

Perspektiven einer sektoren- übergreifenden Vergütung ärztlicher Leistungen

Vergütungsunterschiede an der Sektorengrenze
und Ansatzpunkte zur Entwicklung sektoren-
übergreifender Vergütungsformen

STUDIEN
BERICHT

Perspektiven einer sektoren- übergreifenden Vergütung ärztlicher Leistungen

Vergütungsunterschiede an der Sektorengrenze
und Ansatzpunkte zur Entwicklung sektoren-
übergreifender Vergütungsformen

Martin Albrecht
Tamir Al-Abadi

Studie

für das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland

Berlin, Juni 2018

Autoren

Dr. Martin Albrecht
IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

Tamir Al-Abadi
Berater für Krankenhaus-Controlling, Berlin

Inhalt

1.	Hintergrund und Ziel der Studie	6
2.	Methodisches Vorgehen	8
2.1	Methodischer Ansatz	8
2.2	Kriterien für die Auswahl von Fallbeispielen	10
2.3	Auswahl der Fallbeispiele	10
2.4	Datengrundlagen und Annahmen für die Kalkulation	13
3.	Vergütungsunterschiede an der Sektorengrenze anhand ausgewählter Fallbeispiele	15
3.1	Tonsillektomie	15
3.2	Schlafapnoe und Poly(somno)graphie	19
3.3	Kardiale Arrhythmien	21
3.4	Gastroenterologische Erkrankungen	24
3.5	Diabetes mellitus	26
3.6	Vergütungsunterschiede im Überblick	29
4.	Rahmenbedingungen und strukturelle Ursachen der Vergütungsunterschiede	31
4.1	Ökonomische Aspekte	31
4.2	Institutionelle und organisatorische Aspekte	32
4.3	Regulatorische Unterschiede	34
5.	Ansatzpunkte für sektorenunabhängige Vergütungsformen	36
5.1	Vergütung nach Maßgabe eines Sektors und Tarifgeberprinzip	36
5.2	Eigenständige sektorenunabhängige Vergütungsformen	37
5.3	Abgrenzung sektorenunabhängig zu vergütender Leistungen	38
	Literatur	41
	Abbildungen	4
	Tabellen	4

Abbildungen

Abbildung 1:	Methodischer Ansatz	9
--------------	---------------------	---

Tabellen

Tabelle 1:	Ausgewählte Fallbeispiele auf Basis von DRGs	11
Tabelle 2:	Fallbeispiele hinsichtlich der Auswahlkriterien	12
Tabelle 3:	DRG D30B – häufigste Hauptdiagnosen (2016)	16
Tabelle 4:	DRG D30B – häufigste Prozeduren (2016)	16
Tabelle 5:	Kalkulation der Vergütung für DRG D30B	17
Tabelle 6:	Kalkulation der Vergütung für Tonsillektomie als belegärztliche Leistung	18
Tabelle 7:	Hypothetische Kalkulation einer Vergütung für Tonsillotomie gemäß EBM	19
Tabelle 8:	DRG E63B – häufigste Hauptdiagnosen (2016)	20
Tabelle 9:	DRG E63B – häufigste Prozeduren (2016)	20
Tabelle 10:	Kalkulation der Vergütung für DRG E63B	21
Tabelle 11:	Kalkulation der Vergütung für die Behandlung eines Schlafapnoesyndroms bzw. einer Polysomnographie gemäß EBM	21
Tabelle 12:	DRG F71B – häufigste Hauptdiagnosen (2016)	22
Tabelle 13:	DRG F71B – häufigste Prozeduren (2016)	22
Tabelle 14:	Kalkulation der Vergütung für DRG F71B	23
Tabelle 15:	Kalkulation der Vergütung für die Behandlung nicht schwerer kardialer Arrhythmien gemäß EBM	23
Tabelle 16:	DRG G67C – häufigste Hauptdiagnosen (2016)	24
Tabelle 17:	DRG G67C – häufigste Prozeduren (2016)	25
Tabelle 18:	Kalkulation der Vergütung für DRG G67C	25
Tabelle 19:	Kalkulation der Vergütung für die Behandlung gastroenterologischer Erkrankungen gemäß EBM	26
Tabelle 20:	DRG K60F – häufigste Hauptdiagnosen (2016)	27
Tabelle 21:	DRG K60F – häufigste Prozeduren (2016)	27
Tabelle 22:	Kalkulation der Vergütung für DRG K60F	28

Tabelle 23:	Kalkulation der Vergütung für die Behandlung gastroenterologischer Erkrankungen gemäß EBM	29
Tabelle 24:	Vergütungsunterschiede für ausgewählte Fallbeispiele im Überblick	30

Ausschließlich zum Zweck der besseren Lesbarkeit wird auf die geschlechtsspezifische Schreibweise verzichtet. Alle personenbezogenen Bezeichnungen sind geschlechtsneutral und beziehen sich auf Angehörige aller Geschlechter.

1. Hintergrund und Ziel der Studie

Die im internationalen Vergleich hohen stationären Fallhäufigkeiten und relativ geringen durchschnittlichen stationären Fallkosten in Deutschland deuten darauf hin, dass das ambulante Potential in der Krankenhausversorgung nur unzureichend ausgeschöpft wird. Da vergleichbare Leistungen stationär höher vergütet werden, führt dies zu einer ineffizienten Ressourcenallokation.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen verweist darauf, dass eine Verlagerung medizinischer Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich dazu beiträgt, Zielkonflikte, die bei begrenzten Ressourcen aus einer steigenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen entstehen, zu entschärfen. In seinem Sondergutachten zu den Schnittstellenproblemen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung stellt er fest, dass der Anteil ambulanter Operationen in Deutschland im internationalen Vergleich gering ist (besonders auffällig z. B. bei Leistenhernien), ohne dass dies mit Patientenpräferenzen erklärt werden kann (SVR-G 2012). Als ein wesentlicher Grund hierfür gelten höhere Vergütungen für stationäre Leistungen.

Neben Fragen zur Wirtschaftlichkeit des Mitteleinsatzes können die Vergütungsdifferenzen an der intersektoralen Grenze u. U. aber auch Therapieentscheidungen verzerren. So zeigen sich beispielsweise in der Hernienchirurgie deutliche Unterschiede in der Wahl der Operationsverfahren, die sich medizinisch kaum begründen lassen und daher auf die – im Gegensatz zu vielen anderen europäischen Ländern – größeren Vergütungsunterschiede zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zurückgeführt werden (vgl. Lorenz/Koch/Köckerling 2015).

Dass de facto Behandlungen mit gleicher Indikation sektorenspezifisch in Höhe und Systematik divergierend vergütet werden, wird als ein zentrales Steuerungsdefizit in der Versorgung gewertet. Verschärft werden die daraus resultierenden Fehlanreize durch die Sektorierung von Vergütungs- bzw. Ausgabenbudgets, die eine flexible Leistungsallokation behindert. Von wissenschaftlicher Seite wird daher eine Vereinheitlichung des Ordnungsrahmens, insbesondere des Vergütungssystems für ambulant erbringbare Klinikleistungen, aber auch der Qualitätssicherung, gefordert (vgl. z. B. Leber/Wasem 2016). Der Bundesfachausschuss Gesundheit und Pflege der CDU hat sich im Jahr 2016 dieser Forderung angeschlossen und plädiert für einheitliche Vergütungen für vergleichbare ambulante und stationäre Leistungserbringung in Form von leistungsbezogenen Behandlungspauschalen (Bundesfachausschuss 2016). Auch darüber hinaus sind Vergütungsunterschiede bei vergleichbaren Leistungen in Arztpraxen und Kliniken ein Thema der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion (vgl. Stoschek 2017; BDPK 2017, S. 9; Woratschka 2018).

Eine Angleichung der Vergütung vergleichbarer ambulanter und stationärer Leistungen gewinnt insbesondere vor dem Hintergrund an Aktualität, dass die Krankenhäuser zunehmend ambulante Behandlungsleistungen erbringen. Als ein Grund hierfür wird der Versuch von Kliniken gesehen, finanziellem Druck durch Markterweiterung zu begegnen, häufig durch das Angebot ambulanter Leistungen

in krankenhauseigenen Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) (vgl. Laschet 2017). Eine weitergehende Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung wurde auch durch jüngste gesetzgeberische Maßnahmen angestrebt, so etwa durch Ermächtigungen von Hochschulambulanzen über den Rahmen des für Forschung und Lehre nötigen Umfangs hinaus (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz), die Einführung einer Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt auch für die von den Hochschulambulanzen angewandten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG) oder die Einführung stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlungen (Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen – Psych-VVG).

Vor diesem Hintergrund ist es Ziel der vorliegenden Studie, Vergütungsunterschiede an der intersektoralen Schnittstelle ambulanter und stationärer Versorgung darzustellen und zu erläutern. Der Fokus der Betrachtung liegt dabei nicht auf möglichen Fehlanreizen, die sich hieraus für einzelne Anbieter von Versorgungsleistungen ergeben, sondern auf Kostenunterschieden aus gesamtwirtschaftlicher Perspektive. Im Vordergrund steht die Frage, in welchem Ausmaß und auf welche Weise Kosten dadurch vermieden werden können, dass prinzipiell ambulant behandelbare Fälle nicht in einem Setting versorgt werden (müssen), dass durch systematisch höhere Kosten geprägt ist.

Zu diesem Zweck werden Fallbeispiele ausgewählt, die durch Krankheitsbilder und/oder Behandlungsverfahren gekennzeichnet sind, die prinzipiell sowohl stationär als auch ambulant medizinisch versorgt werden können. Bezugspunkte für die Auswahl bilden somit sowohl sog. ambulant-sensitive Diagnosen als auch sektorengleiche¹ Behandlungsverfahren. Für die ausgewählten Fallbeispiele werden Vergütungsunterschiede aufgezeigt, die sich zwischen ambulanter und stationärer Behandlung ergeben.

Die Fallbeispiele wurden kriteriengeleitet ausgewählt, um möglichst typische Schnittstellenbereiche mit (quantitativer) Versorgungsrelevanz zu erfassen, die aber nicht den Anspruch auf Repräsentativität oder Vollständigkeit erheben. Daher wird davon abgesehen, die dargestellten Vergütungsunterschiede für Hochrechnungen von Einsparpotenzialen zu verwenden.² Gegen eine solche Hochrechnung spricht darüber hinaus, dass eine stationäre Versorgung der ausgewählten Fallbeispiele keinesfalls in allen konkreten Situationen durch eine ambulante Versorgung

¹ Gemäß der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung des G-BA sind – im Unterschied zu sektorenüberschreitenden Verfahren – unter sektorengleichen Verfahren insbesondere solche zu verstehen, „die ein Thema betreffen, bei dem die Erbringung der gleichen medizinischen Leistungen in unterschiedlichen Sektoren erfolgt“. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen bezeichnet sektorengleiche Verfahren als gleiche Behandlungen, die bei verschiedenen Patienten sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor erbracht werden können (SVR-G 2012).

² Vgl. für einen solchen Ansatz am Beispiel der Schweiz Schwendener P, Sommer P et al. (2016).

ersetzbar wäre – etwa aufgrund einer sozialen Indikation oder Erfordernissen einer interdisziplinären Versorgung. Vielmehr sollen die für die Fallbeispiele ermittelten Kostenunterschiede für das vorhandene und ohne Patientengefährdung realisierbare ambulante Potenzial an der Sektorengrenze sensibilisieren, dessen Nutzung zur Entlastung der Krankenhäuser und der Beitragszahler beitragen kann.

Die Studie beschreibt darüber hinaus die wesentlichen Rahmenbedingungen und strukturellen Ursachen der Vergütungsunterschiede, d. h. die ökonomischen und organisatorischen Einflüsse, die ihnen zugrunde liegen. Schließlich werden die Notwendigkeit und Ansatzpunkte aufgezeigt, neue sektorenübergreifende Vergütungsformen zu entwickeln, um die Verlagerungsprozesse zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu optimieren.

2. Methodisches Vorgehen

Zur Darstellung typischer Vergütungsunterschiede an der Sektorengrenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung werden zunächst die unterschiedlichen relevanten Behandlungssettings und die jeweils dazugehörigen Vergütungsformen bestimmt. Anschließend werden Kriterien für die Auswahl der Fallbeispiele festgelegt. Nach Auswahl der Fallbeispiele werden kurz die verwendeten Datengrundlagen für die Ermittlung der Vergütungsunterschiede beschrieben.

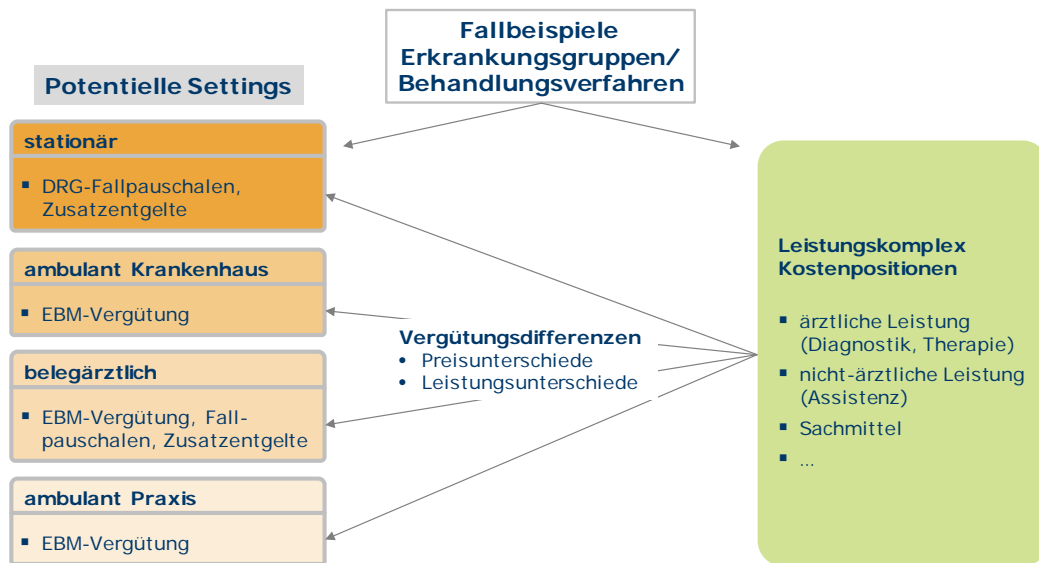
2.1 Methodischer Ansatz

Charakteristisch für die hier im Fokus stehenden Schnittstellenprobleme ist, dass für gleiche Indikationen potentiell unterschiedliche Behandlungssettings sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor in Frage kommen.

Das Spektrum möglicher Behandlungssettings, welches die Basis für die nachfolgende Auswahl von Fallbeispielen bildet, umfasst neben den beiden „Reinformen“ – der vollstationären und der vertragsärztlichen Behandlung – auch die ambulante Behandlung im und durch ein Krankenhaus sowie die belegärztliche³ Behandlung im Krankenhaus (Abbildung 1).

³ Gemäß § 121 Abs. 2 und 3 SGB V sind Belegärzte nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte, die berechtigt sind, Patienten im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel vollstationär oder teilstationär zu behandeln, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten. Die belegärztlichen Leistungen werden aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet.

Abbildung 1: Methodischer Ansatz



Quelle: IGES

Die Fallbeispiele für die nachfolgende Analyse sollen Erkrankungen bzw. Erkrankungskomplexe, aber auch bestimmte Behandlungsverfahren, abbilden, die prinzipiell in mehreren oder allen der aufgeführten Behandlungssettings behandelt bzw. erbracht werden können, und zwar ohne systematische Unterschiede in der Behandlungsqualität.

Die Vergütungsunterschiede zwischen den Behandlungssettings ergeben sich ganz wesentlich aus den unterschiedlichen Vergütungssystemen: dem DRG-Fallpauschalensystem für stationäre Behandlungen einerseits und den Vergütungen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) für vertragsärztliche Leistungen andererseits. In den beiden Systemen sind für die einzelnen Leistungsbestandteile (ärztliche Leistung, nicht-ärztliche Leistung, Sachmittel) unterschiedliche Vergütungshöhen vorgesehen. Für belegärztliche Leistungen werden EBM-Vergütungen mit (für Belegpatienten reduzierten) DRG-Fallpauschalen kombiniert.

Darüber hinaus verwenden beide Vergütungssysteme ganz unterschiedliche Leistungsdefinitionen mit der Folge, dass einer Abrechnungsposition unterschiedlich (viele) Behandlungsprozeduren zugeordnet sind bzw. dieselbe Prozedur, je nach Art der Durchführung, zu unterschiedlichen Abrechnungspositionen führen kann (vgl. auch Hahn/Mussinghoff 2017). Dies hat zur Folge, dass sich die für eine Vergütung in Frage kommenden Leistungskomplexe in ihrer Zusammensetzung zwischen den Behandlungssettings teilweise stark unterscheiden können.

2.2 Kriterien für die Auswahl von Fallbeispielen

Die Fallbeispiele wurden primär nach dem Kriterium der sektorenübergreifenden Relevanz ausgewählt. Das heißt, Voraussetzung für die Auswahl ist, dass es sich um Indikationen bzw. Leistungskomplexe handelt, die *prinzipiell* sowohl stationär als auch ambulant behandelt bzw. erbracht werden können. Damit ist keinesfalls ausgeschlossen, dass für einen Teil der durch die ausgewählten Beispiele beschriebenen Fallgruppen in konkreten Situationen nur eine vollstationäre Behandlung in Frage kommt (z. B. aufgrund sozialer Indikation).

Für die Fallbeispiele wurden Leistungen gemäß den Definitionen im DRG-System als Ausgangspunkt gewählt, die durch

- ◆ eine relativ geringe mittlere Verweildauer sowie
- ◆ einen relativ niedrigen Schweregrad (PCCL – Patient Clinical Complexity Level)

gekennzeichnet sind. Zusätzlich wurde die in der Fachliteratur verwendete Kategorie der „ambulant-sensitiven Diagnosen“⁴ als Auswahlgrundlage herangezogen.

Eine zweite Auswahlgrundlage bildeten die Leistungen des Katalogs ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärsersetzender Eingriffe gemäß § 115b SGB V (AOP-Katalog), welche unter die Kategorie 2 fallen (Leistungen, bei denen sowohl eine ambulante als auch eine stationäre Durchführung möglich ist).

Darüber hinaus wurden drei sekundäre Auswahlkriterien verwendet:

- ◆ Im Hinblick auf die Relevanz für den ambulanten Sektor wurde der Schwerpunkt auf Indikationen bzw. Leistungskomplexe gelegt, für die konservative (d. h. nicht operative) Behandlungen eine wesentliche Therapieoption darstellen.
- ◆ Die DRG-Auswahlgrundlage wurde auf versorgungsrelevante Leistungsgruppen begrenzt, d. h. auf solche, die zu den 100 der insg. rd. 1.200 DRG-Positionen zählten, die am häufigsten abgerechnet wurden.
- ◆ Schließlich soll die Auswahl verschiedene ärztliche Fachrichtungen umfassen.

2.3 Auswahl der Fallbeispiele

Auf Basis der im Vorigen erläuterten Kriterien wurden insgesamt fünf DRGs ausgewählt (Tabelle 1). Die ausgewählten DRGs bezeichnen sowohl Indikationen als auch Leistungskomplexe, die im Rahmen der nachfolgenden Analyse in den unterschiedlichen Behandlungssettings betrachtet werden, um beispielhaft Vergütungsunterschiede zu ermitteln.

⁴ Vgl. hierzu beispielsweise Albrecht/Schliwen/Loos (2014), Sundmacher et al. (2015), Albrecht/Zich (2016).

Tabelle 1: Ausgewählte Fallbeispiele auf Basis von DRGs

DRG	Bezeichnung	Fachrichtung	Fallzahl (2016)	Anteil an 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 Statistisches Bundesamt (2017), InEK (G-DRG-Browser)

Konkret bezeichnen die ausgewählten DRGs folgende Indikationen und Leistungskomplexe:

- ◆ D30B: Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne aufwändigen Eingriff, ohne komplexe Diagnose
- ◆ E63B: Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie oder Polygraphie bis 2 Belegungstage, Alter > 15 Jahre, ohne bestimmte invasive kardiologische Diagnostik
- ◆ F71B: Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, ohne kathetergestützte elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung
- ◆ G67C: Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne bestimmte oder andere komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC
- ◆ K60F: Diabetes mellitus, Alter > 10 Jahre, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ohne komplexe Diagnose

Hinsichtlich der primären Auswahlkriterien weisen alle fünf Gruppen relativ hohe Anteile von Fällen mit einem geringen Schweregrad (PCCL von 0 oder 1) auf – bezogen auf die Anzahl der „Normallieger“ betragen diese Anteile für alle ausgewählten Bereiche mehr als 80 % (Tabelle 2).

Darüber hinaus lag bei allen die mittlere Verweildauer unter dem Durchschnitt von 7,3 Tagen (2016) bzw. – mit Ausnahme von K60F (Diabetes mellitus) – auch unterhalb der mittleren Verweildauer der Normallieger (6,3 Tage).

Der Anteil der sog. Unter- bzw. Kurzlieger, also von Behandlungsfällen mit Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer (jeweils 2 Tage), lag zwischen rd. 12 % und rd. 45 %. Er lag für Tonsillektomie- und Diabetes-Patienten zwischen 10 % und 15 %, für Fälle mit nicht schweren kardialen Arrhythmien und gastroenterologischen Erkrankungen jeweils etwas über 30 %. Unter den Fällen mit Schlafapnoe bzw. Poly(somno)graphie war der Anteil der Kurzlieger mit rd. 45 % am höchsten.

Tabelle 2: Fallbeispiele hinsichtlich der Auswahlkriterien

DRG	Bezeichnung	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 Statistisches Bundesamt (2017), InEK (G-DRG-Browser)

Anmerkung: PCCL = Patient Clinical Complexity Level

Ø VWD = mittlere Verweildauer

Bis auf die kardialen Arrhythmien (F71B) umfassen alle ausgewählten Bereiche zudem Diagnosen, die zu den als ambulant-sensitiv eingestuften Diagnosen zählen (vgl. Sundmacher et al. 2015):

- ◆ zur DRG D30B: HNO-Infektionen (ICD-10: J35)
- ◆ zur DRG E63B: Schlafstörungen (ICD-10: G47)
- ◆ zur DRG G67C: Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darms (ICD-10: K59.0) sowie infektiöse Darmkrankheiten (ICD-10: A09)
- ◆ zur DRG K60F: Diabetes mellitus (ICD-10: E10 und E11)

Die Auswahl verdeutlicht, dass insbesondere der Bereich der Inneren Medizin nicht-operative Behandlungsverfahren umfasst, die angesichts ihrer durchschnittlichen Verweildauer und Fallschwere prinzipiell sowohl für ein ambulantes als auch für ein stationäres Behandlungssetting in Frage kommen. Die Auswahl der Fallbeispiele deckt darüber hinaus unterschiedliche Subdisziplinen der Inneren Medizin ab und damit entsprechend verschiedene ärztliche Fachrichtungen (Pulmologie, Kardiologie, Gastroenterologie, Diabetologie).

Als operatives Verfahren wurde die Tonsillektomie ausgewählt, die sowohl vollstationär als auch als belegärztliche Leistung im Krankenhaus durchgeführt werden kann. Die Tonsillektomie repräsentiert die Fachrichtung Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (HNO) und damit wiederum ein Beispiel für ein chirurgisches Fach.

Die Versorgungsrelevanz der ausgewählten Indikationen bzw. Leistungskomplexe zeigt sich in der stationären Versorgung an überdurchschnittlich hohen Fallanteilen. Bezogen auf das Jahr 2016 hätte bei vollkommener Gleichverteilung jede der 1.213 abgerechneten DRGs einen Fallanteil von 0,08 %. Für die 100 DRGs mit der höchsten Abrechnungshäufigkeit betragen die Fallanteile $\geq 0,25$ %. Alle hier ausgewählten Fallbeispiele kamen in der stationären Versorgung auf einen Fallanteil von jeweils mindestens 0,4 %.

2.4 Datengrundlagen und Annahmen für die Kalkulation

Die Vergütungen der ausgewählten Indikationen bzw. Leistungskomplexe im stationären Sektor werden auf Basis des **DRG-Katalogs 2018** berechnet, d. h., die Bewertungsrelation der jeweiligen DRG wird auf einen Bundesbasisfallwert von 3.467,30 Euro angewendet. Dabei werden nur kurzstationäre Fälle mit einer Verweildauer von einem Tag (mit keiner oder einer Übernachtung im Krankenhaus) oder zwei Tagen (mit zwei Übernachtungen im Krankenhaus) betrachtet.

Zu den so ermittelten Erlösen aus der vollstationären Versorgung werden noch Mittel aus der **KHG-Investitionsförderung** für Krankenhäuser anteilig hinzugerechnet. Gemäß den Grundsätzen der dualen Finanzierung von Krankenhäusern gehen Investitionskosten nicht in die Kalkulation der Vergütung ein, stattdessen sind diese durch steuerfinanzierte Förderung der Bundesländer zu decken.⁵

Eine DRG-spezifische Zurechnung ist auf Basis der vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) seit dem Jahr 2014 ermittelten Investitionsbewertungsrelationen möglich. Für die nachfolgenden Berechnungen wird der Katalog der Investitionsbewertungsrelationen (IBR) zur G-DRG-Version 2017 des InEK verwendet. Während diese Bewertungsrelationen bundeseinheitlich festgelegt werden, wird ein dazugehöriger Investitionspreis in Form eines landesindividuellen Investitionsfallwerts durch die Bundesländer festgelegt. Hierzu sind die Bundesländer jedoch nicht verpflichtet, sie können für ihre KHG-Förderung auch andere Bemessungs- und Zuteilungsregeln anwenden. Bislang verwenden lediglich Berlin und Hessen die Investitionsbewertungsrelationen für die Verteilung ihrer KHG-Fördermittel, wobei sich der Investitionsfallwert jeweils aus den für die Investitionsförderung bestimmten Haushaltsmitteln ergibt.

⁵ In der ambulanten (vertragsärztlichen) Versorgung existiert hingegen keine explizite Finanzierung von Investitionsaufwand, dieser ist aus den regulären Leistungsvergütungen zu decken. Das heißt, die Vergütungen gemäß EBM enthalten (implizit) auch Finanzierungsanteile für Investitionen.

Für die nachfolgenden Berechnungen bilden die mittleren Investitionskosten je Fall den Ausgangspunkt, welche das InEK jährlich berechnet (IBR-Bezugsgröße). Gemäß dem Abschlussbericht IBR für das Jahr 2017 betragen diese 322,93 Euro. Auf der Grundlage der IBR-Bezugsgröße gelangen Schätzungen zu Investitionskosten bzw. einem bestandserhaltenden Investitionsbedarf in Höhe von rd. 6 Mrd. Euro (vgl. z. B. Draheim/Beeck 2015). Nach vorläufigen Angaben⁶ belief sich die tatsächliche KHG-Investitionsförderung der Bundesländer im Jahr 2017 auf knapp 3,1 Mrd. Euro. Vereinfachend wird daher im Folgenden davon unterstellt, dass Fördermittel in Höhe der Hälfte des Investitionsbedarfs gezahlt werden. Entsprechend werden die DRG-spezifischen Investitionsbewertungsrelationen mit einem (fiktiven) Investitionsfallwert in Höhe von 50 % der IBR-Bezugsgröße (161,47 Euro) bewertet.

Im Gegensatz zur Vergütung ambulanter Leistungen enthalten die DRG-Vergütungen Anteile zur Deckung von **Kosten für Arzneimittel und Sachmittel**. Diese sind für den Vergütungsvergleich zwischen DRG und EBM abzuziehen. Arzneimittelkosten finden in der vertragsärztlichen Vergütung gemäß dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) keine Berücksichtigung. Sachkosten werden nur in wenigen Fällen im EBM berücksichtigt und meist anderweitig gedeckt (z. B. im Rahmen von Verordnungen von Hilfsmitteln oder Sprechstundenbedarf). Daher werden im Folgenden die DRG-Erlöse jeweils um die Sachkosten für Arzneimittel der Kostenartengruppen 4a (Gemeinkosten) und 4b (Einzelkosten) gemindert sowie um die Kostenartengruppen 5 (Sachkosten für Implantate und Transplantate), 6a (Sachkosten des medizinischen Bedarfs (ohne Arzneimittel, Implantate, Transplantate)), 6b (Sachkosten des medizinischen Bedarfs (Einzelkosten; ohne Arzneimittel, Implantate und Transplantate)) und 6c (Sachkosten für von Dritten bezogene medizinische Behandlungsleistungen).

Für die Kalkulation wurden hierfür die jeweiligen Anteile der Arznei- und Sachmittelkosten der Kostenartengruppen 4a, 4b, 5, 6a, 6b und 6c aufsummiert und durch die Gesamtkosten der DRG dividiert. Mit dem resultierenden Anteilswert wurden die Normalliegender-Erlöse multipliziert und das Ergebnis von den Erlösen der DRG abgezogen, und zwar sowohl für die Fälle über der unteren Grenzverweildauer (Normalliegender) als auch in gleicher Höhe für die Fälle mit einer Verweildauer bis zur unteren Grenzverweildauer. Es ist zwar davon auszugehen, dass Fälle mit einer kürzeren Verweildauer weniger Kosten im Bereich der Arznei- und Sachmittelkosten verursachen, das Ausmaß lässt sich aber empirisch auf der öffentlichen Datenbasis nicht valide abschätzen. Hinsichtlich der Unter- bzw. Kurzliegender wurden daher tendenziell zu hohe Kostenbeträge für den Vergütungsvergleich abgezogen.

Grundlage der Ermittlung der Vergütung für die ambulante Versorgung bildet der **EBM** für das Jahr 2018. Der für die Kalkulation verwendete Punktwert (Orientierungswert) beträgt damit 10,6543 Cent. Während bei den DRG-Vergütungen die Erlöse pauschaliert und damit unabhängig davon sind, welche konkreten Diagnosen und Prozeduren im Rahmen der Abrechnungs-Fallgruppe erbracht wurden, ist

⁶ Vgl. Bundestag Drucksache 19/702, Tab. 5.

für den ambulanten Sektor festzulegen, welche konkreten Leistungen bzw. Prozeduren und damit welche Gebührenordnungspositionen (EBM-Ziffern) typischerweise relevant sind, wenn Fälle, die den ausgewählten DRG zugordnet werden könnten, ambulant behandelt werden.

Für die Auswahl der den DRGs gegenüber zu stellenden EBM-Positionen wurde zweistufig vorgegangen: Zunächst wurde anhand der Daten des DRG-Browsers ermittelt, welche Diagnosen und welche Prozeduren für die ausgewählten DRGs mit der größten Häufigkeit dokumentiert und abgerechnet wurden. Damit lassen sich die Behandlungsfälle näher charakterisieren, die typischerweise einer Abrechnung der jeweiligen DRG zugrunde liegen. Der Auswahl von EBM-Äquivalenten für den Vergleich liegen datengestützte Experteneinschätzungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zugrunde. Hierzu wurden im zweiten Schritt für die häufigsten Diagnosen der jeweiligen DRGs die in den vertragsärztlichen Abrechnungsdaten (Stand: 2. Quartal 2017) abgebildeten Leistungsketten betrachtet, innerhalb dieser die am häufigsten abgerechneten EBM-Ziffern herausgearbeitet und nach medizinischer Plausibilität geprüft. Der Fokus lag hierbei auf der Primärbehandlung, daher wurden hausärztliche sowie pädiatrische Ziffern nicht einbezogen.

Für die Zurechnung der nach Altersgruppen differenzierten Grundpauschalen im EBM wurde die Altersstruktur der Behandlungsfälle anhand der Daten des DRG-Browsers bestimmt und die Fallanteile entsprechend den im EBM verwendeten Altersgrenzen aggregiert. Die Grundpauschalen wurden auf dieser Basis entsprechend anteilig zugerechnet.

3. Vergütungsunterschiede an der Sektorengrenze anhand ausgewählter Fallbeispiele

Im Folgenden werden die Ergebnisse für die fünf ausgewählten Fallbeispiele dargestellt. Ausgangspunkt bildet die jeweilige DRG. Für diese wird jeweils aufgezeigt, welche Hauptdiagnosen und auf welche Prozeduren im Jahr 2016 die größten Fallanteile hatten. Anhand dieser Informationen lassen sich die stationären Behandlungsfälle in der jeweiligen Erkrankungsgruppe typisieren. Anschließend wird der DRG-Erlös (abzüglich Kosten für Arznei und Sachmittel sowie zuzüglich Investitionskosten gemäß beschriebener Kalkulationsmethode) ermittelt. Im nächsten Schritt werden die jeweils zugeordneten Gebührenordnungspositionen des EBM für äquivalente Fälle mit ambulanter Behandlung aufgeführt und bewertet. Für das Fallbeispiel Tonsillektomie wird als eine Variante die Vergütung bei Behandlungen durch Belegärzte ermittelt. Im Ergebnis werden für jedes Fallbeispiel zwei Vergütungshöhen ermittelt, die abschließend miteinander verglichen werden.

3.1 Tonsillektomie

Die DRG D30B (Tonsillektomie) wurde im Jahr 2016 für 54.035 Fälle (Normallieger) abgerechnet. Die am häufigsten dokumentierte Hauptdiagnose war die chronische

Tonsillitis (rd. 45 % aller Fälle), gefolgt vom Peritonsillarabszess (knapp 20 %) und verschiedenen Formen der Hyperplasie. Zusammen hatten die häufigsten fünf Hauptdiagnosen einen Fallanteil von rd. 87 % an den Normalliegern (Tabelle 3).

Tabelle 3: DRG D30B – häufigste Hauptdiagnosen (2016)

Hauptdiagnose		Fallzahl (Normallieger)	Anteil an Fallzahl insg.
J35.0	Chronische Tonsillitis	24.513	45,4%
J36	Peritonsillarabszess	10.466	19,4%
J35.3	Hyperplasie der Gaumenmandeln mit Hyperplasie der Rachenmandel	7.336	13,6%
J35.1	Hyperplasie der Gaumenmandeln	3.922	7,3%
J35.2	Hyperplasie der Rachenmandel	984	1,8%
TOP 5 insg.		47.221	87,4%

Quelle: IGES auf Basis G-DRG-Browser

Unter den dokumentierten Prozeduren dominieren verschiedene Formen der Tonsillektomie sowie (im Fall der Rachenmandeln) die Adenotomie und die Parazentese (Tabelle 4). Damit ist das Diagnose- und Leistungsspektrum der tatsächlich über die DRG D30B abgerechneten Fälle relativ klar typisierbar.

Tabelle 4: DRG D30B – häufigste Prozeduren (2016)

OPS		Fallzahl (Normallieger)	Anteil an Fallzahl insg.
5-281.0	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Mit Dissektionstechnik	23.884	44,2%
5-281.5	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Partiell, transoral	9.911	18,3%
5-285.0	Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Primäreingriff	8.122	15,0%
5-281.1	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Abszess tonsillektomie	6.158	11,4%
5-200.4	Parazentese [Myringotomie]: Ohne Legen einer Paukendrainage	5.407	10,0%

Quelle: IGES auf Basis G-DRG-Browser

Als pauschale Vergütung für die unter der DRG D30B stationär erbrachten Behandlungsfälle ergibt sich – unter Berücksichtigung der Investitionskosten und nach Abzug der Arzneimittel- und Sachkosten – ein Betrag in Höhe von 1.492 Euro bei einer

Verweildauer von einem Tag und in Höhe von 2.320 Euro bei einer Verweildauer von zwei Tagen (Tabelle 5).

Tabelle 5: Kalkulation der Vergütung für DRG D30B

	Verweildauer	
	1 Tag	2 Tage
DRG D30B (Hauptabteilung)	1.661 €	2.479 €
+ Investitionskosten (kalkulatorisch)	67 €	77 €
- Arzneimittelkosten	-42 €	-42 €
- Sachkosten	-194 €	-194 €
insgesamt	1.492 €	2.320 €

Quelle: IGES auf Basis der InEK-Kalkulationsgrundlagen

Wird die Tonsillektomie belegärztlich durchgeführt, sind entsprechend reduzierte DRG-Fallpauschalen für die Vergütung des Krankenhauses anzusetzen, während sich die Vergütung der ärztlichen Leistung nach Anhang 2 des EBM bemisst (Zuordnung der operativen Prozeduren zu den Leistungen des Kapitels 36 – belegärztliche Operationen). Hieraus ergeben sich Beträge von 923 Euro bei einem Tag Verweildauer und 1.616 Euro bei zwei Tagen (Tabelle 7).

Tabelle 6: Kalkulation der Vergütung für Tonsillektomie als belegärztliche Leistung

Krankenhaus (DRG)	VWD 1 Tag	VWD 2 Tage
D30B (Belegabteilung)	891 €	1.574 €
+ Investitionskosten (kalkulatorisch)	67 €	77 €
– Arzneimittelkosten	-31 €	-31 €
– Sachkosten	-185 €	-185 €
Belegarzt (EBM)		
36232: Eingriffe der HNO-Chirurgie der Kategorie N2 (45 min)	93,44 €	
36503: Postoperative Überwachung im Anschluss an GOP 36232	6,39 €	
36822: Anästhesie und/oder Narkose bei Durchführung von Leistungen entsprechend GOP 36232	80,65 €	
insgesamt	923 €	1.616 €

Quelle: IGES auf Basis der InEK-Kalkulationsgrundlagen und des EBM

Die ambulante Durchführung von Tonsillektomien außerhalb von Krankenhäusern wird u. a. wegen möglicher Komplikationsrisiken (Nachblutungen) nicht regelhaft in Erwägung gezogen. Weniger kritisch erscheint dagegen die ambulante Durchführung von partiellen Tonsillektomien (Tonsillotomien).⁷

Für eine stationäre Durchführung der Tonsillotomie richtet sich die Vergütung ebenfalls nach der DRG D30B. Unter der Annahme, die Tonsillotomie wäre regelhaft im vertragsärztlichen Bereich durchführbar, ergäbe sich die Vergütung ebenfalls aus Anhang 2 Abschnitt 2.10 des EBM, in dem die Prozeduren von Operationen an Mundhöhle und Gesicht den Leistungen des EBM-Kapitels 31 (ambulante Operationen) zugeordnet werden. Die Leistungen der Tonsillotomie wären gegenwärtig, analog zur stationären Vergütung, gemäß den GOP zu vergüten, die den OPS für die Tonsillektomie zugeordnet werden. Hieraus ergibt sich zuzüglich der

⁷ Tonsillotomien sind im vertragsärztlichen Bereich derzeit nicht als Regelleistung erstattungsfähig, werden aber von einigen Krankenkassen im Rahmen von Selektivverträgen angeboten und Versicherten empfohlen (vgl. z. B. <https://www.hkk.de/leistungen-und-services/hkk-leistungen/alle-leistungen-von-a-z/laserteilentfernung-der-mandeln>). Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) kommt zu dem Ergebnis, dass sich für die patientenrelevanten Endpunkte postoperative Blutungen, Krankenhausaufenthaltsdauer und (erneute) Hospitalisierung, gesundheitsbezogene Lebensqualität und sonstige erwünschte Wirkungen der Therapie kein Anhaltspunkt für einen höheren oder geringeren Nutzen oder Schaden zwischen Tonsillektomie und Tonsillotomie findet (IQWiG 2017).

HNO-Grundpauschale (gewichtet nach der Altersstruktur der DRG-Fälle) insgesamt eine Vergütungshöhe von rd. 405 Euro (Tabelle 6).

Tabelle 7: Hypothetische Kalkulation einer Vergütung für Tonsillotomie gemäß EBM

EBM-Ziffer		Punkte	Euro
09210	HNO-Grundpauschale (< 6 Jahre)	240	25,57 €
09211	HNO-Grundpauschale (6 bis < 60 Jahre)	198	21,10 €
09212	HNO-Grundpauschale (ab 60 Jahre)	205	21,84 €
	HNO-Grundpauschale (altersgewichtet)	206	21,98 €
31232	Eingriffe der HNO-Chirurgie der Kategorie N2 (45 min)	1.593	169,72 €
31503	Postoperative Überwachung im Anschluss an GOP 31232	513	54,66 €
31659	Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung entsprechend GOP 31232 (Erbringung durch den Operateur)	230	24,50 €
31822	Anästhesie und/oder Narkose bei Durchführung von Leistungen entsprechend GOP 31232	1.257	133,92 €
	insgesamt		404,78 €

Quelle: IGES auf Basis des EBM

3.2 Schlafapnoe und Poly(somno)graphie

Die DRG E63B (Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie/Polygraphie) wurde im Jahr 2016 für 58.640 Fälle (Normallieger) abgerechnet. Die am häufigsten dokumentierte Hauptdiagnose war das obstruktive Schlafapnoe-Syndrom (rd. 74 % aller Fälle), während die nachfolgenden Hauptdiagnosen nur relativ geringe Fallanteile hatten. Zusammen hatten die häufigsten fünf Hauptdiagnosen einen Fallanteil von rd. 85 % (Tabelle 8).

Tabelle 8: DRG E63B – häufigste Hauptdiagnosen (2016)

Hauptdiagnose		Fallzahl (Normallieger)	Anteil an Fallzahl insg.
G47.31	Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom	43.314	73,9%
G47.38	Sonstige Schlafapnoe	3.085	5,3%
G47.30	Zentrales Schlafapnoe-Syndrom	1.326	2,3%
G47.0	Ein- und Durchschlafstörungen	1.165	2,0%
R06.5	Mundatmung	997	1,7%
TOP 5 insg.		49.887	85,1%

Quelle: IGES auf Basis G-DRG-Browser

Bei knapp 94 % und damit fast allen Normallieger-Fällen mit Abrechnung der DRG E63B wurde eine kardiorespiratorische Polysomnographie durchgeführt (Tabelle 9). Bei knapp zwei Dritteln der Fälle wurde die Ersteinstellung einer (oro)nasalen Überdrucktherapie vorgenommen. Bei rund einem Viertel der Behandlungsfälle wurde eine Ganzkörperplethysmographie durchgeführt.

Tabelle 9: DRG E63B – häufigste Prozeduren (2016)

OPS		Fallzahl (Normallieger)	Anteil an Fallzahl insg.
1-790	Kardiorespiratorische Polysomnographie	54.860	93,6%
8-717.0	Einstellung einer nasalen oder oronasalen Überdrucktherapie bei schlafbezogenen Atemstörungen: Ersteinstellung	37.434	63,8%
1-710	Ganzkörperplethysmographie	15.823	27,0%
1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	6.884	11,7%
8-717.1	Einstellung einer nasalen oder oronasalen Überdrucktherapie bei schlafbezogenen Atemstörungen: Kontrolle oder Optimierung einer früher eingeleiteten nasalen oder oronasalen Überdrucktherapie	6.328	10,8%

Quelle: IGES auf Basis G-DRG-Browser

Als pauschale Vergütung für die unter der DRG E63B stationär erbrachten Behandlungsfälle ergibt sich – unter Berücksichtigung der Investitionskosten und nach Abzug der Kosten für Arznei- und Sachmittel – ein Betrag in Höhe von 640 Euro bei einer Verweildauer von einem Tag und in Höhe von 1.103 Euro bei einer Verweildauer von zwei Tagen (Tabelle 10).

Tabelle 10: Kalkulation der Vergütung für DRG E63B

	Verweildauer	
	1 Tag	2 Tage
DRG E63B	659 €	1.110 €
+ Investitionskosten (kalkulatorisch)	55 €	67 €
– Arzneimittelkosten	-9 €	-9 €
– Sachkosten	-65 €	-65 €
insgesamt	640 €	1.103 €

Quelle: IGES auf Basis der InEK-Kalkulationsgrundlagen

Für die Kalkulation der Vergütung einer ambulanten bzw. vertragsärztlichen Behandlung eines Schlafapnoesyndroms bzw. einer Polysomnographie nach dem EBM wurden folgende Positionen einbezogen: neben der pneumologischen Grundpauschale (gewichtet nach der Altersstruktur der DRG-Fälle) eine pneumologisch-diagnostische Zusatzpauschale, die GOP für die kardiorespiratorische Polysomnographie bzw. Polygraphie sowie eine Laborkostenpauschale. Hieraus ergibt sich insgesamt eine Vergütungshöhe von rd. 477 Euro (Tabelle 11).

Tabelle 11: Kalkulation der Vergütung für die Behandlung eines Schlafapnoesyndroms bzw. einer Polysomnographie gemäß EBM

EBM-Ziffer		Punkte	Euro
13641	pneumologische Grundpauschale (6 bis < 60 Jahre)	202	21,52 €
13642	pneumologische Grundpauschale (ab 60 Jahre)	210	22,37 €
	pneumologische Grundpauschale (altersgewichtet)	206	21,92 €
13650	Zusatzpauschale Pneumologisch-Diagnostischer Komplex	377	40,17 €
30901	Kardiorespiratorische Polysomnographie	3.165	337,21 €
30900	Kardiorespiratorische Polygraphie	589	62,75 €
Kap. 32	Laborkostenpauschale		15,00 €
	insgesamt		477,05 €

Quelle: IGES auf Basis des EBM

3.3 Kardiale Arrhythmien

Die DRG F71B (nicht schwere kardiale Arrhythmien) wurde im Jahr 2016 für 174.949 Fälle (Normalliegender) abgerechnet. Die am häufigsten dokumentierte Hauptdiagnose war das anfallartige Vorhofflimmern (rd. 40 % aller Fälle), gefolgt vom persistierenden Vorhofflimmern (knapp 20 %) und weiteren Formen von

Herzrhythmusstörungen. Zusammen hatten die häufigsten fünf Hauptdiagnosen einen Fallanteil von rd. 76 % (Tabelle 12).

Tabelle 12: DRG F71B – häufigste Hauptdiagnosen (2016)

Hauptdiagnose		Fallzahl (Normalliegender)	Anteil an Fallzahl insg.
I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	69.200	39,6%
I48.1	Vorhofflimmern, persistierend	34.416	19,7%
I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie	12.889	7,4%
I48.2	Vorhofflimmern, permanent	8.763	5,0%
I48.3	Vorhofflattern, typisch	8.363	4,8%
TOP 5 insg.		133.631	76,4%

Quelle: IGES auf Basis G-DRG-Browser

Zu den am häufigsten dokumentierten Prozeduren zählt sowohl eine interventio-
nelle (Defibrillation, Anteil knapp 30 %) als auch diagnostische (Echokardiographie,
Monitoring, Telemetrie u.a.) (Tabelle 13).

Tabelle 13: DRG F71B – häufigste Prozeduren (2016)

OPS		Fallzahl (Normalliegender)	Anteil an Fallzahl insg.
8-640.0	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)	52.381	29,9%
3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	50.903	29,1%
8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	38.184	21,8%
8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	24.601	14,1%
1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	7.487	4,3%

Quelle: IGES auf Basis G-DRG-Browser

Als pauschale Vergütung für die unter der DRG F71B stationär erbrachten Behand-
lungsfälle ergibt sich – unter Berücksichtigung der Investitionskosten und nach Ab-
zug der Kosten für Arznei- und Sachmittel – ein Betrag in Höhe von 646 Euro bei
einer Verweildauer von einem Tag und in Höhe von 1.529 Euro bei einer Verweil-
dauer von zwei Tagen (Tabelle 14).

Tabelle 14: Kalkulation der Vergütung für DRG F71B

	Verweildauer	
	1 Tag	2 Tage
DRG DF71B	711 €	1.581 €
+ Investitionskosten (kalkulatorisch)	55 €	68 €
- Arzneimittelkosten	-28 €	-28 €
- Sachkosten	-92 €	-92 €
Insgesamt	646 €	1.529 €

Quelle: IGES auf Basis der InEK-Kalkulationsgrundlagen

Für die Kalkulation der Vergütung einer ambulanten bzw. vertragsärztlichen Behandlung nicht schwerer kardialer Arrhythmien nach dem EBM wurden folgende Positionen einbezogen: neben der kardiologischen Grundpauschale (gewichtet nach der Altersstruktur der DRG-Fälle) kardiologische Zusatzpauschalen, die GOP für eine sonographische Untersuchung der extrakraniellen Gefäße (zzgl. Zuschlag für Farbcodierung) sowie eine Laborkostenpauschale. Hieraus ergibt sich insgesamt eine Vergütungshöhe von ca. 289 Euro (Tabelle 15).

Tabelle 15: Kalkulation der Vergütung für die Behandlung nicht schwerer kardialer Arrhythmien gemäß EBM

EBM-Ziffer		Punkte	Euro
13541	kardiologische Grundpauschale (6 bis < 60 Jahre)	207	22,05 €
13542	kardiologische Grundpauschale (ab 60 Jahre)	214	22,80 €
	kardiologische Grundpauschale (altersgewichtet)	213	22,69 €
13545	Zusatzpauschale Kardiologie I	679	72,34 €
13550	Zusatzpauschale Kardiologie II	831	88,54 €
33023	Zuschlag zu GOP 13545 und 13550 bei transösophagealer Durchführung	377	40,17 €
33070	Sonographische Untersuchung der extrakraniellen hirnersorgenden Gefäße mittels Duplex-Verfahren	410	43,68 €
33075	Zuschlag zur GOP 33070 für Durchführung als farbcodierte Untersuchung	62	6,61 €
Kap. 32	Laborkostenpauschale		15,00 €
	insgesamt		289,03 €

Quelle: IGES auf Basis des EBM

3.4 Gastroenterologische Erkrankungen

Die DRG G67C (gastroenterologische Erkrankungen) wurde im Jahr 2016 für 318.498 Fälle (Normalliegender) abgerechnet. Im Unterschied zu den bisherigen Fallbeispielen ist das Spektrum der Hauptdiagnosen heterogener. So hatte die häufigste Hauptdiagnose (Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs) lediglich einen Fallanteil in Höhe von knapp 14 %, gefolgt von der Obstipation mit einem ähnlich hohen Fallanteil. Zusammen hatten die häufigsten fünf Hauptdiagnosen einen Fallanteil von rd. 55 % (Tabelle 16).

Tabelle 16: DRG G67C – häufigste Hauptdiagnosen (2016)

Hauptdiagnose		Fallzahl (Normalliegender)	Anteil an Fallzahl insg.
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

Unter den dokumentierten Prozeduren dominieren diagnostische Maßnahmen bzw. Biopsien. Bei knapp der Hälfte aller Fälle mit gastroenterologischen Erkrankungen, für welche die DRG G67C abgerechnet wurde, wurde eine diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie durchgeführt, bei etwas mehr als einem Viertel eine endoskopische Biopsie am oberen Verdauungstrakt (Tabelle 17).

Tabelle 17: DRG G67C – häufigste Prozeduren (2016)

OPS		Fallzahl (Normallieger)	Anteil an Fallzahl insg.
1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	143.668	45,1%
1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungs- trakt, 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 Verdauungs- trakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	30.144	9,5%
3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kon- trastmittel	25.000	7,9%

Quelle: IGES auf Basis G-DRG-Browser

Als pauschale Vergütung für die unter der DRG G67C stationär erbrachten Behandlungsfälle ergibt sich – unter Berücksichtigung der Investitionskosten und nach Abzug der Kosten für Arznei- und Sachmittel – ein Betrag in Höhe von 623 Euro bei einer Verweildauer von einem Tag und in Höhe von 1.543 Euro bei einer Verweildauer von zwei Tagen (Tabelle 18).

Tabelle 18: Kalkulation der Vergütung für DRG G67C

	Verweildauer	
	1 Tag	2 Tage
DRG G67C	739 €	1.647 €
+ Investitionskosten (kalkulatorisch)	64 €	76 €
– Arzneimittelkosten	-34 €	-34 €
– Sachkosten	-146 €	-146 €
insgesamt	623 €	1.543 €

Quelle: IGES auf Basis der InEK-Kalkulationsgrundlagen

Für die Kalkulation der Vergütung einer ambulanten bzw. vertragsärztlichen Behandlung gastroenterologischer Erkrankungen, die mit dem durch die DRG G67C verbundenen Leistungsspektrum vergleichbar ist, gemäß EBM wurden folgende Positionen einbezogen: neben der endokrinologischen Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres mehrere Zusatzpauschalen (u. a. für Prokto- oder Rektoskopie sowie Koloskopie), GOP für teilweise damit verbundene zusätzliche Leistungen, eine GOP für histologische/zytologische Untersuchungen sowie

für die abdominelle Sonographie. Hieraus ergibt sich insgesamt eine Vergütungshöhe von knapp 550 Euro (Tabelle 19).

Tabelle 19: Kalkulation der Vergütung für die Behandlung gastroenterologischer Erkrankungen gemäß 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 Zusammenhang 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 Zusammenhang 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 €

Quelle: IGES auf Basis des EBM

3.5 Diabetes mellitus

Die DRG K60F (Diabetes mellitus ohne schwere/multiple Komplikationen/Komorbiditäten) wurde im Jahr 2016 für 72.382 Fälle (Normallieger) abgerechnet. Unter den fünf häufigsten Hauptdiagnosen dominierte der als entgleist bezeichnete Diabetes mellitus vom Typ 2 und Typ 1 mit rd. 78 % aller Normallieger-Fälle. Hinzu kam das diabetische Fußsyndrom. Zusammen hatten die häufigsten fünf Hauptdiagnosen einen Fallanteil von 87 % (Tabelle 16).

Tabelle 20: DRG K60F – häufigste Hauptdiagnosen (2016)

Hauptdiagnose		Fallzahl (Normallieger)	Anteil an Fallzahl insg.
E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	27.597	38,1%
E11.61	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	17.123	23,7%
E10.91	Diabetes mellitus, Typ 1: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	7.843	10,8%
E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	6.301	8,7%
E10.61	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	4.079	5,6%
TOP 5 insg.		62.943	87,0%

Quelle: IGES auf Basis G-DRG-Browser

Das Prozedurenspektrum gestaltet sich bei den Diabetes-Fällen mit Abrechnung der DRG K60F vergleichsweise heterogen. Die häufigste Prozedur war die Basis-Patientenschulung mit einem Fallanteil von knapp 15 %, mit Abstand gefolgt von diagnostischen Maßnahmen und Monitoring (Tabelle 17).

Tabelle 21: DRG K60F – häufigste Prozeduren (2016)

OPS		Fallzahl (Normallieger)	Anteil an Fallzahl insg.
9-500.0	Patientenschulung: Basisschulung	10.736	14,8%
3-200	Native Computertomographie des Schädels	4.865	6,7%
8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	4.185	5,8%
1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	3.885	5,4%
9-500.1	Patientenschulung: Grundlegende Patientenschulung	3.759	5,2%

Quelle: IGES auf Basis G-DRG-Browser

Als pauschale Vergütung für die unter der DRG K60F stationär erbrachten Behandlungsfälle ergibt sich – unter Berücksichtigung der Investitionskosten und nach Abzug der Kosten für Arznei- und Sachmittel – ein Betrag in Höhe von 520 Euro bei

einer Verweildauer von einem Tag und in Höhe von 2.299 Euro bei einer Verweildauer von zwei Tagen (Tabelle 18). Der Unterschied der DRG-Erlöse zwischen einem und zwei Tagen Verweildauer erklärt sich aus den relativ hohen Abschlägen bei Tagesfällen.

Tabelle 22: Kalkulation der Vergütung für DRG K60F

	Verweildauer	
	1 Tag	2 Tage
DRG K60F	669 €	2.438 €
+ Investitionskosten (kalkulatorisch)	51 €	61 €
– Arzneimittelkosten	-50 €	-50 €
– Sachkosten	-150 €	-150 €
insgesamt	520 €	2.299 €

Quelle: IGES auf Basis der InEK-Kalkulationsgrundlagen

Für die Kalkulation der Vergütung einer ambulanten bzw. vertragsärztlichen Behandlung des Diabetes mellitus, die mit dem durch die DRG K60F verbundenen Leistungsspektrum vergleichbar ist, gemäß EBM wurden folgende Positionen einbezogen: neben der endokrinologischen Grundpauschale (gewichtet nach der Altersstruktur der DRG-Fälle) Zuschläge für die allgemeine internistische sowie für die endokrinologisch-internistische Grundversorgung sowie die GOP für die abdominelle Sonographie. Hinzu kommt eine kardiologische Zusatzpauschale aufgrund der häufig mit Diabetes assoziierten Gefäßerkrankungen. Hieraus ergibt sich insgesamt eine Vergütungshöhe von rd. 139 Euro (Tabelle 19).

Tabelle 23: Kalkulation der Vergütung für die Behandlung gastroenterologischer Erkrankungen gemäß EBM

EBM-Ziffer		Punkte	Euro
13341	endokrinologische Grundpauschale (6 bis < 60 Jahre)	225	23,97 €
13342	endokrinologische Grundpauschale (ab 60 Jahre)	217	23,12 €
	endokrinologische Grundpauschale (altersgewichtet)	220	23,49 €
13220	Zuschlag für allg. internistische Grundversorgung	41	4,37 €
13344	Zuschlag für die endokrinologisch-internistische Grundversorgung	41	4,37 €
13346	Zuschlag zur GOP 13344	11	1,17 €
13550	Zusatzpauschale Kardiologie II	831	88,54 €
33042	Abdominelle Sonographie	157	16,73 €
insgesamt			138,67 €

Quelle: IGES auf Basis des EBM

Zu berücksichtigen ist hierbei allerdings, dass Patientenschulungen – die häufigste Prozedur im Rahmen der DRG K60F (s. o.) – auch ambulant durchgeführt werden. Allerdings wird deren Vergütung nicht durch den EBM abgebildet, sondern findet i. d. R. im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) statt. Die Vergütungshöhe hierfür (inkl. Schulungsmaterial) kann auf rd. 100 Euro veranschlagt werden.⁸

3.6 Vergütungsunterschiede im Überblick

Die Zusammenschau der für die fünf Fallbeispiele ermittelten Vergütungsunterschiede verdeutlicht, dass die Behandlung von Fällen, die hinsichtlich ihres Krankheitsbildes bzw. dominierender Behandlungsmaßnahmen vergleichbar sind, stationär stets höhere Kosten verursacht.⁹ Allerdings variieren die ermittelten Unterschiede zwischen den ausgewählten Bereichen: So reicht das Spektrum der Mehrkosten der stationären gegenüber der ambulanten Behandlung von etwas über 10 % bis zum 16,5-fachen (Tabelle 24).

⁸ Vgl. beispielsweise den Vertrag über die Vergütung und Abrechnung von Leistungen gemäß § 34 des Vertrags zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 2 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den gesetzlichen Krankenkassen https://www.kvberlin.de/20praxis/60vertrag/10vertraege/dmp_diabetes2/dmpdm2_verguetung_170701.pdf [Abruf am 11.05.2018].

⁹ Der Begriff der Kosten bezieht sich hierbei auf die Perspektive der Kostenträger (Krankenversicherungen), nicht auf die der Leistungserbringer.

Tabelle 24: Vergütungsunterschiede für ausgewählte Fallbeispiele im Überblick

Erkrankungsgruppe/ Leistungskomplex (Fallbeispiele)	Vergütung stationär		Vergütung ambulant	Verhältnis stationär/ambulant	
	1 Tag	2 Tage		1 Tag	2 Tage
Tonsillektomie					
- vollstationär	1.492 €	2.320 €		1,6*	1,4*
- belegärztlich	923 €	1.616 €			
Schlafapnoe / Poly(somno)graphie	640 €	1.103 €	477 €	1,3	2,3
nicht schwere kardiale Arrhythmien	646 €	1.529 €	289 €	2,2	5,3
gastroenterologische Erkrankungen	623 €	1.543 €	549 €	1,1	2,8
Diabetes mellitus	520 €	2.299 €	139 €	3,8	16,6

Quelle: IGES auf Basis der InEK-Kalkulationsgrundlagen und des EBM

Anmerkung: * Verhältnis vollstationär/belegärztlich

Im Vergleich zu den anderen Bereichen gering ist hierbei die intersektorale Kostendifferenz bei gastroenterologischen Erkrankungen, wenn die stationäre Verweildauer maximal eine Übernachtung enthält. In diesem Fall übersteigt die Vergleichsgröße für die stationäre Vergütung die ambulante Vergütung um lediglich rd. 13,5 %. Die Kosten für die stationäre Behandlung von Schlafapnoe übersteigen bei maximal einer Übernachtung die Kosten der ambulanten Behandlung hingegen bereits um mehr als ein Drittel (rd. 34 %). Deutlich größer sind die Kostenunterschiede, wenn die stationäre Behandlung zwei Übernachtungen umfasst: Der geringste Abstand zwischen stationär und ambulant ergibt sich bei Schlafapnoe und beträgt bereits das 2,3-fache, gefolgt von den gastroenterologischen Erkrankungen mit dem Faktor 2,8.

Im Unterschied hierzu erhöht eine zweite Übernachtung den Kostenabstand im Fallbeispiel Tonsillektomie nicht, weil hier die vollstationäre Behandlung mit einer belegärztlichen verglichen wird: Der Kostenabstand verringert sich bei zwei Tagen Verweildauer. Die Kosten vollstationärer Behandlung übersteigen die der belegärztlichen um das 1,4-fache (bei max. einer Übernachtung um das 1,6-fache).

Der höchste ermittelte Kostenabstand ergibt sich für die kurzstationäre Versorgung von Fällen mit Diabetes mellitus bei einer Verweildauer von zwei Tagen. Selbst wenn man bei der ambulanten Versorgung neben der EBM-Vergütung zusätzliche Kosten der Patientenschulung im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen berücksichtigt, belaufen sich die stationären Kosten immer noch auf knapp das Zehnfache der ambulanten. Die Kostendifferenz würde bei einer Verweildauer von einem Tag auf rd. das 2,2-fache reduziert. Ursache für einen deutlich

kostenintensiveren zweitägigen Aufenthalt kann z. B. sein, dass bestimmte diagnostische Maßnahmen (wie sie bei Diabetes-Patienten mit Abrechnung der DRG K60F durchgeführt werden – vgl. Tabelle 21) aus zeitlichen Gründen nicht am ersten Tag verfügbar sind. Als Konsequenz entfällt der Abschlag für das Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer, der für „leichte Fälle“ vorgesehen ist, und es wird die deutlich höhere reguläre DRG abgerechnet.

An dieser Stelle ist nochmals auf die grundsätzlichen Einschränkungen der Aussagekraft der dargestellten Vergütungsvergleiche zu verweisen. Die ermittelten Vergütungsdifferenzen stellen eine auf Basis der verfügbaren Quellen begründbare Näherung dar, um die intersektoralen Kostenverhältnisse für ausgewählte Bereiche typisiert zu erfassen. Bereits aus vergütungssystematischen Gründen können sie dabei keinen Anspruch auf Allgemeingültigkeit erheben: Infolge ihres höheren Pauschalierungsgrades kann unter einer DRG-Vergütung eine Vielzahl unterschiedlich strukturierter Leistungskomplexe subsumiert werden, während für den Kostenvergleich die nach EBM vergüteten Leistungen stärker zu spezifizieren sind. Um dennoch dem Anspruch einer typisierenden Betrachtung gerecht zu werden, orientiert sich die Gegenüberstellung an den jeweiligen empirischen Häufigkeiten, mit denen Prozeduren bzw. Leistungen zu den ausgewählten Erkrankungsgruppen abgerechnet werden.

4. Rahmenbedingungen und strukturelle Ursachen der Vergütungsunterschiede

Die Rahmenbedingungen, unter denen die beispielhaft aufgezeigten intersektoralen Kostenunterschiede zustande kommen, sind sowohl ökonomischer als auch organisatorisch-institutioneller und regulatorischer Art.

4.1 Ökonomische Aspekte

Eine wesentliche ökonomische Ursache der Kostenunterschiede ist die deutlich größere Ressourcenbelastung des stationären Sektors durch Kapazitätsvorhaltung. Dies betrifft zum einen den Unterhalt und Betrieb baulicher bzw. räumlicher Kapazitäten, um längere Patientenaufenthalte (über eine Nacht oder mehrere Nächte) zu gewährleisten. Zum anderen erfüllen Krankenhäuser höhere Anforderungen an die apparative Ausstattung, die auch für die Behandlung schwerer (Not-)Fälle geeignet sein muss. Schließlich ist mehr ärztliches, Pflege- und Funktionspersonal rund um die Uhr und über ein breiteres (interdisziplinäres) fachliches Spektrum verfügbar zu halten.

Entsprechend gestalten sich die **Kostenstrukturen** von stationären und ambulanten Einrichtungen sehr unterschiedlich. Im stationären Bereich fallen nicht nur deutlich höhere Gemeinkosten an; infolge insgesamt geringerer Fallzahlen wird auch eine verursachungsgerechte Kostenschlüsselung erschwert. Dies lässt sich anhand einiger Rahmendaten illustrieren: Der gesamte Personalaufwand der Arzt-

praxen insgesamt entsprach zuletzt (2015) etwa 27,5 % der Einnahmen, Aufwendungen für Material, Labor und Nutzung fremder Infrastruktur sowie für Mieten und Leasing jeweils 5,7 % (Statistisches Bundesamt 2017). Der Anteil der gesamten Personalkosten der Krankenhäuser belief sich auf schätzungsweise 57 % der Gesamtausgaben für Krankenhäuser, die Sachkosten auf rd. 35 %. Während sich die Personal- und Sachkosten der Arztpraxen auf rd. 585 Mio. ärztliche Behandlungsfälle (nur GKV) verteilen, waren die Personal- und Sachkosten der Krankenhäuser knapp 17 Mio. Behandlungsfällen (nur GKV) zuzuordnen.

Einen weiteren Unterschied der Rahmenbedingungen betrifft die **Investitionsfinanzierung**. Wie bereits im Rahmen der Annahmen zur Kalkulation erläutert (vgl. Abschnitt 2.4), berücksichtigten die DRG-Vergütungen gemäß dem Prinzip der dualen Finanzierung keinen Investitionsaufwand. Demgegenüber entspricht die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen dem Prinzip einer monistischen Finanzierung, aus ihr sind demnach auch Investitionsaufwendungen zu decken. Für den Kostenvergleich wurden daher Investitionskosten im stationären Sektor hinzuge-rechnet. Dabei wurde allerdings berücksichtigt, dass die hierfür ausgezahlten Fördermittel der Bundesländer nur etwa die Hälfte des Volumens betragen, das sich auf Basis der InEK-Kalkulationsgrundlagen als bestandserhaltend ermitteln lässt. Daher wird davon ausgegangen, dass die Krankenhäuser ihre Investitionen teilweise auch aus den Leistungsvergütungen bestreiten (müssen). Unter Annahme, dass Investitionskosten systemadäquat in bestandserhaltender Höhe durch steuerfinanzierte Fördermittel gedeckt würden, wären die kalkulierten stationären Kosten in den Fallbeispielen entsprechend höher anzusetzen.

4.2 Institutionelle und organisatorische Aspekte

Die aufgezeigten Kostenunterschiede resultieren auch aus unterschiedlichen **Vergütungssystemen**. Die Höhe der Vergütungen von stationären und ambulanten Behandlungsleistungen wird sowohl institutionell als auch organisatorisch getrennt voneinander festgelegt (vgl. Hahn/Mussinghoff 2017).

- ◆ Das Vergütungssystem für die stationäre Versorgung gliedert Krankenhausleistungen in DRGs und ordnet jeder einzelnen einen Relativpreis (Bewertungsrelation) zu. Diese Bewertungsrelationen werden vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) auf der Grundlage von Aufwands- und Kostendaten bestimmt, die regelmäßig bei einer Auswahl von Krankenhäusern erhoben und jährlich angepasst werden. Die absolute Vergütungshöhe ergibt sich aus der Bewertung (Multiplikation) der Bewertungsrelationen mit einem Fallwert, der jeweils auf Ebene der Bundesländer jährlich von den Selbstverwaltungspartnern vereinbart wird („Landesbasisfallwert“).
- ◆ Die Vergütung ambulanter Leistungen nach dem EBM ist ebenfalls in eine Struktur- und eine Niveauelemente geteilt: So wird jeder Gebührenposition (GOP) eine Punktzahl zugeordnet, aus der sich nach Multiplikation mit dem in der betreffenden KV-Region vereinbarten Punktwert die

Höhe der Leistungsvergütung in Euro ergibt (sog. Regionale Euro-Gebührenordnung gem. § 87a SGB V). Der regionale Punktwert wird von den Vertragspartnern auf der Grundlage eines bundesweit zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband im Bewertungsausschuss jährlich festgelegten Orientierungswertes vereinbart, wobei in den einzelnen KV-Regionen die Möglichkeit besteht, Zu- und Abschläge auf den Orientierungswert vorzunehmen, um regionale Unterschiede der Kosten- und Versorgungsstruktur zu berücksichtigen. Auch die Art der Leistungsstrukturierung gestaltet sich im EBM anders: Insgesamt ist der EBM grundsätzlich stärker einzelleistungsorientiert und enthält daher mehr Positionen als das DRG-System.¹⁰ Im Unterschied zur Kalkulation der DRG-Fallpauschalen basiert der EBM zudem nur partiell auf erhobenen Kosten- bzw. Kalkulationsdaten und wird entsprechend nicht umfassend regelmäßig überprüft. Bei der Weiterentwicklung des vertragsärztlichen Vergütungssystems wird der Bewertungsausschuss durch ein eigenes Institut (InBA) unterstützt.

- ♦ Die Vergütung belegärztlicher Leistungen wird aufgeteilt, sie enthält sowohl eine spezifische DRG- als auch eine spezifische EBM-Komponente. Der Krankenhausanteil an der Versorgung wird gemäß separater Beleg-DRGs vergütet, deren Bewertung grundsätzlich unterhalb derjenigen für eine stationäre Versorgung in Hauptabteilungen liegt. Die Belegärzte werden nach EBM vergütet; hierfür enthält der EBM ein eigenes Kapitel 36 (Belegärztliche Operationen, Anästhesien und belegärztliche postoperative Überwachung und konservativ belegärztlicher Bereich).¹¹

Sowohl die Vergütung nach DRG als auch die Vergütung nach EBM basieren auf dem Prinzip einer Vollkostenrechnung, dennoch gibt es grundlegende Unterschiede der Kalkulationssystematik (vgl. Neubauer et al. 2016). Die DRG-Fallpauschalen resultieren zu großen Teilen aus einer Zuschlagskalkulation, mit der die Gemeinkosten auf die Fallgruppen als Kostenträger nach einem Verrechnungsschlüssel zugeordnet werden. Kostenträger im vertragsärztlichen Vergütungssystem ist hingegen die einzelne EBM-Leistung. Ihr werden die Kosten – getrennt nach

¹⁰ Allerdings wurden im EBM in den vergangenen Jahren zuvor einzeln bewertete Leistungen zu Komplexen und Pauschalen zusammengefasst, während die Pauschalierungswirkung im DRG-System durch die Einführung zahlreicher Zusatzentgelte sowie Zu-/Abschläge tendenziell konterkariert wurde. Die Art der Pauschalierung im EBM unterscheidet sich jedoch von der im DRG-System. So umfassen die hausärztlichen Versicherten- bzw. die fachärztlichen Grundpauschalen arztgruppentypische Grundleistungen für Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen. Je nach Behandlungsfall können weitere Leistungen hinzukommen, die dann als Einzelleistungen abrechenbar sind. Der EBM (Kapitel 1-40) umfasst aktuell (Stand 4. Quartal 2016) insgesamt 2.537 Gebührenpositionen (distinkte 5-Steller). Im DRG-System (Katalog 2018) gibt es aktuell 1.287 Hauptabteilungs-DRGs.

¹¹ Seit längerem wird über die relativ geringe finanzielle Attraktivität der belegärztlichen Versorgung gegenüber der vollstationären Versorgung (Vergütung durch DRG-Fallpauschalen für Hauptabteilungen) sowie gegenüber ambulanten Operationen (Vergütung gemäß EBM-Kapitel 31) diskutiert (vgl. Hahn/Mussinghoff 2017, Deutscher Bundestag 2007).

ärztlichem und technischem Leistungsanteil – direkt zugerechnet, wobei für jede Leistung ein Zeitbedarf (in Minuten) festgelegt ist.¹² Die Bewertung ergibt sich dann aus der Multiplikation des Zeitbedarfs mit einem Kostensatz je Minute.

Ein wesentlicher Unterschied der Kalkulationssystematik betrifft die Bewertungsgrundlagen: Während der DRG-Kalkulation umfassend erhobene Ist-Kosten zugrunde liegen, welche auf die tatsächliche Zahl vollstationärer Fälle umgelegt werden, basieren die Zeit- und Kostenansätze im EBM überwiegend auf Schätzungen und normativen Setzungen (Soll-Kosten), nicht aber auf systematischen Erhebungen. Dies hat u. a. zur Folge, dass im DRG-System auch vorgehaltene (nicht ausgelastete) Arbeitszeit in die Kalkulation der Vergütungshöhe einfließt, während gemäß EBM leistungsbezogene Norm-Arbeitszeiten vergütet werden.

4.3 Regulatorische Unterschiede

Schließlich gibt es eine Reihe regulatorischer Rahmenbedingungen, die sich zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor unterscheiden und auf die Vergütungs- bzw. Kostenverhältnisse auswirken. So unterliegen die Behandlungsleistungen, die zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abgerechnet werden, in beiden Sektoren Maßnahmen zur **Mengen-** und damit letztlich zur **Budgetbegrenzung**, die jedoch unterschiedlich ausgestaltet sind.

- ◆ Im ambulanten Sektor ist das zentrale Instrument der Mengensteuerung das arzt- bzw. praxisbezogene Regelleistungsvolumen (RLV). Es definiert eine maximale Leistungsmenge, ab deren Überschreitung Leistungen nur noch zu reduzierten Preisen bzw. ab einer bestimmten Grenze gar nicht mehr vergütet werden. Neben der Zahl bzw. dem Tätigkeitsumfang der Ärzte, den Fallzahlen vorangehender Quartale sowie Praxisbesonderheiten orientiert sich die Höhe der Regelleistungsvolumina an der Höhe der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, welche die Landesverbände der Krankenkassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen als Ausgabenobergrenze („mit befreiender Wirkung“) jährlich vereinbaren.
- ◆ Für die stationäre Versorgung verhandeln die Krankenkassen Krankenhausbudgets mit jedem einzelnen Krankenhausträger individuell. Für die Budgetverhandlungen gilt dabei eine Reihe gesetzlicher Vorgaben, die sowohl zu Vergütungszu- als auch -abschlägen führen können. Hierzu zählen beispielsweise Vorgaben zu Mehr-/Mindererlösausgleichen oder zum Mehrleistungsabschlag bzw. Fixkostendegressionsabschlag. Zuschläge erhalten Krankenhäuser z. B. für Mehrkosten aus der Umsetzung von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), zur Finanzierung des Pflegepersonals, zum Zweck der Qualitätssicherung, für Zentren oder zur Sicherstellung bedarfsnotwendiger Krankenhäuser.

¹² Ausgenommen hiervon sind die hausärztlichen Versichertenpauschalen und die fachärztlichen Grundpauschalen.

Unterschiede der regulatorischen Rahmenbedingungen mit mittelbaren Auswirkungen betreffen darüber hinaus Vorgaben zur **Sicherung und Förderung der Versorgungsqualität**. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt zwar mittlerweile Richtlinien zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement und zur Qualitätssicherung einheitlich für alle Patienten bzw. sektorenübergreifend; bislang umfassen die themenspezifischen Bestimmungen der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL) aber lediglich zwei Verfahren.

Auch die Vergütung **innovativer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden** ist in den beiden Sektoren grundlegend unterschiedlich geregelt: Für die ambulante Versorgung gilt das Verbot mit Erlaubnisvorbehalt, d. h., neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können nur dann zu Lasten der GKV ärztlich angewendet werden, wenn der G-BA ihren diagnostischen oder therapeutischen Nutzen sowie die medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit ausdrücklich anerkannt hat. In der stationären Versorgung gilt hingegen die Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt: Krankenhäuser dürfen alle neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu Lasten der GKV anwenden, die der G-BA nicht nach Prüfung von Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit auf Antrag ausdrücklich ausgeschlossen hat. Für Belegärzte im Krankenhaus gilt hingegen der Verbotsvorbehalt nicht.

Schließlich gibt es auch getrennte Systeme der **kapazitätsbezogenen Planung** für Arztsitze und für Krankenhausstandorte bzw. -betten. Für die vertragsärztliche ambulante Versorgung erstellen die Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Krankenkassen Bedarfspläne zur Anzahl und regionalen Verteilung von Arztsitzen, differenziert nach ärztlichen Fachgruppen und Versorgungsebenen. Die Landesausschüsse aus Ärzten und Krankenkassen beraten diese Pläne und sind zuständig für die Feststellung von Über-/Unterversorgung sowie für Zulassungsbeschränkungen. Im Unterschied hierzu liegt die Planung der Krankenhauskapazitäten allein in der Verantwortung der Bundesländer. Nur Krankenhäuser, die Aufnahme in den Krankenhausplan ihres Bundeslandes finden (oder alternativ einen Versorgungsvertrag mit einer Krankenkasse schließen), sind berechtigt, Patienten zu Lasten der GKV stationär zu behandeln.

Eine explizite, aufeinander abgestimmte Planung ambulanter und stationärer Versorgungskapazitäten – zumindest in Bezug auf eine gesamthafte Feststellung der regionalen Versorgungssituation – existiert derzeit nicht. Insbesondere mit Blick auf die zunehmende Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Behandlungen ist eine sektoral isolierte Kapazitätsplanung – ohne explizite Berücksichtigung von „angrenzenden“ Behandlungskapazitäten im jeweils anderen Sektor – nicht mehr angemessen. Seit Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes zu Jahresbeginn 2012 wurden in den Bundesländern sog. Gemeinsame Landesgremien eingerichtet, in denen u. a. sowohl die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen als auch die Landeskrankenhausesgesellschaft vertreten sind. Diese Gremien können jedoch lediglich (unverbindliche) Empfehlungen zur sektorenübergreifenden Versorgung bzw. Kapazitätsplanung geben.

5. Ansatzpunkte für sektorenunabhängige Vergütungsformen

Intersektorale Vergütungsunterschiede gelten als ein wesentliches Hindernis für eine stärkere Integration der Versorgung. Um diese Vergütungsunterschiede zumindest an der Sektorengrenze – d. h. für Indikationen bzw. Diagnose- und Behandlungsmaßnahmen, die prinzipiell sowohl für eine ambulante als auch stationäre Versorgung in Frage kommen – zu beseitigen, gibt es verschiedene Ansatzpunkte. Gemeinsames Ziel dieser Ansätze ist es, gleiche Leistungen auch gleich und damit sektorenunabhängig zu honorieren.

5.1 Vergütung nach Maßgabe eines Sektors und Tarifgeberprinzip

Eine in der Umsetzung vergleichsweise einfache, dennoch extreme Option besteht darin, für die als „sektorengleich“ kategorisierten Indikationen bzw. Leistungen die Vergütung *eines* Sektors als maßgeblich für alle festzulegen, welche die entsprechende Versorgung leisten, unabhängig vom Behandlungssetting (ambulant, belegärztlich, teilstationär, stationär). Ein solcher Ansatz führt zwangsläufig dazu, dass sich die Position mindestens einer der an der Versorgung beteiligten Parteien verschlechtert.

- ◆ Eine Festlegung des gegenwärtigen ambulanten Vergütungsniveaus als maßgeblich wäre für die Kostenträger mit den höchsten Einsparpotenzialen verbunden. Für die Krankenhäuser bedeutete diese Option Umsatzeinbußen, und zwar um so stärker, je größer ihr Anteil an stationären Behandlungsfällen ist, der als prinzipiell ambulant behandelbar kategorisiert wird (z. B. kurzstationäre Fälle ohne Komplikationen). Der hieraus resultierende finanzielle Druck würde tendenziell in Richtung eines Abbaus stationärer Behandlungskapazitäten wirken. Gleichzeitig wäre es fraglich, ob bei unveränderter Vergütung entsprechende zusätzliche Behandlungskapazitäten im ambulanten bzw. vertragsärztlichen Sektor geschaffen würden, um das frei werdende ambulante Potenzial aus dem stationären Sektor zu übernehmen.
- ◆ Würde stattdessen das gegenwärtige, deutlich höhere stationäre Vergütungsniveau als maßgeblich festgelegt, ergäben sich für die Anbieter der ambulanten, vertragsärztlichen Versorgung sehr hohe Mehrerlöspotenziale und damit Anreize zum Kapazitätsausbau. Finanzieller Druck auf die Krankenhäuser wäre die mittelbare Folge aus der stärkeren Konkurrenz durch den ambulanten Sektor. Bei den Kostenträgern dürfte dieser Ansatz kaum Akzeptanz finden: Neben den unmittelbaren Mehrausgaben infolge der DRG-Vergütung vormals nach EBM vergüteter Leistungen entsteht aus ihrer Sicht ein zusätzliches Ausgabenrisiko infolge von Mengenexpansion bzw. einer Erhöhung der Gesamtfallzahl.

Ein stärker differenzierender Ansatz wäre ein sektorenübergreifendes Tarifgeberprinzip. Grundidee hierbei ist ebenfalls, dass das Vergütungsniveau eines Sektors

als maßgeblich festgelegt wird, allerdings kann bezogen auf den konkreten Leistungskomplex entweder die ambulante oder die stationäre Vergütung als maßgeblich bestimmt werden. Ausschlaggebend hierfür wäre, welcher Sektor bzw. welches Behandlungssetting jeweils „leistungsprägend“ für den entsprechenden Leistungskomplex ist, also beispielsweise, welcher Sektor bzw. welches Behandlungssetting den größten Anteil an der Gesamtzahl der Behandlungsfälle versorgt. Die Kostenstruktur bzw. die Vergütung des leistungsprägenden Sektors/Behandlungssettings wären dann maßgebend auch für die Anbieter dieses Leistungskomplexes des jeweils anderen Sektors/anderer Behandlungssettings.¹³ Dabei könnte die Festlegung, welcher Sektor/welches Behandlungssetting leistungsprägend ist, regelmäßig überprüft und ggf. angepasst werden, beispielsweise, wenn sich die Verteilung der Behandlungsfälle auf die Sektoren/Behandlungssettings im Zeitverlauf verändert.

Der Ansatz des sektorenübergreifenden Tarifgeberprinzips hat wie die zuvor beschriebenen „einseitigen“ Festlegungen den Vorteil, dass er auf den existierenden Vergütungssystemen aufbaut und diesbezüglich ohne größere systemische Veränderungen umsetzbar wäre. Aus Kostenträgersicht ließe sich ein solcher Ansatz mit dem Ziel angehen, eine insgesamt ausgabenneutrale Umsetzung zu erreichen. Für die Anbieter ambulanter, vertragsärztlicher Leistungen brächte der Ansatz keine finanziellen Nachteile, sondern teilweise die Aussicht auf zusätzliche Erlöse. Für die Krankenhäuser ergäben sich nur teilweise unmittelbare finanzielle Einbußen, in jedem Fall aber würde sich ihr Risiko mittelbarer Erlöseinbußen erhöhen. Für die Leistungskomplexe, für die das ambulante Vergütungsniveau maßgeblich wäre, bleibt das evtl. Problem einer unzureichenden Kapazitätsausweitung, um ambulantes Potenzial aus dem stationären Sektor zu absorbieren.

5.2 Eigenständige sektorenunabhängige Vergütungsformen

Ein alternativer Ansatzpunkt besteht darin, eine eigenständige Vergütung für den Bereich „sektorengleicher“ Leistungen zu entwickeln, das weder der heutigen ambulanten noch der stationären entspricht. Für die Bestimmung der möglichen Höhe der Vergütung gibt es wiederum mehrere Optionen. Ein relativ einfacher Ansatz wäre, das Vergütungsniveau aus dem Mittel- bzw. Durchschnittswert der ambulanten und der stationären Vergütung zu bilden. So verwendet z. B. die Techniker Krankenkasse (TK) in einem Modellprojekt in Thüringen, bei dem für vier

¹³ Auch die Vergütung gemäß EBM folgt im Hinblick auf die verschiedenen Arztgruppen dem Tarifgeberprinzip, so dass gleiche Leistungen im EBM unabhängig von der sie erbringenden Arztgruppe gleich bewertet werden. Dabei ist die leistungsprägende Arztgruppe diejenige, welche die entsprechende Leistung am häufigsten erbringt. Die für diese Gruppe festgelegten Bewertungsparameter (Zeit, Kosten, Auslastung) gelten für alle anderen Arztgruppen, insoweit diese ebenfalls die betreffende Leistung anbieten. (vgl. Neubauer et al. 2016, S. 21 f.)

ausgewählte Behandlungskomplexe¹⁴ identische Vergütungen unabhängig vom Behandlungssetting gezahlt werden, sog. „Hybrid-DRGs“, für die Fallpauschalen als Mischpreise aus EBM-Vergütungen und DRG-Fallpauschalen berechnet wurden. Die TK bezeichnet diesen Ansatz selbst als Übergangslösung (vgl. f&w 2018).

Eine aufwändigere Alternative zu Mischpreisen wäre eine Leistungsbewertung auf Basis einer Erhebung der tatsächlichen Kosten, analog zur DRG-Kalkulation (und entsprechend mit periodischen Aktualisierungen der Datengrundlage). Allerdings stellt sich hier zunächst die Frage, in Bezug auf welches konkrete Behandlungssetting die Kostenstrukturen erhoben werden sollten. Auch diesbezüglich wäre ein eher empirisch orientierter „Mischansatz“ der Kalkulationsgrundlagen denkbar. Alternativ wäre zu entscheiden – z. B. normativ oder analog zum Tarifgeberprinzip –, welches Behandlungssetting unter Effizienz Gesichtspunkten die Referenz für die Kostenerhebung sein soll. Die Festlegung des Referenzniveaus stellt bei diesem Ansatz die zentrale Herausforderung dar.

Eine neu entwickelte, eigenständige Vergütung, deren Niveau zwischen den heutigen sektoralen Vergütungen läge, hat unabhängig davon das größte Potenzial, starke Anreizwirkungen zu strukturellen Veränderungen in beiden Sektoren zu entfalten. Für Krankenhäuser würde es finanziell attraktiver, ambulant behandelbare Fälle auch ambulant zu behandeln. Dieser Anreiz wird insbesondere für Krankenhäuser in strukturschwachen Regionen für relevant angesehen, die sich zur Verbreiterung ihrer Erlösbasis verstärkt in der ambulanten Versorgung betätigen. Gleichzeitig verringern sich die Anreize für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Patienten in Krankenhäuser einzuweisen, die u. U. auch weiter im ambulanten Setting behandelt werden könnten. Dass diese Anreize eine stärkere Nutzung ambulanter Behandlungsmöglichkeiten für hierfür in Frage kommende Patienten tatsächlich bewirken können, setzt jedoch zusätzliche Anpassungen von Rahmenbedingungen voraus. Insbesondere behindert gegenwärtig auch die Sektorierung der Honorar- bzw. Ausgabenbudgets sowie daran anknüpfende mengenregulierende Maßnahmen eine umfassendere Reallokation von Behandlungsfällen an der Sektorengrenze.

5.3 Abgrenzung sektorenunabhängig zu vergütender Leistungen

Für alle der aufgezeigten Ansatzpunkte gilt, dass zunächst die Frage zu klären ist, nach welchen Kriterien und Maßstäben der Bereich „sektorengleich“ zu vergütender Behandlungs- bzw. Leistungskomplexe abgegrenzt werden kann. Für die in der vorliegenden Studie betrachteten Fallbeispiele wurden einige mögliche Kriterien hierfür verwendet (geringe Verweildauer, niedrige Schweregrade, ambulant-sensitive Diagnosen). Das Hybrid-DRG-Projekt der TK konzentriert sich stärker auf operative Leistungen, da diese leichter zu kalkulieren seien als konservative (vgl. f&w

¹⁴ Dabei handelt es sich um die Behandlung von Kreuzbandverletzungen, Leistenbrüche, Krampfadern und des Karpaltunnelsyndroms. Die Behandlungskomplexe enthalten sowohl operative als auch konservative Leistungen.

2018). Beivers und Neubauer (2018) schlagen mit Verweis auf ein früher entwickeltes Modell eigenständige teilstationäre DRGs vor, bei denen die Kosten um die Hotelkomponente der stationären Versorgung gemindert wären und die – analog zu den im Niveau abgesenkten Beleg-DRGs – einen eigenen Komplex im DRG-Vergütungssystem bilden sollten.

Einen bereits etablierten Ansatz einer eigenständigen Vergütung von Leistungen, die sowohl von Krankenhausärzten als auch von Vertragsärzten angeboten werden können, stellt die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) dar. Sie wurde als neuer, eigenständiger Versorgungsbereich durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz ab dem Jahr 2012 eingeführt. Die Abgrenzung dieses Bereichs folgt aber einer anderen Logik als die für die Fallbeispiele in dieser Studie gewählten: Ausgangspunkt bilden hier nicht die „leichteren“ und damit potenziell ambulantisierbaren stationären Behandlungsfälle, sondern Patienten mit komplexen Krankheitsbildern, d. h. besonderen Krankheitsverläufen oder seltenen Erkrankungen, sowie hochspezialisierte Leistungen – und zwar ausschließlich im Rahmen der ambulanten Behandlung. Ziel der ASV ist es, für die Diagnostik und Behandlung komplexer, häufig schwer therapierbarer Krankheitsbilder Expertise und Ressourcen koordiniert interdisziplinär und sektorenübergreifend zu nutzen (vgl. Deutscher Bundestag 2011).

Die gesetzlichen Vorgaben verpflichten den GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung dazu, für die Vergütung der ASV auf betriebswirtschaftlicher Grundlage eine eigene Kalkulationssystematik mit diagnosebezogenen Gebührenpositionen zu entwickeln. Die Kalkulation soll dabei – wie bei den DRG-Fallpauschalen – neben den ärztlichen auch die nichtärztlichen Leistungen und die Sachkosten umfassen, zusätzlich aber auch die spezifischen Investitionsbedingungen berücksichtigen (§ 116b Abs. 6 SGB V). Ein eigenes Vergütungssystem für die ASV gibt es bislang nicht. Als Übergangslösung werden die im Rahmen der ASV abrechenbaren Leistungen, die vom G-BA als Behandlungsumfang festgelegt werden, gemäß EBM vergütet, allerdings ohne Anwendung mengen- bzw. budgetbegrenzender Maßnahmen und unmittelbar durch die Krankenkassen. Außerdem gilt für die ASV wie im stationären Sektor der Verbotsvorbehalt, so dass auch ambulante Leistungen erbracht werden können, die derzeit noch nicht durch den EBM abgebildet werden. Diese Leistungen werden nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vergütet (vgl. Jenschke et al. 2017). Für die Festlegung der ASV-Vergütung musste mit dem ergänzten Bewertungsausschuss (inkl. Arbeitsausschuss und Arbeitsgruppen) eine eigene Organisationsstruktur geschaffen werden (GKV-SV/DKG/KBV 2017).

Aktuell umfasst die ASV sechs Krankheitsbilder: Tuberkulose und atypische Mykobakteriose (TBC), Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle (GIT), Gynäkologische Tumoren, Pulmonale Hypertonie, Marfan-Syndrom und Mukoviszidose. Die meisten ASV-Behandlungsteams gibt es für die zuerst (bereits im Jahr 2014) konkretisierten Krankheitsbilder TBC und GIT. Zum aktuellen Berichtsstand (Mai 2017) beteiligten sich bundesweit rd. 2.300 Ärzte an der ASV und es

wurden etwa rund 2.200 Patienten versorgt (GKV-SV/DKG/KBV 2017).¹⁵ Die Ausgaben der Krankenkassen für die ASV durch Vertragsärzte betragen im Jahr 2016 etwa 3,4 Mio. Euro und für die ASV durch Krankenhäuser rd. 208 Mio. Euro (allerdings inklusive der Ausgaben für Patientenversorgung nach der Vorgängerregelung des § 116b SGB V). Damit ist das Versorgungsangebot der ASV bislang eher überschaubar. Als Gründe hierfür werden die Begrenzung auf wenige Indikationen, der hohe Zeitbedarf der Konkretisierungen für (weitere) Krankheitsbilder sowie der bürokratische Aufwand des Zugangsverfahrens bei den erweiterten Landesausschüssen genannt (vgl. Jenschke et al. 2017).

Vor diesem Hintergrund ist die ASV nur sehr eingeschränkt als Referenzmodell zur Entwicklung sektorenübergreifender Vergütungsansätze für die im Rahmen der vorliegenden Studie fokussierten Indikations- und Leistungsbereiche geeignet. Impulse könnten von der ASV hingegen für die Entwicklung eigenständiger, sektorenübergreifender Kalkulationssystematiken für die Vergütung ausgehen – allerdings stehen Arbeitsergebnisse hierzu noch aus.

¹⁵ Dabei übernehmen – vermutlich auch wegen des hohen Aufwands der Antragstellung – bislang mehrheitlich Krankenhäuser die ASV-Teamleitungen, bei nur rd. einem Drittel liegt die Leitung im vertragsärztlichen Bereich. Die Ärzte der ASV-Teams selbst rekrutieren sich hingegen etwa zur Hälfte aus dem vertragsärztlichen Bereich (vgl. Jenschke et al. 2017).

Literatur

- Albrecht M, Schliwen A, Loos S (2014): Forschungsvorhaben zur Umsetzung des § 221b Absatz 2 SGB V – Evaluierung der Auswirkungen von Zuschlägen zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in unterversorgten Gebieten (§ 87a Absatz 2 Satz 3 SGB V). Abschlussbericht.
- Albrecht M, Zich K (2016): Ambulantes Potenzial in der stationären Notfallversorgung, Projektphase II, Ergebnisbericht für das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland.
- Beivers A, Neubauer G (2018): Hybrid-DRG – Die Richtung stimmt, in: f & w führen und wirtschaften im Krankenhaus, Heft 2, S. 154-158.
- Bundesfachausschuss Gesundheit und Pflege der CDU (2016): Beschluss „Gesundheitsversorgung sektorenübergreifend planen und gestalten“. <https://www.cdu.de/system/tmf/media/dokumente/gesundheitsversorgung-sektoreuebergreifend-gestalten-161123.pdf?file=1> [Abruf am 07.05.2018]
- Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK) (2017): Gesundheitspolitische Positionen des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e. V. im Wahljahr 2017. https://www.bdpk.de/media/file/1931.Positionspapier_Web.pdf [Abruf vom 29.05.2018]
- Deutscher Bundestag (2007): Situation der belegärztlichen Versorgung in Deutschland nach Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes, Antwort der Bundesregierung, Drucksache 16/6848.
- Deutscher Bundestag (2011): Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG), Drucksache 17/6906.
- Draheim M, Beek S (2015): Leistungsgerechte Finanzierung durch Investitionsbewertungsrelationen, in: das Krankenhaus 9, S. 818-822.
- f & w führen und wirtschaften im Krankenhaus (2018): TK-Vergütungsmodell, Schneise im Dschungel (Interview mit Thomas Ballast), Heft 2, S. 160-162.
- GKV-Spitzenverband (GKV-SV), Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2017): Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit zu den Auswirkungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung auf die Kostenträger, die Leistungserbringer sowie die Patientenversorgung. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/aerztliche_versorgung/asv/2017-05-12_ASV_Bericht_ans_BMG_Auswirkungen.pdf [Abruf am 15.05.2018].
- Hahn U, Mussinghoff P (2017): Ökonomische Anreize belegärztlicher im Vergleich zu alternativen Versorgungsformen aus den Perspektiven von Krankenhaus und Vertragsarzt/Belegarzt sowie aus gesundheitssystemischer Sicht, in: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 22: S. 244-254.
-

- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK): Abschlussbericht Entwicklung von Investitionsbewertungsrelationen (IBR) gem. § 10 KHG für das Jahr 2017, Siegburg.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK): Katalog der Investitionsbewertungsrelationen (IBR) zur G-DRG-Version 2017. https://www.g-drg.de/Investitionsbewertungsrelationen_IBR/Investitionsbewertungsrelationen_IBR_2017/IBR-Katalog_2017 [Abruf am 09.05.2018]
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (2017): Tonsillotomie bei rezidivierender akuter Tonsillitis und bei Hyperplasie der Tonsillen, Abschlussbericht. https://www.iqwig.de/download/N15-11_Abschlussbericht_Tonsillotomie.pdf [Abruf am 05.06.2018]
- Jenschke C, Munte A, Froschauer-Häfele S, Pöttgen S (2017): Sektorengrenzen ade? Analyse der Entwicklung der Versorgungsstrukturen in der ASV, in: Repschläger U et al. (Hg): BARMER Gesundheitswesen aktuell 2017, S. 198-221.
- Laschet H (2017): Kliniken in Not: Hilft Expansion in die ambulante Medizin?, in: Ärzte Zeitung vom 12.07.2017, S. 4.
- Leber W-D, Wasem J (2016): Ambulante Krankenhausleistungen – ein Überblick, eine Trendanalyse und einige ordnungspolitische Anmerkungen, in: Klauber J et al. (Hg): Krankenhaus-Report 2016, Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus, Stuttgart, S.3-28.
- Lorenz R, Koch A, Köckerling F (2015): Ambulante und stationäre Hernienchirurgie in Deutschland – aktueller Stand, in: Chirurgische Allgemeine, 16. Jg., Heft 4 (Mai), S. 267-275.
- Neubauer G, Minartz C, Niedermeier C (2016): Kritische Analyse des „Gutachtens zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus – Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse“ der MCK in Kooperation mit der DGINA vom 17.02.2015, Expertise für das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi). https://www.zi.de/fileadmin/images/content/PDFs_alle/Expertise_Notfallversorgung_Endfassung.pdf [Abruf am 29.05.2018]
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-G) (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung, Sondergutachten 2012, Deutscher Bundestag Drucksache 17/10323.
- Schwendener P, Sommer P et al. (2016): Ambulant vor stationär. Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen. https://www.pwc.ch/de/publications/2016/ambulant_vor_stationaer_de_16_web_final.pdf [Abruf am 07.05.2018]
- Statistisches Bundesamt (2017): Fachserie 2 Reihe 1.6.1 (Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten), Fachserie 12 Reihe 6.3 (Kostennachweis der Krankenhäuser), Fachserie 12 Reihe 7.1.1 (Ausgaben).
-

Stoschek J (2017): Sektorengrenzen – Experten für einheitliches Honorarsystem, in: Ärzte Zeitung vom 21.07.2017, S. 4.

Sundmacher L et al. (2015): Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study in Germany. Health Policy 2015 Nov; 119(11):1415-23. doi: 10.1016/j.healthpol.2015.08.007. Epub 2015 Sep 2.

Woratschka R (2018): Hier die Arztpraxis, dort die Klinik, in: Der Tagesspiegel vom 01.03.2018, S. 4.



IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin
www.iges.com