POLITIK 01.02.2020

Das neue Innovationsfondsprojekt „Einheitliche, sektorengleiche Vergütung“ schafft Einblicke in eine sektorengleiche Leistungserbringung



Patienten sollten in dem Versorgungssetting behandelt werden, das medizinisch die angemessenste Versorgung bietet. Für eine Reihe von Eingriffen ist eine Behandlung sowohl im stationären als auch im ambulanten Sektor denkbar. Sie gelten damit als „sektorengleich“. Zu den Klassikern zählen beispielsweise Koloskopien und Endoskopien, Eingriffe bei Leistenhernien und Katarakten. Dank des medizinischen Fortschritts der letzten Jahrzehnte sind immer mehr chirurgische Prozeduren ambulant möglich. Ambulante Operationen benötigen häufig eine geringere Narkose, können taggleich durchgeführt werden und reißen Patienten damit weniger aus ihrem Alltag heraus. Bisherige Untersuchungen zeigen eine Gleichwertigkeit bis Überlegenheit gegenüber der stationären Leistungserbringung [11, 16]. Kritisch kann es jedoch für ältere Patienten aussehen, für die ein hohes Risiko an Komplikationen besteht [10]. In diesem Fall ist eine Einbettung in ein stationäres Setting notwendig, zum Beispiel zur engmaschigen, postoperativen Kontrolle. Gerade bei Indikationen, bei denen eine Wahl besteht, sollte die Entscheidung auf Basis der medizinischen Konstitution des Patienten anstelle finanzieller Überlegungen gefällt werden. In Deutschland ist allerdings fraglich, ob das Vergütungssystem diesem Grundsatz gerecht wird. Dies erfasst auch die chirurgische Leistungserbringung.

Das deutsche Vergütungssystem behindert eine sektorengleiche Leistungserbringung

Die derzeitige Ausgestaltung des Vergütungssystems behindert eine bedarfsgerechte, sektorengleiche Leistungserbringung. Erstens werden ambulante und stationäre Leistungen aus verschiedenen, voneinander getrennten Budgets finanziert. Dies behindert das Verständnis einer gemeinsamen Leistungserbringung. Zweitens wird die Leistungserbringung je nach Sektor auf unterschiedliche Art und Weise, namentlich Fallpauschalen im stationären Sektor und Einzelleistungen in ambulanten Sektor, vergütet. Dies setzt unterschiedliche Anreize für die Leistungserbringung. Im Fallpauschalensystem werden die Prozeduren in Abhängigkeit der Diagnose zu einem Vergütungsblock zusammengefasst. Dies harmonisiert die Leistungserbringung, erlaubt allerdings auch weniger Abweichungen von der vorgesehenen Leistungserbringung. Im ambulanten Sektor wird überwiegend nach Einzelleistungen nach dem EBM vergütet. Dies erlaubt eine flexiblere Behandlung in Richtung Baukastensystem, führt jedoch auch zu größerer Heterogenität der Leistungserbringung. Drittens ist die Vergütung sehr unterschiedlich. Für den stationären Sektor bestehen derzeit kaum Anreize, Patienten ambulant zu behandeln. Stattdessen besteht der Anreiz, Patienten stationär aufzunehmen, da die Fallpauschalenvergütung deutlich generöser ist, als die Honorierung nach EBM und sich eine Ambulantisierung negativ auf die stationären Erlöse auswirken könnte [4]. Gleichzeitig gibt es für ambulante Leistungserbringer wenig Motivation, ihre Leistungserbringung um stationär-nahe Tätigkeiten zu ergänzen, wenn die Vergütung die Kosten nicht deckt.

Die bisherige Gesetzgebung konnte das Potential der Ambulantisierung nicht entfalten

Einen deutlichen Schritt in Richtung Öffnung der Sektoren hat der Gesetzgeber 1992 mit der Schaffung des Paragraph 115b SGB V unternommen, der Krankenhäusern die Möglichkeit des ambulanten Operierens am Krankenhaus eröffnete. Im Jahr 1993 sollte die Selbstverwaltung einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen inklusive einheitlicher Vergütung für Krankenhäuser und Vertragsärzte, sowie Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und Wirtschaftlichkeit festlegen. 2000 folgte die Erweiterung um stationsersetzende Eingriffe mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz. Es sah zudem eine Stärkung des Grundsatzes ambulant vor stationär vor, der vom AOP-Vertrag von 2004 aufgenommen wurde und die umgekehrte Beweislast mit Allgemeinen Tatbeständen vorsieht. Nun muss ein Krankenhaus begründen, warum es in der Regel ambulant durchführbare Leistungen stationär behandelt. Grundsätzlich ambulant durchzuführende Leistungen wurden mit einem Sternchen gekennzeichnet und der Kategorie 1 zugewiesen. Bei Leistungen ohne Sternchen, bzw. der Kategorie 2, finden die Allgemeinen Tatbestände keine Anwendung, sondern liegen im Ermessen des Arztes.

Eine konsequente Öffnung der Sektoren lässt jedoch auf sich warten. Die Einigungen rund um Paragraph 115b sind seit jeher mühsam [8]. Der AOP-Katalog gilt als kleinteilig, in der Praxis nicht handhabbar, überschneidet sich mit stationären Eingriffen und führt regelmäßig zu gerichtlichen Auseinandersetzungen [17, 7, 15] und diverse Anpassungen haben bisher nicht zum gewünschten Ergebnis geführt [12, 2, 18]. Die Ambulantisierung von Operationen in Deutschland liegt weit hinter jener in anderen Industrienationen [6].

Andere Länder setzen die ambulante und stationäre Leistungserbringung gleichwertig auf eine Stufe

Unsere benachbarten Industrienationen haben einen forscheren Ansatz gewählt und das ambulante Operieren massiv aufgewertet. England vergütet ambulante Prozeduren bzw. „day-care surgeries“ mit dem gleichen Preis, wie die stationär durchgeführte Prozeduren. Für 32 besonders förderungswürdige DRGs liegt die ambulante Vergütung durch Best-Practice-Tariffs sogar oberhalb der stationären Standardvergütung [13]. Dies resultierte aufgrund einer starken Verlagerung von planbaren Operationen aus dem stationären in den ambulanten Bereich [13]. Frankreich folgt diesem Ansatz. Etwa zeitgleich zu Deutschland hat es 1991 die ambulante Operation als Alternative zum stationären Pendant eingeführt. 2009 zog es mit der Vergütung nach und schuf mit der „tarification unique“ einheitliche Fallpauschalen für ambulante und stationäre Eingriffe [14].

Derartige Modelle könnten Deutschland als Vorbild dienen. In den letzten Jahren gab es bereits Denkanstöße, wie eine neue Vergütung sektorengleicher Leistungen ausgestaltet sein könnte. Die Idee, das Fallpauschalensystem analog zu England und Frankreich auf den Bereich des ambulanten Operierens auszuweiten, steht schon seit Jahrzehnten im Raum. Im ersten Entwurf des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes von 2002 sah der Gesetzgeber ursprünglich vor, die Selbstverwaltung zur Einführung eines Fallpauschalensystems für ambulante Operationen zu verpflichten [9]. Anschließend einigte sich die Selbstverwaltung per Absichtserklärung, zum Jahr 2005 die Vergütung des ambulanten Operierens auf Fallpauschalen umzustellen [20, 3]. Derzeit wird dieser Ansatz wieder aufgegriffen [19, 5, 18]. Verbunden damit ist die Empfehlung einer deutlichen Anhebung der Vergütung gegenüber der derzeitigen EBM-Vergütung [19, 18, 21].

Einer bedarfsgerechten Reform steht allerdings eine völlige Unkenntnis des Status Quo entgegen. Beispielsweise ist derzeit nicht klar, welche Prozeduren überhaupt ambulant durchgeführt werden können, in welchem Umfang dies in Deutschland bereits praktiziert wird, wie vergleichbar die Patienten sind, die ambulant bzw. stationär behandelt werden, und wie groß der finanzielle Anreiz zur Ambulantisierung ausfallen soll. Diese Unkenntnis eröffnet den Markt für Spekulationen und macht eine zufriedenstellende Neustrukturierung der ambulanten Operationen schwer möglich. Welche Leistungen sollten beispielsweise ausgewählt werden? Wie wird festgelegt, ob der Patient ambulant oder stationär behandelt werden sollte? Sollen nur reale Kosten abgedeckt werden, oder mehr?

Das Innovationsfondsprojekt „Einheitliche, Sektorengleiche Vergütung“ bringt Licht ins Dunkel

Das neue Forschungsprojekt „Einheitliche, Sektorengleiche Vergütung (ESV)“, welches von der Universität Hamburg gemeinsam mit der Technischen Universität Berlin, dem Zentralinstitut für die Kassenärztliche Vereinigung der Bundesrepublik Deutschland, dem Deutschen Krankenhausinstitut e.V. und dem BKK Dachverband e.V. durchgeführt wird, nimmt sich der sektorengleichen Versorgung in vier Arbeitspaketen an. Es ist Teil der Förderlinie „Versorgungsforschung“ des seit 2016 existierenden Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses. Mit den Programmlinien „Neue Versorgungmodelle“ und „Versorgungsforschung“ fördert er die Pilotierung neuer Versorgungsmodelle zur bedarfsgerechteren, wirtschaftlicheren und qualitativ hochwertigen Versorgung der Bevölkerung sowie ihre wissenschaftliche Begleitung und Forschungsprojekte zur Verbesserung des Gesundheitssystems.

An erster Stelle steht ein Blick in unsere Nachbarländer. Sowohl die nordischen Länder Dänemark, Norwegen und Schweden, als auch England, Frankreich und die Vereinigten Staaten haben die Öffnung der Sektoren und Ambulantisierung der Leistungserbringung in den letzten Jahrzehnten stark vorangetrieben. Das Ausrollen der Fallpauschalenvergütung auf die ambulante Versorgung in England und Frankreich beispielsweise hat zu einer deutlichen Aufwertung von ebendiesem geführt [1, 13].

Arbeitspaket 1 erstellt eine Übersicht der Indikationen in anderen Industrienationen, die in diesen Ländern für eine sektorengleiche Vergütung ausgewählt wurden. Am Ende dieses Schrittes steht eine Liste von Leistungen, die in anderen Ländern sektorengleich behandelt werden. Dies dient als Filter, um zu identifizieren, welche Indikationen sich für eine sektorengleiche Behandlung grundsätzlich qualifizieren sowie um Optimierungspotentiale in Deutschland aufzuzeigen.

Die Liste des Arbeitspaketes 1 bildet die Grundlage für die Datenanalyse in Arbeitspaket 2. Auf ihrer Basis werden anhand von Routine- und Abrechnungsdaten sektorengleiche Leistungen identifiziert. Anschließend wird überprüft, wie vergleichbar die Patienten und die Leistungserbringung sind. Derzeit ist völlig unklar, ob Patienten, die im stationären Sektor behandelt werden, im Schnitt deutlich älter und morbider sind, als Patienten, die für die gleichen Indikationen ambulant behandelt werden. Ebenso ist nicht bekannt, ob sich die Prozeduren im stationären und ambulanten Bereich ansatzweise ähneln. Damit laufen Diskussionen um ambulante Operationen regelmäßig ins Leere.

Diese Arbeit wird durch eine Befragung in Arbeitspaket 3 begleitet. In diesem Abschnitt kommen Leistungserbringer zu Wort. Ihre Erfahrungen aus der Praxis sollen sicherstellen, dass ein neues Vergütungskonzept die Geburtsfehler des bisherigen Systems beseitigt und eine Verbesserung darstellt. In diesem Schritt soll geklärt werden, welche Hindernisse einer sektorengleichen Versorgung im Weg stehen und welche Wünsche und Erwartungen Leistungserbringer, wie Sie, an ein neues Konzept stellen.

Die drei Pakete gipfeln in der Formulierung eines tragfähigen Vergütungskonzeptes in Arbeitspaket 4. Im Rahmen dieses letzten Schrittes soll auf Grundlage der neuen Erkenntnisse ein Vorschlag zur einheitlichen, sektorengleichen Vergütung erstellt und zur Diskussion gestellt werden.

Der Erfolg dieses Projektes ist maßgeblich an Eindrücke und Feedback aus der gelebten Praxis geknüpft. Wir freuen uns daher jederzeit auf Ihre Zuschriften. Sie erreichen uns unter jonas.schreyoegg@uni-hamburg.de (Prof. Dr. Jonas Schreyögg) und ricarda.milstein@uni-hamburg.de (Ricarda Milstein).

Die Literaturliste erhalten Sie auf Anfrage via passion_chirurgie@bdc.de.

Schreyögg J, Milstein R: Das neue Innovationsfondsprojekt „Einheitliche, Sektorengleiche Vergütung“ schafft Einblicke in eine sektorengleiche Leistungserbringung. Passion Chirurgie. 2020 Februar, 10(02): Artikel 03_01.

Autor:innen des Artikels



Jonas Schreyögg

Hamburg Center for Health Economics
Universität Hamburg
Esplanade 36
20354 Hamburg

Kontakt



Ricarda Milstein

Universität Hamburg
Esplanade 36
20354 Hamburg

Kontakt