hche | Hamburg Center for Health Economics

Interdisziplinäre Forschung für Effizienz und Qualität im Gesundheitswesen

Identifizierung einer initialen Auswahl von Leistungsbereichen für eine sektorengleiche Vergütung

im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Hamburg, 26. März 2021

Autoren
Prof. Dr. Jonas Schreyögg
Jonas.Schreyoegg@uni-hamburg.de
T +49 40 42838-8040

Dr. Ricarda Milstein
Ricarda.Milstein@uni-hamburg.de
T +49 40 42838-8047

Universität Hamburg
Hamburg Center for Health Economics
Esplanade 36
20354 Hamburg

Kurzfassung

Eine Reihe von Leistungen eignen sich für die *sektorengleiche Leistungserbringung*. Diese Leistungen können sowohl von Krankenhäusern, als auch von niedergelassenen Ärzt:innen erbracht werden. Deutschland hat eine Öffnung der Sektoren für eine bedarfsgerechte Leistungserbringung bereits 1992 mit der Einführung des ambulanten Operierens eingeleitet und 2004 um stationsersetzende Leistungen erweitert. Dennoch bleibt der Anteil des ambulanten Sektors an der sektorengleichen Leistungserbringung deutlich hinter dem in anderen Ländern zurück. Ursächlich hierfür ist eine finanzielle Besserstellung der stationären gegenüber der ambulanten Leistungserbringung.

Viele OECD-Länder haben in den letzten zwei Jahrzehnten finanzielle Anreize eingeführt, um den ambulanten Anteil sektorengleich erbringbarer Leistungen zu stärken. Sie starteten oftmals mit einer Auswahl an Leistungsbereichen, die sukzessive erweitert wurde. Als Kriterien für die initiale Auswahl der Leistungsbereiche zogen sie eine Kombination aus hohem Fallzahlvolumen, geringem Schweregrad und kurzen Verweildauern heran. Im Folgenden erweiterten sie ihre Liste schrittweise, beispielsweise indem sie den nächsthöheren Schweregrad hinzuzogen oder die zu inkludierende Verweildauergrenze erweiterten. Dieser Ansatz kann Deutschland als Orientierung dienen und wurde im Rahmen dieses Gutachtens repliziert. Dabei wurden Leistungsbereiche ausgewählt, die Teil des AOP Katalogs sind, eine geringe Verweildauer aufweisen und durch ein hohes stationäres Fallzahlvolumen charakterisiert sind. Auf Basis dieser Auswahlkriterien konnten 30 Leistungsbereiche ausgewählt werden. Sie verfügen über ein Gesamtvolumen von rund 2,9 Millionen Fällen mit einer Verweildauer von ein bis drei Tagen, davon knapp 1,4 Millionen mit einer Verweildauer von einem Tag. Für diese Leistungsbereiche könnten in Deutschland sektorengleiche Pauschalen implementiert werden.

Bei der Implementierung einer sektorengleichen Vergütung ist darüber hinaus zu entscheiden, wie die Anreizstruktur der Vergütung ausgestaltet werden soll. Dabei kann in Option 1 der Ressourcenverzehr des jeweiligen Settings berücksichtigt werden, wodurch die Vergütung für ambulante Leistungen deutlich unter jener für stationäre Leistungen angesetzt wird. In Option 2 erfolgt eine Gleichsetzung der ambulanten und stationären Leistungserbringung, die zu einer Überdeckung der ambulanten und einer Unterdeckung der stationären Leistungserbringung führt und damit einen Anreiz zur Leistungsverlagerung darstellt. In Option 3 erfolgt eine politische Preissetzung, in welcher der Preis für die ambulante Leistungserbringung sogar *über* jener für die stationäre Leistungserbringung liegt. Dies intensiviert die Anreizwirkung des vorherigen Ansatzes. Deutschland muss sich bei der Wahl der Option zwischen der Stärke des Anreizes auf der einen, und dem finanziellen Ressourcenaufwand auf der anderen Seite entscheiden.

Inhalt

Kurzfassung 2
1. Einleitung 4
2. Ansätze zur Identifizierung sektorengleicher Leistungen 6
   2.1. Erfahrungen anderer Länder 6
   2.2. Methodik 14
3. Ansätze zur Weiterentwicklung der Vergütung 19
   3.1. Erfahrungen anderer Länder 19
   3.2. Empfehlungen für Deutschland 23
4. Zusammenfassung und Ausblick 27
Literaturverzeichnis 28
Anhang 32

1. Einleitung

Dank des medizinischen Fortschritts lassen sich immer mehr Leistungen ambulant durchführen und zeigen dabei eine Gleichwertigkeit oder gar Überlegenheit gegenüber der stationären Behandlung (Friedlander et al. 2019; Chung et al. 1999). Die Narkose wird zunehmend schonender, die chirurgischen Eingriffe weniger invasiv und die Heilungsdauer kürzer. Während eine ambulante Leistungserbringung oftmals die Behandlung der Wahl darstellt, können bestimmte medizinische Parameter, beispielsweise ein fortgeschrittenes Alter, ein erhöhtes Komplikationsrisiko mit sich bringen und eine stationäre Behandlung nahelegen, beispielsweise um eine postoperative Kontrolle zu ermöglichen (Fleisher et al. 2004). Leistungsbereiche, die sich sowohl für eine Behandlung im ambulanten, als auch im stationären Sektor qualifizieren, gelten als *sektorengleich*. Die Wahl des Sektors innerhalb dieser Leistungsbereiche ist von der medizinischen Indikationsstellung und dem individuellen Risiko für Komplikationen abhängig.

Der Gesetzgeber hat auf diese Entwicklung erstmalig 1992 reagiert und das deutsche Gesundheitssystem an den medizinischen Forschungsstand angepasst. Mit der Schaffung des § 115b SGB V führte er einen gemeinsamen, *sektorengleichen* Leistungsbereich für ambulante Operationen ein (AOP-Vertrag), der sowohl von niedergelassenen Ärzt:innen als auch Krankenhäusern erbracht werden kann. Nicht mehr die Sektorengrenze, sondern vielmehr die Indikationsstellung und das individuelle Risiko für Komplikationen sollte darüber entscheiden, in welchem Umfeld der Patient behandelt wird. 2000 erweiterte der Gesetzgeber das Spektrum auf die stationsersetzende Leistungserbringung mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz und forcierte den Grundsatz *ambulant vor stationär*, der 2004 im AOP-Vertrag übernommen wurde. Für einen Teil der Prozeduren des AOP-Katalogs (Kategorie 1) gilt seitdem die umgekehrte Beweislast mit Allgemeinen Tatbeständen. In diesen Fällen ist eine Begründung für eine stationäre Einweisung anstelle einer ambulanten Behandlung notwendig.

Das Vergütungssystem folgt dem rechtlichen Rahmen bisher jedoch nur unzureichend. Im AOP-Katalog aufgeführte Leistungen werden über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab abgegolten (EBM), der finanziell als deutlich weniger attraktiv gilt als die stationäre Aufnahme und die entsprechende Vergütung mit einer korrespondierenden Fallpauschale (Friedrich und Tillmanns 2016). Andere Industrienationen sind der Möglichkeit der sektorengleichen Leistungserbringung auch in finanzieller Hinsicht gefolgt und fördern die Ambulantisierung von Leistungen durch Vergütungsanreize. Folglich ist der Anteil ambulant bzw. taggleich[1] durchgeführter Prozeduren in anderen OECD-Ländern teilweise deutlich

[1] Taggleich definiert im internationalen Kontext in der Regel einen Aufenthalt von weniger als 24h und ohne Übernachtung.

höher als in Deutschland. Neben der mangelnden finanziellen Kostendeckung hat sich ein teilweise nicht aktueller AOP-Katalog als zusätzliches Hemmnis herausgestellt. Hierdurch ist es Leistungserbringern nur bedingt möglich, der Intention des Gesetzgebers zu folgen und die Potentiale des sektorengleichen Leistungsbereichs auszuschöpfen. Auch der Sachverständigenrat Gesundheit bemängelt die fehlenden Anreize zur Ambulantisierung und spricht sich für die Einführung einer sektorenunabhängigen, leistungsspezifischen Pauschalvergütung an der Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Sektor aus (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018).

Andere Industrienationen sahen sich bei der Einführung des sektorengleichen Leistungsbereichs und der Förderung der Ambulantisierung der Leistungserbringung mit ähnlichen Herausforderungen konfrontiert. Sie bieten Deutschland eine Orientierung, welche Gestaltungsoptionen für eine Unterstützung der sektorengleichen Leistungserbringung vorliegen, und wie sich Leistungsbereiche hierfür qualifizieren können.

Die vorliegende Expertise verfolgt das Ziel, eine methodische Vorgehensweise aufzuzeigen, wie der schnelle Einstieg in eine sektorengleiche Vergütung in Deutschland erfolgen kann. Auftrag des Gutachtens ist es, die fallzahlstärksten 30 Leistungsbereiche zu ermitteln, für die eine solche sektorengleiche Vergütung initial gelten können. Die vorliegende Expertise ersetzt damit nicht andere laufende Gutachten beziehungsweise Projekte, die einen umfassenderen Anspruch haben und sich mit der Weiterentwicklung des Katalogs ambulantisierbarer Leistungen (MDK-Gutachten gemäß § 115b Abs. 1a SGB V) oder mit der generellen Entwicklung einer einheitlichen sektorengleichen Vergütung über alle Leistungsbereiche hinweg (Projekt „Einheitliche, Sektorengleiche Vergütung“ (ESV) im Rahmen des Innovationsfonds) beschäftigen. Deutschland folgt mit diesem Ansatz dem Beispiel anderer Länder, wie England, die ebenfalls initial eine Auswahl fallzahlstarker Leistungen für eine sektorengleiche Vergütung definiert haben.

Die vorliegende Expertise ist wie folgt aufgebaut: Zunächst wird eine Übersicht zur methodischen Identifizierung von geeigneten Leistungsbereichen für eine sektorengleiche Leistungserbringung in anderen Ländern gegeben. Darauf aufbauend wird ein Vorschlag für eine mögliche Auswahl der fallzahlstärksten sektorengleichen Leistungen in Deutschland präsentiert. Anschließend werden Ansätze diskutiert, wie diese fallstärksten sektorengleichen Leistungen vergütet werden können. Diese unterscheiden sich sowohl hinsichtlich der Anreize des Ansatzes, als auch in dem dafür notwendigen finanziellen Aufwand. Eine Zusammenfassung rundet diese Expertise ab.

2. Ansätze zur Identifizierung sektorengleicher Leistungen

2.1. Erfahrungen anderer Länder

Deutschland hat das Potential der sektorengleichen Leistungserbringung etwa zeitgleich zu anderen Industrienationen erkannt. International wurde das in der Mitte des letzten Jahrhunderts in dem Vereinigten Königreich und den Vereinigten Staaten begonnene ambulante Operieren Anfang der 1990er stärker gesetzlich verankert und bewusst als gesundheitspolitische Strategie eingesetzt (Farquharson 1955; Ruckley et al. 1973; Cohen und Dillon 1966; Caridis und Matheson 1964). England definierte 1990 beispielsweise landesweite Zielvorgaben für 20 ausgewählte Leistungsbereiche und unterstützte den Aufbau von Einheiten für tageschirurgische Eingriffe. Frankreich schuf ab 1991 einen gesetzlichen Rahmen, indem es strukturelle und personelle Vorgaben für die Durchführung ambulanter Eingriffe festlegte. Deutschland folgte ein Jahr später mit der Schaffung des § 115b SGB V und beauftragte die Selbstverwaltung mit der Definition der Rahmenbedingungen und der Erstellung eines Kataloges für ambulante Eingriffe. Mit Hilfe der Einführung des ambulanten Operierens, beziehungsweise der Reduzierung der Verweildauer auf unter 24 Stunden, wollten die Länder die Krankenhauseffizienz erhöhen, Kosten senken und Wartezeiten abbauen, ohne Kompromisse bei der Qualität eingehen zu müssen. Damit folgten die Länder derselben Motivation, wie bei der Einführung des stationären Fallpauschalensystems (Sosial- og helsedepartementet 1996; Averill et al. 1993). Trotz der ähnlichen Ausgangszeitpunkte hat sich die Intensität, mit der Industrienationen dieses Instrument umgesetzt haben, sehr unterschiedlich entwickelt (Vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Gesamtzahl der Eingriffe pro 100 000 Einwohner und der Anteil vollstationär durchgeführter Eingriffe in ausgewählten OECD-Ländern (2018).

Leistung	Cholezystek-tomie		Hernie		Katarakt		Partielle Exzision der Mamma		Tonsillektomie	
Anteil	Fälle / 100.000	Voll-st. %	Fälle / 100.000	Voll-st. %	Fälle / 100.000	Voll-st. %	Fälle / 100.000[1]	Voll-st. %	Fälle / 100.000	Voll-st. %
Dänem.	141	44,1	181	13,4	994	0,7	173	96,4	72	42,0
Deutsch.	240	100	210	99,7	1 049	17,3	191	99,7	110	95,1
Frankr.	193	62,4	235	32,0	1 342	5,3	204	46,7	87	67,2
Großbr.	136	52,7	124	26,2	781	1,0	153	23,3	84	39,5
Norw.	123	62,4	118	28,3	382	3,8	164	38,8	157	33,6
Österr.	213	99,7	277	94,4	1 360	13,5	192	96,4	83	99,5
Schweiz	200	95,6	263	76,5	405	12,4	187	93,1	104	85,6

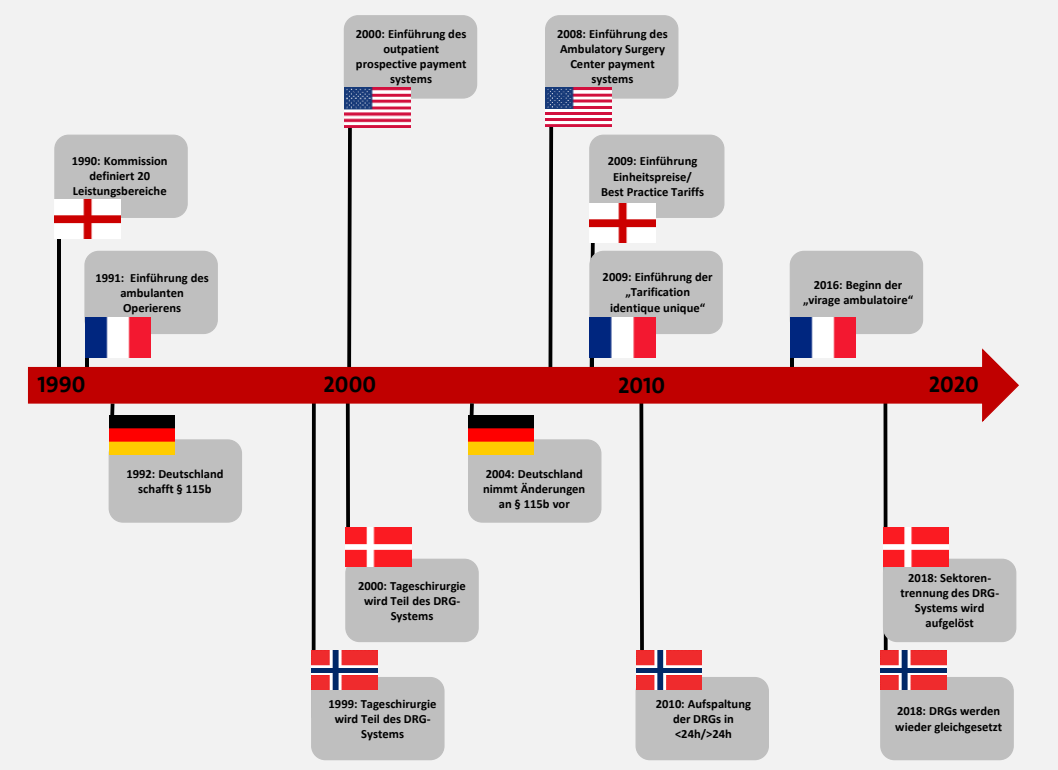
[1]: Nur Frauen; [2] Vollst. % = Anteil vollstationärer Fälle an allen Fällen.

Quelle: OECD 2020.

Während Deutschland, England und Frankreich zu Beginn der 1990er etwa zeitgleich einen Rahmen für die ambulante Leistungserbringung sektorengleicher Leistungen schufen, begannen letztere beide Länder, sowie Norwegen, Dänemark und die

Vereinigten Staaten zudem mit dem Aufbau finanzieller Rahmenbedingungen (Vgl. Abbildung 1). Norwegen und Dänemark integrierten ambulante beziehungsweise taggleiche Eingriffe von vorneherein in ihr Fallpauschalensystem und schufen einen gemeinsamen, sektorengleichen Leistungsbereich mit einheitlicher Vergütung. Frankreich und England stießen 2009 nach einer Phase des Experimentierens mit finanziellen Anreizen und nationalen Förderprogrammen hinzu. Die Vereinigten Staaten wählten einen Sonderweg und schufen 2000 ein eigenes Vergütungssystem für ambulante Eingriffe, sowie 2008 eine Unterform für ambulante Operationszentren. Zur Identifizierung potentieller sektorengleicher Leistungen wählten sie unterschiedliche Herangehensweisen.

Abbildung 1: Meilensteine der Ambulantisierung in ausgewählten OECD-Ländern



Quelle: Darstellung der Autor:innen.

In **England** fokussiert sich die Aufmerksamkeit weniger auf den Ort der Leistungserbringung, sondern vielmehr auf die Dauer der Prozedur. Es strebt grundsätzlich eine Verkürzung auf Tagesfälle, bei denen die Aufnahme und Entlassung taggleich erfolgen, an. Die chirurgische Fachgesellschaft, das *Royal College of Surgeons*, plante im Jahre 1985 eine Erhöhung des taggleichen Anteils auf 50 % aller elektiven Eingriffe. Die regionalen Planungseinheiten (Regional Authorities) setzten sich damals das Ziel einer Erhöhung des ambulanten Anteils auf 20 % aller operativen Eingriffe (Haworth und Balarajan 1987). Eine Audit Commission legte 1990 eine Liste 20 sektorengleicher Leistungen für taggleiche Eingriffe fest (Siehe Box 1) und erweiterte diese 2001 auf 25 Leistungen. Ausschlaggebende Kriterien waren ihre medizinische Durchführbarkeit auf Basis der 1985

herausgegebenen Empfehlungen des Royal College of Surgeons und einer Umfrage unter Chirurgen und Anästhesisten (Gabbay und Francis 1988), ihr Volumen, sowie ihre bisher überwiegende stationäre Leistungserbringung. Hierdurch sollten Wartezeiten und Kosten gesenkt sowie die Effizienz gesteigert werden. Die Audit Commission ging dabei davon aus, dass bei konstanten Leistungsausgaben für diese 20 Leistungsbereiche zusätzlich 186 000 Fälle erbracht werden können (Audit Commission 1990). Mit einer Anschubfinanzierung von 15 Millionen Britischen Pfund (ca. 16,8 Millionen Euro) wurden landesweit chirurgische Zentren für taggleiche Eingriffe aufgebaut (Appleby 2015). Anfangs war es das Ziel, den Anteil taggleicher Fälle in den ausgewählten Leistungsbereichen auf 40 % zu erhöhen. Dieses Ziel wurde sukzessiv in den folgenden Jahrzehnten nach oben korrigiert: 1994 wurde es beispielsweise auf 60 % erhöht und 2001 wiederum auf 75 % angehoben (Department of Health 2000, 2002).

Box 1: Leistungsbereiche für ambulante (taggleiche) Prozeduren	
1. Ingural hernia repair	11. Orchidopexy
2. Excision of breast lump	12. Cataract extraction, with/-out implant
3. Anal fissure dilatation or excision	13. Correction of squint
4. Varicose vein stripping or ligation	14. Myringotomy, with/-out insertion of grommets
5. Cystoscopy, diagnostic and operative	15. Sub mucous resection
6. Circumcision	16. Reduction of nasal fracture
7. Excision of Dupuytren's contracture	17. Operation for bat ears
8. Carpal tunnel decompression	18. Dilatation and curettage
9. Arthroscopy, diagnostic and operative	19. Laparoscopy, with/-out sterilization
10. Excision of ganglion	20. Termination of pregnancy

Quelle: Audit Commission 1990.

Knapp ein Jahrzehnt später initiierte das Gesundheitsministerium in Zusammenarbeit mit der Britischen Fachgesellschaft für Tagesschirurgie (British Association of Day Surgery (BADS)) leistungsbezogene finanzielle Anreize für Leistungserbringer, die eine Auswahl von Prozeduren als taggleiche Prozedur durchführten. Zum einen wurde die Durchführung taggleicher (ambulanter) Fälle mit stationären Fällen für dieselbe Prozedur auf eine finanzielle Stufe gestellt. Zum anderen wurden für eine Auswahl von Prozeduren zudem zusätzliche Anreize von durchschnittlich 10 Prozent oberhalb derselben Vergütung eines regelhaften stationären Falles eingeführt (Department of Health 2007a, 2007b). Ambulante Fälle erzielten fortan für dieselbe Leistung eine höhere Vergütung als stationäre Fälle. Die besondere Form der Incentivierung begann 2010 mit zwei Leistungsbereichen (Katarakt und Cholezystektomie) und wurde in den folgenden Jahren auf 32 Leistungsbereiche erweitert. Die ausschlaggebenden Kriterien für die Auswahl sind jeweils ein hohes Ambulantisierungspotential, sowie eine hohe Heterogenität der

Leistungserbringung, bei welcher der Ambulantisierungsgrad in Abhängigkeit des Leistungsbereichs und der Region stark schwankt (NHS England und NHS Improvement 2019).

Frankreich begann seine Ambulantisierungsstrategie 1991/2 etwa zeitgleich zu Deutschland als kostengünstigere Alternative zum vollstationären Krankenhausaufenthalt, wenngleich die Verlagerung aufgrund ökonomischer, organisatorischer und kultureller Hindernisse zunächst schleppend anlief (Mahieu und Raffy-Pihan 1998)[2]. Ausgehend von einem ambulanten Anteil von rund 20 % an der operativen und geburtshilflichen Leistungserbringung hat Frankreich seit den 1990ern seine Zielvorgaben regelmäßig nach oben korrigiert und visiert für 2022 eine Quote von 70 % an (Bert et al. 2014; Cazenave-Lacroutz und Yilmaz 2019; Cour des comptes 2018). Die Verlagerung von Krankenhausleistungen in den ambulanten Bereich ist derzeit Teil einer grundsätzlichen Verlagerungsstrategie zur Kostendämpfung, der « virage ambulatoire », welche Kernstück des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes von 2016 [3] ist und neben der Verlagerung der chirurgischen Leistungserbringung unter anderem eine Senkung der durchschnittlichen Verweildauer, der Wiedereinweisungsraten, eine stärkere Betreuung zu Hause und eine Senkung medizinisch nicht notwendiger Prozeduren vorsieht[4] (Cour des comptes 2018).

2009 hat Frankreich begonnen, innerhalb seines Fallpauschalensystems einen sektorengleichen Leistungsbereich zu schaffen, in dem die ambulante und stationäre Behandlung mit einem einheitlichen Satz, der « tarification unique » vergütet wird. Das französische Fallpauschalensystem wurde 1986 zunächst zur Erfassung des Leistungsgeschehens aufgebaut[5]. Mit der ersten Modifikation wurde eine eigene medizinische Kategorie (Catégorie majeure (CM) 24) geschaffen, die zunächst Fälle unter 24h, später Fälle mit bis zu zwei Tagen umfasste (Ministère des solidarités et de la santé 2020).

Nach einer Pilotphase wurde das Fallpauschalensystem analog zu Deutschland 2004/5 zum landesweit gültigen Vergütungssystem des stationären Sektors. Eine grundlegende Überarbeitung des Fallpauschalenkatalogs 2009 löste die Kategorie

[2] Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière; décret n° 92-1101 du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du code de la santé publique; arrêté du 7 janvier 1993 relatif aux caractéristiques du secteur opératoire mentionné à l'article D. 712-31 du code de la santé publique pour les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire visées à l'article R. 712-2-1 (b), de ce même code; décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique.

[3] Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

[4] Circulaire DGOS/R1 n° 2015-140 du 22 avril 2015 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2015 des établissements de santé

[5] Circulaire N° 160 du 5 août 1986 relative à la diffusion de la classification des groupes homogènes de malades (G.H.M.).

CM 24 auf, und strukturierte die Ambulantisierung neu. An ihre Stelle trat die Einführung der Tagespauschale « J » (zero jour/sans nuitée), bei einigen Leistungen die Pauschalen für Kurzlieger « T » (très courte durée) für bis zu zwei Tage, sowie die Einführung einer Unterteilung von Fallpauschalen in vier Kategorien, von einem leichten Schweregrad 1 ohne Komplikationen bis hin zu medizinisch hoch komplexen Fällen 4 (Ministère de la santé et des sports 2009)[6] (Vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Fallpauschalenunterteilung der Eingriffe an der Hernie (> 17 Jahre), Vergütung 2020 und Fallzahlen 2019

DRG	Beschreibung	Obere Verweil-dauergrenze	Vergütung in €	Zuschlag Extrem-kosten	Gesamte Fallzahl 2019	Durchschn. Verweil-dauer 2019
06C124	Wiederherstellende Eingriffe an Inguinal- oder Femoralhernie, Alter >17, Niveau 4	41	7 083,20	388,68	588 (0,5 %)	13,06
06C123	Wiederherstellende Eingriffe an Inguinal- oder Femoralhernie, Alter >17, Niveau 3	14	3 905,95	117,68	1 500 (1,2 %)	7,01
06C122	Wiederherstellende Eingriffe an Inguinal - oder Femoralhernie, Alter >17, Niveau 2	8	2 685,91	133,25	3 808 (3,0 %)	4,20
06C124 1	Wiederherstellende Eingriffe an Inguinal- oder Femoralhernie, Alter >17, Niveau 1	3	1 510,65	146,65	30 005 (24,0 %)	1,53
06C124J	Wiederherstellende Eingriffe an Inguinal- oder Femoralhernie, Alter >17, ambulant	-	1 510,65		89 106 (71,3 %)	-

Quellen: ScanSanté 2020; Agence technique de l'information sur l'hospitalisation 2020.
Hinweis: Die Kategorie « T » liegt bei dieser DRG nicht vor.

Mit der Neukategorisierung ging die Schaffung der « tarification unique » einher (Hirtzlin 2013; Cour des comptes 2018). Sie begann mit der Gleichsetzung der ambulanten und stationären Vergütung für sektorengleiche Leistungen für zunächst 18 Bereiche, die sukzessive erweitert wurde und 2014 auf alle Kombinationsformen von Fallpauschalen der Kategorie J und stationären Behandlungen des Schweregrades 1 (zu dem Zeitpunkt 111 Kombinationen) ausgedehnt wurde (Bert et al. 2014) (Siehe beispielhaft Tabelle 2). Derzeit wird die Verschmelzung von Fallpauschalen und die Reduzierung der Verweildauer weiter vorangetrieben und auf Leistungsbereiche jenseits der Chirurgie erweitert. Dafür werden die durchschnittlichen Verweildauern abgesenkt[7], Kurzlieger und stationäre

[6] Circulaire n° DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2009/78 du 17 mars 2009 relative à la campagne tarifaire 2009 des établissements de santé.
[7] Vgl. z.B. Circulaire DGOS/R1 n° 2015-140 du 22 avril 2015 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2015 des établissements de santé

Aufenthalte zu einem Einheitstarif verschmolzen, und die « tarification unique » auf medizinische Leistungen ausgedehnt, die 2019 eine Zahl von 26 Fallpauschalen zusätzlich zu den chirurgischen umfassen (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation 2019).

Die Abschaffung der Abschläge für Kurzlieger für Fallpauschalen mit geringen durchschnittlichen Verweildauern begann 2009/10 [89] (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation 2009, 2010), wurde 2014[10] auf alle chirurgischen Fallpauschalen des Schweregrads 1 ausgeweitet und in den Folgejahren zudem auf medizinische Schweregrade 2 und 3 ausgedehnt (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation 2019). Frankreich spaltete Fallpauschalen zudem in einen „Sockelbetrag“ und per-diem-Zuschläge auf[11]. Zusätzlich führte Frankreich 2008 für 5 Leistungsbereiche eine ex-ante Genehmigungsplicht der Krankenkasse (Mise Sous Accord Préalable, MSAP) ein[12], die Leistungserbringer einholen müssen, wenn diese Leistung stationär erbracht werden soll, und erweiterte diese Liste in den Folgejahren auf nunmehr 55 Leistungsbereiche mit insgesamt rund 240 Prozeduren (Assurance Maladie 2019). Diese Genehmigungspflicht betrifft derzeit Leistungserbringer, deren Ambulantisierungsrate unter dem nationalen Durchschnitt liegt. Die Verlagerung der chirurgischen Leistungserbringung aus dem stationären in den ambulanten Sektor gilt als überwiegend erfolgreich, während sie für internistische Leistungsbereiche als unzureichend kritisiert wird (Cour des comptes 2018).

Norwegen und **Dänemark** haben bei der Einführung ihrer Fallpauschalensysteme von vorne herein einen sektorengleichen Leistungsbereich definiert. Während Norwegen versucht, den Anreiz zur Ausweitung der ambulanten Leistungserbringung einerseits und eine korrekte Ressourcenabbildung andererseits auszubalancieren, verfolgt Dänemark konsequent die Ausweitung der ambulanten Leitungserbringung und hat sich zum Ende des letzten Jahrzehnts endgültig von einer Sektorentrennung verabschiedet.

Norwegen integrierte die taggleiche Leistungserbringung in der Chirurgie 1999 in sein Fallpauschalensystem. Zuvor wurde es als ambulante Leistung mittels der ambulanten Einzelleistungsvergütung (RTV) vergütet. Mit einer Vergütungsreform 1988 wurden bereits finanzielle Anreize für eine Ambulantisierung der Leistungserbringung, sowie der taggleichen Durchführung chirurgischer Eingriffe,

[8] Circulaire N° DHOS/F2/f3/F1/DSS/1A/2009/78 du 17 mars relative à la campagne tarifaire 2009 des établissements de santé.
[9] Circulaire DGOS/R1/DSS n° 2010-177 du 31 mai 2010 relative à la campagne tarifaire 2010 des établissements de santé.
[10] Circulaire N° DGOS/R1/2014/99 du 31 mars 2014 relative à la campagne tarifaire 2014 des établissements de santé.
[11] Circulaire DGOS/R1/DSS n° 2010-177 du 31 mai 2010 relative à la campagne tarifaire 2010 des établissements de santé.
[12] L’article 37 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2008.

geschaffen (Statens Forvaltningstjeneste 1996). Im Zuge der Einführung des Fallpauschalensystems 1997 wurde die taggleiche Chirurgie 1999 in das System integriert, um Wartezeiten zu reduzieren und die Effizienz des Systems zu erhöhen (Sosial- og helsedepartementet 1996; Hagen und Kaarbøe 2006). Dabei wurde ein einheitlicher Vergütungsbereich geschaffen, in dem chirurgische Eingriffe mit demselben Preis vergütet wurden und der einen bewussten Anreiz zur taggleichen Behandlung setzten sollte (Sosial- og helsedepartementet 1996; Statens Forvaltningstjeneste 2002). 2002 umfasste diese Liste 123 Prozeduren (Helsedepartementet 2001). Hierbei wurde die Fokussierung auf chirurgische Eingriffe und die geringe Berücksichtigung nicht-chirurgischer Leistungserbringung bereits bemängelt. 2007 folgte die Integration der restlichen Leistungserbringung der Polikliniken in das Fallpauschalensystem sowie die Ausweitung der taggleichen Behandlungsoption auf alle chirurgischen Eingriffe (Sosial- og helsedirektoratet 2007a). Als Folge der Umstrukturierung der Leistungserbringung und der begleitenden finanziellen Anreize stieg der Anteil der Tagesschirurgie von 20 bis 30 % in den 1990ern auf über 60 % in den 2000ern an.

Anschließend änderte Norwegen mehrfach seine Strategie in Bezug auf taggleiche Operationen. Die Überschreitung einer Quote von 60 % taggleichen Operationen Ende der 2000er war von der Sorge gekennzeichnet, die Finanzierung würde medizinisch leichte Patient:innen überproportional bevorzugen und zu vorschnellen Entlassungen führen (Sosial- og helsedirektoratet 2007b). Ebenso wurde die mangelnde Ressourcenabbildung kritisiert. Als Folge spaltete Norwegen seine Preise 2010 in tagesschirurgische und vollstationäre DRGs auf. Dies führte zu sinkenden Ambulantisierungsraten, was die Kritik aufbrachte, das Potential würde nicht ausgeschöpft (Kontroll- og konstitusjonskomiteen 2016; Lieng et al. 2013; Riksrevisjonen 2015). Als Konsequenz schuf Norwegen wieder finanzielle Anreize zur taggleichen Behandlung – zunächst 2016 mit einem Aufschlag von 10 %, sowie 2017 15 % auf die tageschirurgische DRG. Seit 2018 werden Teile der Leistungserbringung wieder gleichgesetzt (Helsedirektoratet 2019). Hierfür wurden Eingriffe mit hohem Volumen, großer Varianz im Anteil an Tagesoperationen und einer durchschnittlichen Verweildauer von bis zu 2 Tagen in den Fokus genommen (Helsedirektoratet 2017).

Dänemark führte im Jahre 2000 eine Variante des nordischen Fallpauschalensystems (NordDRGs) ein und startete seinen sektorengleichen Teilbereich der „gråzonetaksten“ (Grauzonentarife) mit 29 Fallpauschalen von damals insgesamt 495 Fallpauschalen im NordDRG-System. Dieser Teilbereich wurde mit einem einheitlichen Tarif vergütet, unabhängig davon, ob die Leistung ambulant oder stationär erbracht wurde. Dänemark passte sein Fallpauschalensystem zunehmend an seine eigenen, dänischen Bedürfnisse an (seit 2002 DkDRG). Als Teil dieser Modifizierung erweiterte es den Anteil besagter Grauzonentarife sukzessive bis 2017 auf 205 von insgesamt 743 Fallpauschalen

(Sundhedsdatastyrelsen 2016). Zu 2018 wurde die Trennung zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor nun aufgehoben (Sundhedsdatastyrelsen 2018). Damit verschmolzen die bisherigen Vergütungslogiken des dänischen Fallpauschalensystems (DkDRG) und des ambulanten Vergütungssystems (Dansk Ambulant Grupperings-System, DAGS). Die Existenz einer „Grauzone" ist damit hinfällig. Das aktuelle Fallpauschalensystem umfasst nun 959 DRGs (Sundhedsdatastyrelsen 2020).

Die **Vereinigten Staaten** führten im Jahre 2000 mit dem *outpatient prospective payment* system ein eigenes, unabhängiges Fallpauschalensystem für die ambulante Leistungserbringung von Krankenhäusern ein [13][14] , welches sein stationäres Pendant, das 1983 für Medicare und Medicaid eingeführte *inpatient prospective payment system*, ergänzte. Es kategorisiert Patient:innen analog zum stationären Fallpauschalensystem in Ambulatory Patient Groups, und wurde entwickelt, um die Probleme der Vielzahl an vorangehenden Klassifizierungssystemen zu überwinden, darunter die upcoding-anfälligen Ambulatory Visit Groups, die unvollständigen Diagnosis clusters und die klinisch wenig aussagekräftigen Ambulatory surgical center categories (Averill et al. 1993; Fetter et al. 1984). Im Gegensatz zu dem diagnosebasierten stationären Fallpauschalensystem klassifizieren ihre ambulanten Pendants, die Ambulatory Patient Groups (APGs), beziehungsweise heutigen Ambulatory Payment Classifications (APCs), auf Basis der durchgeführten chirurgischen und medizinischen Prozeduren und begleitenden Zusatzleistungen, beispielsweise zur Diagnosestellung (ancillary services). Die Prozeduren wurden korrespondierend zu den Hauptdiagnosegruppen (Major Diagnostic Categories) des stationären DRG-Systems in 13 Unterkategorien unterteilt[15] APGs, beziehungsweise APCs, sollen eine medizinische Klassifikation gewährleisten und die jeweilige Ressourcenintensität der Leistungen untereinander widerspiegeln [16].

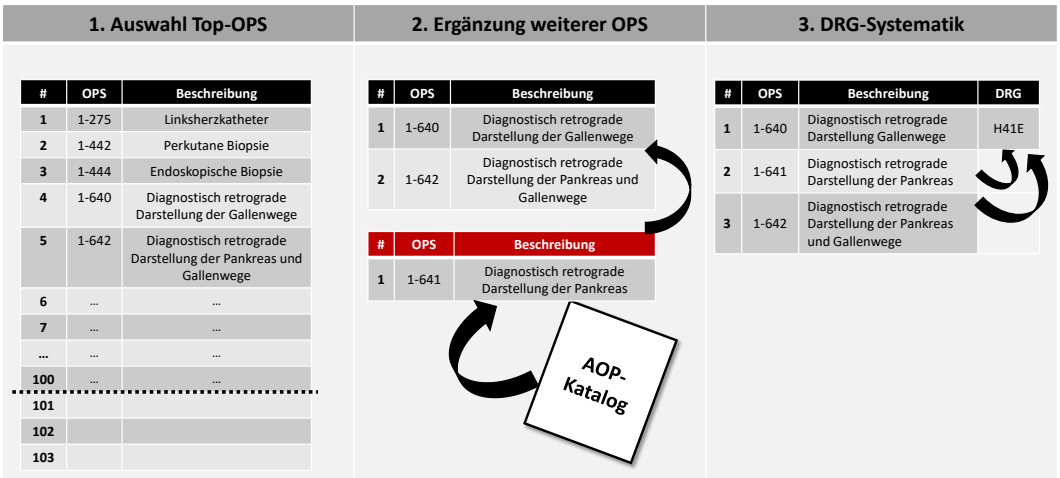
Die hier dargestellten Länder haben jeweils eine Auswahl sektorengleicher Leistungen getroffen, um die Ambulantisierung der Leistungserbringung voranzubringen. Als Kriterien für die Auswahl zogen sie eine Kombination aus hohem Fallzahlvolumen (z.B. in England), geringem Schweregrad (z.B. Frankreich) und kurzen Verweildauern (z.B. Frankreich und Norwegen) heran. Im Folgenden erweiterten sie ihre Liste sukzessive, beispielsweise indem sie den nächsthöheren Schweregrad hinzuzogen oder die zu inkludierende Verweildauergrenze erweiterten. Der Weg dieser Länder kann Deutschland als Orientierung dienen.

[13] Social Security Act, Pub L No. 74-271 Title 18, Sec. 1833.
[14] Balanced Budget Act, Pub L. No. 74-271, H.R. 2015, Title IV, Section 4523.
[15] 1. Skin, subcutaneous tissue, and muscle; 2. Breast; 3. Bone, joint, and tendon; 4. Respiratory, mouth, nose, and throat; 5. Cardiovascular; 6. Hematology, lymphatic and endocrine; 7. Digestive; 8. Urinary; 9. Male reproductive; 10. Female reproductive; 11. Nervous; 12. Eye; 13. Ear.
[16] 42 CFR § 419.31.

2.2. Methodik

Zur Identifizierung eines möglichen sektorengleichen Leistungsbereichs wurde die internationale Herangehensweise mittels einer Datenanalyse für Deutschland repliziert. Hierbei standen Leistungen im Vordergrund, die sich erstens für eine ambulante Leistungserbringung qualifizieren und zweitens häufig im stationären Sektor erbracht werden und damit grundsätzlich ein hohes Ambulantisierungspotential aufweisen. Daher wurden Leistungsbereiche ausgewählt, die im AOP-Katalog gelistet sind, einen geringen medizinischen Schweregrad sowie eine kurze Verweildauer von einem Tag, beziehungsweise zwei bis drei Tagen, aufweisen. Die vorliegende Liste zeigt einen Vorschlag auf, wie eine Auswahl von 30 Leistungsbereichen getroffen werden kann. Diese Grenze wurde auf Basis der Erfahrungen anderer Industrienationen gezogen, um eine nachvollziehbare Liste sektorengleicher Leistungen zur Pilotierung bereitzustellen. Frankreich begann beispielsweise mit 18 Leistungsbereichen, England mit 20 und Dänemark mit 29 Bereichen. Seitdem ist die Zahl der Leistungsbereiche stark angewachsen. Dies ist auch für Deutschland ein möglicher Weg. Mit einer Ausgangsliste von bis zu 30 Leistungsbereichen kann der neue sektorengleiche Ansatz pilotiert und bei Bedarf korrigiert werden, bevor er auf weitere Bereiche ausgedehnt wird. Um den wissenschaftlichen Fortschritt zu integrieren, ist es empfehlenswert, die ausgewählten Leistungsbereiche in regelmäßigen Abständen zu prüfen und bei Bedarf zu aktualisieren. Zur Erstellung der vorliegenden Liste wurden die Abrechnungsdaten des letzten zur Vergütung stehenden Abrechnungsjahres 2019 verwendet. Die Ausleitungen wurden vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) durchgeführt. Die Ergebnisse befinden sich in Tabelle 3.

Abbildung 2: Auswahlverfahren für sektorengleichen Leistungsbereich



Quelle: Darstellung der Autor:innen.

Zur Identifizierung der sektorengleichen Leistungsbereiche wurde ein dreischrittiges Verfahren gewählt (Vgl. Abbildung 2). In einem ersten Schritt (Auswahl Top-OPS) wurden die 100 häufigsten im AOP-Katalog genannten stationär durchgeführten Prozeduren auf Basis der Fünf- beziehungsweise sofern gegeben der Sechssteller-Ebene des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) ausgewählt. Hierfür wurden Tagesfälle mit einer Verweildauer von einem Tag[17], sowie Kurzlieger mit einer Verweildauer von zwei bis drei Tagen betrachtet. Beispielhaft wurde über diese Systematik die OPS 1-640 „Diagnostisch retrograde Darstellung der Gallenwege“[18] und die OPS 1-642 „Diagnostisch retrograde Darstellung der Pankreas- und Gallenwege“ identifiziert, die 2019 jeweils 19.287, beziehungsweise 13.027 Mal durchgeführt wurden. In einem zweiten Schritt (Ergänzung weiterer OPS) wurden die so ausgewählten OPS durch weitere, dazugehörige OPS auf der Vier-, Fünf- oder Sechsstellerebene aus dem AOP-Katalog ergänzt. Beispielsweise wurde die OPS 1-641 „Diagnostisch retrograde Darstellung der Pankreaswege“ in der Liste der 100 häufigsten OPS nicht erfasst, da sie nur 1.452 Mal durchgeführt wurde. Gleichzeitig gehört sie zu dekorrespondierenden OPS auf Vierstellerebene, der „Diagnostischen retrograden Darstellung“. Zudem ist sie in dem AOP-Katalog bereits als sektorengleiche Leistung genannt. Hierdurch ist ihr Ambulantisierungspotential bereits identifiziert worden. Analog dazu wurde die OPS 5-285.0 – Adenotomie (ohne Tonsillektomie)[19] im ersten Schritt erfasst. In einem zweiten Schritt wurde die OPS 5-285.1 – Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Readenotomie aus dem AOP-Katalog ergänzt. In einem dritten Schritt wurden diese Ergänzungen auf Basis der korrespondierenden DRG-Systematik verifiziert (DRG-Systematik). Die OPS für Galle und Pankreas beispielsweise werden jeweils zu etwa zwei Dritteln über die DRG H41E, sowie zu knapp einem Drittel über die DRG H41D abgerechnet. Dies ist ebenso der Fall für die OPS „1-641“. Sofern möglich, wurde zudem die entsprechende EBM-Systematik betrachtet. Die OPS 1-641 wird im AOP-Katalog über dieselbe EBM abgerechnet wie die benachbarten OPS 1-640 und OPS 1-642. Im Fall der Adenotomie erfolgt die Kodierung zu rund zwei Dritteln über die DRG D13B und zu knapp einem Drittel über die DRG D30B.

Für die initiale Auswahl der „Top 100“ OPS wurden acht Kriterien angewendet, um Fälle auszuschließen, die sich medizinisch nicht für eine sektorengleiche Leistungserbringung qualifizieren. Dies betrifft erstens Fälle, die im Krankenhaus verstorben sind, sowie mehr als zwei Beatmungsstunden, beziehungsweise einen

[17] Hierbei wurde die Definition der Abrechnungssystematik angewandt. Demnach kann ein Aufenthalt bis zu 48 Stunden umfassen, beispielsweise bei Aufnahme in ein Krankenhaus am Montag um 00h01 morgens und Entlassung am Dienstag um 23h59 nachts.

[18] Bei dieser radiologischen Untersuchung (endoskopisch retrograde Cholangio-Pankreatikografie) werden die Hohlräume der Gallenwege und –blase, bzw. der Bauchspeicheldrüse untersucht. Dies erfolgt gegen die Flussrichtung (retrograd). Hierfür wird ein Kontrastmittel gespritzt und ein Endoskop (ein Schlauch mit Licht und Kamera am vorderen Ende) eingeführt.

[19] Bei der Adenotomie werden die Rachenmandeln (Adenoide) entfernt, bei der Tonsillektomie hingegen die Gaumenmandeln. Werden sie zu groß, können sie die Nasenatmung behindern und den Belüftungskanal zum Ohr beeinträchtigen. Da sie nachwachsen können, kann eine erneute Operation notwendig sein.

relevanten Intensivaufenthalt von über zwei Stunden benötigten und/oder eine intensivmedizinische Komplexbehandlung von über 0 Punkten erfuhren. Ebenso wurden Fälle ausgeschlossen, in denen die Patient:innen einen Pflegegrad von 3 oder höher, und/eine schwere bis sehr schwere Funktionseinschränkung (Bartel bis 35 oder vergleichbarer Parameter) und/oder ein hohes Maß an Komorbiditäten oder Komplikationen aufwiesen. Diesbezüglich wurden Patient:innen mit einem schweren *Patient Clinical Complexity Level* (Klinischer Komplexitätsgrad des:r Patient:in, PCCL) von mehr als 3 ausgeschlossen. Zudem wurden Fälle ausgeschlossen, die in ein anderes Akutkrankenhaus weiterverlegt wurden. Onkologische Fälle bei Säuglingen und Kleinkindern wurden ebenso nicht betrachtet. Zur Wahrung des Datenschutzes wurden OPS mit weniger als 20 Fällen sowie korrespondierende DRGs mit weniger als 20 Fällen ausgeschlossen, um eine Rückverfolgung individueller Krankenhäuser ausschließen zu können. Im Ergebnis zeigte sich, dass alle „Top 100" OPS, die die Kriterien erfüllten und stationär abgerechnet wurden im AOP Katalog enthalten sind.

Tabelle 3 zeigt die 30 häufigsten Leistungsbereiche nach Anwendung der Ausschlusskriterien. Die zum Leistungsbereich dazugehörigen OPS wurden auf Vierstellerebene ausgegeben. Die dazugehörigen OPS-Kodes auf Fünf- und Sechsstellerebene befinden sich im Anhang in Tabelle 1. In Tabelle 3 wurde zu jedem Leistungsbereich die Fallzahl für Fälle mit einer Verweildauer von einem Tag (Spalte 3), einer Verweildauer von einem bis drei Tagen (Spalte 4), sowie die Gesamtfallzahl für alle Verweildauern ausgegeben (Spalte 5). Zusätzlich wurden rechts davon die Fallpauschalen ausgegeben, über welche die Fälle mit einer Verweildauer von einem Tag am häufigsten, bzw. am zweithäufigsten abgerechnet werden. Dazu befindet sich jeweils rechts von der Fallpauschale der Anteil der Fälle an der jeweiligen Gesamtzahl an Fällen mit einer Verweildauer von einem Tag, die über diese Fallpauschale abgerechnet wurden. Im Falle der OPS 1-275 werden beispielsweise 49 % aller Fälle mit einem Aufenthalt von einem Tag über die DRG F49G [20] abgerechnet. Die zugehörige Fallzahl, sowie dieselben Informationen für Fälle mit einer Verweildauer von zwei bis drei Tagen, befinden sich im Anhang in der Tabelle 2.

Bei der Auswahl dieser 30 Leistungsbereiche würde ein Fallvolumen von rund 2,9 Millionen Prozeduren mit einer Verweildauer von bis zu drei Tagen, davon knapp 1,4 Millionen mit einer Verweildauer von einem Tag, erfasst. Dies wäre ein substanzielles Fallzahlvolumen, das mit sektorengleichen Pauschalen vergütet werden könnte. Hierbei ist zu beachten, dass ein Fall theoretisch mehr als eine Prozedur aus den hier präsentierten „Top 30" Leistungsbereichen aufweisen kann. Das heißt, dass in der Summe der Fälle über alle „Top 30" Leistungsbereiche Doppelzählungen enthalten sein können.

[20] Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne schweren Eingriff.

Im Ergebnis zeigt sich, dass die meisten der hier dargestellten Leistungsbereiche derzeit mindestens zu einem Anteil von 50 % über nur zwei DRGs abgerechnet werden. Bei einer Betrachtung von Fällen mit zwei bis drei Tagen zeigt sich ein ähnliches Bild (Anhang Tabelle 2). Zur Implementierung einer sektorengleichen Pauschale für die „Top 30“ Leistungsbereiche könnte so vorgegangen werden, dass die Top DRGs entweder um die „Top 30“ Leistungsbereiche bereinigt werden oder vollständig als sektorengleiche DRGs ausgegliedert werden.

Tabelle 3: Identifizierte sektorengleiche Leistungsbereiche

Nr.	OPS (Viersteller)		Fallzahl[1]			Top DRGs bei VWD 1			
			VWD 1[2]	VWD 1-3[3]	Gesamt[4]	DRG 1	%	DRG 2	%
1	**5-810/1 /2/3/4**	Arthroskopische Operation	193.023	467.214	558.439	I18B	**41**	I24B	**19**
2	**1-275**	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	174.211	338.535	632.834	F49G	**49**	F58B	**28**
3	**5-530/1 /4/6**	Verschluss der Hernie	109.205	171.935	195.615	G24C	**78**	G24B	**8**
4	**1-650**	Diagnostische Koloskopie	94.218	240.560	539.644	G71Z	**34**	G67C	**24**
5	**3-603/4 /5/6/7/8**	Arteriographie I	76.778	156.018	309.098	F59F	**38**	F59D	**17**
6	**5-139/142 /144/149**	Andere Operationen an Sklera/Linse/Extrakapsuläre Extraktion/Kapsulotomie/...	73.715	132.877	162.454	C08B	**86**	C20B	**4**
7	**5-385**	Unterbindung [...] Varizen	66.592	101.200	105.367	F39B	**87**	F39A	**13**
8	**8-137**	Einlegen [...] Ureterschine	59.146	152.022	241.874	L64B	**42**	L20B	**21**
9	**5-452**	Lokale Exzision [...] Dickdarm	45.621	96.964	172.581	G71Z	**73**	G67A	**6**
10	**5-787**	Entfernung Ostheosynthesem.	42.661	70.559	107.653	I23B	**51**	I23C	**26**
11	**1-444**	Endoskopische Biopsie	36.916	94.216	212.157	G71Z	**32**	G67C	**27**
12	**8-836**	(Per.-)transl. Gefäßintervention	35.167	68.066	109.540	F59F	**56**	F59D	**22**
13	**1-672**	Diagn. Hysteroskopie	28.976	44.806	51.695	N10Z	**45**	N25Z	**26**
14	**1-661**	Diagn. Urethrozystoskopie	27.922	71.833	131.109	L64B	**31**	L06C	**14**
15	**5-690**	Therapeutische Kürettage	25.330	36.346	41.822	O04C	**59**	N10Z	**24**
16	**5-611/624 /631/640**	Operation Hydrocele testis /Präputium/Orchidopexie/ Exzision Epididymis	24.698	39.014	46.462	M04 D	**55**	M04C	**17**
17	**1-471/2**	Biopsie o.Endometrium/Cervix u.	24.543	33.680	38.828	N10Z	**38**	N09B	**36**
18	**5-513/526**	Endoskop. OP Galle/Pankreas	23.283	51.953	159.503	H41E	**55**	H41D	**40**
19	**5-490/2/3**	Inzision [...] Perianalregion/ Analkanal/ OP Hämorrhoiden	22.176	38.586	46.022	G26B	**93**	J09B	**2**
20	**5-562**	Ureterotomie	21.882	61.645	83.929	L20C	**45**	L20B	**43**
21	**5-214/5**	Subm. Resektion/OP Nasenseptum/-muschel	20.963	91.236	121.693	D38Z	**67**	D06C	**29**
22	**5-200**	Parazentese [Myringotomie]	19.991	34.068	43.204	D13B	**66**	D30B	**25**
23	**5-285**	Adenotomie (o. Tonsillektomie)	19.720	31.648	35.923	D13B	**66**	D30B	**29**
24	**5-788**	OP Metatarsale [...] des Fußes	19.023	73.825	98.324	I20F	**71**	I20F	**20**
25	**5-790**	Geschl. Reposition Fraktur	19.893	35.069	42.674	I59Z	**37**	I32F	**20**
26	**1-640/1/2**	Diag. Retrogr. Darstellung Galle/Pankreas	16.503	33.766	93.811	H41E	**64**	H41D	**30**
27	**3-600/1/2**	Arteriographie II	13.705	28.512	71.977	B70I	**47**	B81B	**11**
28	**5-399**	Andere OP. Blutgefäße	13.691	27.966	75.121	J11B	**15**	F75C	**12**
29	**5-056/7**	Neurolyse/Dekompression Nerv	13.038	28.214	46.464	B05Z	**42**	B7E	**18**
30	**5-897**	Exzision [...] Sinus pilonidalis	13.025	20.386	22.473	J09B	**95**	J09A	**4**
	Summe		1.375.615	2.872.719	4.598.290				

[1] Von Belegärzt:innen erbrachte Leistungen wurden für diese Betrachtung ausgeschlossen. [2]Alle Fälle mit einer Verweildauer von einem Tag. [3]Alle Fälle mit einer Verweildauer von 1-3 Tagen. [4] Alle Fälle mit allen Verweildauern (inklusive Fälle mit 1-3 Tagen)

3. Ansätze zur Weiterentwicklung der Vergütung

3.1. Erfahrungen anderer Länder

International wird der sektorengleiche Leistungsbereich häufig über Fallpauschalen vergütet. Deutschland weicht bisher von der internationalen Logik ab. Hierzulande wird die sektorengleiche Leistungserbringung des AOP-Kataloges über die Vergütungssystematik des niedergelassenen Sektors, den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), abgebildet. Der Gesetzgeber hat der Selbstverwaltung bereits 1992 die Schaffung eines gemeinsamen Vergütungsbereiches nahegelegt. Bei der Einführung des Fallpauschalensystems schwebte dem Gesetzgeber zudem eine Ausweitung auf den sektorengleichen Bereich vor. Dieses Vorhaben wurde von der Selbstverwaltung 2004 im AOP-Vertrag festgehalten (vgl. § 20 des AOP-Vertrages), jedoch bisher nicht umgesetzt.

Bei der Ausgestaltung der Fallpauschalenvergütung in anderen Industrienationen unterscheidet sich erstens der Umfang der Integration sowie zweitens die Höhe des Anreizes. Der Umfang rangiert derzeit von einem kleinen, separierten Teilbereich des Fallpauschalenkatalogs (Dänemark vor 2018, Frankreich, Norwegen) über eine komplette Gleichsetzung des Katalogs für beide Sektoren (England, Dänemark seit 2018) bis hin zu einem eigenständigen, separierten Fallpauschalensystem mit eigener Fallgruppierung, die in ihren Grundzügen der Logik des stationären Fallpauschalensystems folgt (siehe Vereinigte Staaten). Auch die Höhe der Vergütung variiert zwischen den Ländern. Die ausgewählten Länder bewegen sich zwischen einer möglichst sachgerechten Abbildung des Ressourcenverzehrs und einer bewussten finanziellen Überdeckung der taggleichen Leistungserbringung. Die Vergütungshöhe beeinflusst maßgeblich die Geschwindigkeit, mit der die Ambulantisierung eingeleitet wird, sowie ihren Umfang.

Dänemark, **England**, **Frankreich** und **Norwegen** haben eine bewusste Überdeckung der ambulanten Leistung gewählt, um sie mit finanziellen Anreizen zu fördern. Die finanziellen Anreize haben die Ambulantisierung vorangetrieben, allerdings auch zu einer Überfinanzierung geführt. In Frankreich beispielsweise liegt diese bei der Vergütung ambulanter (taggleicher) Operationen derzeit bei rund 20 bis 30 % über den realen Kosten und wird graduell an die tatsächlichen Kosten angeglichen (Cour des comptes 2017, 2018).

Grundsätzlich gehen die Kostendaten der ambulanten und stationären, beziehungsweise taggleichen und mehrtägigen Leistungserbringung in die Vergütungskalkulation ein und werden gewichtet. Ein höherer Anteil an kostengünstigeren ambulant, beziehungsweise taggleich durchgeführten Prozeduren, führt in der Regel zu einer finanziellen Absenkung der Fallpauschale.

Dänemark unterhielt bis 2018 einen Teilbereich sektorengleicher Leistungen, beziehungsweise „gråzonetaksten“, im Fallpauschalenkatalog, die unabhängig vom Ort ihrer Erbringung identisch vergütet wurden. Zur Ermittlung der Vergütung wurde die Summe der Kosten der ambulanten und der stationären Behandlungen durch die Summe der ambulant und stationär behandelten Fallzahl geteilt. Die Höhe der Vergütung der „gråzonetaksten“ befand sich zwischen den ambulanten und stationären Kosten. Mit einer Zunahme des Anteils der ambulanten Leistungserbringung an einer Fallpauschale sank somit die Höhe des Preises. Neu hinzukommende Tarife genossen demnach eine anfangs hohe Überdeckung der ambulanten Leistungserbringung. Jenseits einer oberen Grenzverweildauer wurde dieser Tarif ergänzt um einen per-diem-Zuschlag pro stationärem Aufenthaltstag von zuletzt 2 012 DKK (rund 270 Euro) (Sundhedsdatastyrelsen 2016). Mittlerweile ist der Teilbereich aufgelöst worden und im Fallpauschalensystem aufgegangen.

Norwegen hat mit verschiedenen Vergütungsansätzen gearbeitet. Bei der Einführung des Fallpauschalensystems schuf es wie Dänemark zunächst einen sektorengleichen Leistungsbereich, in dem Leistungen unabhängig vom Ort ihrer Leistungserbringung identisch mit einem einheitlichen Preis vergütet wurden. 2007 wurde diese Gleichsetzung kurzfristig auf alle chirurgischen Leistungsbereiche ausgedehnt, die sich somit allesamt für eine taggleiche Prozedur qualifizierten (Sosial- og helsedirektoratet 2007a), bevor zu 2010 ein Split in eine vollstationäre und taggleiche Pauschale vorgenommen wurde. Damit sollten die realen Kostenunterschiede besser abgebildet und die Wahl des Behandlungssektors nicht von monetären Anreizen beeinflusst werden (Riksrevisjonen 2013). Nachdem diese Trennung zu einer Verlangsamung der Verlagerung führte, für ungenutztes Potential verantwortlich gemacht wurde (Riksrevisjonen 2015) und dies wiederum einen Erklärungsansatz für die im Vergleich zu Dänemark höheren stationären Ausgaben angesehen wurde (Morgan et al. 2017), führte Norwegen 2016 einen finanziellen Aufschlag von 10 %, sowie im Folgejahr von 15 % für taggleiche Eingriffe ein. Seit 2018 wird die Trennung rückabgewickelt. Zu 2018 wurde die Vergütung für 40 stationäre und 37 korrespondierende taggleiche chirurgische Eingriffe wieder gleichgesetzt. Diese Änderung betrifft rund 57 % des Volumens der chirurgischen Leistungserbringung (Helsedirektoratet 2017). Hierbei liegt die Vergütung nun wieder zwischen den Kosten der taggleichen und vollstationären Leistungserbringung (Helsedirektoratet 2019).

England folgt dem dänischen Ansatz einer einheitlichen, gewichteten Vergütung. Ausschlaggebend hierfür war eine grundlegende Überarbeitung des Fallpauschalensystems. Während die Vorgängerversion (HRG 3.5) noch auf stationäre Aufnahmen beschränkt war und Tagesfälle separierte, sollte die neue Version (HRG 4.0) die Grenzen zwischen ambulanter, taggleicher und stationärer Leistungserbringung auflösen und „setting-independent tariffs“ einführen.

(Department of Health 2007a). Wie in Dänemark, gewichtet England die Vergütung planbarer Leistungen auf Basis der Ambulantisierungsquote. Hierbei wurden die Kosten der taggleichen und stationären Prozeduren aufsummiert und durch die gesamte Fallzahl geteilt (Department of Health 2012; NHS England und Monitor 2013; NHS England und NHS Improvement 2019). Dementsprechend werden taggleiche Leistungen in Relation zu ihrem Ressourcenverzehr höher vergütet.

Die Preise der *Best-Practice Tariffs* gehen darüber hinaus. Für mittlerweile 32 ausgewählte Leistungsbereiche gewährt England eine Förderung, in der die taggleiche Vergütung über jener für stationäre Aufenthalte liegt. (NHS England und NHS Improvement 2019). Derzeit beträgt diese Differenz rund 10 % (99 bis 280 GBP, bzw. 110 bis 310 Euro).

In **Frankreich** hängt die Kalkulation vom Grad der Ambulantisierung in der jeweiligen Fallpauschale ab. Nach verschiedenen Pilotprojekten mit moderaten finanziellen Anreizen und Annäherungen der ambulanten und stationären Vergütung führte Frankreich 2009 eine einheitliche Vergütung für die sektorengleiche Leistungserbringung ein und erweiterte sie bis 2014 sukzessive auf den gesamten chirurgischen Leistungsbereich (Cour des comptes 2013; Hirtzlin 2013; Bert et al. 2014). Derzeit beginnt die Übertragung auf den medizinischen Leistungsbereich (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation 2019). Seit 2014 gibt es vier Klassen der Vergütungsberechnung (Tabelle 4). Je höher der Grad der Ambulantisierung, desto geringer die finanzielle Überdeckung der ambulanten Leistungserbringung. Leistungsbereiche, die zu geringem Grad ambulantisiert sind (Klasse 4), werden mit dem traditionellen Preis der stationären Behandlung mit leichterem Schweregrad vergütet und weisen dementsprechend die höchste Überdeckung auf. Fast vollständig ambulantisierte Leistungsbereiche (Klasse 1) erhalten den Preis der rein ambulanten Leistungserbringung (Tarif J). In diesem Fall ist die Unterdeckung der stationären Leistungserbringung am höchsten. Diese Preiskategorie wurde von 2015 zu 2016 zusätzlich abgesenkt. Die dazwischenliegenden Kategorien werden gewichtet – entweder auf Basis der real beobachteten Ambulantisierungsquote (Klasse 3), oder mit der prospektiven, auf zwei Jahre im Voraus geschätzten Ambulantisierungsquote (Klasse 2). Hierfür wird der Trend der letzten Jahre extrapoliert. Letztere prospektive Schätzung führt zu einer höheren Gewichtung des ambulanten Tarifs und begünstigt damit die Ambulantisierung.

Tabelle 4: Berechnung der Einheitspreise in Abhängigkeit des Grades der Ambulantisierung (Stand 2019)

Klasse	Kategorie	Vergütung 2014/2015	Vergütung Seit 2016
1	Ausgereifte Ambulantisierung: > 80 %.	Durchschnittstarif, multipliziert mit prospektivem Anteil der Kategorie „J“	Ambulanter Tarif „J“
2	Fortgeschrittene Ambulantisierung 50 - 80 %	Durchschnittstarif, multipliziert mit prospektivem Anteil der Kategorie „J“	Durchschnittstarif, multipliziert mit prospektivem Anteil der Kategorie „J“
3	Beginnende Ambulantisierung 10 - 50 %.	Durchschnittstarif, multipliziert mit beobachtetem Anteil der Kategorie „J“	Durchschnittstarif, multipliziert mit aktuellem Anteil der Kategorie „J“
4	Schwache Ambulantisierung: < 10 %	Stationärer Tarif	Stationärer Tarif

Quellen: Agence technique de l'information sur l'hospitalisation 2016, 2014; Bert et al. 2014.
J: Tagespauschale « J » (zero jour/sans nuitée).

Die **Vereinigten Staaten** unterhalten mit dem *outpatient prospective payment system* (OPPS) ein gesondertes Vergütungssystem für taggleiche Leistungen in Krankenhäusern, folgen jedoch einer ähnlichen Kalkulationslogik, bestehend aus Basisfallwert und Relativgewicht. Patient:innen werden auf Basis der Prozeduren einer Ambulatory Patient Category (APC) zugeteilt. Diesen APCs werden Einzelleistungen zugeteilt, die sich in den APCs bündeln (Medicare & Medicaid Services Common Procedure Coding System (HCPCS) – vergleichbar zu den OPS)[21]. Die jeweiligen Kosten der Leistungen und Prozeduren pro APC werden gemittelt[22]. Im Gegensatz zu den anderen Ländern gehen keine Kostendaten der stationären Leistungserbringung, sondern ausschließlich der taggleichen Leistungserbringung ein. Wie im stationären Fallpauschalensystem wird die Vergütung zudem an das regionale Lohnniveau (Hospital wage index) angepasst. Krankenhäuser erhalten zudem Zuschläge für Hochkostenfälle, für Schwerpunkte (Krebs und pädiatrische Krankenhaus) sowie von 7,1 % für alleinige Grundversorger in ländlichen Krankenhäusern (Centers for Medicare and Medicaid Services und Department of Health and Human Services 2018). In den vergangenen Jahren seit Einführung des *OPPS* wurden Schritte zur weiteren Aggregierung und Bündelung der Leistungen im Vergütungskatalog übernommen, beispielsweise durch die Zusammenfassung zu Comprehensive Ambulatory Payment Classifications 2015 (Medicare Payment Advisory Commission 2018; Centers for Medicare and Medicaid Services 2014).

Die Vergütung ambulanter OP-Zentren (Ambulatory Surgery Centres (ASC)) wurde 2008 abgespalten und in ein eigenes Vergütungssystem überführt (Ambulatory Surgery Center Payment System), welches aber dem OPPS-System folgt (Medicare Payment Advisory Commission 2020). Die derzeit rund 5 000 Zentren dürfen eine

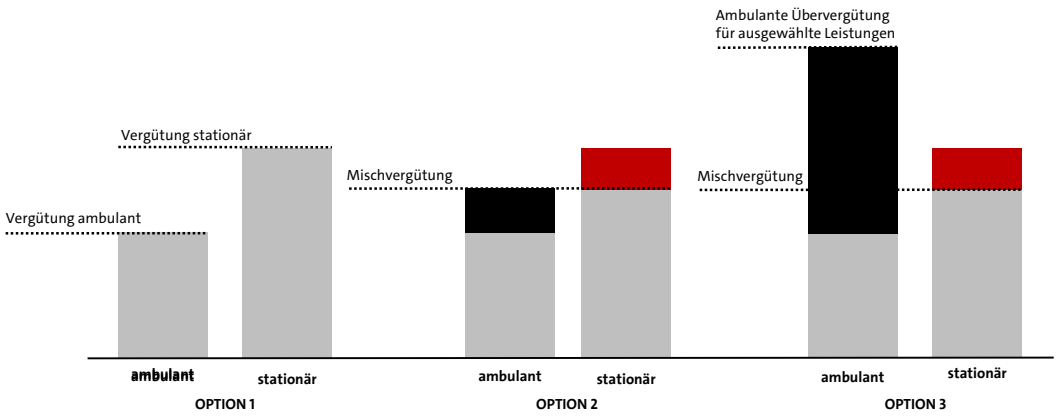
[21] 42 CFR § 419.2
[22] 42 CFR § 419.31

festgelegte Liste von Prozeduren durchführen, welche als medizinisch sicher gelten und keine Übernachtung benötigen. Diese Liste wird von Medicare und Medicaid jährlich überarbeitet.

3.2. Empfehlungen für Deutschland

Zur Förderung eines sektorengleichen Leistungsbereichs kann sich Deutschland an drei Vergütungssträngen anderer Ländern orientieren (vgl. Abbildung 3/Tabelle 5). Erstens kann Deutschland zwischen ambulanten und stationären Kosten differenzieren (Option 1) und die Durchschnittkosten der Leistungserbringer des jeweiligen Sektors vergüten. Damit würde es den norwegischen Ansatz von 2010 bis 2017 nachmodellieren. Zweitens kann sich Deutschland Dänemark, England, Frankreich und in Teilen Norwegen nach seiner Vergütungsreform 2018 anschließen und die Vergütung für die ambulante und stationäre Leistungserbringung gleichsetzen (Option 2). Drittens kann Deutschland analog zu England ausgewählte, besonders förderungswürdige Leistungen auswählen und die Ambulantisierung zusätzlich unterstützen, indem es eine höhere Vergütung für die ambulante als für die stationäre Leistungserbringung gewährt (Option 3), und Option 1 somit umdreht. Hierbei steht Deutschland auch eine Kombination der obigen Ansätze zur Verfügung. Norwegen wählt derzeit eine Kombination aus 1 und 2, England hingegen aus 2 und 3. Die Entscheidung ist davon abhängig, wie stark der finanzielle Anreiz zur Ambulantisierung der sektorengleichen Leistungserbringung gesetzt werden soll.

Abbildung 3: Drei Optionen zur Ausgestaltung der Vergütung sektorengleicher Leistungen



Quelle: Eigene Darstellung der Autor:innen.

In **Option 1** fällt der Anreiz zur Ambulantisierung am geringsten aus und bedeutet finanziell weitestgehend einen Status-Quo-Erhalt. In dieser Variante wird im Fallpauschalensystem eine Sektion für sektorengleich erbringbare Leistungen geschaffen. Die Vergütung wird allerdings aufgespalten in einen ambulanten und stationären Preis, um den unterschiedlichen Kosten Rechnung zu tragen und sie

möglichst real abzubilden. Für einen ambulanten Eingriff an einer Hernie (Leistenbruch) würden Leistungserbringer beispielsweise eine geringere Vergütung erhalten, als für die stationäre Leistungserbringung, da man die unterschiedlichen Kostenstrukturen berücksichtigen würde. Zu diesem Zweck nehmen sowohl ambulante, als auch stationäre Leistungserbringer an der Kostenkalkulation teil. Auf Basis der Kostendaten könnten dann zwei getrennte Vergütungssätze durch eine Separierung der Kosten kalkuliert werden. Die stationäre Leistungserbringung erhielte einen höheren Vergütungssatz. Dieser gründet sich zum einen auf die längeren Verweildauern und daraus folgenden Übernachtungskosten, Pflegekosten für die stationäre Betreuung, und zum anderen auf die höheren Fixkosten, z.B. für die Verfügbarkeit zusätzlicher Geräte. Analog dazu ist die Leistungserbringung in ambulanten Operationszentren und Praxen kostengünstiger. Zum einen entfallen die Kosten für die Übernachtung, zum anderen sind die Kostenstrukturen von Grund auf geringer.

Diese Option folgt dem Grundgedanken, den Ressourcenverzehr in den beiden Sektoren möglichst real abzubilden. Dies mündet in einen geringeren Preis für ambulante Leistungserbringung und einem höheren Preis für die stationäre Leistungserbringung. Dementsprechend verfügt diese Option über keine bewusst eingeführte Anreizstruktur, um die Leistungserbringung in einem der Sektoren zu fördern. Insgesamt geht von diesem Ansatz der geringste Anreiz zur Stärkung der ambulanten Leistungserbringung aus. Der Anreiz zur Ambulantisierung hängt in dieser Variante weitgehend davon ab, ob und in welchem Ausmaß der Vergütungssatz für die ambulante gegenüber der stationären Leistungserbringung abgesenkt wird.

In **Option 2** werden für sektorengleiche Leistungen die Preise beider Sektoren zu einem vereint. Leistungserbringer erhalten für einen Eingriff an einer Hernie denselben Preis, unabhängig davon, ob die Leistung ambulant oder stationär erbracht wurde. Dieser Ansatz führt einen finanziellen Anreiz zur Förderung der Ambulantisierung ein. Zur Berechnung werden die Kostendaten der stationären und ambulanten Leistungserbringung addiert und gemittelt. Daraus folgt eine „Überdeckung“ der ambulanten Leistungserbringung. Da die stationären Kosten in die Preisberechnung eingehen, und diese über den Kosten (grau) der ambulanten Leistungserbringung liegen, liegt die Vergütung (rot) für eine ambulant erbrachte Leistung *oberhalb* der ambulanten Kosten. Diese Differenz schafft einen finanziellen Anreiz, Leistungen ambulant zu erbringen. Umgekehrt wird stationäre Leistungserbringung finanziell *unterdeckt*. Da ambulante Kosten in die Preisberechnung eingehen, und deren Kosten unter den Kosten für eine stationäre Leistungserbringung liegen, liegt der Durchschnittspreis *unterhalb* der stationären Kosten. Dies senkt die finanzielle Attraktivität der stationären Leistungserbringung zu Gunsten ihres ambulanten Gegenstücks und stärkt den bereits bestehenden Anreiz, der aus der finanziellen Überdeckung ambulanter Leistungen resultiert,

zusätzlich.

Die Höhe der Überdeckung nimmt mit fortschreitender Ambulantisierung ab, während die Unterdeckung der stationären Leistungserbringung zunimmt. Mit zunehmender Ambulantisierung steigt der Anteil an ambulant erbrachten, kostengünstigeren Leistungen, die in die Kalkulation eingehen, während der Anteil stationärer Kosten sinkt. Dadurch sinkt der Preis und nähert sich den realen Kosten der ambulanten Leistungserbringung an, wohingegen sich der Abstand zu den stationären Kosten vergrößert. Somit wandelt sich diese Option mit der Zeit von einem Bonus- zu einem Malussystem. Dadurch reduziert sich der finanzielle Aufwand dieses Vergütungsstranges, während die Anreizstruktur erhalten bleibt. Die Logik einer einheitlichen Vergütung baut auf der bestehenden Struktur des AOP-Kataloges auf. Im Gegensatz zum Status Quo wird allerdings eine bewusste Förderung der ambulanten Leistungserbringung eingeführt. In dieser Variante ist im Vergleich zu Option 1 von einer deutlich größeren Leistungsverlagerung in den ambulanten Sektor auszugehen, die allerdings zumindest in der Anfangsphase zusätzliche finanzielle Ressourcen erfordert.

Option 3 ist eine Intensivierung von Option 2. Leistungserbringer erhalten für die ambulante Erbringung einen Preis oberhalb der tatsächlichen Kosten sowie für die stationäre Erbringung unterhalb der Kosten. In diesem Modell fällt der Anreiz für die ambulante Leistungserbringung höher aus als in Option 2. In einem ersten Schritt werden die Durchschnittskosten analog zu Option 2 berechnet, indem die Kosten der ambulanten und stationären Leistungserbringung zusammengefasst und gemittelt werden. Hieraus folgt eine finanzielle Unterdeckung der stationären, sowie eine Überdeckung der ambulanten Leistungserbringung. In dieser Option 3 wird dann noch ein zusätzlicher Anreiz durch einen pauschalen Aufschlag für ambulante Leistungserbringung gesetzt. Daraus resultiert eine ambulante Vergütung, die *über* ihrem stationären Pendant liegt. Durch diese höhere Überdeckung der ambulanten Kosten als in Option 2 fällt der Anreiz zur Verlagerung der stationären Leistungserbringung in den ambulanten Sektor größer aus, benötigt allerdings auch mehr finanzielle Ressourcen.

Tabelle 5: Zusammenfassung der Optionen zur Ausgestaltung der Vergütung sektorengleicher Leistungen

	1. Ambulant < Stationär	2. Ambulant = Stationär	3. Ambulant > Stationär
Beschreibung	Die ambulante Vergütung liegt unterhalb der stationären.	Die Vergütung sektorengleicher Leistungen wird gleichgesetzt	Die ambulante Vergütung liegt oberhalb der stationären.
Preissetzung	2 Preise	1 Preis	2 Preise
Preiskalkulation	Getrennt	Gemischt	Gemischt
Ambulantisierungsanreiz	Gering	Mittel	Hoch
Kostenüberdeckung Ambulant	Keine	Mittel	Hoch
Kostenunterdeckung Stationär	Keine	Mittel	Mittel

Quelle: Eigene Darstellung der Autor:innen.

Bei der Entscheidung zwischen den drei Optionen müsste sich Deutschland zwischen der Schlagkräftigkeit des Anreizes auf der einen Seite und den finanziellen Zusatzkosten auf der anderen Seite entscheiden. Die Intensität des Ansatzes wird von der Überdeckung der ambulanten Leistungserbringung gesteuert und von einer Unterdeckung der stationären Leistungserbringung zusätzlich gestützt. Je höher diese ausfällt, desto größer ist der Anreiz zur Verlagerung. Gleichzeitig steigt damit zumindest eingangs der Kostenaufwand. Die finanzielle Überdeckung übernimmt die Rolle einer Anschubfinanzierung, die in diesem Fall nicht als gesonderter Zuschlag, sondern als integrierter Baustein auftritt, und sich aus den realen Kosten ableitet. Alle drei Optionen lassen sich miteinander kombinieren. Norwegen verwendet derzeit eine Kombination aus Option 1 und 2, England hingegen aus Option 2 und 3 und Frankreich modelliert Unterkategorien innerhalb von Option 2. Dieses System ermöglicht es, eine grundsätzliche Struktur aufzubauen, die zusätzlich ausgewählte, besonders förderungsbedürftige Leistungsbereiche besonders unterstützt. Ebenso kann Deutschland schrittweise von einer Option in die andere übergehen. Für einen schrittweisen, längerfristigen Prozess könnte es ebenso von Option 1 starten, und schrittweise in Option 2 übergehen und um weitere sektorengleiche Leistungsbereiche ergänzt werden. Dies erfolgte in ähnlicher Form in der Anfangsphase Dänemarks und Frankreichs. Gleichzeitig könnte es diesen Schritt überspringen und dem englischen Modell folgen. Um einen besonders starken Impuls zu geben, könnte es auch mit Option 3 starten, um den Aufbau von neuen Strukturen zu unterstützen, und langsam in Option 2 übergehen, wenn die Leistungsverlagerung ein angemessenes Niveau erreicht hat.

Zusammenfassung und Ausblick

Das deutsche Gesundheitssystem verfügt im internationalen Vergleich über Entwicklungsmöglichkeiten, um das Potential der ambulanten Leistungserbringung auszuschöpfen. Deutschland erkannte das Potential der sektorengleichen Leistungserbringung bereits zeitgleich zu England und Frankreich und integrierte den medizinischen Fortschritt durch die Schaffung des § 115b SGB V. Die Erfahrung anderer Industrienationen zeigt auf, dass eine gezielte finanzielle Förderung des sektorengleichen Leistungsbereiches zu einer Entfaltung seines Potentials führen kann. Analog zu Industrienationen, in denen die Ambulantisierung bereits weiter fortgeschritten ist, könnte Deutschland den sektorengleichen Leistungsbereich deutlich ausbauen. Hierbei bietet sich die Identifizierung einer Auswahl von Leistungsbereichen an, die sich durch ihr hohes stationäres Volumen einerseits, und ihren geringen medizinischen Schweregrad und ihre kurze stationäre Aufenthaltsdauer andererseits hervorheben. Eine mögliche Auswahl hat diese Expertise in Tabelle 3 präsentiert. Zur Implementierung einer sektorengleichen Pauschale für die identifizierten „Top 30" Leistungsbereiche könnte so vorgegangen werden, dass die Top DRGs entweder um die „Top 30" Leistungsbereiche bereinigt oder vollständig als sektorengleiche DRGs ausgegliedert werden.

Darüber hinaus ist zu klären, wie die Anreizstruktur der Vergütung gestaltet werden soll. Dabei kann in Option 1 der Ressourcenverzehr des jeweiligen Settings berücksichtigt werden, was dazu führt, dass die Vergütung für ambulante Leistungen deutlich unter jener für stationäre Leistungen angesetzt ist. In Option 2 erfolgt eine Gleichsetzung der ambulanten und stationären Leistungserbringung, die eine Überdeckung der ambulanten und eine Unterdeckung der stationären Leistungserbringung impliziert und damit einen Anreiz zur Leistungsverlagerung darstellt. In Option 3 erfolgt eine politische Preissetzung, in welcher der Preis für die ambulante Leistungserbringung sogar *über* jener für die stationäre Leistungserbringung liegt. Alle drei Optionen lassen sich auch miteinander kombinieren, das heißt, es sind auch Mischvarianten denkbar. International hat sich herausgestellt, dass Option 1 einen unzureichenden Anreiz zur Ambulantisierung schafft. Norwegen hat zwischen 2010 bis 2017 hiermit experimentiert, den Ansatz zu Gunsten der Option 2 jedoch wieder aufgegeben. Länder, die auf einen effektiven Ambulantisierungsprozess zurückblicken können, folgten in der Regel Option 2 und ergänzten sie im englischen Fall mit Option 3 für besonders förderungswürdige Leistungen.

Literaturverzeichnis

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (2009): Notice technique 2009 MCO version 11 des GHM, transmission des informations et valorisation. Annexe 1. Èvolution de la classification en GHM (version 11). Notice technique n° 235 C-IM-MR/ME-1-2009 du 10 février 2009. Lyon/Paris.

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (2010): Campagne tarifaire et budgétaire 2010: nouveautés relatives aux prestations. Notice technique n° CIM-MR/ME-133-1-2020 du 02 mars 2010. Lyon/Paris.

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (2014): Notice technique. Campagne tarifaire et budgétaire 2014. Nouveautés "financement". Notice technique n° CIM-MF-49-1-2014. Lyon/Paris.

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (2016): Campagne tarifaire et budgétaire 2016. Nouveautés "financement". Notice technique n° CIM-MF-318-1-2016 du 22 avril 2016. Lyon/Paris.

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (2019): Campagne tarifaire et budgétaire 2019. Nouveautés "financement". Notice technique n° CIM-MF-205-3-2019 du 23 avril 2019. Lyon/Paris.

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (2020): Tarifs MCO et HAD 2020. Lyon/Paris.

Appleby, J. (2015): Day case surgery: a good news story for the NHS. In: *BMJ : British Medical Journal* 351, h4060. DOI: 10.1136/bmj.h4060.

Assurance Maladie (2019): Accord préalable et chirurgie ambulatoire. Online verfügbar unter https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/presciption-prise-charge/accord-prealable/accord-prealable-chirurgie-ambulatoire#text_12905.

Audit Commission (1990): A short cut to better services. Day surgery in England and Wales. London: Her Majesty's Stationery Office.

Averill, R. F.; Goldfield, N. I.; Wynn, M. E.; McGuire, T. E.; Mullin, R. L.; Gregg, L. W.; Bender, J. A. (1993): Design of a prospective payment patient classification system for ambulatory care. In: *Health Care Financ Rev* 15 (1), S. 71–100. Online verfügbar unter https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10133711.

Bert, T.; D'Autume, C.; Dupays, S.; Hausswalt, P.; Perlbarg, J.; Weill, M. (2014): Rapport. Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France. N° 2014-M-04-02, N° 2014-039R. Paris: Inspection générale des finances; Inspéction générale des affaires sociales.

Caridis, D. T.; Matheson, N. A. (1964): Outpatient surgery: A Reassessment. In: *The Lancet* 284 (7374), S. 1387–1389. DOI: 10.1016/S0140-6736(64)91175-4.

Cazenave-Lacroutz, A.; Yilmaz, E. (2019): Dans quelle mesure les incitations tarifaires et la procédure de mise sous accord préalable ont-elles contribué au développement de la chirurgie. In: *Les dossiers de la drees* 40.

Centers for Medicare and Medicaid Services (2014): CMS finalizes hospital outpatient and ambulatory surgical centers policy and payment changes for 2015. Online verfügbar unter https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/cms-finalizes-hospital-outpatient-and-ambulatory-surgical-centers-policy-and-payment-changes-2015.

Centers for Medicare and Medicaid Services; Department of Health and Human Services (2018): Medicare Program: Changes to Hospital Outpatient Prospective Payment and Ambulatory Surgical Center Payment Systems and Quality Reporting Programs. 42 CFR Parts 416 and 419. Federal Register Vol 83, No. 225. Washington D.C.: Centers for Medicare and Medicaid Services; Department of Health and Human Services.

Chung, F.; Mezei, G.; Tong, D. (1999): Adverse events in ambulatory surgery. A comparison between elderly and younger patients. In: *Canadian Journal of*

Anaesthesia 46 (4), S. 309. DOI: 10.1007/BF03013221.
Cohen, D. D.; Dillon, J. B. (1966): Anesthesia for Outpatient Surgery. In: *JAMA* 196 (13), S. 1114–1116. DOI: 10.1001/jama.1966.03100260052015.
Cour des comptes (2013): Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Chapitre VIII La chirurgie ambulatoire. Paris: La Documentation française.
Cour des comptes (2017): La sécurité sociale. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Chapitre VI. Les activités chirurgicales: restructurer l'offre de soins pour mieux assurer la qualité des prises en charge. Paris: Cour des comptes.
Cour des comptes (2018): La sécurité sociale. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Chapitre V: Le virage ambulatoire du système de sante: de nouvelles transformations à engager, en ville comme à l'hopital. Paris: Cour des comptes.
Department of Health (2000): The NHS plan. A plan for investment. A plan for reform. London: Her Majesty's Stationery Office.
Department of Health (2002): Delivering the NHS plan. Next steps on investment. Next steps on reform. London: Her Majesty's Stationery Office.
Department of Health (2007a): Options for the Future of Payment by Results: 2008/09 to 2011/11. Leeds: Department of Health.
Department of Health (2007b): Options for the Future of Payment by Results: 2008/9 to 2010/11. Annex B: Specific Services. Leeds: Department of Health.
Department of Health (2012): A simple guide to Payment by Results. Leeds.
Farquharson, E. L. (1955): Early ambulation with special reference to herniorrhaphy as an outpatient procedure. In: *The Lancet* 266 (6889), S. 517–519. DOI: 10.1016/S0140-6736(55)93272-4.
Fetter, R. B.; Averill, R. F.; Lichtenstein, J. L.; Freeman, J. L. (1984): Ambulatory visit groups: a framework for measuring productivity in ambulatory care. In: *Health Serv Res* 19 (4), S. 415–437. Online verfügbar unter https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6490373.
Fleisher, L. A.; Pasternak, L. R.; Herbert, R.; Anderson, G. F. (2004): Inpatient Hospital Admission and Death After Outpatient Surgery in Elderly Patients: Importance of Patient and System Characteristics and Location of Care. In: *Arch Surg* 139 (1), S. 67–72. DOI: 10.1001/archsurg.139.1.67.
Friedlander, D. F.; Krimphove, M. J.; Cole, A. P.; Marchese, M.; Lipsitz, S. R.; Weissman, J. S. et al. (2019): Where Is the Value in Ambulatory Versus Inpatient Surgery? In: *Annals of Surgery* Publish Ahead of Print. Online verfügbar unter https://journals.lww.com/annalsofsurgery/Fulltext/9000/Where_Is_the_Value_in_Ambulatory_Versus_Inpatient.94938.aspx.
Friedrich, Jörg; Tillmanns, Hanna (2016): Ambulante Operationen im Krankenhaus. In: Jürgen Klauber, Max Geraedts, Jörg Friedrich und Jürgen Wasem (Hg.): Krankenhaus-Report 2016. Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus. Stuttgart: Schattauer, S. 127–147.
Gabbay, J.; Francis, L. (1988): How much day surgery? Delphic predictions. In: *BMJ* 297 (6658), S. 1249–1252. DOI: 10.1136/bmj.297.6658.1249.
Hagen, T. P.; Kaarbøe, O. M. (2006): The Norwegian hospital reform of 2002: Central government takes over ownership of public hospitals. In: *Health Policy* 76 (3), S. 320–333. DOI: 10.1016/j.healthpol.2005.06.014.
Haworth, E. A.; Balarajan, R. (1987): Day surgery: does it add to or replace inpatient surgery? In: *Br Med J (Clin Res Ed)* 294 (6564), S. 133–135. DOI: 10.1136/bmj.294.6564.133.
Helsedepartementet (2001): Innsatsstyrt finansiering 2002. Med prisliste.

Versjon 1. Oslo: Helsedepartementet.
Helsedirektoratet (2017): ISF 2018 - Endringer og øvrig grunnlag for regelverket («grunnlagsdokumentet»). Oslo: Helsedirektoratet.
Helsedirektoratet (2019): Innsatsstyrt finansiering 2020. Regelverk. Oslo: Helsedirektoratet.
Hirtzlin, I. (2013): Tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger: État des lieux et perspectives. Rapport de recherche. hal-01402255. Paris: Haute autorité de santé.
Kontroll- og konstitusjonskomiteen (2016): Innst. 186 S (2015-2016). Dokument 3:2. Innstilling til Stortinget fra kontroll- og konstitusjonskomiteen. Oslo.
Lieng, M.; Busund, B.; Ræder, J. C.; Iversen, T. (2013): Innsatsstyrt finansiering og dagkirurgi. In: *Tidsskr Nor Legeforen* 9 (133), S. 974–976.
Mahieu, A.; Raffy-Pihan, N. (1998): La chirurgie ambulatoire en France, bilan et perspectives. Rapport n° 466 (biblio n° 1203). In: *Questions d'économie de la santé* 2, S. 1–4.
Medicare Payment Advisory Commission (2018): Outpatient Hospital Services Payment System. Payment basics. Washington D.C.
Medicare Payment Advisory Commission (2020): Report to Congress: Medicare Payment Policy. Chapter 5. Ambulatory surgical center services. Washington D.C.
Ministère de la santé et des sports (2009): Manuel des groupes homogènes de malades. 11ème version de la classification. Volume 1 Présentation et annexes générales. Fascicule spécial n° 2009/4bis. Paris: Ministère de la santé et des sports.
Ministère des solidarités et de la santé (2020): Manuel des groupes homogènes de malades. Version 2020 de la classification. Volume 1 Présentation et annexes générales. Fascicule spécial n° 2020/5 bis. Paris.
Morgan, D.; Gmeinder, M.; Wilkens, J. (2017): An OECD analysis of health spending in Norway. DOI: 10.1787/63302bbf-en.
NHS England; Monitor (2013): 2014/15 National Tariff Payment System. London: Monitor.
NHS England; NHS Improvement (2019): 2019/20 National Tariff Payment System. A joint publication by NHS England and NHS Improvement. London: NHS Improvement.
OECD (2020): Health care utilisation. Surgical Procedures. Paris. Online verfügbar unter https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PROC.
Riksrevisjonen (2013): Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus. Dokument 3:4 (2013-2014). Oslo: Riksrevisjonen.
Riksrevisjonen (2015): Undersøkelse av helseforetakenes aktivitetsutvikling innen dag- og døgnkirurgisk pasientbehandling. Dokument 3:2 (2015–2016). Oslo: Riksrevisjonen.
Ruckley, C. V.; Ludgate, C. M.; Maclean, M.; Espley, A. J. (1973): Major outpatient surgery. In: *The Lancet* 302 (7839), S. 1193–1196. DOI: 10.1016/S0140-6736(73)92951-6.
Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung.Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft:Berlin.
ScanSanté (2020): Analyse de l'activité. Statistique oar groupe, diagnostic, acte. MCO par GHM ou racine. Online verfügbar unter https://www.scansante.fr/applications/statistiques-activite-MCO-par-GHM, zuletzt aktualisiert am 15.09.2020.
Sosial- og helsedepartementet (1996): St. meld. nr. 44. Ventetidsgarantien - kriterier og finansiering. Tilråding fra Sosial- og helsedepartementet av 31. mai 1996, godkjent i statsråd samme dag. Oslo.

Sosial- og helsedirektoratet (2007a): Innsatsstyrt finansiering 2007. Regelverk. Oslo.
Sosial- og helsedirektoratet (2007b): Innsatsstyrt finansiering i helsetjenesten. En vurdering og aktuelle tiltak. Rapport. Oslo.
Statens Forvaltningstjeneste (1996): Norgens Offentlige Utredninger (NOU) 1966:5. Hvem skal eie sykehusene? Utredning fra et utvalg oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet 1. september 1995. Hg. v. Statens Trykning. Oslo.
Statens Forvaltningstjeneste (2002): Norges offentlige utredninger (NOU) 2003:1. Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten. Innstilling fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon av 1. februar 2002. Avgitt til Helsedepartementet 17. desember 2002. Oslo: Statens forvaltningstjeneste. Informasjonsforvaltninge.
Sundhedsdatastyrelsen (2016): Takstsystem. Vejledning 2017. København: Sundhedsdatastyrelsen.
Sundhedsdatastyrelsen (2018): Takstsystem 2018. Vejledning. København: Sundhedsdatastyrelsen.
Sundhedsdatastyrelsen (2020): Takstsystem 2020. Vejledning. København: Sundhetdsdatastyrelsen.

Anhang

Tabelle 1: Aufgliederung der OPS nach Fünf- und Sechstellerebene und Bezeichnung

Nr	Viersteller	Name	Dazugehöriger Fünf- und Sechssteller aus dem AOP-Katalog
1	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	1-275.0, 1-275.1, 1-275.2, 1-275.3, 1-275.4, 1-275.5
2	1-442	Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	1-442.0, 1-442.2
3	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	1-444.6, 1-444.7
4	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	1-471.2
5	1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	1-472.0
6	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	-
7	1-641	Diagnostische retrograde Darstellung der Pankreaswege	-
8	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	-
9	1-650	Diagnostische Koloskopie	1-650.0, 1-650.1, 1-650.2
10	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	-
11	1-663	Diagnostische Urethrozystoskopie einer augmentierten Harnblase	1-663.0, 1-663.1
12	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	-
13	1-694	Diagnostische Laparoskopie	-
14	1-697	Diagnostische Arthroskopie	1-697.0, 1-697.1, 1-697.2, 1-697.3, 1-697.6, 1-697.7, 1-697.8
15	3-600	Arteriographie der intrakraniellen Gefäße	-
16	3-601	Arteriographie der Gefäße des Halses	-
17	3-602	Arteriographie des Aortenbogens	-
18	3-603	Arteriographie der thorakalen Gefäße	-
19	3-604	Arteriographie der Gefäße des Abdomens	-
20	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	-
21	3-606	Arteriographie der Gefäße der oberen Extremitäten	-

22	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	-
23	3-608	Superselektive Arteriographie	-
24	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	5-056.0, 5-056.3, 5-056.40 5-056.41 5-056.5 5-056.7, 5-056.8, 5-056.9
25	5-057	Neurolyse und Dekompression eines Nerven mit Transposition	5-057.3, 5-057.4, 5-057.5, 5-057.7, 5-057.8, 5-057.9
26	5-139	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare	5-139.0, 5-139.10, 5-139.11, 5-139.12, 5-139.2
27	5-142	Kapsulotomie der Linse	5-142.0, 5-142.1, 5-142.2, 5-142.3
28	5-144	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]	5-144.20, 5-144.25, 5-144.26, 5-144.27, 5-144.29, 5-144.2a, 5-144.2b, 5-144.2c, 5-144.2e, 5-144.2f, 5-144.2g, 5-144.2j, 5-144.30, 5-144.35, 5-144.36, 5-144.37, 5-144.39, 5-144.3a, 5-144.3b, 5-144.3c, 5-144.3e, 5-144.3f, 5-144.3g, 5-144.3j, 5-144.40, 5-144.45,5-144.46, 5-144.47, 5-144.49, 5-144.4a, 5-144.4b, 5-144.4c, 5-144.4e, 5-144.4f, 5-144.4g, 5-144.4j, 5-144.50, 5-144.55, 5-144.56, 5-144.57, 5-144.59, 5-144.5a, 5-144.5b, 5-144.5c, 5-144.5e, 5-144.5f, 5-144.5g, 5-144.5j
29	5-149	Andere Operationen an der Linse	5-149.0
30	5-200	Parazentese [Myringotomie]	5-200.4; 5-200.5
31	5-214	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums	5-214.0, 5-214.3, 5-214.4, 5-214.5, 5-214.6, 5-214.70
32	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	5-215.3
33	5-281	Tonsillektomie (ohne Adenotomie)	5-281.5
34	5-282	Tonsillektomie mit Adenotomie	5-282.1
35	5-285	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	5-285.0, 5-285.1
36	5-300	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx	5-300.0, 5-300.1, 5-300.2, 5-300.5, 5-300.7
37	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	5-378.01, 5-378.02, 5-378.18, 5-378.31, 5-378.32, 5-378.41, 5-378.42, 5-378.51, 5-378.52, 5-378.61, 5-378.62, 5-378.71, 5-378.72, 5-378.81, 5-378.82, 5-378.b0, 5-378.b3
38	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	5-385.4, 5-385.5, 5-385.6, 5-385.70, 5-385.72, 5-385.74, 5-385.80, 5-385.82, 5-385.84, 5-385.90, 5-385.92, 5-385.94, 5-385.96, 5-385.d0, 5-385.d1, 5-385.d2
39	5-392	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes	5-392.0, 5-392.10, 5-392.11, 5-392.2, 5-392.30
40	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	5-399.1, 5-399.5, 5-399.7, 5-399.b0, 5-399.b1, 5-399.b2, 5-399.c, 5-399.d

41	5-429	Andere Operationen am Ösophagus	5-429.5, 5-429.8, 5-429.j1, 5-429.jc, 5-429.k1
42	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	5-452.60, 5-452.61, 5-452.62, 5-452.63, 5-452.70, 5-452.71, 5-452.72, 5-452.73, 5-452.80, 5-452.82, 5-452.90, 5-452.92
43	5-469	Andere Operationen am Darm	5-469.21
44	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	5-490.0
45	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	5-492.00, 5-492.1
46	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	5-493.2, 5-493.6
47	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	5-513.1, 5-513.20, 5-513.21, 5-513.22, 5-513.23, 5-513.24, 5-513.25, 5-513.5, 5-513.a, 5-513.b, 5-513.c, 5-513.d
48	5-526	Endoskopische Operationen am Pankreasgang	5-526.1, 5-526.20, 5-526.21, 5-526.22, 5-526.23, 5-526.24, 5-526.25, 5-526.a, 5-526.b, 5-526.d
49	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	5-530.00, 5-530.01, 5-530.02, 5-530.1, 5-530.31, 5-530.32, 5-530.33, 5-530.34, 5-530.5, 5-530.72, 5-530.73, 5-530.74
50	5-531	Verschluss einer Hernia femoralis	5-531.0, 5-531.1, 5-531.31, 5-531.32, 5-531.33, 5-531.34, 5-531.5, 5-531.72, 5-531.73, 5-531.74
51	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	5-534.01, 5-534.02, 5-534.1, 5-534.34
52	5-535	Verschluss einer Hernia epigastrica	5-535.0, 5-535.1
53	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	5-536.0, 5-536.10
54	5-562	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung	5-562.2, 5-562.3, 5-562.4, 5-562.5, 5-562.8, 5-562.9
55	5-611	Operation einer Hydrocele testis	
56	5-624	Orchidopexie	5-624.4, 5-624.5
57	5-631	Exzision im Bereich der Epididymis	5-631.0, 5-631.1, 5-631.2
58	5-640	Operationen am Präputium	5-640.2, 5-640.3
59	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	5-651.82, 5-651.92, 5-651.b2
60	5-653	Salpingoovariektomie	5-653.32, 5-653.62, 5-653.72, 5-653.82, 5-653.92
61	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	5-690.0, 5-690.1, 5-690.2
62	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.00, 5-787.01, 5-787.02, 5-787.03, 5-787.04, 5-787.05, 5-787.07, 5-787.08, 5-787.09, 5-787.0a, 5-787.0b, 5-787.0d, 5-787.0e, 5-787.0f, 5-787.0g, 5-787.0h, 5-787.0j, 5-787.0k, 5-787.0m, 5-787.0n, 5-787.0p, 5-787.0q, 5-787.0r, 5-787.0s, 5-787.0t, 5-787.0u, 5-787.0v, 5-787.10, 5-787.11, 5-787.12, 5-787.13, 5-787.14,

			5-787.15, 5-787.16, 5-787.17, 5-787.18, 5-787.19, 5-787.1a, 5-787.1b, 5-787.1c, 5-787.1f, 5-787.1g, 5-787.1h, 5-787.1j, 5-787.1k, 5-787.1m, 5-787.1n, 5-787.1p, 5-787.1q, 5-787.1r, 5-787.1s, 5-787.1t, 5-787.1u, 5-787.1v, 5-787.1w, 5-787.1z, 5-787.20, 5-787.21, 5-787.22, 5-787.23, 5-787.24, 5-787.25, 5-787.26, 5-787.27, 5-787.28, 5-787.29, 5-787.2a, 5-787.2b, 5-787.2c, 5-787.2f, 5-787.2g, 5-787.2h, 5-787.2j, 5-787.2k, 5-787.2m, 5-787.2n, 5-787.2p, 5-787.2q, 5-787.2r, 5-787.2s, 5-787.2t, 5-787.2u, 5-787.2v, 5-787.2w, 5-787.2z, 5-787.30, 5-787.31, 5-787.33, 5-787.34, 5-787.35, 5-787.36, 5-787.37, 5-787.38, 5-787.39, 5-787.3a, 5-787.3b, 5-787.3c, 5-787.3k, 5-787.3m, 5-787.3n, 5-787.3p, 5-787.3q, 5-787.3r, 5-787.3s, 5-787.3t, 5-787.3u, 5-787.3v, 5-787.3w, 5-787.3z, 5-787.43, 5-787.4k, 5-787.4n, 5-787.5h, 5-787.5k, 5-787.61, 5-787.62, 5-787.63, 5-787.64, 5-787.65, 5-787.66, 5-787.67, 5-787.68, 5-787.69, 5-787.82, 5-787.83, 5-787.90, 5-787.91, 5-787.92, 5-787.93, 5-787.94, 5-787.95, 5-787.96, 5-787.97, 5-787.98, 5-787.99, 5-787.9a, 5-787.9b, 5-787.9c, 5-787.9d, 5-787.9f, 5-787.9g, 5-787.9h, 5-787.9j, 5-787.9k, 5-787.9m, 5-787.9n, 5-787.9p, 5-787.9q, 5-787.9r, 5-787.9s, 5-787.9t, 5-787.9u, 5-787.9v, 5-787.9w, 5-787.cd, 5-787.ce, 5-787.cf, 5-787.cg, 5-787.ch, 5-787.ck, 5-787.cm, 5-787.cn, 5-787.cp, 5-787.cq, 5-787.cr, 5-787.cs, 5-787.ct, 5-787.eh, 5-787.ek, 5-787.en, 5-787.es, 5-787.et, 5-787.eu, 5-787.ev, 5-787.g0, 5-787.g1, 5-787.g2, 5-787.g3, 5-787.g4, 5-787.g5, 5-787.g6, 5-787.g7, 5-787.g8, 5-787.g9, 5-787.gb, 5-787.gc, 5-787.gh, 5-787.gk, 5-787.gm, 5-787.gn, 5-787.gp, 5-787.gq, 5-787.gr, 5-787.gv, 5-787.gw, 5-787.k0, 5-787.k1, 5-787.k3, 5-787.k5, 5-787.k6, 5-787.k7, 5-787.ka, 5-787.kk, 5-787.km, 5-787.kn, 5-787.kq, 5-787.kr, 5-787.ks, 5-787.ku, 5-787.kv, 5-787.kz, 5-787.m2, 5-787.m3, 5-787.m4, 5-787.m5, 5-787.m6, 5-787.m8, 5-787.m9, 5-787.ma, 5-787.mf, 5-787.mg, 5-787.mh, 5-787.mk, 5-787.mm, 5-787.mn, 5-787.mq, 5-787.mr, 5-787.ms, 5-787.mt, 5-787.mu, 5-787.n1, 5-787.n2, 5-787.n3, 5-787.n4, 5-787.n5, 5-787.n6, 5-787.n7, 5-787.n8, 5-787.n9, 5-787.na, 5-787.nb, 5-787.nc, 5-787.nd, 5-787.nf, 5-787.ng, 5-787.nh, 5-787.nk, 5-787.nm, 5-787.nn, 5-787.np, 5-787.nq, 5-787.nr, 5-787.ns, 5-787.nt, 5-787.ps, 5-787.pt, 5-787.pu, 5-787.pv
63	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fuße	5-788.00, 5-788.06, 5-788.07, 5-788.08, 5-788.09, 5-788.0a, 5-788.0b, 5-788.0c, 5-788.0d, 5-788.0e, 5-788.52, 5-788.56, 5-788.57, 5-788.5c, 5-788.5d, 5-788.5e, 5-788.5f, 5-788.5g, 5-788.5j, 5-788.60, 5-788.61, 5-788.62, 5-788.63, 5-788.64, 5-788.65, 5-788.66, 5-788.67, 5-788.68, 5-788.69

64	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	5-790.06, 5-790.09, 5-790.0a, 5-790.0b, 5-790.0c, 5-790.0q, 5-790.0r, 5-790.0u, 5-790.0v, 5-790.0w, 5-790.10, 5-790.11, 5-790.13, 5-790.16, 5-790.17, 5-790.19, 5-790.1a, 5-790.1b, 5-790.1c, 5-790.1q, 5-790.1r, 5-790.1v, 5-790.1w, 5-790.20, 5-790.24, 5-790.25, 5-790.26, 5-790.27, 5-790.28, 5-790.29, 5-790.2b, 5-790.2c, 5-790.2p, 5-790.2q, 5-790.2r, 5-790.2v, 5-790.2w, 5-790.64, 5-790.65, 5-790.66, 5-790.67, 5-790.68, 5-790.69, 5-790.6a, 5-790.6b, 5-790.6c, 5-790.6v, 5-790.94, 5-790.95, 5-790.96, 5-790.97, 5-790.98, 5-790.99, 5-790.9a, 5-790.9b, 5-790.9c, 5-790.9q, 5-790.9r, 5-790.9v, 5-790.9w, 5-790.m5, 5-790.m6, 5-790.m8, 5-790.m9, 5-790.mb
65	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	5-810.00, 5-810.01, 5-810.03, 5-810.04, 5-810.05, 5-810.06, 5-810.07, 5-810.08, 5-810.09, 5-810.0h, 5-810.0k, 5-810.0q, 5-810.0t, 5-810.20, 5-810.24, 5-810.25, 5-810.27, 5-810.2h, 5-810.2k, 5-810.2q, 5-810.2s, 5-810.2t, 5-810.30, 5-810.34, 5-810.35, 5-810.37, 5-810.3g, 5-810.3h, 5-810.3k, 5-810.3m, 5-810.3q, 5-810.3t, 5-810.40, 5-810.41, 5-810.44, 5-810.45, 5-810.47, 5-810.4h, 5-810.4k, 5-810.4q, 5-810.4s, 5-810.4t, 5-810.67, 5-810.80, 5-810.84, 5-810.85, 5-810.87, 5-810.8h, 5-810.8k, 5-810.8s, 5-810.8t, 5-810.90, 5-810.91, 5-810.94, 5-810.95, 5-810.97, 5-810.9h, 5-810.9k, 5-810.9s, 5-810.9t
66	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	5-811.07, 5-811.0h, 5-811.1h, 5-811.20, 5-811.21, 5-811.24, 5-811.25, 5-811.27, 5-811.2h, 5-811.2k, 5-811.2m, 5-811.2s, 5-811.2t, 5-811.30, 5-811.31, 5-811.34, 5-811.35, 5-811.37, 5-811.3h, 5-811.3s, 5-811.3t
67	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	5-812.00, 5-812.01, 5-812.04, 5-812.05, 5-812.07, 5-812.0h, 5-812.0k, 5-812.0q, 5-812.0s, 5-812.0t, 5-812.30, 5-812.34, 5-812.35, 5-812.37, 5-812.3h, 5-812.3k, 5-812.3m, 5-812.3s, 5-812.3t, 5-812.5, 5-812.6, 5-812.7, 5-812.97, 5-812.9h, 5-812.9k, 5-812.b, 5-812.e0, 5-812.e1, 5-812.e4, 5-812.e5, 5-812.e7, 5-812.eh, 5-812.ek, 5-812.eq, 5-812.es, 5-812.et, 5-812.f0, 5-812.f1, 5-812.f4, 5-812.f5, 5-812.f7, 5-812.fh, 5-812.fk, 5-812.fs, 5-812.ft, 5-812.n0
68	5-813	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenke	5-813.0, 5-813.2, 5-813.3, 5-813.4, 5-813.5, 5-813.9
69	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	5-814.1, 5-814.3, 5-814.5
70	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	5-897.0
71	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	8-137.00, 8-137.02, 8-137.10, 8-137.12, 8-137.2

72	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	8-201.0, 8-201.3, 8-201.4, 8-201.5, 8-201.6, 8-201.7, 8-201.8, 8-201.9, 8-201.a, 8-201.b, 8-201.c, 8-201.d, 8-201.n, 8-201.p, 8-201.q, 8-201.r, 8-201.s, 8-201.t, 8-201.u
73	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	8-836.02, 8-836.03, 8-836.0e, 8-836.0q, 8-836.0s, 8-836.13, 8-836.1e, 8-836.1h, 8-836.1k, 8-836.23, 8-836.2e, 8-836.2h, 8-836.2k, 8-836.33, 8-836.3e, 8-836.3h, 8-836.3k, 8-836.83, 8-836.8e

Tabelle 2: Aufgliederung der Top OPS nach Fallzahlen und den ersten zwei Top DRGs

In dieser Tabelle finden Sie die jeweilige OPS aus der Tabelle 3 im Hauptteil der Expertise und ihre Gesamtfallzahl nach Anwendung der Ausschlusskriterien mit allen Verweildauern. Rechts davon befinden sich die gesamte Fallzahl an Fällen mit einer Verweildauer von einem Tag, die sowie die zwei häufigsten DRGs (DRG1/DRG2), über welche diese Fälle abgerechnet werden, sowie ihre Fallzahl (FZ) und ihren prozentualen Anteil (%) an allen Fällen mit einer Verweildauer von einem Tag. Rechts davon finden sie ebendiese Ausleitung für Fälle mit einer Verweildauer von zwei bis drei Tagen.

			Verweildauer = 1								Verweildauer = 2-3							
Nr.	**OPS**	**Fallzahl**	**Gesamt**	**DRG1**	**FZ**	**%**	**DRG2**	**FZ**	**%**	**∑**	**Gesamt**	**DRG1**	**FZ**	**%**	**DRG2**	**FZ**	**%**	**∑I**
1	**5-810/1 /2/3/4**	558.439	193.023	I18B	78.757	**41**	I24B	37.311	**19**	**56**	274.191	I30B	60.565	**22**	I16B	57.207	**21**	**55**
2	**1-275**	632.834	174.211	F49G	84.582	**49**	F58B	47.961	**28**	**77**	164.324	F49G	60.128	**37**	F58B	33.748	**21**	**58**
3	**5-530/1/4/56**	195.615	109.205	G24C	85.386	**78**	G24B	8.560	**8**	**86**	62.730	G24C	42.331	**67**	G09Z	8.318	**13**	**81**
4	**1-650**	539.644	94.218	G71Z	32.376	**34**	G67C	22.198	**24**	**58**	146.342	G67C	34.885	**24**	G67B	26.621	**18**	**42**
5	**3-603-8**	309.098	76.778	F59F	28.887	**38**	F59D	13.233	**17**	**55**	79.240	F59F	15.661	**20**	F59D	14.914	**19**	**39**
6	**5-139/142/ 144/149**	162.454	73.715	C08B	63.500	**86**	C20B	3.013	**4**	**90**	59.162	C08B	24.949	**42**	C03B	13.137	**22**	**64**
7	**5-385**	105.367	66.592	F39B	57.631	**87**	F39A	8.669	**13**	**100**	34.608	F39B	26.341	**76**	F39A	7.920	**23**	**99**
8	**8-137**	241.874	59.146	L64B	24.842	**42**	L20B	12.229	**21**	**63**	92.876	L64B	25.302	**27**	L20C	24.242	**26**	**64**
9	**5-452**	172.581	45.621	G71Z	33.130	**73**	G67A	2.744	**6**	**79**	51.343	G71Z	22.351	**44**	G67B	10.237	**20**	**64**
10	**5-787**	107.653	42.661	I23B	21.776	**51**	I23C	11.116	**26**	**77**	27.898	I23B	10.655	**38**	I23C	2.692	**10**	**47**
11	**1-444**	212.157	36.916	G71Z	11.766	**32**	G67C	9.825	**27**	**59**	57.300	G67C	16.170	**28**	G71Z	9.142	**16**	**44**
12	**8-836**	109.540	35.167	F59F	19.766	**56**	F59D	7.717	**22**	**78**	32.899	F59F	11.090	**34**	F59D	9.995	**30**	**64**
13	**1-672**	51.695	28.976	N10Z	13.008	**45**	N25Z	7.405	**26**	**71**	15.830	N25Z	3.827	**24**	N10Z	2.735	**17**	**41**
14	**1-661**	131.109	27.922	L64B	8.735	**31**	L06C	3.971	**14**	**45**	43.911	L20C	10.254	**23**	L64B	9.094	**21**	**44**
15	**5-690**	41.822	25.330	O04C	14.828	**59**	N10Z	5.993	**23**	**82**	11.016	O04C	5.432	**49**	N10Z	1.328	**12**	**61**

16	**5-611/624 /631/640**	46.462	24.698	M04D	13.573	**55**	M04C	4.242	**17**	**75**	14.316	M04D	7.744	**54**	M04C	2.054	**14**	**67**
17	**1-471/2**	38.828	24.543	N10Z	9.222	**38**	N09B	8.859	**36**	**74**	9.137	N10Z	2.101	**23**	N25Z	1.861	**20**	**43**
18	**5-513 /526**	159.503	23.283	H41E	12.878	**55**	H41D	9.326	**40**	**95**	28.670	H41D	17.508	**61**	H41E	8.026	**28**	**89**
19	**5-490/2/3**	46.022	22.176	G26B	20.720	**93**	J09B	408	**2**	**95**	16.410	G26B	15.005	**91**	G26A	539	**3**	**94**
20	**5-562**	83.929	21.882	L20C	9.744	**45**	L20B	9.461	**43**	**88**	39.763	L20C	18.271	**46**	L20B	15.465	**39**	**85**
21	**5-214/5**	121.693	20.963	D38Z	13.953	**67**	D06C	6.019	**29**	**96**	70.273	D38Z	34.417	**49**	D06C	30.873	**44**	**93**
22	**5-200**	43.204	19.991	D13B	13.191	**66**	D30B	5.019	**25**	**91**	14.077	D30B	7.948	**56**	D13B	2.918	**21**	**77**
23	**5-285**	35.923	19.720	D13B	12.934	**66**	D30B	5.749	**29**	**95**	11.928	D30B	8.303	**70**	D13B	1.853	**16**	**86**
24	**5-788**	98.324	19.023	I20F	13.464	**71**	I20E	3.763	***20***	**91**	54.802	I20F	25.225	**46**	I20E	16.337	**30**	**76**
25	**5-790**	42.674	19.893	I59Z	7.412	**37**	I32F	3.685	**19**	**56**	15.176	I59Z	6.596	**43**	I24A	2.126	**14**	**59**
26	**1-640/1/2**	93.811	16.503	H41E	10.551	**64**	H41D	4.947	**30**	**94**	17.263	H41D	8.276	**48**	H41E	6.735	**39**	**87**
27	**3-600/1/2**	71.977	13.705	B70I	6.460	**47**	B81B	1.508	**11**	**58**	14.807	B04C	2.401	**14**	B70F	2.129	**14**	**27**
28	**5-399**	75.121	13.691	J11B	2.052	**15**	F75C	1.595	**12**	**27**	14.275	E71D	1.267	**9**	G60B	1.208	**8**	**17**
29	**5-056/7**	46.464	13.038	B05Z	5.428	**42**	B17E	2.294	**18**	**60**	15.176	B17E	1.491	**10**	B05Z	1.491	**10**	**20**
30	**5-897**	22.473	13.025	J09B	12.383	**95**	J09A	502	**4**	**99**	7.361	J09B	6.648	**90**	J09A	469	**6**	**96**