

EINHEITLICHE, SEKTORENGLEICHE VERGÜTUNG [ESV]

Empirische Ergebnisse

ROBERT MESSERLE

HAMBURG CENTER FOR HEALTH ECONOMICS, UNIVERSITÄT HAMBURG

20. SEPTEMBER 2022, BERLIN



AGENDA

1 Hintergrund

2 Ergebnisse

FRAGESTELLUNG

Forschungsfrage des Arbeitspaketes 2

- Wie ist der Status Quo der sektorengleichen Leistungserbringung?
 - Von welchen Leistungserbringern werden sektorengleiche Leistungen derzeit erbracht?
 - Wie vergleichbar ist die Erbringung sektorengleicher Leistungen im stationären und ambulanten Sektor tatsächlich?

AUSGANGSBASIS

OPS-Quellen

- **OPS-Liste der TU**
 - ≈1.500 OPS
- **AOP-Katalog**
 - ≈2.800 OPS
- **OECD Surgery List**
 - ≈100 OPS
- **(IGES AOP-Liste)**
 - ≈2.500 OPS
- **Anhang 2 des EBM**
 - ≈10.000 OPS

Daten

- **Abrechnungsdaten der BKKen**
 - 500 GB Rohdaten
 - 8,5 Mio. Versicherte
 - 5-Jahreszeitraum
- **G-BA QS-Berichte**
 - verpflichtende Selbstauskünfte aller Krankenhäuser
- **VDX-Daten beim Zi**
 - Vollerhebung aller gesetzlich Versicherten
- **DRG-Statistik Destatis**
 - Vollerhebung stationärer OPS

Aufbereitung

- **Grundsätzlich OPS-5-Steller als Basis**
- Für jeden OPS dieser Liste wurde die jeweils zugehörige Hierarchie ergänzt
- z.B.: 1-275.0 ergänzt um 1-275.1, .2 etc.

WIE FINDEN WIR SOLCHE LEISTUNGEN IN DEN DATEN?

■ Krankenhäuser:

- AOP-Katalog
 - Darf bzw. soll vom Krankenhaus ambulant erbracht werden (abhängig von der Kategorie)

■ Vertragsärztlich:

- Abschnitt 31.2 (ambulante Operationen) und 36.2 (*belegärztliche Operationen*)
 - OPS-Angabe verpflichtend
- Andere EBM-Kapitel
 - OPS-Angabe nicht verpflichtend und unterschiedliche OPS abgedeckt
 - » Beispiel Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie (GOP 34291)
 - » Anzahl Fälle GOP = **72.926**, Anzahl Fälle mit OPS-Angabe = **38.745 (53%)**
 - » 1-275.0, .1, .2, .3, .4, .5 etc.

WIE MACHT MAN PATIENT:INNEN ÜBER SEKTOREN HINAUS VERGLEICHBAR?

Identifikation

- OPS-Kodierung im ambulanten vs. stationären Bereich
- Ist die OPS Kodierung ggf. eine Dokumentation für andere Leistung?
- Was wird gezählt: Versicherte, Fälle, OPS?

Morbidität

- Wie wird Morbidität gemessen?
- Welcher Zeitraum wird betrachtet?

Mehr als Morbidität

- Sind Konstrukte möglich, die über die Morbidität hinaus gehen?

VERWENDETE KENNZAHLEN FÜR DIE AUSWERTUNGEN

Kennzahlen

Anteile	bezogen auf die Fälle
Alter	Median
Morbidität	Median, basierend auf dem ambulanten Klassifikationssystem und mit Bezug auf das Vorjahr
Dringlichkeit	Median, basierend auf dringlichster Diagnose des Falles
Entfernung	Median, basierend auf PLZ der Versicherten und Leistungserbringer, ohne methodische Anpassungen

MORBIDITÄT BASIEREND AUF DEM KLASSIFIKATIONSSYSTEM DES BEWERTUNGSAUSSCHUSSES

Diagnose- basiert	<ul style="list-style-type: none">• Ordnet alle Diagnosen ca. 200 krankheitsbezogenen Risikokategorien zu
Risikoscore	<ul style="list-style-type: none">• Jeder Risikogruppe wird in einer Regression ein Gewicht zugeordnet basierend auf den Ausgaben des Folgejahrs
Wertebereich (Risikowert)	<ul style="list-style-type: none">• 1 entspricht einer durchschnittlichen Morbidität
Zeitraum	<ul style="list-style-type: none">• Zur Bestimmung der Morbidität wurde ein Wert über das Vorjahr des Indexfalls berechnet

DRINGLICHKEIT BASIEREND AUF KRÄMER ET AL. (2019)

Ansatz	<ul style="list-style-type: none">• Jeder ICD wird eine Notfall-Dringlichkeit zugewiesen• Basiert auf maschinellem Lernen
Krankenhausdaten	<ul style="list-style-type: none">• Basierend auf den jeweiligen Hauptdiagnosen und weiteren Abrechnungsinformationen aus stationären Fällen
Parameter	<ul style="list-style-type: none">• Anteil Fälle mit Aufnahme Nachts, Anteil Fälle mit Durchführung von Prozeduren Nachts, Behandlung in Intensivstation etc. beeinflussen den Score
Wertebereich (Dringlichkeit)	<ul style="list-style-type: none">• 1 – dringlichster Notfall, z.B. S06.5: Traumatische subdurale Blutung• 0 – klarer elektiver Fall z.B. K40.9: Hernia inguinalis, einseitig [...]

AGENDA

1 Hintergrund

2 Ergebnisse

SIND UNSERE ERGEBNISSE REPRÄSENTATIV?

- Anteil Versicherter unserer Stichprobe bei ca. 9-10% an allen GKV-Versicherten
- Zum Vergleich die Ergebnisse aus dem Gutachten nach § 115b SGB V

	Stationär im KH	Vertragsärztlich	Ambulant im KH
Anteil ESV (Fälle)	39%	44%	17%
Anteil IGES Versicherte	42%	42%	21%
Anteil IGES Fälle	40%	40%	20%
Anteil IGES OPS	45%	34%	20%

VERGLEICH DER KENNZAHLEN FÜR ALLE LEISTUNGEN DES ABSCHNITTS 1 DES AOP-KATALOGS

- 2019 gab es in der vorliegenden Stichprobe ca. 550.000 Fälle mit einem OPS aus dem Abschnitt 1 des AOP-Kataloges (hier auf Endsteller-Ebene); Werte sind in Vorjahren ähnlich
- Angaben beziehen sich auf Fälle und stellen (bis auf den Anteil) den Median dar

	Stationär im KH	Vertragsärztlich	Ambulant im KH
Anteil	39%	44%	17%
Alter	54	59	52
Morbidität	1,28	1,12	0,99
Dringlichkeit	0,06	0,06	0,04
Entfernung	10	8	10

KATEGORIE 1 UND 2 IM VERGLEICH

	Kategorie 1			Kategorie 2		
	Stationär im KH	Vertrags- ärztlich	Ambulant im KH	Stationär im KH	Vertrags- ärztlich	Ambulant im KH
Anteil	59%	31%	9%	27%	50%	23%
Alter	51	52	46	59	64	54
Morbidität	1,11	0,87	0,82	1,66	1,28	1,05
Dringlichkeit	0,06	0,05	0,04	0,07	0,06	0,04
Entfernung	10	8	10	11	8	10

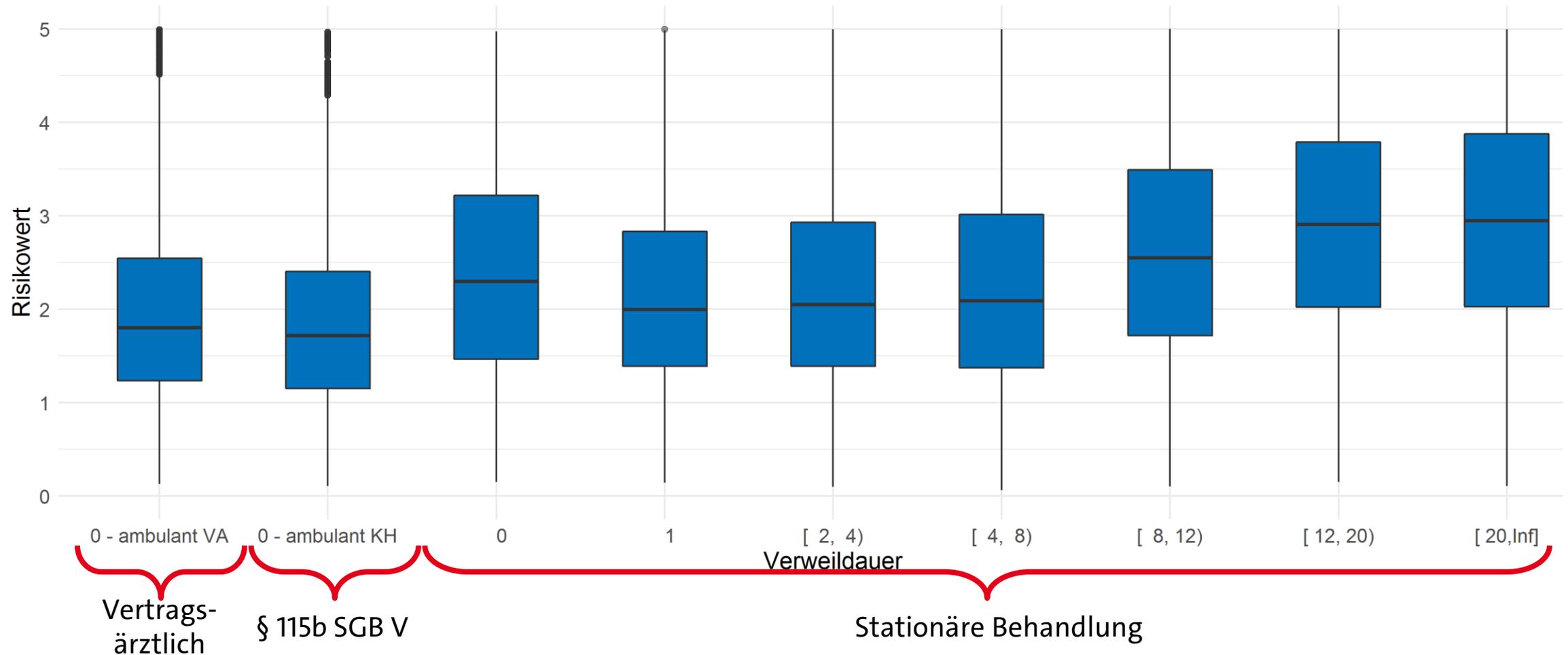
VERGLEICH VON ZWEI SEHR HÄUFIGEN OPS

	5-144 (Extrakapsuläre Extraktion der Linse)			5-812 (Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken)		
	Stationär im KH	Vertrags-ärztlich	Ambulant im KH	Stationär im KH	Vertrags-ärztlich	Ambulant im KH
Anteil	17%	65%	18%	36%	47%	17%
Alter	75	75	74	52	54	54
Morbidität	2,3	1,8	1,8	1,0	0,8	0,8
Dringlichkeit	0,03	0,07	0,03	0,03	0,03	0,03
Entfernung	13	10	10	13	9	11

EIN DETAILVERGLEICH FÜR EINEN OPS AUßERHALB DES ABSCHNITT 1

Morbidität der Patientinnen und Patienten bei OPS 1-275.0

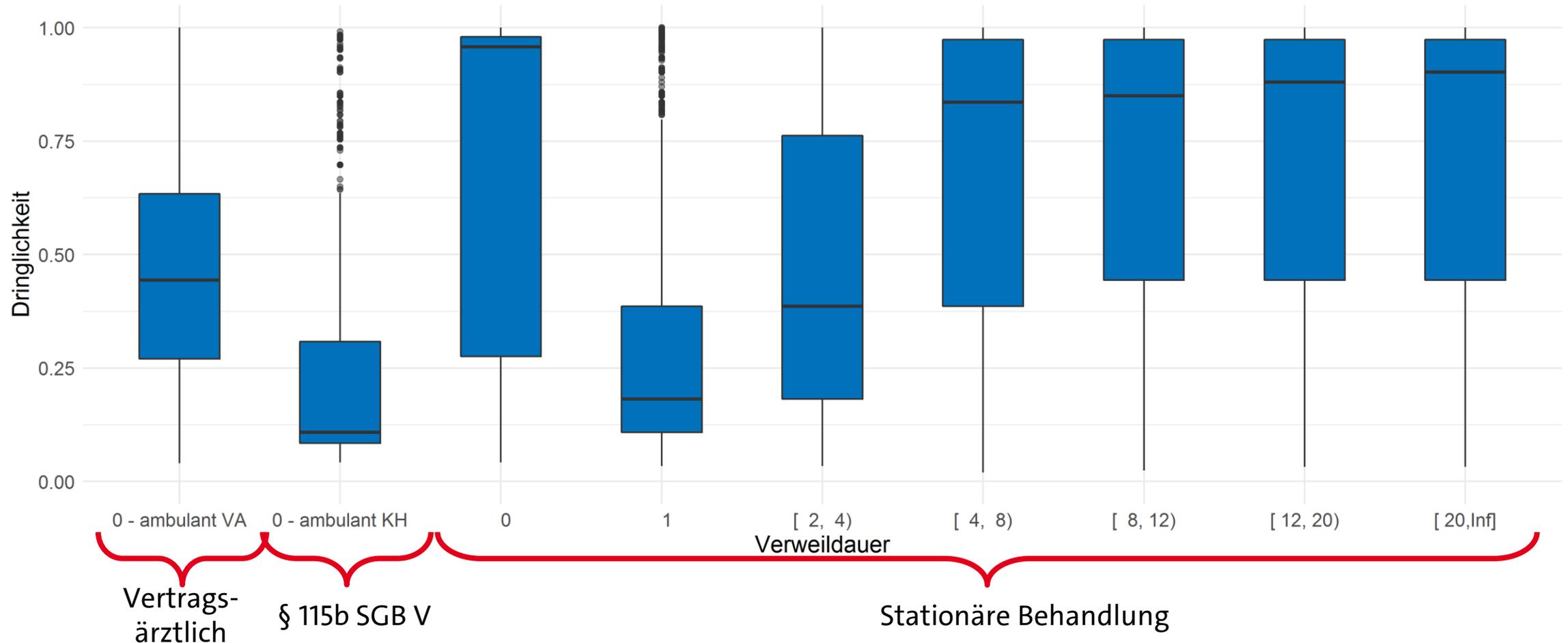
Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen



EIN DETAILVERGLEICH FÜR EINEN OPS AUßERHALB DES ABSCHNITT 1

Morbidität der Patientinnen und Patienten bei OPS 1-275.0

Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen



FAZIT

- 1 Die allgemeine **Vergleichbarkeit** der Daten ist durch unterschiedliche Rahmenbedingungen **erschwert**

- 2 Relevante Anteile der Leistungen des AOP-Kataloges werden bereits ambulant erbracht
 - das Leistungsgeschehen ist **hochkonzentriert**;
über die Hälfte der Fälle des Abschnitts 1 des AOP-Katalogs entfällt auf 30 OPS-5-Steller
 - stärker im vertragsärztlichen Bereich als ambulant im Krankenhaus
 - die **Morbidität** ist sehr **unterschiedlich** und abhängig vom OPS
 - es gibt **große Überschneidungen** zwischen den Versorgungssettings

- 3 Die Fallkomplexität innerhalb eines OPS kann sich erheblich unterscheiden, Kontextfaktoren sind wichtig.
 - Allgemein hohe Morbidität ist **kein grundsätzlicher Hinderungsgrund** für die ambulante Erbringung, muss im Kontext der Leistung betrachtet werden

FRAGEN

