

# Wettbewerb an der Sektorgrenze – Perspektiven zur Ausschöpfung des ambulanten Potenzials

Fachtagung des ZI

„Ambulant vor stationär! Können wir von den besten lernen?“

Berlin, 08. September 2014

Prof. Dr. Wolfgang Greiner



1. Potentiale ambulanter Leistungserbringung
2. Effizienzsteigerender Wettbewerb an der Schnittstelle aus theoretischer Sicht
3. Zielorientierter Wettbewerb in ausgewählten Bereichen
  - a.) Belegärztliche Leistungen
  - b.) Ambulantes Operieren
  - c.) Ambulante spezialfachärztliche Versorgung
4. Fazit und Empfehlungen



- medizinisch-technischer Fortschritt
- Integrierte Leistungsangebote
- Verkürzung stationärer Verweildauern (ca. 7 Mio. Fälle mit Verweildauer  $\leq 3$  Tage)
- Quantifizierung von Verlagerungseffekten derzeit unklar: **Substitution stationärer Behandlungen vs. Additive Leistungen?**
- **Ziel:** Leistungsverlagerung der stat. Kurzzeitfälle in die ambulante Leistungserbringung

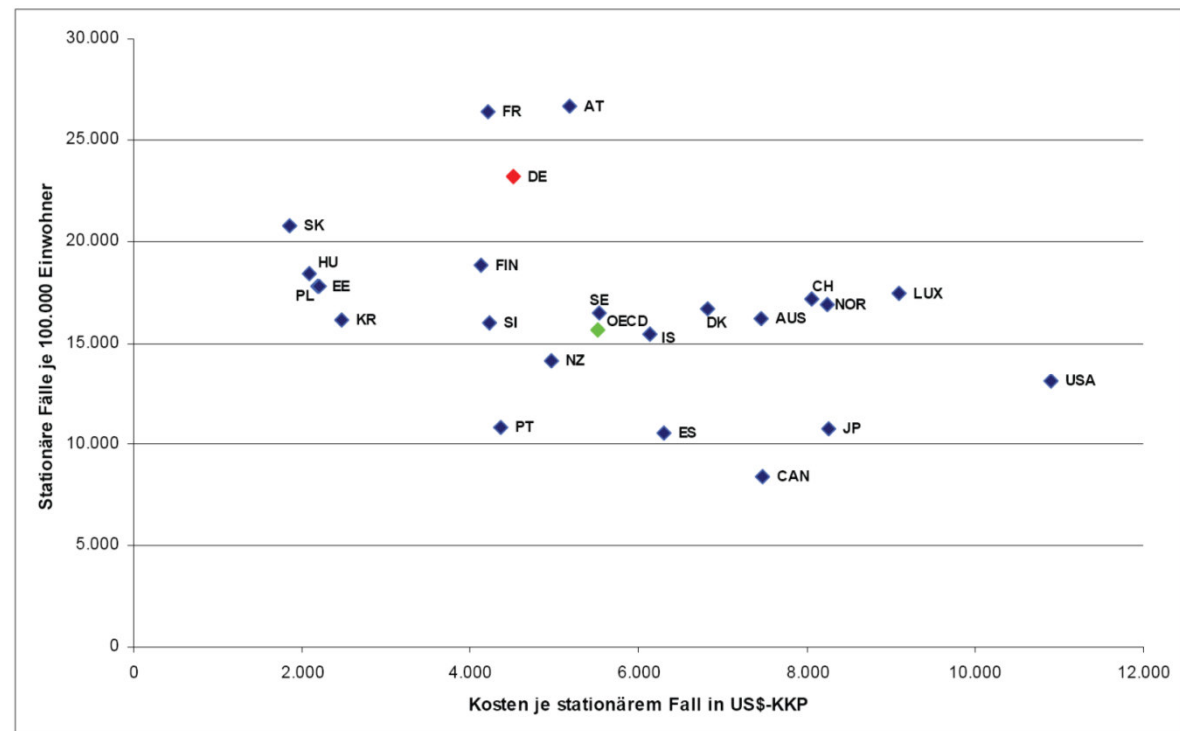
Tabelle: Verweildauer von vollstationären Patienten/-innen im Jahr 2010

Verweildauer in Tagen	Anzahl Patienten	%-Anteil der Patienten
Stundenfall	528.461	2,9%
1	2.274.486	12,3%
2	2.421.623	13,1%
3	2.131.914	11,5%
4	1.762.886	9,5%
5	1.373.270	7,4%
6	1.120.587	6,1%
7	1.006.855	5,4%
8-9	1.464.226	7,9%
10-12	1.353.277	7,3%
13-14	690.938	3,7%
15-21	1.155.208	6,2%
22-28	488.819	2,6%
$\geq 29$	717.448	3,9%
Insgesamt	18.489.998	100,0%

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes 2012.

## Internationaler Vergleich von Krankenhausausgaben (pro Fall) und stationären Fallzahlen (je Einwohner)

- OECD: Geringe stationäre Fallzahl korreliert mit hohen durchschnittlichen stationären Fallkosten
- Deutschland: hohe Fallzahl, hohe Bettendichte, recht geringe Fallkosten:



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von OECD 2011 (Stand Juni 2011).

➔ Hinweis auf viele leichte Fälle im stationären Sektor?

## Ambulante Optionen für Krankenhäuser

- MVZ (§95 Abs. 1, 1a SGB V)
- ambulante Notfallbehandlung (§115 SGB V i.V.m. §75 Abs. 1 SGB V)
- vor- und nachstationäre Versorgung (§115a SGB V),
- ambulantes Operieren (§115b SGB V)
- ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung (Ermächtigung durch Zulassungsausschuss nach §116a SGB V) bzw. durch Krankenhausärzte (§116 SGB V)
- ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§116b SGB V)
- Hochschulambulanzen (§117 SGB V); ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung durch psychiatrische Krankenhäuser (§118 SGB V); ambulante sozialpädiatrische Behandlung (§119 SGB V); ambulante Behandlung in Einrichtungen der Behindertenhilfe (§119a SGB V) und in stationären Pflegeeinrichtungen (§119b SGB V)
- integrierte Versorgung (§140a-d SGB V)



**Gesamtvolumen für ambulante Krankenhausleistungen:  
ca. 4 Mrd. Euro jährlich**

## Abwägung der Patienten zwischen

- Autonomie und Selbstbestimmtheit / Privatheit
- Qualität und Sicherheit der Behandlung  
*(med. Expertise und Ressourcenvorhaltung)*
- Opportunitätskosten der Zeit  
*(Warte- und Behandlungszeit)*

## Produktions- und Transaktionskostentheorie

*Verbund- und Skaleneffekte* im Zuge vertikaler Integration:

- Transaktionskostenvorteile  
(Substitution höherer Markttransaktionskosten durch geringere Unternehmensinterner Transaktionskosten)
  - Nachfragemacht/ Verhandlungsstärke
  - Spezialisierungsvorteile/ Arbeitsteilung/ Zentralisierung  
(Steuerung über Sektorengrenzen hinweg, EDV, zentrale Notfallversorgung etc.)
  - Risikostreuung/ Planbarkeit
  - gemeinsamer Ressourceneinsatz: Fixkostendegression bei Räumlichkeiten, Personal, Geräten, Wissen
- **´economies of scale´** und **´economies of scope´** durch horizontale oder vertikale Kooperation verschiedener Leistungserbringerebenen



- Wettbewerbliche Grundordnung sollte Vielfalt der Organisations-, Eigentums- und Rechtsformen zulassen
- Nicht einzelne Koordinationsformen von vornherein vom marktinhärenten Findungsprozess ausschließen
- **Ziel: Einheitliche Wettbewerbsbedingungen** als Voraussetzung für die Hebung von Effizienz- und Effektivitätspotenzialen
- **Notwendigkeit effektiver kartellrechtlicher Kontrolle** zur Vermeidung (auch regionaler) Monopolisierung



- (1) Qualitätsstandards & Qualitätssicherungssysteme
- (2) Einheitliche Leistungen
- (3) Einheitliche Preissystematik
- (4) Einheitliche Finanzierungsregeln
- (5) Bedarfsplanung, Mengenregulierung und Zulassungsregeln

1. Potentiale ambulanter Leistungserbringung
2. Effizienzsteigerender Wettbewerb an der Schnittstelle aus theoretischer Sicht
- 3. Zielorientierter Wettbewerb in ausgewählten Bereichen**
  - a.) Belegärztliche Leistungen
  - b.) Ambulantes Operieren
  - c.) Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§116b SGB V)
4. Fazit und Empfehlungen

- **Deutlicher Rückgang** von Belegärzten, Belegbetten und belegärztlichen Fällen (2002 ca. 1,5 Mio. Fälle vs. 2010 ca. 828.000 Fälle)
- Weit verbreitet in Bayern, Hessen – wenig in Ostdeutschland
- HNO, Augenheilkunde, Frauenheilkunde, Chirurgie, Anästhesiologie, Urologie, Orthopädie
- **Abrechnungsoptionen**
  1. Klassische Variante: KH erhält spezielle belegärztliche Fallpauschale/Zusatzentgelt, Belegarztvergütung per EBM
  2. Honorar-Belegarzt: KH erhält 80% der regulären Hauptabteilungsfallpauschale, (Honorar-)Belegarztvergütung per Verhandlung mit KH

*+ Option der Umgehung des Belegarztstatus:*

  3. „regulärer“ Honorararzt: KH erhält reguläre Hauptabteilungsfallpauschale, ehemaliger Belegarzt wird Honorararzt oder Teilzeitbeschäftigter

## Belegärztliche Leistungen

- Vergleichbare Fälle können derzeit unterschiedliche Abrechnungsmechanismen auslösen
- Wahlrecht zwischen Optionen 1) und 2) bietet Anreiz, die jeweils lukrativere Variante zu wählen
- Ansetzung des pauschalen 20%-Abschlags für alle Belegfälle (Begründung: leichtere Fälle) nicht differenziert genug: Widerspruch zur empirischen DRG-Kalkulation des InEK
- Abgrenzungsprobleme zwischen Belegfällen und regulär vollstationären Fällen (Option 3): Umwidmung von Fällen nach außen kaum erkennbar
- **Lösung: Empirische Kalkulation einheitlicher und differenzierterer DRG-Bewertungsrelationen für KH (gleiche Schwere = gleiche Leistung = gleiche Vergütung)**
- Vergütung ärztlicher Leistung dann im Binnenverhältnis zwischen KH und Arzt
- Faktisch bedeutet dies **Abschaffung des Belegarztstatus**, nicht aber der Idee sektorübergreifender Behandlung durch Niedergelassene

- §115b SGB V besteht seit 1993: ambulante Operationen und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus; seit 2006 auch für Niedergelassene außerbudgetär
- „Zulassung“ durch einfache Mitteilung
- Keine Mengenregulierung; Vergütung per EBM
- v.a. Chirurgie, Augenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Gynäkologie
- Finanziell bedeutsamste Leistung an ambulant-stationärer Schnittstelle: GKV-Ausgaben in Höhe von **2,28 Mrd. Euro** in 2010 (davon ca. 619 Mio. Euro bzw. 27,1% im Krankenhaus)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
ambulante Operationen im Krankenhaus	575.613	724.310	1.160.573	1.371.708	1.513.716	1.638.911	1.758.305	1.813.727	1.854.125
Zahl der an der ambulanten Operation teilnehmenden Krankenhäuser	1.059	1.125	1.260	1.296	1.314	1.309	1.303	1.290	1.264
durchschnittliche Fallzahl je teilnehmendem Krankenhaus	544	644	921	1.058	1.152	1.252	1.349	1.406	1.467

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Daten des Statistischen Bundesamtes.

- Neben hoher **Patientenzufriedenheit** auch große **finanzielle Potenziale**
- Oft hohe **Vergütungsunterschiede** zwischen ambulanter OP und vollstationärem Kurzzeitfall
- **Substitutionspotenzial** besteht (siehe Tabelle), muss aber wissenschaftlich evaluiert werden



**Weitere Veränderung des Ordnungsrahmens auch hier nötig**

Tabelle: Anteil amb. Operationen an allen Operationen (bezogen auf definiertes Vergleichskollektiv)

Land	Anteil (bezogen auf zuvor definiertes Patientenkollektiv)
Kanada (Provinz Alberta)	83,8%
USA (Medicare)	83,5%
Dänemark	79,3%
Australien	74,0%
Niederlande	69,8%
Belgien	69,0%
Norwegen	68,0%
Schweden	66,7%
England	62,5%
Finnland	62,4%
Schottland	62,0%
Deutschland	60,7%
Spanien	54,0%
Frankreich	44,9%
Hong Kong	42,5%
Italien	41,0%
Portugal	18,5%
Polen	keine Angabe

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Daten von Toftgaard & Parmentier 2006, S. 42ff.

*Def. Praxisklinik:*

*Einrichtungen, in denen die Versicherten durch Zusammenarbeit mehrerer Vertragsärzte ambulant und stationär versorgt werden (§115 SGB V)*



Hier: Vergleich der Outcomes nach Risikoadjustierung bei

- Linksherzkatheter (LHK)
- Perkutane Koronare Intervention (PCI)
- Drug Eluting Stent (DES)
- Herzschrittmacher (HSM)
- Implantierbarer Kardioverter-Defibrillator (ICD)
- Ablation
- Myokardinfarkt mit ST-Streckenhebung (STEMI)
- Myokardinfarkt ohne ST-Streckenhebung (NSTEMI)
- Chronische Koronare Herzkrankheit (KHK)

---

## Evaluation des Modellvertrages zur invasiven Kardiologie der AOK PLUS

Abschlussbericht

---

Stand: 19. Dezember 2012

## *Funktionsgerechte Wettbewerbsbedingungen*

- (1) Qualitätsstandards & Qualitätssicherungssysteme
- (2) Einheitliche Leistungen
- (3) Einheitliche Preissystematik
- (4) Einheitliche Finanzierungsregeln
- (5) Bedarfsplanung, Mengenregulierung und Zulassungsregeln

**bereits heute  
weitgehend faire  
Wettbewerbs-  
bedingungen (bis  
auf Details)**



- ▶ Wettbewerb zwischen Leistungsanbietern funktioniert hier weitgehend

## Aber Probleme:

- Anreize für KH zur Erbringung vollstationärer Fälle, da Vergütung kurzzeitstationärer Fälle z.T. deutlich höher
- Anreize zu Mengenausweitungen (additive statt substitutive ambulante OPs)
- ▶ **Überführung der ambulanten OPs in §116b SGB V (neu)** würde Vereinheitlichung der Rahmenbedingungen weiter vorantreiben
- ▶ Auch hier selektivvertragliche Regelung sinnvoll
- ▶ Vergütung durch modifizierte Fallpauschalen: Deckungsbeiträge (nicht Vergütung!) sollten mindestens auf Niveau des vollstationären Falls sein

- Durch VStG **eigenständiger Regelungsrahmen** für ASV
- Diagnostik und Behandlung von
  - 1.) seltenen Erkrankungen und Erkrankungszuständen mit entsprechend geringen Fallzahlen,
  - 2.) hochspezialisierten Leistungen sowie von
  - 3.) schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen (=Reduzierung zur vorherigen Rechtslage?)
- **Konkretisierung durch G-BA folgt** (Erkrankungen, Umfang, sächliche und personelle Anforderungen, Qualitätssicherung, ggf. Kooperationsvereinbarungen, ggf. Überweisungserfordernisse, Ergänzungen)

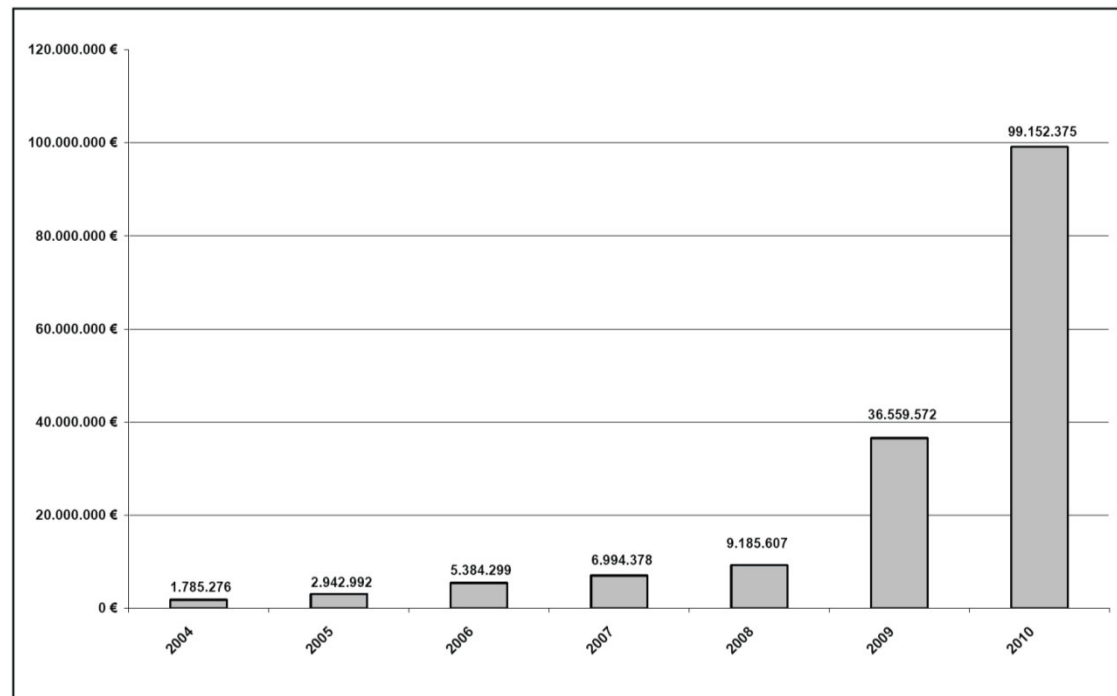
## Nur wenige, teils widersprüchliche Informationen zum Umsetzungsstand des alten §116b SGB V

- Mitte 2011: ca. 2.470 Anträge, ca. 1.200 Zulassungen,
- GKV-Ausgaben auf geringem Niveau, aber steigend
- Hinweise auf große Unterschiede in Antrags- und Bewilligungspraxis zwischen Bundesländern



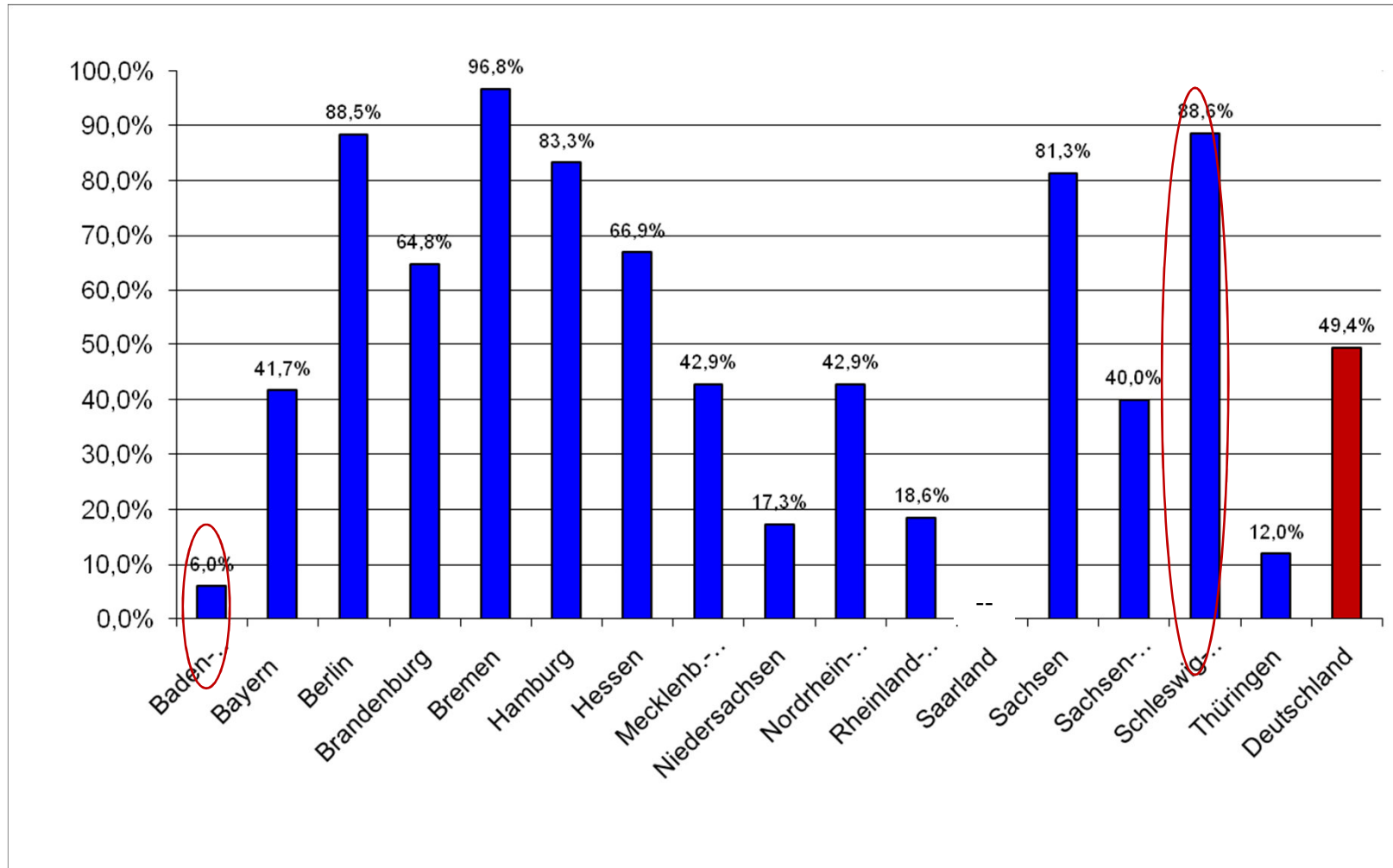
**Eigene Erhebung**

Abbildung: GKV-Ausgaben für ambulante Behandlungen im Krankenhaus nach §116b SGB V (Zeitverlauf, in Euro)



Quelle: Eigene Darstellung nach BMG 2011, KJ1-Statistik, Konto 403.

# Vergleich der §116b-Zulassungsquoten zwischen den Bundesländern



\* Unterschied zwischen den Ländern ist signifikant ( $p < 0,001$ ) gemäß H-Test nach Kruskal-Wallis.

- Wettbewerbsbedingungen weitgehend vereinheitlicht
- Bündelung medizinischer Expertise über Sektorengrenzen hinweg
- Wettbewerb zwischen KH und Niedergelassenen an Schnittstelle intensiviert

## **Aber:**

- Umfang des Bereichs sehr klein (faktisch sogar reduziert)
- keinerlei wettbewerblicher Handlungsspielraum für Krankenkassen
- Selektivvertragliche Optionen wären möglich: „Testfeld“ für übrige Versorgungsbereiche
- Langfristig: Erweiterung um ambulante Operationen (=überwiegend elektiv) und weitere Leistungen sinnvoll

1. Es bestehen Effizienzverluste durch bislang **ungenutzte Substitutions- bzw. Verlagerungspotenziale** zwischen stationärer und ambulanter Leistungserbringung.
2. Es bedarf eines **sektorenübergreifenden, einheitlichen Ordnungsrahmens**, um die Effizienzpotenziale an der Schnittstelle ambulant-stationär heben zu können.
3. Die Frage der **Trägerschaft** und **Rechtsform** ist von untergeordneter Bedeutung.
4. Die Vergütungsangleichung zwischen den Sektoren im Rahmen eines **pauschalierten Vergütungssystems** hat eine große Bedeutung.
5. Es fehlt noch an einem **wettbewerblichen Gesamtkonzept** (inkl. kartellrechtlicher Kontrolle), um ergebnisoffene Such- und Entdeckungsprozesse zu initiieren.

**Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!**