Prof. Dr. rer. pol. Silke Arnegger
Jana Hagenlocher BSc
Ariane Herberg BSc
Dr. med. Burkhard Lembeck

Die Zukunft sektorenübergreifender Versorgung: das Potenzial der Krankenhausreform für ambulante Operationen und Eingriffe

Zwei Bereichen muss in der aktuellen Diskussion um eine effiziente vernetzte Versorgung zwischen stationärem sowie ambulantem Sektor eine tragende Rolle zukommen. Betrachtet werden die aktuell niedrigste Versorgungsstufe der angestrebten Krankenhausreform – das sogenannte Level Ii der integrierten ambulant-stationären Versorgung sowie der Bereich sektorengleicher Versorgung und Vergütung entsprechend § 115 f SGB V. Beide Bereiche haben das Potenzial, eine weitreichende Stellung im Rahmen einer medizinisch qualitativ hochwertigen und effizienten Patientenversorgung einzunehmen, werden aber im gegenwärtigen Gesetzgebungsprozess wenig lohnend assoziiert. Der § 115 f SGB V hat zum Ziel, eine einheitliche sektorengleiche Vergütung für bestimmte Leistungen aus dem Bereich des ambulanten Operierens (AOP-Katalog gemäß § 115 b SGB V) zu schaffen. Es werden aber voraussichtlich im Rahmen des ersten Aufschlags einer Rechtsverordnung nur wenige Eingriffsziffern vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) aufgegriffen. Damit würde der eigene Spielraum zum Aufbau des ambulanten Operierens nur rudimentär ausgeschöpft – also mehr oder weniger ein Haken an den Koalitionsvertrag gesetzt.

>> In öffentlichen Interpretationen (Ärzteblatt 2023; BMG-Eckpunktepapier 2023) zu den diskutierten neu definierten Leveln im Rahmen der Krankenhausreform wird gleichsam das geplante niedrigste Level sektorenübergreifender Versorgung als wegweisend beurteilt, aber auf die Grundversorgung und Tagespflege reduziert und damit als vermutlich wenig profitabler Bereich deklariert.

Der gesetzgeberischen Gestaltung beider Bereiche kommt allerdings eine wichtige Stellung zu. Mit einer sinnhaften Ausrichtung des Levels sektorenübergreifender Versorgung, insbesondere auf ein substanzielles in § 115 f SGB V abgegrenztes Leistungsspektrum, könnten die Weichen gestellt werden, international vergleichbar im Themenfeld der Ambulantisierung der Versorgung voranzukommen. Besonders im Bereich des ambulanten Operierens ist Anschluss an eine qualitativ hochwertige und effiziente Versorgung möglich, wie sie international längst Standard ist (Simon et al 2023; Schreyögg 2023).

Der vorliegende Artikel widmet sich der Fragestellung, welches Potenzial in dem Level integrierter ambulant-stationärer Versorgung der angekündigten Krankenhausreform für die Weiterentwicklung des großen Bereichs ambulanter Operationen grundsätzlich verortet werden kann. Die Beantwortung der Frage resultiert aus Analysen zur Beförderung des ambulanten Operierens im Bereich Orthopädie und Unfallchirurgie, die im Weiteren mit dem aktuellen Stand der Krankenhausreform abgewogen werden. Aus dem Ergebnis wird eine entsprechende Empfehlung für diesen Bereich abgeleitet.

Zusammenfassung

Dem sogenannten Level Ii – sektorenübergreifender Versorgung der geplanten Krankenhausreform und dem Bereich sektorengleicher Versorgung und Vergütung entsprechend § 115 f SGB V kommen in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion eine tragende Rolle zu. Eine konsequente Vernetzung beider Bereiche ist unerlässlich, um den Bereich der sektorengleichen Versorgung auf internationalem Niveau effizient zu gestalten. Es ist daher entscheidend, eine klare und abgegrenzte Auswahl von Leistungsbereichen für diesen Bereich zu definieren und die bereits vorhandenen Klinikstrukturen hierfür sinnvoll zu nutzen. Der vorliegende Beitrag benennt das Potenzial des Levels Ii für die Weiterentwicklung des Bereichs der ambulanten Operationen.

Schlüsselwörter

Krankenhausreform, sektorenübergreifende Versorgung, § 115 SGB V , Vergütungsreform, Integrierte Versorgung, Ambulante Operationen (AOP)e

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.05.23.1866-0533.2547

Die Krankenhausreform: intendierte Reformen der stationären Versorgung durch veränderte Vergütungsstrukturen

Die geplante Krankenhausreform zielt auf weitreichende Veränderungen in der deutschen Krankenhauslandschaft und der Versorgung der Patientinnen und Patienten ab. Ein verändertes Modell zur Krankenhausfinanzierung soll einhergehen mit bundeseinheitlichen Vorgaben zur Umsetzung der Krankenhausplanung auf Landesebene. Die Finanzierung der Betriebskosten soll künftig nicht mehr im Wesentlichen auf DRGs beruhen, sondern zu einer Mischvergütung, dem sogenannten 2-Säulen-Modell „Vorhaltung und DRG“, umgewandelt werden (Regierungskommission 2023).

Krankenhauslevel

Da die Planung der Krankenhausversorgung, geprägt vom föderalistischen System, in die Kompetenz der Länder fällt, existiert seither auch keine bundesweit einheitliche Definition für verschiedene Versorgungsstufen von Krankenhäusern. Der erste Vorschlag der Regierungskommission zu einer Krankenhausreform plante zwar, perspektivisch bundesweit zwischen drei Versorgungsstufen (Level) zu unterscheiden, eine entsprechende Einigung zwischen Bund und Ländern konnte aber nicht erzielt werden. Eine Kategorisierung nach Krankenhauslevel könnte zwar auf Bundesebene fiktiv erfolgen, die tatsächliche Planungshoheit allerdings weiterhin bei den Ländern verbleiben (Ärzteblatt 2023a). Lediglich für das Level Ii (nach den Vorstellungen der Länder „sektorenübergreifende Versorger“) konnten bereits konkrete Vorgaben vereinbart werden.

Krankenhäuser des Level Ii sollen künftig eine spezielle Rolle in der Weiterentwicklung einer in Deutschland lang diskutierten und dringend notwendigen sektorenübergreifenden und integrierten Gesundheitsversorgung einnehmen. Entscheidend für die Krankenhäuser dieses Levels soll es sein, dass sie entsprechend an regionale

Gegebenheiten angepasst werden können, um eine wohnortnahe Versorgung sicherzustellen. So kann beispielsweise auch eine Ausgestaltung als regionales Gesundheitszentrum mit Akutpflegebetten denkbar sein.

Aufgrund des geplanten sektorenübergreifenden Charakters dieser Versorgungsstufe wird sich auch der zu erbringende Leistungsrahmen entsprechend von den Krankenhäusern der höheren Versorgungsstufen unterscheiden. Krankenhäuser einer sektorenübergreifenden Stufe sollen neben den genannten stationären Grundversorgungspflichten vor allem folgende Leistungen ambulant durchführen:

- ambulante Operationen nach § 115 b SGB V
- sektorengleiche Leistungserbringung nach § 115 f SGB V
- ambulante Leistungen aufgrund vertragsärztlicher Ermächtigung
- Bbelegärztliche Leistungen
- Leistungen von Institutsambulanzen
- Pflegeleistungen, sowohl nach SGB V als auch SGB XI (insbesondere Übergangspflege)

Neben der Form der Leistungserbringung sollen die Krankenhäuser des Level Ii auch anhand der Vergütungssystematik von Krankenhäusern höherer Versorgungsstufen abgegrenzt werden. So wird für alle höheren Krankenhausstufen eine Mischvergütung aus Vorhaltepauschalen und DRG-Systematik vorgesehen. Für die Krankenhäuser des Level Ii soll ein Finanzierungsmix aus den jeweils gültigen Abrechnungssystematiken entstehen. Ambulante Operationen werden somit beispielsweise weiterhin über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) vergütet, Leistungen nach § 115 f SGB V über die geplanten sektorengleichen Pauschalen oder stationär erbrachte Leistungen über Tagessätze. Langfristig ist eine einheitliche, sektorengleiche Vergütung für alle Leistungsbereiche geboten.

Das Grundverständnis dieses Levels ist – fiktiv oder bindend – eine Grundlage für die folgende Analyse bezüglich der ökonomischen Tragweite eines nachhaltig implementierten Bereichs sektorenübergreifender Versorgung.

Leistungsbereiche und Leistungsgruppen

Ein weiterer zentraler Baustein der Krankenhausreform wird über die Einführung von definierten Leistungsgruppen abgebildet. An die Stelle von Fachabteilungen mit DRG-Vergütungssystematik sollen Leistungsgruppen treten. Sie gliedern die Behandlung innerhalb einer Gruppe nach entsprechenden Qualifikationen und Kompetenzen, aber auch einer gleichartigen technischen Ausstattung. Es werden spezifische Mindeststrukturvorgaben definiert: z. B. welche verwandten Fachgebiete innerhalb einer Leistungsgruppe noch vorhanden sein sollten, die Mindestbesetzung an fachärztlichem Personal, vorzuhaltende Geräte, ggf. Mindestmengenvorgaben. Die Qualitätsanforderungen sollen bundeseinheitlich definiert werden und nur Krankenhäuser, die den strukturellen und qualitativen Anforderungen entsprechen, werden zur Leistungserbringung und Abrechnung berechtigt. Nach Vorstellung des BMG war vorgesehen, auf diese Weise länderbezogen jeder einheitlichen Leistungsgruppe ein bestimmtes bundesweit geltendes Versorgungslevel (I–III) zuzuweisen. Da in den Verhandlungen im Bereich der Levelzuteilung bisher jedoch keine Einigung erzielt wurde, ist eine Verknüpfung der Level und Leistungsgruppen aktuell eher unwahrscheinlich.

Prinzipiell herrscht bei der Einführung der Leistungsgruppen Konsens zwischen BMG und Ländern. Es wird eine Orientierung am Leistungsgruppenmodell aus NRW angestrebt. Die 64 somatischen Leistungsgruppen sollen initial lediglich um fünf Leistungsgruppen erweitert werden. Die Verantwortung für die Festlegung und Weiterentwicklung der Leistungsgruppen soll, letzten Abstimmungen zufolge, perspektivisch einvernehmlich zwischen BMG und Ländern erfolgen.

Aktueller Stand der Rechtsverordnung nach § 115 f SGB V – sektorengleiche Versorgung und Vergütung

Mit der Verabschiedung des Krankenhauspflegeentgeltgesetzes (KHPflEG) im Dezember vergangenen Jahres wurde erstmalig eine spezielle sektorengleiche Vergütung für bestimmte Leistungen vorgesehen. Das Hauptziel der Verordnung besteht darin, eine einheitliche Vergütung für ausgewählte Leistungen aus dem Katalog für ambulante Operationen (§ 115 b SGB V) zu schaffen. Dabei sollen insbesondere Leistungen mit hoher Fallzahl, kurzer Verweildauer der Patient:innen und geringem klinischem Komplexitätsgrad berücksichtigt werden. Faktisch sollte diese Gesetzesinitiative die große Lücke zwischen dem international etablierten ambulanten Operationsspektrum und der Situation in Deutschland schrittweise schließen.

Diese recht ambitionierten Vorstellungen des Gesetzgebers werden absehbar nur in Form eines rudimentären Volumens ambulant zu erbringender Eingriffe im Rahmen der Rechtsverordnung konkretisiert. Ursprünglich war vorgesehen, dass die Vertragsparteien der Selbstverwaltung, die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), bis zum 31. März 2023 eine Einigung bezüglich der speziellen sektorengleichen Vergütung zu Eingriffen und Operationen treffen sollten. Da jedoch keine Vereinbarung zwischen diesen Partnern erzielt wurde, soll nun die Verordnungsermächtigung gemäß § 115 f Abs. 4 SGB V des BMG Umfang und Kalkulation der Leistungen regeln.

Verschiedene Vorschläge sind dem BMG übermittelt worden. Neben den Entwürfen der Selbstverwaltungspartner auch eine wissenschaftliche Analyse dezidiert zur Fachgruppe Orthopädie und Unfallchirurgie (OuU) (Arnegger et al. 2022; Arnegger et al. 2023).

Sektorengleiche Versorgung und Vergütung für Orthopädie und Unfallchirurgie – § 115 f SGB V: das Wiesbadener Modell

Auf Basis der Vorgaben des § 115 f SGB V wurden Analysen durchgeführt und ein umfassendes spezielles sektorengleiches Vergütungsmodell – im Folgenden Wiesbadener Modell genannt – entwickelt (Arnegger et al. 2022)

Grundsätzlich für eine Ambulantisierung in Betracht gezogen wurden Behandlungsschwerpunkte basierend auf insgesamt acht wenig komplexen DRGs (vgl. Tab. 1). Die Vorgehensweise hat das Potenzial, die Spektren gesamter Behandlungsschwerpunkte aus der stationären Abrechenbarkeit herauszulösen.

Um einen nach § 115 f SGB V konformen Vorschlag zu unterbreiten, wurden die mit diesen Behandlungsschwerpunkten in Verbindung stehenden Operations-Prozeduren-Schlüssel (OPS) unter Verwendung des DRG-Groupers und der Handbücher des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ermittelt. Die Vergütungshöhe der DRG wurde auf Basis der durchschnittlichen Verweildauer (ØVWD) ermittelt. Zu den selektierten OPS konnten anschließend die Fallzahlen und das Abrechnungsvolumen wie folgt erfasst werden. Im ambulanten Bereich gemäß Anhang 2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) wurden die Fallzahlen und das Abrechnungsvolumen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) verwen-

DRG	BESCHREIBUNG
I16C	Andere Eingriffe an der Schulter
I18A	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter < 16 Jahre oder mit mäßig komplexem Eingriff oder mit beidseitigem Eingriff am Kniegelenk
I18B	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne beidseitigen Eingriff am Kniegelenk
I20F	Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe oder komplizierende Faktoren, Alter > 15 Jahre
I23B	Andere kleine Eingriffe an Knochen und Weichteilen mit bestimmten kleinen Eigriffen an Knochen und Weichteilen, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
I23C	Andere kleine Eingriffe an Knochen und Weichteilen ohne bestimmte kleine Eingriffe an Knochen und Weichteilen, (Entfernung Osteosynthesematerial)
I24B	Arthroskopie oder andere Eingriffe an den Extremitäten oder Eingriffe am Weichteilgewebe ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre
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
I29C	Sonstige arthroskopische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette ohne bestimmte Eingriffe an der Schulter
I30B	Arthroskopischer Eingriff am Hüftgelenk, Alter > 15 Jahre oder bestimmte komplexe Eingriffe am Kniegelenk, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
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
G24B	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, mit beidseitigem oder komplexem Eingriff oder Alter < 14 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC
G24C	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, ohne beidseitigen Eingriff, ohne komplexen Eingriff, Alter > 13 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC

Tab.1: Behandlungsschwerpunkte.

det. Für den Bereich des ambulanten Operierens (AOP) wurden die Daten der AOK Baden-Württemberg (rd. 4,5 Mio. Versicherte) für das Jahr 2019 verwendet und auf die Gesamtbevölkerung erweitert.

So konnten die Anzahl der Gesamtfälle und die Vergütung in allen drei Bereichen – stationäre und vertragsärztliche Leistungserbringung sowie ambulantes Operieren gemäß AOP-Katalog im Krankenhaus ermittelt werden. Für die Kalkulation wurden ferner die EBM- und AOP-Fälle in Relation zu der Gesamtzahl der Abrechnungsfälle aus dem stationären Bereich (DRG-Fälle) gesetzt, um einen Ambulantisierungsgrad zu ermitteln. So konnte auf Basis der Vorgaben des § 115 f SGB V eine initiale Preisbildung zwischen dem aktuellen EBM-Erlös und der bisherigen DRG-Pauschale, gewichtet nach dem bisherigen Grad der stationären bzw. ambulanten Leistungserbringung kalkuliert werden (1).

Orthopädie und Unfallchirurgie (OuU) stellt innerhalb der sektorengleichen Versorgung und Vergütung vermutlich das potenziell umfangreichste Gebiet dar. Diese Systematik einer sektorengleichen Versorgung und Vergütung für Orthopädie und Unfallchirurgie kann auch Basis für weitere Fachgruppen darstellen. Vielmehr von Interesse für die vorliegende Ausarbeitung ist aber die Verknüpfung dieser Analyse mit der Ausgestaltung des Leistungsspektrums der sogenannten sektorenübergreifenden Versorger (Level Ii).

Eine Schnittmengenbetrachtung macht das konkrete Potenzial der sektorengleichen Versorgung und Vergütung des § 115 f SGB V und des integrierten Versorgungslevels Ii der vorgesehenen Krankenhausreform sichtbar.

Potenzial des versorgungsübergreifenden Sektors – Krankenhauslevel 1i

In der Kommunikation der Fachöffentlichkeit wird der neue Krankenhaussektor Ii als umstritten und vor allem monetär unattraktiv wahrgenommen. Flexibilität soll das Initiativrecht einer erstmaligen Definition von Leistungsgruppen sowohl durch Bund als auch Länder bringen. Ferner soll eine Negativliste derjenigen stationären Leistungen entstehen, die nicht in sogenannten Level-Ii-Krankenhäusern erbracht werden sollen. Auch dieser neuen Systematik wird die im folgenden dargestellte Analyse bereits Rechnung tragen, die aufzeigt, dass das Level Ii bedeutende Implikationen haben wird, insbesondere im Bereich der ambulanten Operationen.

Um dieses Potenzial offenzulegen, wird eine Schnittmenge gebildet sowohl aus den zum Zeitpunkt der Analyse vorhandenen Erkenntnissen zur Krankenhausreform als auch aus der Entwicklung des Wiesbadener Modells zu einer sektorengleichen Versorgung und Vergütung gemäß § 115 f SGB V.

Zum Status quo liegt keine offizielle Liste initiierter Leistungsgruppen für die Krankenhausreform seitens des BMG vor. Daher wurde, wie vom BMG vorgesehen, die Systematik des Krankenhausplans Nordrhein-Westfalens analysiert und für diese Studie verwendet. In Tabelle 2 findet zunächst beispielhaft eine Zuordnung für den Bereich OuU statt. Diese umfasst insgesamt 12 hypothetische Leistungsgruppen, die wiederum in 27 Unterkategorien unterteilt sind, darunter z. B. die primäre Endoprothetik, Revisionsendoprothetik, aber auch einfache und konservative Eingriffe an Gelenken sowie der Schulter. Für die Krankenhausreform sind derzeit wesentlich weniger Leistungsgruppen im Bereich der Knie- und Hüftendoprothetik sowie der konservativen Wirbelsäuleneingriffe vorgesehen. Gleichwohl kann die folgende Zuordnung zur Einschätzung der ökonomischen Tragweite des Levels Ii in Zusammenhang mit einer konsequenten Umsetzung ambulanten Operierens dienen (Tab 2.)

In einem ersten Schritt wurden dieser Gruppierung alle DRGs und ihre Abrechnungsvolumina aus dem Bereich Krankheiten und Störungen am Muskel-Skelett-System (MDC 08) zugeordnet. Insgesamt konnten in dieser Partition des Bereichs OuU im Jahr 2019 etwa 2,6 Millionen Fälle identifiziert werden. Das Abrechnungsvolumen für diese Fälle belief sich auf rund 13,5 Milliarden Euro.

In Tabelle 3 kann gezeigt werden, wie sich die vormals für eine Ambulantisierung entsprechend § 115 f SGB V relevanten wenig komplexen Behandlungsschwerpunkte auf diese experimentelle Zuordnung zu möglichen Leistungsgruppen anwenden lassen (Tab. 3).

Der DRG-Abrechnung wurde zusätzlich eine Auswertung des Honorarvolumens aus dem Bereich ambulanter Operationen nach § 115 b SGB V hinzugerechnet. Nicht für alle DRGs konnte diese Erhebung aus Zahlen der AOK Baden-Württemberg bereits initial geleistet werden. Die vorliegenden Zahlen für die relevanten OPS ergeben aber insge-

---

1: Eine Gesamtveröffentlichung der Daten kann auf den Seiten des Wiesbaden Institute of Healthcare Economics and Patient Safety (WiHelP), dass die Evaluation wissenschaftlich begleitet hat, angefragt werden.

LEISTUNGSGRUPPEN	SPEZIFIKATION	FÄLLE (2019)	SUMME HONORARVOLUMEN
Endoprothetik	Endoprothetik primär	361.644	2.635.667.262,56 €
	Revisionsendoprothetik	48.674	667.311.050,75 €
Extremitäten	Ex_einfach	24.882	115.051.035,90 €
	Ex_komplex	17.874	342.052.718,89 €
	Ex_Tumor	30.499	118.022.100,47 €
	Fuß	102.316	387.693.022,88 €
Gelenke	Gelenke_einfach	169.656	586.464.888,90 €
	Gelenke_konservativ	58.501	124.627.834,97 €
	Schulter	138.629	610.033.706,57 €
Hand	Hand_Gesamt	79.902	284.216.171,02 €
Kinder	Kinderorthopädie	3.900	23.353.554,38 €
	Kindertrauma	2.546	6.635.819,88 €
Ohne eind. Zuordnung	o.e.Z.	21.171	167.695.536,25 €
Reha	Reha geriatrisch	122.384	1.067.187.760,08 €
	Sonstig geriatrisch	661	168.083,95 €
Rheuma	Rheuma konservativ	67.536	171.839.338,90 €
Rückenschmerz kons.	Multimodale Schmerztherapie	41.987	196.063.204,92 €
	Schmerztherapie	82.531	89.573.103,63 €
Sonstiges	Sonstige	84.132	385.728.766,65 €
Traumatologie	Fraktur konservativ	404.537	834.042.114,84 €
	Metallentfernung	143.405	448.942.500,33 €
	Osteosynthese einfach	285.838	1.689.243.320,18 €
	Osteosynthese komplex	21.374	229.427.660,05 €
	Polytrauma	14.756	322.168.476,01 €
Wirbelsäule	WS_konservativ_einfach	20.621	98.464.453,68 €
	WS_Operation einfach	168.006	782.864.574,30 €
	WS_Operation komplex	95.226	1.203.800.401,40 €
Gesamtergebnis		2.613.188	13.588.338.462,34 €

Tab. 2: Leistungsgruppen Wiesbadener-Modell.

DRG	Leistungsgruppe	Unterkategorie	Fälle (2019)	DRG Erlöse (2019)	Honorarvolumen	AOP Fälle (2019)	Honorarsumme inkl. Sach-/ Implantat-kosten (2019)
I16C	Gelenke	Schulter	12.785	2.676,45 €	34.218.413,25 €	2.055	2.609.201,19 €
I18B	Gelenke	Gelenke_einfach	41.411	2.275,87 €	94.246.052,57 €	35.155	28.648.877,34 €
I20F	Extremitäten	Fuß	46.463	3.080,58 €	143.132.988,54 €	21.892	11.224.443,59 €
I23C	Traumatologie	Metallentfernung	13.481	2.201,43 €	29.677.477,83 €	65.285	28.379.842,64 €
I24B	Gelenke	Gelenke_einfach	27.414	2.197,88 €	60.252.682,32 €	70.538	40.654.039,65 €
I29B	Gelenke	Schulter	33.217	3.966,82 €	131.764.537,67 €	685	1.030.586,58 €
I29B	Traumatologie	Osteosynthese einfach	16.608	3.966,82 €	65.882.268,83 €		
I29C	Gelenke	Schulter	23.580	3.520,16 €	83.005.372,80 €	82	164.959,85 €
I30B	Gelenke	Gelenke_einfach	47.403	3.888,83 €	184.342.208,49 €		
I30C	Gelenke	Gelenke_einfach	2.213	3.825,02 €	8.464.769,26 €		
SUMME			**264.575**	**31.599,86 €**	**834.986.771,56 €**		**112.711.950,84 €**

Tab. 3: Experimentelle Zuordnung zu möglichen Leistungsgruppen.

samt einen Überblick, welches Honorarvolumen perspektivisch alleine über den Bereich ambulanter Operationen und Eingriffe in einem Level Ii zu verorten sein könnte.

Basierend auf den Vor-Corona-Fallzahlen sowie den Abrechnungsvolumina aus dem Jahr 2019 (Quelle InEK-Datenbrowser) ist im Bereich ambulanter Operationen allein für Orthopädie und Unfallchirurgie auf Grundlage der vorliegenden Analyse grundsätzlich ein Potenzial von 950 Millionen Euro zu verorten (2). Die damit verbundenen Leistungen sollten unter der Prämisse, im internationalen Vergleich im Rahmen ambulanter Operationsverfahren anschlussfähig zu werden, zukünftig nicht mehr in Krankenhäusern höherer Versorgungsstufen erbracht werden.

Fazit

Nachhaltige Versorgungsstrukturen schaffen durch starke Verbindung des Krankenhaus-Level Ii und sektorengleiche Versorgung und Vergütung.

Auch wenn die geplanten Krankenhauslevel unter aktuellen Gesichtspunkten wahrscheinlich nicht zum Tragen kommen, kann folgende Grafik (vgl. Abb. 1) dennoch eine Gesamtschau darstellen, wie Bereiche ambulanter Leistungen konkret in den neuen Versorgungskontext eingeordnet werden können.

Der Sektor Ii ambulant-stationärer Versorgungsstrukturen (sektorenübergreifende Versorger) hat großes Potenzial, sehr effiziente und qualitativ hochwertige Versorgung zu verorten. Über bereits bestehende, prozessoptimiert arbeitende ambulante Operationszentren hinaus kann die Ebene Ii in der Lage sein, das Angebot ambulanter Operationen auszuweiten und zu professionalisieren.

Um eine neue Struktur (Abb. 1) entsprechend anzureizen, sind Investitionen in den Bereich ambulanter Operationen notwendig. Zum jetzigen Zeitpunkt herrscht weitestgehend Einigung darüber, dass ein Level sektorenübergreifender Versorgung in die Krankenhausreform integriert wird und dass diesem Level ein nicht unerheblicher Teil an Krankenhäusern angehören wird. Diese Krankenhäuser werden perspektivisch einen bedeutenden, die Primärversorgung ergänzenden Beitrag zur Versorgung von Patientinnen und Patienten in der Fläche leisten können.

Aus der vorliegenden Analyse lässt sich ableiten, dass gerade die Krankenhäuser der niedrigsten Versorgungsstufe im Fachgebiet der Orthopädie und Unfallchirurgie bereits ein Umsatzvorlumen verorten, das interne Umstrukturierungsmaßhaben möglich und lohnend macht. Voraussetzung hierfür ist, dass der Verordnungsgeber sowie die Selbstverwaltungspartner eine sektorengleiche Vergütung in adäquater Höhe verorten. Ein erhebliches Versorgungs- und Umsatzpotenzial ist auch z. B. in der Kardiologie oder auf dem Feld der Gefäß- oder der plastischen Chirurgie

---

2: Bisher zusätzlich verortete Hernieneingriffe wurden zunächst nicht berücksichtigt, umfassen aber zusätzlich erhebliches Honorarvolumen im sektorenübergreifenden Bereich.

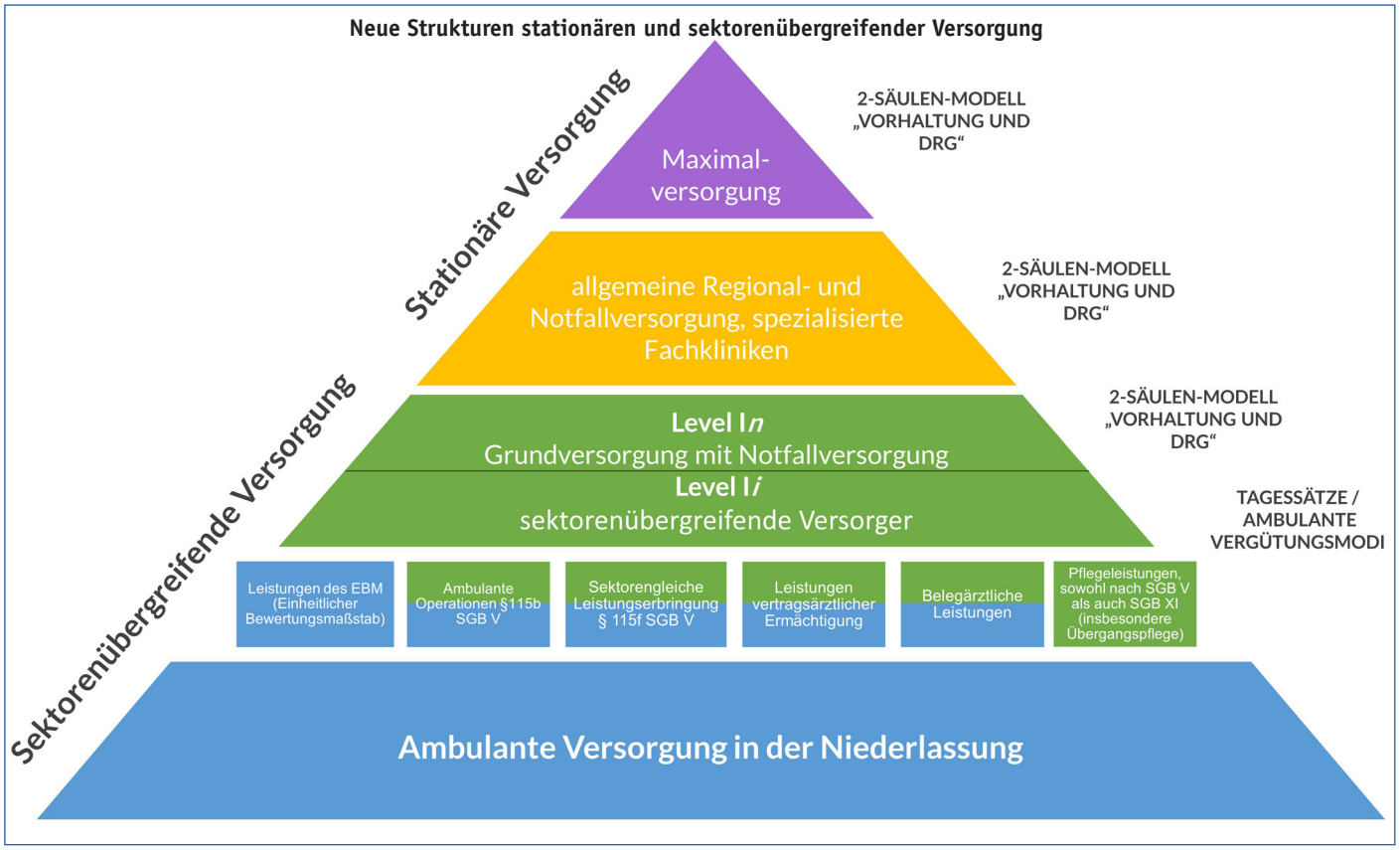


Abb.1: Neue Strukturen stationärer und sektorenübergreifender Versorgung (eigene Darstellung).

wahrscheinlich.

Für die Weiterentwicklung ambulanter Operationen können die bestehende Ausstattung und Personalressourcen der Häuser, die sektorenübergreifende Versorgung erbringen sollen, genutzt werden, um endlich Anschluss an die internationale Entwicklung in der Ambulantisierung der Versorgung zu erlangen.

Es wäre mit Blick auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten aber auch ökonomisch fatal, aufgrund vorteilhaft erscheinender Vergütungsformen oder aus anderen, z. B. kommunalpolitischen Gesichtspunkten höhere Level der geplanten Krankenhausstrukturierung für bestehende Krankenhäuser zu erzwingen. Es wird Krankenhäuser geben, die mit bestehendem Leistungsspektrum für höhere Versorgungsstufen wohlweislich nicht mehr vorgesehen sein werden.

Gerade die Häuser der integrierten ambulant-stationären Versorgung (Level Ii) haben in einer alternden Gesellschaft langfristig hohes Versorgungspotenzial verbunden mit einem erfolgversprechenden Umsatzvolumen sowie der Möglichkeit, die vorhandenen Ressourcen zielgerichteter einzusetzen. Ein essenzieller Vorteil für die Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems als Ganzes. <<

Literatur

Ärzteblatt (2023): Vorsitzender der Gesundheitsministerkonferenz Lucha gegen Klinikranking. In https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/144329/Vorsitzender-der-Gesundheitsministerkonferenz-Lucha-gegen-Klinikranking (abgerufen am 04.07.2023)
Ärzteblatt (2023a): Krankenhausreform: Einteilung in Level ohne rechtliche Verbindlichkeit. In https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/144187/Krankenhausreform-Einteilung-in-Level-ohne-rechtliche-Verbindlichkeit (abgerufen am 30.06.2023)
Arnegger, A./Hagenlocher, J./Herberg, A./Lembeck, B./ Betsch, K (2022): Analyse und Einführung einer sektorengleichen Versorgung und Vergütung in Orthopädie und Unfallchirurgie. WIFIN Working Paper 15/2022
Arnegger, A./ Lembeck, B./ Herberg, A. (2023): Ambulantisierung: SV-Pauschale folgt auf DRG. In https://www.bibliomedmanager.de/fw/artikel/ambulantisierung-aop-katalog-orthopaedie-unfallchirurgie-tagespauschale-drg (abgerufen am 29.06.2023)
Bundesministerium für Gesundheit (2019): Ratgeber Krankenhaus. In https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Ratgeber_Krankenhaus_0619.pdf (abgerufen am 29.06.2023)
Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2023): Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung. In https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf (abgerufen am 29.06.2023)
Simon, B./ Navarro, R./ Reddy, N. C./ et al. (2023): Patient Pathway Comparison for Total HipReplacement in the United States and Germany – Why the Payment Model Matters. NEJM CATALYST INNOVATIONS IN CARE DELIVERY, 4, 6: 1-25
Schreyögg, J./ Milstein, R. (2021): Identifizierung einer initialen Auswahl von Leistungsbereichen für eine sektorengleiche Vergütung. In https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Expertise_sektorengleiche_Verguetung.pdf (abgerufen am 15.07.2023)

The Future of Cross-Sectoral Care: The Potential of the Hospital Reform for Outpatient Surgeries and Interventions

The so-called Level "Ii" of cross-sectoral care in the planned hospital reform and the health policy process regarding sectoral care and remuneration in accordance with § 115 f SGB V should play a key role in the current health policy discussion. Consistent integration of both areas is essential in order to efficiently organize the area of sector-equivalent care at an international level. Hence, it is crucial to define a clear and delimited selection of health service areas for this sector and to use the already existing hospital structures for this purpose in a meaningful way. The present article identifies the potential of Level Ii for the further development of the area of outpatient surgery.

Keywords

Hospital Reform, Cross-Sectoral Care, § 115 f SGB V, Remuneration Reform, Integrated Care, Outpatient Surgery

Autorenerklärung

Die Autor:innen erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Zitationshinweis

Arnegger et al.: „Die Zukunft sektorenübergreifender Versorgung: Das Potenzial der Krankenhausreform für ambulante Operationen und Eingriffe", in: „Monitor Versorgungsforschung" (05/23), S. 57–62. http://doi.org/10.24945/MVF.05.23.1866-0533.2547

Prof. Dr. Silke Arnegger ORCID: 0009-0009-1964-6489
absolvierte in Stuttgart-Hohenheim ein Studium der Wirtschaftswissenschaften. Danach war sie für einen großen deutschen Ärzteverbund für niedergelassene Ärzt:innen tätig. Tätigkeitsschwerpunkt waren insbesondere Selektivverträge im ambulanten Versorgungsbereich. Sie ist Professorin für Gesundheitsökonomie an der Wiesbaden Business School (WBS) der Hochschule RheinMain.
Kontakt: Silke.Arnegger@hs-rm.de



Jana Hagenlocher BSc ORCID: 0009-0006-6179-7430
ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Wiesbaden Business School (WBS) und Masterstudentin im Bereich Gesundheitsmanagement an der Hochschule Aalen. Das Bachelorstudium absolvierte sie in Gesundheitsökonomie in Wiesbaden.
Kontakt: Jana.Hagenlocher@hs-rm.de



Ariane Herberg BSc ORCID: 0009-0001-4269-8916
studierte Gesundheitsökonomie an der Wiesbaden Business School und machte dort ihren Bachelorabschluss. Sie ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Wiesbaden Business School (WBS).
Kontakt: Ariane.Herberg@hs-rm.de



Dr. med. Burkhard Lembeck
studierte in Münster Medizin. Nach diversen klinischen Tätigkeiten und Auslandsaufenthalten ist er seit 2015 niedergelassener Arzt für Orthopädie und Unfallchirurgie in einer Gemeinschaftspraxis in Ostfildern und in der Filderklinik Ostfildern operativ tätig . Berufspolitisch engagiert er sich als Präsident des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), als Vertreter in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sowie als Mitglied in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW).
Kontakt: Burkhard.Lembeck@bvou.net

