

Krankenhaus-Report 2010

„Krankenhausversorgung in der Krise?“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /
Jörg Friedrich (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2010

Auszug Seite 167-179



10	Ambulante Öffnung der Krankenhäuser: Welchen Anteil können Krankenhäuser in der onkologischen Versorgung abdecken? Eine empirische Abschätzung	167
	<i>Markus Längen und Thomas Rath</i>	
10.1	Hintergrund	168
10.2	Methode	169
10.3	Ergebnisse	170
10.3.1	Auswertung der stationären Daten: Wie viele onkologische Fälle aus dem Krankenhaus könnten ambulant behandelt werden?	170
10.3.2	Auswertung der ambulanten Daten: Wie viele Fälle aus dem ambulanten Sektor könnten am Krankenhaus ambulant behandelt werden?	173
10.3.3	Abschätzung des gesamten ambulanten Potenzials	174
10.4	Diskussion	176
10.5	Anhang	177
10.6	Literatur	178

10 Ambulante Öffnung der Krankenhäuser: Welchen Anteil können Krankenhäuser in der onkologischen Versorgung abdecken?

Eine empirische Abschätzung

Markus Lungen und Thomas Rath

Abstract

Die ambulante Versorgung macht in Deutschland unter 5% der Erlöse von Krankenhäusern aus. Im internationalen Vergleich erwirtschaften die Krankenhäuser sehr viel größere Budgetanteile über ambulante Behandlungen. Mit dem GKV-WSG (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) wurde den Krankenhäusern die Möglichkeit eröffnet, ambulante hochspezialisierte Leistungen (§ 116b SGB V) zu erbringen. Die vorliegende Studie untersucht, welches Versorgungsvolumen Krankenhäuser auf dieser Basis in der onkologischen Versorgung abdecken können.

Ausgewertet wurden anonymisierte aggregierte stationäre und ambulante Abrechnungsdaten aus 2006–2008 von rund 24 Mio. AOK-Versicherten. Auf dieser Basis wurde auf die Gesamtbevölkerung hochgerechnet. Die Auswahl der Patienten erfolgte anhand der betreffenden onkologischen ICD-10-Diagnosen.

Die Analyse für 2007 ergibt, dass sich potenziell 553 Tsd. Krankenhausfälle aus dem stationären Bereich in die ambulante Versorgung des Krankenhauses überführen ließen. Hinzu kommen rund 3,8 Mio. derzeit ambulant erbrachte Quartalsfälle, die für die ambulante hochspezialisierte Versorgung auch im Krankenhaus geeignet erscheinen. Insgesamt ergäbe sich somit ein Potenzial von rund 4,3 Millionen Fällen. Eine Verlagerung von Fällen ins Krankenhaus erfordert jedoch eine Berücksichtigung im Budget- und Abrechnungssystem zwischen Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern.

Ambulatory care accounts for less than 5% of the proceeds of German hospitals. In international comparison, outpatient treatment has a much larger share of hospital budgets.

The GKV-WSG (SHI Competition Strengthening Act) enabled hospitals to provide highly specialized outpatient services (§ 116b SGB V). This study investigates which proportion of oncological care could be delivered by hospitals. The analysis is based on anonymous aggregated administrative inpatient and outpatient data for 2006 to 2008 of about 24 million AOK insurees. The data were extrapolated to the entire population. The selection of patients was based on ICD-10 diagnoses.

The analysis for 2007 shows that 553 thousand cases could potentially be shifted from inpatient to outpatient care provided by hospitals. In addition, approxima-

tely 3.8 million ambulatory cases appear to be suitable for highly specialized hospital outpatient care. All in all, this amounts to a potential of approximately 4.3 million cases. However, shifting cases to the outpatient sector of hospitals on a greater scale calls for a reorientation of the reimbursement system between health care funds, associations of SHI physicians and hospitals.

10.1 Hintergrund

Die ambulante Versorgung im Krankenhaus macht gemäß den Angaben des Statistischen Bundesamtes unter 5 % der Erlöse von Krankenhäusern in Deutschland aus. Im internationalen Vergleich werden jedoch teilweise sehr viel größere Budgetanteile der Krankenhäuser über ambulante Behandlungen erwirtschaftet, je nach Fachgebiet bis zu 50 %. Die Ursachen für die geringen Anteile ambulanter Behandlungen im deutschen Krankenhausgeschehen sind vielfältig (siehe Zahlenangaben und die Diskussion bei Lungen 2007). Ein Grund wird häufig in der mangelhaften Marktöffnung gesehen. So haben Krankenhäuser teilweise keinen Zugang zum Markt ambulanter Behandlungen beziehungsweise sehen sich einer sehr zersplitterten Gesetzeslage gegenüber. Insgesamt gibt es rund 20 ambulante Versorgungsformen, die Krankenhäuser für die Erbringung und Abrechnung nicht-stationärer Behandlungen in Erwägung ziehen können. Diese Unübersichtlichkeit behindert eine langfristige Strategie des Krankenhausmanagements, sich im ambulanten Bereich zu engagieren.

Mit dem GKV-WSG (GKV Wettbewerbsstärkungsgesetz) wurden zum Jahr 2007 zwei wesentliche Neuerungen erlassen: Zum einen die Möglichkeit von Krankenhausträgern, sich in medizinischen Versorgungszentren zu engagieren, und zum anderen die unmittelbare Öffnung der Krankenhäuser für Hochspezialleistungen (§ 116b SGB V). Während ersteres in der Regel einen Einstieg in den Wettbewerb mit den niedergelassenen Vertragsärzten um Lizenzen bedeutet, ist die institutionelle Öffnung für Hochspezialleistungen dezidiert auf das fachliche Potenzial des Krankenhauses zugeschnitten. Im Prinzip wird mit dieser Öffnung die Institution der Ermächtigung fortgeschrieben, indem besonders komplexe und einer interdisziplinären Versorgung zugängliche Fallbilder auch bei gesetzlich Versicherten einer Behandlung durch Spezialisten am Krankenhaus zugänglich gemacht werden.

Bislang blieb unklar, welchen Umfang diese Öffnung der Krankenhäuser annehmen kann. Der Gesetzestext sieht explizit vor, dass die Öffnung der Krankenhäuser für seltene Erkrankungen und solche mit besonderem Verlauf gelten soll. Dies lässt auf eine begrenzte Mengenentwicklung der Fallzahlen rückschließen. Jedoch findet sich in der konkreten Aufzählung der Fachgebiete auch die ambulante onkologische Behandlung wieder. Sie wird mengenmäßig sicher das weitaus größte Potenzial für eine ambulante Öffnung des Krankenhauses über § 116b SGB V aufweisen. Daher soll dieser Bereich nachfolgend perspektivisch näher beleuchtet werden. Zwei Fragen sollen dazu beantwortet werden:

1. Welche *derzeit stationär* erbrachten Leistungen des Krankenhauses in der onkologischen Versorgung lassen sich in den ambulanten Bereich (am Krankenhaus) verschieben?

2. Welche *derzeit ambulant* durch Vertragsärzte erbrachten Leistungen lassen sich zukünftig potentiell in Krankenhausambulanzen erbringen?

Wir begrenzen die Analyse dabei auf die quantitative Betrachtung von Fällen. Fragen der medizinischen Qualität oder der zu erwirtschaftenden Deckungsbeiträge werden außer Acht gelassen. Hierzu ist die Studienlage komplex und teilweise auch von regionalen Besonderheiten abhängig. Verwiesen sei in Bezug auf Qualitätsunterschiede zwischen ambulanter und stationärer Behandlung beziehungsweise Ambulanz versus Arztpraxis auf Imison et al. 2008 sowie Lünen 2007. Zur Kostendeckung siehe Lünen et al. 2004; Lauterbach et al. 2004; Lünen 2007.

10.2 Methode

Wir führten die Auswertung auf Basis eines administrativen Datensatzes für die Jahre 2006 bis 2008 (drei Jahre) durch. Der Datensatz enthielt anonymisiert die aggregierten stationären und ambulanten Abrechnungsdaten von Versicherten der AOK. Er umfasst Versichertendaten von rund 24 Mio. Versicherten, beziehungsweise einen Anteil von 34% an allen gesetzlich Versicherten in Deutschland. Weder für AOK-Versicherte noch für Versicherte anderer gesetzlicher Krankenkassen gibt es für onkologische Patienten ein flächendeckend etabliertes Einweisungs- oder Zuweisungsmanagement, das einen Einfluss auf Verteilung und Versorgungsmuster haben könnte. Wir gehen daher davon aus, dass der Datensatz repräsentativ für die gesetzliche Krankenversicherung ist in Hinblick auf die Versorgungsmuster, insbesondere die Wahl und Zuweisung von Behandlungsstandorten einer onkologischen Behandlung. Die ermittelten Daten wurden mit dem Faktor 2,94 auf die Gesamtbevölkerung Deutschlands (einschließlich der privat Versicherten) hochgerechnet.

Die Auswertung und Auswahl von Patienten mit schweren Verlaufsformen onkologischer Erkrankungen erfolgte durch Konkretisierung in Form von ICD-10-Diagnosen in der Anlage 3 Nr. 3 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V (Gemeinsamer Bundesausschuss 2008). Diese Konkretisierung in Form von ICD-10-Diagnosen ist im Anhang wiedergegeben.

Das ambulante Potenzial aus den zuvor stationär behandelten Patientenfällen wurde aus stationären Falldaten abgeschätzt. Nach der Konkretisierung der Patienten mit onkologischen Erkrankungen i. S. d. Richtlinie nach § 116b SGB V in Form von ICD-10-Diagnosen wurden zunächst die vollstationären Fälle mit den vorgegebenen onkologischen ICD-Codes ermittelt. Im nächsten Auswertungsschritt wurde auf Fälle mit einer Verweildauer von bis zu zwei Tagen eingeschränkt. Dabei wurde unterstellt, dass bei diesen kurzen stationären Verweildauern eine ambulante Versorgung zumindest geprüft werden kann und im Zuge des weiteren medizinisch technischen Fortschritts auch umsetzbar erscheint (Mross 2002; Fahlke et al. 2004). Darüber hinaus wurden über die ICD-Codes des Bereichs Onkologie auch die Anzahl der teilstationären Fälle ausgewertet. Beide Analysen wurden getrennt für Kinder und Jugendliche (Alter < 16 Jahre) und Erwachsene durchgeführt und nach

Bundesländern gegliedert. Ausschlaggebend für die Gliederung nach Bundesländern war der Behandlungsort und nicht der Wohnort der Patienten.

Die Bestimmung des Potenzials der ambulanten onkologischen Behandlung in Krankenhäusern aus zuvor ambulant in Arztpraxen versorgten Fällen erfolgte ebenfalls anhand der Diagnosen der Richtlinie nach § 116b SGB V. Für diese onkologischen Diagnosen wurden Fallzahlen, Punktsummen des Abrechnungsschlüssels EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) und darauf basierende Leistungsausgaben ausgewertet. Bei diesen ambulanten Daten kann aufgrund der vorliegenden Differenzierung auch eine Auswertung nach Krebsarten durchgeführt werden. Diese Analysen wurden ebenfalls getrennt für Kinder und Jugendliche (Alter < 16 Jahre) und Erwachsene durchgeführt.

10.3 Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt zunächst für das Verlagerungspotenzial von stationär in Richtung ambulant, anschließend für das Potenzial der Verlagerung von Arztpraxen in Richtung ambulanter Versorgung durch Krankenhäuser und schließlich in einer Gesamtschau.

10

10.3.1 Auswertung der stationären Daten: Wie viele onkologische Fälle aus dem Krankenhaus könnten ambulant behandelt werden?

Insgesamt kann in der gesamten stationären Versorgung bei ca. 17 Mio. vollstationären Fällen pro Jahr eine Steigerung an allen Fällen um 1,94% innerhalb von zwei Jahren (2008 zu 2006) beobachtet werden (Tabelle 10–1). Bei onkologischen Patienten ergab sich hingegen eine abweichende Entwicklung: Die Anzahl von 1,5 Mio. vollstationären onkologischen Fällen pro Jahr blieb nahezu unverändert – sie zeigte mit einer Abweichung von –0,45% in den Jahren 2008 zu 2006 sogar einen leichten Rückgang. Wird innerhalb der onkologischen vollstationären Fälle lediglich der Anteil derjenigen mit kurzer Verweildauer betrachtet (≤ 2 Tage), ergibt eine ebenfalls nahezu konstante Anzahl von rund 400 000 Fällen (Abnahme von 0,58% innerhalb der betrachteten Jahre). Die leichten Veränderungen deuten darauf hin, dass der stationäre Anteil in der onkologischen Versorgung zumindest weniger stark wächst als die Gesamtschau der stationären Behandlungen. Der Anteil des ambulanten Potenzials an den stationären onkologischen Behandlungen im betrachteten Zeitablauf ist mit 26,7% nahezu konstant.

Bei einer Abschätzung sollten die teilstationären Fälle, rund 130 000 pro Jahr mit ebenfalls stabiler Fallzahl, zusätzlich berücksichtigt werden. Sie erhöhen den potenziell ambulanten Versorgungsanteil an allen onkologischen Patienten auf rund 33% (Tabelle 10–1).

Uneinheitlichere Entwicklungen zeigen sich bei Kindern und Jugendlichen (Alter < 16 Jahre) (Tabelle 10–2). Bei einer Gesamtzahl vollstationärer Fälle von ca. 1,4 Mio. pro Jahr zeigt sich zwar eine Abnahme der Fälle um 4,43% innerhalb der beobachteten drei Jahre. Jedoch sinken die vollstationären onkologischen Fälle bei

Tabelle 10–1

Erwachsene mit onkologischen Erkrankungen im Krankenhaus

	2006	2007	2008
Fallzahl aller vollstationärer Patienten (in Tsd.)	17 117	17 345	17 449
	100 %	+1,33 % (in Bezug zu 2006)	+1,94 % (in Bezug zu 2006)
Fallzahl onkologischer Patienten (vollstationär, in Tsd.)	1 503	1 505	1 496
	100 %	+0,17 % (in Bezug zu 2006)	–0,45 % (in Bezug zu 2006)
Fallzahl an onkologischen Patienten mit VWD ≤ 2 Tage (in Tsd.)	401	402	399
	100 %	+0,16 % (in Bezug zu 2006)	–0,58 % (in Bezug zu 2006)
Ambulantes Potenzial: Anteil der Fälle mit einer VWD ≤ 2 Tage an der Gesamtzahl vollstationärer onkologischer Fälle	26,70 %	26,69 %	26,66 %
Fallzahl onkologischer Patienten (teilstationär, in Tsd.)	127	132	130
	100 %	+3,65 % (in Bezug zu 2006)	+2,59 % (in Bezug zu 2006)
Ambulantes Potenzial 2: Anteil der Fälle mit einer VWD ≤ 2 Tage + Fallzahl an onkologischen Patienten (teilstationär) an der Gesamtzahl vollstationärer onkologischer Fälle + Fallzahl an onkologischen Patienten (teilstationär)	32,39 %	32,62 %	32,53 %

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Tabelle 10–2

Kinder und Jugendliche mit onkologischen Erkrankungen im Krankenhaus

	2006	2007	2008
Fallzahl vollstationärer Patienten (Alter < 16 Jahre, in Tsd.)	1 430	1 401	1 366
	100 %	–1,97 % (in Bezug zu 2006)	–4,43 % (in Bezug zu 2006)
Fallzahl onkologischer Patienten (Alter < 16 Jahre, vollstationär, in Tsd.)	23	22	20
	100 %	–2,4 % (in Bezug zu 2006)	–13,7 % (in Bezug zu 2006)
Fallzahl onkologischer Patienten mit VWD ≤ 2 Tage (Alter < 16 Jahre, in Tsd.)	11	11	9
	100 %	–4,9 % (in Bezug zu 2006)	–15,76 % (in Bezug zu 2006)
Ambulantes Potenzial: Anteil der Fälle mit einer VWD ≤ 2 Tage an der Gesamtzahl onkologischer Fälle	48,31 %	47,07 %	47,16 %
Fallzahl onkologischer Patienten (Alter < 16 Jahre, teilstationär, in Tsd.)	10	8	8
Ambulantes Potenzial 2: Anteil der Fälle mit einer VWD ≤ 2 Tage + Fallzahl an onkologischen Patienten (Kinder und Jugendliche, teilstationär) an der Gesamtzahl der vollstationären onkologischen Fälle + Fallzahl an onkologischen Patienten (teilstationär)	63,60 %	63,30 %	60,70 %

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Tabelle 10-3

Erwachsene mit onkologischen Erkrankungen im Krankenhaus für das Jahr 2007: Aufteilung nach Bundesländern

Bundesland bzw. Bezirke der Kassenärztlichen Vereinigungen	Fallzahl aller vollstationärer Patienten (in Tsd.)	Fallzahl onkologischer Patienten (vollstationär, in Tsd.)	Fallzahl onkologischer Patienten mit VWD ≤ 2 Tage (in Tsd.)	Ambulantes Potenzial: Anteil der Fälle mit einer VWD ≤ 2 Tage an der Gesamtzahl vollstationärer onkologischer Fälle	Fallzahl onkologischer Patienten (teilstationär, in Tsd.)	Ambulantes Potenzial 2: Anteil der Fälle mit einer VWD ≤ 2 Tage + Fallzahl an onkologischen Patienten (teilstationär) an der Gesamtzahl vollstationärer onkologischer Fälle + Fallzahl an onkologischen Patienten (teilstationär)
Bremen	192	21	7	34,73 %	5	46,15 %
Sachsen-Anhalt	692	65	17	25,67 %	13	38,46 %
Baden-Württemberg	2 186	188	46	24,36 %	41	38,00 %
Schleswig-Holstein	485	35	10	27,59 %	5	37,50 %
Sachsen	1 378	139	39	27,79 %	14	34,64 %
Rheinlandpfalz	812	61	17	26,99 %	6	34,32 %
Thüringen	728	76	24	30,87 %	3	34,18 %
Bayern	2 846	235	67	28,51 %	17	33,33 %
Brandenburg	623	63	17	26,20 %	5	32,35 %
Hamburg	254	23	6	27,93 %	2	32,00 %
Saarland	220	22	7	31,56 %		31,81 %
Mecklenburg Vorpommern	480	47	11	23,81 %	5	30,77 %
Hessen	1 082	88	23	26,34 %	4	29,35 %
Berlin	637	66	17	25,22 %	2	27,94 %
Rheinland	1 669	132	32	24,18 %	6	27,54 %
Westfalen-Lippe	1 549	130	34	26,47 %	2	27,27 %
Niedersachsen	1 513	112	29	25,87 %		25,89 %
Deutschland	17 345	1 505	402	26,69 %	132	32,62 %

Kindern und Jugendlichen zwischen 2006 und 2008 um 13,7% noch weitaus stärker (-15,76% bei Kurzliegern). Auch die teilstationären Fälle in der Onkologie zeigten hier einen Rückgang. Da die Kurzlieger und die teilstationären onkologischen Behandlungen bei Kindern und Jugendlichen jedoch insgesamt einen weitaus höheren Anteil als bei Erwachsenen ausmachen, besteht ein größeres ambulantes Potenzial. Dies beträgt rund 60% über die hier betrachteten Jahre, jedoch auf einem geringeren Niveau der absoluten Fallzahlen als bei Erwachsenen (etwa 4% des Fallvolumens).

In regionaler Sicht ergeben sich teilweise beträchtliche Unterschiede (Tabelle 10–3). So ergibt sich keine klare Unterscheidung nach Flächenstaaten oder Stadtstaaten, ebenso wenig nach Ost oder West. Hohes Potenzial für die ambulante onkologische Versorgung der Erwachsenen weisen Bremen, Sachsen-Anhalt, Baden-Württemberg und Schleswig-Holstein auf. Hier liegt der Wert über 37%. Ein niedriges Potenzial von unter 30% findet sich für Hessen, Berlin, Rheinland, Westfalen-Lippe sowie Niedersachsen.

10.3.2 Auswertung der ambulanten Daten: Wie viele Fälle aus dem ambulanten Sektor könnten am Krankenhaus ambulant behandelt werden?

10

Für den ambulanten Sektor wurden Abrechnungsdaten für das Jahr 2007 einbezogen. Insgesamt weist die gesamte ambulante Versorgung für Erwachsene eine Fallzahl¹ von 3,797 Mio. onkologischen Patienten aus, welche die von uns einbezogenen Diagnosen aufweisen. Per Definition ist diese Zahl gleichbedeutend mit dem ambulanten Potenzial für Krankenhäuser aus dem vertragsärztlichen Bereich. Diese Fälle entsprechen einem Erlösvolumen von 403 Mio. Euro, das derzeit über die Kassenärztlichen Vereinigungen abgedeckt wird. Nicht enthalten in diesem Volumen sind Ausgaben für Arzneimittel (beispielsweise Zytostatika).

Bei den ambulanten Daten kann zudem aufgrund der vorliegenden Differenzierung auch eine Auswertung nach Krebsarten durchgeführt werden (Tabelle 10–4). Danach ist die im ambulanten Sektor am häufigsten behandelte Krebsart das Prostatakarzinom mit 820 Tsd. Fällen pro Jahr. An zweiter Stelle folgt mit einer Fallzahl von 362 Tsd. ein Tumor ohne nähere Angabe. An dritter Stelle mit 315 Tsd. „Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Leukozyten“ (Leukämioide Reaktion, Leukozytose, Lymphopenie, symptomatische Lymphozytose, symptomatische Monozytose, Plasmozytose). Danach folgen das Melanom, Harnblasen- und Nierenkarzinom, Rektum- und Schilddrüsenkarzinom und gynäkologische Tumore des Ovars und des Uterus.

Erstellt man eine TOP-10-Tabelle der *in der Summe* teuersten onkologischen Erkrankungen bei Erwachsenen, tauchen dieselben TOP-10 der am häufigsten behandelten Krebsarten erneut auf (Tabelle 10–5). Tabelle 10–6 zeigt die teuersten onkologischen Erkrankungen *pro Patient* bei Erwachsenen in der ambulanten Versorgung im Jahr 2007. D. h. in der Tabelle 10–6 ist die Summe der Kosten durch die Patientenanzahl geteilt und ergibt somit die Kosten pro Patient.

¹ Gezählt werden Quartalsfälle von Erwachsenen mit den einbezogenen Diagnosen des Jahres 2007 bei Versorgung im Vergütungsbereich der kassenärztlichen Vereinigungen.

Tabelle 10–4

TOP-10 der häufigsten onkologischen Erkrankungen bei Erwachsenen in der ambulanten Versorgung im Jahr 2007

ICD-10	Textdefinition	Fallzahl (in Tsd.)	Summe Kosten (in Tsd. Euro)	Kosten pro Patient (Euro)
C61	Bösartige Neubildung der Prostata	820	134 095	163
D48.9	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens, nicht näher bezeichnet	362	8 935	25
D72.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Leukozyten	315	9 658	31
C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut (Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes)	289	12 058	42
C67.9	Bösartige Neubildung der Harnblase	276	39 198	142
C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	214	61 206	286
C20	Bösartige Neubildung des Rektums	182	28 159	155
C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse	110	11 478	104
C56	Bösartige Neubildung des Ovars	107	9 856	92
C55	Bösartige Neubildung des Uterus	103	9 118	89

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Tabelle 10–5

TOP-10 der in der Summe teuersten onkologischen Erkrankungen bei Erwachsenen in der ambulanten Versorgung im Jahr 2007

ICD-10	Textdefinition	Fallzahl (in Tsd.)	Summe Kosten (in Tsd. Euro)	Kosten pro Patient (Euro)
C61	Bösartige Neubildung der Prostata	820	134 095	163
C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	214	61 206	286
C67.9	Bösartige Neubildung der Harnblase	276	39 198	142
C20	Bösartige Neubildung des Rektums	182	28 159	155
C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut (Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes)	289	12 058	42
C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse	110	11 478	104
C56	Bösartige Neubildung des Ovars	107	9 856	92
D72.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Leukozyten	315	9 658	31
C55	Bösartige Neubildung des Uterus	103	9 118	89
D48.9	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens, nicht näher bezeichnet	362	8 935	25

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

10.3.3 Abschätzung des gesamten ambulanten Potenzials

Für das Jahr 2007 sollen nachfolgend sowohl die aus der stationären als auch der ambulanten Versorgung potenziell geeigneten Anteile für eine ambulante Versorgung im Krankenhaus zusammengeführt werden. Insgesamt wurde das ambulante

Tabelle 10–6

TOP-10 der pro Patient teuersten onkologischen Erkrankungen bei Erwachsenen in der ambulanten Versorgung im Jahr 2007

ICD-10	Textdefinition	Fallzahl (in Tsd.)	Summe Kosten (in Tsd. Euro)	Kosten pro Patient (Euro)
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	21	22	1 058
C9250	Akute myelomonozytäre Leukämie	338	164	484
C85	Sonstige und nicht näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms	6	2	353
C9240	Akute promyelozytäre Leukämie	250	78	312
C461	Kaposi-Sarkom des Weichteilgewebes	326	98	301
D610	Angeborene aplastische Anämie	2 323	686	295
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	147	42	288
C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	213 832	61 206	286
C460	Kaposi-Sarkom der Haut	1 208	295	244
C62	Bösartige Neubildung des Hodens	15	3	226

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

10

Potenzial aus dem stationären und teilstationären Bereich mit 534 Tsd. im Bereich der Erwachsenen und rund 19 Tsd. für Kinder und Jugendliche ermittelt. Somit ergeben sich potenziell 553 Tsd. Fälle, die sich aus dem stationären Bereich in die ambulante Versorgung des Krankenhaus verschieben ließen.

Hinzu kommen rund 3,8 Mio. derzeit ambulant im Vergütungsbereich der Kasernärztlichen Vereinigungen erbrachte Fälle. Insgesamt ergäbe sich somit ein Potenzial von rund 4,3 Millionen Fällen. Es wird deutlich, dass unabhängig von einer genaueren Prüfung der Abgrenzung und Definitionen für die zukünftige ambulante onkologische Behandlung im Krankenhaus das weitaus größere Potenzial im Bereich der Übernahme von derzeit in niedergelassenen Praxen erbrachten Fällen besteht. Für jeden potenziellen onkologischen Fall aus der stationären Versorgung existieren fast sieben Fälle, die aus der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung übernommen werden könnten.

Für die strategische Ausrichtung von Krankenhäusern mit einem Interesse an ambulanter onkologischer Versorgung und der entsprechenden medizinischen Eignung hat die Auswertung erhebliche Konsequenzen. Bezogen auf die ambulante Versorgung eines Krankenhauses kann die onkologische Klinik gegenüber anderen Fachrichtungen wesentlich an Gewicht gewinnen. Wird beispielsweise für eine Abschätzung angenommen, dass rund 200 geeignete Standorte für eine hochwertige ambulante onkologische Versorgung in Deutschland existieren (und die somit eine Öffnung für § 116b SGB V beantragen könnten), entfielen bei einer Gleichverteilung auf jeden Standort 19 000 zusätzliche ambulante onkologische Fälle. Hinzu kämen die bisher stationär behandelten Fälle. Die erzielbaren Erlöse aus § 116b SGB V könnten für jeden Standort allein aus der Umlenkung von bisher vertragsärztlich abgerechneten Fällen etwa 403 Mio. Euro insgesamt beziehungsweise ca. 2 Mio. Euro pro Standort und Jahr betragen. Die Abrechnungen für Arzneimittel und Zytostatika sind in dieser Überschlagsrechnung nicht enthalten.

10.4 Diskussion

Wir haben untersucht, welches Potenzial sich für Krankenhäuser aus neuen gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Öffnung gemäß § 116b SGB V, für die spezialisierte ambulante Behandlung in der onkologischen Versorgung ergibt. Es zeigte sich, dass das Potenzial für die ambulante onkologische Versorgung im Krankenhaus aus zuvor stationären Fällen etwa 553 Tsd. Fälle beträgt, wobei die Behandlung von Erwachsenen einen absolut wesentlich größeren Anteil ausmacht als die Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Bei letzterer Gruppe ist jedoch das anteilige Potenzial für die ambulante Behandlung wesentlich größer.

Ergänzend zur Übernahme zuvor stationärer Fälle in die ambulante Versorgung können auch zuvor bei Vertragsärzten behandelte Fälle als Potenzial für die ambulante Versorgung am Krankenhaus betrachtet werden. Unsere Untersuchung zeigte, dass dieses Potenzial mit etwa 3,8 Mio. Fällen pro Jahr weitaus größer einzuschätzen ist.

Ob sich ein Krankenhaus dieses Potenzials annimmt, hängt neben regionalen wettbewerblichen Aspekten auch von den erzielbaren Deckungsbeiträgen ab. Inwieweit sich die Deckungsbeiträge zwischen der stationären und ambulanten Behandlung unterscheiden, kann hier jedoch kaum entschieden werden. Hinzu kommen teilweise unklare Einflüsse aus den erzielbaren Deckungsbeiträgen aus in der Behandlung eingesetzten Arzneimitteln. Da hier zudem Gesetzesänderungen mit dem Ziel größerer Transparenz geplant beziehungsweise auf den Weg gebracht wurden, sollten zukünftige Untersuchungen sich diesem Bereich noch widmen. Ebenso sollten Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung, etwa Größeneffekte und interdisziplinäre Behandlungsformen, näher betrachtet werden.

Sowohl die Verlagerung von bisher stationären als auch bisher vertragsärztlich versorgten Fällen führt bei gegenwärtiger Gesetzeslage zu einer Umlenkung von Vergütungsströmen. Es ist erkennbar, dass eine gesetzliche Änderung der Abrechnungsbestimmungen notwendig würde, wenn Krankenhäuser tatsächlich das Potenzial des § 116b SGB V in großem Ausmaß nutzen würden und zuvor vertragsärztlich erbrachte Leistungen übernehmen würden. Da letztere über die Kassenärztlichen Vereinigungen abrechenbar waren, die Leistungen im Zuge des § 116b SGB V jedoch unmittelbar über die gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden, ist unmittelbar zu fordern, dass die Budgets der Kassenärztlichen Vereinigungen entsprechend bereinigt werden.

Unsere Studie hat mehrere Einschränkungen, die in der Diskussion beachtet werden sollten. Erstens ist zu berücksichtigen, dass die Fallzahlabeschätzungen und Kosten für den ambulanten Sektor unter dem Vorbehalt stehen, dass keine weiteren Plausibilitätsprüfungen erfolgen konnten. Die zugrunde gelegte onkologische Diagnose nach § 116b SGB V muss somit nicht zwingend beim niedergelassenen Onkologen, sondern kann ebenso z. B. auch beim Allgemeinmediziner abgerechnet worden sein. Zudem kann aus den Daten nicht abgeleitet werden, ob es sich um eine akute Versorgung handelt oder ob die Diagnose aus dem vorangegangenen Quartal stammt und somit „stehengeblieben“ ist. Diese beiden Aspekte erklären das Spektrum der onkologischen Diagnosen und dass die durchschnittlichen Kosten pro Fall niedrig ausfallen.

Zweitens haben wir das Leistungsortprinzip zugrunde gelegt und nicht das Wohnortprinzip. Sollten sich Versicherte in großem Umfang für onkologische Be-

handlungen entfernte Behandler suchen, könnten Verzerrungen auftreten. Wir gehen jedoch davon aus, dass dies die generellen Aussagen der Studie nicht betrifft, ebenso erscheint eine generelle Zu- oder Abnahme von räumlich entfernter Inanspruchnahme aufgrund einer Änderung der Finanzierungsbestimmungen derzeit wenig wahrscheinlich.

Drittens konnten wir nur eine Kassenart betrachten, sehen jedoch auch hierdurch keine wesentliche Verzerrung. Viertens berücksichtigt unsere Abschätzung nicht den medizinisch-technischen Fortschritt. Die Betrachtung von drei Jahren im stationären Bereich zeigte Tendenzen, jedoch keine Einbrüche. Für eine strategische Entscheidung sowohl des Managements bei Krankenkassen und Krankenhäusern als auch beim Gesetzgeber kann eine Annahme des Trends zu ambulanter Behandlung daher ausreichen, ohne diesen exakter quantifizieren zu müssen.

Fünftens schließlich sind die ableitbaren Empfehlungen von regionalen Besonderheiten geprägt. Wettbewerbsintensität ist ebenso zu beachten wie Spezialisierung und Versorgungsdichte.

Wir konnten insgesamt am Beispiel der onkologischen Versorgung zeigen, dass der Gesetzgeber eine beachtliche Flexibilität bei der Wahl des Leistungsortes zumindest theoretisch eröffnet hat. Ob dieser von Krankenhäusern und auch Patienten und einweisenden Ärzten genutzt wird, ist jedoch noch offen. Sollte dies in großem Umfang der Fall sein, wird eine Neuordnung des Budget- und Abrechnungssystems zwischen Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern unumgänglich sein.

Danksagung

Wir bedanken uns sehr beim Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiO) für die hervorragende und konstruktive Zusammenarbeit und die Überlassung der Daten.

10.5 Anhang

Set an relevanten ICD-Ziffern für den onkologischen Bereich

Zur Gruppe der Patienten mit onkologischen Erkrankungen i. S. d. Richtlinie nach § 116b SGB V zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Tumorgruppen:

1. Gastrointestinale Tumore, Tumore der Bauchhöhle
(ICD-10-GM: C15–C26, C45.1, C47.4, C47.5, C48.1, C48.2, C48.8, C49.4, C73, C74.-, C75.0, C76.2, nur familiäre adenomatöse Polyposis (FAP) und erbliches nicht-polypöses kolorektales Karzinom (HNPCC) D12.-, K22.7)
2. Tumore der Lunge und des Thorax
(ICD-10-GM: C33, C34.-, C37-C39, C45.0, C45.2, C47.3, C49.3, C76.1).
3. Knochen- und Weichteil-Tumore
(ICD-10-GM: C40.-, C41.-, C47.1, C47.2, C49.1–C49.9, C76.3, C76.4, C76.5)
4. Hauttumore
(ICD-10-GM: C43.-, C44.-(außer Basaliome), T-Zell-Lymphom der Haut C84.)
5. Tumore des Gehirns und der peripheren Nerven

- (ICD-10-GM: C47.-, C70-C72, C75.1–C75.5, Lymphome nur bei Lokalisation im ZNS C83.-, C85.-, D32.-, D33.-, D35.2, D42.-, D43.-, D44.4)
6. Kopf- und Halstumore
(ICD-10-GM: C00-C14, C30-C32, C43.0, C43.2, C43.3, C43.4, C44.0–C44.2, C49.0, C73, C75.0, C76.0) C41.0, C44.3, C44.4, C46.0–C46.3, C47.0
 7. Tumore des Auges
(ICD-10-GM: C43.1, C44.1, C49.0, C69.-, C72.3)
 8. Gynäkologische Tumore
(ICD-10-GM: C 50–C58, D05.1)
 9. Urologische Tumore
(ICD-10-GM: C48.0, C 60–C68, C74.-)
 10. Tumore des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung (ICD-10-GM: C46.-, C81–C96, D45.-, D47, D55.-; nur Formen der Anämie mit kritischer (Pan-) Zytopenie und schwerwiegender Störung der Hämatopoese D60.-, D61.-, D64.-; nur ITP und sonstige Thrombozytopenien bei chronischem Verlauf mit kritisch erniedrigten Thrombozytenwerten D69.3, D69.4, D69.6; nur Störungen der Granulozytopenie nur bei chronischem Verlauf und dem Risiko einer vital bedrohlichen Symptomatik D70.-, D71, D72.-)
 11. Tumore bei Kindern und Jugendlichen
(ICD-10-GM: C11.9, C22.0, C22.2, C40.0, C40.1, C40.2, C40.3, C40.8, C41.01, C41.02, C41.2, C41.3, C41.4, C41.8, C47.0, C47.3, C47.4, C47.8, C48.0, C49.0, C49.1, C49.2, C49.3, C49.4, C49.5, C56, C62.9, C64, C67.9, C69.2, C 69.6, C71.-, C73, C74.0, C74.1, C74.9, C75.0, C75.1, C75.3, C75.8, C76.0, C76.1, C81.0, C81.1, C81.2, C81.3, C81.7, C83.0, C83.1, C83.2, C83.3, C83.4, C83.5, C83.6, C83.7, C83.8, C84.4, C84.5, C85.1, C91.00, C91.01, C92.00, C92.01, C92.10, C92.11, C92.30, C92.31, C92.40, C92.41, C92.50, C92.51, C93.00, C93.01, C93.2, C94.00, C94.01, C94.20, C94.21, C95.00, C95.01, C96.0, D30.0, D33.0, D43.0, D44.4, D44.5, D46.0, D46.2, D46.3, D46.7, D47.1, D48.9, D61.0, D61.3, D61.9, D70.0, D72.8, D76.0-D76.1, M72.40, M72.41, M72.44, M72.45, M72.46, M72.47, M72.48)

Andere primäre und sekundäre bösartige Neubildungen nach ICD-10-GM können in Abhängigkeit von der Lokalisation und der Art der Behandlung unterschiedlichen der oben abgegrenzten Tumorgruppen zugeordnet werden: C45.7, C45.9, C47.0, C47.5, C47.6, C47.8, C47.9, C49.5, C49.6, C49.8, C49.9, C75.5, C75.8, C75.9, C76.3, C76.7, C76.8, C77–C80

10.6 Literatur

- Fahlke J, Eder F, Pross M, Lippert H. Chirurgisch-onkologische Therapiemaßnahmen in der ambulanten und kurzzeitstationären Chirurgie. *Der Chirurg* 2004; 75(2): 144–52.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2008) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V in der Fassung vom 18. Oktober 2005, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005, Nr. 7: 88; zuletzt geändert am 19. Juni 2008, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2008 Nr. 140: 3366; in Kraft getreten am 17. September 2008

- (http://www.g-ba.de/downloads/62-492-284/2008-02-28_Richtlinie%20Master_AK.pdf, Zugriff Juli 2009).
- Lüngen M, Stock S, Krauth C, Gerhardus A, Brandes I, Potthoff P, Müller U, Schmitz H, Klostermann B, Steinbach T, Schwartz FW, Lauterbach K. Leistungen und Kosten der Hochschulambulanzen in Forschung, Lehre und Versorgung. Ergebnisse der Hochschulambulanzenstudie. Deutsche Medizinische Wochenschrift (DMW) 2004; 129: 2399–404.
- Lüngen M. Ambulante Behandlung im Krankenhaus. Zugang, Finanzierung, Umsetzung. Berlin: Lit-Verlag 2007.
- Lauterbach K, Schwartz FW, Potthoff P, Schmitz H, Lüngen M, Krauth C, Klostermann B, Gerhardus A, Stock S, Steinbach T, Müller U, Brandes I. Bestandsaufnahme der Rolle von Ambulanzen der Hochschulkliniken in Forschung, Lehre und Versorgung an ausgewählten Standorten (Hochschulambulanzenstudie). Sankt Augustin: Asgard-Verlag 2004.
- Imison C, Naylor C, Maybin J. Under one Roof. Will polyclinics deliver integrated care? London: Kings Fund 2008.
- Mross K. Klinische und experimentelle Onkologie in der Zukunft. Onkologie 2002; 25(suppl 1): 71–7.