

Spezielle sektorengleiche Vergütung

Operationalisierung des neuen § 115f SGB V für Orthopädie und Unfallchirurgie

Prof. Dr. Silke Arnegger (Wiesbaden Business School)

Dr. Burkhard Lembeck (Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie)

Ariane Herberg (Wiesbaden Business School)

INHALTSVERZEICHNIS

Tabellenverzeichnis	II
1. Aktuelle Gesetzgebung: Spezielle sektorengleiche Vergütung (§115f SGB V)....	1
2. Auswahl von Leistungen für die spezielle sektorengleiche Vergütung in Orthopädie und Unfallchirurgie (O&U)	2
3. Sektorengleiche Fallpauschale	4
3.1. Mischpreisbildung nach bisherigem Ambulantisierungsgrad	4
3.2. Ermittlung des Ambulantisierungsgrads	4
4. Kalkulation Sektorengleicher Fallpauschalen in Orthopädie und Unfallchirurgie	7
4.1. Formel für die Berechnung der SV-Pauschale	7
4.2. SV-Pauschale für Behandlungsschwerpunkte auf Basis OPS und OP-Kategorie	7
4.3. Berücksichtigung individueller Verweildauern	10
4.4. Berücksichtigung von Implantatkosten	10
5. Abrechnung der speziellen sektorengleichen Fallpauschale	11
6. Möglichkeit zu mehr ambulanten Leistungen geschaffen; konsequente Ambulantisierung aber weiterhin limitiert.	11

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1:	DRG-Leistungsbereiche für O&U - Auswahl auf Basis geeigneter Kriterien ..	3
Tabelle 2:	Analyse Ambulantisierungsgrad (AmbuG) - Bemessung aufgrund von Abrechnungshäufigkeiten	5
Tabelle 3:	Ambulantisierungsgrade (AmbuG) je OP-Kategorie; Bsp. Arthroskopischer Eingriff (E1-7)	7
Tabelle 4:	SV-Pauschale Kalkulation.....	8

1. AKTUELLE GESETZGEBUNG: SPEZIELLE SEKTORENGLEICHE VERGÜTUNG (§ 115F SGB V)

Der Gesetzgeber hat Anfang Dezember im Krankenhauspflegeentgeltgesetz (KHPfIEG) seine Vorstellungen bezüglich einer speziellen sektorengleichen Vergütung verabschiedet. Ein neuer § 115f SGB V reiht sich ein in die existierenden Regelungen zu dreiseitigen Verträgen und Rahmenempfehlungen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten.

Es soll eine sektorengleiche Vergütung für ausgewählte Leistungen des Katalogs für ambulante Operationen (§ 115b SGB V) entstehen. Diese sollen folgende Attribute erfüllen:

- Hohe Fallzahl im Krankenhaus
- Kurze Verweildauer
- Geringer klinischer Komplexitätsgrad

Eine initiale Auswahl von Leistungen wird zunächst zwei Jahre Gültigkeit haben und soll dann turnusmäßig alle zwei Jahr überprüft werden.

Eine solche Anpassung findet idealerweise auf der Basis von dann vorhandener und evaluierbarer Versorgungseffekte statt. Daher sollen die Auswirkungen der speziellen sektorengleichen Vergütung auf

- die Versorgung der Versicherten,
- auf die Vergütungen der Leistungserbringer sowie
- auf die Ausgaben der Krankenkassen

im Rahmen von Sekundärdatenanalysen regelmäßig alle 18 Monate evaluiert werden (§ 115f Abs. 5 SGB V).

Wie kann die Operationalisierung dieser Gesetzesinitiative gelingen und liefert die sogenannte „spezielle sektorengleiche Vergütung“ erforderliche Systemanreize zu mehr ambulanten Leistungen um international gleichzuziehen?

2. AUSWAHL VON LEISTUNGEN FÜR DIE SPEZIELLE SEKTORENGLEICHE VERGÜTUNG IN ORTHOPÄDIE UND UNFALLCHIRURGIE (O&U)

Für O&U wurden für ein umfassendes sektorengleiches Versorgungs- und Vergütungsmodell alle DRGs in der Partition für Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System (MDC 08) durch medizinische Experten analysiert.¹

Um Eingriffe und Operationen mit den oben genannten Ausprägungen zu erhalten, wurden bestimmte DRGs ausgeschlossen:

- Geringe Fallzahlen
- Lange mittlere Verweildauern (≥ 4 Tage)
- Komplexe Leistungsinhalte, wie Endoprothetik, Wirbelsäuleneingriffe, Infekte, Tumororthopädie usw.
- Kombinationseingriffe als Leistungsinhalt
- Keine Eingriffe als Leistungsinhalt (konservative Behandlungen)
- Eingriffe der Notfallversorgung (Frakturen, Polytraumen)
- Erhöhter Betreuungsaufwand, wie kindliches Alter, erhöhte PCCL usw.

Ferner wurden für die Auswahl die sogenannten Patient Clinical Complexity Level (PCCL), sprich Komplexitätsgrade, berücksichtigt. Die Fallschwere in den ausgewählten Behandlungsschwerpunkten befindet sich zu über 92% in der Kategorie ohne Komplikation (PCCL 0) [vgl. reimbursement.info].

Initial wurden so die 176 DRGs insbesondere hinsichtlich der Kriterien „kurze Verweildauer“ und „geringer Komplexitätsgrad“ auf die folgende DRGs als Versorgungsschwerpunkte (Tabelle 1) verdichtet.

¹ (vgl. Working Paper des Wiesbaden Institut for Healthcare Economics and Patient Safety (WiHelp) und des Berufsverbands für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) vom 02.12.2022)

Tabelle 1: DRG-Leistungsbereiche für O&U - Auswahl auf Basis geeigneter Kriterien

[„durchschnittliche Grenzverweildauer“ (ØVWD) „;“unterer Grenzverweildauer (UGV)“]

DRG	BESCHREIBUNG	FÄLLE DRG KHz 2021	ØVWD	KOSTEN IMPLAN- TATE bei OP	ERSTATTUNG bei ØVWD [€]	ERSTATTUNG bei UGV [€]
I16C	Andere Eingriffe an der Schulter	13.302	1,89	6,95	2.786,19	2.255,09
I18B	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne beidseitigen Eingriff am Kniegelenk	35.228	1,74	36,65	3.060,81 €	2.152,27
I20F	Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe oder komplizierende Faktoren, Alter > 15 Jahre	34.944	2,26	52,69	2.857,60	2.082,80
I23C	Andere kleine Eingriffe an Knochen und Weichteilen ohne bestimmte kleine Eingriffe an Knochen und Weichteilen, (Entfernung Osteosynthesematerial)	9.502	1,7	28,05	2.602,33	1.919,17
I24B	Arthroskopie oder andere Eingriffe an den Extremitäten oder Eingriffe am Weichteilgewebe ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre	18.746	1,6	1,69	2.452,21	1.936,11
I29B	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder best. Osteosynthesen an der Klavikula ohne kompliz. Diagnose, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen oder sonst. arthroskopische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette mit bestimmten Eingriffen an der Schulter	51.090	2,54	353,09	4.311,55	3.435,78
I29C	Sonstige arthroskopische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette ohne bestimmte Eingriffe an der Schulter	21.503	2,38	178,60	3.513,30	2.754,65
I30B	Arthroskopischer Eingriff am Hüftgelenk, Alter > 15 Jahre oder bestimmte komplexe Eingriffe am Kniegelenk, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC	41.715	2,67	317,29	3.989,46	3.278,73
I30C	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk ohne bestimmte komplexe Eingriffe am Kniegelenk, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder bestimmte arthroskopische Eingriffe am Hüftgelenk, Alter > 15 Jahre	1.855	2,71	20,70	3.318,86	2.342,29
Σ		227.885				

Quelle: eigene Darstellung

Daten: aG-DRG-Report Browser 2023 | app.reimbursement.INFO – Eine Einrichtung der RI Innovation GmbH;
 Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), Leistungs-Browser, Datenlieferung gemäß § 21 KHEntgG

Die Versorgungsschwerpunkte umfassen im Wesentlichen Arthroscopien an Schulter und Kniegelenk, Vorfußoperationen und Metallentfernungen. Diese haben die nützliche Eigenschaft, durch jeweils eine OPS-Ziffer ausgelöst zu werden. Für eine initiale Liste an Leistungen entsprechend der Vorstellungen des Gesetzgebers wurden diese Schwerpunkt-OPS-Ziffern identifiziert und mit dem aktuellen AOP-Katalog (2023) auf Übereinstimmung geprüft.

Hierdurch konnte eine Liste von 351 OPS-Ziffern für O&U in Zusammenhang mit den sieben ausgewählten Behandlungsschwerpunkten aus Tabelle 1 identifiziert werden.

Diese sollen perspektivisch über eine Fallpauschale der speziellen sektorengleichen Vergütung (SV-Pauschale) abgerechnet werden.

3. SEKTORENGLEICHE FALLPAUSCHALE

Die zu vereinbarende Vergütung ist den Vorstellungen des Gesetzgebers entsprechend für jede vereinbarte Leistung – d.h. OPS-Ziffer – individuell als Fallpauschale zu kalkulieren. Die neue Vergütung aus vorliegender Systematik für O&U sieht folgende Lösung vor:

3.1. Mischpreisbildung nach bisherigem Ambulantisierungsgrad

Der Einstieg in eine spezielle sektorengleiche Vergütung sieht die Kalkulation über bisherige Vergütungsvolumina und Fallzahlen für die jeweilige Leistung vor.

Für den Bereich O&U ist eine initiale Preisbildung zwischen bisherigem EBM-Erlös und bisheriger DRG-Pauschale gewichtet nach dem bisherigen Grad der stationären bzw. ambulanten Leistungserbringung geboten und in der Gesetzesbegründung auch sinnvollerweise erwähnt.

Für die vorliegende Kalkulation wurden die aktuellen EBM-Preise bzw. DRG-Pauschalen bei durchschnittliche Grenzverweildauer“ (ØVWD) berücksichtigt (Daten 2023).

3.2. Ermittlung des Ambulantisierungsgrads

Für das derzeit vorliegende Leistungsgeschehen (hier Basis 2019²) sind AOP- und EBM-Fälle in Relation zu der Gesamtzahl der Abrechnungsfälle aus dem stationären (DRG-Fälle) aus

² Die Zahlen basieren auf dem Bezugsjahr 2019, da nur für diesen Zeitpunkt auch die Fallzahlen aus dem AOP-Bereich vorliegen und Verzerrungen durch die Folgen der Corona-Pandemie ausgeschlossen sind.

dem Bereich ambulantes Operieren (AOP) sowie aus dem klassisch niedergelassenen Bereich (EBM) zu erheben.

Für die häufigsten OPS-Ziffern in den ausgewählten Behandlungsschwerpunkten wurde dieser Zusammenhang untersucht und das Ergebnis für jeweils eine exemplarische OPS in Tabelle 2 zusammengeführt.

Ein Ambulantisierungsgrad von 0,4 entspräche somit einer 40-prozentigen ambulanten Erbringung dieser Leistung.

Tabelle 2: Analyse Ambulantisierungsgrad (AmbuG) - Bemessung aufgrund von Abrechnungshäufigkeiten

OPS Ziffer	AOP-KATEGORIE	BESCHREIBUNG	aktiviert DRG	DRG FÄLLE	AOP/EBM FÄLLE	AMBUG
5-814.3	E5	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	I16C	11.752	33.100	0,74
5-812.fh	E3	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Kniegelenk	I18B (2023 I24B)	3.160	20.773	0,87
5-788.00	D2	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Os metatarsale	I20F	4.330	7.147	0,62
5-787.k6	D2	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Radius distal	I23C	251	7.706	0,97

5-812.5	E2	Arthroskopische Operation am Gelenknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	I24B	3.705	116.437	0,97
5-814.4	E7	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Sonstige Rekonstruktion der Rotatorenmanschette	I29B I29C	15.315 8.680	14.506	0,4
5-813.4	E6	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Plastik des vorderen Kreuzbandes mit sonstiger autogener Sehne	I30B	15.272	7.928	0,34

Quelle: eigene Darstellung:

[Daten: app.reimbursement.INFO – Eine Einrichtung der RI Innovation GmbH; Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), Leistungs-Browser, Datenlieferung gemäß § 21 KHEntgG | Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, Abrechnungsdatensatz 2019]

Wenig überraschend ist ein geringerer Ambulantisierungsgrad bei den komplexeren Eingriffen. Zum Teil liegt diesem aber auch ein Codierungseffekt zugrunde, da bestimmte OPS-Ziffern im ambulanten bzw. stationären Sektor unterschiedlich häufig verwendet werden. Insbesondere bei Vorfußoperationen und Arthroskopien besteht ein Eingriff aus mehreren Teilschritten. Demzufolge macht es ggf. ökonomisch Sinn, ist aber auch der Limitation der Abrechnungssystematik geschuldet, den einen oder anderen Teilschritt zu kodieren. Diese Verzerrung ist zu berücksichtigen.

Es wird vorgeschlagen, den Ambulantisierungsgrad zu Beginn pauschal für die OP- und Schnitt-Naht-Zeit-Kategorien des EBM anzusetzen (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: Ambulantisierungsgrade (AmbuG) je OP-Kategorie; Bsp. Arthroskopischer Eingriff (E1-7)

Kategorie EBM	AMBUG
E1	1,0
E2	0,9
E3	0,8
E4	0,7
E5	0,7
E6	0,3
E7	0,4

Quelle: Eigene Darstellung

4. KALKULATION SEKTORENGLEICHER FALLPAUSCHALEN IN ORTHOPÄDIE UND UNFALLCHIRURGIE

4.1. Formel für die Berechnung der SV-Pauschale

Aus der Auswahl der Behandlungsschwerpunkte sowie der Kalkulation des Ambulantisierungsgrads kann eine Pauschale nach folgender Formel berechnet werden:

$$SV - Pauschale = (EBMVergütung \times AmbuG) + (DRG_{\emptyset VWD} - IMPLANTATE) \times (1 - AmbuG)$$

EBMVergütung: analog EBM Anhang 2; jeweils für die OP-Kategorien.
(inkl. Anästhesie, Nachbetreuung, ggf. neuem EBM-Zuschlag sowie pauschaler Sachkosten etc.)

4.2. SV-Pauschale für Behandlungsschwerpunkte auf Basis OPS und OP-Kategorie

Auf der Grundlage der erhobenen Fall-, Vergütungsdaten aus EBM und DRG bemessen sich dadurch beispielhaft die SV-Pauschalen für unterschiedliche OPS folgendermaßen (Tabelle 4):

Tabelle 4: SV-Pauschale Kalkulation

OPS	OPS TEXT	DRG	EBM € (inkl. pausch. Sach- kosten)	OP- KATE- GOR- IE	AMBUG	DRG- ERLÖS € OHNE IMPLAN- TATE	SV- PAUSCHALE
5-854.0c	Rekonstruktion von Sehnen: Verlängerung: Mittelfuß und Zehen	I20F	585,15 €	C3	0,8	2.857,60 €	1.029,10 €
5-855.19	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheid e: Naht einer Sehne, primär: Unterschenkel	I20F	585,15 €	C3	0,8	2.857,60 €	1.029,10 €
5-788.00	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Os metatarsale	I20F	559,64 €	D2	0,9	2.857,60 €	784,16 €
5-787.k6	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Radius distal	I23C	466,55 €	D2	0,9	2.602,33 €	677,33 €

5-812.fh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik)	I24B (2019: I18B)	1.003,49 €	D3	0,8	2.452,21 €	1.292,89 €
5-795.k0	Off Repo einf Fx Klavikula d winkelstab Platte	I29B	798,43 €	D4	0,7	4.311,55 €	1.746,44 €
5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	I24B	663,36 €	E2	0,9	2.452,21 €	842,08 €
5-813.4	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Plastik des vorderen Kreuzbandes mit sonstiger	I30B	1.958,93 €	E6	0,3	3.989,46	3.158,20 €

	autogener Sehne						
5-814.4	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Sonstige Rekonstruktionen der Rotatorenmanschette	I29C	2.104,07 €	E7	0,4	3.513,30 €	2.842,45 €
5-814.3	Arthroskopische Erweiterung des subakromialen Raumes	I16C	1.677,39 €	E5	0,7	2.786,19 €	2.007,95 €

Quelle: Eigene Darstellung; [app.reimbursement.INFO – Eine Einrichtung der RI Innovation GmbH; Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), Leistungs-Browser, Datenlieferung gemäß § 21 KHEntgG | Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, Abrechnungsdatensatz 2019]

Im Rahmen einer Mischpreisbildung ändert sich bei einfachen Eingriffen nicht viel an der ursprünglichen Vergütung. Bei höher komplexen Eingriffen entwickelt sich der Preis in Richtung DRG. Die Werte zeigen im Wesentlichen den heutigen Ambulantisierungsgrad.

4.3. Berücksichtigung individueller Verweildauern

Die Verweildauer entsprechend § 115f Absatz 1 SGB V ist dieser Empfehlung folgend explizit nicht zu berücksichtigen: Die Pauschale ist einheitlich zu handhaben, unabhängig von ambulanter oder (kurz-) stationärer Erbringung. Der hybride Charakter der speziellen sektorengleichen Vergütung muss gerade auch die Wirtschaftlichkeit einer kurzstationären Unterbringung sicherstellen.

4.4. Berücksichtigung von Implantatkosten

Im Rahmen der SV-Pauschale sollten die nicht selten hohen Implantatkosten – analog der bisherigen Regelung im Rahmen ambulanter Operationen – zunächst nicht pauschal

berücksichtigt werden und in eine Direktabrechnung überführt werden. Vorgeschlagen wird, einen dreiseitig konsentierten Katalog erstattungsfähiger Implantate bundesweit zu erstellen und von den Vertragspartnern zu pflegen. Über zwei Jahre erfolgt die IST-Kostenerstattung weiter und ermöglicht den bundesweiten Aufbau eines Registers. Aufgrund dieses Registers sollten die Krankenkassen dann (individuelle) Preisvereinbarungen mit den Herstellern treffen können. Die positiven Wettbewerbseffekte einer solchen Regelung sind unbestritten und dürften sich auf die bisher undurchsichtigen Einkaufs- und Verbrauchsmodalitäten in diesem Bereich positiv auswirken.

5. ABRECHNUNG DER SPEZIELLEN SEKTORENGLEICHEN FALLPAUSCHALE

Zur Abrechnung berechtigt sind laut § 115f Absatz 3 SGB V alle Leistungserbringer, die die Voraussetzungen zur Erbringung von Leistungen aus dem AOP-Katalog nach § 115b SGB V erfüllen, d.h. neben Krankenhäusern auch Praxiskliniken, ambulante OP-Zentren usw. Vorgesehen ist eine Direktabrechnung mit der Krankenkasse; die Beauftragung der KV als Dienstleister ist möglich.

Eine Abrechnung dieser OPS-Ziffern über eine DRG-Pauschale ist zukünftig erschwert, wenngleich nicht ausgeschlossen. Da der neue § 115f SGB V explizit auf den Regelungen des AOP-Katalogs für das Jahr 2023 aufbaut bzw. diesen zur Grundlage für die Leistungsidentifikation bestimmt, sind auch bezüglich der neuen sektorengleichen Leistungserbringung künftig Prüfungen hinsichtlich der im AOP-Katalog neu vereinbarten Kontextfaktoren nicht ausgeschlossen. Im Rahmen der vorgeschlagenen Wirtschaftlichkeitsprüfungen wird auch an dieser Stelle analog der Vorgehensweise beim ambulanten Operieren vom Medizinischen Dienst (MD) vermutlich genau hingeschaut.

6. MÖGLICHKEIT ZU MEHR AMBULANTEN LEISTUNGEN GESCHAFFEN; KONSEQUENTE AMBULANTISIERUNG ABER WEITERHIN LIMITIERT.

In dieser wissenschaftlichen Umsetzung für O&U wird eine Annäherung an spezifische Leistungen bzw. Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) explizit über gesamte relevante Versorgungsschwerpunkte, das heißt auf Basis von DRGs gewählt.

Der Konzeption des hier empfohlenen fachinternen Vorschlags folgend wäre eine Abrechnung von DRGs in den sieben Behandlungsschwerpunkten nur möglich, wenn der DRG-Grupper aufgrund von Diagnose- oder Begleiteingriffen eine höhergradige DRG-Zuordnung ausgibt.

Andenfalls gilt der neue Preis: Die spezielle sektorengleiche Vergütung (SV-Pauschale).

Aus dieser Grouper-Systematik könnte sich perspektivisch ein Ansatz, die Abrechnung ambulanter Leistungen konsequenter zu denken, ergeben. Definierte Leistungen wären in Gänze aus der DRG-Systematik und dem AOP-Katalog zu bereinigen und damit eine konsequente Umsetzung der Ambulantisierung nach internationalem Vorbild zu erreichen.

Zu eng, im Sinne eines zukunftsfähigen Vorstoßes, sind die expliziten Regelungen des § 115f SGB V z.B. zur Auswahl der Leistungen. Diese beeinflussen sodann auch die Gestaltung der Vergütungssystematik. So wollte das BMG keine Öffnung hin zu Leistungen aus dem gesamten EBM Anhang 2. Mitgedacht wurde auch keine Trennung relevanter Leistungen im ambulanten Bereich von der DRG-Systematik. In der Art können DRGs auch weiterhin abgerechnet werden. Um das umfangreiche Ausschöpfen aller Möglichkeiten zur Abrechnung von DRG-Leistungen zu begrenzen, sind wiederum strikte Wirtschaftlichkeitsprüfungen notwendig. Der MD wurde im Gesetz entsprechend bedacht.

Die Operationalisierung des Gesetzes kann nur in den Grenzen der realisierten Vorstellungen des BMG erfolgen. Da die Potenziale einer Reform nicht umfangreicher genutzt werden, wird Deutschland im internationalen Vergleich vermutlich auch perspektivisch das Nachsehen haben. Um voranzukommen, sind weitere mutigere Neuordnungen notwendig. Es wird sich zeigen, ob im Rahmen der Frist, bis 31.03.2023 ein Konsens innerhalb der Selbstverwaltung möglich ist oder letztlich das BMG per Rechtsverordnung den § 115f SGB V inhaltlich ausgestaltet.

In jedem Fall finden sich Im DRG-Katalog Leistungen für O&U mit hohen Fallzahlen, kurzen Verweildauern und ohne wesentliche Begleitmorbiditäten, welche sich für eine pauschale Vergütung sektorenübergreifend eignen. Die OPS-Ziffern, die diese DRGs „triggern“ können identifiziert und in einen Katalog „Sektorengleiche Vergütung“ überführt werden.

Zur initialen Preisbildung fließt der Ambulantisierungsgrad mit ein – d.h. je mehr ein Eingriff bereits jetzt ambulant erbracht wird, desto mehr tendiert der Preis in Richtung EBM-Erlös.

Autoren: Prof. Dr. Silke Arnegger; Dr. Burkhard Lembeck; Ariane Herberg



Das Wiesbaden Institut for Healthcare Economics and Patient Safety (WiHelp) der Wiesbaden Business School und der Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie haben in einem Arbeitspapier im Dezember 2022 ein grundlegendes ordnungspolitisches und ökonomisches Modell für die sektorengleiche Versorgung und Vergütung in Deutschland ausgearbeitet und vorgestellt. Auf Basis dieser Vorarbeiten konnte der Bereich O&U auf den neuen § 115f SGB V justiert analysiert werden und sowohl ein Katalog an Leistungen identifiziert, als auch eine initiale Fallpauschalenvorstellung kalkuliert werden.

Diese Analysemethode kann modifiziert auch auf andere Fachgebiete übertragbar sein.