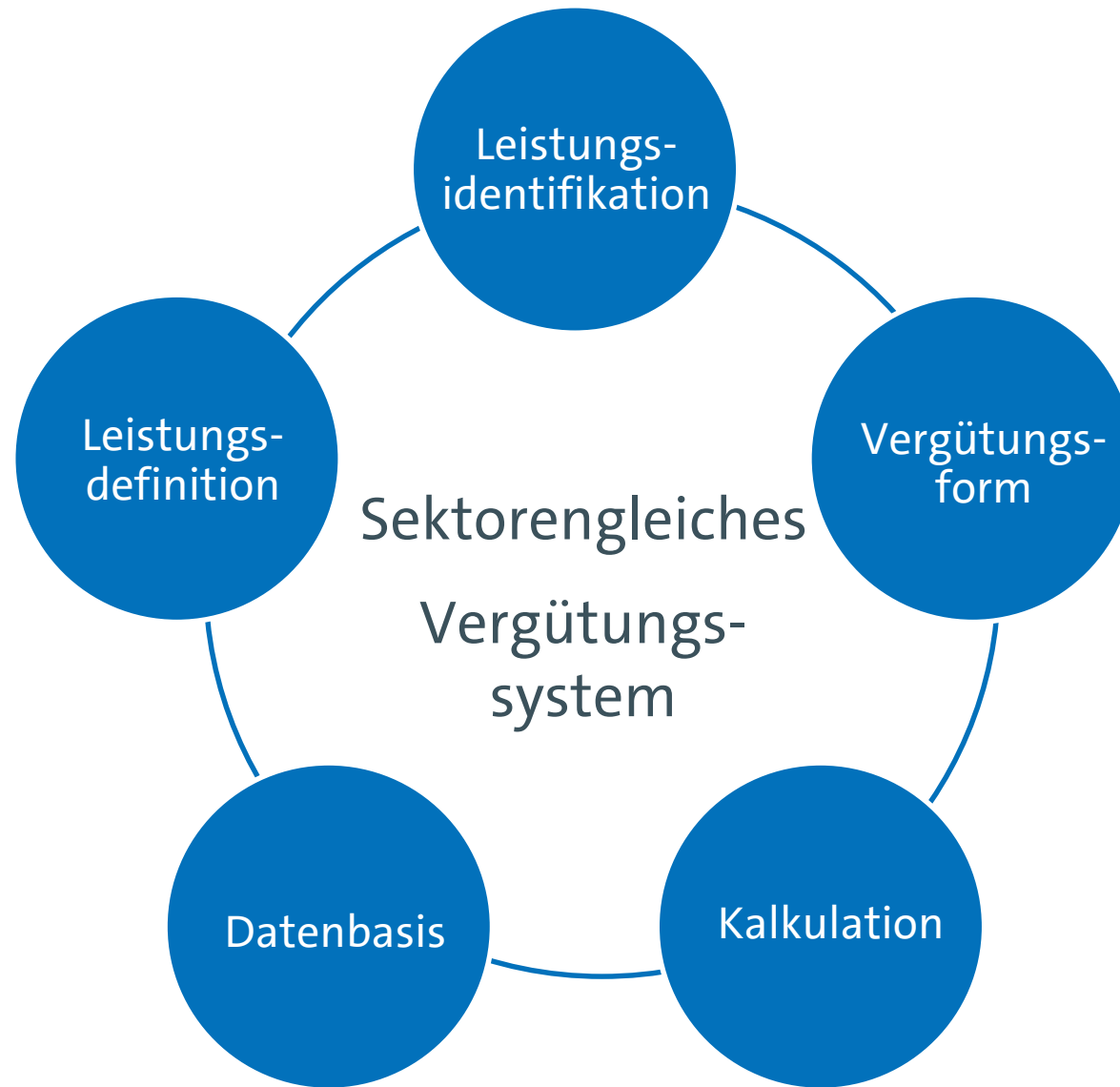
- kurzfristig umsetzbares Konzept
- Orientierung an bestehenden Systemen
- schnelle Etablierung eines sektorengleichen Vergütungssystems



Perspektivische Ziele

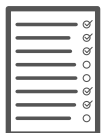
- mittelfristig umsetzbares Konzept
- Entwicklung neuer, sektorengleicher Regelungen
- Übergang mit gesetzlich festgelegten Fristen, etwa drei Jahre für die ersten Module

AUFBAU DES KONZEPTS



LEISTUNGSIDENTIFIKATION

Pragmatisch (kurzfristig)



**basierend auf
OPS aus AOP-Katalog**

- Basis-DRGs auswählen, für die OPS-Codes aus dem (ggf. erweiterten) AOP-Katalog gruppierungsrelevant sind
- nur zahlenmäßig relevante Gruppen basierend auf den 21er Daten

Perspektivisch (nach ca. 3 Jahren)



**einheitliche
Leistungsdokumentation**

- einheitliche Leistungsdokumentation auf Basis eines erweiterten OPS-Katalogs
- umfasst alle für die sektorengleiche Leistungserbringung wesentlichen Leistungskomplexe
- keine Beschränkung mehr auf eine vordefinierte Liste im engeren Sinne

LEISTUNGSDEFINITION

Pragmatisch (kurzfristig)



2-stufige sektorengleiche Leistungsgruppen

- Definition neuer **sektorengleicher Leistungsgruppen (SLG)** basierend auf den identifizierten DRG, ohne rein stationäre Leistungsbestandteile / unabhängig vom Ort der Leistungserbringung
- medizinische Komplexitätsstufen, initial basierend auf PCCL, legen **zwei Stufen** der SLG und die **Abgrenzung** von der stationären Leistungserbringung fest (PCCL>3-Fälle verbleiben im DRG-System)

Perspektivisch (nach ca. 3 Jahren)



2-stufige sektorengleiche Leistungsgruppen

- nach dem **Baukastenprinzip** aus **Leistungskomplexen** zusammengesetzte **SLG** basierend auf der einheitlichen Leistungsdokumentation/ unabhängig vom Ort der Leistungserbringung
- weiterentwickelte medizinische Komplexitätsstufen, ggf. mit weiteren Kontextfaktoren, legen algorithmisch die **zwei Stufen** fest

VEREINFACHTES EXEMPLARISCHES BEISPIEL FÜR OPS-DRG-IDENTIFIZIERUNG

Leistung:

- **OPS 5-530** - Verschluss einer Hernia inguinalis
 - Leistung entfällt fast ausschließlich auf OPS-Endsteller, die im AOP-Katalog enthalten sind
 - in nordischen Ländern, England, Kanada etc. zu >75 % als Tagesfall
 - in Deutschland zu >80 % vollstationär (selbst in der Schweiz nur 60 %)

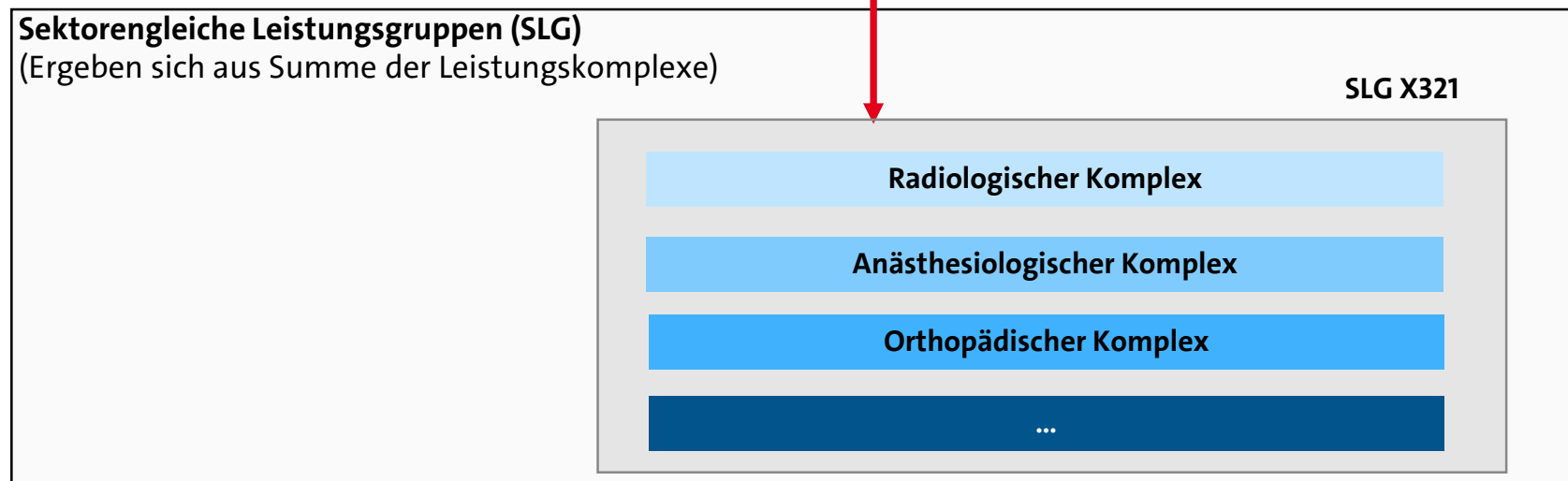
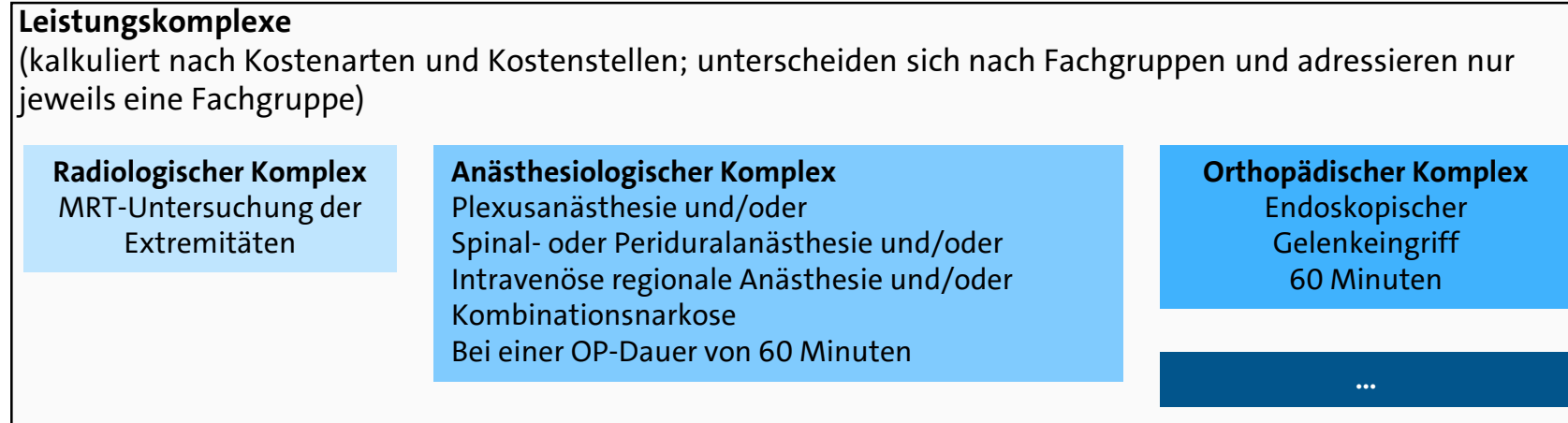
Bisherige stationäre Abrechnung:

- erfolgt zu **80 %** über die Basis-DRG G24 „Eingriffe bei Hernien“
 - davon **90 %** in der G24C („[...] ohne äußerst schwere oder schwere CC“)
 - Anteil Verweildauer \leq 3 Tage bei ca. **90 %**

Mögliche Entwicklung:

- mind. G24C wird zur SLG mit 2 Stufen
- äußerst schwere CC verbleiben als DRG im stationären System

VERANSCHAULICHUNG DES BAUKASTENPRINZIPS (PERSPEKTIVISCH)



DATENBASIS FÜR DIE KALKULATION

Pragmatisch (kurzfristig)



InEK-Kostengerüst

- initiale Kalkulationsgrundlage ist das InEK-Kostengerüst
- bereinigt um rein stationäre Kostendaten wie Kosten der Übernachtung, der Intensivstation etc.

Perspektivisch (nach ca. 3 Jahren)



sektorengleiche Datengrundlage

- neue, **gemeinsame** Datengrundlage; Orientierung an den benötigten Mischstrukturen
- **Stichprobe** an Leistungserbringern des neuen sektorengleichen Bereiches liefert Daten, d.h. sowohl Vertragsärzte als auch ambulante OP-Zentren und Krankenhäuser
- Struktur orientiert sich sowohl am Kostengerüst des InEK als auch an der Struktur des Standard Bewertungssystems (Stabs)

KALKULATION

Pragmatisch (kurzfristig)



um stationäre Kosten
bereinigte DRGs

- sektorengleicher Tagessatz auf Basis der bereinigten Kostendaten der DRGs
- erlaubt Differenzierung der Kostenkalkulation nach den beteiligten Professionen
- temporäre Übervergütung, da ambulante Kostendaten zunächst nicht eingehen, dient der **Anreizsetzung**

Perspektivisch (nach ca. 3 Jahren)



Kalkulation
nach Baukastenprinzip

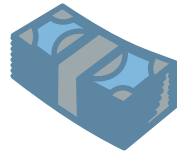
- Kalkulation für jeden Leistungskomplex
- nach dem **Baukastenprinzip** werden diese auch kalkulatorisch zu unterschiedlichen Konstellationen zusammengefasst
- Differenzierung für die beteiligten ärztlichen Fachrichtungen (Chirurgie, Anästhesie etc.) und nicht ärztlichen Professionen

FIKTIVES BEISPIEL

SLG X321	Personalkosten			Sachkosten		Personal- und Sachk. 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

VERGÜTUNGSFORM

Pragmatisch und perspektivisch



**sektorengleiche
Pauschalen (SP)**

- Vergütung über **Fallpauschalen** mit zwei Stufen
- **Stufe 1** umfasst einfache, weniger komplexe Fälle, **Stufe 2** umfasst Patientinnen und Patienten mit erhöhter Fallkomplexität und erhöhtem Betreuungsbedarf
- Wie erhöhte Betreuungsbedarfe sichergestellt werden, wird nicht vorgegeben; **Beobachtungsbetten** oder **ambulante Pflegeteams etc.** sind möglich
- SP vergüten **alle** Kostenbestandteile für Aufnahme, Vorbereitung und Durchführung sowie die anschließende Beobachtung und direkte Nachbehandlung
 - auch Pflege-, Vorhalte- und Investitionskosten
 - Eine perspektivisch fallzahlunabhängige Finanzierung der Vorhalte- und Investitionskosten hängt von weiteren Faktoren, u.a. der Planung und Mittelherkunft, ab

VERANSCHAULICHUNG DER VERGÜTUNGSSTRUKTUR



Komorbidityäten / Komplikationen

Keine oder geringe
(entspricht derzeit PCCL ≤ 1)

SP 1

- ohne rein stationäre Kosten
- geringerer Aufwand / weniger beteiligte Kostenstellen und -arten
- ohne besonderen Betreuungsbedarf

Mäßig bis schwer
(entspricht derzeit PCCL 2-3)

SP 2

- ohne rein stationäre Kosten
- höherer Aufwand / mehr beteiligte Kostenstellen und -arten
- mit besonderem Betreuungsbedarf

Äußerst schwere
(entspricht derzeit PCCL > 3)

DRG

- stationäre Rahmenbedingungen

Sektorengleicher Bereich
mit einheitlichen Bedingungen

WEITERE ASPEKTE

- **Qualitätssicherung:** zunächst Orientierung an § 135 Abs. 2 SGB V, perspektivisch sektorenübergreifende Qualitätssicherung des G-BA
- **Bedarfsplanung:** zunächst keine eigene sektorengleiche Planung, aber frühzeitig Maßnahmen für eine sektorengleiche Planung einleiten
- **Einführungsphase:** Anschubfinanzierung zum Aufbau der neuen Strukturen ist denkbar, aber keine extra Übervergütung wie ambulanter Preis > stationärer Preis
- **Leistungs- und Versorgungsmonitoring:** transparentes Monitoring ist notwendig, auch für die Identifikation weiteren Handlungsbedarfes (z.B. für fallunabhängige Vorhaltepauschalen)
- **Begleitende Maßnahmen:** Rucksack-Modell für die Weiterbildung und Einbindung sektorengleicher Strukturen in die Weiterbildung, klare Kommunikation der (nicht-finanziellen) Vorteile sektorengleicher Leistungen
- **Schnittstellen zu anderen Bereichen:** Sicherstellung des Angebotes konservativer Leistungen, Anpassung bestehender Planungen etc.

und vieles mehr...

Diskussion