

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

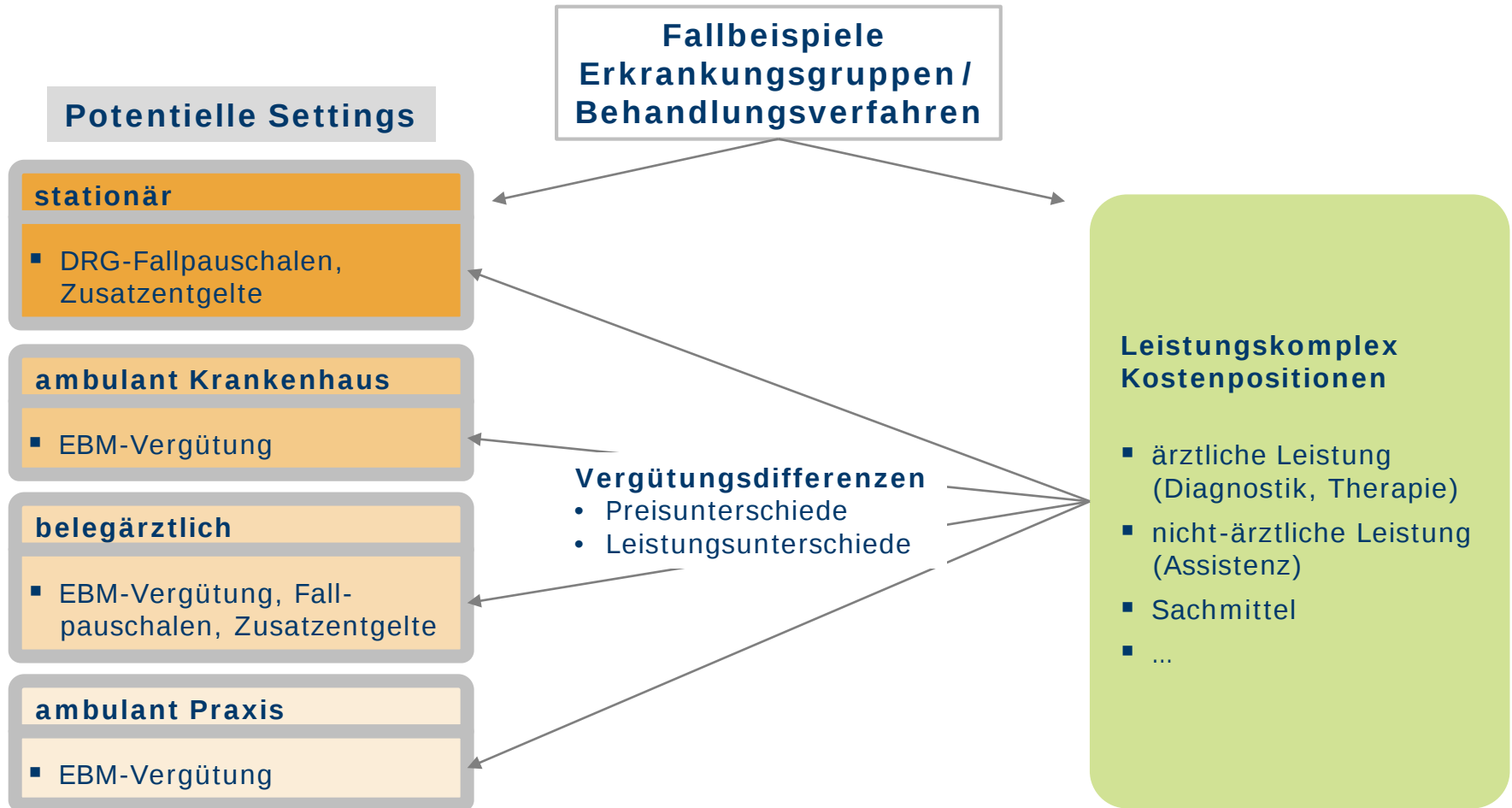
2. Vergütungsunterschiede an der Sektorengrenze

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	Gaströsophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	19.643	6,4%
	TOP 5 insg.	169.989	55,7 %

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 Ösophagogastrroduodenoskopie: 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€
insgesamt	671€	1.591€

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€
insgesamt			528,94€

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 - Belegabteilung	1.484€ 951€	2.608€ 1.678€		1,6*	1,6*
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

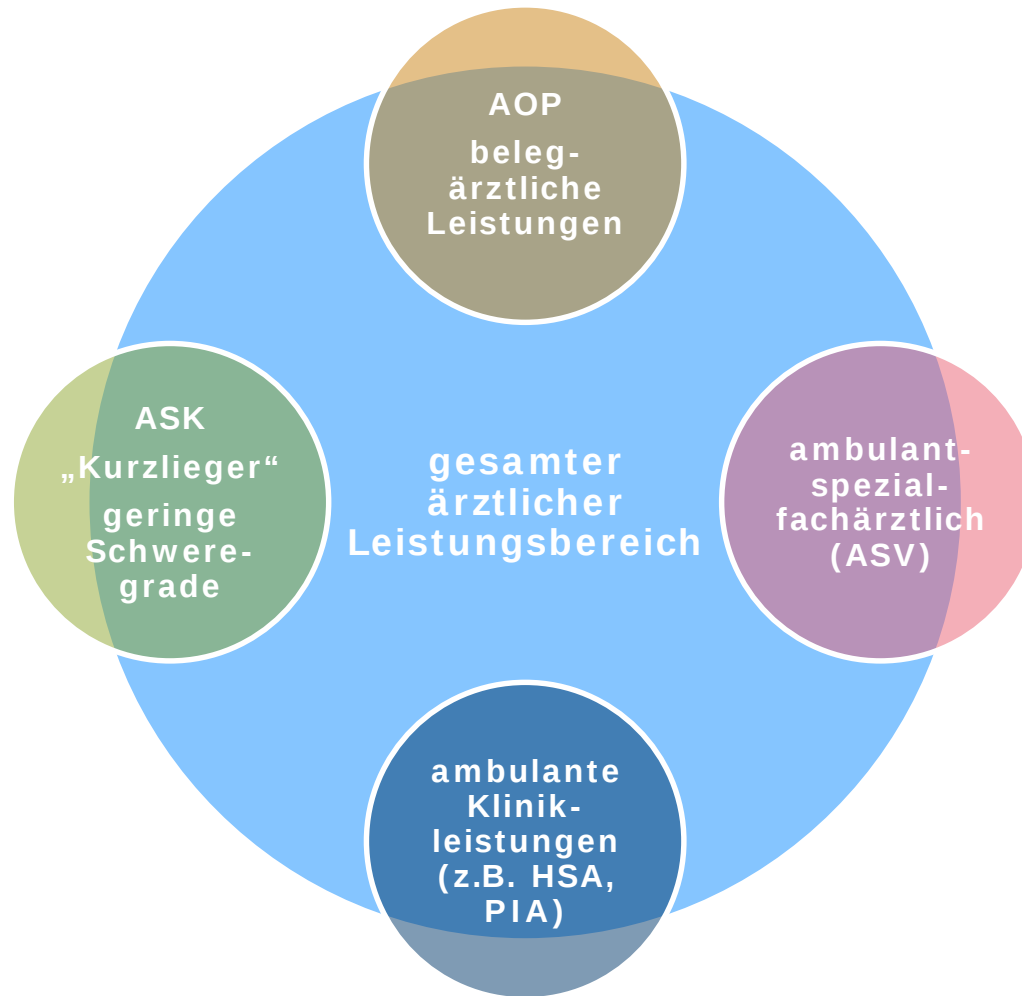
- Unterschiede budget-begrenzender Maßnahmen
- Qualitätssicherung und -förderung
- Innovationen: Erlaubnis- vs. Verbotsvorbehalt
- Kapazitätsplanung

Ursachen der Vergütungsunterschiede: Vergütungssysteme

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

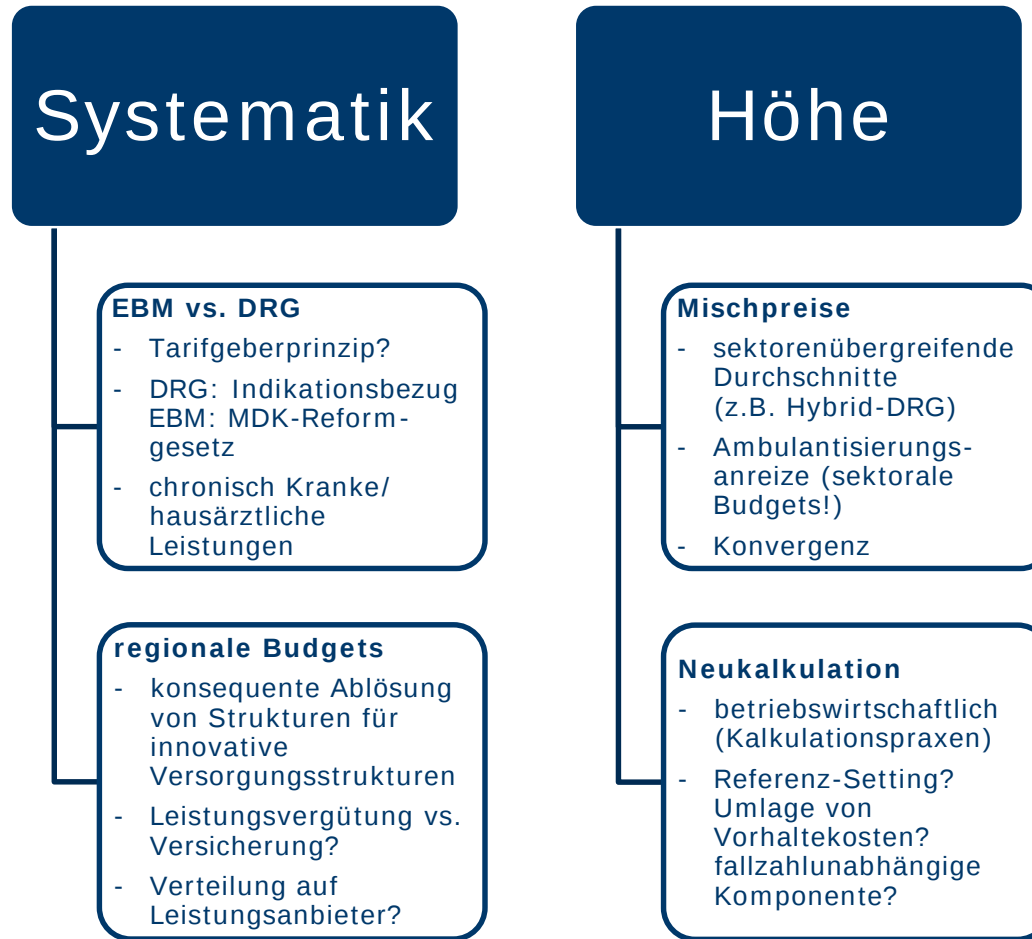
- Schaffung gleicher Wettbewerbschancen
 - Leistungsgerechtigkeit („gleicher Preis für gleiche Leistung“)
 - Vergütung unabhängig vom Ort / konkreten Setting der Versorgung
 - Wahl der Versorgung stärker patientenorientiert
 - Anreize zur Ambulantisierung (Einsparpotenziale)
-
- ➔ **Ziele teilweise widersprüchlich**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