



Vergütungssystematik von ambulant zu erbringenden stationären gastroenterologischen Krankenhausleistungen

23. Dezember 2021

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	4
1 Einleitung	5
2 Vergütungsmodelle	9
2.1. Erfahrungen aus dem Ausland	9
2.2. Vergütungsansätze in Deutschland	11
2.3. Vorschlag für ein sektorengleiches Vergütungssystem	13
3 Fallbeispiele	18
3.1. Auswahl der Fallbeispiele	18
3.2. Erlösvergleich stationär und komplex-ambulant.....	18
4 Fazit	20
5 Anhang	23
6 Literaturverzeichnis	28
7 Abkürzungsverzeichnis.....	31

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Jahresergebnis in % der Erlöse	5
Abbildung 2: Bevölkerungsentwicklung bis 2030, Anzahl in Tausend	6
Abbildung 3: Jährliche Zahl der Krankenhausfälle je 100 Einwohner	7
Abbildung 4: Ambulantes Potenzial in % aller stationären Fälle	8
Abbildung 5: Vorschlag zu infrastrukturellen Voraussetzungen je Schweregrad	15
Abbildung 6: Vorschlag zu personellen Voraussetzungen je Schweregrad	16
Abbildung 7: Konvergenzphase.....	17
Abbildung 8: Rückwirkung auf die Kalkulation der stationären DRG.....	18
Abbildung 9: Zuordnung der Haupt- und Nebenleistungen je Schweregrad.....	24

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Vor- und Nachteile von Modellen zur sektorenübergreifenden Vergütung	13
Tabelle 2: Zuordnung der Patienten zu den Schweregradstufen	15
Tabelle 3: Zuordnung der Haupt- und Nebenleistungen je Schweregrad	19
Tabelle 4: Erlösvergleich stationär, komplex-ambulant und ambulant	20
Tabelle 5: Kostenmatrix Fallbeispiel ERCP	24
Tabelle 6: Kostenmatrix Fallbeispiel ÖGD	25
Tabelle 7: Kostenmatrix Funktionsdiagnostik	25
Tabelle 8: stationärer DRG Erlös, Fallbeispiel ERCP	26
Tabelle 9: stationärer DRG Erlös, Fallbeispiel ÖGD	26
Tabelle 10: stationärer DRG Erlös, Fallbeispiel Funktionsdiagnosotik	26
Tabelle 11: Ergebnisse stationäre DRG vs. komplex-ambulante DRG	27

Vorwort

Die Institute for Health Care Business GmbH (hcb) wurde im Jahr 2006 gegründet, damals unter anderem mit Beteiligung des RWI Leibniz-Instituts für Wirtschaftsforschung. Ziel der hcb ist die Schaffung von Transparenz im deutschen Gesundheitswesen. Dieses Ziel erreicht sie mit der Erstellung von Studien über Teilmärkte des Gesundheitswesens, zum Beispiel durch den Krankenhaus Rating Report oder Pflegeheim Rating Report, und mit der Durchführung von Beratungsprojekten. Geschäftsführer der hcb sind Prof. Dr. Boris Augurzky und Dr. Michaela Lemm. Kunden sind zum Beispiel stationäre Einrichtungen des Gesundheitswesens, ihre Geschäftspartner und Investoren.

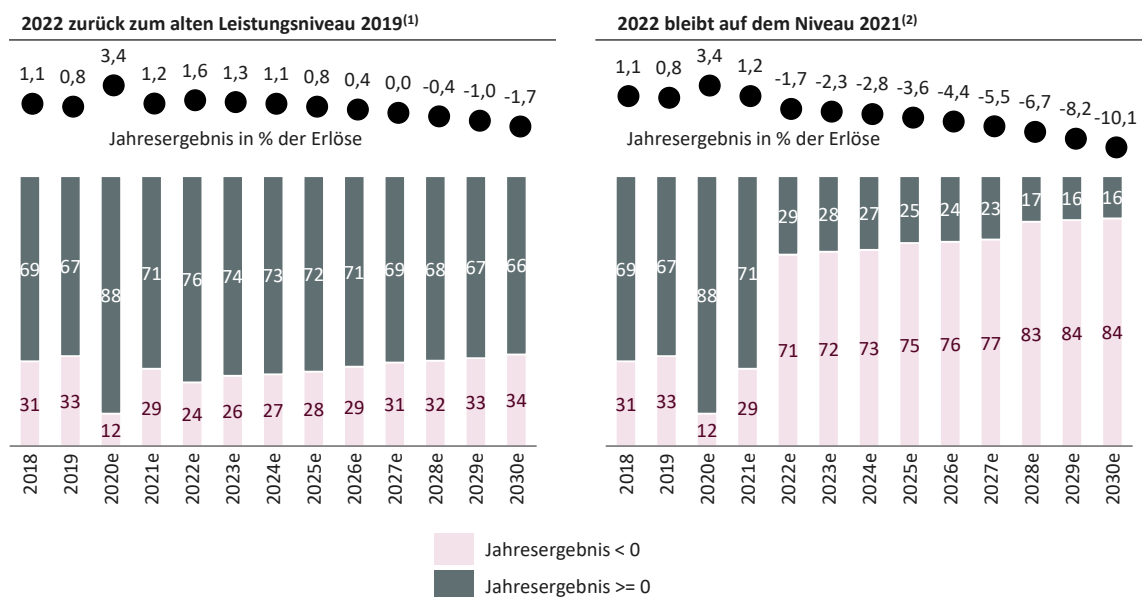
Die hcb wurde von der Arbeitsgemeinschaft leitender gastroenterologischer Krankenhausärzte (ALGK), dem Berufsverband Gastroenterologie Deutschland (BVGd) und dem Berufsverband niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands (bng) beauftragt, ein Gutachten zur Vergütungssystematik ambulant zu erbringender stationärer gastroenterologischer Krankenhausleistungen zu erstellen. Dank geht an die Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) für Informationen zu den Schweregraden sowie gemeinsam mit *inspiring health* für die Kostendaten der gastroenterologischen 1-Tagesfälle und die Unterstützung bei der Auswahl der Leistungsgruppen. Den Vertretern von Krankenhäusern, Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), die uns als Interviewpartner zur Verfügung standen, möchten wir ebenfalls für ihre Einschätzungen und Informationen danken.

1 Einleitung

Drei Faktoren dürften das Gesundheitswesen der 2020er Jahre entscheidend prägen: (i) die Folgen der Covid-19-Pandemie, (ii) der sich beschleunigende demografische Wandel und (iii) der technologische Wandel insbesondere in Form der Digitalisierung.

Die Covid-19-Pandemie führte in den Jahren 2020 und 2021 zu einem außerordentlich starken Einbruch der stationären Leistungsmenge von Krankenhäusern. Schon in den Jahren 2017 bis 2019 stagnierte die stationäre Fallzahl. Im Jahr 2020 sank sie pandemiebedingt um rund 13% (RWI und TU Berlin 2021) und 2021 nahm sie gegenüber 2020 sogar abermals ab. Der Rückgang betraf besonders Fälle mit einem geringen Schweregrad. Offen ist, ob nach dem Ende der Pandemie die stationären Fallzahlen wieder ansteigen und das frühere Niveau der Jahre 2019 und davor erreichen. Sollte dies nicht der Fall sein, ist davon auszugehen, dass sich die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser deutlich verschlechtern wird. Der Krankenhaus Rating Report 2021 (Augurzky et al. 2021) erstellt für zwei Szenarien eine Hochrechnung, die in Abbildung 1 aufgeführt werden.

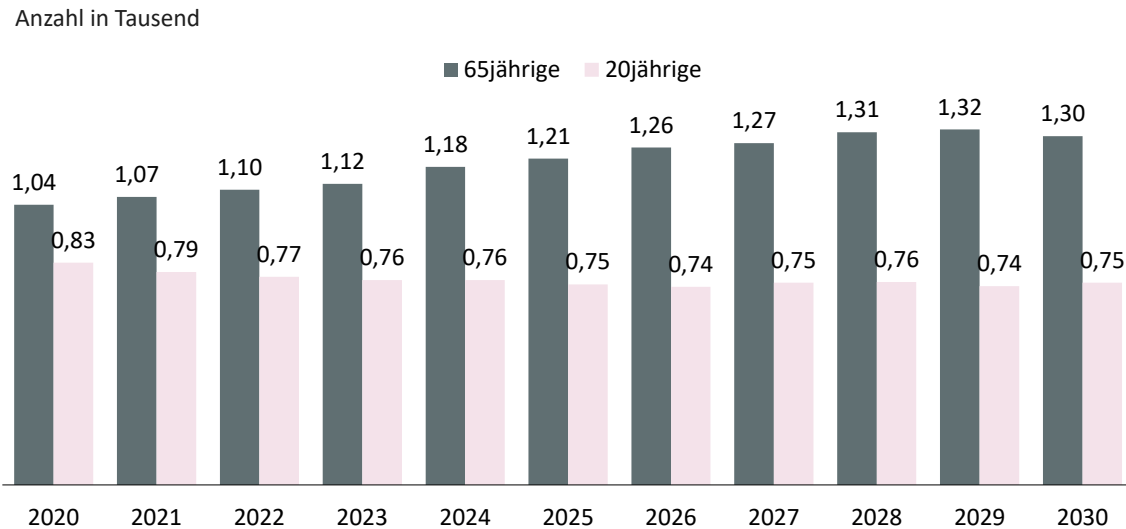
Abbildung 1: Jahresergebnis in % der Erlöse



1) Fortschreibung des Status quo unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung, mit stabilem Orientierungswert, steigenden Löhnen, zu erwartenden Sondereffekten der Jahre 2020 und 2021; danach Rückkehr der Fallzahlen zum Vorkrisenniveau 2019
 2) Im Jahr 2022 7% weniger Casemixvolumen als 2019
 Quelle: Augurzky et al. (2021)

Noch weitreichendere Folgen als die Covid-19-Pandemie dürfte der sich beschleunigende demografische Wandel für die Gesundheitswirtschaft haben. Die Alterung der Gesellschaft findet bereits seit über 20 Jahren statt. Sie wird jedoch in wenigen Jahren an Geschwindigkeit zunehmen, wenn die ersten geburtenstarken Jahrgänge das Renteneintrittsalter erreichen und gleichzeitig weniger junge Menschen eine Erwerbstätigkeit aufnehmen. Am Beispiel der Bevölkerungsentwicklung der 20jährigen und 65jährigen wird dies deutlich (Abbildung 2). Ab Mitte der 20er Jahre entsteht eine Lücke von rund einer halben Million Menschen pro Jahr. Als Folge davon ist ein steigender Fachkräftemangel in vielen Branchen zu erwarten.

Abbildung 2: Bevölkerungsentwicklung bis 2030, Anzahl in Tausend



Anmerkung: 13te Bevölkerungsvorausberechnung: Variante 2: Kontinuität bei stärkerer Zuwanderung
Quelle: hcb, Statistisches Bundesamt (2015)

Dabei ist der Fachkräftemangel schon heute spürbar und brisant. Kliniken suchen mithilfe großer Kampagnen nach Personal, das sie sich zum Teil gegenseitig abwerben, und müssen in einigen Fällen aufgrund unbesetzter Stellen elektive Operationen absagen (Stuttgarter Zeitung 2021). Teilweise können Vakanzen sogar über ein Jahr nicht besetzt werden (Ärztezeitung 2021). Aber auch außerhalb des Gesundheitswesens sind Engpässe sichtbar. So meldet die Augsburg Allgemeine (2021), dass in Bayern Ausbildungsstellen offenbleiben oder T-Online (2021), dass ein Versorgungskollaps wie in England durch fehlende LKW-Fahrer grundsätzlich auch in Deutschland möglich sei.

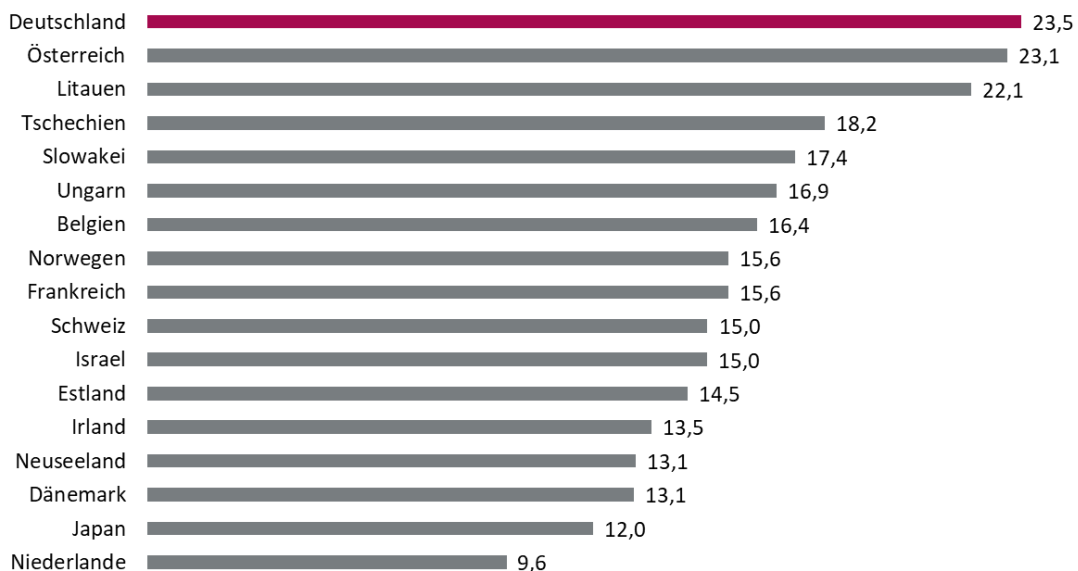
Eine sich verschlechternde wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser wird sich jedoch durch Mittel der Krankenkassen kaum beheben lassen, weil auch auf Krankenkassenseite die Defizite zunehmen. Um wachsende Zusatzbeiträge der Krankenkassen zu vermeiden, wird ihnen ab 2022 ein Zuschuss aus Steuermitteln von 7 Mrd. € p.a. gewährt (kma online 2021). Allerdings sind auch Steuermittel endlich und können kaum wachsende Defizite der Sozialversicherungen in den kommenden Jahren auffangen. Insofern wird es in diesem Jahrzehnt verstärkt darum gehen müssen, wie Potenziale im Gesundheitswesen erschlossen werden können, um mit den vorhandenen Ressourcen einen möglichst hohen Versorgungsnutzen erzielen zu können.

Zwar haben die Krankenhäuser seit Einführung der DRG (Diagnosis Related Groups) im Jahr 2004 ein hohes Maß an betrieblicher Effizienz erreicht. Für das Gesundheitssystem als Ganzes kann dies jedoch nicht behauptet werden. Denn Optimierung fand weitgehend innerhalb einzelner Segmente des Gesundheitswesens bzw. auf Betriebsebene statt. Es fehlt jedoch eine ganzheitliche Optimierung auf Systemebene. Potenziale dazu hätte das Gesundheitswesen. Beispielhaft seien hier die folgenden Themenfelder genannt. Mehr **Prävention** kann einen Beitrag dazu leisten, die Bedarfe zu reduzieren und das Personal im Gesundheitswesen zu entlasten. Gleiches gilt für **neue Technologien**, wie beispielsweise Telemedizin, künstliche Intelligenz und Robotik bzw. alles rund um „Digitalisierung“. Auch könnte das vorhandene knappe **Personal** in den Betrieben effizienter eingesetzt werden. Überbetrieblich kann eine stärkere **Zentralisierung und**

Schwerpunktbildung sowohl in der ambulanten als auch stationären Versorgung zu einem effizienteren Einsatz der Ressourcen führen.

Dies gilt auch für **sektorenübergreifende Versorgung**. Die derzeitige Sektorentrennung ist nicht nur ökonomisch gesehen nachteilig, sondern auch für eine patientenorientierte Versorgung hinderlich. Das große Potenzial, das in einer sektorenübergreifenden Versorgung liegt, zeigt sich an verschiedenen Statistiken. Von außen betrachtet fällt die hohe stationäre Fallzahl in Deutschland auf, die im Vergleich zu vielen anderen Ländern – gemessen an der Einwohnerzahl – sehr hoch ist (Abbildung 3). In anderen Ländern werden Leistungen häufiger ambulant erbracht. Legt man Daten aus Deutschland zugrunde, kommen Schätzungen auf ein Potenzial zur ambulanten Leistungserbringung von bis zu 20%. Sundmacher et al. (2015) identifizierten 22 Diagnosegruppen, in denen der Anteil vermeidbarer stationärer Fälle in Expertengruppen konsentiert wurde.¹ Nach eigenen vorsichtigen Berechnungen auf Grundlage von Krankenhausdaten nach §21 KHEntgG kommen wir auf ein altersabhängiges ambulantes Potenzial in der Größenordnung von durchschnittlich 9% (Abbildung 4).

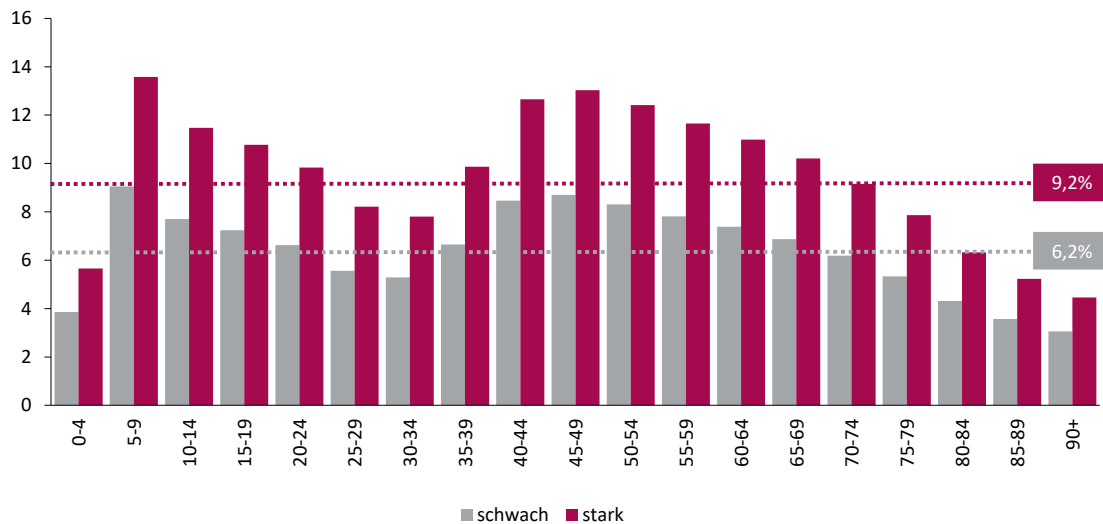
Abbildung 3: Jährliche Zahl der Krankenhaufälle je 100 Einwohner



Quelle: Augurzky et. al (2018)

¹ An dieser Stelle ist zu berücksichtigen, dass es sich nicht ausschließlich um solche Fälle handelt, die von Beginn an ambulant behandelt werden können, sondern die Studie auch diejenigen Fälle einschließt, in welchen durch Prävention eine stationäre Versorgung verhindert werden könnte. Dazu wird von einer vollständig ausgebauten ambulanten Versorgungsstruktur ausgegangen.

Abbildung 4: Ambulantes Potenzial in % aller stationären Fälle



Anmerkung: Das ambulante Potenzial auf Basis ICD-3-Steller beruht auf einer Schätzung aus InEK-Kalkulationsdaten, jedem Patienten aus der Grundgesamtheit aller Aufnahmen wird das ambulante Potenzial zugeordnet, Patienten mit Verweildauer über 7 Tagen besitzen kein ambulantes Potenzial
 Quelle: Augurzky et. al (2021)

Die Forderung nach einer sektorenübergreifenden Versorgung ist mehrere Jahrzehnte alt. Inzwischen erlaubt der medizinisch-technische Fortschritt in einigen Bereichen die Verweildauer eines Krankenhausaufenthalts immer mehr zu reduzieren, bis hin zur ambulanten Leistungserbringung. Die bestehenden sektorenspezifischen Vergütungssysteme bremsen die Ambulantisierung jedoch aus. Die oben geschilderte wachsende Knappheit an finanziellen und personellen Ressourcen erhöht aber den Druck auf das Gesundheitssystem, die Sektorengrenze zu hinterfragen. Insofern ist es nicht verwunderlich, dass der Gesetzgeber die Selbstverwaltungspartner gebeten hat, den nach §115b SGB V bestehenden Katalog der stationersetzenden Maßnahmen (AOP-Katalog) zu überarbeiten.

Dazu haben der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) das IGES-Institut beauftragt, den AOP-Katalog zu überarbeiten und zu erweitern. Das IGES-Institut führt einen internationalen Vergleich von ambulant durchführbaren Operationen, stationersetzenden Eingriffen und Behandlungen durch. Zudem analysiert es den Status quo zu ambulanten Operationen und stationersetzenden Eingriffen in Deutschland. Aufbauend darauf leitet es Empfehlungen zur Überarbeitung und Erweiterung des AOP-Katalogs ab. Das IGES-Institut soll auch Vorschläge zur Differenzierung der Fälle anhand ihres Schweregrads machen, um darauf aufbauend eine differenzierte Vergütung erarbeiten zu können. Die Veröffentlichung des Gutachtens ist für Januar 2022 geplant.

Wie eine solche differenzierte Vergütung stationersetzender Leistungen aussehen könnte, soll in den folgenden Kapiteln erörtert werden. Dieses Gutachten fokussiert sich dabei auf gastroenterologische Leistungen, die in Zukunft ambulant erbracht werden könnten. Es hat aber den Anspruch, auch auf andere Fachbereiche der intersektoralen Versorgung angewendet werden zu können. Die Vergütungssystematik soll an drei ausgewählten Fallbeispielen aus der Gastroenterologie exemplarisch dargestellt werden.

2 Vergütungsmodelle

Erste Anpassungen des deutschen Gesundheitssystems an den medizinischen Forschungsstand gab es bereits im Jahr 1992 mit der Einführung des gemeinsamen, sektorengleichen Leistungsbereichs bei ambulanten Operationen für Krankenhäuser und Niedergelassene (§115b SGB V). 2004 wurde der Grundsatz „ambulant vor stationär“ für den AOP-Katalog übernommen, sodass fortan für Leistungen der so genannten Kategorie 1 (Leistungen, die in der Regel ambulant erbracht werden können) die umgekehrte Beweislast galt. Für eine stationäre Einweisung anstelle einer ambulanten Behandlung muss also eine Begründung abgegeben werden. Jedoch ist die Vergütung des AOP-Katalogs über den einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) finanziell deutlich unattraktiver als die stationäre Vergütung über DRG-Fallpauschalen. So bemängelt der Sachverständigenrat Gesundheit den fehlenden Anreiz zur Ambulantisierung im aktuellen System (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018) und hält die Einführung einer sektorenunabhängigen, leistungsspezifischen Pauschalvergütung für wünschenswert.

Auch viele andere Länder gingen in den 1980er und 1990er Jahren den Weg zur Einführung eines sektorengleichen Leistungsbereichs – jedoch konsequenter als in Deutschland, sodass Deutschland diesbezüglich ins Hintertreffen geraten ist. Insofern lohnt sich der Blick in andere Länder und ihre Erfahrungen, die sie bei der Etablierung eines sektorengleichen Leistungsbereichs gemacht haben. Wir stützen uns im Folgenden vor allem auf die Ausarbeitung von Schreyögg und Milstein (2021).

2.1. Erfahrungen aus dem Ausland

Zwei interessante Beispiele finden sich in Skandinavien. **Norwegen** hat ambulante bzw. taggleiche Eingriffe in das dort bestehende Fallpauschalensystem integriert und damit einen sektorengleichen Leistungsbereich mit einheitlicher Vergütung geschaffen. Durch die einheitliche Vergütung konnten in den 1990er Jahren 20-30% des ambulanten Potenzials in der Tageschirurgie realisiert werden, in den 2000er Jahren dann sogar über 60%. Im Jahr 2016 vergrößerte Norwegen den Anreiz zur ambulanten Leistungserbringung durch einen finanziellen Aufschlag für taggleiche Eingriffe von 10% und im Folgejahr von 15%. **Dänemark** beschritt zunächst den gleichen Weg wie Norwegen und bildete ebenfalls einen sektorengleichen Leistungsbereich im Fallpauschalensystem mit einheitlicher Vergütung. Seit 2018 hat es die Sektorentrennung vollständig aufgehoben.

Erwähnenswert ist auch **England**, das für gewisse Indikationen die Vergütung für die ambulante Leistungserbringung sogar *höher* ansetzt als bei stationärer Leistungserbringung. Damit schafft es einen außerordentlich starken Anreiz zur Ambulantisierung. **Frankreich** trennt die Fallpauschalen in einen „Sockelbetrag“ und einen per-diem Zuschlag. Für 55 Leistungsbereiche müssen sich die Krankenhäuser bei den Kassen eine ex-ante Genehmigung einholen, sofern sie die Behandlung stationär anstatt ambulant durchführen wollen. Die Höhe der sektorengleichen Pauschalen ist abhängig von ihrem jeweiligen Ambulantisierungsgrad. Je höher er ist, desto geringer fällt die finanzielle Überdeckung der ambulanten Leistungserbringung aus. Umgekehrt erreicht die Vergütung der ambulanten Behandlung bei einem geringen Ambulantisierungsgrad fast die Höhe der stationären DRG bei leichtem Schweregrad. Für nahezu vollständig ambulantisierete Fallpauschalen fließen nur noch die Kosten der rein ambulanten Leistungserbringung in die Vergütung ein.

Die **USA** führten für die ambulante Leistungserbringung am Krankenhaus ein eigenes Fallpauschalensystem nach dem Vorbild der stationären DRG ein. Die Fallpauschale berechnet sich ebenfalls auf Grundlage eines Basisfallwerts in Verbindung mit Relativgewichten und basiert auf Prozeduren und individuellen Zusatzleistungen. So ist eine medizinische Klassifikation unter Berücksichtigung der Ressourcenintensität innerhalb der Leistungserbringung möglich. In die Kalkulation gehen keine stationären Kosten, sondern ausschließlich Kosten der taggleichen Leistungen ein (Schreyögg und Milstein 2021).

Es besteht also eine große Vielfalt an sektorengleichen Vergütungsmodellen. Sie unterscheiden sich im Wesentlichen in der Menge der einbezogenen Leistungsbereiche und in der Höhe des Anreizes zur ambulanten Leistungserbringung. Die Modelle reichen von separierten Teilbereichen des Fallpauschalenkatalogs (Norwegen, Dänemark bis 2018, Frankreich) über die Gleichsetzung beider Sektoren (Dänemark seit 2018, England) bis hin zu einem eigenständigen Fallpauschalensystem (USA). Die Vergütung orientiert sich möglichst sachgerecht am konkreten Ressourcenverzehr (USA) oder liegt bewusst über den Kosten (Dänemark, Norwegen, England, Frankreich).

Aus den Erfahrungen im Ausland lassen sich zwei wichtige Erkenntnisse ableiten. Erstens braucht es finanzielle Anreize, um die Ambulantisierung voranzubringen. Die Vergütungshöhe bestimmt die Geschwindigkeit und den Umfang der Ambulantisierung. Zweitens ist eine Übergangsphase zu empfehlen, damit die Leistungserbringer ihre Kostenstrukturen an die neuen Gegebenheiten anpassen können. Die Übergangsphase bezieht sich sowohl auf die Menge der einbezogenen Leistungsbereiche als auch auf die schrittweise Anpassung des Preisniveaus. Frankreich startete mit 18, England mit 20 und Dänemark mit 29 Leistungsbereichen.

Eine Orientierung zum Start in Deutschland könnte aus dem Innovationsfondsprojekt unter dem Titel „einheitliche, sektorengleiche Vergütung (ESV)“ von der Universität Hamburg, der Technischen Universität Berlin, dem Deutschen Krankenhausinstitut e.V., dem BKK Dachverband e.V. und dem Zentralinstitut für die Kassenärztliche Vereinigung der Bundesrepublik Deutschland erwachsen (GBA 2021). Das Projekt berücksichtigt Erfahrungen anderer Länder. Auf dieser Basis und mithilfe von Routine- und Abrechnungsdaten identifiziert es 30 Leistungsgruppen, die sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden können. Die Leistungsgruppen umfassen 2,9 Millionen Fälle und sind Teil des AOP-Katalogs. Ihre Verweildauer liegt zwischen ein bis drei Tagen, ihr Schweregrad ist gering. Außerdem sind sie durch ein in der Vergangenheit hohes stationäres Fallzahlvolumen gekennzeichnet.

Im Ergebnis liegen drei Optionen für ein mögliches Vergütungskonzept sektorengleicher Leistungen vor. **Option 1** berücksichtigt den konkreten Ressourcenverzehr abhängig vom Behandlungssetting. Ambulante Leistungen werden dabei deutlich niedriger als stationäre Leistungen vergütet. Eine bewusst eingeführte Anreizstruktur zur Ambulantisierung besteht nicht. **Option 2** setzt einen Anreiz zur Ambulantisierung, indem ambulante und stationäre Leistungen in gleicher Höhe vergütet werden (z. B. „Hybrid-DRG“). Dazu wird der Mittelwert von ambulanten und stationären Kosten ermittelt. **Option 3** orientiert sich an Option 2, setzt allerdings die Vergütung durch einen Aufschlag höher an, um einen zusätzlichen Anreiz zur ambulanten Leistungserbringung zu schaffen. Der Aufschlag kann sogar so hoch ausfallen, dass die ambulante Leistungserbringung höher als die stationäre vergütet wird. Auch ein schrittweises Übergehen von einer zu einer anderen Option ist möglich (Schreyögg und Milstein 2021).

2.2. Vergütungsansätze in Deutschland

In Deutschland hat man an der Schnittstelle von ambulant und stationär im Laufe der Zeit zahlreiche Mischmodelle geschaffen. Genannt seien persönliche und Institutsermächtigungen, Hochschul- und psychiatrische Institutsambulanzen (PIA), das Belegarztmodell, die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV), Disease-Management-Programme (DMP), die „Integrierte Versorgung“ nach §140a SGB V und das ambulantes Operieren nach § 115b SGB V. Eine breite Realisierung des ambulanten Potenzials gelang damit indessen nicht.

Insofern liegt die Vermutung nahe, dass es stärkere ökonomische Anreize zur Ambulantisierung braucht. Alternativ kann ein Zwang zur ambulanten Leistungserbringung gesetzt werden, indem Leistungen festgelegt werden, die nur ambulant erbracht werden dürfen. Je nachdem, welche Leistungen dies betrifft, können dadurch jedoch Versorgungslücken entstehen. Denn sollten die betroffenen Leistungen nicht kostendeckend erbracht werden können, müssen sich die Anbieter aus der entsprechenden Leistungserbringung zurückziehen, wenn sie ihre wirtschaftliche Existenz nicht gefährden wollen. Es ist davon auszugehen, dass eine heute stationär erbrachte Leistung, die künftig ambulant erbracht werden soll, einen im Durchschnitt höheren Schweregrad aufweist als eine Leistung, die schon immer ambulant erbracht wurde. In diesem Fall dürften für eine solche Leistung höhere Kosten entstehen. Eine Vergütung nach EBM wie für die bisher schon immer ambulant erbrachte Leistung dürfte daher nicht kostendeckend sein. Weder Krankenhäuser noch Vertragsärzte hätten dann ein Interesse, diese Leistungen zu erbringen und es entstünde eine systematische Unterdeckung von solchen komplexeren ambulanten Leistungen.

Um dies zu vermeiden, braucht es ein Vergütungsmodell, das auch für komplexere ambulante Fälle eine kostendeckende Vergütung ermöglicht. Neben den bestehenden Vergütungssystemen für den stationären und den ambulanten Bereich finden sich verschiedene Mischmodelle in der Diskussion. Sie lassen sich unterteilen in preisorientierte und budgetorientierte Ansätze. Zu den preisorientierten Ansätzen zählen Hybrid-DRG, teilstationäre DRG, der Ansatz des Berufsverbands Deutscher Internisten (BDI) am Beispiel der ambulanten spezialärztlichen Versorgung (ASV) und der EBM-Ansatz auf direkter Indikationsebene. Sie werden im Folgenden kurz beschrieben. Tabelle 1 stellt Vor- und Nachteile der Modelle gegenüber.

Hybrid-DRG basieren auf einer Mischkalkulation aus Elementen des EBM und der DRG. Letztendlich handelt es sich um Durchschnittswerte aus der ambulanten und stationären Vergütung². Die Techniker Krankenkassen führte in Thüringen dazu im Jahr 2017 ein Modellprojekt durch, das sich auf vier Behandlungskomplexe beschränkte: Kreuzbandverletzungen, Leistenbrüche, Krampfadern und Karpaltunnelsyndrom. Ergebnisse hierzu wurde bislang nicht veröffentlicht (Albrecht und Al-Abadi 2018). Wenn die bestehenden Vergütungssysteme parallel weiterlaufen, fällt für Krankenhäuser die Vergütung nach Hybrid-DRG niedriger aus als für die stationäre DRG. Damit entsteht für Krankenhäuser kaum ein Anreiz, auf Hybrid-DRG zu wechseln. Umgekehrt erhalten Vertragsärzte meist eine höhere Vergütung als nach EBM, sodass für sie ein sehr hoher Anreiz zum Wechsel auf Hybrid-DRG besteht. Für die Krankenkassen wird die Leistungserbringung am Ende eher teurer. Auch Beivers (2021) verweist auf Herausforderungen für Hybrid-DRG: Eine Ergänzung um sektoreinheitliche Qualitätsparameter, eine gleichartige Dokumentation und eine Kalkulation der Hybrid-DRG durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

² Ggf. mit einem Aufschlag für Vergütung der sektorengleichen Leistung (Schreyögg und Milstein 2021).

(InEK) seien notwendig. Um eine Risikoselektion der Patienten zu vermeiden, müssen außerdem Fälle identifiziert werden, die eine zusätzliche Hotelkomponente benötigten. Außerdem müsse die unterschiedliche Systematik der Investitionskostenfinanzierung zwischen den beiden Sektoren Berücksichtigung finden.

Teilstationäre DRG³ stellen einen eigenständigen Komplex im DRG-Vergütungssystem dar. Das durch das IGES entwickelte Modell mindert die stationäre DRG um die Hotelkomponente (Albrecht und Al-Abadi 2018). Da es bisher lediglich zwei bewertete teilstationäre DRG gibt, ist anzunehmen, dass sie nur in wenigen Bereichen eine adäquate Abbildung der teilstationären Leistung zulassen.

Die **ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)** ist ein Versorgungsbereich, an dem ambulante und stationäre Leistungserbringer bei Erfüllung entsprechender Voraussetzungen teilnehmen können. Die ASV fokussiert sich auf hochspezialisierte Krankheitsbilder in drei Bereichen: (i) die Behandlung von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, (ii) die Behandlung von seltenen Erkrankungen und Erkrankungszuständen mit entsprechend geringen Fallzahlen und (iii) die Erbringung von hochspezialisierten Leistungen. Aktuell setzt die Vergütung der ASV auf dem EBM auf mit Erweiterung um zusätzliche Leistungspositionen (Walendzik und Wasem 2019). Der BDI hat in Zusammenarbeit mit *inspiring health* beispielhaft für die ASV überprüft, ob grundsätzlich eine Vergütung basierend auf der stationären Vergütungssystematik möglich ist. Auf Basis der InEK-Kostenmatrix macht der BDI einen Vorschlag zur ASV-Vergütung. Einige Kosten der Kostenmatrix werden beibehalten, andere modifiziert oder gestrichen. Ferner werden die Kosten mit der Verweildauer der Patienten gewichtet (Wilke et al. 2017).

Darüber hinaus finden sich **budgetorientierte Ansätze**. Hier wird ein Zielbudget definiert, innerhalb dessen die Art der Leistungserbringung frei wählbar ist: stationär oder ambulant. Das Budget kann sich auf ein Krankenhaus oder auf eine ganze Region beziehen. Beispielsweise schlägt die DKG ein Modell vor⁴, in dem sich die Vergütung des Krankenhauses für ambulant erbrachte Fälle zunächst an der stationären Vergütung orientiert, indem das bisherige Budget für die stationären Leistungen „eingefroren“ wird. Das Krankenhaus kann die bisher stationär erbrachte Leistung auch ambulant erbringen, ohne dass sich sein Budget dadurch vermindert. Nachdem sich mit der Zeit herausstellt, welche Eingriffe sich ambulant gut abbilden lassen, und die Krankenhäuser die Gelegenheit zur organisatorischen, personellen und strukturellen Anpassung hatten, würde die Vergütungssystematik weiterentwickelt werden, sodass ambulant erbrachte Fälle geringer vergütet werden (DKG 2021). Dieser Ansatz betrachtet ausschließlich die ambulante Leistungserbringung am Krankenhaus, der vertragsärztliche Bereich wird hier nicht berücksichtigt.

Ein noch weiter gehender Ansatz sind so genannte **Capitationmodelle** bzw. **Regionalbudgets**. Ausgangsbasis ist hier nicht das bisherige Krankenhausbudget, sondern ein Versorgungsbudget, das nötig wäre, um eine gesamte Region stationär und ambulant zu versorgen. Das Versorgungsbudget leitet sich aus der regionalen Bevölkerungs- und Morbiditätsstruktur ab. Die Leistungserbringer der Region können frei entscheiden, wie sie eine Leistung erbringen: ambulant oder

³ Im Fallpauschalenkatalog 2021 sind neben zwei bewerteten DRG 13 unbewertete DRG enthalten. Zehn dieser unbewerteten DRG sind aus dem pädiatrischen Bereich. Die Vergütung von unbewerteten DRG wird individuell zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern verhandelt.

⁴ Vgl. Positionen der Deutsche Krankenhausgesellschaft für die 20. Legislaturperiode des Deutschen Bundestags 2021.

stationär. Sie müssen jedoch vorgegebene Versorgungsziele erreichen und sich dem Wettbewerb mit seinen Nachbarregionen stellen. In diesem Modell verändert sich das Budget nicht, wenn mehr Leistungen ambulant erbracht werden. Der Anreiz zur Ambulantisierung ist dabei sehr hoch⁵. Um einen solchen Ansatz zu realisieren, braucht es eine Anpassung des regulatorischen Rahmens und passende Pilotregionen.⁶

Tabelle 1: Vor- und Nachteile von Modellen zur sektorenübergreifenden Vergütung

Modell	Vorteile	Nachteile
Hybrid-DRG	Einfache Systematik auf Basis von Durchschnittswerten, geringer Aufwand	Ohne weitere Anpassungen für Krankenhäuser unattraktiver als stationäre DRG und für Niedergelassene deutlich attraktiver als EBM Durch Anreiz zum Wechsel auf Hybrid-DRG bei Niedergelassenen wird Leistungserbringung für Krankenkassen teurer KV-Praxen können Leistungsvolumen der Krankenhäuser vermutlich nicht abfangen; Gefahr der Unterversorgung
Teilstationäre DRG	Kosten, die eindeutig dem stationären Bereich zugeordnet werden (Hotelkomponente) werden herausgerechnet, schnell umsetzbar	Steigende Komplexität, weil eigenständiger Komplex im DRG-System nötig Da bisher nur zwei bewertete teilstationäre DRG im DRG-Katalog enthalten, lässt das System vermutlich nur in wenigen Bereichen eine adäquate Abbildung der teilstationären Leistung zu
ASV-Systematik	Im Mittel bessere Vergütung als durch EBM Bilden Teamsystematik besser ab als EBM Individuelle Modifikation der Kostenmatrix anhand der Verweildauer bildet unterschiedliche Nutzung von Haupt- und Nebenleistungen sowie Kostenstellen ab	Unschärfen bei DRG mit breitem OPS-Spektrum Unschärfen bei Fällen mit mehr als eine Leistung Unschärfen durch Fälle mit mehr als einem Tag Steigende Komplexität des DRG-Katalogs Mischkalkulation der DRG
Krankenhausbudget	Einfache Systematik durch pauschalen Abschlag für alle DRG	Stellt lediglich Vergütungsrahmen dar Wie Vergütung sich auf einzelne Leistungen verteilt, muss mit Hilfe eines geeigneten Systems festgelegt werden Keine Berücksichtigung des vertragsärztlichen Bereichs
Regionalbudget	Starker Anreiz zur Ambulantisierung und zu Prävention Große Gestaltungsfreiheit Kostenkontrolle kann entfallen	Weitreichender Ansatz, benötigt Anpassung des regulatorischen Rahmens und passende Pilotregion, zeitintensive Vorbereitung und Umsetzung

Quelle: hcb

2.3. Vorschlag für ein sektorengleiches Vergütungssystem

Wir orientieren uns am Modell eines eigenständigen Fallpauschalensystems für sektorengleiche Leistungen und sprechen von „komplex-ambulanten DRG“, weil wir davon ausgehen, dass es sich bei den Leistungen, die bisher stationär und künftig ambulant erbracht werden sollen, um komplexere Leistungen handelt, als diejenigen, die bisher nur partiell ambulant erbracht wurden. Um dabei verschiedene Blickwinkel auszuloten, haben wir mit Vertretern von Krankenhäusern, Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Gespräche geführt.

Ein sektorengleiches Vergütungsmodell sollte einigen Anforderungen genügen. Es sollte zu einer ebenso hohen **Versorgungsqualität** führen, wie sie im ehemaligen Setting erreicht wurde. Die Vergütung sollte mindestens **kostendeckend** sein, um Unterversorgung zu vermeiden. Dabei sollten die Pauschalen nach unterschiedlichen **Schweregraden**, die sich zum Beispiel durch Komorbiditäten der Patienten ergeben, differenziert werden. Denn unterschiedliche Schweregrade führen zu einer unterschiedlichen starken Inanspruchnahme von Ressourcen wie Personal, Sachmittel oder Gerätschaften, und von Ressourcen, die für den Fall von Komplikationen vorgehalten werden müssen. Die Vergütung sollte die damit verbundenen **Vorhaltekosten** abbilden. Ohne eine Differenzierung nach Schweregraden sind **Fehlanreize** im Sinne von „Rosinen picken“ zu befürchten.

⁵ Siehe zum Beispiel Benstetter et al. (2020).

⁶ Siehe zum Beispiel Stiftung Münch (2021).

Wie bei den stationären DRG müssen die Kostendaten regelmäßig **überprüft** und die Vergütung ggf. angepasst werden. Dennoch sollte das System eine möglichst **geringe Komplexität** aufweisen und den Bürokratieaufwand geringhalten. Es sollte eine **Übertragbarkeit** auf andere Fachbereiche erlauben. Schließlich sollte es dem sektorengleichen Vergütungssystem gelingen, im Vergleich zum Status quo mittelfristig **Ressourcen** einzusparen und damit einen Beitrag zur Stabilisierung der Gesundheitsversorgung zu leisten.

Wir schlagen vor, auf Grundlage der Datenlieferung gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG von circa 250 Kalkulationskrankenhäuser an das InEK die Kosten der komplex-ambulant DRG zu bestimmen. Eine naheliegende Option ist die Kalkulation auf Basis der Kostenmatrix bestehender DRG. Dazu muss für die zu kalkulierende sektorengleiche Leistung bzw. Prozedur jeweils eine passende DRG identifiziert werden. In Frage kommt eine DRG mit einem hohen Anteil dieser Prozedur und mit einer unteren Grenzverweildauer der DRG nicht höher als einem Tag. Vorteilhaft ist, dass die dazu nötigen Daten über den DRG-Report-Browser öffentlich abrufbar sind. Nachteil ist jedoch, dass die veröffentlichten Kostendaten durch die pauschalierte Mischkalkulation der DRG sehr ungenau sind, d.h. die DRG nur anteilig die jeweilige Prozedur beinhaltet und nicht auf die fallbezogenen Realkosten der Prozedur rückgerechnet werden kann.

Als Alternative kommt die eigenständige **Kalkulation der Fallkosten** bzw. der Kosten der jeweiligen Prozedur in Betracht. Dazu werden die Fälle der Kalkulationskrankenhäuser mit einer Verweildauer von einem Tag (1-Tagesfälle) und mit nur einer Prozedur herangezogen. Diese Daten liegen dem InEK vollumfänglich und für die Gastroenterologie teilweise bei *Inspiring health* vor. Dieser Weg verlangt eine fallbezogene Kalkulation für jede Prozedur und kann auf Grundlage der Datenlieferung gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG mit den Daten der Kalkulationshäuser beschriftet werden. Er erlaubt eine korrekte Bestimmung der prozeduralen und Infrastruktur-Realkosten und ermöglicht, die "Hotelkosten" getrennt auszuweisen und abzuziehen. Wir empfehlen daher diesen Weg für die Kalkulation der komplex-ambulant DRG. Für die später vorgestellten Fallbeispiele greifen wir auf die Daten von *Inspiring health* zurück. Die Kalkulation für die künftig möglicherweise zu etablierenden sektorengleichen Leistungssegmente könnte das InEK übernehmen.

Ein sehr wichtiges Element bei der Erarbeitung von komplex-ambulant DRG ist die Differenzierung nach Schweregraden, um eine unerwünschte Patientenselektion zu vermeiden. Wir schlagen ein dreigliedriges Stufenmodell vor, das sich an den Patienteneigenschaften und an der Schwere des Eingriffs festgemacht. Es orientiert sich am Entwurf der DGVS (DGVS 2021). Die einfachste Stufe („Basis“) setzt an den heute bereits ambulant erbrachten Leistungen an. Es folgt eine „erhöhte Stufe“ und eine „sehr erhöhte Stufe“, die eher Fälle abdecken, die heute noch stationär erbracht werden. Die einzelnen Stufen definieren sich durch entsprechend gestufte Voraussetzungen.

In die niedrigste Stufe „**Basis**“ fallen Patienten ohne Begleiterkrankungen, deren Eingriff weniger als 30 Minuten dauert. Die nächste Stufe „**erhöht**“ kommt für Patienten mit einer Begleiterkrankung entsprechend des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA)⁷ in Frage oder falls die Eingriffsdauer zwischen 30 und 60 Minuten beträgt. In die Schweregradstufe „**sehr erhöht**“ fallen alle Patienten mit mindestens zwei Merkmalen entsprechend der Stufe „erhöht“

⁷ Als Begleiterkrankungen in diesem Sinne gelten alle 80 Erkrankungen der Liste, die für die Zuweisung erhöhter finanzieller Mittel im Rahmen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) relevant sind.

oder falls die Eingriffsdauer mehr als 60 Minuten beträgt. Sollten bei einem Patienten die Kriterien nach American Society of Anesthesiologists (ASA) 3⁸ erfüllt sein, fällt er unabhängig von der Anzahl der Begleiterkrankungen und der Eingriffsdauer in die Schweregradstufe „sehr erhöht“. Anhand der genannten Kriterien kann die Hypothese aufgestellt werden, dass ein Großteil der Patienten der Stufe „Basis“ und eher selten der Stufe „sehr erhöht“ zugeordnet wird. Tabelle 2 stellt die Zuordnung der Patienten zu den Schweregradstufen in der Übersicht dar.

Tabelle 2: Zuordnung der Patienten zu den Schweregradstufen

Begleiterkrankungen*	Eingriffsdauer		
	<30 Min.	30-60 Min.	>60 Min.
0	Basis	Erhöht	Sehr erhöht
1, nicht ASA3	Erhöht	Erhöht	Sehr erhöht
Mind. 2 und/oder ASA3	Sehr erhöht	Sehr erhöht	Sehr erhöht




* laut Morbi-RSA

Anmerkung: Aufgrund der Komplexität des Eingriffs ist davon auszugehen, dass ab einer Eingriffsdauer von 2 Stunden der Eingriff stationär durchgeführt wird.

Quelle: hcb

Um die medizinische Versorgungsqualität zu gewährleisten, müssen Leistungserbringer abhängig vom Schweregrad infrastrukturelle und personelle Voraussetzungen erfüllen. Wir schlagen für den Fachbereich Gastroenterologie die in Abbildung 5 und 6 aufgelisteten infrastrukturellen und personellen Voraussetzungen vor. Die Voraussetzungen können je komplex-ambulanter DRG und nach Fachdisziplin variieren. Sie definieren im Wesentlichen das Kostenniveau der komplex-ambulanten DRG je Schweregrad.

Abbildung 5: Vorschlag zu infrastrukturellen Voraussetzungen je Schweregrad

	Basis	erhöht	sehr erhöht
 Untersuchung	Untersuchungsraum Gerät Endoskopie PC zur Dokumentation Sonografie Gerät	<u>Zusätzlich:</u> Röntgen und/ oder Durchleuchtung (auch in Kooperation möglich) Überwachungsmonitor	<u>Zusätzlich:</u> Röntgen und/ oder Durchleuchtung (auch in Kooperation möglich) Überwachungsmonitor
 Nachbeobachtung	Überwachungsbett	Überwachungsbett inkl. Überwachungsmonitor	Überwachungsbett inkl. Überwachungsmonitor
 Notfallversorgung "Versicherungsleistung"	Notfallwagen/-koffer	<u>Zusätzlich:</u> Sonografie Gerät Röntgen und/ oder Durchleuchtung (auch in Kooperation möglich) räumliche Kapazitäten Notfall-Endoskopie	<u>Zusätzlich:</u> CT/ggf. MRT (auch in Kooperation möglich) Überwachung 24h verfügbar Intensivstation OP-Bereitschaft innerhalb von 30 Minuten erreichbar

Quelle: hcb

⁸ ASA (American Society of Anesthesiologists): Internationale Risikoklassifikation zur Einstufung der präoperativen physischen Beschaffenheit der Patienten: Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung.

Abbildung 6: Vorschlag zu personellen Voraussetzungen je Schweregrad

	Basis	erhöht	sehr erhöht
 Untersuchung	1 Arzt 1 Pflegeassistenz 1 Sedierungsassistenz	1 Arzt 2 Pflegeassistenz 1 Sedierungsassistenz	2 Arzt 1 Pflegeassistenz 1 Sedierungsassistenz
 Nachbeobachtung (Vorbereitung)	1 Pflegeassistenz 1 Arzt (Freigabe Entlassung)	1 Pflegeassistenz 1 Arzt (Freigabe Entlassung)	1 Pflegeassistenz 1 Arzt (Freigabe Entlassung)
 Notfallversorgung/ "Versicherungsleistung"	1 Arzt verfügbar	1 Arzt verfügbar (Notfall-Endoskopie) 1 Pflegeassistenz verfügbar	<u>Zusätzlich:</u> 1 Chirurg Rufbereitschaft (24h)

Anmerkung: Mit der Bezeichnung Arzt meinen wir einen Arzt mit einen facharznahen Weiterbildungsstand.

Quelle: hcb

Wie bei den DRG können auch bei der Vergütung der komplex-ambulanten Fälle grundsätzlich **kostenhomogene Fallgruppen** gebildet werden. Außerdem sind **Zusatzentgelte** für besondere Kosten denkbar. Fallpauschalen zielen naturgemäß nicht darauf ab, eine Einzelfallgerechtigkeit herzustellen. Sie dienen dazu, die Abrechnung zu vereinfachen und Anreize zu setzen, sparsam mit den Ressourcen umzugehen. Dennoch kann es Ausreißer mit einem besonders hohen Aufwand im Sachkostenbereich geben, der sich auch nicht über das Gesetz der großen Zahl herausmittelt und der dann dazu führen kann, solche Leistungen als Leistungserbringer zu meiden. Daher empfehlen wir Zusatzentgelte, die für besonders hohe, vorab zu definierende Sachkosten abgerechnet werden können⁹. Im Vorfeld sollte dazu eine Analyse der einzelnen Kostenarten hinsichtlich ihrer Spreizung über die Fälle hinweg erfolgen, um daraus ableiten zu können, welche Kosten über die Pauschale und welche über Zusatzentgelte finanziert werden sollen. Wie bei den stationären DRG sollte eine jährliche Anpassung an die Preisinflation sowohl bei den Personal- als auch Sachkosten erfolgen. Dazu wird vom Statistischen Bundesamt der so genannte Orientierungswert berechnet.

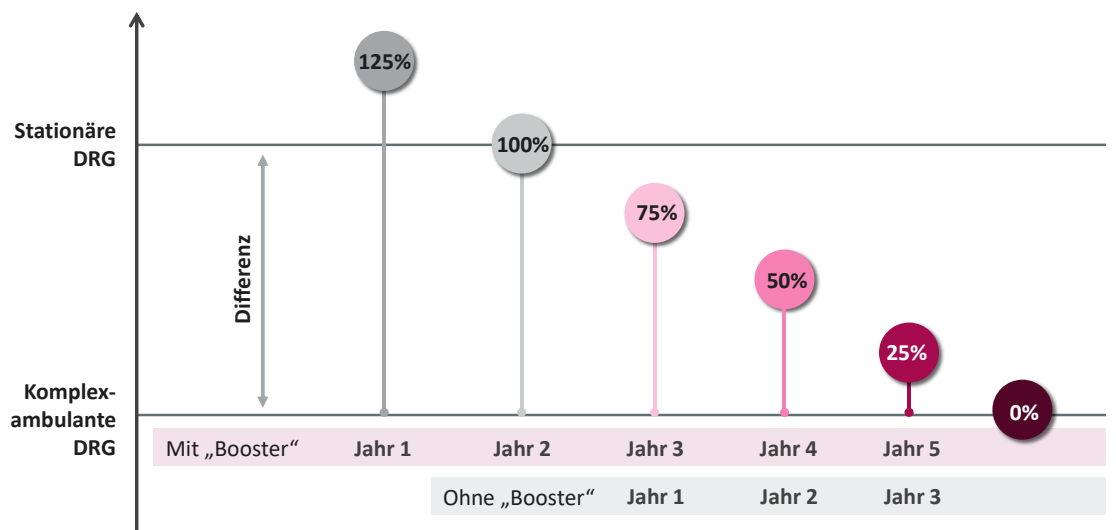
Die adäquate Berücksichtigung der **Investitionskosten** stellt bei einem sektorenübergreifenden Vergütungsmodell eine eigene Herausforderung dar. Die Investitionskosten der Krankenhäuser werden grundsätzlich aus Steuermitteln der Bundesländer finanziert, auch wenn sie in der heutigen Realität zum Teil aus Erlösen finanziert werden. Niedergelassene Praxen zahlen ihre Investitionskosten dagegen selbst, das heißt, sie werden über die Abrechnungen an die Krankenversicherungen und Patienten finanziert. Wenn die komplex-ambulanten DRG auf Basis von Kostendaten der Kalkulationskrankenhäuser bepreist werden, fehlt darin ein Investitionskostenanteil, den Krankenhäuser von den Bundesländern erhalten. Wenn Investitionsfördermittel von Krankenhäusern nur für die stationäre Versorgung verwendet werden dürfen, braucht es noch einen Investitionskostenzuschlag auf die komplex-ambulanten DRG – unabhängig davon, ob ein Krankenhaus oder eine Arztpraxis die Leistung erbringt. Falls Investitionsfördermittel von Krankenhäusern auch für die Bereitstellung der Infrastruktur zur Erbringung komplex-ambulanter Leistungen verwendet werden dürfen, kann der Investitionskostenzuschlag nur gewährt werden, wenn die Leistung in Vertragsarztpraxen erbracht wird. Orientiert man sich an der gegenwärtigen stationären Investitionsförderung sollte der Zuschlag im Durchschnitt etwa 3,5% be-

⁹ Die Inflation bezogen auf die Sachkosten wird ebenso wie bei den Personalkosten durch den Orientierungswert des Statistischen Bundesamts abgebildet.

tragen. Dies sind die Investitionsfördermittel der Länder im Verhältnis zu den Erlösen der Plankrankenhäuser im Jahr 2019 (Augurzky et al. 2021). Je nach Behandlung kann der Wert dabei jedoch unterschiedlich ausfallen. Alternativ könnte hier auch der Vergleich der zurechenbaren Investitionskosten aus dem stationären und niedergelassenen Bereich eine Orientierungshilfe zur Höhe des Aufschlags bieten.

Zur Umsetzung der neuen Vergütungssystematik empfehlen wir eine **Konvergenzphase** von beispielsweise drei bis fünf Jahren, wie in Abbildung 7 schematisch dargestellt. In dieser Zeit würde für Krankenhäuser die Differenz zwischen der Vergütung der komplex-ambulanten DRG und der entsprechenden stationären DRG zum Teil ausgeglichen. Ebenfalls vorstellbar ist, dass Niedergelassene, die die Voraussetzungen für den jeweiligen Schweregrad erfüllen auch die höhere Vergütung erhalten. In der Variante „ohne Booster“ würde der Ausgleich im ersten Jahr bei 75% liegen und anschließend jedes Jahr um 25%-Punkte sinken. Damit hätten die Krankenhäuser Zeit, ihre Kostenstruktur der ambulanten Leistungserbringung anzupassen. Aufgrund der Erfahrungen aus dem Ausland empfehlen wir auch eine Diskussion über die Variante „mit Booster“. In diesem Fall würde im ersten Jahr die Differenz zwischen der stationären und der komplex-ambulanten DRG nicht nur vollständig ausgeglichen, sondern sogar um 25% überkompensiert. Damit wäre die Vergütung der komplex-ambulanten DRG höher als die der stationären DRG. Die Ambulantisierung dürfte sich dadurch beschleunigen lassen. Aus Sicht der Beitragszahler handelt es sich hierbei um eine Investition, die sich in den Jahren danach auszahlen würde.

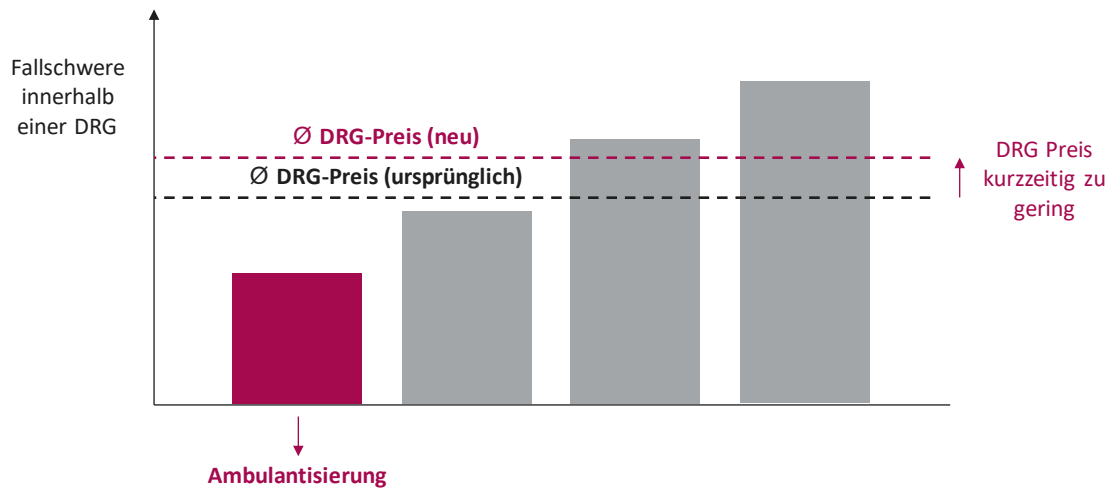
Abbildung 7: Konvergenzphase



Quelle: hcb

Die Implementierung von komplex-ambulanten DRG hat außerdem eine **Rückwirkung auf das stationäre DRG-System**. Sobald die leichteren Fälle aus den stationären DRG in den komplex-ambulanten Bereich verschoben werden, ändert sich die Grundgesamtheit der im Stationären verbleibenden Leistungen. Diese Leistungen weisen einen höheren medizinischen Schweregrad (Casemix-Index) auf, wie in Abbildung 8 dargestellt. Wenn sie weiterhin nach der ursprünglichen DRG vergütet würden, käme es zu einer systematischen Unterdeckung der Kosten. Diese Rückwirkung muss bei der Kalkulation der DRG durch das InEK Berücksichtigung finden.

Abbildung 8: Rückwirkung auf die Kalkulation der stationären DRG



Quelle: hcb

3 Fallbeispiele

3.1. Auswahl der Fallbeispiele

Zur Illustration des oben geschilderten Vorschlags wählen wir exemplarisch drei gastroenterologische Behandlungen aus, die sowohl stationär als auch unter bestimmten Voraussetzungen ambulant erbracht werden können. Sie sollen Leistungen repräsentieren, (i) die heute schon im AOP-Katalog verankert sind, aber deren ambulante Leistungserbringung meist noch nicht gelebt wird, (ii) die komplex hinsichtlich gewisser Voraussetzungen an Ausstattungsmerkmalen sind und (iii) die in die Funktionsdiagnostik fallen. Folgende drei Fallbeispiele wurden ausgewählt:

- a) Endoskopische retrograde Cholangiopankreatographie (**ERCP**): Endoskopisches Verfahren zur Darstellung, Untersuchung und Therapie der Gallen- und Pankreasgänge,
- b) Ösophago-Gastro-Duodenoskopie (**ÖGD**) mit Intervention: Endoskopisches Verfahren zur Darstellung, Untersuchung und Therapie der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms mit einem flexiblen Video-Endoskop (Magenspiegelung),
- c) Komplex einer **Funktionsdiagnostik**: Platzierung einer Messsonde im unteren Bereich des Ösophagus.

Für diese Fälle suchen wir unter Berücksichtigung von relevanten Prozeduren die entsprechenden Leistungsgruppen aus. Die DGVS hat in Zusammenarbeit mit *inspiring health* ambulant-sensitive Prozeduren zu kostenhomogenen Leistungsgruppen zusammengefasst. Für die Praxisbeispiele ergeben sich folgende Leistungsgruppen:

- a) **ERCP** diagnostisch beziehungsweise mit wenig aufwendigen Zusatzleistungen,
- b) **Interventionelle ÖGD: ÖGD** mit ein bis zwei Schlingenpolypektomien,
- c) **Impedanz-pH-Metrie** nach vorheriger Bestimmung der korrekten Sondenposition durch eine ÖGD.

3.2. Erlösvergleich stationär und komplex-ambulant

Für den Erlösvergleich werden die für die Fallbeispiele ermittelten komplex-ambulant-DRG den entsprechenden DRG-Erlöspositionen gegenübergestellt. Die DRG-Erlöse beziehen sich auf

1-Tagesfälle; die relevanten Abschläge für die Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer werden berücksichtigt. Da die zu ambulantisierenden Leistungen aus dem stationären Leistungsangebot und damit aus dem Krankenhausbudget herausgenommen werden, wählen wir eine Kostenkalkulation, die sich an der DRG-Fallpauschalenkalkulation orientiert. Grundlage für die Berechnung der komplex-ambulanten Erlöse bilden InEK-Kostendaten zu 1-Tagesfällen mit nur einer Prozedur. Diese Daten bilden die Kosten der für die Ambulantisierung relevanten Fälle am zuverlässigsten ab, auch wenn die Zuordnung der Gemeinkosten auf die verschiedenen Kostenstellen nicht immer verursachungsgerecht möglich ist. Die Kostendaten wurden von *inspiring health* den Fallbeispielen entsprechend analysiert und uns in Form der InEK-Kostenmatrix zur Verfügung gestellt.

Zur Berechnung der Erlöse für die komplex-ambulante DRG werden die Kostenstellen zuerst in Hauptleistungs- und Nebenleistungsbereiche eingeteilt. Die Zuordnung der Kostenstellen für die Gastroenterologie ist in Tabelle 3 dargestellt. Überträgt man das Modell auf andere Leistungsbereiche, muss diese Zuordnung entsprechend angepasst werden. Innerhalb der Hauptleistungsbereiche werden die Kosten vollständig für die Kalkulation der komplex-ambulanten DRG berücksichtigt und in den Nebenleistungsbereichen dem jeweiligen Schweregrad entsprechend anteilig. Dies ist sinnvoll, um den Fall entsprechend seiner Komplexität zu vergüten. Komplexere Fälle weisen in der Regel ein höheres Komplikationsrisiko auf, was wiederum eine gewisse Infrastruktur im Hintergrund voraussetzt.

Tabelle 3: Zuordnung der Haupt- und Nebenleistungen je Schweregrad

Kostenstellen	Basis	erhöht	sehr erhöht
01 Normalstation	0%	35%	70%
02 Intensivstation	0%	35%	70%
03 Dialyseabteilung	0%	35%	70%
04 OP	0%	35%	70%
05 Anästhesie	0%	35%	70%
06 Kreißsaal	0%	35%	70%
07 Kardiolog. Diag. / Ther.	0%	35%	70%
08 Endoskop. Diag. / Ther.	70%	85%	100%
09 Radiologie	70%	85%	100%
10 Laboratorien	70%	85%	100%
11 Diagn. Bereiche	0%	35%	70%
12 Therap. Bereiche	0%	35%	70%
13 Patientenaufnahme	70%	85%	100%

Hauptleistung
 Nebenleistung

Quelle: hcb

Stationäre Erlöse mit einer Verweildauer von einem Tag liegen deutlich über den Erlösen aus dem ambulanten Bereich. Dies ist nachvollziehbar, weil im stationären Bereich viele Ressourcen (personelle Ausstattung, Geräte, Funktionsbereiche) mitfinanziert werden, die bei möglichen Komplikationen zur Verfügung stehen müssen, nicht jedoch bei jedem einzelnen Patienten immer benötigt werden. Wenn solche Leistungen in größerem Maße ambulant erbracht werden sollen, wird die Vorhaltung für Komplikationsrisiken auch weiterhin finanziert werden müssen.

Ansonsten wird sich für solche komplexeren ambulanten Fälle zukünftig kaum ein Leistungserbringer finden lassen, der sie kostendeckend erbringen kann. Eine Vergütung zwischen DRG und den ambulanten Erlösen könnte hier Abhilfe schaffen.

Die Kostendaten der 1-Tagesfälle müssen, um eine Vergleichbarkeit zu erreichen, auf Erlösniveau angehoben werden. Hierzu wird die InEK Bezugsgröße ins Verhältnis zum Bundesbasisfallwert gesetzt und die Kosten der 1-Tagesfälle entsprechend prozentual hochgerechnet. Tabelle 4 zeigt die entsprechend der Schweregrade gestuften Erlöse der komplex-ambulanten DRG im Vergleich zum stationären DRG-Erlös eines vergleichbaren 1-Tagesfalles. Eine Ausnahme bildet die Funktionsdiagnostik, hier liegt der Erlös der komplex-ambulanten DRG über dem DRG-Erlös. Die Impedanz-pH-Metrie nach vorheriger Bestimmung der korrekten Sondenposition durch eine ÖGD führt in eine DRG mit breit gefächertem Leistungsspektrum, wodurch die Kosten der einzelnen Leistungen gerade bei der Vergütung der 1-Tagesfälle nicht immer gedeckt sind. Bisher ist der Anreiz, solche Leistungen ambulant zu erbringen daher sehr gering. Eine Erlösanhebung in diesem Bereich hätte vermutlich eine entsprechend hohe Anreizwirkung zur ambulanten Leistungserbringung.

Tabelle 4: Erlösvergleich stationär, komplex-ambulant und ambulant

Schweregrad	DRG ¹⁾	Komplex-ambulante DRG ²⁾		
	1-Tagesfall	Sehr erhöht	Erhöht	Basis
ERCP diagnostisch bzw. mit wenig aufwendigen Zusatzleistungen	1.606 €	1.079 €	805 €	531 €
Interventionelle ÖGD: ÖGD mit 1-2 Schlingenpolypektomien	952 €	935 €	686 €	437 €
ÖGD mit Langzeit-pH-Metrie mit Langzeit-Impedanzmessung	809 €	1.247 €	852 €	456 €

1) DRG-Erlös der 1-Tagesfälle als gewichteten Mittelwert berechnet. Gleiche Verteilung über die DRGs wie bei den komplex-ambulanten DRGs.

2) Berechnet aus Kostendaten der InEK-Kalkulationshäuser (Daten von inspiring health) der entsprechenden 1-Tagesfälle und mit der Differenz aus Bundesbasisfallwert und InEK-Bezugsgröße auf Erlösniveau angehoben, entsprechend zum DRG-System.

Quelle: hcb, Kostendaten 1-Tagesfälle inspiring health

4 Fazit

Der Wunsch nach einer sektorenübergreifenden Patientenversorgung aus einer Hand ist nicht neu. Viele Länder beschritten in den 1980er und 1990er Jahren den Weg zur Etablierung einer stärker sektorenübergreifenden Versorgung, darunter auch Deutschland. Erste Anpassungen des deutschen Gesundheitssystems an den medizinischen Forschungsstand gab es bereits im Jahr 1992 mit der Einführung des gemeinsamen, sektorengleichen Leistungsbereichs bei ambulanten Operationen für Krankenhäuser und Niedergelassene (§115b SGB V). Im Jahr 2004 wurde der Grundsatz „ambulant vor stationär“ für den AOP-Katalog übernommen. Jedoch gingen andere Länder deutlich konsequenter diesen Weg, sodass Deutschland diesbezüglich immer mehr ins Hintertreffen geraten ist. So gibt es beispielsweise in Norwegen, Dänemark, England, Frankreich und den USA sektorengleiche Leistungsbereiche mit einer einheitlichen Vergütung. In der Konsequenz werden in anderen Ländern zahlreiche Leistungen häufiger ambulant erbracht als

in Deutschland – mit Vorteilen sowohl für den effizienten Einsatz von Ressourcen als auch für die Patientenversorgung.

Der wachsende Fachkräftemangel in Deutschland, der steigende Kostendruck im Gesundheitswesen, neue Möglichkeiten der Leistungserbringung infolge des medizinisch-technischen Fortschritts und der Wunsch nach einer stärkeren Patientenorientierung beleben erneut die Forderung nach einer sektorenübergreifenden Versorgung in Kombination mit einer stärkeren Ambulantisierung der Medizin. Insofern ist es nicht verwunderlich, dass der Gesetzgeber die Selbstverwaltungspartner gebeten hat, den nach §115b SGB V bestehenden AOP-Katalog zu überarbeiten. Die Ergebnisse sollen Anfang 2022 vorliegen.

In welcher Weise sektorengleiche Leistungen vergütet werden können, wird zunächst allerdings offenbleiben. Dass es ein Vergütungsmodell für sektorengleiche Leistungen braucht, zeigt ein Blick in andere Länder: Die Modelle reichen von abgegrenzten Teilbereichen des Fallpauschalenkatalogs über die ambulante und stationäre Gleichsetzung bis hin zu einem eigenständigen ambulanten Fallpauschalensystem. Dabei lassen sich zwei Erkenntnisse aus den Erfahrungen anderer Länder ableiten. Erstens beeinflusst die Vergütungshöhe von sektorengleichen Leistungen die Geschwindigkeit und den Umfang der Ambulantisierung. Zweitens ist eine Übergangsphase hilfreich, sodass den Leistungserbringern Zeit für die Anpassung bleibt.

Für Deutschland empfehlen wir die Vergütung sektorengleicher Leistungen auf Grundlage einer eigenen Vergütungssystematik, angelehnt an das DRG-Fallpauschalensystem. Wir sprechen von komplex-ambulanten DRG, die auf Basis von Fallkosten der 1-Tagesfälle mit nur einer Prozedur kalkuliert werden sollten. Die komplex-ambulanten Leistungen können – wie die stationären DRG – zu kostenhomogenen Fallgruppen zusammengefasst werden. Allerdings sollten sie aufgrund von unterschiedlicher Komplexität und Anforderungen an die Behandlung nach Schweregrad differenziert werden („Stufenmodell“). Die Schweregrade definieren sich über die Patienteneigenschaften und die Länge der Prozeduren und führen zu einer gestuften Vergütung der komplex-ambulanten DRG: je höher der Schweregrad, desto höher die Vergütung.

Wir schlagen eine Differenzierung nach drei Schweregraden vor: „Basis“, „erhöht“ und „sehr erhöht“. Es handelt sich um einen Kompromiss zwischen Einzelfallgerechtigkeit auf der einen Seite und Praktikabilität auf der anderen Seite. Je mehr Schweregradstufen verwendet würden, desto komplexer würde das Vergütungssystem. Außerdem könnte bei sehr vielen Stufen keine statistisch gut fundierte Kalkulation der einzelnen Stufen erfolgen, weil dann jede Stufe nur noch wenige Fälle enthielte, die als Berechnungsgrundlage dienen könnten¹⁰. Zudem würde sich das System immer mehr der Einzelleistungsvergütung annähern, die kaum Anreize zum sparsamen Umgang mit den Ressourcen setzt. Gleichwohl schlagen wir vor, im Vorfeld die Variation der Sachkosten innerhalb einer Stufe zu analysieren und für besonders hohe Sachkosten („Ausreißer“) Zusatzentgelte in Erwägung zu ziehen.

Je nach Schweregrad und Leistungsart sind unterschiedliche Voraussetzungen an das vorzuhaltende Personal und die Infrastruktur nötig. Nur wenn die jeweiligen Voraussetzungen je Stufe erfüllt sind, darf die Leistung mit entsprechendem Schweregrad erbracht werden. Dabei ist es unerheblich, wer die Voraussetzungen, gegebenenfalls auch in einer Kooperation, erfüllt: Kran-

¹⁰ Eine alternative statistische Methode wäre die Regressionsanalyse, die auch ohne die Bildung von immer mehr Stufen nach Schweregrad differenzieren könnte. Wir gehen auf diese Überlegung jedoch nicht näher ein.

kenhäuser oder niedergelassene Ärzte. Bei der Vergütungshöhe sollte die ungleiche Finanzierung der Investitionskosten Berücksichtigung finden, falls Krankenhäuser Investitionsfördermittel für die komplex-ambulante Leistungserbringen einsetzen dürfen.

Wir wenden das Modell auf drei Fallbeispiele der Gastroenterologie an: a) **ERCP**, b) **ÖGD** mit Intervention, c) Komplex einer **Funktionsdiagnostik**. Mithilfe der Daten von *inspiring health* wird eine fallorientierte Kalkulation ermöglicht. Auf Basis der tatsächlich angefallenen Kosten der 1-Tagesfälle mit nur einer Prozedur werden abgestuft nach Schweregrad Erlöse ermittelt, die, mit Ausnahme der Funktionsdiagnostik, unterhalb der stationären DRG liegen.

Die Kalkulation des sektorenglichen Vergütungssystems könnte durch das InEK vorgenommen werden. Es müsste außerdem diejenigen stationären DRG rekalisieren, die von der Ambulantisierung betroffen sind. Denn diese DRG „verlieren“ die weniger komplexen Fälle, sodass die verbliebenen Fälle höhere Kosten aufweisen.

Wir empfehlen ferner, eine **Konvergenzphase** zur schrittweisen Umsetzung der sektorengleichen Vergütung. Da die Umstellung auf die neue Art der Leistungserbringung für Krankenhäuser Zeit braucht, insbesondere um sich personell anzupassen und ggf. Investitionen tätigen zu können, sollte die Differenz zwischen der bisherigen stationären Vergütung und der meist niedrigeren Vergütung von komplex-ambulanten DRG in den ersten Jahren teilweise ausgeglichen werden. Beispielsweise könnte sie im ersten Jahr zu 75%, im zweiten zu 50% und im dritten noch zu 25% ausgeglichen werden. Ab dem vierten Jahr würde dann die errechnete komplex-ambulante DRG gelten.

Um die Ambulantisierung zu beschleunigen könnte davor noch eine zweijährige „Booster-Phase“ eingebaut werden. Im ersten Jahr würde die Differenz sogar überkompensiert, zum Beispiel um 25%. Das heißt, die ambulante Leistungserbringung würde dann höher vergütet als die stationäre. Im zweiten Booster-Jahr würde die Differenz zu 100% ausgeglichen und ambulant und stationär wären gleich vergütet. Anschließend beginnt die geschilderte normale Konvergenzphase.

5 Anhang

Erläuterung Erlösberechnung Fallbeispiele

Die Kosten der 1-Tagesfälle werden uns von *inspiring-health GmbH, München*, zur Verfügung gestellt und basieren auf einem Teil der Kostendaten des InEK aus dem Datenjahr 2019, gegroupt nach dem DRG-System 2021. Insgesamt liegen dem InEK Kostendaten von ca. 250 Kalkulationshäusern vor (davon übermitteln 74 Krankenhäuser ihre gastroenterologischen Kostendaten an die Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten und ihren Projektpartner *inspiring-health*). Für unsere Fallbeispiele sind jedoch ausschließlich diejenigen Patienten relevant, bei denen nur eine gastroenterologische Leistung erbracht wurde, und deren Verweildauer einen Tag beträgt. Außerdem werden nur Fälle mit zugeordneten Kosten in die Auswertung aufgenommen. Auf Basis der erbrachten Leistungen können mehrere Prozeduren zu Leistungsgruppen¹¹ zusammengefasst werden. Trotz der ähnlichen Fallkonstellationen (VWD, Leistung) sind Fälle unterschiedlicher abgerechneter DRG enthalten. Die Daten liegen in Form der InEK-Kostenmatrix differenziert nach Kostenstellen und Kostenarten vor. Nicht alle stationären Kosten werden vollständig für die Kalkulation der komplex-ambulanten DRG berücksichtigt. Dabei gliedern wir die Kostenstellen in Hauptleistungsbereiche und Nebenleistungsbereiche. Während die endoskopische Diagnostik/Therapie, die Radiologie, Laboratorien und die Patientenaufnahme in die Kategorie der Hauptleistungsbereiche fallen, ordnen wir die übrigen Kostenstellen den Nebenleistungsbereichen zu. Für die Hauptleistungen gehen wir davon aus, dass sie in allen Schweregraden anfallen, aber in „Basis“ und „erhöht“ nicht zu 100%. Dagegen werden Nebenleistungen im Schweregrad „Basis“ nicht berücksichtigt, weil hier davon ausgegangen werden kann, dass die „Vorhalteleistung“ personeller und struktureller Art in der Regel nicht benötigt wird. Für die Schweregrade „erhöht“ und „sehr erhöht“ werden zwischen 35% und 70% der Kosten der Nebenleistungen aus dem stationären Bereich einbezogen.

Die zu berücksichtigenden Anteile für Haupt- und Nebenleistungsbereiche wurden in Expertengesprächen festgelegt. Abbildung 9 zeigt die vorgenommene Differenzierung der Kostenstellen nach Haupt- und Nebenleistungen nach den Schweregraden.

¹¹ Da einzelne OPS-Kodes eine Leistung häufig nicht ausreichend beschreiben hat die DGVS vor einigen Jahren den DGVS-Leistungskatalog Endoskopie entwickelt. Hier werden Leistungen durch eine Kombination von OPS-Kodes zu Leistungsgruppen zusammengefasst. Die Kostendaten zu den 1-Tagesfällen wurden von *inspiring health* in den beschriebenen Leistungsclustern ausgewertet, teilweise mit Einschränkung auf den für das Fallbeispiel spezifischen OPS-Kode (DGVS 2015 und 2017).

Abbildung 9: Zuordnung der Haupt- und Nebenleistungen je Schweregrad

Kostenstellen	Basis	erhöht	sehr erhöht
01 Normalstation	0%	35%	70%
02 Intensivstation	0%	35%	70%
03 Dialyseabteilung	0%	35%	70%
04 OP	0%	35%	70%
05 Anästhesie	0%	35%	70%
06 Kreißsaal	0%	35%	70%
07 Kardiolog. Diag. / Ther.	0%	35%	70%
08 Endoskop. Diag. / Ther.	70%	85%	100%
09 Radiologie	70%	85%	100%
10 Laboratorien	70%	85%	100%
11 Diagn. Bereiche	0%	35%	70%
12 Therap. Bereiche	0%	35%	70%
13 Patientenaufnahme	70%	85%	100%

Hauptleistung
 Nebenleistung

Quelle: hcb

Die Werte der von *inspiring health* übermittelten Kostenmatrizen je Fallbeispiel werden also in Abhängigkeit des Schweregrads und der Kategorisierung in Haupt- und Nebenleistungen prozentual berücksichtigt. Außerdem müssen die Kostendaten der 1-Tagesfälle auf Erlösniveau angehoben werden, um eine Vergleichbarkeit zu den DRG zu erreichen. Hierzu wird die InEK-Bezugsgröße ins Verhältnis zum Bundesbasisfallwert gesetzt und die Kosten der 1-Tagesfälle entsprechend prozentual hochgerechnet (Tabelle 5 bis Tabelle 7).

Tabelle 5: Kostenmatrix Fallbeispiel ERCP

	1 Ärztlicher Dienst	2 Pflegedienst	3 Med./Technischer Dienst	4a Arzneimittel	4b Arzneimittel	5 Implantate	6a Übriger med. Bedarf	6b Übriger med. Bedarf	6c Von Dritten bezogene medizinische Behandlungsleistungen	7 med. Infrastruktur	8 nicht med. Infrastruktur	Summe	"Basis"	"erhöht"	"sehr erhöht"
01 Normalstation	103,39 €	- €	7,79 €	15,67 €	0,50 €	- €	10,97 €	0,07 €	0,36 €	60,39 €	159,46 €	358,61 €	- €	125,51 €	251,03 €
02 Intensivstation	0,06 €	- €	- €	0,01 €	- €	- €	0,02 €	- €	0,00 €	0,02 €	0,06 €	0,17 €	- €	0,06 €	0,12 €
03 Dialyseabteilung	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €
04 OP	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €
05 Anästhesie	1,39 €	- €	1,33 €	0,14 €	- €	- €	0,43 €	- €	- €	0,19 €	0,93 €	4,41 €	- €	1,54 €	3,09 €
06 Kreißsaal	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €
07 Kardiolog. Diag. / Ther.	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €
08 Endoskop. Diag. / Ther.	103,75 €	- €	133,82 €	4,01 €	0,22 €	0,52 €	44,34 €	122,55 €	- €	59,51 €	77,22 €	545,94 €	382,16 €	464,05 €	545,94 €
09 Radiologie	7,33 €	- €	6,94 €	0,04 €	0,00 €	- €	0,67 €	0,24 €	0,10 €	1,95 €	3,92 €	21,20 €	14,84 €	18,02 €	21,20 €
10 Laboratorien	2,96 €	- €	14,49 €	0,07 €	- €	- €	11,45 €	- €	6,50 €	1,83 €	6,00 €	43,30 €	30,31 €	36,81 €	43,30 €
11 Diagn. Bereiche	11,12 €	0,15 €	6,32 €	0,17 €	- €	- €	1,75 €	- €	- €	1,93 €	4,10 €	25,54 €	- €	8,94 €	17,88 €
12 Therap. Bereiche	0,01 €	- €	2,42 €	0,00 €	- €	- €	0,01 €	- €	- €	0,09 €	0,32 €	2,84 €	- €	0,99 €	1,99 €
13 Patientenaufnahme	13,31 €	1,62 €	9,62 €	0,42 €	- €	- €	0,79 €	- €	0,02 €	2,34 €	10,03 €	38,15 €	26,71 €	32,43 €	38,15 €
Summe Kosten	243,31 €	1,77 €	182,72 €	20,52 €	0,73 €	0,52 €	70,44 €	122,87 €	6,99 €	128,25 €	262,05 €	1.040,16 €	454,01 €	688,35 €	922,69 €
Erlös													531,03 €	805,12 €	1.079,21 €

Hauptleistung
 Nebenleistung

Quelle: hcb, inspiring health

Tabelle 6: Kostenmatrix Fallbeispiel ÖGD

	Personalkosten AD	Personalkosten PD	Personalkosten MTD	Arzneimittel	Arzneimittel (Einzelkosten)	Implantate/Transplantate	Übriger med. Bedarf	Übriger med. Bedarf (Einzelkosten)	Sachkosten für von Dritten bez. Med. Behandlungsleistungen	med. Infrastruktur	nicht med. Infrastruktur	Gesamt	Basis	erhöht	sehr erhöht
01 Normalstation	99,42 €	- €	6,49 €	13,78 €	2,50 €	- €	11,11 €	1,27 €	4,37 €	54,05 €	143,81 €	336,79 €	- €	117,88 €	235,75 €
02 Intensivstation	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €
03 Dialyseabteilung	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €
04 OP	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €
05 Anästhesie	0,11 €	- €	0,10 €	0,00 €	- €	- €	- €	- €	- €	0,05 €	0,27 €	0,54 €	- €	0,19 €	0,38 €
06 Kreißaal	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €
07 Kardiolog. Diag. / Ther.	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €
08 Endoskop. Diag. / Ther.	80,54 €	- €	94,07 €	2,86 €	0,02 €	0,04 €	25,56 €	70,25 €	- €	46,88 €	53,95 €	374,19 €	261,93 €	318,06 €	374,19 €
09 Radiologie	1,05 €	- €	1,06 €	0,00 €	- €	- €	0,06 €	0,13 €	0,01 €	0,68 €	0,37 €	3,37 €	2,36 €	2,86 €	3,37 €
10 Laboratorien	13,66 €	- €	34,63 €	0,29 €	14,78 €	- €	20,43 €	- €	19,74 €	4,57 €	16,03 €	124,14 €	86,90 €	105,52 €	124,14 €
11 Diagn. Bereiche	8,97 €	1,28 €	7,02 €	0,44 €	- €	- €	0,98 €	- €	- €	1,32 €	5,47 €	25,47 €	- €	8,91 €	17,83 €
12 Therap. Bereiche	- €	0,32 €	14,41 €	0,00 €	- €	- €	0,01 €	- €	- €	0,14 €	2,24 €	17,12 €	- €	5,99 €	11,99 €
13 Patientenaufnahme	11,18 €	4,08 €	5,85 €	0,43 €	- €	- €	1,19 €	- €	0,09 €	2,71 €	6,44 €	31,97 €	22,38 €	27,17 €	31,97 €
Summe	214,93 €	5,68 €	163,63 €	17,81 €	17,30 €	0,04 €	59,34 €	71,66 €	24,21 €	110,40 €	228,57 €	913,59 €	373,57 €	586,59 €	799,62 €
Erlös													436,94 €	686,10 €	935,26 €

Hauptleistung Nebenleistung

Quelle: hcb, inspiring health

Tabelle 7: Kostenmatrix Funktionsdiagnostik

	Personalkosten AD	Personalkosten PD	Personalkosten MTD	Arzneimittel	Arzneimittel (Einzelkosten)	Implantate/Transplantate	Übriger med. Bedarf	Übriger med. Bedarf (Einzelkosten)	Sachkosten für von Dritten bez. Med. Behandlungsleistungen	med. Infrastruktur	nicht med. Infrastruktur	Gesamt	Basis	erhöht	sehr erhöht
01 Normalstation	161,97 €	- €	15,58 €	12,72 €	0,01 €	- €	18,31 €	- €	1,03 €	72,96 €	169,25 €	451,83 €	- €	158,14 €	316,28 €
02 Intensivstation	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €
03 Dialyseabteilung	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €
04 OP	14,93 €	- €	12,70 €	0,82 €	- €	- €	3,36 €	0,35 €	- €	10,13 €	14,70 €	56,99 €	- €	19,95 €	39,89 €
05 Anästhesie	62,16 €	- €	41,43 €	2,51 €	- €	- €	11,58 €	- €	- €	9,71 €	22,47 €	149,87 €	- €	52,45 €	104,91 €
06 Kreißaal	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €
07 Kardiolog. Diag. / Ther.	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €
08 Endoskop. Diag. / Ther.	82,26 €	- €	95,37 €	2,67 €	0,02 €	- €	25,86 €	47,98 €	- €	38,88 €	60,93 €	353,96 €	247,77 €	300,87 €	353,96 €
09 Radiologie	4,46 €	- €	1,97 €	0,01 €	- €	- €	0,45 €	0,15 €	- €	1,10 €	2,07 €	10,20 €	7,14 €	8,67 €	10,20 €
10 Laboratorien	28,31 €	- €	43,60 €	0,45 €	- €	- €	38,44 €	1,62 €	14,81 €	8,58 €	23,72 €	159,53 €	111,67 €	135,60 €	159,53 €
11 Diagn. Bereiche	11,44 €	0,12 €	9,90 €	0,95 €	- €	- €	1,41 €	- €	0,00 €	2,57 €	6,29 €	32,68 €	- €	11,44 €	22,88 €
12 Therap. Bereiche	- €	- €	30,01 €	- €	- €	- €	0,00 €	- €	- €	2,21 €	5,51 €	37,73 €	- €	13,21 €	26,41 €
13 Patientenaufnahme	10,02 €	1,45 €	8,12 €	0,15 €	0,04 €	- €	0,97 €	- €	0,00 €	1,83 €	10,27 €	32,84 €	22,99 €	27,91 €	32,84 €
Summe	375,55 €	1,57 €	258,67 €	20,28 €	0,06 €	- €	100,37 €	50,10 €	15,85 €	147,97 €	315,21 €	1.285,63 €	389,57 €	728,24 €	1.066,90 €
Erlös													455,66 €	851,77 €	1.247,89 €

Hauptleistung Nebenleistung

Quelle: hcb, inspiring health

Um die Vergleichbarkeit zur stationären Vergütung zu schaffen, wird der entsprechende DRG-Erlös auf den Erlös eines 1-Tagesfalles heruntergerechnet. Der Abschlag je DRG wird dem Fallpauschalenkatalog 2021 entsprechend berücksichtigt. Für jedes Fallbeispiel wird der DRG-Erlös gewichtet auf Basis der für die 1-Tagesfälle berücksichtigten DRGs ermittelt (Tabelle 8 bis Tabelle 10).

Tabelle 8: stationärer DRG Erlös, Fallbeispiel ERCP

DRG	Fallzahl	Gesamt AVG Kosten IST	Bewertungsrelation 2021	Abschlag 2021	UGVWD	DRG-Erlös 2021
H41E	194	1.043,05 €	0,690	0,264	1	1.636,56 €
G71Z	5	1.117,34 €	0,457	0,151	1	1.175,55 €
Z64C	5	695,94 €	0,295	0,099	1	752,97 €
G60B	1	1.013,47 €	0,400	0,149	1	964,26 €
G72B	1	1.286,17 €	0,317	0,137	1	691,50 €
H41C	1	1.717,45 €	1,379	0,293	2	4.172,06 €
Z64B	1	913,75 €	0,536	0,247	1	1.110,25 €

208

1.606,12 € gewichtet

Quelle: hcb, InEK (2021)

Tabelle 9: stationärer DRG Erlös, Fallbeispiel ÖGD

DRG	Fallzahl	Gesamt AVG Kosten IST	Bewertungsrelation 2021	Abschlag 2021	UGVWD	DRG-Erlös 2021
G67C	34	831,72 €	0,395	0,194	1	772,18 €
G71Z	10	947,86 €	0,457	0,151	1	1.175,55 €
G47B	5	882,47 €	0,716	0,376	1	1.306,17 €
G46C	2	1.261,02 €	0,895	0,467	1	1.644,24 €
G67B	1	913,56 €	0,444	0,226	1	837,49 €
R65Z	1	2.999,88 €	0,264	0,000	0	1.014,20 €
G60B	1	864,54 €	0,400	0,149	1	964,26 €
G47A	1	777,95 €	0,690	0,247	1	1.701,86 €

55

951,76 € gewichtet

Quelle: hcb, InEK (2021)

Tabelle 10: stationärer DRG Erlös, Fallbeispiel Funktionsdiagnostik

DRG	Fallzahl	Gesamt AVG Kosten IST	Bewertungsrelation 2021	Abschlag 2021	UGVWD	DRG-Erlös 2021
G67C	47	1.209,30 €	0,395	0,194	1	772,18 €
G67B	8	1.324,79 €	0,444	0,226	1	837,49 €
E69C	5	1.300,43 €	0,367	0,180	1	718,39 €
G67A	5	1.401,85 €	0,577	0,308	1	1.033,41 €
G72B	4	1.633,92 €	0,317	0,137	1	691,50 €
G70A	3	1.730,80 €	0,662	0,360	1	1.160,19 €
Z64C	2	1.023,61 €	0,295	0,099	1	752,97 €
G71Z	1	1.700,06 €	0,457	0,151	1	1.175,55 €

75

809,06 € gewichtet

Quelle: hcb, InEK (2021)

Zusammengefasst ergeben sich für die stationären DRG und die komplex-ambulanten DRG folgende, in Tabelle 11 dargestellte Ergebnisse.

Tabelle 11: Ergebnisse stationäre DRG vs. komplex-ambulante DRG

	Schweregrad	DRG	komplex-ambulante DRG		
		1-Tagesfall	sehr erhöht	erhöht	Basis
Leistung	ERCP diagnostisch bzw. mit wenig aufwendigen Zusatzleistungen	1.606,12 €	1.079,21 €	805,12 €	531,03 €
	ÖGD mit 1-2 Schlingenpolypektomie/n	951,76 €	935,26 €	686,10 €	436,94 €
	pH-Metrie des Ösophagus: Langzeit-pH-Metrie: Mit Langzeit-Impedanzmessung	809,06 €	1.247,89 €	851,77 €	455,66 €

Quelle: hcb, inspiring health, InEK (2021)

6 Literaturverzeichnis

Albrecht, M., Al-Abadi, T. (2018), Perspektiven einer sektorenübergreifenden Vergütung ärztlicher Leistungen – Vergütungsunterschiede an der Sektorengrenze und Ansatzpunkte zur Entwicklung sektorenübergreifender Vergütungsformen, IGES Institut, Berlin 2018.

Ärztezeitung (2021), Brandenburg: Fachkräftemangel in der Pflege ist bereits da, Internet: <https://www.aerztezeitung.de/Nachrichten/Brandenburg-Fachkraeftemangel-in-der-Pflege-ist-bereits-da-422668.html>, abgerufen am 14.10.2021.

Augsburger Allgemeine (2021), In Bayern sind noch tausende Ausbildungsstellen offen, Internet: <https://www.augsburger-allgemeine.de/wirtschaft/Ausbildung-In-Bayern-sind-noch-tausende-Ausbildungsstellen-offen-id60389166.html>, abgerufen am 14.10.2021.

Augurzky, B., Krolop, S., Mensen, A., Pilny, A., Schmidt, C., Wuckel, C. (2018), Krankenhaus-Rating-Report 2018 – Personal-Krankenhäuser zwischen Wunsch und Wirklichkeit, medhochzwei Verlag, Heidelberg 2018.

Augurzky, B., Krolop, S., Mensen, A., Pilny, A., Schmidt, C., Wuckel, C. (2019), Krankenhaus-Rating-Report 2019 – Das Ende des Wachstums?, medhochzwei Verlag, Heidelberg 2019.

Augurzky, B., Krolop, S., Pilny, A., Schmidt, C., Wuckel, C. (2021), Krankenhaus-Rating-Report 2021 – Mit Wucht in die Zukunft katapultiert, medhochzwei Verlag, Heidelberg 2021.

Beivers, A. (2021), Hybrid DRGs-Richtige Richtung, aber bitte auf Details achten, Internet: <https://www.bibliomedmanager.de/news/richtige-richtung-richtig-aber-bitte-auf-details-achten>, abgerufen am 25.11.2021.

Benstetter, F., Lauerer, M., Negele, D., Schmid, A. (2020), Prospektive regionale Gesundheitsbudgets – Internationale Erfahrungen und Implikationen für Deutschland, Stiftung Münch (Hrsg.), Heidelberg: medhochzwei.

DGVS (2021), Vorschlag zur Schweregraddefinition im Rahmen der Neuregelung des ambulanten Operierens (AOP), Berlin 2021.

DGVS (2017), Kosten endoskopischer Leistungen der Gastroenterologie im deutschen DRG-System – 5-Jahres-Kostendatenanalyse des DGVS-Projekts, <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0043-118350>

DGVS (2015), Leistungskatalog, Verbesserung der Kostenkalkulation in der Gastroenterologie durch Einführung eines neuen Leistungskatalogs für alle endoskopischen Prozeduren, <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0034-1399199>

DKG 2021: Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft für die 20. Legislaturperiode des Deutschen Bundestags, Berlin 2021.

GBA (2021), ESV – Einheitliche, Sektorengleiche Vergütung, Projektbeschreibung, Internet: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/esv-einheitliche-sektorengleiche-verguetung.329>, abgerufen am 24.11.2021.

InEK (2021), Fallpauschalen-Katalog gem. §17b Abs. 1 S. 4 KGH, aG-DRG-Version 2021.

KBV (2021), Online-Version des EBM, Fassung mit Wirkung vom 1. Oktober 2021 unter Berücksichtigung der aktuellen Beschlüsse bis einschließlich der 570. Sitzung des Bewertungsausschusses, der 75. Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses sowie der 76. Sitzung des ergänzten Bewertungsausschusses, 2021.

Kma online (2021): GKV-Zuschuss für 2022 wird aufgestockt, Internet: <https://www.kma-online.de/aktuelles/politik/detail/gkv-zuschuss-fuer-2022-wird-aufgestockt-a-46563>, abgerufen am 08.11.2021.

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Technische Universität Berlin (2021), Analysen zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser und zur Ausgleichspauschale in der Corona-Krise – Ergebnisse für den Zeitraum Januar bis Dezember 2020, Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Essen 2021.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018), Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: Berlin 2018.

Schreyögg, J., Milstein, R. (2020), Das neue Innovationsfondsprojekt „Einheitliche, sektorengleiche Vergütung“ schafft Einblicke in eine sektorengleiche Leistungserbringung, in BDC Februar 2020.

Schreyögg, J., Milstein, R. (2021), Identifizierung einer initialen Auswahl von Leistungsbereichen für eine sektorengleiche Vergütung, Hamburg Center for Health Economics im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Hamburg 2021.

Statistisches Bundesamt (2015), Bevölkerung Deutschlands bis 2060, 13. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden 2015.

Stiftung Münch Reformkommission (2021), Wirtschaften für Gesundheit: Gesundheitsprämien für Regionen – Forderungskatalog, Internet: https://www.stiftung-muench.org/wp-content/uploads/2021/11/Ref.Komm_.pdf, abgerufen am 01.12.2021

Stuttgarter Zeitung (2021), Kliniken suchen Personal – OP-Absagen drohen, Internet: <https://www.stuttgarter-zeitung.de/inhalt.fachkraeftemangel-in-stuttgarter-kliniken-krankenhaeuser-muessen-pflegekraefte-leasen.1038cfd0-22a5-4501-9fa3-93d99c168d17.html?reduced=true>, abgerufen am 14.10.2021.

Sundmacher, L., Fischbach, D., Schuettig, W., Naumann, C., Augustin, U. und Faisst, C. (2015), “Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study in Germany”. Health Policy 119 (11): 1415–1423.

T-Online (2021): Fehlende Lkw-Fahrer – Deutschland droht "Versorgungskollaps", Internet: https://www.t-online.de/finanzen/news/unternehmen-verbraucher/id_90776930/fehlende-

[lkw-fahrer-deutschland-droht-versorgungskollaps-wie-in-england.html](#), abgerufen am 14.10.2021.

Walendzik, A., Wasem, J. (2019), Vergütung ambulanter und ambulant erbringbarer Leistungen – Gesundheitspolitisch zielgerechte Integrationsmodelle über sektorale Leistungsträger und Finanzierungssysteme, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh 2019.

Wilke, M., Spies, H.-F., Tilo Radau, Reiß, C. (2017), Hybrid und ASV-DRG Vergleich und Diskussion – ein Gutachten für den Berufsverband Deutscher Internisten (BDI), Frankfurt 2017.

7 Abkürzungsverzeichnis

Hcb	Institute for Health Care Business GmbH
ALGK	Arbeitsgemeinschaft leitender gastroenterologischer Krankenhausärzte e.V.
BVGD	Berufsverband Gastroenterologie Deutschland
bng	Berufsverband niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e.v.
DGVS	Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
DRG	diagnosebezogene Fallgruppe (=Diagnosis Related Group)
AOP-Katalog	Katalog der stationsersetzenden Maßnahmen
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
DKG	Deutschen Krankenhausgesellschaft
KBV	Kassenärztlicher Bundesvereinigung
EBM	einheitlicher Bewertungsmaßstab
ESV	einheitliche, sektorengleiche Versorgung
PIA	psychiatrische Institutsambulanz
ASV	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung
DMP	Disease-Management Programme
BDI	Berufsverbands Deutscher Internisten
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
KBV	Kassenärztlichen Bundesvereinigungen
Morbi-RSA	morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich
ASA	American Society of Anesthesiologists
ERCP	Endoskopische retrograde Cholangiopankreatikographie
ÖGD	Ösophago-Gastro-Duodenoskopie