

# **Sektorenübergreifende Vergütung aus Sicht der Wissenschaft**

**Dr. Martin Albrecht, IGES Institut**

Gesundheitsökonomische Gespräche  
Ludwigshafen, 25. Oktober 2019

1. Gesundheitspolitischer Kontext
2. Ausmaß der Vergütungsunterschiede an der Sektorengrenze
3. Ansatzpunkte für sektorenübergreifende Vergütung

# 1. Gesundheitspolitischer Kontext

## Mangelnde Integration medizinischer Versorgung

- „Schnittstellen“ zwischen Leistungssektoren (v.a. ambulant/stationär)
- strikt voneinander getrennte Regelsysteme
- gilt als zentrale Schwachstelle des deutschen Gesundheitssystems

## Schnittstellenprobleme

### 1. Versorgungsbrüche

ältere, chronisch/mehrfach Erkrankte

Zusammenwirken mehrerer Leistungsanbieter

### 2. Steuerung der Patienten in optimales Behandlungssetting

„sektorengleiche“ Behandlungsverfahren

Versorgungs- und Effizienzaspekte

→ Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Versorgung

→ medizinisch-technischer Fortschritt

# Vergütungsunterschiede für gleichartige Leistungen – Probleme

---

## **Geringe Ambulantisierung von Krankenhausleistungen**

- Potenzial ambulanter Operationen nicht ausgeschöpft
- knapp 20% aller Krankenhausfälle „ambulant-sensitiv“ (ASK)

## **Verzerrung der Wahl von Behandlungsmethoden**

- Bsp. Leistenhernienchirurgie

## **Fehlende Leistungsgerechtigkeit**

- Höhe der Vergütung gleicher ärztlicher Leistung: abhängig vom Behandlungsort anstatt Erkrankungsschwere oder Aufwand
- aber: Vorhalteleistungen (!)

## **Hemmung innovativer Versorgungsformen**

- Versorgung ländlicher Regionen: neue sektorenübergreifende Organisationsformen (z.B. IGZ) kaum adäquat finanzierbar

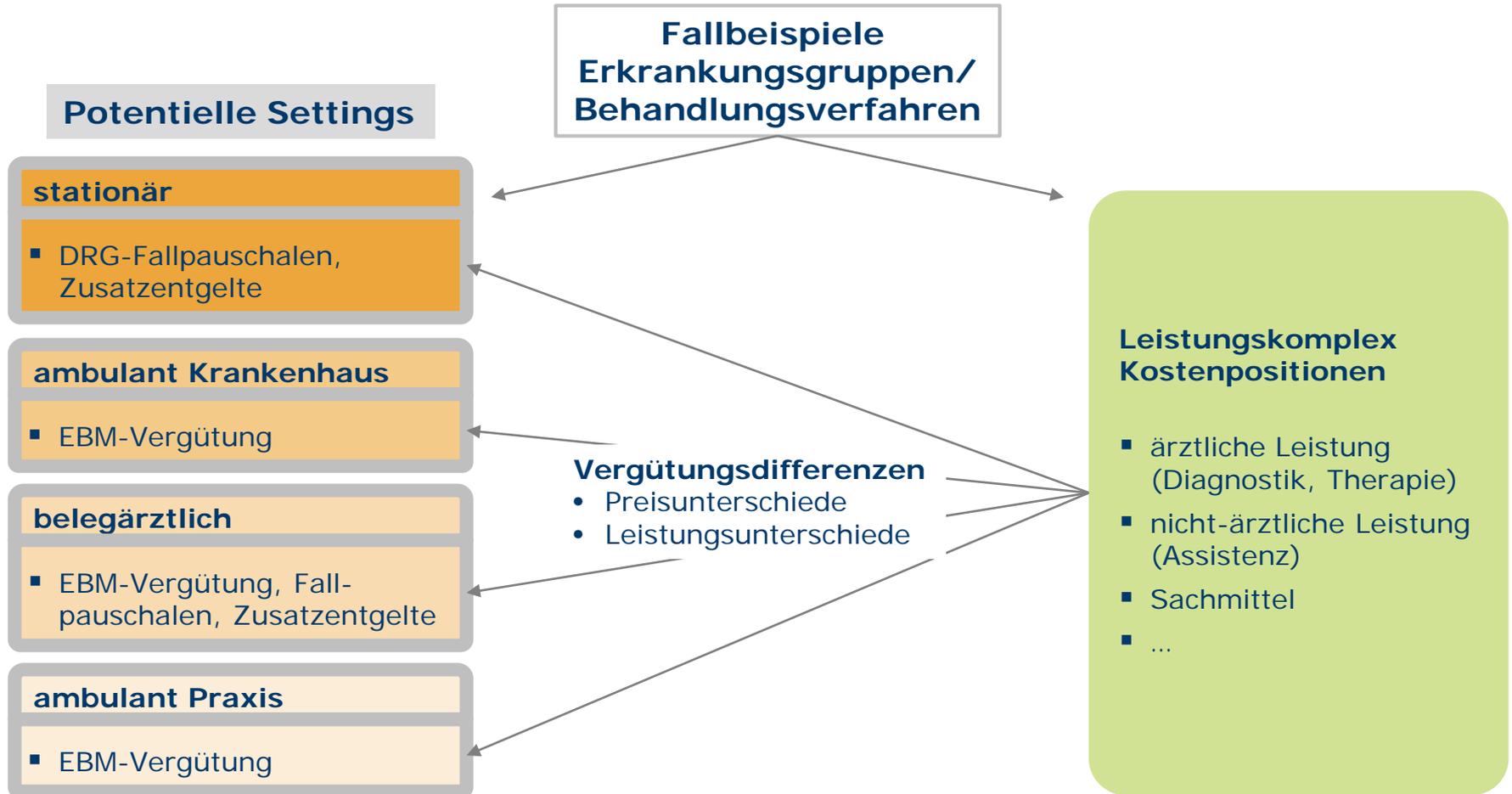
## 2. Vergütungsunterschiede an der Sektorengrenze

Auswahl von Fallbeispielen und  
methodisches Vorgehen

## Darstellung und Diskussion von Vergütungsunterschieden an der Sektorengrenze

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





# Kriterien für die Auswahl von Fallbeispielen

---

## Primäres Kriterium: sektorenübergreifende Relevanz

Leistungen auf Basis **DRG-Fallpauschalen** mit

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

Leistungen aus dem **AOP-Katalog**

- Kategorie 2

## Sekundäre Kriterien

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

# Ausgewählte Fallbeispiele auf Basis von DRG-Fallpauschalen

Fallbeispiel		Fachrichtung	Fallzahl (2017)	Anteil Fallzahl insg.
D30B	Tonsillektomie	HNO	83.373	0,4%
E63B	Schlafapnoe / Poly(somno)graphie	Innere Medizin - Pulmologie	103.800	0,5%
F71B	nicht schwere kardiale Arrhythmien	Innere Medizin - Kardiologie	282.059	1,5%
G67C	gastroenterologische Erkrankungen	Innere Medizin - Gastroenterologie	483.768	2,6%
K60F	Diabetes mellitus	Innere Medizin - Diabetologie	85.723	0,5%

Quelle: IGES auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes (2018)

# Ausgewählte Fallbeispiele

## hinsichtlich weiterer Auswahlkriterien

Fallbeispiel		Anteil PCCL 0 & 1 Normallieger	Ø VWD* (Tage) Normallieger	Anteil Kurzlieger
D30B	Tonsillektomie	96,1%	4,1	14,8%
E63B	Schlafapnoe / Poly(somno)graphie	93,7%	2,1	46,7%
F71B	nicht schwere kardiale Arrhythmien	84,7%	3,9	32,2%
G67C	gastroenterologische Erkrankungen	85,2%	3,5	31,2%
K60F	Diabetes mellitus	87,4%	6,3	12,2%

Quelle: IGES auf Basis G-DRG-Browser 2017\_2018 (InEK)

## stationär

- Vergütung DRG-Katalog 2019 (BBFW = 3.544,97 €)
- Hinzurechnung KHG-Investitionsförderung
  - Investitionsbewertungsrelationen: IBR-Katalog 2019
  - Investitionsfallwert: hypothetisch für Bund auf Basis der hälftigen IBR-Bezugsgröße (= 169,95 Euro)
- Abzug der Kosten für Arznei- und Sachmittel
  - Arzneimittel: Kostenartengruppen 4a (Gemeinkosten) und 4b (Einzelkosten)
  - Sachmittel: Kostenartengruppen 5, 6a-6c (Sachkosten für Im-/Transplantate, anderen medizinischen Bedarf, von Dritten bezogene medizinische Behandlungsleistungen)

## ambulant

- EBM (2019)
- Punktwert (Orientierungswert): 10,8226 Cent
- EBM-Äquivalente auf Basis der Häufigkeiten stationärer Diagnosen/Prozeduren (Fallzahlen: G-DRG-Browser 2017\_2018)
- Grundpauschalen gem. Altersstruktur stationärer Behandlungsfälle

## 2. Vergütungsunterschiede an der Sektorengrenze

Ergebnisse

# Fallbeispiel: gastroenterologische Erkrankungen – stationäre Diagnosen

Hauptdiagnosen DRG G67C		Fallzahl	Anteil
		(Normallieger)	
K59.0	Obstipation	43.174	14,2%
A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	39.578	12,9%
A09.0	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs	39.463	12,9%
K29.1	Sonstige akute Gastritis	28.158	9,2%
K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	19.643	6,4%
	<b>TOP 5 insg.</b>	<b>169.989</b>	<b>55,7%</b>

Quelle: IGES auf Basis G-DRG-Browser 2017\_2018 (InEK)

# Fallbeispiel: gastroenterologische Erkrankungen – stationäre Prozeduren

Prozeduren DRG G67C		Fallzahl	Anteil
		(Normallieger)	
1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	141.655	46,4%
1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	83.977	27,5%
1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	48.311	15,8%
1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	30.783	10,9%
3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	25.787	8,5%

Quelle: IGES auf Basis G-DRG-Browser 2017\_2018 (InEK)

# Fallbeispiel: gastroenterologische Erkrankungen - Vergütungsvergleich

stationär (DRG)		
	1 Tag	2 Tage
DRG G67C (Haupt)	787€	1.694€
+ Investitionskosten	67€	79€
- Arzneimittelkosten	-34€	-34€
- Kosten für Sachmittel	-148€	-148€
<b>insgesamt</b>	<b>671€</b>	<b>1.591€</b>

ambulant (EBM)			
EBM-Ziffer		Punkte	Euro
13390-13392	gastroenterologische Grundpauschale (altersgew.)	191	20,71€
13400	Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie	835	90,37€
13401	Zusätzliche Leistung(en) im Zus.hang mit GOP 13400	513	55,52€
13421	Zusatzpauschale Koloskopie	1.766	191,13€
13422	Zusatzpauschale (Teil-) Koloskopie	1.080	116,88€
13423	Zusätzliche Leistung(en) im Zus.hang mit GOP 13421 oder 13422	262	28,36€
19310	Histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials	83	8,98€
33042	Abdominelle Sonographie	157	16,99€
<b>insgesamt</b>			<b>528,94€</b>

# Ergebnisse für alle Fallbeispiele im Überblick

DRG	Bezeichnung	Vergütung stationär		Vergütung ambulant	Verh. stat./amb.	
		1 Tag	2 Tage		1 Tag	2 Tage
D30B	Tonsillektomie					
	- Hauptabteilung	1.484€	2.608€		1,6*	1,6*
	- Belegabteilung	951€	1.678€			
E63B	Schlafapnoe / Poly(somno)graphie	715€	1.058€	477€	1,5	2,2
F71B	nicht schwere kardiale Arrhythmien	578€	1.535€	220€	2,6	7,0
G67C	gastroenterologische Erkrankungen	671€	1.591€	529€	1,3	3,0
K60F	Diabetes mellitus	584€	2.443€	236€ **	2,5	10,3

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

\* Verhältnis vollstationär/belegärztlich; \*\* enthält zusätzliche Kosten einer Patientenschulung (Annahme: 100 €)

### 3. Ansatzpunkte für sektorenübergreifende Vergütung

# Ursachen der Vergütungsunterschiede: Rahmenbedingungen

---

## ökonomisch

- Kostenstrukturen: deutlich höhere Gemeinkosten im Krankenhaus (Kapazitätsvorhaltung: räumlich, personell: interdisziplinär & zeitlich)
- Investitionskostenfinanzierung: dual (bzw. faktisch teilmonistisch) vs. (implizit) monistisch

## regulatorisch

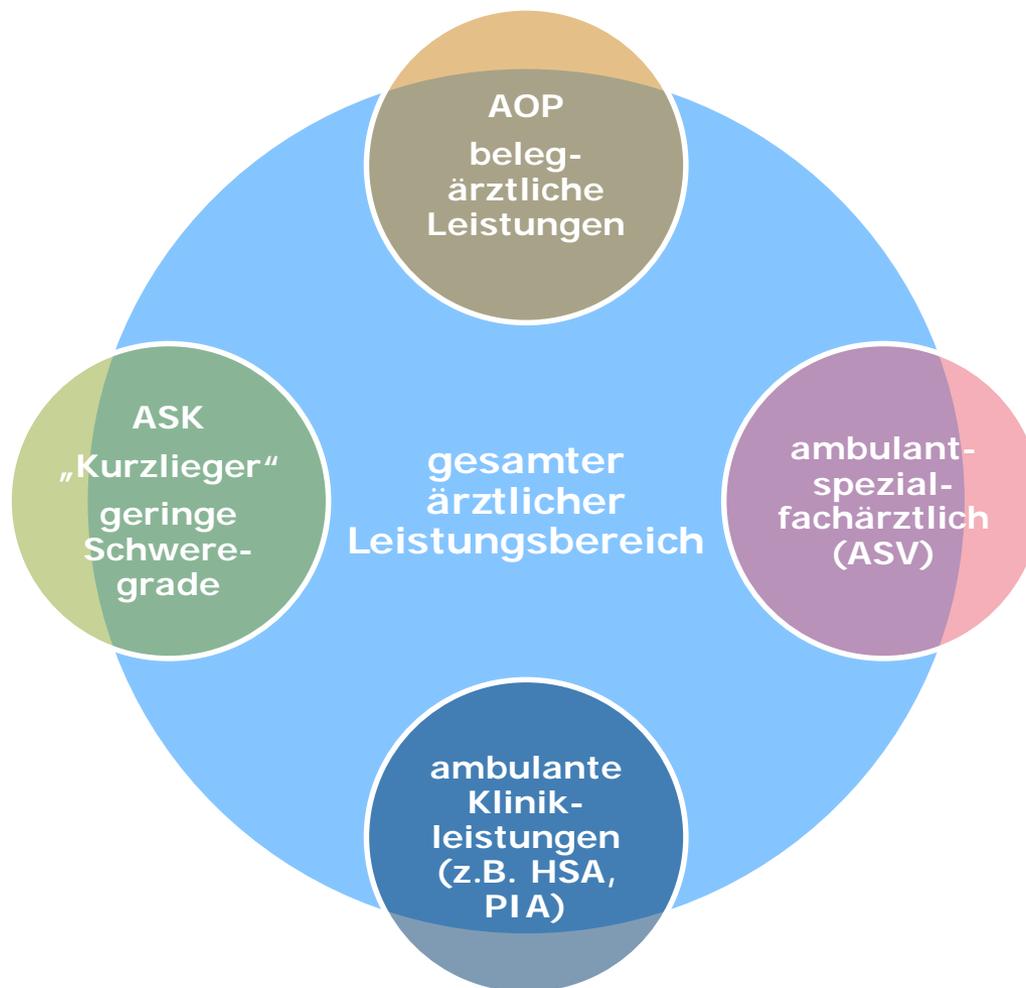
- Unterschiede budget-begrenzender Maßnahmen
- Qualitätssicherung und -förderung
- Innovationen: Erlaubnis- vs. Verbotsvorbehalt
- Kapazitätsplanung

# Ursachen der Vergütungsunterschiede: Vergütungssysteme

Vergütung	DRG	EBM
- Systematik	<b>Struktur- und Niveauelemente</b>	
	Bewertungsrelationen und LBFW	Punktzahlen und Punktwert
- Kalkulation	Prinzip der <b>Vollkostenrechnung</b>	
	Zuschlagskalkulation: Zuordnung von Gemeinkosten zu <b>Fallgruppen</b> als Kostenträger	direkte Zurechnung der Kostenarten (ärztl./techn.) zu <b>Einzelleistungen</b> mit Zeitbedarf (Ausn. : Versichertenpauschalen)
	<b>Ist-Kosten</b> (Kalkulationshäuser)	<b>Soll-Kosten</b> (Schätzungen/ normativ)
	<b>regelmäßige</b> umfassende Erhebung/Anpassung	<b>nur partiell</b> Erhebungen, keine regelmäßige Überprüfung
	InEK	BewA / InBA

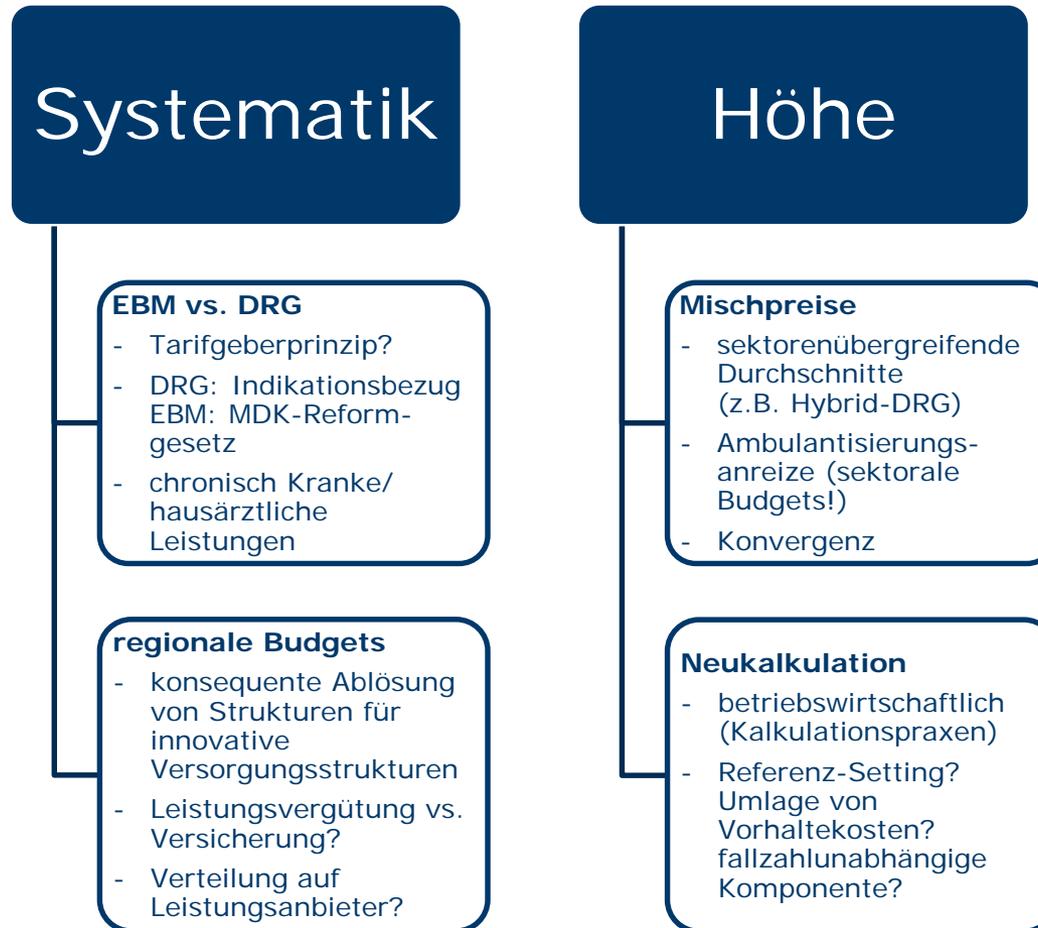
- Schaffung gleicher Wettbewerbschancen
  - Leistungsgerechtigkeit („gleicher Preis für gleiche Leistung“)
  - Vergütung unabhängig vom Ort / konkreten Setting der Versorgung
  - Wahl der Versorgung stärker patientenorientiert
  - Anreize zur Ambulantisierung (Einsparpotenziale)
- **Ziele teilweise widersprüchlich**
- **Finanzierung (unterschiedlicher) Vorhaltekosten?**

# Abgrenzung von Leistungsbereichen mit einheitlicher Vergütung



Quelle: IGES

# Maßstäbe für Kalkulation einheitlicher Vergütungen



Quelle: IGES

- **Vergütungsunterschiede** für „sektorengleiche“ Behandlungen teilweise immens.
- Forderung „gleicher Preis für gleiche Leistung“ wird **Komplexität** der Rahmenbedingungen nicht gerecht.
- Ziel: Überwindung des **groben Dualismus** von ambulant und stationär
- Schaffung eines einheitlichen **sektorenübergreifenden Differenzierungssystems**, primär an Patientencharakteristika orientiert
  - nicht nur Diagnosen, sondern auch Pflegebedarf od. soziale Indikation
  - implizite Berücksichtigung unterschiedlich aufwändiger Behandlungssettings (z.B.: höhere Vergütung ermöglicht Über-Nacht-Beobachtung)
- Herausforderung: Festlegung **(impliziter) Referenz-Settings**  
→ empirisch oder normativ?

IGES Institut  
Dr. Martin Albrecht

[www.iges.com](http://www.iges.com)