FACHÜBERGREIFEND 01.02.2020

Sektorenunabhängige Versorgung in der Chirurgie – Das Pilotprojekt „Hybrid-DRG Thüringen – Neue Wege im Gesundheitswesen“



Sektorierung, Kostendämpfung, Bürokratisierung, Ökonomisierung, Wettbewerbsförderung bis hin zur Kriminalisierung haben bisher zu keiner qualitativen Besserung und zu keiner nachhaltigen Kostenregulierung im Gesundheitswesen geführt. Insbesondere die Sektorierung, welche alle Bereiche des Gesundheitssystems einschließlich Industrie und Politik durchzieht, hat zu Anreizsystemen geführt, welche sich letztendlich nachteilig auf die Patientenversorgung, und mit höheren Kosten negativ auf die Solidargemeinschaft der GKV-Versicherten, auswirken. So weist der Sachverständigenrat seit Jahren in seinen Gutachten wiederholt auf die mangelnde Integration zwischen der ambulanten und der stationären Gesundheitsversorgung als eine der zentralen Schwachstellen des deutschen Gesundheitssystems hin. Nach der Förderung der integrierten Versorgung hat die Politik die Forderung nach einer sektorenübergreifenden Versorgung erneut aufgegriffen.

Ziel zukünftiger medizinischer Versorgung muss es also sein, auf Basis der Spezifika des Arzt-Patientenverhältnisses und ärztlich definierter Behandlungspfade eine sektorenunabhängige, bedarfsgerechte und patientenorientierte Versorgung unter Beachtung der Qualität und der Kosten zu gestalten (sogenannte populationsorientierte Versorgung nach Wille).

Um dieses Ziel perspektivisch umzusetzen, wurde als erster Schritt das Projekt einer sektorenunabhängigen Versorgung von Erkrankungen, welche zur Behandlung einer ambulanten bzw. Short-Stay-Operation bedürfen, von den chirurgischen Fach- und Berufsdachverbänden (Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) und Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC)) unter meiner Federführung initiiert und seit 2013 in Zusammenarbeit mit der Techniker Krankenkasse und der NAO GmbH (Kliniknetz für integrativer Medizin) ausgearbeitet. Aus Sicht des Kostenträgers und der ärztlichen Berufsverbände ist es notwendig, die Versorgungsstrukturen flexibel an die Bedürfnisse der Patienten und an die regionalen Besonderheiten anzupassen.

Eine Voraussetzung zur Umsetzung in diesem Kontext ist die Ausgestaltung von flexiblen Vergütungsstrukturen. Dies gilt insbesondere zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Hierfür gilt es neue, auch gesetzliche Rahmenbedingungen zu schaffen, die einen integrativen Versorgungsansatz zulassen und mit einer adäquaten, harmonisierten Vergütung ausgestattet sind. Vertragsärztliche Versorgungsstrukturen (z. B. Praxiskliniken, Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ), deren Versorgungsspektrum einen hohen Anteil an Leistungen umfasst, die an der Schnittstelle zur ambulanten Versorgung liegen, und Krankenhäuser müssen zukünftig die Möglichkeit haben, gleichberechtigt flexiblere Behandlungsangebote anbieten zu können.

Das Projekt „Sektorenunabhängige Versorgung in der Chirurgie“ mit dem Pilotprojekt „Hybrid-DRG Thüringen – Neue Wege im Gesundheitswesen“ ist ein Konzept, welches aufzeigt, wie eine sektorenunabhängige Versorgung gestaltet werden kann. Es ist somit eine Alternative zu bisherigen strukturell und finanziell sowie ökonomisch getriggerten Versorgungsansätzen. Das Konzept hat nichts mit den prozedurbezogenen Hybrid-DRGs der Vergangenheit zu tun.

Aus Sicht des Versorgungsmanagements und der Versorgungsforschung besteht der Vorteil dieses Konzeptes in der Übersichtlichkeit der Behandlungspfade mit klarer Definition des Anfang- und Endpunktes sowie den mit der Behandlung in Zusammenhang stehenden adjuvanten Leistungen, Verordnungen und Produktversorgungen.

Das Pilotprojekt „Hybrid DRG Thüringen – Neue Wege im Gesundheitswesen“ ist seit 2017 die praktische Umsetzung einer sektorenunabhängigen, IT-basierten Patientenversorgung und Qualitätssicherung an der Schnittstelle stationär – ambulant auf Basis definierter Behandlungspfade und Indikationen sowie einer pragmatisch harmonisierten Vergütung unter Mitwirkung von 25 Prozent der klinischen und ambulanten Leistungserbringer im Bundesland Thüringen.

Pilotprojekt „Hybrid-DRG Thüringen – Neue Wege im Gesundheitswesen“

Das Pilotprojekt basiert auf folgenden Kriterien:

- Ärztliche Definition der Indikation auf Basis von Leitlinien sowie bewährten medizinischen Standards und Erfahrungen. Dazu wurden Fachgesellschaften und Ärzte aus dem klinischen und ambulanten Versorgungsbereich mit einbezogen
- Berücksichtigung medizinischer und soziomedizinischer Aspekte der Patienten/des Patientenwillen
- Definition und Dokumentation (IT-Fallakte) des gesamten Behandlungspfades einschließlich eines Jahres-Follow-Up, wobei im Rahmen der konkreten Leistungserbringung im Rahmen der medizinischen Notwendigkeit Gestaltungsfreiheit besteht
- Sektorenübergreifende Qualitätssicherung durch Definition bzw. Erfassung der Struktur, Prozess- und Ergebnisqualität auf Basis medizinischer Standards, Indikations-, Befund- und Ergebnisdokumentationen mit Erfassung und Bewertung von Routinedaten (z. B. aQua-Kriterien), objektiv klinischer Ergebnisse und subjektiver Patientenangaben mittels interner und externer Erhebungen sowie flankierender MDK-Stichprobenprüfungen. Eine routinemäßige MDK-Prüfung bezüglich ambulant sensitiver Krankenhausfälle entfällt
- Mischkalkulation aus den Kosten der beteiligten Leistungserbringer einschließlich der Harmonisierung der bisher differenten Honorierungssysteme (vertragsärztlich, krankenhaus-ambulant, IGV, DRG) unter Bildung eines gewichteten Durchschnittfallwertes (Hybrid-DRG)
- Kostenneutralität auf Basis der bisherigen Regelversorgung bezüglich der medizinischen Behandlung.

Auf der Grundlage einer leitliniengerechten, dokumentierten ärztlich-medizinischen Indikationsstellung, Berücksichtigung der Patientencompliance und -einwilligung und medizinisch anerkannter Ausschlusskriterien (G-AEP-Kriterien), erfolgt eine ambulante, tagesklinische bzw. Short-Stay-Operation/medizinische Prozedur für zunächst folgende Indikationen: Karpaltunnelsyndrom, Leistenhernie, Ruptur vorderes Kreuzband (Knie), Stammvarikosis. Der Ort der Leistungserbringung (ambulant/ stationär) und die Wahl der Methode ergibt sich aus der patientenindividuellen medizinischen Notwendigkeit auf o. g. Basis. Die weitere Nachbetreuung inkl. adjuvanter Heilmaßnahmen (z. B. Physiotherapie) bis zum Behandlungsabschluss verbleibt in der Verantwortung des Operateurs/der behandelnden Einrichtung und wird entsprechend der ambulanten Regelversorgung vergütet. Ein Jahr postoperativ erfolgt eine Nachuntersuchung mit Erfassung von Routinedaten (aQua-Bericht adaptiert) sowie des subjektiven (Arzt- und Patientensicht) und objektiv-klinischen Behandlungsergebnisses. Flankiert wird der gesamte Behandlungspfad durch die o. g. Qualitätssicherungsmaßnahmen. Durch die Einbeziehung aller Leistungserbringer wurden die differenten Honorierungssysteme zusammengefasst sowie Indikationen, Behandlungswege, Ergebnisse und Kosten definiert bzw. transparent dargestellt.

Somit wurde in Kenntnis der Probleme und Nichtvergleichbarkeit der differenten sektoralen Honorierungssysteme für das Pilotprojekt transparente, einheitliche Qualitäts- und Honorierungskriterien für Praxen und Kliniken für identische Leistungen/Indikationen im Grenzbereich zwischen ambulant und stationär als pragmatisches Übergangsmodell geschaffen. Die Harmonisierung des ambulant-vertragsärztlichen, krankenhausambulanten und Short-Stay-Klinik-Operierens und konservativer Behandlungsoptionen sowie die Harmonisierung der bisher sektoral geprägt differenten Kostenstrukturen erfordert im Pilotprojekt keine rechtlichen (Vertragsbasis ist § 140a SGB V) und ökonomischen (siehe Kostenneutralität) Maßnahmen bzgl. der Regelversorgung. Ökonomisch und organisatorisch kommt es im Pilotprojekt zu Mehraufwendungen für Kostenträger, Management und Leistungserbringer durch die begleitenden Maßnahmen z. B. zusätzliche Qualitätssicherung und -management, Fallmanagement, EDV-Vernetzung, Evaluation.

Das IT- basierte Management des Projektes hat die NAO GmbH als Vertragspartner der Techniker Krankenkasse im Rahmen eines Vertrages nach § 140 a SGB V übernommen.

Es bestand das Erfordernis der Bildung einer Arbeitsgruppe „Hybrid-DRG“ aus Kostenträgern, Management inkl. IT und medizinischer Expertise zur Projektbegleitung und -weiterentwicklung sowie deren personeller und finanzieller Ausstattung. Diese Arbeitsgruppe wurde 2016 nach Ablehnung des Projektes durch den Innovationsfonds gegründet.

Das Pilotprojekt ist als Test für ein sektorenunabhängiges medizinisches Leistungs- und Honorierungssystem zu verstehen und somit der bereits umgesetzte praktische Vorreiter des MDK-Reform-Gesetzes sowie einer sektorenunabhängigen Qualitätssicherung. Strukturelle Veränderungen, wie z. B. die Wandlung von Kliniken in intersektorale Versorgungszentren und als Pendant die Reanimation der im SGB V verankerten Praxiskliniken, werden sich aus meiner Sicht perspektivisch im Rahmen eines solchen Konzeptes auf einer kalkulierten DRG-Basis betriebswirtschaftlich darstellen lassen.

Aus Sicht des Versorgungsmanagements und der Versorgungsforschung besteht der Vorteil dieses Konzeptes in der Übersichtlichkeit der Behandlungspfade mit klarer Definition des Anfang- und Endpunktes sowie den mit der Behandlung in Zusammenhang stehenden adjuvanten Leistungen (z. B. Heilmittel, Pflege) und Verordnungen/Produktversorgungen.

Mit dem Konzept werden Fehlanreize beseitigt und eine stärkere Orientierung auf den Patienten erreicht.

Übertragbarkeit/Erforderliche Maßnahmen für Regelversorgung

Eine Übertragbarkeit des Pilot-Projektes besteht für

- das gesamte Bundesgebiet (Basis: einheitliche Indikation; z. B. Leistenbruch)
- alle medizinischen Indikationen mit definierbaren Behandlungspfaden
- weitere Kostenträger
- die Regelversorgung in der gesetzlichen und privaten Patientenversorgung (Basis: einheitlich definierte indikationsbezogene Kalkulation („Hybrid-DRG“))

Perspektivisch sind im Rahmen der avisierten Regelversorgung folgende Maßnahmen erforderlich:

- Organisatorisch/rechtlich
- Sektorenübergreifende Bedarfsplanung
- Anpassungen im SGB V/Bundesmantelvertrag mit Harmonisierung bisheriger differenter ambulant/stationärer Regelungen (z. B. Verordnungsbefugnisse, Zulassungsbestimmungen, elektronische Abrechnungsmodalitäten, ...)
- Ökonomisch/Medizin-fachlich
- Ist-Kosten Kalkulation der Hybrid-DRG durch ein unabhängiges Institut auf Basis der Kostenstrukturen in Analogie zur DRG/PEPP Kalkulation (Einbeziehung der Erfahrungen des Pilot-Projektes)
- Wahl von medizinischen Indikationen und Behandlungen sowie Definition der Behandlungspfade, Struktur, Prozess und Ergebnisqualität, die für eine Überführung in eine Hybrid-DRG-Systematik geeignet sind
- Erstellung eines Indikations- und Kalkulationskataloges
- Harmonisierung der different sektoral und/oder territorial geprägten Honorierungs- und Kostenstrukturen inkl. der Arzneimittel- und Heil- und Hilfsmittel sowie Medizinproduktkosten

Risiko-Nutzen/Verhältnismäßigkeit

Risiko

- Nichtakzeptanz des Versorgungskonzeptes durch Kostenträger (Fallzahlproblem)

- Einseitige Nichtakzeptanz des Versorgungskonzeptes durch Leistungserbringer (insbesondere stationärer Bereich)
- Politisch/berufspolitisch und ökonomisch motivierte Eingriffe und Widerstände gegen eine sektorenunabhängige Versorgung, Besitzstandswahrungen, Kostendämpfungsszenarien.
- Versuch der sektoralen Optimierung des sektorenunabhängigen Konzeptes
- Unzulässige Übertragung des Versorgungsmodells auf nicht geeignete Fälle und Dogmatisierung (kostenseitig motivierte Indikationsbeugung)
- Fehlerhafte Kostenkalkulation des Hybrid-DRG
- Weiche Indikationskriterien mit resultierenden Umgehungsstrategien und/oder Mengenausweitungen

Nutzen

- Patientenorientierte, bedarfsgerechte und qualitätsverbessernde Versorgung durch
- ärztlich-medizinischen Indikationsbezug/-definition
- definierte, dokumentierte, evaluierte Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität
- Kein Anreiz zu sektorbedingten Verlagerungseffekten
- Beseitigung sektorgeprägter ökonomischer Anreize bei Diagnostik- und Behandlungsmethoden, Verordnungen und Produkteinsätzen
- Minderung der Gefahr der Mengen- und Kostenausweitung durch
- Exakte Indikationsdefinition, Dokumentation und Qualitätskontrolle
- Definition eines Indikationskataloges und ggf. eines Ausschlusskataloges
- Transparente Kostenkalkulation (Hybrid-DRG) unter Einbeziehung aller primären und sekundären/adjuvanten Kostenstrukturen
- Stichprobenprüfung
- Verbesserung der Möglichkeiten einer indikationsbezogenen Versorgungsforschung/-management, z. B. Nutzung des Konzeptes als komplexes Prüfmodell für die Einführung von medizinischen Innovationen, da gesamter Behandlungspfad abgebildet und evaluiert ist
- Verbesserung der Transparenz in der Abrechnung von erbrachten Leistungen
- Abbau von Doppel- und Mehrfachstrukturen (z. B. Kostenträger: DRG-Abrechnung, Krankenhausambulante Abrechnung (§ 115b), vertragsärztliche Abrechnung; Kliniken: DRG-Abrechnung, Krankenhausambulante Abrechnung)
- Reduktion von MDK-Prüfungen und Retaxierungen bezüglich ambulant-sensitiver Krankenhausfälle und den damit verbundenen Bürokratie- und Kostenaufwendungen für Kostenträger und Leistungserbringer

Viele Bereiche der Grund- und Regelversorgung, insbesondere im Schnittstellenbereich ambulant/stationär, lassen sich mit der Hybrid-DRG-Systematik bezogen auf die Gesundheitsgesamtausgaben kostenneutral durch Beseitigung sektoraler Anreizsysteme bei harmonisierter Vergütung darstellen (Stichwort: gleiches Geld für gleiche Leistung). Für den Patienten mit z. B. einem Leistenbruch ist wichtig, dass der Bruch durch eine individuell patientenbezogene OP-Methode nachhaltig beseitigt wird, sein Behandlungsrisiko minimiert und seine peri- und postoperative Lebensqualität gut sind – und dass ist unabhängig vom Ort der Leistungserbringung.

Zum erfolgreichen Ausbau des Konzeptes sind die Unterstützung durch Politik/Gremien/Verbände und die Beteiligung weiterer Leistungserbringer und Kostenträger erforderlich.

Perspektive einer sektorenunabhängigen bzw. sektorenübergreifenden Versorgung

Mit dem kleinen Pilotprojekt konnte gezeigt werden, dass es möglich ist, eine patientenorientierte, sektorenunabhängige Versorgung im Schnittstellenbereich ambulant/stationär mit einer harmonisierten Vergütung und sektorenübergreifenden Qualitätskriterien zu gestalten und praktisch umzusetzen. Dass dieser Ansatz aufgegriffen und weiter ausgebreitet wird, ist trotz aller politischer/berufspolitischer Statements aus meiner Sicht inzwischen eher kritisch zu sehen. Viel zu tief sind die sektoralen Gräben in allen Bereichen der Politik und Berufspolitik, der Kostenträger, der Gesundheitsökonomie, der Industrie, der Klinik- und Praxisbetreiber und nicht zuletzt in der Ärzteschaft und deren Verbänden und Fachgesellschaften – und viele leben in ihrer sektoralen Schachtel sehr bequem. Leicht redet es sich seit Jahrzehnten redundant und mit alten auf neu getrimmten Begrifflichkeiten von erforderlicher komplexer sektorenübergreifender Versorgung, solange man es nicht praktisch umsetzen muss oder beim Wort genommen wird. So ist zum Beispiel das 5. Sozialgesetzbuch unverändert völlig ungeeignet, die gewünschte integrierte bzw. sektorenübergreifende Versorgung praktisch bzw. in der Regelversorgung zu gestalten – auch dies zeigte sich im Pilotprojekt sehr deutlich.

Das einzige, was sich unter Ökonomisierung, Kostendruck und Gewinnoptimierung in diesem Kontext m. E. ausgebildet hat und weiter ausbilden wird, sind sektorenübergreifende Strukturveränderungen im Sinne von Praxis-, MVZ-, IGZ-, Klinikverbünden und Vernetzungen. Damit einher geht ein Konzentrierungsprozess von Großklinikbetreibern und deren adjuvanter Kostenträger-/politischer, fach- und berufsverbandlicher Lobby vorgesehener Beseitigung unabhängiger Selbstverwaltung der Körperschaften von Kostenträgern und Ärzteschaft (siehe z. B. die jüngsten Gesetzesvorhaben GKV-FKG und Notdienst sowie Versorgungsstruktur- und -stärkungsgesetz in Verbindung mit der Krankenhausreform- und -strukturgesetz), sowie Freiberuflichkeit in Praxen, Berufsausübungsgemeinschaften, Praxiskliniken und Kliniken. Offenbar sind neben der selbstständigen ambulanten Fachärzteschaft vor allem jetzt die unflexibleren Kliniken der Grund- und z. T. Regelversorgung zum Abschuss freigegeben. Stichworte sind da aus meiner Sicht z. B. zum Teil sehr verlogene Diskussionen um Bedarfsplanungen, Mindestmengen, strukturelle Qualitätskriterien und Leitlinien, die Sinnhaftigkeit des Allgemeinchirurgen u. v. a. m. – zum Glück wird wohl die „Digitalisierung“ alles richten – oder doch der massive Ärztemangel?

Ein weiteres Problem, das Konzept flächendeckend umzusetzen, wird sein, dass sich die Ärzteschaft mit Versorgungsmanagement beschäftigen muss und vor allem klare ärztliche und nicht ökonomisch getriggerte Indikationskriterien sowie patientenorientierte, sektorenübergreifende Behandlungspfade und Prozesse definieren und evaluieren sowie die resultierenden Behandlungskonzepte in einen ökonomisch machbaren Kontext bringen muss – eine Herkulesaufgabe, die wohl keiner übernehmen wird. Die Forderung nach mehr Geld ist bei aller Berechtigung aber zu einfach und wenig zielführend. Bei fortgesetzter Passivität und Selbstverliebtheit darf sich dann aber auch niemand beklagen, wenn Healthcare Manager und Ökonomen das Heft des Handelns in die Hand nehmen und ärztliche Expertise nicht mehr gefragt ist.

Ich hoffe nicht zu viel Essig in den Wein gegossen zu haben und hoffe natürlich im Sinne unserer Patienten auf die perspektivische Umsetzung weiter Teile des sektorenunabhängigen/-übergreifenden Konzeptes – denn Neue Wege entstehen beim Gehen.

Dittrich S: Sektorenunabhängige Versorgung in der Chirurgie – Das Pilotprojekt „Hybrid-DRG Thüringen – Neue Wege im Gesundheitswesen. Passion Chirurgie. 2020 Februar, 10(02): Artikel 03_03.

Autor:in des Artikels



Stephan Dittrich

Praxis für medizinische Gutachten und Beratung
Neue Str. 1
08525 Plauen-Kauschwitz

Kontakt