

# Sektorenunabhängige Versorgung in der Chirurgie

Pilotprojekt "Hybrid-DRG Thüringen - Neue Wege im Gesundheitswesen"

Dr. med. Stephan Dittrich ♦ Neue Str. 1, 08525 Plauen

Initiator / Projektleiter seitens BDC und DGCH

dr.st.dittrich@t-online.de ♦ Tel.: 03741-550631 ♦ Fax: 03741-550649

## Herausforderungen an die medizinische Versorgung

**$\Delta_4$**

**D**ick  
**D**iabetisch  
**D**ement  
**D**egenerativ

**bis**

**$\Omega_3$**

**O**rganspezifische Erkrankungen  
**O**rganspezifische Verletzungen  
**O**nkologie

Hausärztlich  
Gesundheitspolitisch

Fachärztlich

## Was sagen die Weisen zum deutschen Gesundheitswesen ?

### **Sondergutachten medizinische Versorgung 2012** Sachverständigenrat:

„Das deutsche Gesundheitswesen ist weder zu teuer, noch ein Spitzen - Gesundheitswesen“

„ Das deutsche Gesundheitswesen hat viele Vorzüge“

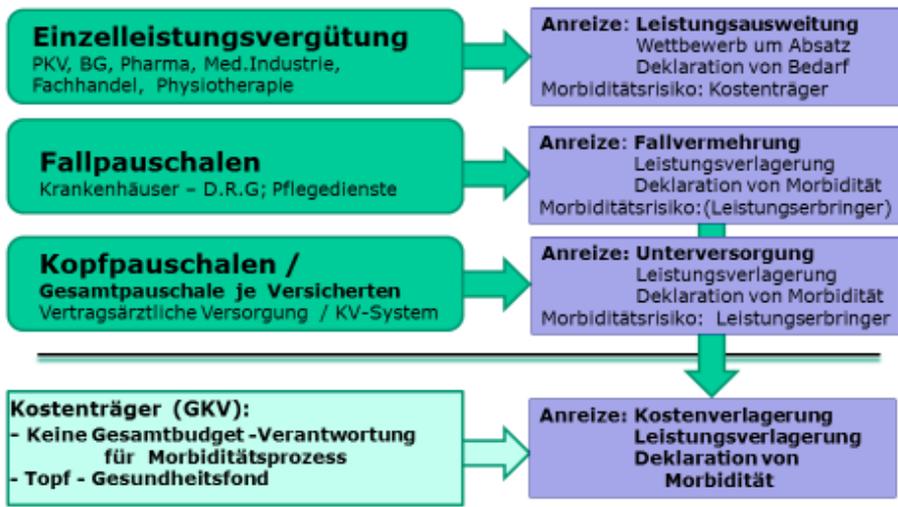
### **Aber:**

- Problem der Über-, Unter- und Fehlversorgung
- Die Schnittstellen zwischen den Leistungssektoren und vor allem die mangelnde Integration zwischen der ambulanten und der stationären Gesundheitsversorgung sind eine der zentralen Schwachstellen des deutschen Gesundheitssystems.

## Lösungen ?

# Problemanalyse medizinischer/ärztlicher Behandlung

1. Beklagte Ökonomische Einflussnahmen auf Therapie/Therapiefreiheit auf ärztliche Freiberuflichkeit, auf das Arzt-Patientenverhältnis
2. Fehlende Vernetzung zwischen den Leistungserbringern und Sektoren
3. Keine Abbildung des gesamten Behandlungspfades von der Indikationsstellung bis zum Behandlungsabschluss / Nachkontrolle → Qualitätsprobleme, Zivil- und Haftungsrechtliche Problematiken
4. Differente nichtkompatible Honorierungssysteme mit Potenz des Fehlanreizes und/oder Fehlhonorierung bei gleicher Indikation und erhöhtem Kosten- und Verwaltungsaufwand

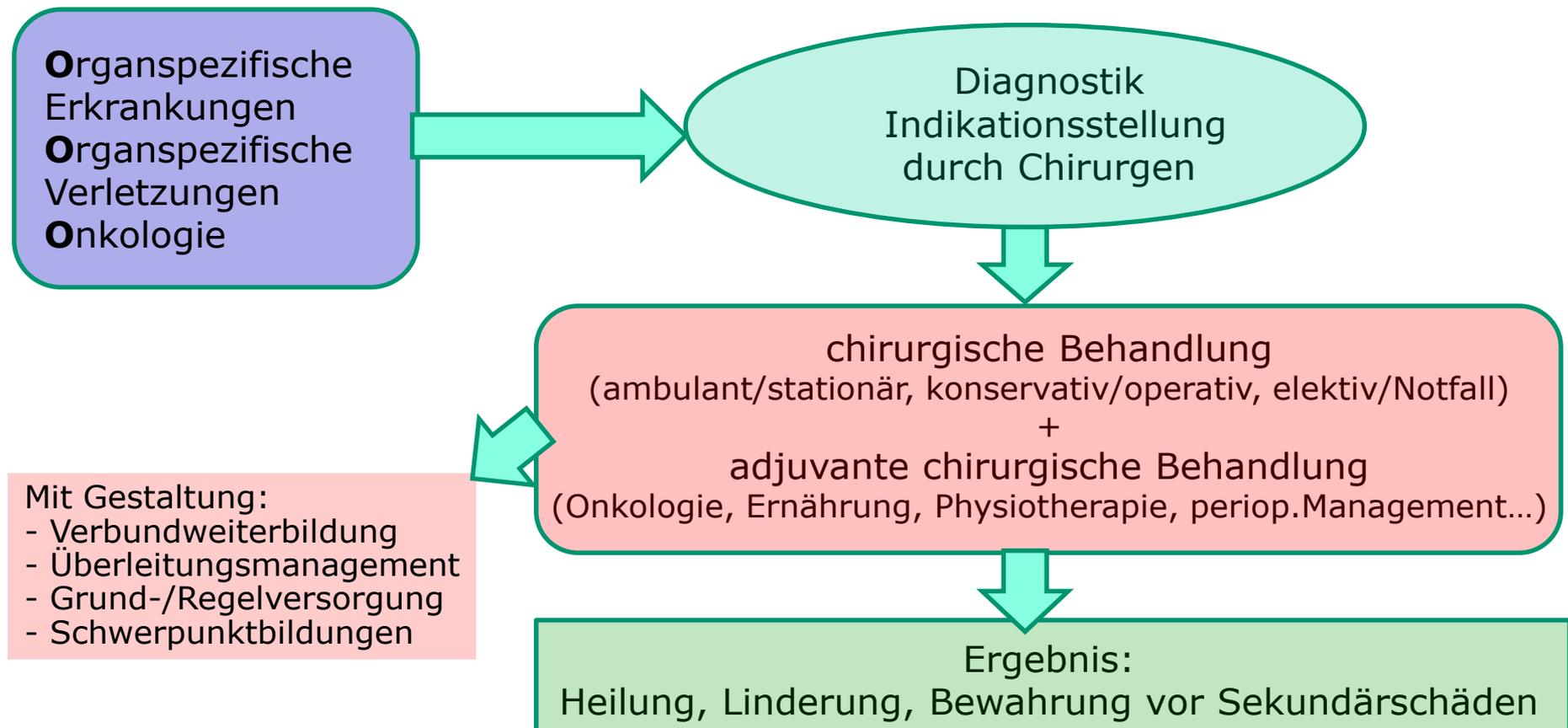


Anreiz zur Deklaration von Morbidität  
**Aber**  
Kein Anreiz zur Beseitigung der Morbidität

# Lösungsansatz: Sektoren unabhängige, bedarfsgerechte und patientenorientierte Versorgung

## Basis I:

Ärztliche Definition einer sektorenunabhängigen indikationsbezogenen Behandlung, des Behandlungspfades chirurgischer Versorgung



## Basis II:

### Definition einer einheitlichen Honorierung / Kalkulation

#### Grundsätze

- Zusammenfassung stationärer und ambulanter Behandlungen mit identischen Inhalten und Qualität
- Mischkalkulation aus den Vergütungen/Kosten der beteiligten Leistungserbringer (Krankenhaus (amb./stat), Vertragsärzte (EP, BAG, MVZ), Praxiskliniken)
- Im Rahmen der Leistungserbringung besteht Gestaltungsfreiheit - medizinische Notwendigkeit entscheidet

#### Ziel

- Einheitliche kollektivvertragliche Regelung
- Abbildung über einen eigenen "DRG-Katalog"
- Jährliche Kalkulation der Leistungen durch ein unabhängiges Institut auf Basis der Ist-Kosten
- Vergütung über einen eigenen Basisentgeltwert
- Bildung eines eigenen Budgets



Es werden sich die Behandlungs- und Betreuungskonzepte durchsetzen, die unter medizinischen und ökonomischen Gesichtspunkten die besten Ergebnisse liefern

## Basis III:

### Gesetzliche Grundlage

- Kombination aus mehreren Aspekten des neuen § 140a SGB V
  - sektorenübergreifende Versorgung
  - besondere ambulante ärztliche Versorgung
  - neue Organisationsform
- BVA hat keine Einwände gegen eine solche Kombination

# Umsetzung als Pilotprojekt

**Hybrid – DRG Thüringen, neue Wege im Gesundheitswesen**  
– ein gemeinsames Projekt  
des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V.  
der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V.  
und  
der Techniker Krankenkasse

# Konkreter Projektvorschlag: Sektorenverbindende Organisation des Operierens in Praxis und Klinik

Zusammenführung des

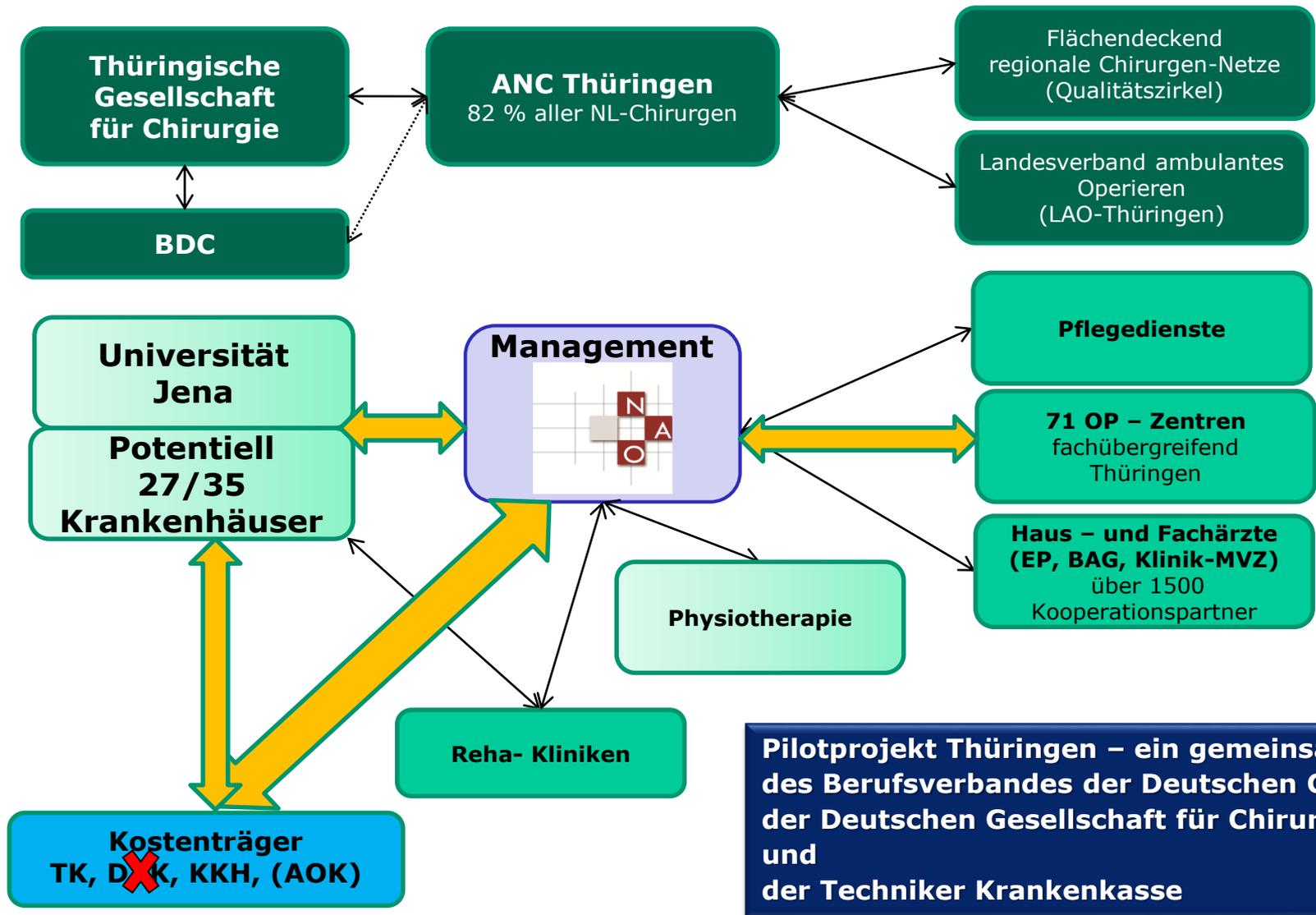
- ambulanten vertragsärztlichen
- Krankenhaus-ambulanten
- tageschirurgischen/praxisklinischen
- sog. kurzstationären (short stay)

Operierens

## Umsetzung

- Projektskizze und Machbarkeitsanalyse (Berufsverbände, KBV, BÄK, BVA, GKV-SpV, ÄZQ)
- Bildung einer Arbeitsgruppe Ärzte / Kostenträger (überregional/regional)
- Festlegung von Indikationen für ein Pilotprojekt
  1. Einseitige Leistenhernie
  2. Stammvarikosis
  3. Vordere Kreuzbandruptur
  4. Karpaltunnelsyndrom

# Umsetzung als Pilotprojekt: Standortwahl -> Thüringen



**Pilotprojekt Thüringen – ein gemeinsames Projekt des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V. der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. und der Techniker Krankenkasse**

# Umsetzung als Pilotprojekt : Definition des Behandlungspfades

**Konsultation Operateur und Anästhesist** : Sichtung Vorbefunde, Veranlassung ggf. weiterer Untersuchungen ( analog EBM / § 115 b)



**Operateur und Anästhesist : Indikationsstellung – und Dokumentation**

OP und Narkose – Aufklärung / Recht auf Zweitmeinung  
Festlegung Vertragsteilnahme, Terminvergabe zur OP,  
Veranlassung weiterer Voruntersuchungen: OP-Vorbereitung

**Operativer, peri- und postop. Komplex**

- **Konsultation am OP – Tag**: Präop. Untersuchung Operateur/Anästhesist
- **Operation, Postoperative Überwachung**
- Zusatzleistungen (Histologie, Labor, Sachkosten - Abrechnung wie bisher)
- Entlassung mit Brief

Adjuvante postoperative Behandlung  
Physiotherapie

**Komplex Nachbehandlung: Physiotherapie**

**Postoperative Betreuung am Krankenhaus/in Praxis**  
Postop. Behandlungskomplex  
Befunddokumentationen

**Nachuntersuchung am Krankenhaus / in Praxis (1 Jahr post op.)**  
Befunddokumentationen

**Komplex Nachuntersuchung**

**Vertragsmanagement**

**Qualitätsmanagement**

**Fallmanagement  
Abrechnung**

**Evaluation**

**Beispiel: Leistenhernie ICD 10: K40.90****Start:** Indikationsstellung zur Operation durch den Operateur**Indikationskriterien**

Kat. 1 Anamnese:	Vorwölbung in der Leiste: positiv
Klinische Untersuchung:	Vorwölbung in der Leiste sichtbar
	Bruchpforte in der Leiste tastbar
	klinisch eindeutiger Bruchsack, typische Reposition
Kat. 2 Bildgebung	Fotodokumentation: Vorwölbung in der Leiste
	Sonographie: Bruchpforte/ Bruchsack - Bilddokumentation

**Indikation:** 2 von 4 Zeichen der Kat 1 positiv und / oder 1 Zeichen der Kat. 2 positiv

**Behandlungspfad**

- OP-Vorbereitung (analog. Kap. 31/prästat. Behandlung)
- Operation und postop. Betreuung (6 Wochen): OPS: 5-530.1/ 5-530.2// 5-530.30//5-530.31/ 5-530.32
- Sachkosten / veranlasste Leistungen – Verordnungen (primär: wie bisher; sekundär: Kalkulation anhand der Ergebnisse)
- Abschlussuntersuchung Operateur (4.-6. Woche postop/ Dokumentation)
- Ärztliche Nachkontrolle 1 Jahr (Dokumentation / ggf. extern)
- Patientenbefragung (extern)

**Klinische Untersuchung / Nachuntersuchung**

Anamnese:	Belastbarkeit
	Schmerz (Schmerzskala 1-10)
Klinische Untersuchung:	Leistenschmerz, Wund-/Narbenverhältnisse
	Stabilität der Leiste
	Rezidiv

**Ende:** 4.-6.Woche post op. // 1 Jahr

# Umsetzung als Pilotprojekt: Kalkulation

## DRG – Finanzierungsmodell: Mischkalkulation / sogen. Hybrid DRG

Prämisse: Leistung wird nicht teurer als in der Regelversorgung

DRG	RG eff.	RG Implantatkosten	Anteil am RG/Implantatkosten	IGV-Relativgewicht	X LBFW
EBM	Punkt volumen GOZ - OP	Punkt volumen GOZ - Narkose	Punkt volumen GOZz Überwachung/Nachbehandlung	Kosten Kap 40	X OPW

- Vergleich der gewichteten Durchschnittspreise je Leistung: Leistenhernie

Sektor	Menge	Preis	Budget
VÄ/115 b	106	600 €	63.600 €
KH	271	2.070 €	560.970 €
Hybrid	377	1.640 €	624.570 €

Preise und Mengen sind ein unverbindliches Beispiel

- Zzgl. Voruntersuchung auf Basis § 115 b  
(Grundpauschalen, Bildgebung, Labor, ... )
- Zzgl. Physiotherapiemodul, Nachuntersuchungsmodul
- Stichprobenprüfungen

# Umsetzung als Pilotprojekt: Qualitätssicherung

## Strukturqualität

- Leitlinie
- Verträge zum Ambulanten Operieren
- Facharztstandard

## Prozessqualität

- Definition des Behandlungspfades mit Indikations-, Verlaufs- und Ergebnisdokumentation

## Ergebnisqualität

- Routinedaten entspr. AQUA-Bericht (Infektion, Re-Eingriff, Rezidiv)
- Subjektives und objektiv-klinisches Ergebnis
- Externe Qualitätssicherung

# Umsetzung als Pilotprojekt: Motivation zur Teilnahme

## 1. Krankenhäuser (potentielle Teilnahmezusage von 27 der 35 relevanten Khs in Thüringen + Universität Jena)

- Bürokratieabbau (Wegfall MDK Prüfung bzgl. ambulantes Potenzial)
- Aufwertung der Leistungserbringung über 115 b SGB V
- Möglichkeit zusätzlicher Erlöse über Abrechnung Zusatzmodule
- Leistungserbringung von Diagnostik bis Nachsorge aus einer Hand
- Perspekt. Finanzierung von Umstrukturierungen (Strukturfond)
- Wegfall von DRG-Anreizen für kostenintensive Methoden/Prozeduren

## 2. Vertragsärzte (Teilnahmezusage aller relevanten ambulanten OP-Zentren, Niedergelassenen Chirurgen, Klinik-MVZ)

- Aufwertung der Leistung // Kostendeckung
- Möglichkeit zur Erbringung kurzstationärer Aufenthalte im ambulanten Bereich
- kostenintensive Methoden/Prozeduren finanzierbar

**Potentiale des Pilotprojektes sind auf Basis definierter Indikationen und Behandlungspfade sowie der Qualitätssicherung u.a.**

- **Sektorenübergreifende Kostenanalyse**  
(Struktur-/Prozesskosten / u.a. Personal-, AM-, HM-, Verbrauchskosten)
- **Sektorenübergreifende/-unabhängige Honorierung**  
Kollektivvertragl. Regelung ( § 116 / § 115 / § 140 / KhEntgG ? )
- **Vollständige sektorenübergreifende Qualitätssicherung**
- **Versorgungsforschung - z.B. Testung von Innovationen**

## **FAZIT**

Herausforderung der künftigen medizinischen Versorgung ist im Rahmen von Kooperationen und integrativen, sektorenverbindenden/- unabhängigen Versorgungsmanagement sowie Health Care Services die Definition:

**Wer behandelt patientenorientiert was, wo, wie, welche Kosten sind damit verbunden und wie wird die praktische Umsetzung gestaltet.**

**Vielen Dank**