

WIFIN Working Paper 15/2022

Analyse und Einführung einer sektorengleichen Versorgung und Vergütung in Orthopädie und Unfallchirurgie

Prof. Dr. Silke Arnegger, Jana Hagenlocher, Ariane Herberg
(Wiesbaden Business School)

Dr. Burkhard Lembeck, Kathrin Betsch
(Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie)

2 December 2022

(Das Paper in Zusammenarbeit mit dem BVOU und WIHELP wird zusätzlich in der Working-Paper Reihe des WIFIN veröffentlicht)



**ANALYSE UND EINFÜHRUNG EINER SEKTORENGLEICHEN
VERSORGUNG UND VERGÜTUNG IN
ORTHOPÄDIE UND UNFALLCHIRURGIE**

Prof. Dr. Silke Arnegger, Jana Hagenlocher, Ariane Herberg (Wiesbaden Business School)
Dr. Burkhard Lembeck, Kathrin Betsch (Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie)

VERSION I - 12_2022

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	II
Abkürzungsverzeichnis	III
1 Das Potenzial ambulanter Operationen in Deutschland	1
1.1 Aktuelle Entwicklung im Bereich ambulanter Operationen und Zielsetzung	1
1.2 Planung eines Modells sektorengleicher ambulanter Leistungserbringung	4
2 Entwicklung einer einheitlichen Leistungserbringung und sektorengleichen Pauschale für Orthopädie und Unfallchirurgie	5
2.1 VERSORGUNGSSCHWERPUNKT: Identifikation von sektorengleichen Leistungsbereichen in Orthopädie und Unfallchirurgie	5
2.2 ANALYSESCHRITT 1: Auswahl und Volumen der DRG für Orthopädie und Unfallchirurgie	7
2.3 ANALYSESCHRITT 2: Analyse des Abrechnungsvolumens im niedergelassenen Bereich (EBM)	8
2.4 ANALYSESCHRITT 3: Analyse des Abrechnungsvolumens ambulanter Operationen im Krankenhaus (AOP nach §115b SGB V)	9
3 Zwischenergebnis der Analyse der Behandlungsschwerpunkte für Orthopädie und Unfallchirurgie	11
4 Preisbildung	14
4.1 Grundlage und Vergleichsbasis bestehender Vergütungsoptionen	14
4.2 Initiale Berechnung einer sektorengleichen Vergütungspauschale	16
4.2.1 Kalkulation einer Sektorengleichen Pauschale 1 (SGP 1)	17
4.2.2 Kalkulation einer Sektorengleichen Pauschale 2 (SGP 2)	18
5 Zwischenfazit zu einer einheitlichen sektorengleichen Vergütung in Orthopädie und Unfallchirurgie	20
6 Umsetzung eines neuen ordnungspolitischen Rahmens	22
7 Diskussion und Ausblick	23
Literaturverzeichnis	25
Abbildungsverzeichnis	27
Tabellenverzeichnis	27
Anhang 1	28
Anhang 2	30
Anhang 3	31

Abkürzungsverzeichnis

AOP.....	Ambulantes Operieren im Krankenhaus
DKG.....	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRG.....	Diagnosis Related Groups
EBM.....	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
ESV.....	Einheitliche, Sektorengleiche Vergütung
EU.....	Europäische Union
GBA.....	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV-Spitzenverband.....	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
HCHE.....	Hamburg Center for Health Economics
IGES Institut.....	Institut für Gesundheit und Sozialforschung
InEK.....	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
KBV.....	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHPfIEG.....	Krankenhauspflegeentlastungsgesetzes
KV.....	Kassenärztliche Vereinigung
OPS.....	Operationen-Prozeduren-Schlüssel
OS-Material.....	Osteosynthesematerial
PCCL.....	patientenbezogener Gesamtschweregrad
SGP.....	Sektorengleiche Pauschale, Sektorengleiche Behandlungspauschale
ZI.....	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung

1 Das Potenzial ambulanter Operationen in Deutschland

1.1 Aktuelle Entwicklung im Bereich ambulanter Operationen und Zielsetzung

Weltweit kann ein nachdrücklicher Trend zur Ambulantisierung der Versorgung auch in Orthopädie und Unfallchirurgie beobachtet werden (OECD 2021, 146). Im Vergleich der in Deutschland bisher ambulant durchgeführten Eingriffe innerhalb ausgewählter Krankheitsbilder mit anderen europäischen Ländern wird jedoch deutlich, dass in der Bundesrepublik Nachholbedarf besteht (Vgl. Anhang 1). Während die skandinavischen Länder innerhalb der Europäischen Union (EU) als sogenannte „fortgeschrittene Anwender ambulanter Operationen“ bezeichnet werden können, steht Deutschland auch sogenannten „moderaten Anwendern“ wie Frankreich oder Spanien im Rahmen einer Ambulantisierung von Leistungen nach. (OECD 2018, 55–56)

Eine wesentliche Ursache hierfür ist die ungleiche Vergütung grundsätzlich identischer Leistungen in der ambulanten und stationären Versorgung. Die heute mögliche ambulante operative Leistungserbringung wird von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten aber insbesondere von Krankenhäusern als vergleichsweise wirtschaftlich unattraktiv bewertet. Es existiert zwar seit den Neunzigerjahren ein Leistungsbereich für ambulante Operationen, sonstige stationärsersetzende Eingriffe und stationärsersetzende Behandlungen. Hierfür wurde der §115b SGB V – Ambulantes Operieren im Krankenhaus (AOP) – im Gesetz verankert. In diesem sogenannten AOP-Katalog werden die Leistungen aber nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgegolten. Der EBM ist im direkten Vergleich mit den Diagnosis Related Groups (DRGs) auch nach Addition sämtlicher etwaiger Sachkostenpauschalen und Implantatekosten i.d.R. finanziell deutlich weniger attraktiv als die stationäre Aufnahme und die daraus resultierende Vergütung für den entsprechenden Eingriff.

Zwei Sachverhalte können für Deutschland im Rahmen der Entwicklung ambulanter Operationen für die letzten 20 Jahre zunächst festgehalten werden.

Einerseits sind die Anteile von Fällen mit kurzen Verweildauern in Deutschland seit den 2000er Jahren angestiegen (Friedrich und Tillmanns 2016). Obwohl die medizinische Realisierbarkeit international nachgewiesen ist, lässt sich dieser Trend aber für Deutschland nicht gleichzeitig in einen relevanten Anstieg ambulant operierter Fälle transferieren. Anfang der 2000er Jahre zeichnete sich Daten der Gesundheitsberichterstattung des Bundes zufolge zwar ein deutlicher Anstieg ambulanten Operierens in deutschen Krankenhäusern ab (vgl. Abbildung 1). Die Entwicklung ambulanten Operierens ließ sich gerade in den letzten zehn Jahren aber nicht mehr fortsetzen und ist zuletzt rückläufig gewesen.

Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V im Krankenhaus bei Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung, Leistungsfälle (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Geschlecht, Kassenart, Versichertengruppe



Abbildung 1: Entwicklung "Ambulante Operationen" nach § 115b SGB V. Quelle: (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2022)

Wenn eine Leistung stationär erbracht wird, obwohl sie bei mindestens gleicher Qualität ambulant hätte erbracht werden können, bedeutet dies eine Vergeudung von Ressourcen. Diese Ineffizienz kann und sollte sich Deutschland gerade in Zeiten des zunehmenden pflegerischen wie ärztlichen Personalmangels nicht länger leisten. Nicht zuletzt sind es die Patientinnen und Patienten, die nach Möglichkeit eine ambulante Operation bevorzugen. (Deutsches Ärzteblatt 2021)

Der Koalitionsvertrag der Ampel-Parteien aus dem November 2021 nimmt die Thematik für die Bundesregierung auf und verspricht die Förderung der „Ambulantisierung bislang unnötig stationär erbrachter Leistungen“ sowie die zügige Umsetzung einer sektorengleichen Vergütung für geeignete Leistungen (Bundesregierung 2021).

Gerade in der jüngeren Vergangenheit konzipierten Akteure des deutschen Gesundheitswesens mehrere Ansätze mit dem Ziel der Fallzahlsteigerung ambulanter Operationen. Diese bewegen sich von Vergütungsmodellen „stationsersetzender Leistungen“ entsprechend § 115b SGB V (AOP) über Lösungen wie die „Hybrid DRGs“ (Osterloh 2022) oder „komplex-ambulanter-DRGs“ (Augurzyk et al. 2021) bis hin zu den jüngsten Vorschlägen durch die hierfür eingesetzte Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (Krankenhauskommission 2022).

Einige Äußerungen beleuchten Teilaspekte, wie die Ausweitung des AOP-Kataloges durch das Gutachten des Instituts für Gesundheit und Sozialforschung (IGES Institut) (Albrecht et al. 2022) oder liefern noch

unkonkrete Vorschläge zur Preisbildung (Spitzenverband Fachärzte Deutschland e.V. 2019). Zwar strebt auch die umfangreiche Erweiterung des AOP-Katalogs bzw. der darin enthaltenen Operationen-Prozeduren-Schlüssel (OPS) durch das IGES-Gutachten die Erweiterung ambulanter Operationen und stationsersetzender Eingriffe an. Ein Blick in die aktuellen Verhandlungen zu dreiseitigen Verträgen lässt jedoch vermuten, dass lediglich über einen geringen Konsens verhandelt wird. Letztlich stehen im Zuge der Weiterentwicklung des EBM, dessen Systematik Grundlage des AOP ist, 60 Millionen Euro Fördersumme für ausgewählte ambulante Leistungen zur Verfügung. In der Folge sollen deutlich mehr ambulante Eingriffe erbracht werden. (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) 2022)

Auch in der oben benannten aktuellen zweiten Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung ist allein die Rede davon, den Krankenhäusern breitflächig Tagesbehandlungen auf einer sektoral vereinheitlichten Vergütungsgrundlage zu ermöglichen. Erst in einem späteren, noch zu konkretisierenden Reformschritt sollen Behandlungen dafür geöffnet werden, dass sie ambulant auch im vertragsärztlichen Bereich durchgeführt werden können (Krankenhauskommission 2022). Konkretisiert wurde diese Stellungnahme bereits durch den Vorschlag einer Erweiterung des Krankenhauspflegeentlastungsgesetzes (KHPfIEG). Anfang November 2022 wurde im 15. Änderungsantrag dieses Gesetzes rasch eine neue Regelung zu einer sektorengleichen Vergütung eingebracht. Es stehen ausgewählte und definierte Eingriffe und Operationen des AOP-Katalogs im Raum. Gemeint sind Leistungen, die sich quasi in einer Grenzzone zwischen ambulanter und stationärer Leistungserbringung bewegen¹ und unter Beibehaltung der Option vollständig stationärer Leistungserbringung und -abrechnung.

Der dringend notwendige Umstrukturierungsprozess in Deutschland wird nur gelingen, wenn die Sektorengrenzen überall dort beseitigt werden, wo dies im Patienteninteresse mittlerweile medizinisch angemessen und geboten ist. Dort sollte sodann auch insbesondere ein einheitlicher Preis für die gleiche medizinische Leistung geschaffen werden.

¹ Beziffert sind die sogenannten Operationen der Kategorie 2 des AOP-Katalogs aus Abschnitt I. „Leistungen, die in der Regel ambulant erbracht werden können, sind mit der Ziffer „1“ gekennzeichnet. Leistungen, bei denen sowohl eine ambulante als auch eine stationäre Durchführung möglich ist, sind mit der Ziffer „2“ gekennzeichnet“.

1.2 Planung eines Modells sektorengleicher ambulanter Leistungserbringung

Das vorliegende Forschungsprojekt befasst sich mit einer Präzedenzanalyse für den Bereich Orthopädie und Unfallchirurgie und versucht einen neuen Leistungsbereich zu schaffen, in dem die Strukturfehler der tradierten Sektoren vermieden werden. Eine nachhaltige Innovation auf Augenhöhe mit unseren europäischen Nachbarn kann gelingen, wenn die Reform nicht nur auf dem ad hoc Einsparen finanzieller Ressourcen aufbaut, sondern die etablierten Sektoren fusioniert genutzt werden, um den unterschiedlichen Behandlungsbedürfnissen der Patientinnen und Patienten zu begegnen. Dazu sollte zunächst eine Fokussierung auf gut abgrenzbare, aber volumenstarke Leistungsbereiche je geeignetem Fachgebiet erfolgen. Vorhandene Klassifikationen sind dabei durchaus geeignet, um eine fließende Umsetzung zu realisieren.

Auf Basis dieser Vorabdefinition soll am Beispiel der Orthopädie und Unfallchirurgie ein grundsätzlicher Vorschlag zur Konstituierung des sektorengleichen ambulanten Operierens entstehen.

In einem Modell der Orthopädie und Unfallchirurgie sollen Leistungen mit besonderer Merkmalsausprägung sowohl aus dem DRG-Katalog, als auch aus dem AOP-Bereich (§ 115b SGB V), das heißt der Möglichkeit ambulante Operationen im Krankenhaus zu erbringen, sowie aus dem niedergelassenen ärztlichen Bereich ambulanten Operierens (EBM Kapitel 31) fusioniert werden.

Es existieren bereits generische Ansätze für ein neues Modell ambulanten Operierens in einem sektorengleichen Bereich. Hierzu zählen Gutachten von Schreyögg et al. aus dem Jahr 2020 sowie in seiner Erweiterung die Ansätze aus dem Innovationsfondsprojekt „Einheitliche, Sektorengleiche Vergütung“ (Schreyögg und Milstein 2021; Hamburg Center for Health Economics et al. 2022). Der dort verfolgte Ansatz besteht insbesondere darin, im stationären Sektor Leistungen zu identifizieren, die sich durch folgende Merkmale auszeichnen:

- hohes stationäres Volumen
- geringer medizinischer Schweregrad
- kurze Liegedauer

Internationale Ambulantisierungsprozesse haben gezeigt, dass initial zunächst bestimmte Fachbereiche und vorwiegend operative Leistungen adressiert wurden (OECD 2018, 57–58). Um den notwendigen Umstrukturierungsprozess in den Krankenhäusern einzuleiten, muss zum einen gewährleistet sein, dass ein entsprechendes Volumen an DRGs im Fachgebiet, beziehungsweise gewählten Versorgungsschwerpunkt herausgestellt ist. Die Vergütung im sektorengleichen Bereich muss eine „kritische Masse“ erreichen, damit sich eine nachhaltige Umstrukturierung lohnt. Anpassungen müssen sodann dauerhaft gesetzlich verankert sein.

Für einen solchen verknüpften Bereich in Orthopädie und Unfallchirurgie mit entsprechenden Leistungen, soll perspektivisch auch eine sektorengleiche Pauschale einheitlich gezahlt werden, unabhängig davon, ob die Leistung ambulant, kurzstationär oder stationär erbracht wird. Die Kontrollbürokratie des Medizinischen

Dienstes könnte dadurch entfallen und ein echter Anreiz entstehen, strukturelle Veränderungen vorzunehmen, um die Fallzahl ambulanter Operationen zu erhöhen.

2 Entwicklung einer einheitlichen Leistungserbringung und sektorengleichen Pauschale für Orthopädie und Unfallchirurgie

2.1 VERSORGUNGSSCHWERPUNKT - Identifikation von sektorengleichen Leistungsbereichen in Orthopädie und Unfallchirurgie

Unterschiedliche Vorschläge zur Definition eines relevanten Leistungsbereichs bzw. Behandlungsschwerpunkts, z.B. aus den Gutachten von Schreyögg et.al oder auch innerhalb des IGES-Gutachtens gehen zur Identifizierung sektorengleicher Leistungsbereiche von der Systematik des AOP-Kataloges für ambulante Operationen aus. Es werden zunächst zu den oben benannten Kriterien passende OPS, meist auf Fünfsteller-Basis ausgewählt. Daraus werden die DRGs mit kurzer Verweildauer verdichtet und die Analyse mit spezifischen kritischen Faktoren (Alter, Morbidität, ggf. Dringlichkeit) konkretisiert.

Zielführender kann es erscheinen, die geeigneten Leistungsfelder vom bestehenden DRG-Katalog aus zu identifizieren. Dies hat den wesentlichen Vorteil, dass nach der DRG-Systematik die Fälle nicht allein aufgrund des Eingriffes, sondern bereits ganzheitlich nach ihrer Komplexität eingruppiert werden. Der DRG-Grouper² übernimmt somit die Aufgabe, die ambulantisierbaren Leistungen zu identifizieren; es ist im Grunde keine neue Logik oder neues Klassifikationssystem nach Faktoren wie Morbidität, Dringlichkeit oder Entfernung, welche im Innovationsfondsprojekt als erweiterte Kategorisierung vorgeschlagen sind (Hamburg Center for Health Economics et al. 2022), notwendig.

Im Referenzjahr 2019 ermittelt das vorliegende Forschungsprojekt einen potenziellen ambulanten Bereich sektorengleicher Vergütung für das Fachgebiet Orthopädie und Unfallchirurgie. Im Rahmen der DRG-Gruppierung steht daher am Anfang eine Diagnose (entsprechend **Diagnosis Related Groups**) aus dem muskuloskeletalen Bereich³. Diese Diagnose weist den Fall der bestimmten Partition zu. Die Eingabe des Eingriffes, aber auch patientenindividuelle Komorbiditäten, das Alter der Patienten, ggfs. Kombinationseingriffe usw. führen zur Zuordnung in die Fallpauschalen (DRG) I01Z – I98Z. Es wurde explizit Ausschau gehalten nach DRGs mit operativ elektiven Inhalten. An vierter Stelle dieser Systematik kennzeichnet ein Buchstabe in absteigender Reihenfolge die Komplexität der Fälle. Am „unteren Ende der Skala“ finden sich die einfacheren DRGs, die nach

² Der DRG Grouper ist die durch das InEK eingesetzte EDV Software zur Berechnung der DRG unter der Eingabe der relevanten Rahmenparameter. Die InEK- Handbücher erläutern den grundsätzlichen Aufbau des Groupers.

³ Der muskuloskeletale Bereich befindetet sich in der Hauptdiagnosegruppe – der sogenannten Major Diagnostic Category MDC 08 (Reimbursement Institute 2021).

vorliegender Analyse und Interpretation mit Hilfe der Datenbank von „Reimbursement Institute“⁴ sowie durch den DRG-Grouper und das DRG Definitionshandbuch, im Wesentlichen nur durch einen Eingriff ausgelöst werden. Am Beispiel des Leistungsbereiches „Entfernung von Osteosynthesematerial“, der sich in Abbildung 6 Anhang 2 findet, kann dieser Gruppierungsprozess in die DRGs I23 A – I23C nachvollzogen werden. Ausgehend von der Basis ADRG (schwarzes Feld) I23⁵ – vereinfacht Entfernung von Osteosynthesematerial (OS-Material) genannt – werden je nach Rahmenbedingungen (z.B. Komplexität: Alter, patientenbezogener Gesamtschweregrad (PCCL)) unterschiedlich komplexe DRG durch den DRG-Grouper angesteuert. „DRGs innerhalb einer Basis-DRG unterscheiden sich durch ihren Ressourcenverbrauch und sind anhand unterschiedlicher Faktoren wie Diagnosen, Prozeduren, Entlassungsgrund, Alter und/oder PCCL untergliedert“ (InEK GmbH 2019). Bei Entfernung von OS-Material bei einem Patienten, der weniger als 18 Jahre alt ist oder einen PCCL von > 2 hat, würde demnach die I23A angesteuert – ebenso bei Entnahme von OS-Material (Liste I23-V1), wenn zusätzlich weitere Prozeduren entsprechend Definitionshandbuch vorliegen (Liste I23-V2), die den Fall folglich verkomplizieren. Liegen keine solchen Kombinationen oder Komplexitäten vor, wird bei Angabe von Prozeduren, die die schlichte Entfernung von OS-Material beziffern, entsprechend DRG-Grouper-Software immer die I23C angesteuert. Für die Sondierung des Bereichs Orthopädie und Unfallchirurgie ist diese Herangehensweise robust. Theoretisch ist diese Methode auch für andere Fachgebiete grouperbasiert anwendbar.

⁴ Reimbursement Institute, Eine Einrichtung der: RI Innovation GmbH; <https://reimbursement.institute/>.

⁵ Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule.

2.2 ANALYSESCHRIIT 1 - Auswahl und Volumen der DRG für Orthopädie und Unfallchirurgie

Im Rahmen von Expertengesprächen wurden für den Bereich Orthopädie und Unfallchirurgie auf diese Weise zunächst sechs mögliche DRGs als ambulantisierbar identifiziert. Die Basis der DRG-Weiterentwicklung wurde für das Jahr 2019 festgeschrieben.

Tabelle 1: Ambulantisierbare Behandlungsschwerpunkte aus Orthopädie und Unfallchirurgie

Schwerpunkt	Beschreibung	DRG-Code
SCHULTER SONST.	Andere Eingriffe an der Schulter und bestimmte Eingriffe an der oberen Extremität ohne bestimmten Eingriff an Schulter, Oberarm und Ellenbogen, ohne bestimmten anderen Eingriff an Klavikula und Schultergelenk	I16C
KNIE	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne beidseitigen Eingriff am Kniegelenk	I18B
VORFUSS	Eingriffe am Fuß ohne kompl. Ingr., Alter > 15 J., oh. Arthrodese am Großzehengrundgel., oh. Osteosynth. einer Mehrfragm.-Fx, oh. best. Ingr. an mehr als einem Strahl, oh. andere Ingr. am Fuß, oh. chron. Polyarthr. am Fuß, oh. Diab. mellitus m. Kompl.	I20H
ENTFERNUNG OS-MATERIAL	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk und Femur und Wirbelsäule ohne komplizierenden Eingriff am Knochen, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmten Eingriff am Knochen	I23C
ARTHROSKOPIE	Arthroskopie einschließlich Biopsie oder andere kleine Eingriffe an den Extremitäten ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre	I24B
ARTHROSKOPIE SCHULTER KOMPLEX	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	I29B
	Sonstige arthroskopische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette ohne bestimmte Eingriffe an der Schulter	I29C

Die Leistungsbereiche umfassen im Wesentlichen Schultereingriffe, Arthroscopien, Vorfußoperationen, und Metallentfernungen. Diese DRGs zeichnen sich dadurch aus, dass sie vornehmlich auch durch lediglich eine OPS-Ziffer ausgelöst werden. Aus dem AOP-Katalog konnten auf Basis der Analyse der Grouper-Systematik die für die wenig komplexen DRG-Kategorien entsprechenden OPS-Ziffern identifiziert werden.

Um das Fall- und Umsatzvolumen für diesen Bereich zu messen, wurde auf Basis der Daten des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) das Abrechnungsvolumen sowie die Fälle für alle sechs DRGs berechnet (vgl. Tabelle 2). Insgesamt ergibt sich ein Umsatzvolumen von über einer halben Milliarde Euro bei 234.000 Fällen. Diese Größe veranschaulicht die Dimension des erwartbaren Ambulantisierungspotenzials.

Tabelle 2: Fall- und Abrechnungsvolumen DRG (Basis 2019 und 2022)

DRG	DRG		
	DRG Fälle	€ DRG 2019	€ DRG 2022
I16C	10.402	24.706.101 €	26.713.968 €
I18B	45.434	88.584.192 €	95.783.436 €
I20H	46.948	111.507.599 €	*6
I23C	13.743	25.820.817 €	27.919.277 €
I24B	29.015	52.457.225 €	56.720.428 €
I29B	67.869	252.623.247 €	273.153.959 €
I29C	20.444	64.501.296 €	69.743.322 €
Gesamt	233.855	620.200.478 €	550.034.391 €

Um in weiteren Schritten die zwei Bereiche ambulanten Operierens AOP-Katalog nach §115b SGB V sowie den niedergelassenen Bereich mit den Krankenhausdaten zu vergleichen, besteht die Notwendigkeit die relevanten Prozeduren (OPS) aus den Behandlungsschwerpunkten heranzuziehen. Hierbei fand die oben beschriebene Grouper-Systematik Anwendung.

2.3 ANALYSESCHRIFFT 2 - Analyse des Abrechnungsvolumens im niedergelassenen Bereich (EBM)

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte finden den Umfang ambulanter Operationen hauptsächlich im EBM Kapitel 31. Zu den Versorgungs- und Abrechnungsregeln dieses Kapitels 31 gehört der EBM Anhang 2, welcher über 10.500 Prozeduren zu den unterschiedlichen Fachbereichen und deren Spektrum ambulanter Operationen enthält. Überdies kann über die darin enthaltene EBM-Zuordnung, die Summe einer ambulant erbrachten Prozedur im niedergelassenen Bereich aufaddiert werden. Einer jeden Prozedur in dieser Übersicht ist die EBM-Eingriffskategorie zugeordnet. Kategorisiert wird nach herangezogenem organsystem- bzw. technikbezogener OP-Ausstattung. Die relevantesten OP-Kategorien⁷ im ambulant niedergelassenen Bereich der EBM-Systematik für die hier vorgeschlagenen Behandlungsschwerpunkte sind:

C: Eingriff an Extremitäten

D: Eingriff an Knochen und Gelenken

E: Arthroskopischer Eingriff

⁶ Aufgrund der Weiterentwicklung der DRG geht die I20H im Folgejahr in der I20F auf.

⁷ Eine Logik der EBM-Eingriffs-sowie Schnitt-Naht-Zeit Kategorie des EBM wird anschaulichen in EBM-Ratgeber der KBV beschrieben. (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) 2007).

Über diese vorangegangene Analyse wurden die für die DRGs der Behandlungsschwerpunkte relevanten OPS-Fallmengen beim Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) angefragt. Über diese Anfrage konnte das Abrechnungsdatenäquivalent des niedergelassenen Bereichs für jede einzelne DRG-relevante OPS erhoben werden. Für die Vergleichsrechnung wurden die übereinstimmenden OPS-Fallmengen aufaddiert und mit den monetären Werten, die auf Basis des EBM errechnet werden konnten, multipliziert. Berücksichtigt wurden auch pauschale Sachkostenpauschalen sowie Implantatkosten auf Basis der InEK Kalkulation für den stationären Bereich. Ist-Implantatkosten werden in Deutschland auf niedergelassener oder AOP-Ebene nicht standardisiert erfasst. Insofern ist die Erfassung der tatsächlichen Implantatkosten in diesem Bereich wahrscheinlich unterschätzt. Unter Berücksichtigung dieser Datenbasis kann in Tabelle 3 das Abrechnungsvolumen des ausgewählten Behandlungsschwerpunkts im niedergelassenen Bereich folgendermaßen dargestellt werden. 2019 wurde über das Kapitel 31 des EBM gut 333 Millionen Euro abgerechnet bei insgesamt 428.518 Fällen im Bereich der Schulter- und Fußoperationen sowie Arthroskopien und Metallentfernungen.

Tabelle 3: Fall- und Abrechnungsvolumen niedergelassene Ärzte (2019)

DRG	NIEDERGELASSENE		
	EBM Fälle	EBM Sach-/ Implantatkosten	€ EBM
I16C	33.489	11.071.519 €	35.839.346 €
I18B	91.469	20.018.267 €	71.200.124 €
I20H	119.296	8.921.896 €	53.126.411 €
I23C	49.368	289.296 €	21.532.534 €
I24B	109.007	13.146.891 €	51.931.606 €
I29B	25.889	12.643.363 €	33.454.394 €
I29C			
Gesamt	428.518	66.091.233 €	267.084.416 €
Summe		333.175.649 €	

2.4 ANALYSESchritt 3 - Analyse des Abrechnungsvolumens ambulanter Operationen im Krankenhaus (AOP nach §115b SGB V)

Um eine Bewertung bezüglich der kritischen Menge für den ausgewählten Behandlungsschwerpunkt aus Orthopädie und Unfallchirurgie vorzunehmen, wird in einem dritten Analyseschritt der Bereich ambulanter Operationen im Krankenhaus erhoben. In diesem Bereich entspricht die Systematik der Abrechnung grundsätzlich derjenigen im ambulant niedergelassenen Sektor. Allerdings bestimmt die Liste der Prozeduren aus dem AOP-Katalog nach §115b SGB V die ambulante Leistungserbringung im Krankenhaus und nicht der EBM Anhang 2. Die hierin möglichen Leistungen stellen mit rund 2.500 OPS-Ziffern einen weniger umfangreichen Katalog

dar als im ambulant niedergelassenen Bereich. Jüngst veröffentlichte Studien, die das Potenzial ambulanten Operierens beziffern, zum Beispiel das Innovationsfondsprojekt „Einheitliche, Sektorengleiche Vergütung“ („ESV“) oder das IGES-Gutachten, haben sich zunächst insbesondere auf diese Liste gestützt. Das IGES-Gutachten empfiehlt sodann gleichsam die Erweiterung dieser Liste. Es sei aber nochmals abgegrenzt, dass der §115b SGB V eben solche Operationen und Eingriffe listet, die ambulant im Krankenhaus erbracht werden können. Teilweise besteht innerhalb der Liste die Wahl, eine Leistung ambulant oder stationär durchzuführen.

In der vorliegenden Betrachtung zu Orthopädie und Unfallchirurgie findet aufgrund der Datenstruktur nur der Abschnitt 1 des AOP-Katalogs Beachtung. Dieser listet allerdings auch alle relevanten OPS des Untersuchungsbereichs. Innerhalb dieses Abschnitts 1 kann zwischen den Kategorien 1 und 2 unterschieden werden. Zwei bedeutet per Definition, dass eine Leistung auch stationär erfolgen kann.

Das komplette Leistungsgeschehen im Rahmen der inkludierten Behandlungsschwerpunkte (Schulter, Arthroskopie, Metallentfernung und Knie) konnte durch eine Datenanfrage bei der AOK Baden-Württemberg⁸ dargestellt werden. Analog der EBM-Daten wurden die von der AOK übermittelten Fallmengen für die angefragten DRG-relevanten OPS-Ziffern ausgewertet. Auch hier konnte das Volumen in Euro über die Zuordnung zu den Schnitt-Naht-Zeit Termini aufsummiert werden. Zugleich wurden eventuelle Sachkostenpauschalen und eine Implantatkostenschätzung auf Basis des InEK-Kostentableau hinzugerechnet⁹. Folgende Tabelle 4 zeigt die Einzelerhebung für diesen dritten Analyseschritt.

Tabelle 4: Fall- und Abrechnungsvolumen ambulantes Operieren im Krankenhaus (§115b SGB V) (2019)

AOP - KRANKENHAUS			
DRG	AOP Fälle	EBM Sach-/ Implantatkosten	€ AOP
I16C	2.055	596.148 €	2.013.053 €
I18B	35.155	5.966.036 €	22.682.841 €
I20H	21.892	1.635.656 €	9.588.788 €
I23C	65.285	382.573 €	27.997.270 €
I24B	70.538	8.555.699 €	32.098.341 €
I29B	685	360.128 €	670.458 €
I29C			
Gesamt	195.612	17.496.239 €	95.050.752 €
Summe		112.546.991 €	

⁸ Die AOK Baden-Württemberg hat Stand 01.08.2022 mit 4.572.224 Versicherten einen Anteil von rund 6% an den bundesweit gesetzlich versicherten Personen (AOK Baden-Württemberg 2022) . Zum Genauen Zeitpunkt der Analyse wurde von einem Marktanteil von 6,3% Ausgegangen.

⁹ Die Limitation aus Kap. 2.3 bezüglich der Implantatkosten gilt analog

In diesem Bereich sind dem politischen Willen entsprechend, bereits wesentlich mehr Fallzahlen erwünscht. Im Bereich der Schulterarthroskopie und sonstigen Schulteroperationen werden die geringsten Fallzahlen erzielt.

3 Zwischenergebnis der Analyse der Behandlungsschwerpunkte für Orthopädie und Unfallchirurgie

Tabelle 5 zeigt die Gesamtanalyse sektorengleicher Leistungen in Orthopädie und Unfallchirurgie. Die Fallmengen der ausgewählten Behandlungsschwerpunkte zeigen mit 233.855 Fällen zunächst ein noch erhebliches Volumen stationärer Operationen für die ausgewählten, aber grundsätzlich ambulantisierbaren Behandlungsschwerpunkte. Insgesamt ist in dem ausgewählten Behandlungsschwerpunkt für Orthopädie und Unfallchirurgie ein Umsatzvolumen von über 1 Mrd. Euro enthalten. Rund 60% (620.200.478 €; vgl. Tabelle 2) davon im potenziell noch ambulantisierbaren Bereich.

Tabelle 5: Gesamtübersicht Abrechnungsvolumen und Fallzahl

DRG		DRG Fälle	EBM Fälle	AOP Fälle	Fälle Gesamt	ABRECHNUNGS VOLUMEN (€)
I16C	SCHULTER SONST.	10.402	33.489	2.055	45.946	74.226.168 €
I18B	KNIE	45.434	91.469	35.155	172.058	208.451.461 €
I20H	VORFUSS	46.948	119.296	21.892	188.136	184.780.349 €
I23C	ENTFERNUNG OS-MATERIAL	13.743	49.368	65.285	128.396	76.022.490 €
I24B	ARTHROSKOPIE.	29.015	109.007	70.538	208.560	158.189.763 €
I29B	ARTHROSKOPIE	67.869	25.889	685	94.443	364.252.888 €
I29C	SCHULTER KOMPLEX	20.444			20.444	
Gesamt		233.855	428.518	195.612	857.985	1.065.923.118 €

Unter der Annahme einer vollständigen ambulanten Erbringung entstünde hier ein relevantes Potenzial für eine Umstrukturierung. Das zeigt auch der Vergleich zu Veröffentlichungen des „Hamburg Center for Health Economics (HCHC)“. Im direkten Vergleich zu den in Schreyögg und Milstein (2021) veröffentlichten Zahlen identifizierter sektorengleicher Leistungsbereiche, ist dem hier vorgeschlagenen Leistungsbereich ein Potenzial von 5,5% zu bestätigen. Schreyögg und Milstein weisen ein Gesamtpotenzial (Fälle mit allen Verweildauern (inklusive Fälle mit 1-3 Tagen) für bestimmte Leistungsstarke OPS) von 4.598.290 Fällen aus (Schreyögg und Milstein 2021).

Datenbanken wie die von „Reimbursement Institute“ ermöglichen eine relativ schnelle und übersichtliche erste Analyse der InEK-Daten. Der grundsätzlichen Analyse des Fall- und Eurovolumens ist an dieser Stelle daher noch eine weitere Auswertung zu ergänzen. Es hat sich im Rahmen der Validierung der Auswahl der

Behandlungsschwerpunkte gezeigt, dass es durchaus ausgewählte DRG gibt, deren Fallstärke für Kurzlieger bereits über derjenigen für Normallieger liegt.

Das war innerhalb der DRG I18, I23 und I24 der Fall. Das weist insbesondere für diese drei DRG auf ein verstärktes Ambulantisierungspotenzial hin. (Vgl. Abbildung 1)

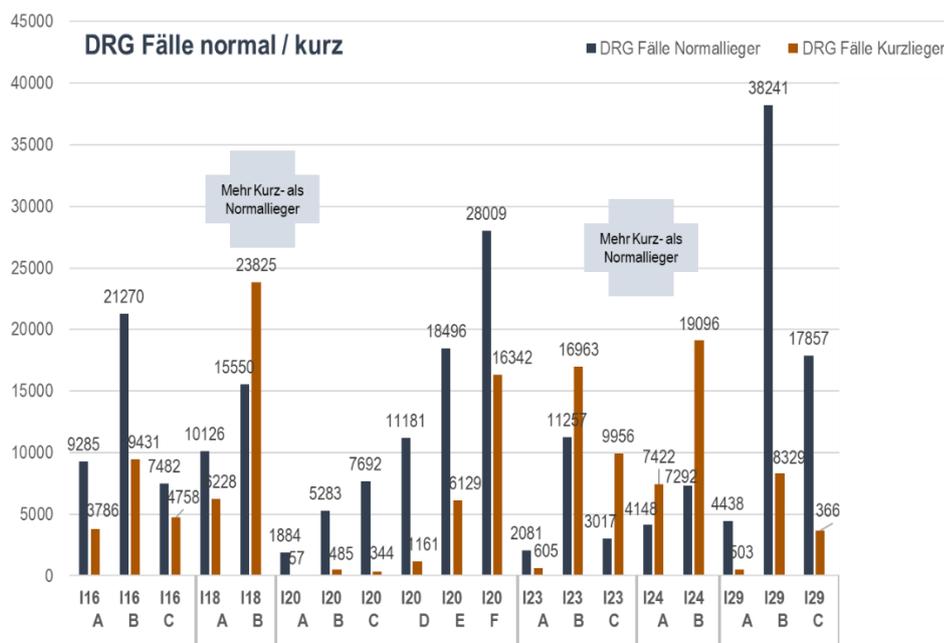


Abbildung 2: Kurz- und Langlieger der ausgewählten Behandlungsschwerpunkte. Quelle: eigene Darstellung

Daten des InEKs sind für das ausgewählte Leistungsspektrum auch tendenziell kurze durchschnittliche Verweildauern zu entnehmen: 2,5 bis maximal 2,7 oder 3 Tage. Die untere Grenzverweildauer, auf die ein DRG-Abschlag folgen würde, beträgt bei diesen Eingriffen 2 Tage, so dass innerhalb der Statistik eine Tendenz zu systemimmanenter nicht aber zwangsläufig medizinisch induzierter Liegedauer vermutet werden kann.

Die zwei Behandlungsschwerpunkte Schultereingriffe (DRG I16C und I29B+C) sowie die Entfernung von OS-Material (I23C) treten im Zuge der Betrachtung der Fallzahlen noch in anderem Kontext hervor.

Für die Schulteroperationen (I29 B/C) ist festzuhalten, dass insgesamt noch viele Operationen im Rahmen arthroskopischer Eingriffe im stationären Bereich verortet sind. Eine Interpretation dieser Ergebnisse kann möglicherweise in einer heterogenen Patientenklientel liegen, die letztlich einen stationären Aufenthalt erfordern. Immerhin weisen jüngste Analysen des Innovationsfondsprojekts auf eine durchaus vorhandene heterogene Fallschwere innerhalb bestimmter OPS hin (Hamburg Center for Health Economics et al. 2022).

Eine weitere Begründung könnte aber auch darin liegen, dass für diese Operationen wesentliche Prozeduren zwar im EBM Anhang 2 enthalten sind und damit im niedergelassenen Bereich möglich, aber nicht im

wesentlich schlankeren AOP-Katalog. Hierzu zählen insbesondere Fallzahlstarke OPS auf Viersteller-Ebene in der Kategorie 5-814. - (Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenks usw.).

Es darf aber aufgrund der vorhandenen Fallzahlen im niedergelassenen Bereich auch vermutet werden, dass in diesen Operationen bzw. Eingriffen ein durchaus hohes Potenzial für eine ambulante Leistungserbringung schlummert und dass eine Nichtinanspruchnahme des AOP-Katalogs in der ökonomischen Entscheidung für eine wesentlich attraktivere DRG-Pauschale zu suchen ist.

Für die Behandlungsschwerpunkte Knie, Vorfuß, Metallentfernungen und Arthroskopie (I18B, I20H, I23C, I24B), zeigen sich bereits hohe Fallzahlen im ambulanten Bereich. Es kann daher eine unmittelbare Chance gesehen werden, diese Art von Eingriffen in einen durchgängigen sektorengleichen Bereich zu überführen. Vom Standpunkt der Versorgungseffizienz her könnte so gleiche medizinische Leistung zu gleichen Konditionen angeboten werden.

Im Kern lassen die Zahlen aber nun auch eine Prognose zu, welche Höhe eine sektorengleiche Leistungspauschale tendenziell für die ausgewählten Leistungen haben könnte.

Die Ableitung dieser Sektorengleichen Behandlungspauschale (SGP) resultiert aus der Gesamtsumme von Leistungen, für die bereits eine umfassende Expertise im ambulanten Bereich aufgebaut wurde, sowie aus der Leistungserbringung, die noch vornehmlich stationär stattfindet. Die Preisberechnung im sektorengleichen Bereich orientiert sich in der Folge an den Vergütungsvolumina aus dem DRG-Bereich und dem ambulanten Sektor. Addiert und gemittelt ergibt sich die Adjustierung einer Pauschale. Das Endergebnis hängt entsprechend vom bereits erreichten Grad der Ambulantisierung ab. Insofern werden beispielweise Schulteroperationen (I16C sowie I29B/C) im Krankenhaus noch relativ häufig stationär erbracht und erreichen, wenn überhaupt, im niedergelassenen Bereich nennenswerte ambulante Abrechnungszahlen (33.489 (I16C) + ~25.900 (I29 B/C) Fälle in besagtem Zeitraum). Metallentfernungen und Fußoperationen aber auch weniger komplexe Arthroskopien stellen die andere Mengenseite dar. Hier werden bereits nennenswert häufig Leistungen auch ambulant erbracht (vgl. Tabelle 5). Die Höhe einer SGP hängt zunächst generisch gesprochen von diesem Durchdringungsgrad ab.

4 Preisbildung

Der methodischen Vorarbeit – der Erhebung und Darstellung des Fallvolumens für die ausgewählten Behandlungsschwerpunkte – soll nun in einem Ergebnisteil die initiale Preisbildung folgen. Das Vergütungsvolumen der auszugliedernden DRGs und der zu bereinigenden ambulanten Operationen aus dem Krankenhausbereich sowie aus dem niedergelassenen Bereich werden hierzu addiert und gemittelt.

4.1 Grundlage und Vergleichsbasis bestehender Vergütungsoptionen

In diesem Abschnitt sollen die verschiedenen Vergütungsgrundlagen der stationären und ambulanten Leistungserbringung nochmals zusammengefasst werden.

Die stationäre Versorgung wird für die ausgewählten Behandlungsschwerpunkte generell über DRG abgerechnet. Die Höhe kann der folgenden Tabelle 6 entnommen werden:

Tabelle 6: DRG Vergütung für die ausgewählten Schwerpunkte entsprechend InEK.

DRG	DRG (Normallieger) 2019
I16C	2.676,45 €
I18B	2.275,87 €
I20H	2.665,82 €
I23C	2.201,43 €
I24B	2.197,88 €
I29B	3.966,82 €
I29C	3.520,16 €

Die ambulante Vergütung hingegen differenziert zwischen ambulanten Operationen im Krankenhaus sowie in der niedergelassenen Praxis. Beide Bereiche rechnen systematisch auf Basis des EBM ab. Die möglichen ambulant abzurechnenden Prozeduren sowie die Adressaten, an welche die Abrechnung zur Vergütung gerichtet wird, unterscheiden sich jedoch. Während Krankenhäuser gegenüber Krankenkassen abrechnen, senden niedergelassene Ärztinnen und Ärzte die Abrechnung zur Kassenärztlichen Vereinigung (KV). Des Weiteren können Niedergelassene aus dem gesamten EBM Anhang 2 OPS für Operationen und Eingriffe wählen (über 10.500 Leistungen). Im AOP-Katalog für Krankenhäuser sind das bisher nur rund 2.500 Ziffern. Das IGES Gutachten schlägt u.a. daher auch eine Erweiterung vor.

Die OPS der entsprechenden Listen werden übersetzt in die jeweilige OP-Kategorie sowie die Schnitt-Nahtzeit, welche im EBM Anhang 2 gelistet sind. Das Kapitel 31 des EBM wiederum liefert die Übersetzung dieser

Schnitt-Naht-Zeit in einzelne EBM-Ziffern¹⁰ und folglich in monetäre Werte. Für einige Kategorien sind ferner pauschale Sachkosten vorgehsehen. Darüber hinaus können im niedergelassenen Bereich Implantate regional unterschiedlich entweder als Ist-Kosten oder als Pauschalen abgerechnet werden. In der DRG-Systematik sind Implantate immer pauschal inkludiert.

Tabelle 7 zeigt die für die vorliegenden Behandlungsschwerpunkte relevanten Abrechnungspositionen im ambulanten Bereich.

Tabelle 7: Abrechnungskategorien und -werte zum Ambulantes Operieren entsprechend EBM

	Kategorie	Euro-Werte	Eingriff an Knochen und/oder Gelenken	Kategorie	Euro-Werte	Arthroskopischer Eingriff	Kategorie	Euro-Werte	Sachkosten
Eingriff an einer Extremität	C1B	267,01 €		D1	306,55 €		E1	341,03 €	122,00 €
	C1	278,50 €		D2	457,41 €		E2	490,19 €	122,00 €
	C2	411,78 €		D3	633,05 €		E3	679,46 €	200,00 €
	C3	573,67 €		D4	782,78 €		E4	849,47 €	200,00 €
	C4	711,24 €		D5	1.084,26 €		E5	1.101,38 €	333,00 €
	C5	935,43 €		D6	1.338,54 €		E6	1.377,41 €	333,00 €
	C6	1.181,37 €		D7	1.477,90 €		E7	1.519,70 €	333,00 €
	C7	1.300,80 €							
Peripherer -neurochirurgischer Eingriff	O2	404,57 €							

Eine Übersetzung und sodann ein Vergleich dieser Vergütungssystematiken kann nur über eine Zuordnung der in jeder Kategorie relevanten OPS zu den für Orthopädie und Unfallchirurgie ausgewählten Behandlungsschwerpunkten erfolgen.

Wenn beispielsweise für eine I16C entsprechend Definitionshandbuch des InEK und DRG-Groupier folgende OPS als DRG-relevant eingestuft wurden (5-781.30; 5-781.a0; 5-790.10; 5-790.20; 5-810.91; 5-812.k1; 5-814.3;

¹⁰ Ambulante Operation; Überwachungskomplex ambulant; Behandlungskomplex Überweisung nur ambulant; Behandlungskomplex Operateur nur ambulant; ambulante Anästhesie.

5-819.00; 5-819.01), dann konnten diese in ihrer Fallhäufigkeit im Rahmen der KV-Abrechnung der Niedergelassenen sowie der Abrechnung ambulanter Operationen im Krankenhaus erfasst werden und auf die in Tabelle 7 dargestellte Abrechnungssystematik nach folgendem Muster – dargestellt in Tabelle 8 – übertragen werden.

Tabelle 8: Mengenmäßige Erfassung ambulanter Operationen am Bsp. der I16C, AOP-Bereich (Krankenhaus)

relev. OPS für I16C	Kategorie	€ laut EBM	Anzahl	Summe	SUMME (inkl. Sach-Implantatkosten)
5-790.10	D3	633,05 €	1	633,05 €	641,93 €
5-790.20	D3	633,05 €	8	5.064,38 €	5.135,42 €
5-810.91	E3	679,46 €	25	16.986,61 €	22.208,61 €
5-812.k1	E2	490,19 €	1	490,19 €	621,07 €
5-814.3	E5	1.101,38 €	91	100.225,92 €	131.337,00 €

Darin enthalten sind folgende Sach- und Implantatkosten¹¹ (vgl. Tabelle 9)

Tabelle 9: Sach- und Implantatkostenschätzung für DRG relevante OPS im Behandlungsschwerpunkt I16C

Kategorie	Sachkosten pauschal	Summe Sachkosten	Implantatkosten*	Summe Implantatkosten
D3			8,88 €	8,88 €
D3			8,88 €	71,04 €
E3	200,00 €	5.000,00 €	8,88 €	222,00 €
E2	122,00 €	122,00 €	8,88 €	8,88 €
E5	333,00 €	30.303,00 €	8,88 €	808,08 €

*Schätzung auf Basis der INEK-Daten

4.2 Initiale Berechnung einer sektorengleichen Vergütungspauschale

Einige bisher ins Feld geführte Vorschläge einer einheitlichen Vergütung adressieren die Notwendigkeit der Differenzierung von Komplexitäten auf zwei bis drei Stufen. Das „HCHE“ schlägt eine Vergütung in einer Art Baukastenprinzip vor, über das nicht nur die Komplexität, sondern auch eventuelle Ausstattung und Übernachtung differenziert werden kann (Hamburg Center for Health Economics et al. 2022). Wenngleich die Vergütung nicht adressiert war, ist auch die AOP-Erweiterung im IGES-Gutachten mit einer Empfehlung zu

¹¹ Implantatkosten sind auf Basis der INEK-Daten für Implantate geschätzt. Das unterschätzt die Kosten in der niedergelassenen Praxis tendenziell.

Kontextfaktoren verknüpft. Es ist davon auszugehen, dass dies eine erhebliche Vorplanung erfordert und auch eine erhöhte Komplexität mit sich bringt.

Auch der folgende Vorschlag definiert für die aus Orthopädie und Unfallchirurgie ausgewählten Behandlungsschwerpunkte eine sektorengleiche Pauschale auf Basis von zwei Komplexitätsstufen.

Basis dieser Berechnung sind die Abrechnungsvolumina der drei Leistungsbereiche:

- Stationäre Eingriffe und Operationen im Krankenhaus (DRG),
- AOP im Krankenhaus (§115b SGB V) sowie
- Ambulante Operationen der Niedergelassenen (EBM Anhang 2 und Kap. 31 EBM).

Für Punkt zwei (AOP im Krankenhaus) und drei (AOP Niedergelassene) werden grundsätzlich ambulant erbringbare Leistungsbereiche entsprechend der Kategorie 1 und 2 des Abschnitts I im AOP-Katalog¹² in weniger komplexe und komplexere Leistungen differenziert. Die Fallmenge des DRG-Bereichs werden zur Berechnung der beiden Pauschalen dem komplexeren Leistungsbereich zugeführt. Daraus resultierend werden die Vergütungsvolumina der drei Bereiche sowie die Summen der Fallmengen gemittelt und eine einheitliche Pauschale berechnet.

4.2.1 Kalkulation einer Sektorengleichen Pauschale 1 (SGP 1)

Tabelle 10 zeigt zunächst die Fallmengen der Niedergelassenen (EBM-Fälle) sowie die über AOP im Krankenhaus erbrachten Leistungen für den weniger komplexen Bereich. DRG-Fallmengen werden dieser Kategorie nicht zugeordnet. Es wird im Kontext der Berechnung der Pauschale angenommen, dass Fälle, die bisher über DRG abgerechnet wurden, zwar grundsätzlich ambulant möglich sind aber eher zu den komplexeren Fällen gehören, selbst wenn das im Einzelfall nicht immer die Versorgungsrealität widerspiegeln muss.

¹² Vgl. dazu auch nochmals Abschnitt 1.1 Fußnote „1“.

Tabelle 10: Fälle und Abrechnungsvolumina mit Zuordnung zu weniger komplexer Fallschwere und daraus resultierende SGP1.

DRG		DRG Fälle	EBM Fälle	AOP Fälle	Fälle Gesamt	Honorar	SGP 1
I16C	SCHULTER SONST.		123	0	123	76.391,90 €	621 €
I18B	KNIE		18.179	6.281	24.460	21.181.537 €	867 €
I20H	VORFUSS		28.125	10.179	38.304	17.015.662 €	444 €
I23C	ENTFERNUNG OS-MATERIAL		44.684	57.113	101.797	44.072.129 €	433 €
I24B	ARTHROSKOPIE.		6.583	6.917	13.500	6.761.106 €	500 €
I29B	ARTHROSKOPIE SCHULTER		1	0	1	873 €	873 €
I29C	KOMPLEX						
Gesamt			97.695	80.489	178.184	89.107.699 €	

Für diese als weniger komplex definierten und in einen Katalog überführten Leistungen ist perspektivisch eine als „SGP1“ angegebene Vergütungsposition denkbar. Im direkten Vergleich mit den Werten aus Tabelle 7 liegt der Vorschlag für ambulante, weniger komplexe Fälle im Spektrum der bisherigen ambulanten Abrechnungspositionen bzw. etwas höher. Das wiederum berücksichtigt den Aufwand für Sachkosten und Implantate.

Implantate verursachen im Bereich Orthopädie und Unfallchirurgie bei einigen Eingriffen erhebliche Kosten. Es empfiehlt sich daher zunächst an der bisherigen Regelung im AOP-Bereich festzuhalten, welche eine Erstattung der Ist-Kosten auf Basis eines konsentierten Zulassungskataloges vorsieht. Mittels Kostennachweise könnte ein bundesweites Register aufgebaut werden. In ein solches Register könnten sodann Steuerungsmechanismen für die perspektivische Preisbildung implementiert werden. Denkbar sind z.B. Regelungen, bei denen Rabatte auf Preisobergrenzen hälftig geteilt werden. Auf dieser Ist-Basis kann eine systematische Erfassung der Einkaufspreise implementiert werden, um mittelfristig zu einer Pauschale zu gelangen.

4.2.2 Kalkulation einer Sektorengleichen Pauschale 2 (SGP 2)

Eher komplexer eingestufte aber grundsätzlich ambulant erbringbare Operationen und Eingriffe werden perspektivisch mit einer zweiten Pauschale „SGP 2“ vergütet (vgl. Tabelle 11). Um eine avisierte Höhe dieser Pauschale vorzuschlagen, wurden alle OPS in Abschnitt 1 des AOP-Katalogs, die nicht die Kategorie 1 haben und für die vorliegenden Behandlungsschwerpunkte relevant sind, ausgewählt. Die Berechnung erfolgt analog „SGP 1“ in Tabelle 10 über die analysierte Fallmenge und die Abrechnungsvolumina in Euro. Die daraus resultierenden Werte sind deutlich höher, da sie ein höheres Komplexitätsniveau repräsentieren – ggf. auch eine Übernachtung oder längere Überwachung inkludieren. Insofern fließen in diese Berechnung nun die Abrechnungsvolumina der DRG mit ein. Gewichtet ist die „SGP 2“ insofern, als Behandlungsschwerpunkte, die bislang

bereits häufig im ambulanten Setting erbracht wurden, die „SGP 2“ tendenziell in Richtung der bisher ambulanten Abrechnungshöhe taxieren. Wurden noch viele Fälle stationär erbracht, erhält die Pauschale einen Anreizfaktor dahingehend, dass sie eher zur DRG-Höhe tendiert.

Sichtbar wird dieses Gewicht z.B. im Fall der „SGP 2“ für die I24B (Arthroskopie). Sie ist im Bereich höherer Schnitt-Naht-Zeiten (E5-D6) im Vergleich zu den ursprünglich mit rund 1.100 € - 1.300 € vergüteten Abrechnungswerten niedriger bemessen. Es ist allerdings auch festzuhalten, dass im Rahmen des Behandlungsschwerpunkts im Bereich eher komplexerer OPS insbesondere Fälle in der ambulanten Schnitt-Naht-Kategorie D3 erbracht wurden. Die in Tabelle 11 veranschlagten 776 € können daher bereits als Vergütungshöhe mit richtiger Tendenz bezüglich der 679 € gewertet werden, welche für eine Kategorie D3, exklusive der Implantatkosten, i.d.R. bisher ambulant abzurechnen sind (vgl. Tabelle 7: Abrechnungskategorien und -werte zum Ambulanten Operieren). Eine höhere Vergütung ist entsprechend dieser Systematik im Behandlungsschwerpunkt I29 B / C zu erwarten. Da hier eher komplexere, wenngleich grundsätzlich ambulantisierbare Operationen und Eingriffe stattfinden dürften und überdies noch verhältnismäßig viel stationäres Leistungsgeschehen zu verzeichnen ist, fällt auch die Pauschale entsprechend hoch aus. Sie böte indessen aber einen starken Anreiz ambulante Operationmöglichkeiten zu prüfen und dennoch ausreichend Ressource für eine eventuell längere Aufenthaltsdauer.

Tabelle 11: Fälle und Abrechnungsvolumina mit Zuordnung zu komplexerer Fallschwere und daraus resultierende SGP 2.

DRG		DRG Fälle	EBM Fälle	AOP Fälle	Fälle Gesamt	Honorar	SGP 2	DRG (Normal-lieger) 2019
I16C	SCHULTER SONST.	10.402	33.366	2.055	45.823	74.149.776 €	1.618 €	2.676,45 €
I18B	KNIE	45.434	73.290	28.874	147.598	187.269.924 €	1.269 €	2.275,87 €
I20H	VORFUSS	46.948	91.171	11.713	149.832	167.764.687 €	1.120 €	2.665,82 €
I23C	ENTFERNUNG OS-MATERIAL	13.743	4.684	8.173	26.600	31.950.361 €	1.201 €	2.201,43 €
I24B	ARTHROSKOPIE	29.015	102.424	63.622	195.061	151.428.656 €	776 €	2.197,88 €
I29B	ARTHROSKOPIE SCHULTER	67.869	25.888	685	94.442	364.252.015	3.171 €	3.743,49 €**
I29C	KOMPLEX	20.444			20.444			
Gesamt		233.855	330.823	115.122	679.800	976.815.419 €		

**Durchschnitt aus I29B (3.520,16) und I29C (3.966,82).

In Tabelle 11 wird zusätzlich zum Vorschlag einer „SGP 2“ auch der Vergleich zur bisherigen DRG (Basis 2019) gezogen. Anwendung findet dieser Zusammenhang in Tabelle 12. Dort wird ein Vorschlag präsentiert, vorübergehend Differenzen zwischen bisheriger DRG und AOP-Vergütung auszugleichen. Die Berechnung schlägt dazu zunächst eine 75%-Kompensation zur ursprünglichen DRG vor. Würde eine Regelung für Krankenhäuser auf Basis der momentan erzielten Fallmengen stattfinden, dann entspräche das einer Ausgleichssumme von rund 100 Mio. Euro (vgl. Tabelle 12).

Tabelle 12: Differenzhonorar einer 75%-DRG Pauschale und einer „SGP2“.

DRG		SGP 2	DRG (Normal- lieger) 2019	75%-DRG	Differenz zu SGP2	Differenz Honorar
I16C	SCHULTER SONST.	1.618,16 €	2.676,45 €	2.007,34 €	389,18 €	4.048.225 €
I18B	KNIE	1.268,78 €	2.275,87 €	1.706,90 €	438,12 €	19.905.645 €
I20H	VORFUSS	1.119,69 €	2.665,82 €	1.999,37 €	879,68 €	41.299.164 €
I23C	ENTFERNUNG OS-MATERIAL	1.201,15 €	2.201,43 €	1.651,07 €	449,93 €	6.183.354 €
I24B	ARTHROSKOPIE	776,32 €	2.197,88 €	1.648,41 €	872,09 €	25.303.831 €
I29B	ARTHROSKOPIE					
I29C	SCHULTER KOMPLEX	3.170,55 €	3.743,49 €**	2.807,62 €		
Gesamt						96.740.218 €

**Durchschnitt aus I29B (3.520,16) und I29C (3.966,82).

Nach einer ausführlichen Analyse initial geeigneter grundsätzlich ambulant zu erbringender Behandlungsschwerpunkte im zweiten Kapitel konnte im vorliegenden vierten Kapitel erstmals eine dimensionale Preisvorstellung bezüglich eines neuen fusionierten ambulanten Leistungsbereichs für Orthopädie und Unfallchirurgie präsentiert werden.

5 Zwischenfazit zu einer einheitlichen sektorengleichen Vergütung in Orthopädie und Unfallchirurgie

Deutschlands Ambulantisierungsprozess stockt seit Jahren (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2022) und es kann lediglich im Bereich der Kurzlieger ein verstärktes Leistungsgeschehen wahrgenommen werden (Friedrich und Tillmanns 2016). Es besteht daher nicht nur Bedarf nach nachhaltigen politischen Entscheidungen bezüglich der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung auf der Einnahmenseite. Ein Augenmerk der Gesundheitspolitik muss es auch sein, den Rückstand auf internationalem Tableau – nicht nur im Bereich der Digitalisierung, sondern auch im Feld ambulanten Operierens abzubauen. Europäische Nachbarländer bieten hierzu bereits ordnungspolitische Ideen und erfolgsversprechende Anreizsystematiken. Gleichgerichtetes Vorgehen vieler internationaler Ambulantisierungsstrategien war die initiale Definition einer Teilsumme an möglichen Operationen bzw. Eingriffen (OECD 2018).

Ziel des vorliegenden Forschungsprojekts war es, für einen vereinten Bereich in Orthopädie und Unfallchirurgie einen entsprechenden Leistungsbereich zu definieren, für welchen perspektivisch auch eine sektorengleiche Pauschale einheitlich gezahlt wird. Dies soll unabhängig davon gelten, ob die Leistung ambulant, kurzstationär oder stationär erbracht wird. Eine solche Definition wurde für den Bereich Orthopädie und Unfallchirurgie insofern vorgenommen, als ausgehend von der DRG, Behandlungsschwerpunkte mit geringster Komplexität entsprechend DRG-Kategorie eruiert wurden. Daher wurden auch konservative Methoden zunächst aus einer Ambulantisierungsinitiative ausgeschlossen, wenngleich perspektivisch entschieden Relevanz besteht. Die

Überprüfung abgeleiteter OPS aus den ausgewählten Schwerpunkten der Groupersoftware bestätigt für den Bereich Orthopädie und Unfallchirurgie die Zuordnung zu DRGs mit wenig Komplexität, ohne die Zusatzdefinition von Komplexitätsparametern. Insofern scheint diese Grouper-Vorgehensweise für Orthopädie und Unfallchirurgie eine zukunftsweisende Entscheidungsbasis zu bieten. Das vorliegende Projekt berücksichtigt hierbei die Prämisse, dass eine Zusammenstellung von ambulanten Operationen / Eingriffen mit geringem Schweregrad, hohem Fallzahlvolumen und kurzen Verweildauern entstehen soll. Die hier diskutierten Behandlungsschwerpunkte sind dementsprechend von Relevanz. Das zeigt die Analyse der Fallmengen sowie der Abrechnungsvolumina und sie werden daher als eine mögliche initiale Einbindung von Seiten des Fachgebiets vorgeschlagen. Insgesamt kann von einem Volumen in Höhe von rund 1 Mrd. Euro für die ausgewählten Schwerpunkte ausgegangen werden. 60% hiervon werden aktuell stationär im Krankenhaus erbracht. Folgende Tabelle 13 zeigt hierzu nochmals die Gesamtschau der Erhebung ohne eine Trennung in Komplexitätsstufen.

Die einzelnen Abrechnungswerte der drei zu fusionierenden Bereiche können ergänzend nochmals den Tabellen zwei, drei und vier in Kapitel 2 entnommen werden.

Tabelle 13: Gesamtübersicht Fallmengen und Abrechnungsvolumina der relevanten Behandlungsschwerpunkte.

DRG		DRG Fälle	EBM Fälle	AOP Fälle	Fälle Gesamt	Honorar
I16C	SCHULTER SONST.	10.402	33.489	2.055	45.946	74.226.168 €
I18B	KNIE	45.434	91.469	35.155	172.058	208.451.461 €
I20H	VORFUSS	46.948	119.296	21.892	188.136	184.780.349 €
I23C	ENTFERNUNG OS-MATERIAL	13.743	49.368	65.285	128.396	76.022.490 €
I24B	ARTHROSKOPIE	29.015	109.007	70.538	208.560	158.189.763 €
I29B	ARTHROSKOPIE SCHULTER KOMPLEX	67.869	25.889	685	94.443	299.751.592 €
I29C		20.444	0	0	20.444	64.501.296 €
Gesamt		233.855	428.518	195.612	857.985	1.065.923.118 €

Mindestens perspektivisch könnte dieses Fallvolumen weitestgehend ambulant erbracht werden. Kernakzent einer Umsteuerung wird die Definition einer ausschließlich für sektorengleiche Eingriffe zu definierende Vergütungspauschale sein. Diese Vergütungspauschale müsste der hier vorliegenden konsequenten Vorgehensweise folgend gewichtet gemittelt zwischen stationärem und ambulantem Abrechnungswert liegen. Bei konsistentem Vorantreiben des Leitmotivs – gleiches Geld für gleiche medizinische Leistung in Form einer sektorengleichen Vergütung – bedeutet das ein deutliches Absenken im Vergleich zur bisher bezahlten stationären Vergütung. Die neuen Abrechnungswerte lägen auf unterschiedlichen Niveaus von zwischen 35% - 85% zur Basis einer „SGP 2“. Den oben dargestellten Rechnungen folgend ist dies stark abhängig vom bereits erreichten Ambulantisierungsgrad des Eingriffs bzw. der Operation.

Für diese strikte Maßnahme bedarf es möglicherweise eines zeitlichen Korridors, der den stationären Einrichtungen ermöglicht, die Umstrukturierung zu finanzieren. Dies sollte allerdings eine Übergangsregelung mit festgelegtem Enddatum sein; immerhin gibt es zahlreiche Praxiskliniken und OP-Zentren im niedergelassenen Bereich mit bereits etablierten effizienten Strukturen.

Um eine angemessene gesundheitspolitische Umsetzung des Vorhabens in der Politik zu erreichen ist die Verankerung des Vorhabens in einen ordnungspolitischen Rahmen zwingend erforderlich.

6 Umsetzung eines neuen ordnungspolitischen Rahmens

Damit die Konzeption möglichst friktionsfrei realisiert werden kann, sollte ein neuer sozialrechtlicher Leistungsbereich „Eingriffe der sektorengleichen Vergütung“ eingeführt werden. Dieser Leistungsbereich umfasst ambulant oder stationär durchführbare Leistungen, insbesondere Operationen, unabhängig vom konkreten Ort der Leistungserbringung (sektorenunabhängig). Hierfür bietet sich im SGB V ein neuer § 123 SGB V an.

Letztlich wird der §115b SGBV für eine Erweiterung als nicht geeignet angesehen. Dieser Paragraph beziffert das ambulante Operieren im Krankenhaus. Eine konsequente Innovation allerdings aus sektorengleicher Leistungserbringung und Pauschale (SGP 1 und SGP 2) ist nachdrücklich sowohl im Krankenhausumfeld als auch im niedergelassenen Bereich anzusiedeln.

Die Grundlage dafür bildet oben benannter Katalog „Eingriffe der sektorengleichen Vergütung“, dessen Einführung stufenweise angelegt ist. Er startet mit einer begrenzten Anzahl fallzahlstarker Leistungen ausgewählter Fachgebiete (unter anderem Orthopädie und Unfallchirurgie). Der Katalog berücksichtigt Komplexitäten und Komorbiditäten. AOP-Katalog und DRG-System werden von diesen Leistungen bereinigt.

Mit Inkrafttreten des Katalogs erfolgen Erbringung und Abrechnung der dort enthaltenen Leistungen ausschließlich über die neuen, sektorengleichen Vergütungs- und Abrechnungsbestimmungen. Teilnahmeberechtigt sind dann alle an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden und die Krankenhäuser, wenn die maßgeblichen Anforderungen und Voraussetzungen erfüllt sind. Das Vergütungssystem ist bundeseinheitlich pauschalisierend und leistungsorientiert angelegt. Es erfolgt die gleiche Vergütung für identische ärztliche Leistung: die „SGP“ dient als neue sektorengleiche Pauschale.

Die systematische Erweiterung des Kataloges und der Vergütungssystematik (Gebührenordnung) erfolgt durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA). Dazu werden die medizinischen Fachgesellschaften und die Berufsverbände einbezogen.

Für die Investitionen in die Infrastruktur erhalten die Krankenhäuser zum kurzfristigen Um- und Aufbau neuer Versorgungseinheiten für Eingriffe der sektorengleichen Vergütung Mittel, z.B. durch eine Erweiterung im Rahmen des Krankenhaus-Strukturfonds (Erweiterung §§ 12, 12a KHG).

Ein strukturierter Vorschlag zur gesetzgeberischen Umsetzung für die gesundheitspolitische Verankerung des vorliegenden Konzepts inklusive einer Begründung findet sich in Anhang 3.

7 Diskussion und Ausblick

Es liegen zwischenzeitlich mehrere Empfehlungen aus der praxisnahen wissenschaftlichen Forschung vor, die einerseits den Handlungsbedarf nochmals deutlich adressieren. Andererseits bieten sie Vorschläge, welche eine möglichst breite Akzeptanz bei den betroffenen Leistungserbringern anstreben, ohne die unabdingbare Umsetzung einer sektorengleichen Regelung aus den Augen zu verlieren. Daher bemühen sich alle Vorschläge um einen möglichst geringen Komplexitätsgrad.

Eine minimale Komplexität sollte sich nicht nur auf die Abrechnung beziehen. Zukunftsweisende Innovationen verlangen häufig das Vertrauen in die sie umsetzenden Akteure. Daher empfiehlt es sich an dieser Stelle nicht nur auf ein Ablassen von bürokratischen Kontrollen durch den Medizinischen Dienst hinzuweisen. Die Komplexität kann sich auch durch Kontrollen, welche weitestgehend aus Routinedaten resultieren, reduzieren und die Akzeptanz teilweise entschiedener, aber weitreichender Entschlüsse verstärken.

Der neue Versorgungsrahmen könnte gegebenenfalls notwendige zusätzliche Begründungen für erweiterte Versorgungsmaßnahmen, Dokumentationen oder OP-Aufklärungssituationen erwirken. Zusätzlicher administrativer Aufwand sollte aber auch hierfür unbedingt umlaufen werden. Zu entscheiden ist in dieser Hinsicht über das Zulassen eines gegebenenfalls erweiterten Entscheidungsspielraums bezüglich der Durchführung ambulanter Leistungen – medizinisch als auch ökonomisch.

Als zwingend notwendig wird das Zulassen eines eigenen sektorengleichen Leistungsbereichs angesehen. Leistungen, die in den SGP-Katalog aufgenommen werden, können nicht mehr über DRG oder über die bisherigen EBM bzw. AOP-Regeln erbracht werden. Hierbei sollten klare Grenzen für Ausweicheffekte geschaffen werden. Es ist aber anzuerkennen, dass eine einheitliche Pauschale im Sinne einer Mischkalkulation durchaus die Gefahr mit sich bringt, dass einzelne OP-Einheiten sich bewusst selektiv verhalten. Darauf sei an dieser Stelle hingewiesen. Insofern folgt auch der vorliegende Ansatz dem Vorschlag einer zweigliedrigen „SGP 1“ und „SGP 2“ für unproblematisch und überschaubar komplexe sowie für Fälle, deren Behandlung unter Umständen auch einmal eine längere Überwachung bis hin zu einer Übernachtung notwendig machen.

Um die Investition in die Umstrukturierung strategisch zu demonstrieren, muss darauf geachtet werden, dass eine initiale Liste sektorengleicher Leistungen mit einer ausreichenden Fallstärke einhergeht. Ferner wären anfänglich gezielte Anreize denkbar, um den Prozess insbesondere für „frühe Entscheider“ attraktiv zu machen. Hierzu zählt auch der ins Feld geführte Investitionsausgleich über den Krankenhaus-Strukturfonds – allerdings degressiv und befristet.

Eine substantielle Bewegung hin zu ambulanten Operationen kann nicht in den vorhandenen Strukturen der Krankenhäuser stattfinden. Investiert werden muss insbesondere in ambulante Zentren und die Ausgliederung von OP-Einheiten aus den klassischen stationären Abteilungen.

Der wichtigste Aspekt einer jeden gesundheitspolitischen Initiative sollte aber die adäquate Versorgung von Patientinnen und Patienten darstellen. Den bisher vorliegenden Empfehlungen und Analysen, teilweise auch Befragungen der unterschiedlichen Akteure ist allerdings eines gemein: sie betrachten die Sachlage aus der Sicht der Leistungserbringer. Effiziente Prozesse innerhalb der Ambulantisierungsinitiative in Deutschland leiten sich aber nachhaltig aus einem konsequenten patientenzentrierten Blickwinkel ab. An dieser Warte ist noch Handlungsbedarf zu konstatieren.

Nachdem die Politik Überlegungen zu einer „sektorengleichen Vergütung“ insbesondere nach Einbindung in den Koalitionsvertrag nicht mehr ausweichen kann, besteht die Chance, gemeinsam mit weiteren Akteuren des Gesundheitsmarktes und vor allem mit der Selbstverwaltung, die überfällige Angleichung der Vergütung und Versorgung mitzugestalten. Ausreichend politischer Wille vorausgesetzt – und hierbei sind auch die Selbstverwaltungspartner angesprochen – sind die Herausforderungen lösbar, die bewältigt werden müssen, um einen im internationalen Vergleich längst überfälligen Prozess von stationären hin zu ambulanten Leistungen zu verankern und mit Blick auf eine effiziente und nachhaltige Ressourcenverwendung auszugestalten und umzusetzen.

Eine grundsätzliche Reform ist zukunftsweisender als der derzeit vorliegende Vorschlag der Krankenhauskommission bzw. des Bundesministeriums für Gesundheit im Rahmen des KHPfLEG, auch wenn in der aktuellen Krisensituation u.a. Krankenhäuser zusätzlich strategische Überlegungen anstellen müssen.

Es ist in einer Folgeanalyse zu diesem Forschungsprojekt ferner eine Erhebung von Daten vorzusehen, die das vorliegende Modell evaluieren. Zudem soll an dieser Stelle auch eine Patientenbefragung innerhalb der vorgeschlagenen Behandlungsschwerpunkte vorgesehen werden. Eine sektorengleiche Versorgung und Pauschale kommt nicht umhin patientenzentriert die Bedürfnisse als auch erwartbaren Verhaltensweisen der Patientinnen und Patienten zu evaluieren.

Das vorliegende Forschungsprojekt bietet unter Berücksichtigung dieser abschließenden Diskussion um Limitationen und Entwicklungspotenzial einen initialen Vorschlag für eine perspektivisch mögliche Einführung einer sektorengleichen Versorgung und Vergütung in Orthopädie und Unfallchirurgie. Eine sektorengleiche Pauschale, die einheitlich gezahlt wird, unabhängig davon, ob die Leistung ambulant, kurzstationär oder stationär erbracht wird. Die Kontrollbürokratie des Medizinischen Dienstes könnte dadurch entfallen und ein echter Anreiz entstehen, strukturelle Veränderungen vorzunehmen, um die Fallzahl ambulanter Operationen nachhaltig und dauerhaft zu erhöhen.

Literaturverzeichnis

- Albrecht, Martin/Mansky, Thomas/Sander, Monika/Schiffhorst, Guido (2022): Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V. Berlin. Online verfügbar unter https://www.kbv.de/media/sp/IGES_AOP_Gutachten_032022.pdf (abgerufen am 21.07.2022).
- AOK Baden-Württemberg (2022). AOK Baden-Württemberg - Beitrag, Leistungen und Service. Profil der AOK Baden-Württemberg. Online verfügbar unter <https://www.krankenkassen.de/gesetzliche-krankenkassen/krankenkassen-liste/234-AOK-Baden-W%C3%BCrttemberg.html#auf-einen-blick> (abgerufen am 30.10.2022).
- Augurzky, Boris/Rösen, Claudia/Emde, Annika/Finke, Sabine (2021). Vergütungssystematik von ambulant zu erbringenden stationären gastroenterologischen Krankenhausleistungen. (abgerufen am 28.10.2022).
- Bundesregierung (2021). Koalitionsvertrag 2021 zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP. Online verfügbar unter <https://www.bundesregierung.de/breg-de/service/gesetzesvorhaben/koalitionsvertrag-2021-1990800> (abgerufen am 29.10.2022).
- Deutsches Ärzteblatt (2021). Hohe Akzeptanz in der Bevölkerung für ambulante Operationen. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/125026/Hohe-Akzeptanz-in-der-Bevoelkerung-fuer-ambulante-Operationen> (abgerufen am 19.11.2022).
- Friedrich, Jörg/Tillmanns, Hanna (2016). Ambulante Operationen im Krankenhaus. In: Jürgen Klauber, Max Geraedts, Jörg Friedrich, Jürgen Wasem (Hg.). Krankenhaus-Report 2016. Ambulant im Krankenhaus, 127–147.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2022). Art der ärztlichen Leistung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung, Abrechnungsfälle/ Leistungsfälle: Ambulantes Operieren. Robert Koch-Institut und des Statistischen Bundesamtes. Online verfügbar unter https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_is-gbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=65562687&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=263&p_in dsp=6146&p_ityp=H&p_fid= (abgerufen am 19.11.2022).
- Hamburg Center for Health Economics/BKK Dachverband e.V./Deutschen Krankenhausinstitut/Fachgebiet Management im Gesundheitswesen/Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (2022). Einheitliche, sektorengleiche Vergütung. Ein sektorengleiches Vergütungssystem. Gemeinsamer Bundesausschuss.
- InEK GmbH (2018). aG-DRG Definitionshandbuch - Version 2019/2021 - Band 2. Definitionshandbuch, Band 2. Hg. von Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Siegburg.
- InEK GmbH (2019). aG-DRG Definitionshandbuch - Version 2019/2021 - Band 1. Definitionshandbuch, Band 1. Hg. von Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Siegburg.

- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2007). EBM-Ratgeber. Leistungen des Anhang 2 - Worin liegt die Bedeutung der Kategorie und des Zusatzbuchstabens? Deutsches Ärzteblatt 104 (21), A1536.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2022). Praxisnachrichten. Gassen: Ausbau des ambulanten Operierens geht nicht schnell genug - Tagesbehandlungen sind "völlig falsches Signal". Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Online verfügbar unter https://www.kbv.de/html/1150_60820.php (abgerufen am 19.11.2022).
- Krankenhauskommission (2022). Zweite Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Tagesbehandlung im Krankenhaus zur kurzfristigen Entlastung der Krankenhäuser und des Gesundheitswesens. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Berlin. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_REGKOM_Bericht_II_2022.pdf (abgerufen am 29.10.2022).
- OECD (2018). Health at a Glance: Europe 2018. STATE OF HEALTH IN THE EU CYCLE. Hg. von OECD.
- OECD (Hg.) (2021). Health at a Glance 2021. OECD.
- Osterloh, Falk (2022). Warten auf die Hybrid-DRGs. Deutsches Ärzteblatt 119 (8). Online verfügbar unter <https://cfdn.aerzteblatt.de/pdf/119/8/a318.pdf?ts=21%2E02%2E2022+13%3A31%3A38#toolbar=1&statusbar=0&view=Fit> (abgerufen am 21.07.2022).
- Reimbursement Institute (2021). MDC - Major Diagnostic Categories. Definition. Online verfügbar unter <https://reimbursement.institute/glossar/mdc/> (abgerufen am 29.10.2022).
- Schreyögg, Jonas/Milstein, Ricarda (2021). Identifizierung einer initialen Auswahl von Leistungsbereichen für eine sektorengleiche Vergütung. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Expertise_sektorengleiche_Vergue-tung.pdf (abgerufen am 21.07.2022).
- Spitzenverband Fachärzte Deutschland e.V. (2019). Konzept für eine Struktur und Vergütung ärztlich intersektoraler Leistungen. Online verfügbar unter https://pkgev.de/wp-content/uploads/2019/11/PKG_Verband_SpiFa-Konzept_intersektorale_Leistungen.pdf (abgerufen am 29.10.2022).

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entwicklung "Ambulante Operationen" nach § 115b SGB V. Quelle: (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2022)	2
Abbildung 2: Kurz- und Langlieger der ausgewählten Behandlungsschwerpunkte. Quelle: eigene Darstellung	12
Abbildung 3: Unterschiede im Grad der Umsetzung ambulanter Eingriffe für ausgewählte Länder der EU Quelle: (OECD 2018, 55)	28
Abbildung 4: Auswahl fortgeschrittener erste Anwender - Konkrete Darstellung für die Eingriffe Katarakt, Hernie, Tonsillektomie, laparoskopische Cholezystektomie. Quelle: (OECD 2018, 56)	29
Abbildung 5: MDC-Flussdiagramm zur Zuordnung der DRG I23 A / I23B / I23C. Quelle: (InEK GmbH 2018, 323)	30
Abbildung 6: DRG-Logik entsprechend INEK-Definitionshandbuch. Quelle: (InEK GmbH 2018, 757)	30

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ambulantisierbare Behandlungsschwerpunkte aus Orthopädie und Unfallchirurgie	7
Tabelle 2: Fall- und Abrechnungsvolumen DRG (Basis 2019 und 2022)	8
Tabelle 3: Fall- und Abrechnungsvolumen niedergelassene Ärzte (2019)	9
Tabelle 4: Fall- und Abrechnungsvolumen ambulantes Operieren im Krankenhaus (§115b SGB V) (2019)....	10
Tabelle 5: Gesamtübersicht Abrechnungsvolumen und Fallzahl.....	11
Tabelle 6: DRG Vergütung für die ausgewählten Schwerpunkte entsprechend InEK.	14
Tabelle 7: Abrechnungskategorien und -werte zum Ambulantes Operieren entsprechend EBM.....	15
Tabelle 8: Mengenmäßige Erfassung ambulanter Operationen am Bsp. der I16C, AOP-Bereich (Krankenhaus).....	16
Tabelle 9: Sach- und Implantatkostenschätzung für DRG relevante OPS im Behandlungsschwerpunkt I16C	16
Tabelle 10: Fälle und Abrechnungsvolumina mit Zuordnung zu weniger komplexer Fallschwere und daraus resultierende SGP1.	18
Tabelle 11: Fälle und Abrechnungsvolumina mit Zuordnung zu komplexerer Fallschwere und daraus resultierende SGP 2.....	19
Tabelle 12: Differenzhonorar einer 75%-DRG Pauschale und einer „SGP2“.	20
Tabelle 13: Gesamtübersicht Fallmengen und Abrechnungsvolumina der relevanten Behandlungsschwerpunkte.	21

ANHÄNGE

Anhang 1

Anhang 1: Ambulantisierung im internationalen Vergleich



Note: The grouping of countries is based on an analysis of the distance of the country to the EU average for each of the four selected surgical procedures in 2015. Data are not available for Bulgaria, Czech Republic, Greece, Latvia, Slovak Republic and Switzerland. Data for Cyprus are not shown as they only include discharges from public hospitals, resulting in a large bias given that most hospitals are private.

Source: OECD Health Statistics, <https://doi.org/10.1787/health-data-en> and Eurostat Database.

Abbildung 3: Unterschiede im Grad der Umsetzung ambulanter Eingriffe für ausgewählte Länder der EU
Quelle: (OECD 2018, 55)

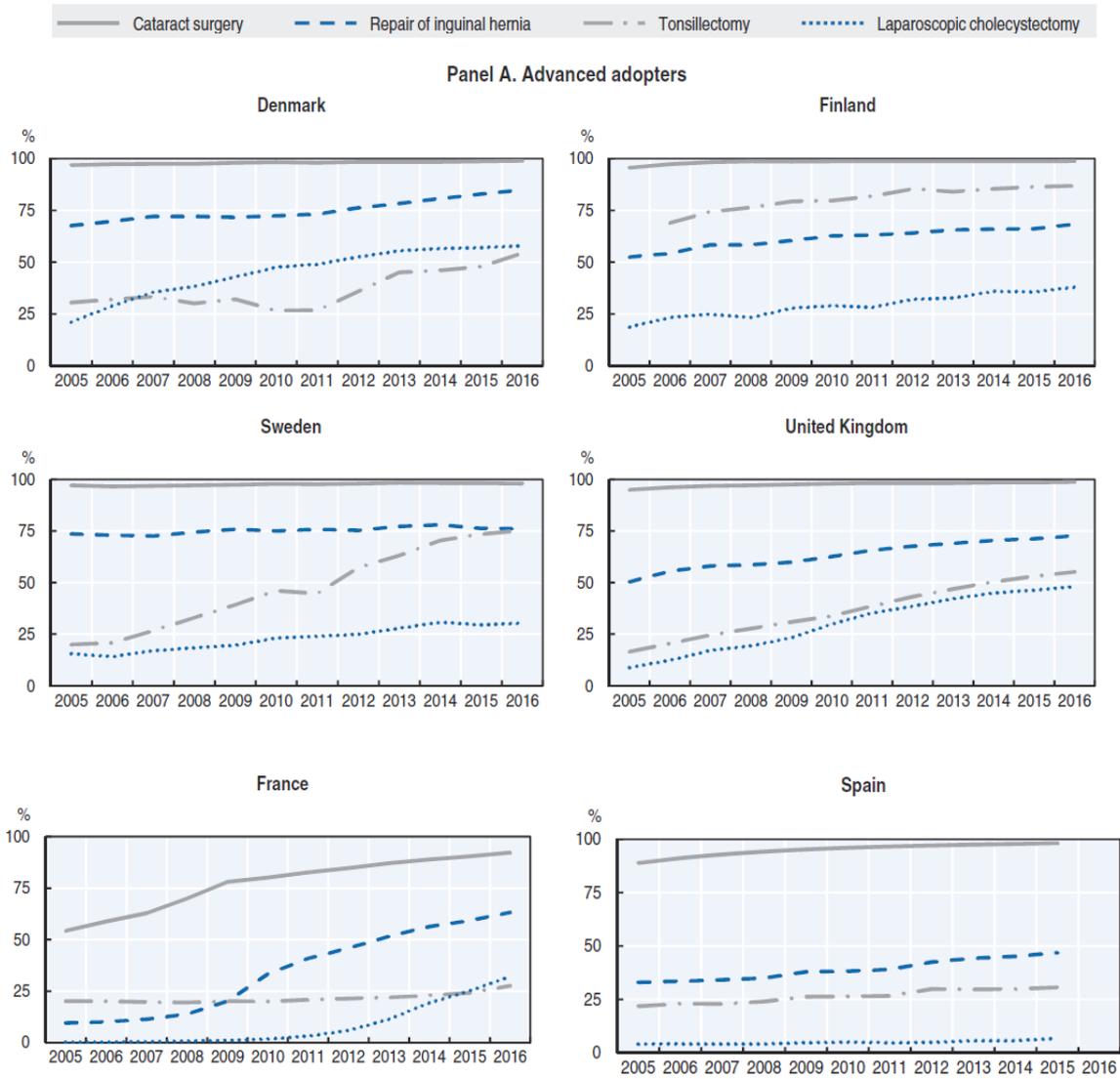


Abbildung 4: Auswahl fortgeschrittener erste Anwender - Konkrete Darstellung für die Eingriffe Katarakt, Hernie, Tonsillektomie, laparoskopische Cholezystektomie. Quelle: (OECD 2018, 56)

Anhang 2

DRG-Grouper 2019 - InEK DRG Definitionshandbuch 2019

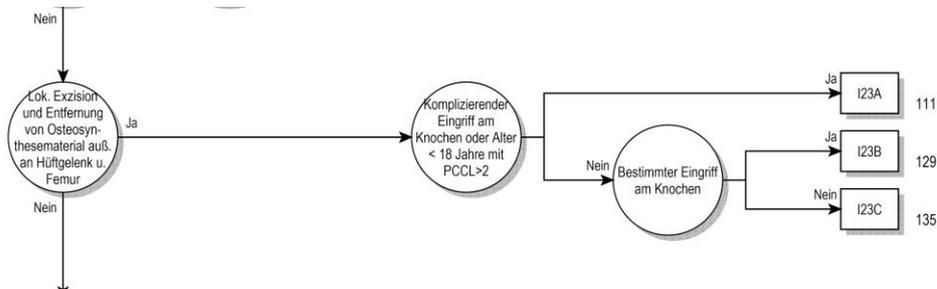


Abbildung 5: MDC-Flussdiagramm zur Zuordnung der DRG I23 A / I23B / I23C.
Quelle: (InEK GmbH 2018, 323)

ADRG I23 Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule

Pr Lokale Exzision, Entfernung von OS-Material, außer an Hüftgelenk und Femur (I23-V1)

DRG I23A Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule, mit komplizierendem Eingriff am Knochen oder Alter < 18 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC

Pr Lokale Exzision, Entfernung von OS-Material, außer an Hüftgelenk und Femur (I23-V1)	Alter < 18 J	PCCL > 2
	Pr Komplexe Eingriffe am Knochen (I23-V2)	

08
I23

DRG I23B Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk und Femur und Wirbelsäule ohne komplizierenden Eingriff am Knochen, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit bestimmtem Eingriff am Knochen

Pr Lokale Exzision, Entfernung von OS-Material, außer an Hüftgelenk und Femur (I23-V1)	Pr Lokale Exzision, Entfernung von OS-Material, außer an Hüftgelenk und Femur (I23-V1) außer Bestimmte Entfernung von OS-Material (I) (I23-V3)
	Beids. Pr Bestimmte Entfernung von OS-Material (II) (I23-V4)

DRG I23C Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk und Femur und Wirbelsäule ohne komplizierenden Eingriff am Knochen, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmten Eingriff am Knochen

Abbildung 6: DRG-Logik entsprechend INEK-Definitionshandbuch. Quelle: (InEK GmbH 2018, 757)

Anhang 3

Ordnungspolitischer Rahmen

§ 123 SGB V

EINGRIFFE DER SEKTORENGLEICHEN VERGÜTUNG, VERORDNUNGSERMÄCHTIGUNG

(1) Eingriffe der sektorengleichen Vergütung umfassen Operationen, die ambulant oder stationär durchgeführt werden können und deren Vergütung für alle teilnahmeberechtigten Leistungserbringer und Krankenhäuser einheitlich unabhängig von einer ambulanten oder stationären Erbringung erfolgt. In den Katalog der Eingriffe der sektorengleichen Vergütung sind insbesondere Operationen einzubeziehen, die in einem fallzahlstarken Umfang erbracht werden und die nach dem Stand der medizinischen Erkenntnisse unter Berücksichtigung der Erfahrungen aus anderen europäischen Ländern sektorenenunabhängig zu erbringen sind. Der Katalog hat Komplexitäten und Komorbiditäten zu berücksichtigen. Die Vergütungssystematik erfolgt bundeseinheitlich pauschalierend und leistungsorientiert. Leistungen werden in einer Gebührenordnung zusammengefasst und in Euro vergütet; die Anpassung erfolgt jährlich regelgebunden (sektorengleiche Pauschale). Zum Katalog gehören nach Maßgabe des Absatz 3 Operationen der Fachgebiete

- a) ...
- b) Orthopädie und Unfallchirurgie
- y) ...
- z) ...

Entsprechende Leistungen sind aus dem Katalog ambulant durchführbarer Operationen nach § 115b und aus dem Entgeltsystem für DRG-Krankenhäuser nach § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz zu bereinigen. Bei der erstmaligen Kalkulation der Vergütungen ist der im letzten verfügbaren Jahr vor Durchführung der Kalkulation im stationären und ambulanten Bereich erbrachte Gesamtaufwand für die jeweils bereinigte Leistung zu ermitteln und der Leistungsbewertung zugrunde zu legen. Der auf diese Weise ermittelte Gesamtaufwand der jeweiligen Leistung nach dem Katalog der Eingriffe der sektorengleichen Vergütung wird durch die Anzahl der im selben Erhebungsjahr insgesamt stationär und ambulant erbrachten Fälle geteilt und der auf diese Weise ermittelte Betrag der erstmaligen Leistungsbewertung zugrunde gelegt. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können Gegenstand des Leistungsumfangs von Eingriffen im Rahmen der sektorengleichen Vergütung sein, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c für die Krankenhausbehandlung keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.

- (2) An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und zugelassene Krankenhäuser sind berechtigt, Leistungen des Katalogs der sektorengleichen Vergütung nach Absatz 1 zu erbringen, soweit sie die dafür maßgeblichen Anforderungen und Voraussetzungen nach Absatz 6 erfüllen. Hierzu bedarf es einer Mitteilung unter Beifügung entsprechender Belege an den nach Maßgabe des § 116b Absatz 3 Satz 1 erweiterten Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nach § 90 Absatz 1. Leistungserbringer sind nach Ablauf einer Frist von zwei Monaten nach Eingang der Mitteilung zur Erbringung von Leistungen im Rahmen des Katalogs der sektorengleichen Vergütung berechtigt, es sei denn, der Landesausschuss nach Satz 2 teilt innerhalb dieser Frist mit, dass vom Leistungserbringer Anforderungen und Voraussetzungen hierfür nicht erfüllt sind. Für das weitere Verfahren gilt § 116b Absatz 2 entsprechend.
- (3) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt erstmals zum 1. Juli 2023 den Katalog sektorengleicher Vergütung nach Absatz 1 einschließlich einer Vergütungssystematik für mindestens 30 fallzahlstarke Leistungen ausgewählter Fachgebiete nach Absatz 1 Satz 6. Die maßgeblichen medizinischen Fachgesellschaften und die Berufsverbände, deren Belange wesentlich vom Katalog der Eingriffe der sektorengleichen Vergütung betroffen sind, sind zu hören und erhalten Gelegenheit zur Stellungnahme. Über die Ergänzung des Katalogs beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss auf Antrag einer seiner Trägerorganisationen oder der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen nach § 140f. Der Katalog ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss gestuft in jährlichen Abständen zu erweitern und insgesamt entsprechend dem Stand der medizinischen Erkenntnisse alle zwei Jahre, erstmals zum 1. Juli 2025, im Hinblick auf weiteren Anpassungsbedarf zu überprüfen. Über das Ergebnis der Überprüfung legt der Gemeinsame Bundesausschuss zeitgleich über das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag einen Bericht vor. Die Vergütungssystematik orientiert sich an in anderen europäischen Ländern bereits eingesetzten Vergütungssystemen zur sektorengleichen Leistungserbringung, sieht eine jährliche regelgebundene Anpassung und Grundsätze der Abrechnungsbestimmungen vor. Bis zum Inkrafttreten besonderer Regelungen gilt dabei der vom Statistischen Bundesamt nach § 10 Absatz 6 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes zu ermittelnde und jährlich bis spätestens 30.09. jeden Jahres zu veröffentlichende Orientierungswert als Anpassungswert. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139a, das Institut des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 3b und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach § 17b Absatz 3 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes unterstützen den Gemeinsamen Bundesausschuss insbesondere bei der Einführung, der Pflege und Weiterentwicklung des Katalogs und der Vergütungssystematik. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann weitere Sachverständige hinzuziehen.

- (4) Der Katalog der Eingriffe der sektorengleichen Vergütung tritt verbindlich für alle teilnehmenden Leistungserbringer drei Monate nach Inkrafttreten des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß Absatz 3 Satz 1 in Kraft. Die im Katalog der Eingriffe der sektorengleichen Vergütung aufgeführten Leistungen dürfen ab diesem Stichtag zu Lasten der Krankenkassen ausschließlich im Rahmen der hierfür geltenden Vergütungs- und Abrechnungsbestimmungen erbracht und abgerechnet werden.
- (5) Die Leistungen aus dem Katalog der Eingriffe der sektorengleichen Vergütung werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Die Prüfung der Abrechnung und der Wirtschaftlichkeit erfolgt durch die Krankenkassen; ihnen sind die für die Prüfungen erforderlichen Belege und Berechtigungsdaten nach Absatz 2 auf Verlangen vorzulegen. Für die Abrechnung gilt § 295 Absatz 1b Satz 1 entsprechend. Das Nähere über die Abrechnungsbestimmungen nach Maßgabe der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 3, Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie über die erforderlichen Vordrucke vereinbaren die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen einheitlich und gemeinsam bis spätestens drei Monate nach Inkrafttreten des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß Absatz 3 Satz 1.
- (6) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt in einer Richtlinie bis spätestens drei Monate vor Inkrafttreten seines Beschlusses gemäß Absatz 3 Satz 1 das Nähere zur Teilnahmeberechtigung an der Erbringung von Leistungen nach dem Katalog der Eingriffe der sektorengleichen Vergütung. Er regelt die personellen und sächlichen Anforderungen und Voraussetzungen einer Teilnahme sowie sonstige Anforderungen an die Qualitätssicherung unter Berücksichtigung der Voraussetzungen nach § 135 Absatz 2 und der Ergebnisse nach § 137a Absatz 3. Für Maßnahmen der besonderen Qualitätssicherung bei Eingriffen im Rahmen der sektorengleichen Vergütung sollen vornehmlich bei den teilnehmenden Leistungserbringern und den Krankenkassen erhobene Routinedaten genutzt werden.
- (7) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates
- a) den Katalog der Eingriffe der sektorengleichen Vergütung einschließlich der Vergütungssystematik und der notwendigen Abrechnungsbestimmungen nach Absatz 1 ganz oder teilweise zu erlassen, soweit der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 3 nicht fristgerecht zustande gekommen ist. In diesem Fall haben die Trägerorganisationen des Gemeinsamen Bundesausschusses ihre Vorstellungen und die Vorstellungen sonstiger Betroffener insbesondere der medizinischen Fachgesellschaften und Berufsverbände darzulegen und Vorschläge für die Inhalte des Katalogs einschließlich der Vergütungssystematik zu unterbreiten. Satz 1 gilt für das Verfahren der Ergänzung des Katalogs sowie seiner Weiterentwicklung nach Absatz 3 Satz 4 entsprechend;

- b) die Richtlinie zur Teilnahmeberechtigung und zur Qualitätssicherung nach Absatz 6 ganz oder teilweise zu erlassen, soweit der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 6 Satz 1 nicht oder nicht fristgerecht zustande gekommen ist;
- c) Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie der erforderlichen Vordrucke festzulegen, soweit die Vereinbarung nach Absatz 5 Satz 4 nicht fristgerecht zustande gekommen ist.

§ 123 SGB V-neu-

BEGRÜNDUNG

Allgemein

Die Vorschrift enthält die wesentlichen Festlegungen insbesondere zum ordnungspolitischen Rahmen und zur operativen Umsetzung der Einführung des neuen eigenständigen Leistungsbereichs „Eingriffe der sektorengleichen Vergütung“.

Dabei wird auf bewährte bestehende Regelungen bei der Ausgestaltung der Beziehungen von Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten im Vierten Abschnitt des 4. Kapitels des SGB V zurückgegriffen. Insbesondere aus den verwandten Regelungsmaterien des ambulanten Operierens im Krankenhaus (§ 115b) und der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (§116b) sind – soweit sinnvoll und angemessen – Elemente in die neuen Vorschriften zu den Eingriffen der sektorengleichen Vergütung übernommen worden.

Mit der Vorschrift einschließlich gesetzlich festgelegter klarer Terminvorgaben für alle Beteiligten bei der Umsetzung der Neuregelung wird explizit die Zielsetzung einer zeitnahen Einführung der ersten Umsetzungsstufe des neuen Leistungsbereichs verfolgt, um kurz- und mittelfristig den Anschluss an die deutlich weiterentwickelte Versorgungslandschaft einheitlicher Vergütungen für sektorenunabhängige Eingriffe in europäischen Nachbarländern (Dänemark, Großbritannien u. a.) herzustellen.

Zu Absatz 1

Die Vorschrift enthält die Grundsätze und umschreibt die Inhalte des neuen Leistungsbereichs der Eingriffe der sektorengleichen Vergütung, die in den folgenden Absätzen teilweise weiter konkretisiert werden. Danach werden solche Operationen in den Katalog der Eingriffe der sektorengleichen Vergütung aufgenommen, die grundsätzlich sowohl ambulant als auch stationär durchgeführt werden können und deren Vergütung unabhängig vom konkreten Ort der Leistungserbringung einheitlich erfolgt. In den Katalog sollen vordringlich solche Eingriffe einbezogen werden, die mengenmäßig in einem hohen Umfang sektorenunabhängig erbracht werden können, wobei bei der Festlegung die vielfältigen Erfahrungen mit vergleichbaren Regelungen im europäischen Ausland einzubeziehen sind (Satz 1 und 2).

Zum Katalog gehören Eingriffe in der Orthopädie und Unfallchirurgie und weiterer normativ aufgeführter Fachgebiete. Im Katalog enthaltene Eingriffe sind mit Inkrafttreten des Katalogs der Eingriffe der sektorengleichen Vergütung (Abs. 4 Satz 1) aus dem Katalog ambulant durchführbarer Operationen (§ 115b) und aus der DRG-Systematik (§ 17b KHG) zu bereinigen (Satz 6 und 7). Die Abrechnung entsprechender Leistungen außerhalb des Katalogs der Eingriffe der sektorengleichen Vergütung ist mit Inkrafttreten des Katalogs ausgeschlossen (Abs. 4 Satz 2). Nach Satz 9 gilt für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden das im Krankenhausbereich angewandte Prinzip der Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt (§ 137c).

Nach Satz 4 ist die bundesweit einheitlich gestaltete Vergütungssystematik pauschalierend und leistungsorientiert aufzubauen. Identische ärztliche Leistungen sind gleich zu vergüten. Die Leistungen werden in einer Gebührenordnung zusammengeführt. Die Vergütung der Leistungserbringer in Form sektorengleicher Pauschalen (SGP) erfolgt in festen Euro-Beträgen bei regelgebundener jährlicher Anpassung (Satz 5) nach weiterer Ausgestaltung gemäß Abs. 3 Satz 6 und 7. Für die Vergütung der neuen Katalogleistungen steht gemäß Satz 8 zunächst das gesamte Honorarvolumen der bereinigten Leistungen aus dem letzten verfügbaren Jahr vor Durchführung der Kalkulation zur Verfügung. Für die erstmalige Bewertung der Katalogleistungen wird gemäß Satz 9 das für die jeweilige Katalogleistung ermittelte Honorarvolumen durch die Anzahl der im letzten Jahr vor der Kalkulation insgesamt ambulant und stationär erbrachten jeweiligen Eingriffe dividiert und der auf diese Weise ermittelte rechnerische Wert der erstmaligen Leistungsbewertung für die Katalogleistung zugrunde gelegt.

Zu Absatz 2

Teilnahmeberechtigt zur Erbringung von Eingriffen aus dem Katalog der sektorengleichen Vergütung sind alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringenden und Krankenhäuser, soweit sie die vom Gemeinsamen Bundesausschuss in der Richtlinie nach Abs. 6 näher festzulegenden besonderen personellen und sächlichen Anforderungen und Voraussetzungen erfüllen. Das Verfahren zum Nachweis der Teilnahmeberechtigung folgt dabei den Regelungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b Abs. 2 mit der Einbindung des erweiterten Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nach § 90 Abs. 1. Für das weitere Verfahren gelten ebenfalls die Regelungen des § 116b Abs. 2 entsprechend.

Zu Absatz 3

Dem Gemeinsamen Bundesausschuss obliegt die Aufgabe, den Katalog der Eingriffe sektorengleicher Vergütung einschließlich einer Vergütungssystematik zu erarbeiten, zu beschließen und kontinuierlich zu pflegen inklusive einer jährlichen Weiterentwicklung (Satz 1 und 4). Der Beschluss hat erstmals zum gesetzlich fixierten Stichtag 1. Juli 2023 zu erfolgen. Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält für seine Aufgaben umfassende Unterstützung durch die einschlägigen Gremien, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, das Institut des Bewertungsausschusses und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (Satz 8). Im Weiteren kann der Gemeinsame Bundesausschuss nach Satz 9 weitere Sachverständige hinzuziehen. Zudem sind die maßgeblichen medizinischen Fachgesellschaften und die betroffenen Berufsverbände in die Erarbeitung einzubeziehen (Satz 2).

Zu Absatz 4

Der Katalog der Eingriffe der sektorengleichen Vergütung tritt zum im Gesetz festgelegten Stichtag drei Monate nach Inkrafttreten des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 3 Satz 1 - das ist der 1. Oktober 2023 - verbindlich für alle teilnehmenden Leistungserbringenden in Kraft (Satz 1). Eine Leistungserbringung zu Lasten der Krankenkassen für im Katalog enthaltene Eingriffe erfolgt ab diesem Zeitpunkt ausschließlich nach dieser Vorschrift (Satz 2).

Zu Absatz 5

Die Vergütung für die Leistungen aus dem Katalog des neuen Leistungsbereichs erfolgt unmittelbar durch die Krankenkassen. Ihnen obliegt auch die Prüfung der Abrechnung und der Wirtschaftlichkeit. Eine Übertragung dieser Aufgaben auf Dritte ist nicht vorgesehen. Die Regelungen zur Qualitätssicherung obliegen gemäß Absatz 6 dem Gemeinsamen Bundesausschuss. Für die Datenübermittlung gelten die Regelungen der direkten Übermittlung der notwendigen Angaben an die Krankenkassen gemäß § 295 Abs. 1b Satz 1.

Einzelheiten zu Abrechnungsverfahren und Vordrucken haben die Partner der Selbstverwaltung auf Bundesebene (KBV, DKG, GKV-Spitzenverband) gemeinsam und einheitlich spätestens drei Monate nach Inkrafttreten des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Katalog sektorengleicher Vergütung (Abs. 3 Satz 1) zu vereinbaren. Damit wird sichergestellt, dass zum Zeitpunkt der verbindlichen Einführung des Katalogs der sektorengleichen Vergütung nach Abs. 4 Satz 1 alle operativen Voraussetzungen zur Abrechnung erfüllt sind.

Zu Absatz 6

Die Konkretisierung der Anforderungen an die Qualitätssicherung im Rahmen des Katalogs der Eingriffe der sektorengleichen Vergütung sowie die Festlegung der personellen und sächlichen Voraussetzungen der Teilnahme für die Leistungserbringenden obliegen der Richtlinienkompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses. Er kann dabei auf die bestehenden Regelungen nach §§ 135a, 136 und 136a zurückgreifen und hat insbesondere die Regelungen zu den Qualitätsanforderungen gemäß § 135 Abs. 2 und die Ergebnisse der Messung und Darstellung der Versorgungsqualität nach § 137a Abs. 3 zu berücksichtigen. Die zivil- und berufsrechtlichen Vorgaben zum Facharztstandard bleiben unberührt.

Zu Absatz 7

Mit der Vorschrift wird das Bundesministerium für Gesundheit gesondert ermächtigt, im Wege der Ersatzvornahme durch Rechtsverordnung das zeitgerechte Inkrafttreten der Regelungen zum neuen Leistungsbereich der Eingriffe der sektorengleichen Vergütung nach dem Willen des Gesetzgebers zu sichern, insoweit die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Abs. 3 und Abs. 6 sowie der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene nach Abs. 5 Satz 4 nicht oder nicht im notwendigen Umfang fristgerecht erfolgen.