



AMBULANTISIERUNG ALS RIESENCHANCE FÜR OPERATEURE IN MVZ UND PRAXIS?

Berlin, 22.09.2023



© KINIOS GmbH | Streng vertraulich

1

Politische Aktivitäten zum Thema ambulantes Operieren

Maßnahme	Inhalt	Beteiligte	betrifft
§ 115e SGBV (neu)	tagesgleiche Behandlungen	KHG	Krankenhaus
Weiterentwicklung § 115b	Gesetzlicher Auftrag MDK Reformgesetz	KBV, KHG, GKV-Spitzenverband	Krankenhaus, niedergelassene Ärzte
Verhandlungen im Honorarausschuss	Förderung stationersetzende Operationen	KBV, GKV-Spitzenverband	Krankenhaus, niedergelassene Ärzte
§ 115f SGBV (neu)	spezielle sektorengleiche Vergütung für AOP nach §115b SGBV	BMG seit 01.04.2023	Krankenhaus, niedergelassene Ärzte
Krankenhaus-reformgesetz	Neuordnung der Vergütung und Behandlung	In Arbeit (Anfang Oktober)	???

© KINIOS GmbH | Streng vertraulich



2



§ 115e SGBV (neu)

Zugelassene Krankenhäuser können in medizinisch geeigneten Fällen, wenn eine Indikation für eine stationäre somatische Behandlung vorliegt, mit Einwilligung der Patienten anstelle einer vollstationären Behandlung, eine tagesstationäre Behandlung ohne Übernachtung im Krankenhaus erbringen

Von der tagesstationären Behandlung ausgenommen sind Versicherte, die Anspruch auf Leistungen nach § 37 SGB V haben sowie alle Leistungen nach den §§ 115b, 115f und 121 SGB V Leistungen, die auf der Grundlage der §§ 116, 116a, 117, 118a, 119 SGB V oder sonstiger Ermächtigungen ambulant erbracht werden können

An jedem tagesstationären Behandlungstag muss ein mindestens sechsstündiger Aufenthalt der Patientinnen und Patienten im behandelnden Krankenhaus erfolgen, währenddessen überwiegend ärztliche oder pflegerische Behandlung erbracht wird. Die tagesstationäre Behandlung entspricht hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung

Eine tagesstationäre Behandlung liegt vor, wenn der für die Tagesbehandlung erforderliche mindestens sechsstündige Aufenthalt, innerhalb dessen überwiegend ärztliche oder pflegerische Behandlung erbracht wird, zwischen 6:00 Uhr und 22:00 Uhr liegt

Sofern der Patient ungeplant vor 6:00 Uhr des Folgetages in das Krankenhaus zurückkehrt, liegt keine tagesstationäre Behandlung vor

Vereinbarung vom 22.02.2023

KINIOS

© KINIOS GmbH | Streng vertraulich

3

Weiterentwicklung § 115b SGBV

Was ist übrig geblieben?

§ 8 Vertrag § 115b ab 01.01.2023

Allgemeine Tatbestände, bei deren Vorliegen die stationäre Durchführung von Leistungen gemäß Anlage 1 erforderlich sein kann (Kontextfaktoren)

Allgemeine Tatbestände, bei deren Vorliegen die stationäre Durchführung von Leistungen gemäß § 115b Absatz 1 Satz 3 SGB V erforderlich sein kann (im Folgenden Kontextfaktoren), sind Anlage 2 zu entnehmen. **Die Kontextfaktoren dienen der Begründung einer stationären Durchführung von Leistungen nach § 3 dieses Vertrags, die regelhaft ambulant erbracht werden können.** Das Vorliegen eines Kontextfaktors nach Satz 1 ist ausreichend für die Begründung einer stationären Durchführung einer Leistung nach § 3. Dennoch kann jede Leistung auch bei Vorliegen einer oder mehrerer Kontextfaktoren weiterhin ambulant erbracht werden, sofern dies aus medizinischen Gründen vertretbar ist.

Die Kontextfaktoren sind vom Krankenhaus zu dokumentieren und im Rahmen der Abrechnung eines vollstationären Krankenhausfalles nach § 301 SGB V zu übermitteln. Für die Dokumentation der Kontextfaktoren gelten die Regelungen der Deutschen Kodierrichtlinien in der jeweils aktuellen Fassung.

Liegen abweichend von den in Anlage 2 genannten Kontextfaktoren medizinische Gründe oder soziale Gründe vor, die dazu führen, dass die Versorgung der Patientin bzw. des Patienten in der Häuslichkeit nicht sichergestellt werden kann und dadurch der medizinische Behandlungserfolg gefährdet ist, so sind diese Gründe bei einer stationären Durchführung der Leistung nach Anlage 1 fallindividuell darzustellen. (4) Die Vertragspartner werden die Anwendung der Kontextfaktoren bis spätestens 31.12.2024 evaluieren und auf dieser Grundlage eine Weiterentwicklung der Kontextfaktoren vornehmen.

KINIOS

© KINIOS GmbH | Streng vertraulich

4



Weiterentwicklung § 115b SGB V

Kontextfaktoren

Nach § 115b Absatz 1 Satz 3 SGB V sind allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen die stationäre Durchführung von Leistungen gemäß § 115b SGB V erforderlich sein kann (§ 8 des AOP-Vertrags). Die allgemeinen Tatbestände, im Folgenden Kontextfaktoren genannt, sind der Anlage 2 des AOP-Vertrags zu entnehmen. Sie dienen der Begründung einer erforderlichen stationären Durchführung von Leistungen aus Anlage 1 (AOP-Katalog). Das Vorliegen eines Kontextfaktors aus Anlage 2 ist ausreichend für die Begründung einer stationären Durchführung. Dennoch kann jede Leistung auch bei Vorliegen einer oder mehrerer Kontextfaktoren weiterhin ambulant erbracht werden, sofern dies aus medizinischen Gründen vertretbar ist.

Zum 01.01.2023 werden die G-AEP-Kriterien durch die Kontextfaktoren ersetzt. In diesem Zusammenhang wird die bisherige Differenzierung der Leistungen im AOP-Katalog in die Kategorien 1 und 2 abgeschafft. Bisher bestehende OPS-bezogene Regelungen der Kategorienzuordnung wurden weitestgehend in die Kontextfaktoren integriert.

Erklärung GKV Spitzenverband und DKG (Auszug)

Die Kontextfaktoren im Sinne von § 8 AOP-Vertrag wurden ausschließlich für den Leistungsbereich des § 115b SGB V vereinbart und können daher auch nur für diesen Bereich zur Anwendung kommen. **Nur sofern eine im AOP-Katalog enthaltene Leistung ausnahmsweise stationär erbracht wird**, ist anhand der Kontextfaktoren die stationäre Durchführung zu begründen.

UPDATE EBM Vergütung AOP

Umsetzung im EBM zum 01.01.2023

- o 31.220 – Förderung der Ambulantisierung
 - 31451 – Zuschlag I
 - 31452 – Zuschlag II
 - 31453 – Zuschlag III
 - 31454 – Zuschlag IV
 - 31455 – Zuschlag V
 - 31456 – Zuschlag VI
 - 31457 – Zuschlag VII

Regelung sind im EBM verankert – Auswirkungen auf die Vergütung

Beispiel ASK	+ 75 € bis + 195 €
Beispiel Vorfuß	+ 255 €
Beispiel SAD	+ 300 € bis + 620 €
Beispiel Kreuzband	+ 245 € bis + 420 €
Beispiel RM Naht	+ 220 €

Förderzuschläge auch bei Simultaneingriffen

Die Förderzuschläge sind über den OPS-Kode den jeweiligen Eingriffen zugeordnet. Sie werden gezahlt, sobald der Eingriff erfolgt. Dabei ist unerheblich, ob die Operation isoliert oder in Kombination mit einem weiteren OP-Verfahren durchgeführt wird. Das heißt: Auch bei Simultaneingriffen werden die Zuschläge gewährt. Dabei gilt:

- Der Förderzuschlag kann neben den Zeitzuschlägen für den Simultaneingriff abgerechnet werden.
- Der Förderzuschlag ist unabhängig davon berechnungsfähig, ob der geförderte Eingriff als der Haupteingriff des Simultaneingriffes gewertet wird oder nicht.
- Bei beidseitigen Eingriffen, die nach dem Schema für Simultaneingriffe berechnet werden, kann der Förderzuschlag für jede Seite einzeln berechnet werden.



Gesetzgebung § 115f SGBV

§ 115 f SGBV

Spezielle sektorengleiche Vergütung, Verordnungsermächtigung

1. Die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 vereinbaren bis zum 31. März 2023 eine spezielle sektorengleiche Vergütung, die unabhängig davon erfolgt, ob die vergütete Leistung ambulant oder stationär erbracht wird, und für welche der in dem nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Katalog genannten Leistungen Vergütung nach Nummer 1 erfolgt.
2. Als Kriterien bei der Auswahl von Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sind insbesondere eine hohe Fallzahl im Krankenhaus, eine kurze Verweildauer und ein geringer klinischer Komplexitätsgrad zu berücksichtigen. Die Auswahl von Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ist im Abstand von jeweils zwei Jahren zu überprüfen und, sofern erforderlich, anzupassen, erstmals spätestens bis zum 31. März 2025.
3. Zur Erbringung der nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten oder durch Rechtsverordnung nach Absatz 4 bestimmten Leistungen und zur Abrechnung der nach Absatz 1 Satz 2 kalkulierten Fallpauschale berechtigt sind die nach § 95 Absatz 1 Satz 1 sowie § 108 an der Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer, die die in § 115b Absatz 1 Satz 5 genannten Qualitätsvoraussetzungen erfüllen. Die Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Die in Satz 1 genannten Leistungserbringer können die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung oder Dritte gegen Aufwandsersatz mit der Abrechnung von nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten oder durch Rechtsverordnung nach Absatz 4 bestimmten Leistungen beauftragen. Die Prüfung der Abrechnung und der Wirtschaftlichkeit sowie der Qualität der Leistungserbringung erfolgt durch die Krankenkassen, die hiermit eine Arbeitsgemeinschaft oder den Medizinischen Dienst beauftragen können. § 295 Absatz 1b Satz 1, § 295a und § 301 Absatz 1 und 2 gelten für die jeweiligen in Satz 1 genannten Leistungserbringer entsprechend.

Gesetzgebung § 115f SGBV

§ 115 f SGBV

Spezielle sektorengleiche Vergütung, Verordnungsermächtigung

4. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates die spezielle sektorengleiche Vergütung und die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 zu vereinbarenden Leistungen zu bestimmen, soweit eine Vereinbarung der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 oder eine Anpassung nach Absatz 2 Satz 2 ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht zustande gekommen ist. Zur Vorbereitung einer Regelung nach Satz 1 sind die einzelnen in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien, der Bewertungsausschuss für die in § 87 Absatz 1 Satz 1 genannten ärztlichen Leistungen, der nach § 87 Absatz 5a Satz 1 ergänzte Bewertungsausschuss, das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit unmittelbar und unverzüglich nach dessen Weisungen zuzuarbeiten.
5. Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien evaluieren die Auswirkungen der speziellen sektorengleichen Vergütung auf die Versorgung der Versicherten, auf die Vergütungen der Leistungserbringer sowie auf die Ausgaben der Krankenkassen auf der Grundlage nicht personenbezogener Leistungsdaten in einem Abstand von jeweils 18 Monaten und legen dem Bundesministerium für Gesundheit, erstmals am 1. April 2024, einen Bericht über das Ergebnis der Evaluation vor.



Gesetzgebung § 115f SGBV

Kernaussagen aus der BT Drucksache 20/4708 (neu)

- die Vertragsparteien (Anmerkung KBV, KHG, GKV Spitzenverband) beauftragt, bis zum 31. März 2023 eine spezielle sektorengleiche Vergütung sowie eine Auswahl von Leistungen des Katalogs ambulant durchführbarer Operationen, Nummer 1 (AOP-Katalog) zu vereinbaren, auf die die spezielle sektorengleiche Vergütung angewendet wird, ob die Leistung ambulant oder stationär durchgeführt wird.
- Für die sektorengleichen Leistungen gilt grundsätzlich ein Abrechnungsausschluss anderer als der speziellen sektorengleichen Vergütungen.
- ist es möglich, komplexe und betreuungsintensive Fälle, in einem Nachbeobachtungsbett erfordern, angemessen von weniger komplexen Fällen abzugrenzen
- Die spezielle sektorengleiche Vergütung soll auf eine Auswahl an Leistungen mit besonders hohem Ambulantisierungspotenzial angewendet werden. Kriterien insbesondere eine hohe Fallzahl im Krankenhaus, eine kurze Verweildauer (maximal 3 Tage) und ein geringer klinischer Komplexitätsgrad
- Zur Erbringung spezieller sektorengleicher Leistungen berechnigt sind alle Leistungserbringer, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen oder zur Krankenhausbehandlung zugelassene Krankenhäuser... damit als Leistungserbringer insbesondere ambulante Operationszentren, Praxiskliniken, medizinische Versorgungszentren
- Die Leistungserbringer rechnen die spezielle sektorengleiche Vergütung unmittelbar gegenüber der Krankenkasse ab.
- Die Krankenkassen prüfen die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung und können dazu auch den Medizinischen Dienst beauftragen.
- Es wird klargestellt, dass die angegebenen Datenübermittlungsvorschriften entsprechende Anwendung finden.

Mögliche Leistungen §115f SGBV

Tabelle 3: Identifizierte sektorengleiche Leistungsbereiche

Nr.	OPS (Merkmale)	Fallzahl*		Top DRG's bei VWD 1				
		VWD 1 [†]	VWD 1 [‡]	DRG 1	% DRG 2			
1	5-850/1 /2/3/4	993.023	487.234	528.439	888	41	244	19
2	5-295	174.271	138.591	632.834	14962	69	1909	28
3	5-580/1 /AL/	309.205	171.991	995.815	6246	78	2149	8
4	5-850	34.278	242.540	139.444	2172	34	1423	24
5	5-850/1/2 /3/4/5/6	76.778	136.078	939.098	1598	38	1592	17
6	5-199/1/2 /3/4/5/6	33.775	182.871	162.454	6388	86	2308	4
7	5-385	64.162	121.200	105.807	1799	87	1784	13
8	5-137	59.948	122.022	241.874	14448	42	1209	21
9	5-492	43.621	90.964	121.981	2172	71	1435	4
10	5-197	42.461	93.101	107.819	1139	91	121	21
11	5-1444	36.974	94.793	212.197	2172	32	1471	27
12	5-858	36.167	83.008	108.410	1549	64	1732	22
13	5-432	25.914	64.908	91.679	1052	43	1622	28
14	5-1441	27.922	71.813	101.509	1449	31	1042	14
15	5-589	25.930	66.948	49.812	1054	59	1621	14
16	5-81/1/2/3/4/5/6	24.898	59.074	46.462	1404	5	1042	17
17	5-472/2	24.543	51.680	38.428	1052	38	16298	36
18	5-512/2/3/4	23.281	51.951	109.053	1418	55	1425	40
19	5-850/2/3	22.176	38.886	46.022	2368	91	1099	2
20	5-562	21.882	61.641	81.929	1202	45	1203	43
21	5-294/5	20.964	91.234	121.899	2182	67	1042	29
22	5-280	19.991	34.264	43.204	2198	66	1303	25
23	5-285	19.702	47.643	51.711	1058	64	1209	25
24	5-788	19.021	41.813	98.324	1057	71	1037	20
25	5-278	18.891	32.040	42.414	2054	37	1207	20
26	5-440/1/2	18.561	31.746	99.891	1418	64	1410	19
27	5-625/2/3	18.203	33.711	93.937	8202	43	8839	17
28	5-189	17.617	27.666	35.101	108	10	1732	12
29	5-589/1/2	17.019	28.714	46.464	2052	42	101	18
30	5-497	15.023	23.389	22.478	2098	109	1054	4
	Summe	1.375.415	2.872.792	4.198.290				


Tabelle 3 des Gutachtens

„Identifizierung einer initialen Auswertung von Leistungsbereichen für eine sektorengleiche Vergütung“

Autoren:
 Prof. Dr. Jonas Schreyögg
 Dr. Ricarda Milstein
 Universität Hamburg
 Hamburg Center for Health Economics
 Esplanade 36
 20354 Hamburg
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheitsberichte/Expertise_sektorengleiche_Verguetung.pdf



Mögliche Vergütungshöhe § 115f SGBV

Gutachten des BVOU	Berechnungstool Barmer
Mischpreisbildung nach bisherigem Ambulantisierungsgrad. Der Einstieg in eine spezielle sektorengleiche Vergütung sieht die Kalkulation über bisherige Vergütungsvolumina und Fallzahlen für die jeweilige Leistung vor. Für den Bereich O&U ist eine initiale Preisbildung zwischen bisherigem EBM-Erlös und bisheriger DRG-Pauschale gewichtet nach dem bisherigen Grad der stationären beziehungsweise ambulanten Leistungserbringung geboten und in der Gesetzesbegründung auch sinnvollerweise erwähnt. Für die vorliegende Kalkulation wurden die aktuellen EBM-Preise oder DRG-Pauschalen bei durchschnittlicher Grenzverweildauer (ØVWD) berücksichtigt (Daten 2023).	Preissetzung bei ambulantisierbaren medizinischen Leistungen: Eine Analyse der Auswirkungen einer erhöhten ambulanten bzw. einheitlichen, sektorengleichen Vergütung 

Nutzung der Daten des BVOU und des Tools der Barmer zur Simulation der möglichen Auswirkungen für die Gruppe

Mögliche Vergütungshöhe § 115f SGBV

Bisherige Versuche die Höhe der Vergütung zu errechnen

3 FORDERUNG: AMBULANTISIERUNG

Setzen Sie die angekündigte Ambulantisierung jetzt um – mit gleichen Spielregeln für Krankenhäuser und Praxen!

HINTERGRUND: In Deutschland werden im internationalen Vergleich zu viele Eingriffe noch ausschließlich stationär durchgeführt, zu deutlich höheren Kosten. Mehr als 4 Millionen Operationen könnten ambulant erbracht werden, die immer noch stationär erfolgen. (Quelle: Gutachten des IGZ zu §115f SGB V, Schreyögg/Milstein 2021). Aktuell bezahlen die gesetzlichen Krankenkassen das Verfalte pro Hauptdiagnose-

gruppe für die stationäre Versorgung im Vergleich zur ambulanten Versorgung (Quelle: Auswertung des Zi, Vertragsärztliche Abrechnungsdaten, EBM, IM). Die Bundesregierung hat vor diesem Hintergrund eine umfassende Ambulantisierung angekündigt. Mit der Einführung der sektorengleichen Vergütung in das deutsche Gesundheitssystem könnte eine solche Lösung herbeigeführt werden.

Mit einer nachhaltigen Umsetzung werden dem Gesundheitssystem auf Dauer Kosten gespart und die Versorgung auf den Patienten fokussiert gebietet. Deutschlands Krankenhäuser werden von vielen unnötig stationär behandelten Fällen entlastet.

UNSERE VORSCHLÄGE ZUR LÖSUNG

Notwendige Voraussetzungen für eine gelingende Ambulantisierung sind ein umfassender Katalog der potenziell ambulantisierbaren Eingriffe sowie ein System mit gleichen Zugangsvoraussetzungen und gleicher Vergütung für Vertragsärzte und Krankenhäuser. Nur so wird ein echter Wettbewerb zwischen den unterschiedlichen Akteuren in der Versorgung der Patienten möglich. Ein konkreter Vorschlag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Hebung des Potenzials der Ambulantisierung liegt vor.

In diesem Zuge ist eine Entwicklung zu fördern, geeignete stationäre Strukturen sukzessive und standortertaltend durch ambulante Versorgungsangebote zu ersetzen. Damit könnte eine patienten- und versorgungsorientierte Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung nachhaltig realisiert werden. Vorschläge dazu enthält das von der KBV in Auftrag gegebene IGZ-Gutachten. www.kbv.de/media/sp/IGZ_konkret_Gutachten_2021.pdf

BT20/4708 zu §115 f Abs.1 SGBV beschreibt die Berechnung der sektoregleichen Vergütung

Anfangs bildet der im ambulanten und stationären Bereich erbrachte Gesamtaufwand sowie die Anzahl der ambulant und stationär erbrachten Fälle, aus dem jeweils zum Zeitpunkt der Kalkulation letzten verfügbaren Abrechnungsjahr, die Datenbasis zur Kalkulation der Fallpauschalen. Der Grad der Ambulantisierung sowie der bei ambulanter Durchführung wegfallende ausschließlich stationäre Ressourcenverbrauch können in die Kalkulation eingehen. Im Zusammenhang mit der Kalkulation ist auch der Leistungsinhalt der Fallpauschale festzulegen.



Entwicklung operative Versorgung (Eckpunktepapier vom 10.07.2023)

Folgende Punkte verändern die Abrechnungsfähigkeit

1. Abrechnungsausschluss für Leistungen des § 115f SGB V (sektorengleiche Vergütung oder Hybrid DRG)

Für die sektorengleichen Leistungen gilt grundsätzlich ein Abrechnungsausschluss anderer als der speziellen sektorengleichen Vergütungen (BT Drucksache 20/4708).

2. Einteilung von Leistungsgruppen in der Krankenhausversorgung

Punkt 3: Eckpunkte Papier vom 10.07.2023: Leistungsgruppen bilden medizinische Leistungen ab und dienen damit als Instrument einer leistungsdifferenzierten Krankenhausplanung.

3. Ausschluss stationärer Leistungen des Level II (oder II plus Fachklinik)

Punkt 5.4: Eckpunkte Papier vom 10.07.2023: Um den Leistungsumfang der sektorenübergreifenden Versorger (Level II-Krankenhäuser) zu bestimmen, wird bundesgesetzlich ein Katalog von stationären Leistungen definiert, die zukünftig nicht von sektorenübergreifenden Versorgern (Level II-Krankenhäuser) erbracht werden dürfen.

Datum offen

KINIOS

13

© KINIOS GmbH | Streng vertraulich

Preisgestaltung des EBM zum 01.01.2024

Verhandlungsergebnisse und weitere Verhandlungen für den Bereich der AOPs

1. Steigerung OW um 3,85 %.
2. Verhandlung: Hygienezuschlag für ambulante OPs
3. Verhandlung: Erhöhung Sachkosten KAP 40.



Die Ergebnisse im Überblick

- Die Finanzmittel für die ambulante Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten steigen zum 1. Januar 2024 um knapp vier Prozent. Dies entspricht einer Summe von rund 16 Milliarden Euro.
 - Der Orientierungswert erhöht sich dabei für alle ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen um 3,85 Prozent.
 - Die morbiditätsbedingte Veränderungsrate steigt durchschnittlich um 0,1 Prozent. Dies entspricht einem Finanzvolumen von rund 43 Millionen Euro.
- Die Verhandlungen zur Dynamisierung von Kostenpauschalen, zum Beispiel für Dialysen und Laboruntersuchungen, sowie über eine Vergütung des Mehraufwands von Arztpraxen infolge von Arzneimittelengpässen werden fortgeführt – ebenso zu den gestiegenen Hygienekosten bei ambulanten Operationen. Sie sollen Ende 2023 abgeschlossen sein.

<https://www.kbv.de/html/verhandlungen.php>

KINIOS

14

© KINIOS GmbH | Streng vertraulich

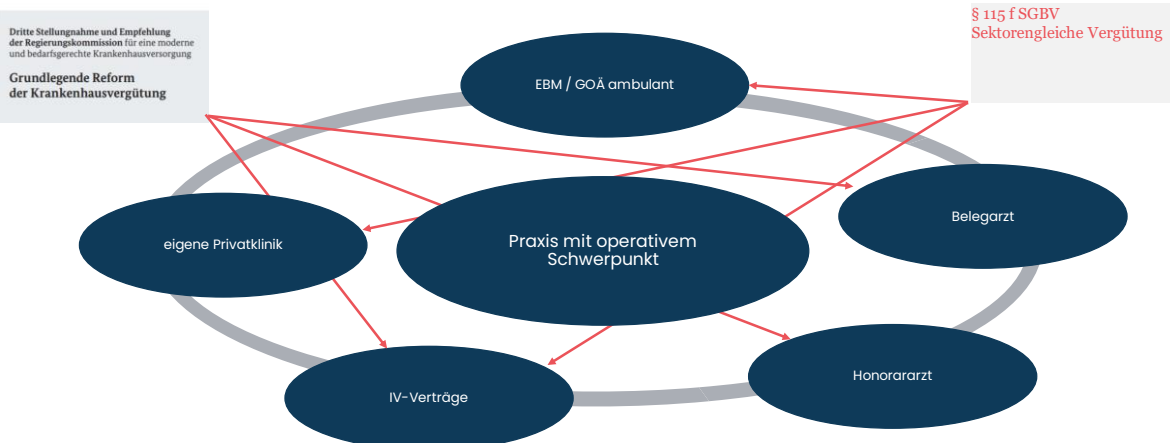


AUSWIRKUNGEN DER ÄNDERUNGEN

aus meiner Sicht auf

- den Abrechnungsprozess
- die Marktverteilung
- die zukünftigen Vergütungen

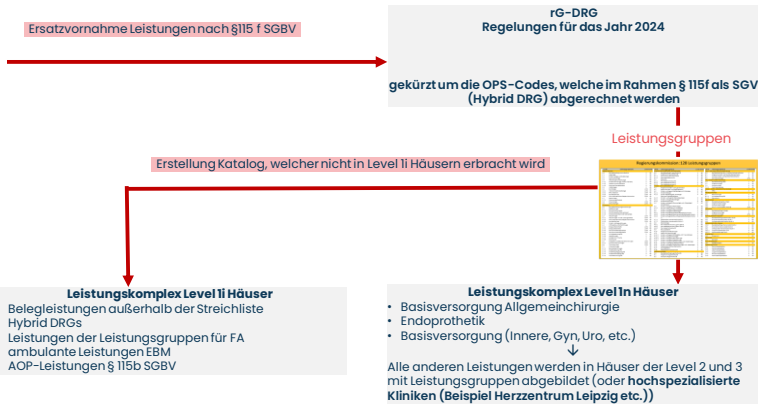
Gesetzesänderungen beeinflussen die „operative Tätigkeit“ der Praxen





Entwicklung operative Versorgung im stationären Sektor

**aG-DRG
 German
 Diagnosis
 Related
 Groups**
 Version 2023
 Definitionshandbuch
 Kompaktversion



Datum offen

Vergütungshöhe EBM vs. aDRG 2023

Auswirkungen

OPS 5-813.4

DRG 2 Tage	DRG Tagesfall	EBM worst	EBM best
4.082,43 €	3.325,22 €	2.027,19 €	2.476,76 €

*Abrechnung inklusive Pflegeentgelt (181,22 €)

** EBM Berechnung Punktwert Schiedsstelle Hessen

Vergleichsberechnung Tagesfall

Tagesfall DRG I30b	3.325,22 €
EBM best	2.476,76 €
Ersparnis Implantat	400,00 €
Ersparnis SSB	83,52 €
Differenz DRG AOP	364,94 €
Ersparnis stationär Fixkosten	
Ersparnis stationär variable Kosten	

OPS 5-814.3

DRG 2 Tage	DRG Tagesfall	EBM worst	EBM best
2.884,92 €	2.304,62 €	1.676,11 €	2.015,26 €

*Abrechnung inklusive Pflegeentgelt (192,46 € pro Tag)

** EBM Punktwert Schiedsstelle Hessen

Vergleichsberechnung Tagesfall

Tagesfall DRG I16c	2.304,62 €
EBM best	2.015,26 €
Ersparnis Implantat	€
Ersparnis SSB	50,73 €
Differenz DRG AOP	238,63 €
Ersparnis stationär Fixkosten	
Ersparnis stationär variable Kosten	



FAZIT

1. Die Änderung der Rahmenbedingungen wird zu einer Verschiebung der Leistungserbringung in Richtung „ambulante Operationen“ führen.
2. Die Schaffung ambulanter Strukturen wird zukünftig auch für Krankenhausträger immer wichtiger.
3. Die optimierte Abrechnung der ambulanten Operationen wird zukünftig auch für Krankenhausträger immer wichtiger.
4. Die mögliche Einführung der Hybrid DRGs führt dazu, dass im Bereich des ambulanten Operierens über den Ort, der Leistungserbringung, den Abrechnungsweg, etc. nachgedacht werden muss.

AUSWIRKUNGSANALYSE IN DER PRAXIS

Auswirkungsanalyse in der Praxis



Auswirkungsanalyse

Zulassungsstatus	Klinik § 108 SGBV	Klinik § 30 GeWO	MVZ § 95 SGBV
Risiken	Verlust DRG Fälle	Verlust stationärer Fälle (150 % Vergleichspreis)	
Chancen	Neuverteilung KV-Sitze zur breiteren Abrechnung	Private ZV Satzungsregelung KK ↑ EBM-Vergütung pro OP	↑ EBM-Vergütung pro OP
Schwerpunkt der Analyse	OPS-Verschlüsselung <ul style="list-style-type: none"> • zum Erhalt stationärer Fälle • EBM-Abrechnung „Best Case“ 	Abrechnungswege und EBM OPS Verschlüsselung	EBM-Verschlüsselung konservativ und operativ

© KINIOS GmbH | Streng vertraulich

mögliche Handlungsempfehlungen

Klinik § 108 SGBV	Klinik § 30 GeWO	MVZ § 95 SGBV
<ul style="list-style-type: none"> • Veränderung stationärer OPS-Verschlüsselung • Nutzung Selektivverträge für Leistungen § 115b ohne Kontextfaktor • Erstellung Standard-OP Verschlüsselung im EBM 	<ul style="list-style-type: none"> • Erstellung Abrechnungswege stationäre Behandlungen <ul style="list-style-type: none"> • Selektivvertrag • Satzungsregelung Krankenkassen • Etablierung private ZV und stationäre Kassenleistung • Erstellung Standard-OP Verschlüsselung im EBM 	<ul style="list-style-type: none"> • Erstellung Standard-OP Verschlüsselung im EBM • Erstellung abrechnungsgetriebener Behandlungspfade
FOLLOW UP		
Erstellung KPIs		<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; display: inline-block;"> Einbindung des möglichen Katalogs des § 115 f SGBV </div>

© KINIOS GmbH | Streng vertraulich

Volker Heuzeroth

Ambulantisierung als Riesenchance für Operateure in MVZ und Praxis

Umsetzungsstand & Konsequenzanalyse aktueller politischer Vorhaben | AOP-Reform + §§ 115 b,e,f

Bitte beachten Sie im Umgang mit den Folien die Urheberrechte der Referent:innen.



Kommen Sie gerne auf uns zu!

Ihr Ansprechpartner



Volker Heuzeroth

Leiter Unternehmensentwicklung

Volker.Heuzeroth@kinios.de

+49 (0)174 3303641

© KINIOS GmbH | Streng vertraulich

KINIOS

KINIOS GmbH |
Neue Mainzer Straße 1
60311 Frankfurt a.M.

KINIOS
mehr bewegen.