

Perspektiven einer sektorenübergreifenden Vergütung ärztlicher Leistungen

Dr. Martin Albrecht, IGES Institut

Zi-Forum „Sektorenübergreifende Vergütung – Chimäre oder bald schon Realität?“
Berlin, 12. Juni 2018

1. Hintergrund und Ziel der Studie
2. Methodisches Vorgehen und Auswahl der Fallbeispiele
3. Vergütungsunterschiede an der Sektorengrenze:
Ergebnisse
4. Ansatzpunkte für sektorenübergreifende Vergütung

1. Hintergrund und Ziel der Studie

Sektorale Vergütungsunterschiede bei sektorengleichen Behandlungsverfahren und sektorale Budgets

- ambulantes Potenzial nicht ausgeschöpft
 - im internationalen Vergleich geringer Anteil ambulanter OP → teuer
- Einfluss auf Wahl des Operationsverfahrens
 - z.B. Hernienchirurgie → medizinisch fragwürdig
- ➔ **zentrales Steuerungsdefizit (Schnittstellenproblem)**
 - SVR Gesundheit (Sondergutachten 2012)

Weitere Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Versorgung

- Hochschulambulanzen (VSG: Ermächtigungen, HHVG: Verbotsvorbehalt)
- stationsäquivalente psychiatrische Behandlungen (PsychVVG)

Forderung nach sektorenunabhängiger Vergütung für gleiche Leistungen

- z.B. Bundesfachausschuss für Gesundheit und Pflege der CDU (2016), BDPK (2017)

Darstellung und Diskussion von Vergütungsunterschieden an der Sektorengrenze

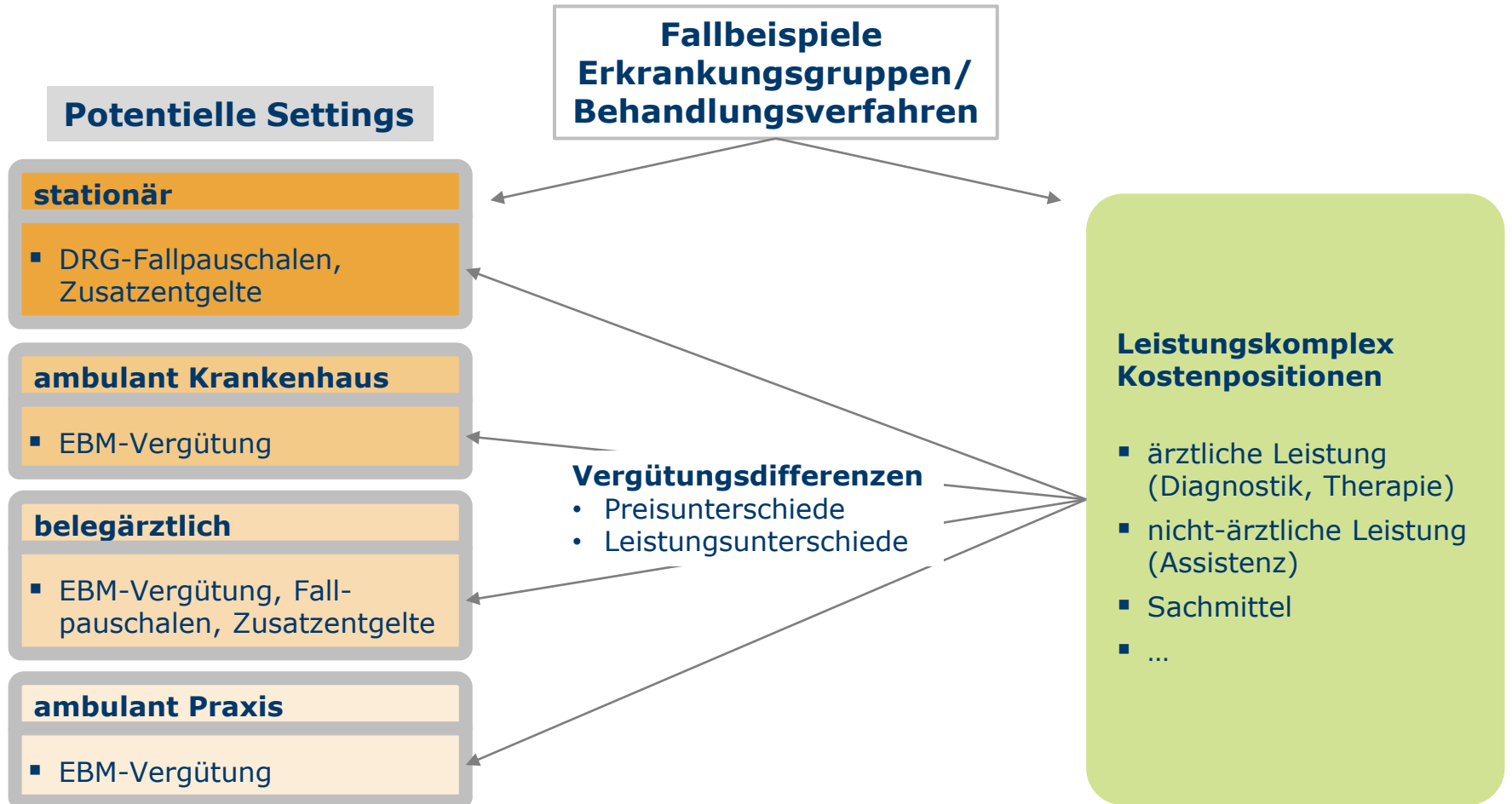
- anhand ausgewählter Fallbeispiele
- kein Anspruch auf Repräsentativität und Vollständigkeit (→ keine Hochrechnung)
- Sensibilisierung für Kostenunterschiede und Ausschöpfung des ambulanten Potenzials

Rahmenbedingungen und strukturelle Ursachen der Vergütungsunterschiede

- ökonomisch, organisatorisch-institutionell, regulatorisch

Ansatzpunkte für sektorenübergreifende Vergütung

2. Methodisches Vorgehen und Auswahl der Fallbeispiele



Kriterien für die Auswahl von Fallbeispielen

Primäres Kriterium: sektorenübergreifende Relevanz

Leistungen auf Basis **DRG-Fallpauschalen** mit

- geringer mittlere Verweildauer
- niedrigem Schweregrad (PCCL)
- ambulant-sensitive Diagnosen

Leistungen aus dem **AOP-Katalog**

- Kategorie 2

Sekundäre Kriterien

- Fokus: konservative (nicht-operative) Behandlungen
- Versorgungsrelevanz (TOP 100 Abrechnungshäufigkeit DRG)
- Spektrum verschiedener ärztlicher Fachgruppen

Ausgewählte Fallbeispiele

auf Basis von DRG-Fallpauschalen

Fallbeispiel		Fachrichtung	Fallzahl (2016)	Anteil Fallzahl insg.
D30B	Tonsillektomie	HNO	101.330	0,5%
E63B	Schlafapnoe / Poly(somno)graphie	Innere Medizin - Pulmologie	112.683	0,6%
F71B	nicht schwere kardiale Arrhythmien	Innere Medizin - Kardiologie	281.973	1,5%
G67C	gastroenterologische Erkrankungen	Innere Medizin - Gastroenterologie	495.027	2,6%
K60F	Diabetes mellitus	Innere Medizin - Diabetologie	78.606	0,4%

Quelle: IGES auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes (2017)

Ausgewählte Fallbeispiele

hinsichtlich weiterer Auswahlkriterien

Fallbeispiel		Anteil PCCL 0 & 1 Normallieger	Ø VWD* (Tage) Normallieger	Anteil Kurzlieger
D30B	Tonsillektomie	96,0%	4,4	13,1%
E63B	Schlafapnoe / Poly(somno)graphie	92,3%	2,1	44,5%
F71B	nicht schwere kardiale Arrhythmien	83,2%	3,9	30,7%
G67C	gastroenterologische Erkrankungen	85,5%	3,5	30,4%
K60F	Diabetes mellitus	87,3%	6,4	11,9%

Quelle: IGES auf Basis G-DRG-Browser 2016_2017 (InEK)

3. Vergütungsunterschiede an der Sektorengrenze: Ergebnisse

stationär

- Vergütung DRG-Katalog 2018 (BBFW = 3.467,30 €)
- Hinzurechnung KHG-Investitionsförderung
 - Investitionsbewertungsrelationen: IBR-Katalog 2017
 - Investitionsfallwert: hypothetisch für Bund auf Basis der hälftigen IBR-Bezugsgröße (= 161,47 Euro)
- Abzug der Kosten für Arznei- und Sachmittel
 - Arzneimittel: Kostenartengruppen 4a (Gemeinkosten) und 4b (Einzelkosten)
 - Sachmittel: Kostenartengruppen 5, 6a-6c (Sachkosten für Im-/Transplantate, anderen medizinischen Bedarf, von Dritten bezogene medizinische Behandlungsleistungen)

ambulant

- EBM (2018)
- Punktwert (Orientierungswert): 10,6543 Cent
- EBM-Äquivalente auf Basis der Häufigkeiten stationärer Diagnosen/Prozeduren (Fallzahlen: G-DRG-Browser 2016_2017)
- Grundpauschalen gem. Altersstruktur stationärer Behandlungsfälle

Fallbeispiel: gastroenterologische Erkrankungen – stationäre Diagnosen

Hauptdiagnosen DRG G67C		Fallzahl	Anteil
		(Normalliegender)	
A09.0	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs	44.126	13,9%
K59.0	Obstipation	44.070	13,8%
A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	37.900	11,9%
K29.1	Sonstige akute Gastritis	29.742	9,3%
K52.9	Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet	20.203	6,3%
	TOP 5 insg.	176.041	55,3%

Quelle: IGES auf Basis G-DRG-Browser 2016_2017 (InEK)

Fallbeispiel: gastroenterologische Erkrankungen – stationäre Prozeduren

Prozeduren DRG G67C		Fallzahl	Anteil
		(Normallieger)	
1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	143.668	45,1%
1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	86.903	27,3%
1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	48.376	15,2%
1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	30.144	9,5%
3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	25.000	7,9%

Quelle: IGES auf Basis G-DRG-Browser 2016_2017 (InEK)

Fallbeispiel: gastroenterologische Erkrankungen - Vergütungsvergleich

stationär (DRG)		
	1 Tag	2 Tage
DRG G67C (Haupt)	739 €	1.647 €
+ Investitionskosten	64 €	76 €
- Arzneimittelkosten	-34 €	-34 €
- Kosten für Sachmittel	-146 €	-146 €
insgesamt	623 €	1.543 €

ambulant (EBM)			
EBM-Ziffer		Punkte	Euro
13342	endokrinologische Grundpauschale (ab 60 Jahre)	217	23,12 €
13250	Zusatzpauschale fachinternistische Behandlung	157	16,73 €
13257	Zusatzpauschale Prokto-/Rektoskopie	85	9,06 €
13400	Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie	835	88,96 €
13401	Zusätzliche Leistung(en) im Zus.hang mit GOP 13400	513	54,66 €
13421	Zusatzpauschale Koloskopie	1.766	188,15 €
13422	Zusatzpauschale (Teil-) Koloskopie	1.080	115,07 €
13423	Zusätzliche Leistung(en) im Zus.hang mit GOP 13421 oder 13422	262	27,91 €
19310	Histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials	83	8,84 €
33042	Abdominelle Sonographie	157	16,73 €
insgesamt			549,23 €

Ergebnisse für alle Fallbeispiele im Überblick

DRG	Bezeichnung	Vergütung stationär		Vergütung ambulant	Verh. stat./amb.	
		1 Tag	2 Tage		1 Tag	2 Tage
D30B	Tonsillektomie					
	- Hauptabteilung	1.492 €	2.320 €		1,6*	1,4*
	- Belegabteilung	923 €	1.616 €			
E63B	Schlafapnoe / Poly(somno)graphie	640 €	1.103 €	477 €	1,3	2,3
F71B	nicht schwere kardiale Arrhythmien	646 €	1.529 €	289 €	2,2	5,3
G67C	gastroenterologische Erkrankungen	623 €	1.543 €	549 €	1,1	2,8
K60F	Diabetes mellitus	520 €	2.299 €	139 €	3,8	16,6

Quelle: IGES auf Basis der InEK-Kalkulationsgrundlagen und des EBM
* Verhältnis vollstationär/belegärztlich

4. Ansatzpunkte für sektorenübergreifende Vergütung

ökonomisch

- Kostenstrukturen: deutlich höhere Gemeinkosten im Krankenhaus (Kapazitätsvorhaltung: räumlich, personell: interdisziplinär & zeitlich)
- DRG: Zuschlagskalkulation mit Vollkostenansatz (inkl. Leerkosten), EBM: Vollkostenansatz auf Basis von Einzelleistungen mit Zeitbedarf
- Investitionskostenfinanzierung (dual vs. monistisch)

organisatorisch

- sektorale Trennung: institutionell und methodisch (InEK vs. Bewertungsausschuss/InBA)

regulatorisch

- Unterschiede budget-begrenzender Maßnahmen
- Qualitätssicherung und -förderung
- Innovationen: Erlaubnis- vs. Verbotsvorbehalt
- Kapazitätsplanung

Ansatzpunkte für sektorenübergreifende Vergütung

Ansatz	Bewertungsaspekte
ambulantes Vergütungsniveau maßgeblich	<ul style="list-style-type: none">• für <u>Kostenträger</u> höchste Einsparpotenziale• hoher finanzieller Druck auf zahlreiche <u>Krankenhäuser</u> (→ Kapazitätsabbau)• zusätzliche <u>ambulante</u> Behandlungskapazitäten?
stationäres Vergütungsniveau maßgeblich	<ul style="list-style-type: none">• für Anbieter <u>ambulanter</u> Versorgung höchste Mehrerlöspotenziale (→ Anreiz zum Kapazitätsausbau)• finanzieller Druck auf <u>Krankenhäuser</u> (zusätzliche Konkurrenz)• keine Akzeptanz bei <u>Kostenträgern</u> (Gefahr der Mengenexpansion)
sektorenübergreifendes Tarifgeberprinzip	<ul style="list-style-type: none">• Kostenstruktur des „<u>leistungsprägenden</u>“ Sektors/ Behandlungssettings maßgebend (z.B. Anteil Fallzahl mit Anpassungen im Zeitverlauf)• Nachteile „einseitiger“ Festlegungen teilweise gemindert<ul style="list-style-type: none">• <u>Kostenträger</u>: eher Ausgabenneutralität• <u>ambulant</u>: teilweise Mehrerlöspotenziale• <u>stationär</u>: Risiko mittelbarer Erlöseinbußen• ggf. unzureichende Kapazitätsausweitung zur Absorption ambulanten Potenzials

Eigenständige Vergütung für „sektorengleiche“ Leistungen?

Ausgestaltungsoptionen

- Mischpreise aus EBM-Vergütungen und DRG-Fallpauschalen
 - Bsp.: Modellprojekt der TK in Thüringen („Hybrid-DRG“) → „Übergangslösung“
- Leistungsbewertung auf Basis Kostenerhebung
 - analog DRG-Kalkulation (tatsächliche Kosten, periodische Aktualisierung)
 - Klärung: welche Kostenstrukturen welches Behandlungssettings als Referenz? (normativ oder empirisch orientierter Mischansatz?)

Anreizwirkungen eines „mittleren“ Vergütungsniveaus

- Krankenhäuser: tendenziell mehr ambulant behandelbare Fälle auch ambulant behandeln
- Vertragsärzte: tendenziell mehr Patienten im ambulanten Setting halten (anstatt Einweisung ins Krankenhaus)

Fallbeispiele

- geringe Verweildauer, niedrige Schweregrade, ambulant-sensitive Diagnosen

Hybrid-DRG

- TK-Projekt: Fokus operative Leistungen (→ AOP)

eigenständige teilstationäre DRG

- Ansatz von Beivers/Neubauer (2018)

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)

- nur ambulante Behandlung komplexer/seltener Krankheiten bzw. hochspezialisierte Leistungen → eher ungeeignet bezüglich ambulanten Potenzials in stationärer Versorgung

Vergütungsunterschiede an intersektoraler Schnittstelle ambulant/stationär

- Fokus liegt nicht auf Fehlanreizen für einzelne Anbieter von Versorgungsleistungen, sondern auf Kostenunterschieden aus gesamtwirtschaftlicher Perspektive.
- Vermeidung von Kosten, indem prinzipiell ambulant behandelbare Patienten nicht in systematisch teureren Strukturen versorgt werden (müssen).

Ergebnisse der Studie

- Höhe gegenwärtiger Vergütungsunterschiede für Fallbeispiele
- Herausforderungen für sektorenübergreifende Vergütung
 - Abgrenzung „gleicher Leistungen“
 - Grundlage(n) für einheitliche Vergütung (Referenzniveau/-setting)

IGES Institut
Dr. Martin Albrecht, Tamir Al-Abadi

www.iges.com