

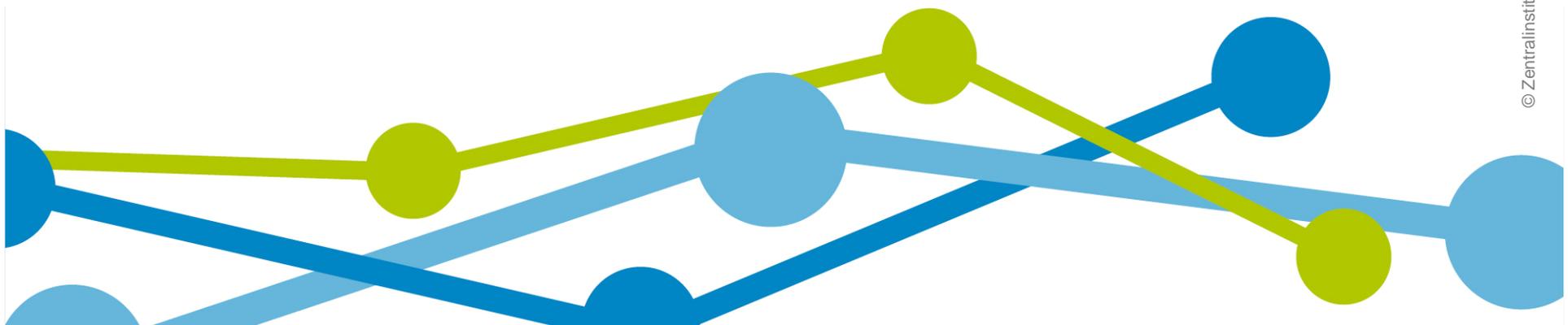


ZENTRALINSTITUT FÜR DIE  
KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG  
IN DEUTSCHLAND

Gesundheitsökonomische Gespräche 2019  
Ludwigshafen, 25.10.2019

## Sektorenübergreifende Vergütung - aus Sicht des Zi

Thomas Czihal



# Finanzielle Anreize für effizientere Versorgungsstrukturen?

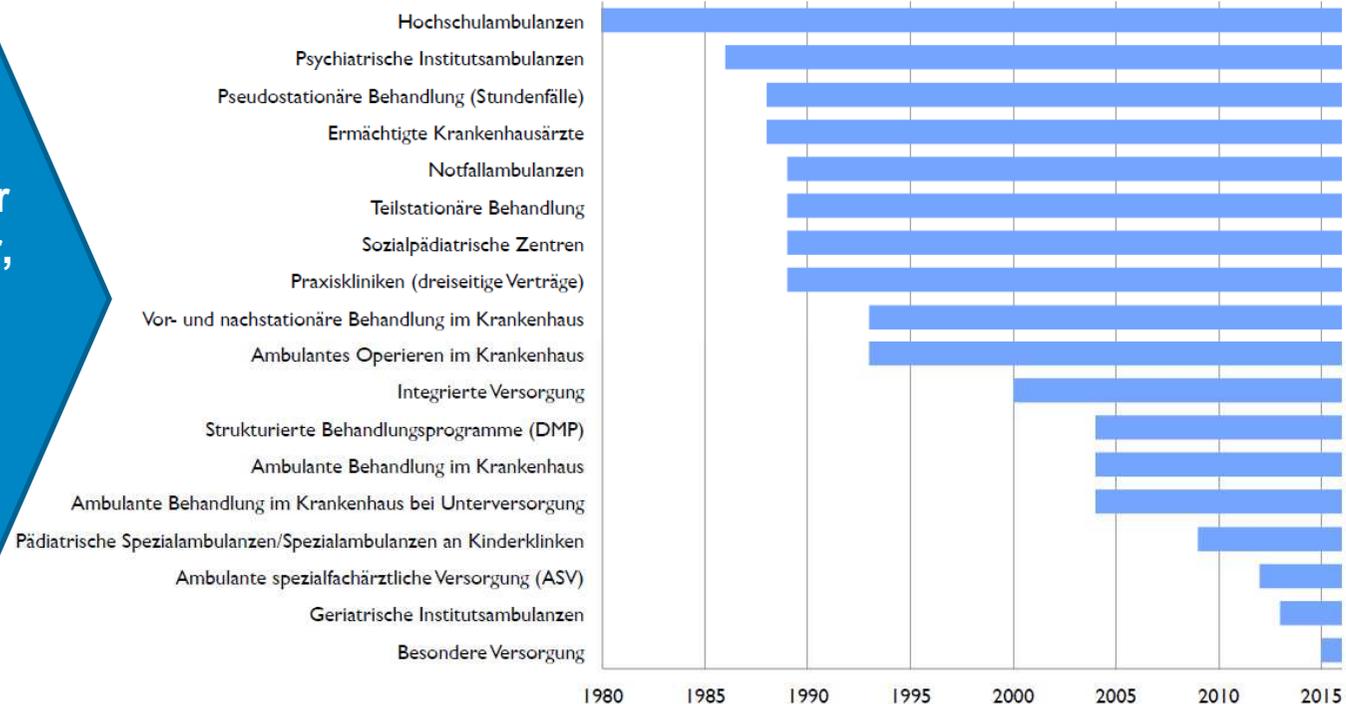
**These: sektorübergreifend kann bisher nur das Krankenhaus agieren**

1. Gesetzgeber sucht neue Gestaltungsmöglichkeiten bisher meist am Krankenhaus
2. „Wildwuchs der Regelungen“ (Leber/Wasem 2016) eröffnet Krankenhäuser zahlreiche Optionen für ambulante Leistungserbringung
3. Sektorübergreifende Versorgungsoptionen ausgehend von der vertragsärztlichen Versorgung fehlen

# Wettbewerbsverzerrung

## Zunehmende Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung

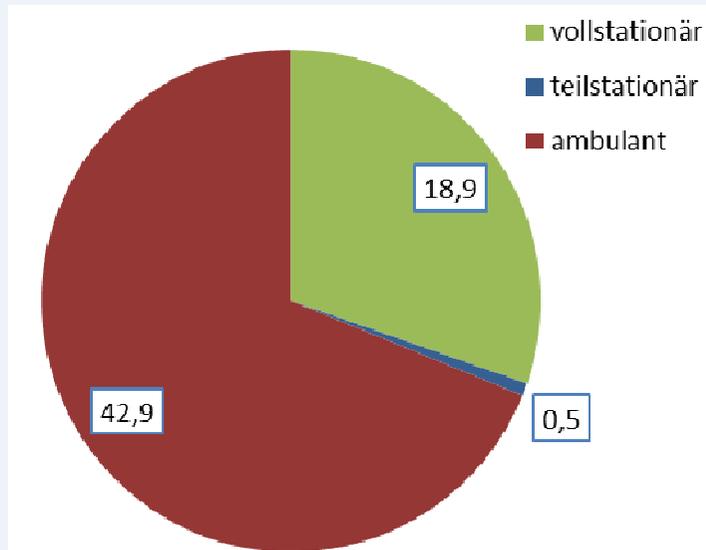
18 Optionen für Krankenhäuser, Leistungen ambulant zu erbringen



Leber W, Wasem J (2016) Ambulante Krankenhausleistungen – ein Überblick, eine Trendanalyse und einige ordnungspolitische Anmerkungen. In: Klauber J et al (Hg.) Krankenhausreport 2016

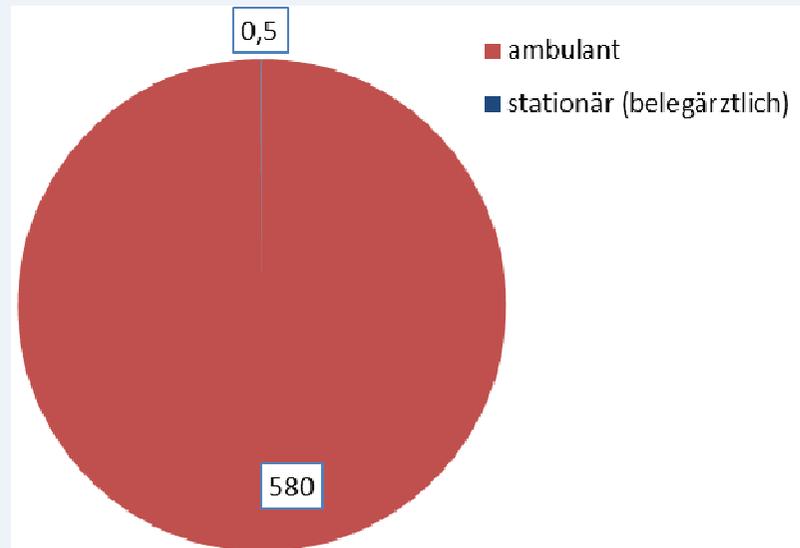
# Wettbewerbsverzerrung

## Verteilung der Behandlungsfälle im Krankenhaus



Quelle: Zi, Datenbasis: GBA - Daten der Krankenhaus-Qualitätsberichte für 2015, Angaben in Mio. Fällen

## Verteilung der Behandlungsfälle in der vertragsärztlichen Versorgung



Quelle: Zi, Datenbasis: vertragsärztliche Abrechnungsdaten 2015, Angaben in Mio. Fällen

Sektorenübergreifende Versorgung: bisher nur eine Option für Krankenhäuser

# Finanzielle Anreize für effizientere Versorgungsstrukturen?

**These: Gewachsene Vergütungsstrukturen können nicht sinnvoll sektorenübergreifend integriert werden**

1. unterschiedliche Kalkulationssystematik im EBM und in DRGs
2. sektorspezifische Mengenbegrenzungen haben keinen gemeinsamen Nenner und wirken unterschiedlich stringent

## Vergütung: 2 unterschiedliche Ansätze (Eckpunkte I)

### EBM:

1. Kalkulation: **Normkostenansatz**, bottom-up, teils stark pauschalisiert
2. Leistungsbündel werden nach medizinischen und versorgungspolitischen Gesichtspunkten definiert
3. AL- und TL-Komponente
4. Modellierung des Zeit- und Kostenaufwands durch Praxisbetriebsmodelle im Standard-Bewertungssystem, Aktualisierung der Mittelwerte durch Erhebungen
5. Referenzwert: Vollzeittätigkeit für GKV-Versicherte soll mindestens vergleichbare ‚Entlohnung‘ der Arztzeit gewährleisten wie das Gehalt eines leitenden Oberarztes im Krankenhaus
6. EBM-Punktzahl x Orientierungswert = Vergütung



## Vergütung: 2 unterschiedliche Ansätze (Eckpunkte I)

### EBM:

1. Kalkulation: **Normkostenansatz**, bottom-up, teils stark pauschalisiert
2. Leistungsbündel werden nach medizinischen und versorgungspolitischen Gesichtspunkten definiert
3. AL- und TL-Komponente
4. Modellierung des Zeit- und Kostenaufwands durch Praxisbetriebsmodelle im Standard-Bewertungssystem, Aktualisierung der Mittelwerte durch Erhebungen
5. Referenzwert: Vollzeittätigkeit für GKV-Versicherte soll mindestens vergleichbare ‚Entlohnung‘ der Arztzeit gewährleisten wie das Gehalt eines leitenden Oberarztes im Krankenhaus
6. EBM-Punktzahl x Orientierungswert = Vergütung

### DRG:

1. Kalkulation: **Istkostenansatz**, top-down, statistische Verteilungsrechnung
2. Gesamte Fallkosten einer KH-Stichprobe (alle Kostenarten gemäß Kalkulationshandbuch) sowie Diagnosen plus Leistungen je Fall gehen in eine Regressionsrechnung ein, um Relativgewicht je DRG zu ermitteln (bei gegebenem Kostenvolumen sollen Fallkosten je DRG möglichst gut durch klinische Merkmale erklärt werden)
3. DRG-Katalog soll homogene Aufwandkategorien liefern; jährliche Anpassung, Häufigkeitsänderung von Diagnosen & Leistungen gehen ein
4. Relativgewicht x Landesbasisfallwert = Vergütung



# Finanzielle Anreize für effizientere Versorgungsstrukturen?

These: Anreizwirkung begünstigt Leistungen des Krankenhauses

1. besondere Benachteiligung einzelner Angebotsformen (z.B. Belegärzte)
2. Auswahl zwischen DRG, EBM und Einzelvereinbarungen für ambulante Leistungen (z.B. Klinikambulanzen): fehlender Referenzmaßstab für Effizienz erlaubt Verschiebung von Leistungen in die profitabelste Abrechnungssparte (trotz MDK-Prüfungen)
3. sektorspezifische Preisbildung begünstigt stationäre Leistungen
4. Anstellung im Krankenhaus bleibt finanziell attraktiver als Niederlassung

# Benachteiligung belegärztlicher Leistungen

Erlös-Mediane für 10 häufigste belegärztliche DRGs, die über den OPS mit EBM-Vergütung verglichen werden können:

## Für das Krankenhaus

- Hauptabteilungs-DRG: Median €2320
- Belegabteilungs-DRGs: Median €1567

## Für den Belegarzt

- ambulante Durchführung (Kapitel 31 EBM): Median €447
- belegärztliche Durchführung (Kapitel 36 EBM): Median €270

Quelle: 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. *Gesundh ökon Qual manag* 22(05): 244-254; DOI: 10.1055/s-0043-100689

# Gestaltungsoptionen für Krankenhäuser

## Heterogenität am Beispiel der Vergütungen

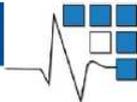
Versorgungsform	Grundlage	Vergütung
<b>Ambulantes Operieren</b>	§ 115b	Weitgehend nach Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM)
<b>Hochschulambulanzen</b>	§ 117	Frei vereinbart, überwiegend Quartalspauschalen und ergänzende Einzelleistungen
<b>Psychiatrische Institutsambulanzen</b>	§ 119	Überwiegend Quartalspauschalen; mehrere Länder wenden ein bayerisches Einzelleistungssystem an
<b>Vor- und nachstationär</b>	§ 115a	In DRG-Fallpauschalen abgegolten, ansonsten abteilungsbezogene Pauschale
<b>Tellstationär</b>	§ 39	Hauspezifische Tages- und Fallpauschalen
<b>Ermächtigungen</b>	§ 116 ff.	Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)
<b>Unterversorgung</b>	§ 116a	Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)
<b>Hochspezialisierte Leistungen</b>	§ 116b	Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) mit Ergänzungen
<b>DMP (Chronikerprogramme)</b>	§ 137f	Frei vereinbart
<b>Pseudostationäre Behandlung</b>		DRGs
<b>Integrierte Versorgung</b>	§ 140 a-f	Frei vereinbart

DRGs,  
freie  
Vereinbarungen,  
EBM

- ▼ Ähnliche Unterschiede bei
- Bedarfsplanung
  - Zugang zu Innovationen
  - Wirtschaftlichkeitsprüfungen
  - ....

UNIVERSITÄT  
DUISBURG  
ESSEN

Offen im Denken



Alfried Krupp von Bohlen und Halbach  
Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement

Univ.-Prof. Dr. Jürgen  
Wasem

CINCH  
competent in competition + health

EsfoMed

Essener Forschungsinstitut für  
Medizinmanagement GmbH

4

Leber W, Wasem J (2016) Ambulante Krankenhausleistungen – ein Überblick, eine Trendanalyse und einige ordnungspolitische Anmerkungen. In: Klauber J et al (Hg.) Krankenhausreport 2016

Zi

# Ungleiche Preisentwicklung

Jahr	Festlegung stationärer Basisfallwert			ambulant Δ OW	Differenz in %- Punkten
	Grundlohnrate	Orientierungswert	Veränderungswert		
2018	2,97 %	2,11 %	2,97 %	1,2%	-1,8
2017	2,50 %	1,54 %	2,50 %	0,9%	-1,6
2016	2,95 %	1,57 %	2,95 %	1,6%	-1,4
2015	2,53 %	1,44 %	2,53 %	1,4%	-1,1
2014	2,81 %	2,02 %	2,81 %	1,3%	-1,5
2013	2,03 %	2,00 %	2,03 %	0,9%	-1,1
<b>Gesamt</b>			<b>15,8%</b>	<b>7,3%</b>	<b>-8,5</b>

Quelle: Basisfallwertentwicklung: GKV SV ([https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv\\_spitzenverband/presse/fokus/krankenhausfinanzierung/thema\\_krankenhausfinanzierung.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/fokus/krankenhausfinanzierung/thema_krankenhausfinanzierung.jsp))

Seit Jahren gelten für Krankenhäuser nicht die mittleren Kostenveränderungen (stationärer Orientierungswert) sondern die höhere Grundlohnrate (Meistbegünstigungsklausel). Bei der Berechnung des ambulanten Orientierungswerts werden zudem Wirtschaftlichkeitsreserven gegengerechnet.

Folge: KH-Basisfallwert steigt systematisch stärker als OW der Vertragsärzte = höhere Gewinnchancen für wirtschaftlich betriebene Krankenhäuser! Eine vergleichbare Logik für Vertragsärzte würde eine Unternehmerlohnkomponente finanzieren.

Quelle: Vertragsärztliche Versorgung in Bayern und in Deutschland zukunftssicher machen, KV Bayerns 2017



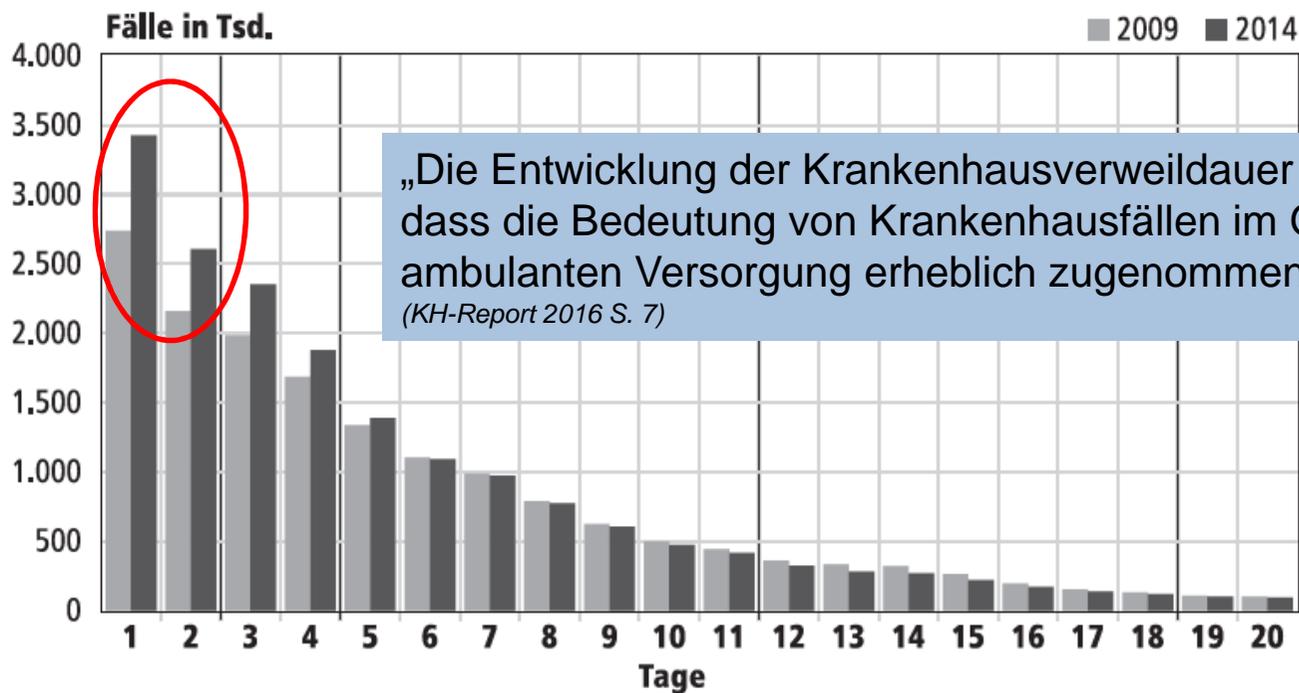
# Finanzielle Anreize für effizientere Versorgungsstrukturen?

**These: Ambulantes Potenzial wird nicht ausgeschöpft**

1. hoher, wachsender Anteil Kurzlieger
2. wachsender Anteil sogenannter Notaufnahmen
3. Regionale Analyse zeigen erhebliche Unterschiede in der Realisierung des ambulanten Potenzials
4. Belegärztliche Leistungen sind eine effiziente Alternative (keine höhere Prävalenz stationärer Leistungen)

# Ambulantes Potential

**Vollstationäre somatische Fälle nach Verweildauer (Entlassungen 2009 und 2014)**



„Die Entwicklung der Krankenhausverweildauer deutet darauf hin, dass die Bedeutung von Krankenhausfällen im Grenzbereich zur ambulanten Versorgung erheblich zugenommen hat.“  
 (KH-Report 2016 S. 7)

Quelle: Daten nach § 21 KHEntgG

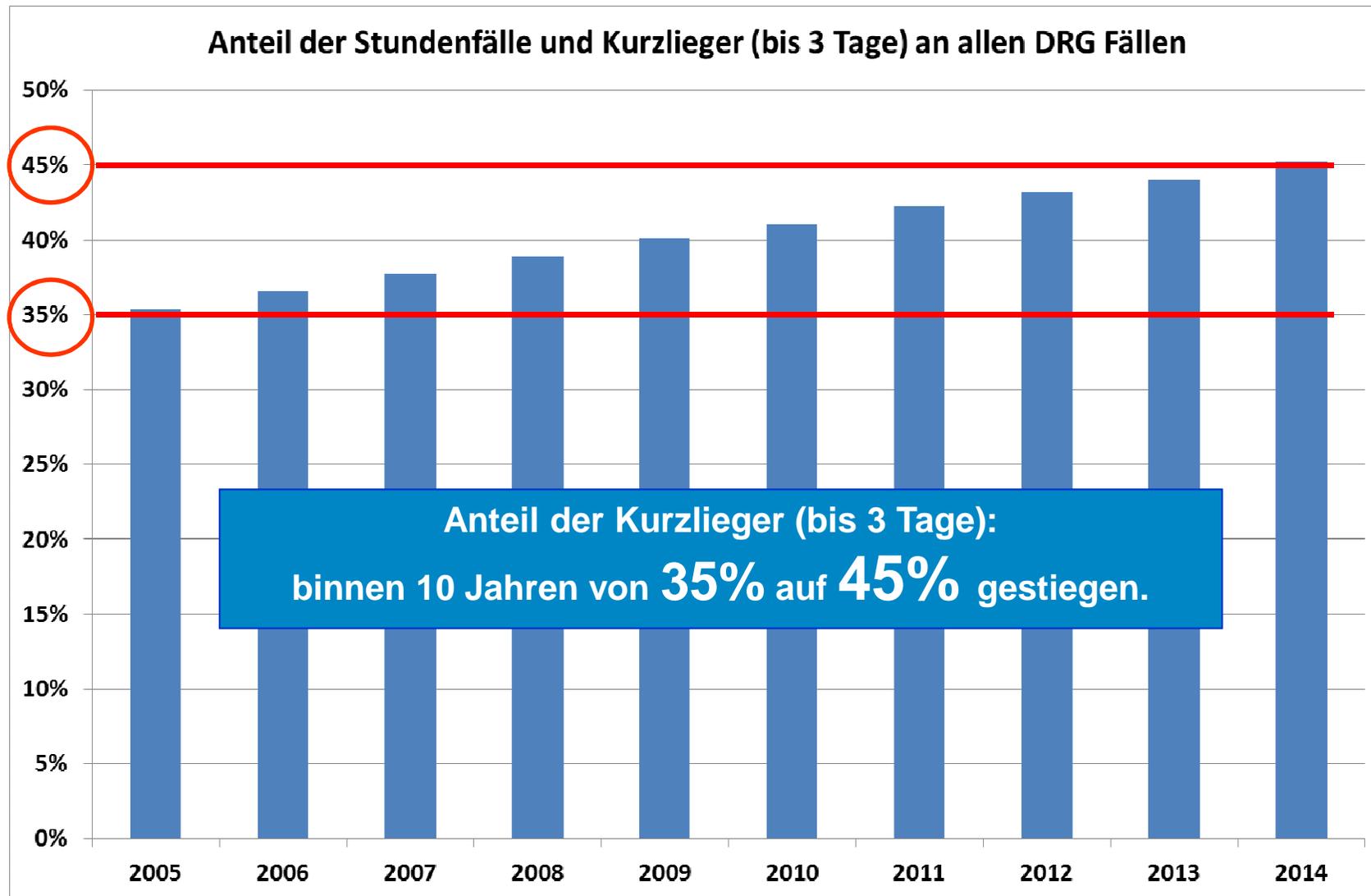
Krankenhaus-Report 2016

WIdO

Leber W, Wasem J (2016) Ambulante Krankenhausleistungen – ein Überblick, eine Trendanalyse und einige ordnungspolitische Anmerkungen. In: Klauber J et al (Hg.) Krankenhausreport 2016



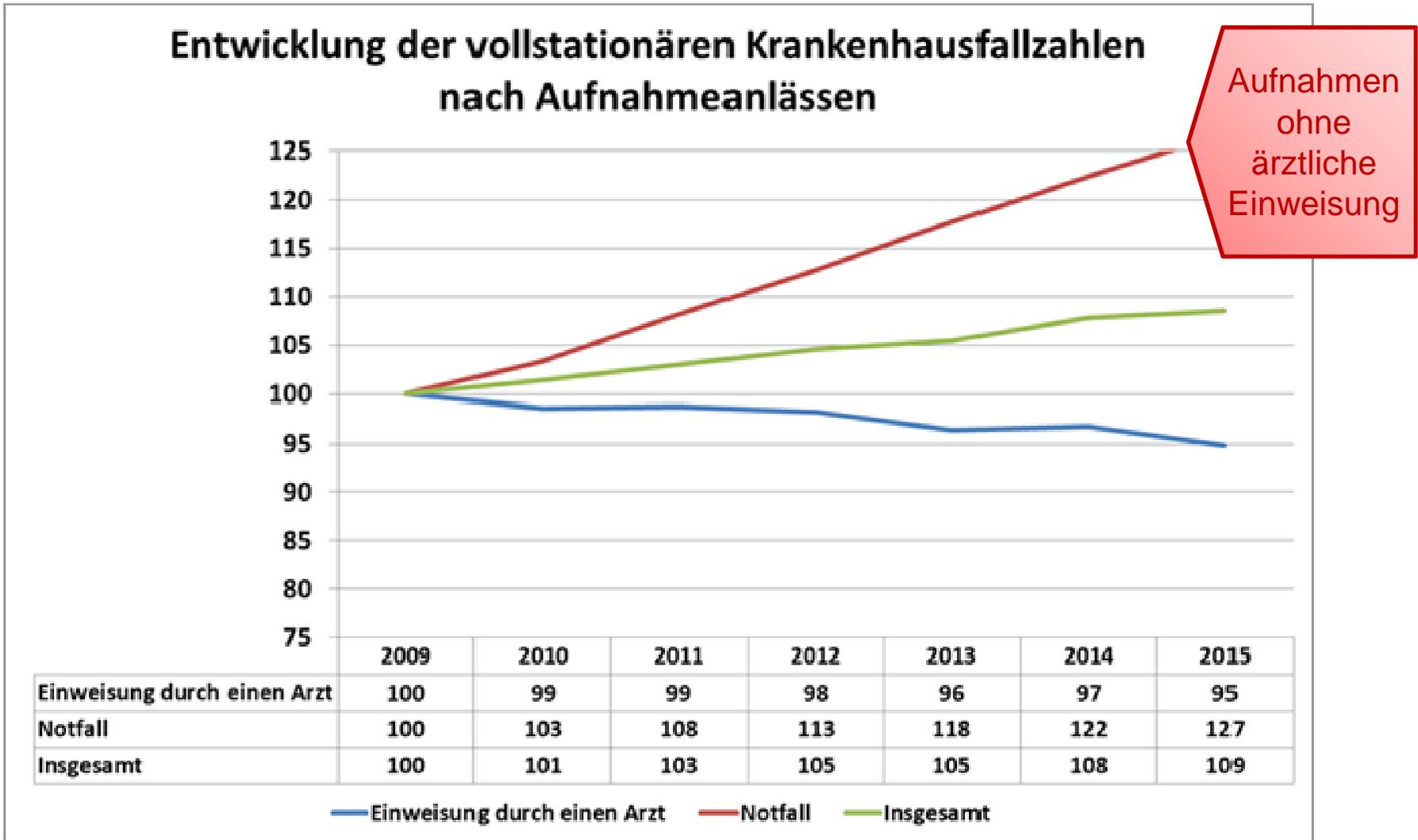
# Ambulantes Potential gemäß SVR 2012



Quelle: eigene Berechnungen (Zi) auf Basis der DRG-Statistik des Stat. Bundeamtes



## Fallzahlenanstieg als Folge zunehmender Direktinanspruchnahme der Krankenhäuser



Quelle: Zi auf Basis der Fachserie 12 Reihe 6.4; 2009 – 2015; Statistisches Bundesamt



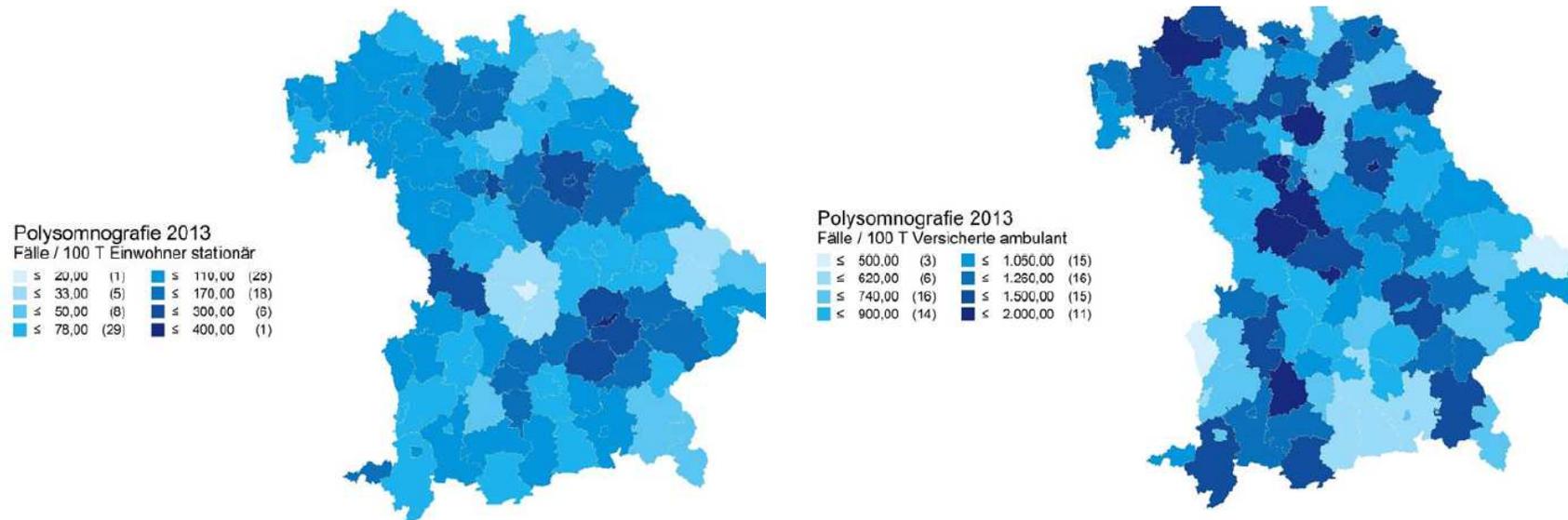
# Regionale Effizienzpotenziale

## - Beispiel kardiorespiratorische Polysomnographie in Bayern

Parameter	stationär	ambulant
Mittelwert	94,50 / 100 T EW	1.025,10 / 100 T V
Standardabweichung	53,02	342,36
Minimum	13,99	385,14
Maximum	343,02	1.816,37
Median	84,75	980,94
Variationskoeffizient	56	33
Min/Max Ratio	25	5
Anzahl Landkreise mit n=0	0	0

Ebene:  
96 Kreise

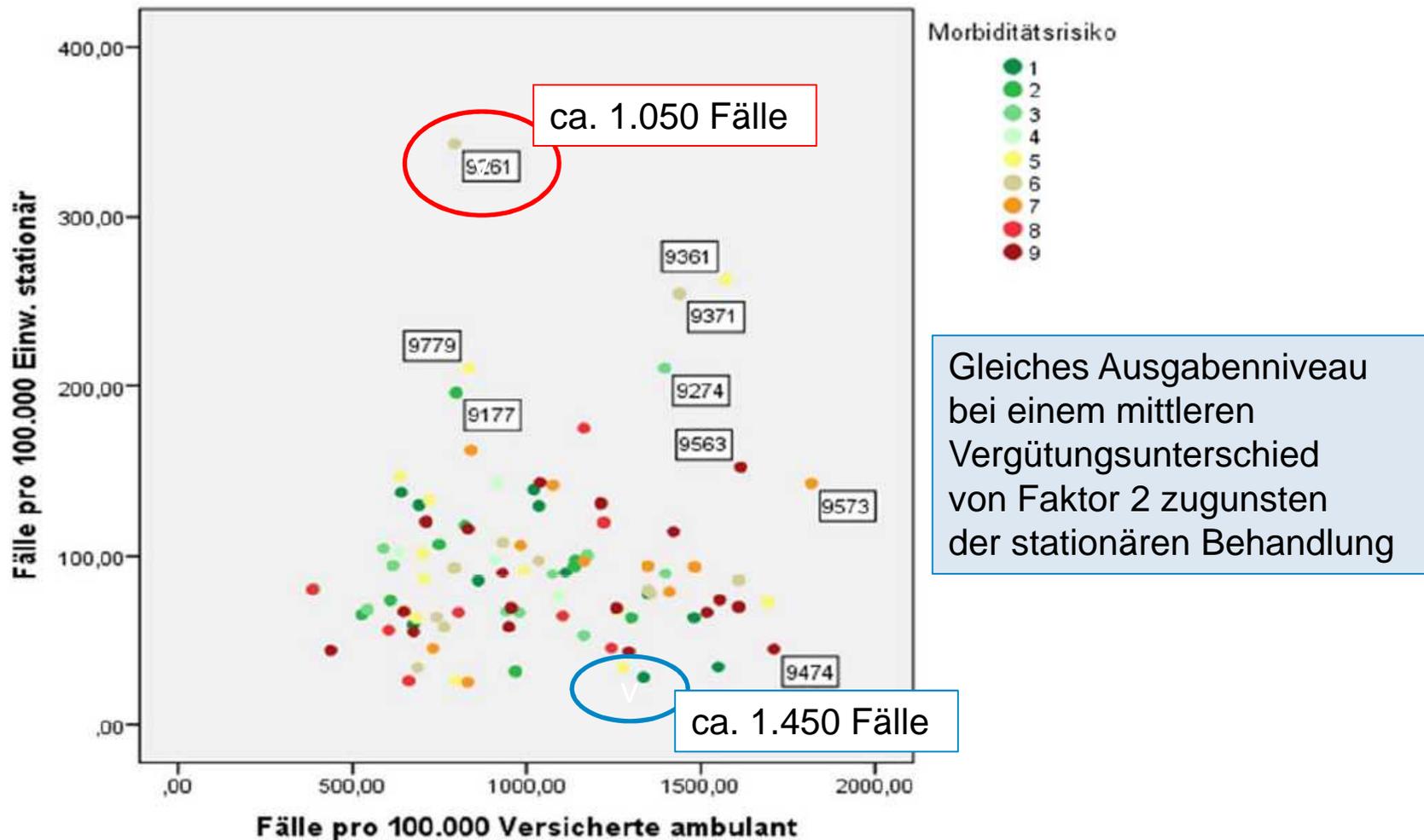
Tabelle 19: Lage- und Streuungsmaße der standardisierten Leistungsdaten für die kardiorespiratorische Polysomnografie



Quelle: Drösler S. et al (2016) Möglichkeiten der Berücksichtigung von Besonderheiten der Versorgungsstrukturen als modifizierender Faktor des risikoadjustierten Behandlungsbedarfs im Rahmen der vertragsärztlichen Vergütung. Gutachten im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB)

# Regionale Effizienzpotenziale

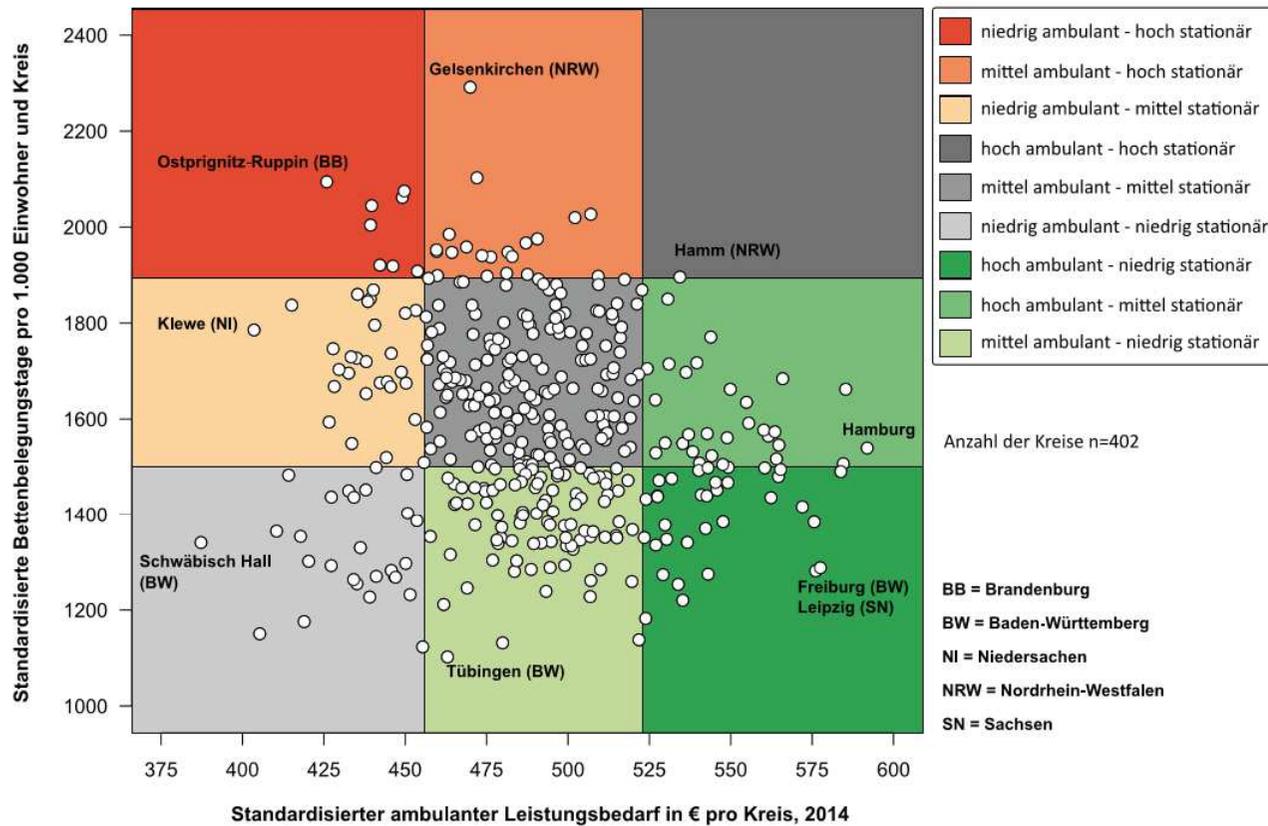
## - Beispiel kardiorespiratorische Polysomnographie in Bayern



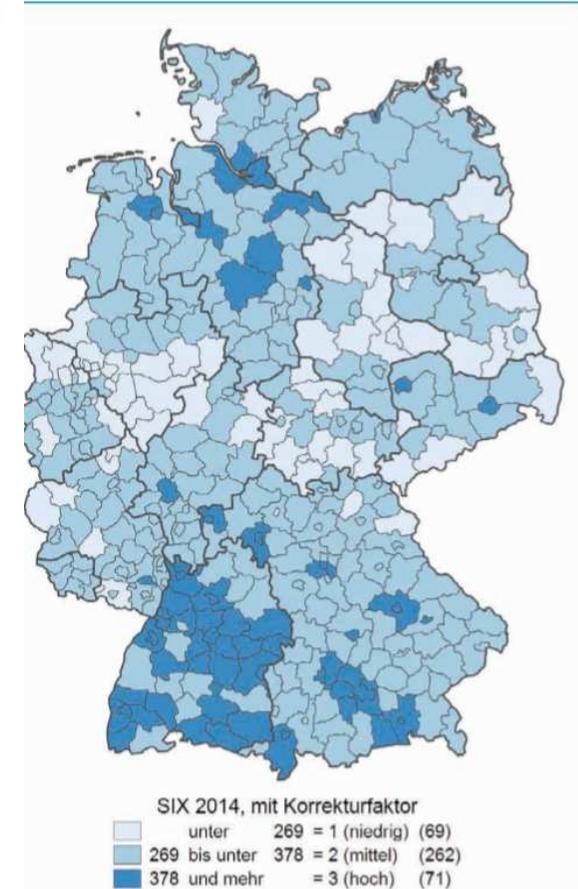
Quelle: Drösler S. et al (2016) Möglichkeiten der Berücksichtigung von Besonderheiten der Versorgungsstrukturen als modifizierender Faktor des risikoadjustierten Behandlungsbedarfs im Rahmen der vertragsärztlichen Vergütung. Gutachten im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB)

# Insgesamt mehr ambulant und weniger stationär

## - aber: effiziente und weniger effiziente Regionen



**Abbildung 9:** Sektorenindex (SIX) – Scatterplot der Kreise, x-Achse: standardisierter ambulanter Leistungsbedarf in Euro im Jahr 2014 (gepoolt 2013 bis 2015); y-Achse: standardisierte Bettenbelegungstage je 1.000 Einwohner für das Jahr 2014 (gepoolt 2013 bis 2015); Einteilung in jeweils drei äquidistante Klassen als 3x3-Felder-Tafel; einige Kreise mit extremen Positionierungen in den jeweiligen Feldern (sogenannte Outlier) sind zur Orientierung bezeichnet (n=402 Kreise gemäß administrativer Struktur zum 31.12.2011)

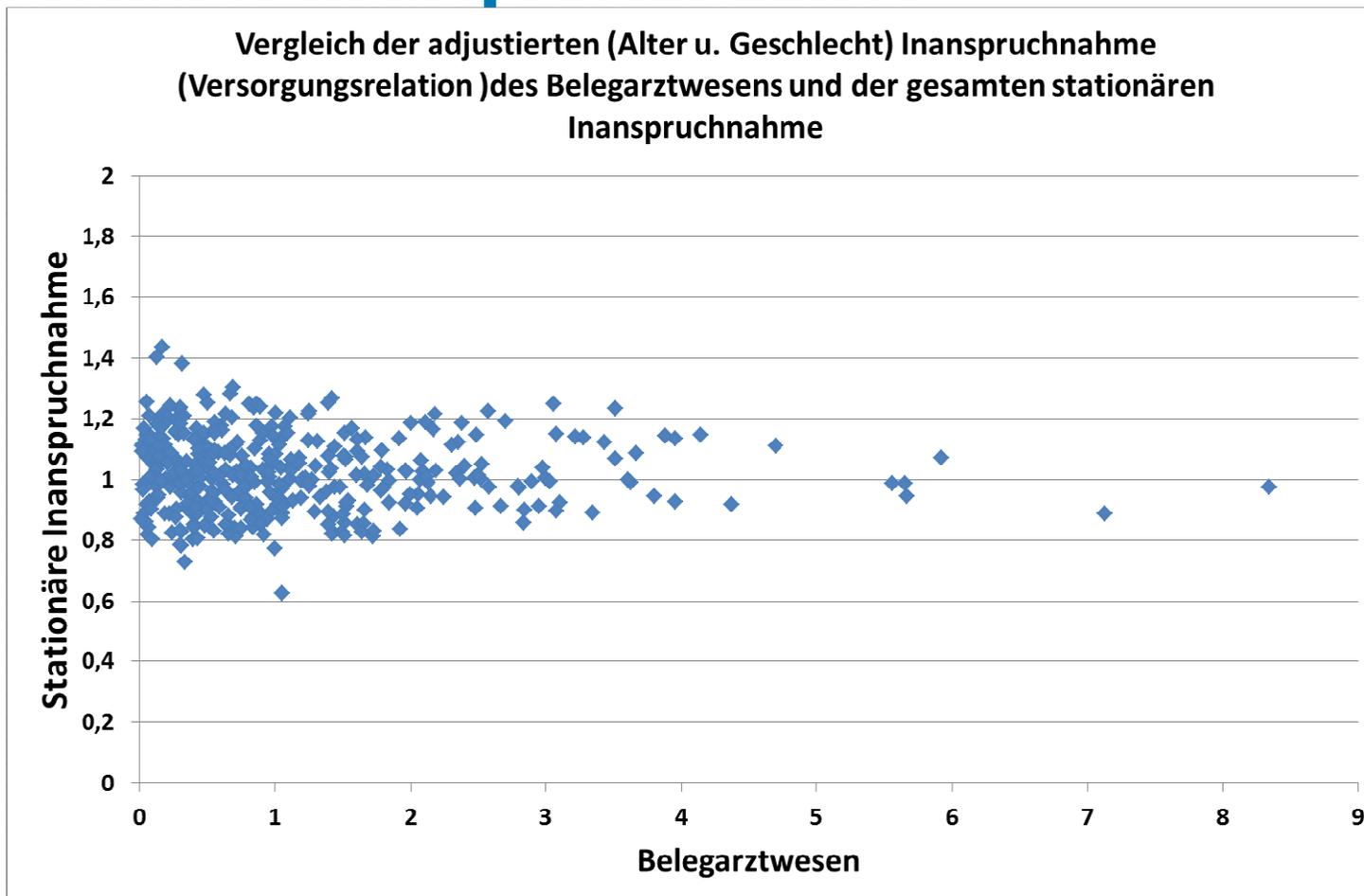


$$\text{SIX} = \frac{\text{ambulant}}{\text{stationär}}$$



Quelle: Goffrier B, et al (2018) Der Sektorenindex (SIX) – eine Kenngröße zur Darstellung der Wechselwirkungen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung auf Kreisebene. Versorgungsatlas-Bericht Nr. 18/01. DOI: 10.20364/VA-18.01.

# Führt Belegarztwesen zu vermehrter stationärer Inanspruchnahme?



**Nein!**  
Im regionalen Vergleich keine positive Korrelation  
– eher eine leicht negative.  
Ein Zusammenhang muss infrage gestellt werden.

# 3 Optionen



# 3 Optionen



## 1. Prospektive Mengenverschiebung (budgetwirksam)

- regionale Bewertung: wieviel mehr ambulante Leistungen, wieviel weniger stationäre Leistungen werden erwartet, z.B. nach Maßgabe von Best-Practice-Regionen
- Anpassung KHEntgG zur Aufnahme weiterer Kriterien in Mengenvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern
- Anpassung § 87a SGB V: Aufnahme von Versorgungszielen als weiteres Kriterium

# Best-Practice-Regionen - wo das ambulante Potenzial im Krankenhaus am weitesten ausgeschöpft wurde

## Gruppe 1:

- höhere Dichte an niedergelassenen Haus- und Fachärzten
- geringste Aufnahmezeiten für ambulantsensitive Konditionen
- geringere Zuwachsraten bei den GKV-Ausgaben insgesamt

Zahlreiche Belege in der Literatur:

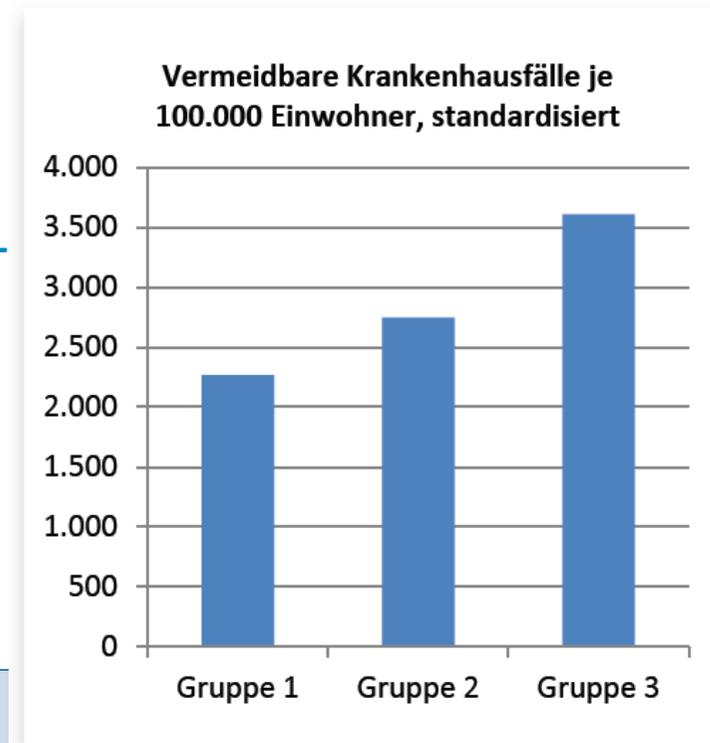
Investition in ärztliche Versorgung reduziert vermeidbare Krankenhausfälle

Vgl. zur Methode:

Czihal T et al. (2014) Arbeitsteilung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung (2011/2012).

Versorgungsatlas-Bericht Nr. 14/05., DOI: 10.20364/VA-14.05

Goffrier B, et al (2018) Der Sektorenindex (SIX) – eine Kenngröße zur Darstellung der Wechselwirkungen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung auf Kreisebene. Versorgungsatlas-Bericht Nr. 18/01. DOI: 10.20364/VA-18.01.



# 3 Optionen



## 2. Zwischenlösungen:

- Fördermaßnahmen, z.B. Aufwertung belegärztlicher Leistungen;
- Mischpreis für ein bestimmtes Verhältnis aus ambulanten und stationären Leistungen (sogenannte Hybrid-DRG)
- Prämien für Schaffung stationersetzender ambulanter Strukturen und attraktive Vergütungsregeln außerhalb der sektorspezifischen Budgets

# Beispiel für eine Hybrid-DRG

Sektorenunabhängige Versorgung in der Chirurgie Zi Sept. 2017

**Umsetzung als Pilotprojekt: Kalkulation**

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

Prämisse: Leistung wird nicht teurer als in der Regelversorgung

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

- Vergleich der gewichteten Durchschnittspreise je Leistung: Leistenhernie

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

Preise und Mengen sind ein unverbindliches Beispiel



Mischkalkulation

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

BDCI  Dr. med. Stephan Dittrich, Gutachten- und Privatpraxis copy right 

# 3 Optionen



## 3. Neukonzipierung und –kalkulation der Vergütung:

1. Schaffung einer ärztlichen Gebührenordnung für alle ambulant erbringbaren Leistungen
2. Ausgliederung dieser Leistungen aus den DRGs, Vergütung für Ärzte gemäß Gebührenordnung
3. einheitliche Rahmenbedingungen unabhängig vom Ort der Leistungserbringung, keine sektorspezifischen Mengenbegrenzungen
4. Kalkulationsprinzipien: AL für ärztliche Arbeitszeit, Normkostenansatz für TL (inkl. Vorhaltekosten und Übernachtungspauschalen)



# Fazit

Was wir erreichen müssen:  
**„Verpackungsaufwand“ reduzieren**



**Transparente Gebührenordnung**  
mit einem Preis je ambulant erbringbarer Leistung  
unabhängig vom Ort der Behandlung  
für GKV-Versicherte



**Vielen Dank für  
Ihre Aufmerksamkeit**

[www.zi.de](http://www.zi.de)

**Zentralinstitut für die  
kassenärztliche Versorgung  
in der Bundesrepublik Deutschland**

Herbert-Lewin-Platz 3  
10623 Berlin

Tel. +49 30 4005 2450

Fax +49 30 4005 2490

zi@zi.de

