

## Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

<b>Konsortialführung:</b>	Hamburg Center for Health Economics (HCHE)
<b>Förderkennzeichen:</b>	01VSF19040
<b>Akronym:</b>	ESV
<b>Projekttitel:</b>	Einheitliche, Sektorengleiche Vergütung
<b>Autoren:</b>	HCHE: Professor Dr. Jonas Schreyögg, Dr. Ricarda Milstein, Robert Messerle; BKK DV e.V.: Barbara Kölle, Christian Busch; DKI: Robin Heber, Dr. Matthias Offermanns; Zi: Thomas Czihal, Dr. Sandra Mangiapane; TU Berlin: Professor Dr. med. Reinhard Busse, Dr. Anika Kreutzberg, Helene Eckhardt
<b>Förderzeitraum:</b>	1. März 2020 – 30. November 2022

### Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis.....	3
II.	Abbildungsverzeichnis.....	3
III.	Tabellenverzeichnis.....	4
1.	Zusammenfassung.....	6
2.	Beteiligte Projektpartner.....	7
3.	Projektziele.....	7
3.1	Hintergrund.....	7
3.2	Ziele und Fragestellungen des Projektes.....	8
4.	Projektdurchführung.....	9
5.	Methodik.....	9
5.1	AP1: Identifizierung von sektorengleichen Leistungsbereichen.....	9
5.2	AP2: Erfassung des Status Quo sektorengleicher Leistungserbringung.....	12
5.3	AP3: Potentialabschätzung durch Leistungserbringer und Krankenkassen.....	15
5.4	AP4: Konzeption einer gemeinsamen, sektorenübergreifenden Vergütung.....	17
6.	Projektergebnisse.....	17
6.1.	AP1: Identifizierung von sektorengleichen Leistungsbereichen.....	17
6.2.	AP2: Erfassung des Status Quo sektorengleicher Leistungserbringung.....	23
6.3.	AP3: Potentialabschätzung durch Leistungserbringer und Krankenkassen.....	28
6.4.	AP4: Konzeption einer gemeinsamen, sektorenübergreifenden Vergütung.....	43
7.	Diskussion der Projektergebnisse.....	47
8.	Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung.....	49

Akronym: ESV

Förderkennzeichen: 01VSF19040

9.	Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen .....	50
10.	Literaturverzeichnis.....	51
11.	Anhang .....	52
12.	Anlagen.....	52

## I. Abkürzungsverzeichnis

<u>Abkürzung</u>	<u>Ausformulierung</u>
AOP-Katalog	Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärer Eingriffe
AP	Arbeitspaket
BKK	Betriebskrankenkasse
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut
DRG	Diagnosis-Related Group (Fallpauschale)
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ESV	Einheitliche, Sektorengleiche Vergütung
HCHE	Hamburg Center for Health Economics
InBA	Institut des Bewertungsausschusses
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
OECD	Organisation für die wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung / Organisation for Economic Co-Operation and Development
OPS	Operations- und Prozedurenschlüssel
PCCL	Patient Clinical Complexity Level / patientenbezogener Gesamtschweregrad
QS	Qualitätssicherung
SGB	Sozialgesetzbuch
SLG	Sektorengleiche Leistungsgruppe
STG	Særtjenestegrupper / Special Service Groups
SP	Sektorengleiche Pauschale
SVR	Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege
TFG	Tjenesteforløps grupper / Service Course Groups
TU Berlin	Technische Universität Berlin
Zi	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

## II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Identifizierte Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) nach Kapiteln.....	19
Abbildung 2: Morbidität der Patient:innen bei AOP-Leistungen.....	26
Abbildung 3: Stationäres Mengengerüst für Fälle mit Leistungen aus dem AOP-Katalog im Jahr 2019.....	27
Abbildung 4: Befragungsergebnisse zur Erweiterung des Leistungsumfangs im Rahmen des ambulanten Operierens .....	30

Abbildung 5: Befragungsergebnisse zum Interesse an einer Erhöhung des Umfangs an ambulanten Operationen.....	31
Abbildung 6: Befragungsergebnisse zur Ausgestaltung einer sektorengleichen Vergütung für Personalkosten.....	33
Abbildung 7: Befragungsergebnisse zur Ausgestaltung einer sektorengleichen Vergütung in Bezug auf Vorhaltekosten .....	34
Abbildung 8: Befragungsergebnisse zur Befürwortung von Anreizoptionen .....	35
Abbildung 9: Befragungsergebnisse zur Ausgestaltung der Abrechnung.....	36
Abbildung 10: Befragungsergebnisse zum zeitlichen Rhythmus der Abrechnung .....	36
Abbildung 11: Befragungsergebnisse zur Ausgestaltung von Qualitätsvorgaben.....	38
Abbildung 12: Beispielhaftes Vorgehen der initialen Auswahl.....	45
Abbildung 13: Struktur der Vergütung.....	46
Abbildung 14: Beispielhafte Veranschaulichung des Baukastenprinzips .....	47

### III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Tabellarische Darstellung der am Projekt Beteiligten.....	7
Tabelle 2: Auswahlkriterien und Umfang der ausgewählten Prozeduren in England, Frankreich und Österreich.....	11
Tabelle 3: Überblick über internationale Vergütungssysteme für sektorengleiche Leistungen .....	21
Tabelle 4: Vereinfachte Darstellung der Preismodelle und jeweilige Länder.....	22
Tabelle 5: Überblick über Leistungen des Abschnitt 1 des AOP-Katalogs im Jahr 2019.....	23
Tabelle 6: Top 10 OPS des Abschnitt 1 des AOP-Kataloges nach Anteilen, Alter, Risikowert, Dringlichkeit und Entfernung .....	25
Tabelle 7: Befragungsergebnisse zu den Gründen für das ambulante Operieren.....	28
Tabelle 8: Befragungsergebnisse zu den Herausforderungen bei einer Erhöhung des Umfangs an ambulanten Operationen.....	29
Tabelle 9: Befragungsergebnisse zur Erweiterung des Leistungsumfangs im Rahmen des ambulanten Operierens .....	31
Tabelle 10: Befragungsergebnisse zur Möglichkeit einer Erhöhung des Umfangs an ambulanten Operationen.....	31
Tabelle 11: Befragungsergebnisse zur Ausgestaltung einer sektorengleichen Vergütung für Sachkosten .....	33
Tabelle 12: Befragungsergebnisse zur Ausgestaltung einer sektorengleichen Vergütung in Bezug auf Vorhaltekosten .....	34
Tabelle 13: Befragungsergebnisse zur Ausgestaltung der Abrechnung (I) .....	36
Tabelle 14: Befragungsergebnisse zur Ausgestaltung der Abrechnung (II) .....	37
Tabelle 15: Befragungsergebnisse zur Ausgestaltung von Qualitätsvorgaben.....	37
Tabelle 16: Befragungsergebnisse zur Ausgestaltung der Kontrolle von Qualitätsvorgaben .	38
Tabelle 17: Befragung von Krankenhäusern zu ausgewählten OPS-Ziffern (I) .....	40

Akronym: ESV

Förderkennzeichen: 01VSF19040

Tabelle 18: Befragung von Vertragsärzt:innen zu ausgewählten OPS-Ziffern (I).....	41
Tabelle 19: Befragung von Krankenhäusern zu ausgewählten OPS-Ziffern (II) .....	42
Tabelle 20: Befragung von Vertragsärzt:innen zu ausgewählten OPS-Ziffern (II) .....	43

## 1. Zusammenfassung

Patient:innen sollten in dem Sektor behandelt werden, in dem sie die medizinisch sinnvollste Versorgung erfahren. Mit Blick auf das Ausland wird seit Jahren vermutet, dass die bisherigen Vergütungsstrukturen so genannter „sektorengleicher“ Leistungen, die sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden können, diesen Grundsatz jedoch behindern. Das Projekt „Einheitliche, Sektorengleiche Vergütung“ (ESV) untersuchte, wie für die in verschiedenen Sektoren (ambulant/stationär) gleich erbringbaren Leistungen ein einheitliches, übergreifendes Vergütungssystem ausgestaltet sein kann.

Hierfür wurde zunächst auf Basis der Erfahrungen anderer OECD-Länder mittels vergleichender Literaturrecherche und einer Expertenbefragung identifiziert, welche Leistungsbereiche für eine sektorengleiche Behandlung und Vergütung geeignet sind. Darauf aufbauend wurde der Status quo der sektorengleichen Leistungserbringung erhoben und auf Basis von Abrechnungsdaten untersucht, wie vergleichbar die Patientengruppen in beiden Sektoren sind. Anschließend wurden Leistungserbringer und Krankenkassen befragt, wie sie die sektorengleiche Versorgung wahrnehmen, und welche Wünsche sie an ein neues Vergütungssystem richten. Final wurde ein tragfähiges, pragmatisches und zeitnah umsetzbares Konzept zur Vergütung sektorengleicher Leistungen entwickelt und der Öffentlichkeit vorgestellt.

Der Status quo der Versorgung aus dem Jahr 2019 zeigt, dass die Erbringung von Leistungen des Abschnitts 1 des AOP-Kataloges zu etwa gleichen Teilen von je 40 % auf die (voll-)stationäre Versorgung im Krankenhaus und die ambulante vertragsärztliche Versorgung entfällt. Ambulant im Krankenhaus werden ca. ein Fünftel der Fälle versorgt. Analysen mit Abrechnungsdaten zu Folge sind fallbezogene Parameter, wie etwa die Morbidität der behandelten Patient:innen, zwischen den Behandlungsorten beziehungsweise -settings ähnlich ausgeprägt. Deutliche Unterschiede zeigen sich demnach erst bei Behandlungen mit längeren stationären Verweildauern.

Eine Befragung unter Leistungserbringern und Krankenkassen zeigte, dass sich alle Beteiligten eine Stärkung der sektorengleichen Versorgung wünschen. Bezüglich aktueller Hemmnisse und der zukünftigen Ausgestaltung gehen die Vorstellungen jedoch teilweise auseinander. Insbesondere eine nicht kostendeckende Vergütung und personelle Engpässe hemmen aus Sicht der Leistungserbringer den Fortschritt. Krankenkassen sehen ebenfalls personelle Engpässe als Hemmnis, führen zusätzlich aber eher die derzeit deutlich lukrativere Vergütung im stationären Bereich an. In Bezug auf die Ausgestaltung der Vergütungssystematik votieren die Krankenkassen am deutlichsten für eine pauschalierte Vergütung, während die Meinungen der Leistungserbringer hier etwas breiter gefächert sind, grundsätzlich aber zu den jeweils vertrauten Systematiken tendieren.

Auf Basis dieser Ergebnisse entwickelten die Projektpartner einen Vorschlag für eine einheitliche, sektorengleiche Vergütung, die sowohl kurzfristige Lösungen als auch perspektivische Konzepte beinhaltet. Hierbei werden ausgewählte Leistungen, zunächst auf Basis des AOP-Kataloges, in einen sektorengleichen Bereich überführt. Fallpauschalen, in zwei Stufen differenziert nach dem medizinischen Schweregrad, vergüten die neuen Leistungen unabhängig vom Behandlungsort. Die Kalkulation erfolgt baukastenorientiert initial auf dem um die Kosten, die nur bei stationärer Leistungserbringung entstehen, bereinigten Kostengerüst des InEK; mittelfristig auf einer sektorengleichen Datengrundlage. Mit diesem Vorschlag hat das Projekt „ESV“ einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung eines einheitlichen, sektorengleichen Vergütungssystems entworfen, welches auch Eingang bei der Schaffung des § 115f SGB V gefunden hat.

## 2. Beteiligte Projektpartner

Tabelle 1: Tabellarische Darstellung der am Projekt Beteiligten

Einrichtung / Institution	Projektleitung	Verantwortlichkeiten
<b>HCHE:</b> Universität Hamburg, Hamburg Center for Health Economics (Konsortialführung)	Professor Dr. Jonas Schreyögg* Dr. Ricarda Milstein Robert Messerle	Konsortialleitung, Leitung AP2 und AP4, Beteiligung an AP1 und AP3
<b>TU Berlin:</b> Technische Universität Berlin	Professor Dr. Reinhard Busse* Dr. Anika Kreuzberg Helene Eckhardt	Leitung AP1, Beteiligung an AP4
<b>DKI:</b> Deutsches Krankenhausinstitut	Dr. Matthias Offermanns* Robin Heber	Leitung AP3, Beteiligung an AP4
<b>Zi:</b> Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland	Thomas Czihal* Dr. Sandra Mangiapane* Tobias Mußnug Nadine Behnke (bis Februar 2022)	Co-Leitung AP2, Beteiligung an AP3 und AP4
<b>BKK:</b> BKK Dachverband e.V.	Barbara Kölle* Christian Busch* Cordula Schmelzer (bis November 2020)	Co-Leitung AP2, Beteiligung an AP3 und AP4

\*Ansprechpartner:in bei Rückfragen zum Projekt bzw. Arbeitspaket; AP=Arbeitspaket.

## 3. Projektziele

### 3.1 Hintergrund

Patient:innen sollten dort behandelt werden, wo sie die medizinisch sinnvollste Behandlung erfahren und haben Anspruch auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen. Dies betrifft insbesondere sogenannte „sektorengleiche“ Leistungen, die sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden können. Die aktuellen Vergütungsstrukturen im deutschen Gesundheitswesen sind mit einer sektorengleichen Leistungserbringung jedoch nicht kompatibel. So werden ambulante und stationäre Leistungen aus unterschiedlichen Budgets, nach unterschiedlichen Prinzipien, unter unterschiedlichen Rahmenbedingungen und vor allem häufig mit hohen Preisdifferenzen vergütet. Es wird vermutet, dass das zu finanziellen Fehlanreizen führen könnte und medizinische Entscheidungen möglicherweise durch ökonomische Überlegungen überlagert werden. Im Ergebnis werden die Sektorengrenzen zementiert und das Verständnis einer gemeinsamen Leistungserbringung verhindert.

Diese Probleme basieren auf historischen Entwicklungen und sind dem Gesetzgeber seit langer Zeit bekannt (Deutscher Bundestag 1968, 1975). Viele Gutachten identifizierten die mangelnde sektoren- und schnittstellenübergreifende Kooperation als zentrales, zu Unter-, Über- und Fehlversorgung führendes Problem und erarbeiteten Lösungsvorschläge (z.B. SVR 2018; SVR 2023). Dementsprechend wird in der Gesundheitsgesetzgebung regelmäßig die Verbesserung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit intendiert, z. B. mit der Einführung des ambulanten Operierens nach § 115b SGB V im Jahr 1992. Keine der Maßnahmen vermochte es aber bisher, den erforderlichen Ansprüchen gerecht zu werden.

Parallel zu der Durchführung des ESV-Projektes wurde mit dem MDK-Reformgesetz ein Gutachten gemäß § 115b Abs. 1a SGB V in Auftrag gegeben, welches mit der Aufgabe verbunden war, an der ambulant-stationären Schnittstelle den Stand der medizinischen Erkenntnisse über ambulant durchführbare Operationen sowie stationärsersetzende Eingriffe und Behandlungen zu untersuchen und darauf aufbauend konkrete Vorschläge zur

Erweiterung des Kataloges nach § 115b SGB V („AOP-Katalog“) zu erarbeiten. In kurzer Zeit wurden umfangreiche Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Katalogs vorgelegt. Nicht zuletzt mangels gesetzlichen Auftrags fehlte jedoch ein klares Konzept, wie diese Leistungen zu vergüten sind. Die Entwicklung dieses Vorschlages war hingegen Kern des durch den Innovationsfonds des G-BA geförderten Projektes „*Einheitliche, Sektorengleiche Vergütung*“ (ESV). Das ESV-Projekt wurde vom 1. März 2020 bis zum 30. November 2022 durchgeführt. Der vorliegende Bericht gibt aus diesem Grund überwiegend den Sachstand zum 30. November 2022 wieder.

### 3.2 Ziele und Fragestellungen des Projektes

Das vorliegende Projekt „ESV“ ging der Frage nach, wie für in verschiedenen Sektoren gleich oder ähnlich erbringbare Leistungen ein einheitliches, sektorenübergreifendes Vergütungssystem mit gleichen Preisen, unabhängig davon, ob die vergütete Leistung ambulant oder stationär erbracht wird, für die deutsche Versorgungslandschaft ausgestaltet sein kann. Kein Ziel des Projektes war es, einen Katalog von Leistungen zu definieren, der sektorengleich zu vergüten ist.

Das Projekt wurde zur Beantwortung dieser Forschungsfrage in vier komplementär zueinanderstehende Arbeitspakete (AP), beziehungsweise Unterfragen, untergliedert.

1. Forschungsfrage 1: Welche Leistungsbereiche eignen sich für eine sektorengleiche Leistungserbringung?
2. Forschungsfrage 2: Wie ist der Status Quo der sektorengleichen Leistungserbringung?
  - a. Von welchen Leistungserbringern werden sektorengleiche Leistungen derzeit erbracht?
  - b. Wie vergleichbar ist die Erbringung sektorengleicher Leistungen im stationären und ambulanten Sektor tatsächlich?
3. Forschungsfrage 3: Wie nehmen praktizierende Leistungserbringer (Vertragsärzt:innen und Krankenhäuser) und Krankenkassen die Leistungserbringung wahr?
4. Forschungsfrage 4: Wie könnte ein gemeinsames einheitliches Vergütungssystem ausgestaltet sein?

Die primäre Arbeitshypothese war, dass für eine Reihe von Indikationen die diagnostischen und therapeutischen Leistungen sektorengleich, d.h. *sowohl* im ambulanten *als auch* im stationären Sektor, erbracht werden (können).

Wo dies der Fall ist, sollte das Vergütungssystem nicht den maßgeblichen Treiber für den Ort der Leistungserbringung darstellen, d.h. die finanziellen Anreize müssten sektorengleich sein. Diese Hypothese wurde im Projekt anhand von vier Sekundärhypothesen untersucht: Als erste Sekundärhypothese wurde davon ausgegangen, dass sich auf Basis der Erfahrung anderer OECD-Länder eine Liste an Indikationen ableiten lässt, die auch im deutschen Versorgungskontext sektorengleich erbracht werden können. Als zweite Sekundärhypothese wurde angenommen, dass eine Reihe von Leistungen in Deutschland bereits sektorengleich behandelt werden und die dazugehörige Patientenpopulation zumindest teilweise identisch ist (also teilweise vergleichbare Fallkonstellationen vorliegen). Als dritte Sekundärhypothese wurde angenommen, dass der Implementierungserfolg des Aufbaus sektorengleicher Behandlungsstrukturen maßgeblich von der Akzeptanz durch Leistungserbringer und Krankenkassen abhängt. Als vierte Sekundärhypothese wurde davon ausgegangen, dass sich für Deutschland ein politisches und für die Partner der Selbstverwaltung tragbares, administrativ und juristisch umsetzbares gemeinsames, sektorenübergreifendes Vergütungssystem gestalten lässt.



#### **4. Projektdurchführung**

Die vier oben aufgeführten Sekundärhypothesen wurden in vier aufeinander aufbauenden Arbeitspaketen adressiert. Im Arbeitspaket (AP) 1 wurde mittels einer Kombination aus Literaturrecherche, Expert:innen-Befragungen und Fallstudien erfasst, welche Leistungen in anderen OECD-Ländern sektorengleich erbracht werden (können), und welche finanzielle Anreizstrukturen Anwendung finden, um die ambulante Erbringung von sektorengleichen Leistungen zu stärken. Der Erfassung des Status Quo der sektorengleichen Leistungserbringung in Deutschland wurde in AP2 insbesondere durch eine Sekundärdatenanalyse von Routinedaten nach § 301 SGB V und kassenärztlichen Abrechnungsdaten nach § 295 SGB V nachgegangen. Darauf aufbauend wurde in AP3 eine Befragung unter Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzt:innen und Krankenkassen sowie deren Verbänden durchgeführt, um Hemmnisse der sektorengleichen Versorgung, sowie die Positionierungen in Bezug auf die Ausgestaltung verschiedener Modellkonfigurationen einer möglichen, sektorengleichen Vergütung zu erfassen. Final wurde in AP4 eine Entscheidungsgrundlage für ein solches Vergütungssystem entworfen.

#### **5. Methodik**

Zur Bearbeitung der Fragestellungen der einzelnen Arbeitspakete des Projektes „ESV“ wurden unterschiedliche, für die jeweilige Fragestellung geeignete Methoden verwendet, die im Folgenden für die jeweiligen Arbeitsprojekte und ihre dazugehörigen Fragestellungen separat aufgeführt werden.

##### **5.1 AP1: Identifizierung von sektorengleichen Leistungsbereichen**

###### *Grundlagenrecherche*

Ziel des AP1 war die Durchführung eines internationalen Vergleichs zur Identifizierung sektorengleicher Leistungen in anderen OECD-Ländern. Zunächst erfolgte in den Monaten Mai bis August 2020 eine Grundlagenrecherche, um herauszufinden ob und wie andere Länder sektorengleiche Leistungen definieren und welche Vergütungsmechanismen für diese Leistungen Anwendung finden. Als Ausgangspunkt wurden Health in Transition Profile des European Observatory on Health Systems and Policies (European Observatory on Health Systems and Policies 2021) gescreent, um Informationen zu (1) der Definition sektorengleicher Leistungen, (2) relevanten politischen Initiativen/Agenden zur Stärkung sektorengleicher Leistungserbringung, (3) relevanten Vergütungsmechanismen für sektorengleiche Leistungen zu gewinnen. Diese erste Recherche brachte ebenfalls Hinweise auf verantwortliche Institutionen und relevante Quellen und Datenbanken, die im Rahmen der Fallstudien systematisch nach Land nachrecherchiert und um aktuelle Veröffentlichungen ergänzt wurden. Pro Land wurden veröffentlichte Dokumente und Informationen von Websites relevanter nationaler Ministerien und Institutionen sowie wissenschaftliche Veröffentlichungen gesichtet und ausgewertet sowie vereinzelt Anfragen an verantwortliche Personen zu Detailfragen gestellt. Daraus resultierend wurden 19 Länder selektiert, für die wir entweder Informationen zu einer nationalen Liste an sektorengleichen Leistungen und/oder spezifische Vergütungsanreize für sektorengleiche Leistungen identifizieren konnten. Die Erkenntnisse aus der Grundlagenrecherche sowie alle relevanten Quellen wurden in den Fallstudien der jeweiligen Länder dokumentiert (siehe Anlage 1).

###### *Expertenbefragung*

Die literaturbasierte Recherche wurde ergänzt um strukturierte Expertenbefragungen. Dazu wurde im Zeitraum August bis September 2020 ein englischsprachiger, strukturierter Fragebogen mit offenen Fragen von Wissenschaftlern der TU Berlin entwickelt. Der Aufbau

des Fragebogens orientierte sich dabei an der geplanten Grundstruktur der Fallstudien und umfasste 6 Themenfelder: Entwicklung/Relevanz sektorengleicher Leistungen, Vergütung stationärer Gesundheitsleistungen, Vergütung von Tagesfällen, Vergütung ambulanter fachärztlicher Gesundheitsleistungen, Vergütung ausgewählter Leistungsbereiche wie z.B. Dialyse, andere Anreizprogramme mit Bezug zu sektorengleichen Leistungen. Die Experten waren gebeten in offenen Antwortfeldern, die Fragen aus der Perspektive des von ihnen vertretenen Landes zu beantworten und Hinweise auf hilfreiche Quellen und Daten zur Verfügung zu stellen. Ein Entwurf des Fragebogens wurde dem Projektkonsortium vorgestellt und diskutiert. Zusätzlich wurde der Fragebogen von zwei englischsprachigen Expert:innen mit Expertise im Bereich Gesundheitspolitik und Gesundheitsökonomie auf Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit der Fragen geprüft und gepretestet. Die finale Version des Fragebogens ist in Anlage 2 beigefügt. Der Expertenpool ergab sich aus internationalen Wissenschaftler:innen mit renommierter Expertise in den Bereichen Gesundheitspolitik, Gesundheitsökonomie und/oder Gesundheitssystemanalysen sowie mit fundierten Kenntnissen des Gesundheitssystems und insbesondere der Vergütungsstrukturen in einem der 19 selektierten Länder. Anlage 3 beinhaltet eine Liste der Institutionen, aus denen Expert:innen angefragt wurden. Zur Rekrutierung der Experten nutzte die TU Berlin ihre Kontakte im Rahmen ihrer Beteiligung am European Observatory. Weitere Empfehlungen kamen von den Konsortialpartnern sowie von den angefragten Expert:innen. Die Ansprache von Expert:innen erfolgte zwischen Oktober 2020 und Januar 2021. Insgesamt wurden 39 Expert:innen aus 19 Ländern angeschrieben. Zwölf Expert:innen aus den folgenden 10 Ländern haben an der Befragung teilgenommen: Australien, Kanada, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich (2x), Niederlande, Norwegen, Österreich, Schweden (2x).

#### *Systematische Literaturrecherche*

Zusätzlich wurde eine systematische Literaturrecherche nach wissenschaftlich publizierter Literatur unter Verwendung der Methodik der Cochrane Rapid Review Methods Group (Garrity 2020) durchgeführt. Das Hauptziel der Literaturrecherche bestand darin, Wirksamkeitsanalysen von finanziellen Anreizen bei der Verlagerung von Leistungserbringung in das ambulante Setting zu identifizieren. Des Weiteren diente die Literaturrecherche zur Identifikation weiterführender Publikationen zum Thema Entwicklung, Status Quo und Finanzierung des ambulanten Operierens. Die systematische Literaturrecherche auf der Basis der zuvor entwickelten und validierten Suchstrategie erfolgte im März 2021 in den Datenbanken Medline (via PubMed), Embase (via OVID), Business Source Complete (via EBSCO) und Cochrane Library. Die Suchstrategien pro Datenbank zusammen mit den Suchergebnissen können der Anlage 4 entnommen werden. Die identifizierten Treffer wurden in Endnote eingepflegt. Anschließend wurde die Datenbank um Duplikate bereinigt. Aus der bereinigten Datenbank wurden 20 % aller identifizierten Publikationen zufällig mit Hilfe von Rstudio (Version 1.4.1717) unter Verwendung der „sample“ Funktion ausgewählt und von zwei Mitarbeitenden der TU Berlin nach ihrer Relevanz für die Fragestellung simultan und unabhängig voneinander gescreent. Das Screening erfolgte auf der Basis der zuvor festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien (siehe Anlage 5). Nach der Berechnung der Übereinstimmung hat eine der beiden Mitarbeitenden der TU Berlin die restlichen identifizierten Publikationen vollständig gescreent.

#### *Liste mit international am häufigsten ambulant erbrachten, sektorengleichen Leistungen*

Der internationale Vergleich in AP1 diente schwerpunktmäßig dazu, Leistungsbereiche zu identifizieren, die in anderen Ländern als sektorengleich definiert sind. Dazu wurden im Rahmen der Grundlagenrecherche Listen und Leistungskataloge in anderen Ländern identifiziert, die Leistungen definieren, deren ambulante Erbringung abrechnungsfähig ist und die möglicherweise eine Art von Vergütungsanreiz bei einer ambulanten Erbringung erhalten. Eine daraus resultierende vorläufige Liste an sektorengleichen Leistungen basierend auf Fallpauschalen wurde den Konsortialpartnern beim Projekttreffen am 22.09.2020 präsentiert.

Eingeschlossen waren Kataloge aus England, Frankreich, Österreich und dem Nordic DRG System. Während des Projekttreffens hat sich das Konsortium darauf verständigt, die Fallpauschalen für England, Frankreich und Österreich in Prozeduren zu überführen, um die darauf aufbauende Datenauswertung in AP2 zu ermöglichen. Dazu hat das Team der TU Berlin den Fallpauschalen mithilfe der national verfügbaren Dokumentationen die entsprechenden Prozeduren zugeordnet. Aus England wurden Prozeduren eingeschlossen, für die bei stationärer und tagesklinischer Erbringung der gleiche Preis vergütet wird und Prozeduren, bei denen über „Best Practice Tariffs“ die tagesklinische Erbringung mit einem expliziten Vergütungszuschlag gefördert wurde. Aus Frankreich wurden alle Leistungen aufgenommen, die zur Erbringung als tagesklinische Leistungen zugelassen sind und als solche gleichvergütet werden mit der entsprechenden stationären Leistung. Aus Österreich wurden alle Prozeduren, die im Tagesklinik-Katalog definiert sind, aufgenommen.

In einem nächsten Schritt wurden die auf den jeweils nationalen Prozedurenklassifikationen basierenden Codes mit dem deutschen OPS-Prozedurenschlüssel gemappt. Da dies einen großen Arbeitsaufwand bedeutete und die Prozedurenlisten sehr lang waren, einigte sich das Konsortium darauf, die umfangreiche Prozedurenliste in einer Rangliste zu sortieren. Dazu wurden den Prozeduren für jedes Land jeweils die Anzahl der ambulant und stationär durchgeführten Prozeduren im Jahr 2019 zugeordnet und der Anteil der ambulant durchgeführten Prozeduren an allen Prozeduren berechnet (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Auswahlkriterien und Umfang der ausgewählten Prozeduren in England, Frankreich und Österreich

Land (Datenjahr)	Als Tagesfälle abrechenbare Leistungen	Kriterien für die Auswahl	Anzahl ausgewählter Prozeduren
England (2019)	Alle chirurgischen Prozeduren	Ambulanter Anteil mind. 30 %; Prozeduren mit der größten Gesamtfallzahl	247
Frankreich (2019)	Nur zugelassene Prozeduren	Ambulanter Anteil mind. 30 %; Prozeduren mit der größten Gesamtfallzahl	214
Österreich (2019)	Nur zugelassene Prozeduren	Ambulanter Anteil von mind. 20 % und mind. 100 ambulante Fälle; Prozeduren mit der größten Gesamtfallzahl;	80

Quelle: eigene Zusammenstellung

Anschließend, wurden die Prozeduren pro Land nach der absoluten Häufigkeit und dem Anteil der ambulanten Prozeduren an allen Prozeduren in einer Rangfolge sortiert und die am häufigsten durchgeführten Prozeduren für die Übersetzung in das deutsche OPS-System ausgewählt. In der finalen Liste wurden 541 der am häufigsten ambulant erbrachten, sektorengleichen Prozeduren mit entsprechenden Prozedurencodes aus England (n=247), Frankreich (n=214) und Österreich (n=80) in 1.483 deutsche OPS-Codes (4-6-stellig) übersetzt. Eine Übersicht der verwendeten Leistungskataloge, Prozedurenschlüssel und Datenquellen für die Prozedurenanzahlen findet sich mit Erläuterungen in Anlage 7.

#### *Darstellung sektorengleicher Vergütungsansätze*

Die Ergebnisse aus der Grundlagenrecherche, der Expert:innen-Befragung und dem Rapid Review wurden in Fallstudien zu 12 Ländern (England, Frankreich, Österreich, USA, Kanada, Schweiz, Finnland, die Niederlande, Norwegen, Schweden, Dänemark und Deutschland) zusammengefasst und verschriftlicht. Diese 12 Länder wurden für eine detaillierte Ausarbeitung in Fallstudien ausgewählt, weil sie mehrere oder alle der folgenden Kriterien erfüllten:

- Es lagen Informationen zu einer nationalen Liste an sektorengleichen Leistungen und/oder spezifische Vergütungsanreize für sektorengleiche Leistungen vor;
- Das Land war beim Rücklauf der Expertenbefragung vertreten;

- Relevante Quellen waren entweder in deutscher oder englischer Sprache oder mit vertretbarem Aufwand mit Übersetzungssoftware in anderer Sprache zugänglich;
- Die Vergütungsansätze bzw. das Gesundheitssystem des Landes sind prinzipiell mit den Strukturen des deutschen Gesundheitssystems vergleichbar, sodass konstruktive Ansätze für den deutschen Kontext ableitbar sind.

Die Fallstudien beinhalten zu jedem Land einen kurzen Überblick über die Entwicklung und die aktuelle Bedeutung sektorengleicher Leistungserbringung, eine Beschreibung der verschiedenen Formen und Settings der Leistungserbringung (und entsprechende landesspezifische Begriffsdefinitionen und Bezeichnungen), Darstellung der Leistungsbereiche die als sektorengleich definiert sind, Darstellung der ambulanten und stationären Vergütungsmechanismen sofern relevant für sektorengleiche Leistungsbereiche, Darstellung von spezifischen Vergütungsmodellen für sektorengleiche Leistungsbereiche und Diskussion der damit verbundenen Anreizwirkungen für die Wahl des Ortes der Leistungserbringung. Eine Kurzfassung der entstandenen Fallstudien findet sich in Anlage 1 – die vollständigen Fallstudien werden aktuell für die Veröffentlichung in einem Buch im Rahmen der European Observatory on Health Systems and Policies Series vorbereitet.

## 5.2 AP2: Erfassung des Status Quo sektorengleicher Leistungserbringung

AP2 umfasste die empirische Analyse des Status Quo und ging dafür insbesondere zwei Fragestellungen nach:

1. Von welchen Leistungserbringern werden sektorengleiche Leistungen derzeit erbracht?
2. Wie vergleichbar ist die Erbringung sektorengleicher Leistungen im stationären und ambulanten Sektor tatsächlich?

Aufbauend auf den in Arbeitspaket 1 auf Basis des internationalen Vergleichs identifizierten, für eine sektorengleiche Behandlung geeigneten Leistungen wurde in Arbeitspaket 2 zunächst untersucht, in welcher Quantität diese im ambulanten und stationären Sektor erbracht werden. Anschließend wurde untersucht, wie vergleichbar die Patientenpopulationen sind. Beispielsweise lautete eine Hypothese, dass Patient:innen, für die sektorengleiche Leistungen im stationären Bereich erbracht werden eine höhere Morbidität aufweisen als diejenigen, die äquivalente Leistungen im ambulanten Sektor erhalten.

Hauptgrundlage der Analysen waren umfangreiche Abrechnungsdaten nach §§ 295 und 301 SGB V der teilnehmenden Betriebskrankenkassen für etwa 10 % aller GKV-Versicherten, die Informationen zur ambulanten und stationären Leistungserbringung umfassten. Insgesamt erklärten nach intensiver Begleitung durch den BKK-DV 43 Betriebskrankenkassen ihre Teilnahme an der Datenbereitstellung. Parallel zur technischen Umsetzung erfolgte eine intensive Abstimmung mit der für die Datenübermittlung zuständigen Aufsicht, dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS).

Zu den genutzten Daten gehören u.a. die Diagnosen in ICD-Form, Gebührenordnungspositionen sowie OPS-Codes, Fallpauschalen von (teil-) stationären Krankenhausfällen und auch Daten der AMBO-Abrechnung. Diese Abrechnungsdaten wurden durch die BKKen bzw. ihre Dienstleister mit den Versichertenstammdaten zusammengespielt, sodass auch Alter, Geschlecht, Wohnort auf Basis der PLZ und weitere Informationen (z. B. Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung) vorlagen. Der Datenkörper umfasst einen Zeitraum von 2014 bis 2019.

Der Datenkörper wurde anschließend anonymisiert, wobei die Daten weiterhin auf individueller Ebene vorlagen, und konnte dann durch das HCHE ausgewertet werden (im Folgenden als BKK-Abrechnungsdaten bezeichnet). Die Anonymisierung erfolgte in Abstimmung mit dem BAS, entsprechende Anzeigen gemäß § 80 SGB X wurden getätigt.

Darüber hinaus erfolgten durch das Zi Analysen der vertragsärztlichen Abrechnungsdaten nach § 295 SGB V aller Kassenärztlichen Vereinigungen. Für aggregierte Informationen wurden zusätzlich die strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser sowie die DRG-Statistik des Statistischen Bundesamtes herangezogen. Im Laufe des Projektes ergab sich die Notwendigkeit, weitere Datenquellen hinzuzuziehen um z. B. die Patient Clinical Complexity Level (PCCL) für verschiedene Prozeduren zu analysieren. Hierfür erstellte das HCHE daher zusätzlich Auswertungen auf Basis der über den BKK-DV zur Verfügung gestellten Daten gemäß § 21 KHEntgG.

Die verschiedenen Datenquellen wurden unabhängig voneinander ausgewertet.

Es sei darauf hingewiesen, dass Abrechnungsdaten nur einen Ausschnitt aus der Leistungserbringung im Krankenhaus und im Vertragsarztbereich sowie an patientenindividuellen Einflussfaktoren wiedergeben. Nicht ausgewertet werden konnten leistungs- und patientenbezogene Daten, wie sie beispielsweise in den Patientenakten<sup>1</sup> zu finden sind.

In den BKK-Abrechnungsdaten wurden Patient:innen identifiziert, für die eine potenziell sektorengleiche Leistung stationär oder ambulant erbracht wurde. Die Identifizierung erfolgte initial anhand der mittels OPS-Kodes kodierten Prozeduren aus Arbeitspaket 1, um einen breiten Überblick über die potenziell sektorengleiche Leistungserbringung zu erhalten. Für die Analysen wurden in der Regel Prozeduren auf Ebene des OPS-5-Stellers zusammengefasst, um einerseits die Übersichtlichkeit zu wahren, andererseits aber nicht durch einen zu hohen Aggregationsgrad Details zu verlieren. Auf der Ebene der Endsteller ist die Leistungserbringung in der Regel stark auf einzelne Codes konzentriert. Ausnahmen bilden z. B. die Hernienoperationen, bei denen je nach Setting unterschiedliche Techniken genutzt werden, und Arthroskopien, bei denen das betroffene Gelenk kodiert wird.

Für die weitere Ausarbeitung wurde sich dann weitgehend auf OPS des Abschnittes 1 des AOP-Kataloges fokussiert, um eine gute Vergleichbarkeit der bestehenden Leistungserbringung zu gewährleisten. Leistungen außerhalb des Abschnittes 1 werden im vertragsärztlichen Bereich ohne verpflichtende Angabe des OPS-Codes abgerechnet, sodass für diese Leistungen nur unvollständige Angaben vorliegen. Zur Beantwortung der ersten Fragestellung, welche Leistungserbringer:innen aktuell sektorengleiche Leistungen erbringen, wurden die Fallzahlen für die ausgewählten OPS in den BKK-Abrechnungsdaten getrennt nach ambulanter vertragsärztlicher und stationärer Erbringung sowie nach der ambulanten Erbringung im Krankenhaus (AMBO-Datensatz nach § 301 SGB V) ausgewertet.<sup>2</sup> Für den vertragsärztlichen Bereich wurden dabei Fälle von Patient:innen, bei denen mehrere Ärzt:innen getrennt abrechneten (z. B. Operation und Anästhesie), zusammengefasst, um die Vergleichbarkeit zu gewährleisten.

Für die Beantwortung der zweiten Fragestellung nach der Vergleichbarkeit der Leistungserbringung musste eine geeignete Metrik für den Vergleich gefunden werden. Grundsätzlich sollte der Vergleich der Risikoprofile auf Basis des Alters und der Komorbiditäten erfolgen. Als Basisparameter diente das Alter der Patient:innen. Zur Erfassung der Fallschwere der Patient:innenpopulationen wurde zunächst der für die Risikoadjustierung etablierte Elixhauser-Score genutzt. Solche klassischen Methoden der Risikoadjustierung, wie

---

<sup>1</sup> Die in § 630f BGB normierte Dokumentation der Behandlung ist weiter gefasst als die Dokumentation der Behandlung zum Zwecke der Abrechnung und umfassen darüber hinaus u. a. Verlaufsdaten, nicht im ICD-Verzeichnis kodierbare Diagnosen, Prozeduren, Ergebnisse oder Zustände sowie soziale Gründe für die stationäre Aufnahme.

<sup>2</sup> Auswertungen nach verschiedenen Subgruppen, beispielsweise nach Krankenhausgröße oder Art der vertragsärztlichen Leistungserbringung (z. B. MVZ), wurden ebenfalls durchgeführt, ergaben jedoch keine wesentlichen Erkenntnisse.

auch verschiedene Varianten des Charlson-Index, wurden allerdings mit Bezug auf die krankenhauserne Mortalität der Patient:innen entwickelt. Für sektorengleiche Leistungen stellt die Mortalität aber in der Regel keinen geeigneten Vergleichsparameter dar. Als alternatives Morbiditätsmaß wurde daher ein individueller Risikowert auf Basis des Klassifikationssystems des Bewertungsausschusses (InBA 2022) erstellt. Dieses klassifiziert die für die Patient:innen kodierten Diagnosen in ca. sogenannte 200 Risikokategorien und findet bei der Berechnung der morbiditätsbedingten Veränderungsrate in der vertragsärztlichen Versorgung Anwendung. Das System wird regelmäßig überarbeitet und legt den Schwerpunkt auf die ambulante Morbidität und den damit einhergehenden Behandlungsbedarf. Daher war es für die Zwecke des Projekts geeigneter als krankenhauserne Mortalitätsscores. Um die 200 Kategorien für die Analysen nutzbar zu machen, wurde – in Anlehnung an das Vorgehen bei der Veränderungsrate – mittels linearer Regression für jede Kategorie ein Relativgewicht auf Basis der Diagnosen des Jahres 2018 und der Leistungsausgaben des Jahres 2019 berechnet. So wurde den Patient:innen ein auf Basis der Diagnosen additiv errechneter Risikowert zugewiesen (Wert 1 = durchschnittliche Morbidität).

Für die Berechnung war es notwendig einen Basiszeitraum für die zu berücksichtigenden Diagnosen zu definieren. Ein Vergleich auf Fallbasis schließt sich aus, da sich die Definition im vertragsärztlichen Bereich (quartalsweise) und im Krankenhaus (Aufnahme bis Entlassung) wesentlich unterscheidet. Im Rahmen des Projekts wurden daher alle Diagnosen innerhalb eines Jahres vor dem jeweiligen Indexfall zur Berechnung herangezogen.

Um die akute Falldringlichkeit zu berücksichtigen und diese über die Sektoren hinaus vergleichbar zu machen, wurde außerdem ein diagnosebasierter Dringlichkeits-Score (Krämer et al. 2019) berechnet<sup>3</sup>. Krämer et al. haben mittels eines Algorithmus aus dem Bereich des maschinellen Lernens und auf Basis umfangreicher Krankenhausabrechnungsdaten jeder<sup>4</sup> ICD einen Dringlichkeitsscore von 0 (niedrig) bis 1 (hoch) zugewiesen. Auf Basis dieser Werte wurde für jeden betrachteten Fall die jeweils dringlichste Diagnose<sup>5</sup> herangezogen und deren Dringlichkeitsscore in den Vergleichen berücksichtigt.

Schließlich wurden auf Basis der jeweiligen Postleitzahlen die näherungsweisen Distanzen zwischen Wohnort und Ort der Leistungserbringung bestimmt. Tendenziell werden die Abstände durch die Beschränkung auf Postleitzahlen unterschätzt. Des Weiteren fehlen genauere Informationen zur Betriebsstätte in den Abrechnungsdaten; für Krankenhausverbünde wird in der Regel nur das Institutionskennzeichen des Verbundes übermittelt. Die dargestellten Distanzen stellen daher nur eine Approximation der Versorgungswege dar.

In den weitergehenden Analysen wurde unter anderem nach der Verweildauer gruppiert. Diese wurde bei stationärer Behandlung als Differenz zwischen Entlassungs- und Aufnahmedatum kalkuliert, bei ambulanter Behandlung war sie per Definition null. Als Kurzlieger wurden Patient:innen mit höchstens drei Tagen Verweildauer erfasst.

Alle Angaben, die im Rahmen des AP2 gemacht wurden, beziehen sich auf das zum Zeitpunkt der Analyse aktuellste verfügbare Datenjahr 2019. Auf Basis der Daten nach § 21 KHEntgG wurde schließlich noch analysiert, welche möglichen Verlagerungseffekte in einen

---

<sup>3</sup> Bei den Eingriffen muss allerdings zwischen elektiven Eingriffen und Notfalleingriffen unterschieden werden. Bei den elektiven Eingriffen spielt nicht nur die medizinische Dringlichkeit für die Terminvergabe eine Rolle, sondern auch die Verfügbarkeit von Personal und Kapazitäten. Bei Notfalleinweisungen muss die Hauptdiagnose nicht mit der Einweisungs- oder Aufnahmediagnose übereinstimmen, so dass nicht immer klar ist, ob die Dringlichkeit tatsächlich über die Hauptdiagnose erkannt werden kann. Daher wurden sowohl Haupt- als auch Aufnahmediagnosen der Krankenhauserne bei der Kalkulation der Falldringlichkeit berücksichtigt.

<sup>4</sup> Einzelne ICD-Bereiche wurden aus methodischen Gründen ausgeschlossen.

<sup>5</sup> Ohne Verdachts- und Ausschlussdiagnosen.

sektorengleichen Bereich möglich wären. Hierzu wurden in einem abgestuften Ansatz zunächst alle Fälle mit Leistungen des AOP-Kataloges betrachtet. Berücksichtigt werden musste jedoch, dass diese Leistungen auch in Verbindung mit anderen, ggf. komplizierteren Prozeduren durchgeführt werden. Für die weitere Betrachtung wurden daher nur Fälle, bei denen der OPS aus dem AOP-Katalog Hauptleistung war, berücksichtigt. Dies wurde so definiert, dass die jeweiligen OPS-Kodes ausschlaggebend für die Zuordnung eines Falles zu einer diagnosebezogenen Fallpauschale (DRG) („gruppierungsrelevant“) waren oder zumindest keine anderen, nicht im AOP-Katalog enthaltenen OPS-Kodes bei dieser Zuordnung relevant waren. Schließlich erfolgte eine weitere Einschränkung auf Kurzlieger ( $\leq 3$  Tage Verweildauer), da insbesondere für diese die sektorengleiche Erbringung diskutiert wird. Für diese Fallkonstellationen wurden dann Fall- und Ausgabenvolumina berechnet.

Ergänzend wurde analysiert, welche konkreten Leistungen des AOP-Kataloges zu diesen Fallvolumina beitragen und welche Schweregrade (PCCL), Verweildauern und Abrechnungskonstellationen (DRGs) für diese in der Regel relevant sind. Für diese Analysen wurden ebenfalls nur Fälle betrachtet, bei denen die OPS aus dem AOP-Katalog Hauptleistung waren.

### 5.3 AP3: Potentialabschätzung durch Leistungserbringer und Krankenkassen

In AP3 wurde die Sicht der Leistungserbringer (Vertragsärzt:innen und Krankenhäuser) und Krankenkassen auf eine sektorengleiche, gemeinsame Versorgung und Vergütung erfasst. Primäres Ziel der Befragungen war es zu erheben, wie aus Sicht von Leistungserbringern und Krankenkassen ein geeignetes Vergütungskonzept für sektorengleiche Leistungen und damit verbundene Aspekte wie Abrechnung und Qualitätssicherung ausgestaltet sein sollten.

Hierzu wurden drei Fragebögen entwickelt, die große inhaltliche Überschneidungen aufwiesen, aber auch die Besonderheiten der jeweiligen Leistungserbringer und der Krankenkassen berücksichtigten. Die Fragebögen wurden in einem iterativen Prozess durch die Konsortialpartner konzipiert und verbessert. Zusätzlich wurden Fachleute vertraulich mit einbezogen, die nicht zum Konsortium gehörten. Hierzu zählten z. B. Mitarbeiter:innen einzelner Krankenhäuser sowie weitere Expert:innen aus dem Gesundheitsbereich bzw. der Forschung. Ein Prätest fand nur innerhalb des Konsortiums und durch die eingebundenen externen Fachleute statt.

Zunächst wurde erfragt, mit welchen Hindernissen sich Leistungserbringer und Krankenkassen derzeit im Bereich sektorengleicher Leistungen konfrontiert sehen. Anschließend wurde erhoben, wie aus Sicht der Befragten ein geeignetes Vergütungskonzept sowie die Ausgestaltung weiterer Aspekte aussehen sollte. Schließlich wurden, aufbauend auf den Erkenntnissen der Arbeitspakete 1 und 2, die Leistungserbringer konkret zu 22 OPS-Ziffern befragt, unter welchen Bedingungen sie eine ambulante Durchführung dieser potenziell sektorengleichen Leistungen für möglich und unter welchen Umständen sie eine Behandlung im stationären Umfeld für erforderlich halten.

Weitere zentrale Inhalte bezogen sich auf Möglichkeiten und Herausforderungen einer potenziellen Ausweitung des Leistungsumfangs ambulanter Operationen. Es wurde schriftlich, mittels standardisierter Fragebögen, befragt. Die Fragebögen sind diesem Bericht zur Wahrung der Transparenz angehängt. Dabei wurden Likert-Skalen und Multiple-Choice-Technik verwendet. Vereinzelt wurden auch offene Fragen gestellt. Befragt wurde zu folgenden konkreten Themenkomplexen:

1. Erfahrungen mit dem ambulanten Operieren und Motivation
2. Ausweitung des Leistungsumfangs
3. Vergütungskonzept
4. Abrechnungsverfahren
5. Qualitätssicherung

## 6. Ambulante Erbringbarkeit ausgewählter OPS-Codes

Als Antwortmöglichkeiten standen größtenteils Angaben nach der Likert-Skala (stimme [teilweise/eher/nicht] zu) und Mehrfachantworten/Multiple-Choice zur Auswahl. Die Fragebögen sind in den Anlagen 12a-c beigelegt.

Insgesamt wurden drei Befragungen durchgeführt: Zunächst wurde im Zeitraum von Oktober 2021 bis Januar 2022 die Leistungserbringerseite befragt. Dazu wurden Krankenhäusern und Vertragsärzt:innen simultan in zwei getrennten Erhebungen weitestgehend identische Fragebögen vorgelegt. Das DKI versendete dabei Papierfragebögen an alle 1 268 Krankenhäuser, die gemäß den strukturierten Qualitätsberichten nach § 137 SGB V ambulant operieren. Die Befragung der Vertragsärzt:innen erfolgte per Online-Fragebogen durch das Zi über die zwei folgenden Arme:

- (1) Eine 25 %-Zufallsstichprobe an Ärzt:innen der operierenden Fachrichtungen (n=12 565) aus dem Bundesarztregister wurde postalisch durch eine Treuhandstelle angeschrieben und ihnen die Zugangsdaten zur Online-Befragung mitgeteilt.
- (2) Alle Berufsverbände der operierenden Fächer wurden per Mail auf die Befragung aufmerksam gemacht und gebeten, die Zugangsdaten zum Onlinefragebogen an ihre Mitglieder zu versenden. Dem nachgelagert wurden im April und Mai 2022 im Rahmen einer Online-Befragung alle 97 gesetzlichen Krankenkassen sowie die sechs Verbände der verschiedenen Krankenkassenarten und der GKV-Spitzenverband befragt. Darin wurden die Inhalte und Ergebnisse der beiden vorherigen Befragungen aufgegriffen. Die Anschreiben erfolgten im Namen des DKI und wurden durch ein Rundschreiben des BKK-Dachverbandes e.V. begleitet.

Insgesamt nahmen 166 Krankenhäuser, 776 Vertragsärzt:innen und 32 Krankenkassen (darunter vereinzelt auch Krankenkassenverbände) an der Befragung teil. Im vertragsärztlichen Datensatz wurden Personen, die angaben, bislang nicht ambulant zu operieren (n=67), ausgeschlossen, sodass nur 709 Antworten in die Analyse eingingen. Die Rücklaufquote der Krankenhausbefragung betrug 13,2 %, wobei öffentliche Krankenhäuser über- und private Krankenhäuser unterrepräsentiert waren. Mit Ausnahme des Saarlands beteiligten sich an der Befragung Krankenhäuser aus allen Bundesländern. Bei den Vertragsärzt:innen war es hingegen nicht möglich, die Rücklaufquote zu berechnen, da keine Informationen darüber vorliegen, wie viele Ärzt:innen von den Berufsverbänden zur Teilnahme an der Befragung eingeladen wurden. Die Fachgruppe der Chirurgie und Orthopädie machte bei den Vertragsärzt:innen fast 50 % der Rückläufe aus, weitere Beteiligung kam hauptsächlich aus der Anästhesiologie, Gynäkologie, Gastroenterologie, HNO und Urologie. Regional betrachtet waren Rückläufe aus allen Kassenärztlichen Vereinigungen annähernd entsprechend ihrer Anteile verteilt. An der Befragung der Krankenkassenvertreter haben sich ca. ein Drittel aller gesetzlichen Krankenkassen beteiligt. Einzelheiten zur Zusammensetzung des Rücklaufs sind infolge der strikt anonymen Befragung nicht bekannt. Eine Unterteilung nach der Anzahl der finanzierten ambulanten Operationen je Quartal ist möglich, ergab jedoch keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten.

Die Auswertung erfolgte getrennt nach Leistungserbringern und Krankenkassen. Mittels der Software SPSS wurden die jeweiligen Antworthäufigkeiten der geschlossenen Fragen ermittelt. Die jeweiligen Antworthäufigkeiten wurden dann einerseits zwischen den Leistungserbringern verglichen, andererseits mit den Antworthäufigkeiten der Krankenkassen. Freitextantworten (Antwortfeld „Sonstiges“) wurden per qualitativer Inhaltsanalyse mittels der Software MAXQDA zusammenfassend kodiert.



## 5.4 AP4: Konzeption einer gemeinsamen, sektorenübergreifenden Vergütung

Ziel des AP4 war das Synthetisieren der Ergebnisse aus AP1-3 und die darauf aufbauende Formulierung eines tragfähigen Konzeptes für eine einheitliche, sektorengleiche Vergütung. Hierzu wurden zwei Projekttreffen unter Beteiligung aller Projektpartner durchgeführt, externe Teilnehmer waren zu keiner Veranstaltung geladen. Weitere, bilaterale Absprachen fanden kurzfristig bei Bedarf statt. Das erste Treffen mit dem Kick-Off fand am 23. März 2022 aufgrund der Corona-Pandemie online statt (Teilnehmende: HCHE Professor Dr. Jonas Schreyögg, Dr. Ricarda Milstein, Robert Messerle; BKK DV e.V.: Barbara Kölle, Christian Busch; DKI: Robin Heber, Dr. Matthias Offermanns; Zi: Thomas Czihal, Dr. Sandra Mangiapane; TU Berlin: Professor Dr. med. Reinhard Busse, Dr. Anika Kreutzberg, Helene Eckhardt)

Der zweite, zentrale Workshop wurde am 08. Juni 2022 in den Räumlichkeiten der TU Berlin in Präsenz durchgeführt (Teilnehmende: HCHE Professor Dr. Jonas Schreyögg, Dr. Ricarda Milstein, Robert Messerle; BKK DV e.V.: Christian Busch; DKI: Dr. Matthias Offermanns; Zi: Thomas Czihal, Dr. Sandra Mangiapane; TU Berlin: Professor Dr. med. Reinhard Busse, Helene Eckhardt). Die Konsortialführung bereitete alle Treffen vor und nach und protokollierte die zentralen Ergebnisse für das weitere Vorgehen.

Konkret erstellte die Konsortialführung zunächst für das Kick-Off eine Zusammenfassung der im Projektantrag definierten Ziele und möglichen Operationalisierungen zur Umsetzung dieser Ziele. Des Weiteren wurden durch die Konsortialführung auf Grundlage internationaler Erkenntnisse und auf Basis der AP 1 bis 3 sowie Erfahrungen aus anderen Projekten mögliche Bestandteile eines Vergütungskonzeptes ausgearbeitet. Denn die Kernfrage war zunächst die Abgrenzung, zu welchen Aspekten eines Vergütungssystems Vorschläge erarbeitet werden sollen. Zusätzlich wurden die groben Leitplanken möglicher Vorschläge anhand der öffentlichen Diskussionen eingeordnet.

Auf Grundlage dieser Vorbereitung wurde in der Gruppendiskussion des Kick-Offs in einem Brainstorming adressiert, welche Leistungen und Aspekte im Konzept beleuchtet werden sollen und welche Ausgestaltungsoptionen dafür grundsätzlich in Frage kommen. Anschließend wurden Zuständigkeiten und Termine abgestimmt. Für jedes dieser Themenfelder, für die weitere Bearbeitung als Module bezeichnet, wurden anschließend jeweils verschiedene Optionen erarbeitet und abgewogen. Diese Optionen wurden im zentralen Workshop im Juni durch die Konsortialführung vorgestellt und mit allen Projektpartnern diskutiert. Zu den wichtigsten Themenfeldern wurde in den Diskussionen eine konkrete gemeinsame Position erarbeitet und festgehalten. Zu einzelnen Themen wurde sich darauf geeinigt, eine Problemskizzierung mit Lösungsoptionen zu erstellen und von einem konkreten Vorschlag abzusehen. Auf Basis der gemeinsam vereinbarten Eckpunkte verschriftlichte die Konsortialführung die Ergebnisse in Form eines zusammenhängenden Konzepts. Im Folgenden wurde dieses unter den beteiligten Projektpartnern diskutiert und in mehreren Schritten finalisiert. Diese Finalisierung geschah im Wesentlichen schriftlich. Nur für einige ausgewählte, kontroverse Punkte erfolgte eine abschließende Klärung in themenbezogenen Videokonferenzen.

## 6. Projektergebnisse

### 6.1. AP1: Identifizierung von sektorengleichen Leistungsbereichen

#### 6.1.1 Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche

Insgesamt wurden in der systematischen Literaturrecherche 2.508 Einträge identifiziert (siehe Anlage 4). Die Trefferzahlen pro Datenbank variierten zwischen N=280 in PubMed und N=898 in EMBASE. Nach der Bereinigung um Duplikate wurden die verbleibenden 1.902 Einträge gescreent (darunter N=380 bzw. 20 % von zwei Mitarbeitenden der TU Berlin simultan). Das Title-Abstract Screening ergab 261 eingeschlossene Einträge. Nach Abschluss des Volltext-

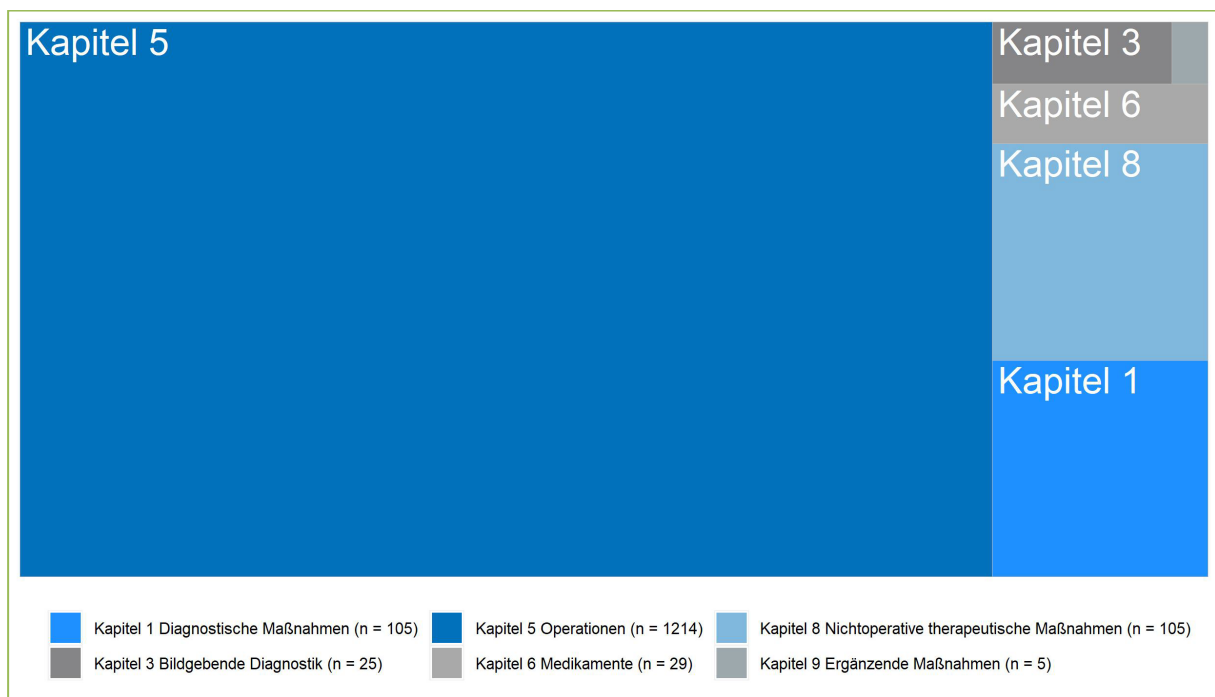
Screenings verblieben 57 Einträge für die Auswertung. Die entsprechenden Referenzen können der Anlage 6 entnommen werden. Von den 57 eingeschlossenen Publikationen befassten sich 21 mit europäischen Vergütungssystemen, 28 mit nord-amerikanischen Vergütungssystemen und acht Publikationen stammten aus dem asiatisch-pazifischen Raum. Unter den 57 Publikationen befanden sich zwei Studien zu Wirksamkeitsanalysen von direkten oder indirekten finanziellen Anreizen zur Verlagerung der Leistungserbringung in das ambulante Setting. Zwei weitere Studien zur Wirksamkeitsanalyse aus England (Audit Commission 2012) und Frankreich (Cazenave-Lacrouz und Yilmaz 2019) wurden in der Handrecherche bzw. im Rahmen der Expertenbefragung identifiziert. Insgesamt wurden somit vier Studien zur Wirksamkeitsanalyse identifiziert und ausgewertet (Anlage 8). Die identifizierte Literatur zu Vergütungssystemen im europäischen und nord-amerikanischen Raum wurde, wo angebracht, zusammen mit ergänzenden Handrecherchen bei der Erstellung der Fallstudien verwendet. Die Publikationen zu Vergütungssystemen im asiatisch-pazifischen Raum wurden nicht weiter verwertet.

### **6.1.2. Liste mit international am häufigsten ambulant erbrachten, sektorengleichen Leistungen**

Die Ranglisten mit den Prozeduren für England, Frankreich und Österreich, die für die Übersetzung in das deutsche OPS-System ausgewählt wurden, befinden sich in Anlage 9. Pro Land sind die Prozeduren nach der absoluten Häufigkeit der Durchführung der Prozedur im Jahr 2019 sortiert. Dabei schließen die Ranglisten Prozeduren ein, die einen ambulanten Anteil von mindestens 30% im jeweiligen Land hatten. Für Österreich galt ein Mindestanteil von 20%, um eine ausreichende Zahl an Prozeduren zu erreichen. Die in den Ranglisten abgebildeten 541 am häufigsten ambulant erbrachten, sektorengleichen Prozeduren (England=247), Frankreich=214 und Österreich=80) wurden in 1.483 deutsche OPS-Codes (4-6-stellig) übersetzt. Die daraus resultierende Liste an übersetzten OPS-Prozeduren, kann der Anlage 10 entnommen werden. Je nach Detailgrad der jeweiligen ausländischen Prozedur, erfolgte die Übersetzung in OPS-Codes auf 4-, 5- oder 6-stelliger Ebene. Zusätzlich kann in der finalen Liste nachvollzogen werden, auf welchen ursprünglichen Prozeduren aus England, Frankreich oder Österreich der jeweilige OPS-Code beruht.

Wie Abbildung 1 zeigt, wurden die meisten Prozeduren aus dem Kapitel 5 „Operationen“ des OPS-Katalogs identifiziert. Darunter befinden sich Prozeduren an den Bewegungsorganen, den Augen, der Haut und Unterhaut sowie am Verdauungstrakt. Beispielsweise wurden im Jahr 2019 die Prozedur „Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über sklero-kornealen Zugang“ in Frankreich bei 96 % der Fälle und in Österreich bei 88 % der Fälle ambulant durchgeführt. In England wurde die Prozedur „(Sekundäre) Einführung und Wechsel einer alloplastischen Linse bei aphakem Auge“ bei 99 % aller Fälle ambulant durchgeführt.

Abbildung 1: Identifizierte Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) nach Kapiteln



Quelle: eigene Darstellung.

### 6.1.3. Internationaler Vergleich von Vergütungsmodellen für sektorengleiche Leistungen in 12 Fallstudien

Der internationale Vergleich hat gezeigt, dass es eine Vielzahl von Bestrebungen in nahezu allen untersuchten Ländern gibt, stationäre Leistungserbringung - wo möglich - durch ambulante Alternativen zu ersetzen. Hauptargument für die Stärkung der ambulanten Erbringung sektorengleicher Leistungen wird in dem Potenzial von Effizienzsteigerungen gesehen. Durch die Verlagerung sektorengleicher Leistungen in den ambulanten Sektor können kostspielige, knappe Krankenhauskapazitäten besser auf komplexe Fälle fokussiert werden. Aber auch Patient:innen können profitieren, wenn Wartezeiten reduziert werden, die Versorgung kürzer und wohnortnah ist und das Risiko krankenhausspezifischer Infektionen minimiert wird. Die politischen Maßnahmen, die die verschiedenen Länder in den vergangenen Jahrzehnten ergriffen haben, um die ambulante Leistungserbringung zu stärken, sind jedoch vielfältig und unterschiedlich erfolgreich. So gibt es Länder (z. B. USA, Niederlande und Dänemark), die keine explizite Strategie für die Förderung sektorengleicher Leistungen im ambulanten Bereich verfolgten. Bei ihnen führten andere Umstrukturierungen im Gesundheitssystem zu einer automatischen Stärkung des ambulanten Sektors. Im Gegensatz dazu gibt es andere Länder, allen voran England, Norwegen und Frankreich, die mithilfe expliziter Vergütungsmodelle und finanzieller Anreize versuchen, die ambulante Erbringung sektorengleicher Leistungen gezielt zu fördern oder gar zum Goldstandard der Leistungserbringung zu etablieren. Österreich, Deutschland und die Schweiz bilden im Vergleich der OECD-Statistiken die Schlusslichter bei der Verlagerung sektorengleicher Leistungen in den ambulanten Bereich. Fehlanreize in der Vergütung an den Sektorengrenzen werden als ein Hauptargument genannt für die zögerliche Ausnutzung des Potenzials. In allen drei Ländern gibt es aber vermehrte Bestrebungen, existierende Fehlanreize zu beseitigen. Die Erfolge dieser Bestrebungen wird man jedoch erst in den kommenden Jahren beobachten können.

### *Definition sektorengleicher Leistungen*

Der internationale Vergleich hat ebenfalls gezeigt, dass es eine Vielzahl von Begrifflichkeiten und nationalen Definitionen für Leistungsbereiche, Sektoren und Leistungserbringer gibt, die alle eine Rolle spielen in der Diskussion um sektorengleiche Leistungen. Der Vergleich zwischen Ländern ist dadurch erschwert, wenn die rechtlichen Rahmenbedingungen und Vergütungsmechanismen, die hinter den einzelnen Begrifflichkeiten stecken, nicht mitgedacht werden. Sektorengleiche Leistungen werden in den untersuchten Ländern in Krankenhäusern, Tageskliniken und Facharztpraxen erbracht. In Krankenhäusern kann die Erbringung von sektorengleichen Leistungen sowohl stationär als auch ambulant erfolgen. Die Erbringung von ambulanten Leistungen kann auf derselben Station wie bei stationärer Erbringung erfolgen (z. B. in Österreich), strukturell getrennt innerhalb des Krankenhauses in einer ambulanten Einheit (z. B. in Österreich und Frankreich) oder in einer alleinstehenden Einheit, die jedoch organisatorisch ein Teil des Krankenhauses ist (z. B. in Frankreich und in den nordischen Ländern). Tageskliniken werden auch als unabhängige Einrichtungen betrieben, wie das typischerweise in den USA der Fall ist. In Ländern mit stärkerer Sektorentrennung werden viele ambulante spezialisierte Leistungen von den niedergelassenen Fachärzt:innen in Facharztpraxen erbracht (z. B. in Deutschland und der Schweiz).

### *Genehmigung ambulant bzw. sektorengleich erbringbarer Leistungen im Krankenhaus*

England ist das einzige bekannte Land, in dem potenziell alle Krankenhausleistungen ambulant erbringbar sind. In Deutschland, Finnland, Frankreich, Kanada, den Niederlanden, Norwegen, Österreich, Schweden, der Schweiz und den USA dürfen dagegen nur vorab definierte und dafür zugelassene Leistungen ambulant erbracht werden. In Dänemark müssen sich die Krankenhäuser an die allgemeinen Leitlinienempfehlungen und die Krankenhauspläne hinsichtlich der (ambulanten) Erbringung von Leistungen halten. Bei den ambulant erbringbaren Leistungen handelt es sich oft um minimalinvasive otorhinolaryngologische (HNO), ophthalmologische, dermatologische, gynäkologische, orthopädische und teilweise viszerale chirurgische Eingriffe, die bei Patient:innen mit niedrigem Komplexitätslevel durchgeführt werden. Auch andere therapeutische Prozeduren wie die Dialyse, Bestrahlungs- und Chemotherapie und diagnostische Prozeduren wie Endoskopien werden in der Regel ambulant durchgeführt. Einige Länder wie England und Norwegen gehen so weit, im Rahmen von gebündelter Leistungsvergütung auch hausbasierte Dialyse und Telemonitoring zuhause zu vergüten. In einigen Ländern (Frankreich, der Schweiz, und Österreich) existiert eine Auswahl an Leistungen, die ausschließlich ambulant erbringbar sind. Für eine Auswahl von Leistungen ist in Frankreich eine vorherige Genehmigung erforderlich, wenn diese stationär erbracht werden sollen (*Mise sous accord préalable*); während in der Schweiz unterschiedliche Modelle existieren und die Begründung entweder vor oder nach der Erbringung der Leistung geprüft wird. In Österreich resultiert die stationäre Erbringung dieser Leistungen in einer geringeren Bewertung (und letztendlich Vergütung). Um bei älteren Menschen eine möglicherweise notwendige Übergangspflege nach einer ambulant erfolgten Intervention zu gewährleisten, wird in Dänemark, England, Finnland, Frankreich, Norwegen und Schweden bereits seit mehreren Jahren das Konzept des Patientenhotels oder auch Kurzliegerstationen in kommunalen Gesundheitszentren (*community health centres*) eingesetzt. Mit diesem Konzept wurde während der COVID-19 Pandemie in den Jahren 2020 bis 2022 auch in den Niederlanden experimentiert.

### *Vergütungssysteme sektorengleicher Leistungen*

Bei der Vergütung sektorengleicher Leistungen zeigten sich drei unterschiedliche Ansätze und Differenzierungsgrade zwischen den Ländern. Die untersuchten Länder vergüten sektorengleiche Leistungen entweder über ein Einzelleistungs-Vergütungssystem (1), oder über ein Fallpauschalen-System (2), das in Teilen oder in Gänze auf sektorengleiche Leistungen

ausgerollt wurde. Fallpauschalen-Systeme lassen sich weiter differenzieren danach, ob die für die Vergütung relevante Behandlungsepisode mit Entlassung endet (2A) oder darüber hinaus geht (2B). Tabelle 3 zeigt die Verteilung der Länder auf die drei identifizierten Vergütungssysteme.

Tabelle 3: Überblick über internationale Vergütungssysteme für sektorengleiche Leistungen

1: Einzelleistungs- vergütung	2A: Fallpauschalen-Vergütung; Episode endet mit Entlassung	2B: Fallpauschalen-Vergütung; Episode geht über einen stationären Aufenthalt hinaus
<b>Deutschland (ambulant)</b> <b>Schweiz</b>	England Finnland Frankreich Norwegen Österreich Schweden USA Deutschland (stationär)	Dänemark Niederlande

Quelle: eigene Darstellung.

In 8 Ländern ist die Vergütung sektorengleicher Leistungen in das Fallpauschalensystem integriert.

Das englische, dänische und niederländische DRG-System unterscheiden nicht zwischen dem Ort der Leistungserbringung. Dänemark entwickelt sein Preissystem derzeit in Richtung eines episodensystemen Systems weiter. So werden in Dänemark bei der Berechnung einer Episodenpauschale Kosten zusammengefasst, die bei Krankenhauskontakten innerhalb von 12 Stunden nach dem letzten Kontakt in demselben Krankenhaus und derselben DRG anfallen. In den Niederlanden kann eine Episode, in der alle Kontakte mit dem Gesundheitssystem bezogen auf eine Indikation zusammengefasst werden, bis zu 365 Tage dauern. In England dauert die Episode nur bis zur Entlassung. Dagegen sind dort sämtliche DRGs für eine ambulante und somit sektorengleiche Leistungserbringung geöffnet.

In Norwegen und Frankreich hingegen wurde nur ein Teilbereich der DRGs für die sektorengleiche Vergütung geöffnet. In Norwegen wurden parallel zu dem DRG-System weitere Klassifikationssysteme eingeführt, die seit 2017 bestimmte Leistungsgruppen (Special Service Groups, STG) unabhängig vom Erbringungsort vergüten. Im Jahr 2019 wurden episodensystemen Leistungsgruppen, die explizit zuhause erbracht werden können, aus dem Norwegischen DRG und den STG in Service Course Groups (TFG) ausgelagert. Die USA und Österreich haben sich für ein separates, pauschalisiertes Klassifikations- bzw. Vergütungssystem für die ambulante Erbringung sektorengleicher Leistungen entschieden. Dieses wurde 2000 in den USA und 2019 in Österreich eingeführt. Deutschland und die Schweiz gehen derzeit bei ambulanter Leistungserbringung vom ambulanten Vergütungssystem aus. In der Schweiz wird das ambulante Vergütungssystem bestehend aus der Einzelleistungs- und Kopfpauschalensvergütung zur Vergütung von ambulanten Krankenhausleistungen eingesetzt. Auch in Deutschland wird das ambulante Vergütungssystem bestehend aus der Leistungskomplex- und Einzelleistungsvergütung zur Vergütung von ambulanten Krankenhausleistungen verwendet, bei stationärer Leistungserbringung erfolgt hingegen eine Vergütung über das DRG-System.

#### *Vergütungsanreize zur ambulanten Erbringung sektorengleicher Leistungen*

Unter den Ländern, die sektorengleiche Leistungen im Rahmen eines Fallpauschalensystems vergüten, lassen sich drei verschiedene Ansätze der Preissetzung und damit auch der Anreizwirkung für die ambulante Erbringung sektorengleicher Leistungen unterscheiden (siehe Tabelle 4). In Finnland, Deutschland und den USA werden aktuell separate Preise für stationäre versus taggleiche beziehungsweise ambulante Leistungen gezahlt, die in der Regel

auf den jeweiligen Durchschnittskosten basieren und damit für ambulante Leistungen niedriger als für vergleichbare stationäre Leistungen sind. In 5 Ländern (Österreich, Dänemark, England, Frankreich und Norwegen) wird die Vergütung für die stationäre und taggleiche beziehungsweise ambulante Leistungserbringung gleichgesetzt und auf Basis gepoolter Durchschnittskosten berechnet. Bei selten ambulant erbrachten Leistungen basiert der Preis hauptsächlich auf den stationären Kosten, während bei bereits fast ausschließlich ambulant erbrachten Leistungen der Preis überwiegend auf den ambulanten Kosten beruht. Daraus ergibt sich ein finanzieller Anreiz für die ambulante Versorgung, da diese im Verhältnis zur stationären Versorgung weniger Kosten bei gleicher Vergütung verursacht.

Tabelle 4: Vereinfachte Darstellung der Preismodelle und jeweilige Länder

Preis-Modelle	Länder
Höherer Preis für taggleiche/ambulante Behandlung als Vergütungsanreiz	England (2020-2021): Best Practice Tariffs – Day case
Gleicher Preis für taggleiche/ambulante Behandlung und stationäre Behandlung anhand gepoolter Durchschnittskosten	England / Dänemark (2002 bis 2017): kombinierter Tarif für fast alle DRGs Frankreich: kombinierter Tarif für DRGs mit niedrigstem Schweregrad Norwegen / Österreich (Tageschirurgie): gleicher Preis wie für DRGs mit kurzer Verweildauer
Separater Preis für taggleiche/ambulante und stationäre Behandlung (i.d.R. anhand von jeweiligen Durchschnittskosten)	Finnland, USA, Österreich (sonstige ambulante Leistungen), Deutschland

Quelle: eigene Darstellung.

Hierbei existieren zwischen den Ländern Unterschiede in Umfang und Art der Gleichsetzung. In England und Dänemark umfasst die preisliche Gleichsetzung fast alle DRGs. Im Frankreich, Norwegen und Österreich hingegen umfasst sie einen Teil der Fallpauschalen, die als medizinisch wenig komplex gelten und mit einem niedrigen Schweregrad klassifiziert werden (Frankreich), oder eine kurze Verweildauer aufweisen (Norwegen und Österreich). In Österreich werden Leistungen aus dem tagesklinischen Katalog bei einer tagesklinischen Erbringung ohne Übernachtung entsprechend der Leistungserbringung mit einer Übernachtung vergütet. Auch bestimmte Chemotherapeutika werden in der ambulanten Erbringung genauso vergütet wie bei einer stationären Erbringung. Dagegen wird die stationäre Erbringung von Leistungen aus dem ambulanten Modell durch Vergütungsabschläge sanktioniert. Jedoch wird auch die ambulante Erbringung von stationären Leistungen, die nicht im ambulanten Katalog enthalten sind, durch Abschläge bestraft.

Als einziges Land setzte England mit den so genannten „Best Practice Tariffs“ von 2010 bis 2021 ein explizites Anreizsystem ein, bei dem die Vergütung für ausgewählte Leistungen bei einer ambulanten Erbringung höher ist als bei der stationären Erbringung bei Patient:innen mit dem gleichen Komplexitätslevel. Hierfür wurden Leistungen ausgewählt, die jeweils 1) ein hohes Potenzial für ambulante Erbringung und 2) eine hohe Heterogenität der Leistungserbringung hinsichtlich des Grads der ambulanten Erbringung in Abhängigkeit des Leistungsbereichs und der Region, aufwiesen. Die Preisdifferenz variierte über die Jahre. In den letzten Jahren wurde die ambulante Leistung rund 10-11 % höher vergütet als die stationäre Leistungserbringung. Sobald eine definierte Zielgröße an ambulanter Erbringung innerhalb einer Leistungsgruppe erreicht wurde, wurde die Höhervergütung wiedereingestellt. Sie diente somit vor allem der initialen Förderung der ambulanten Erbringung gewisser Prozeduren und der Etablierung der ambulanten Praxis als Standardoption.

### Wirksamkeit von finanziellen Anreizen

Wirksamkeitsanalysen von direkten oder indirekten finanziellen Anreizen hinsichtlich des Verlagerungspotenzials der Leistungserbringung in das ambulante Setting konnten für England und Frankreich identifiziert werden (siehe Anlage 8). Die Studien schließen übereinstimmend auf tendenziell positive Effekte finanzieller Anreize auf die Verlagerung der Leistungserbringung in das tageschirurgische Setting. Allerdings hingen die Effekte von der untersuchten Prozedurart (Allen et al. 2016, Audit Commission 2012, Cazenave-Lacrouz und Yilmaz 2019, Gaughan et al. 2019), der Planbarkeit (planbar oder nicht-planbar, Gaughan et al. 2019), von der Höhe der finanziellen Anreize (Gaughan et al. 2019) sowie von der Organisationsart der Krankenhäuser (privat oder öffentlich, Cazenave-Lacrouz und Yilmaz 2019) ab. Allen et al. (2016) untersuchten die Auswirkungen des Best Practice Tariffs auf die Erbringung von laparoskopischen Cholezystektomien in England und identifizierten positive Effekte auf die Verlagerung von stationärer hin zur tageschirurgischen Leistungserbringung. Gaughan et al. (2019) fanden positive Effekte der Best Practice Tariffs bei 14 von 32 Prozedurenarten, wobei die Effekte teilweise von der Planbarkeit und der Höhe des Preises abhängig waren. Die Einführung des Einheitstarifs in Frankreich führte vor allem in öffentlichen Krankenhäusern zu einer signifikanten Steigerung der Anzahl der tageschirurgischen Prozeduren. Dieser Effekt wurde durch die Einführung einer Liste mit ambulant erbringbaren Prozeduren verstärkt (Cazenave-Lacrouz und Yilmaz 2019).

## 6.2. AP2: Erfassung des Status Quo sektorengleicher Leistungserbringung

Im Rahmen von AP2 wurde der Status Quo der sektorengleichen Leistungserbringung erhoben. Die Kernfragen waren, welche Leistungserbringer:innen aktuell sektorengleiche Leistungen erbringen und wie vergleichbar die Leistungserbringung ist.

Im Folgenden werden zunächst die Risikostruktur der Patient:innen dargestellt und der Anteil der Leistungserbringung im stationären versus ambulanten Setting für ausgewählte Leistungsbereiche gegenübergestellt. Tabelle 5 enthält wesentliche Merkmale zur Risikostruktur der Patient:innen, mit Angaben zum durchschnittlichen Alter, Risikowert und Entfernungen zwischen Patient:innen und Leistungserbringer:innen auf Basis der ausgewerteten BKK-Abrechnungsdaten mit etwa 7 Mio. Versicherten. Insgesamt werden für das Jahr 2019 in der vorliegenden Stichprobe ca. 550.000 Fälle mit einem OPS aus dem Abschnitt 1 des AOP-Kataloges erfasst. Die Zahlen für die Vorjahre sind grundsätzlich ähnlich.

Tabelle 5: Überblick über Leistungen des Abschnitt 1 des AOP-Kataloges im Jahr 2019

		Gesamt	Kategorie 1	Kategorie 2
Anteil	Stationär im KH	39%	59%	27%
	Vertragsärztlich	44%	31%	50%
	Ambulant im KH	17%	9%	23%
Alter	Stationär im KH	54	51	59
	Vertragsärztlich	59	52	64
	Ambulant im KH	52	46	54
Risikowert	Stationär im KH	1,28	1,11	1,66
	Vertragsärztlich	1,12	0,87	1,28
	Ambulant im KH	0,99	0,82	1,05
Distanz	Stationär im KH	0,06	0,06	0,07

	<b>Vertragsärztlich</b>	0,06	0,05	0,06
	<b>Ambulant im KH</b>	0,04	0,04	0,04
<b>Entfernung</b>	<b>Stationär im KH</b>	10	10	11
	<b>Vertragsärztlich</b>	8	8	8
	<b>Ambulant im KH</b>	10	10	10
<b>Anmerkungen:</b>				
Alle Angaben bis auf die Anteile stellen den Median dar.				
OPS die im AOP-Katalog je nach Behandlungskontext Kategorie 1 oder 2 zugeordnet werden, wurden für die Analysen der Kategorie 2 zugeordnet. Der <b>Risikowert</b> beschreibt die Morbidität der Patient:innen grundsätzlich basierend auf dem Klassifikationssystem des Bewertungsausschusses (InBA 2022). Die Kalkulation und ausgabenbasierte Gewichtung der Morbiditätsgruppen erfolgte auf den BKK-Abrechnungsdaten (Wert 1 = durchschnittliche Morbidität). Die <b>Dringlichkeit</b> (0 = absolut elektiv und 1 = absoluter Notfall) stellt einen diagnosebasierten Dringlichkeits-Score dar (Krämer et al. 2019). Die <b>Entfernung</b> beschreibt die näherungsweise Distanz (auf Postleitzahlenbasis) zwischen Wohnort und Ort der Leistungserbringung in Kilometern. <b>Quelle:</b> BKK-Abrechnungsdaten.				

### Welche Leistungserbringer:innen erbringen aktuell sektorengleiche Leistungen?

Zu ungefähr gleichen Anteilen entfällt die Versorgung der ausgewählten Leistungen auf die (voll-)stationäre Versorgung im Krankenhaus inkl. Entbindungen und die ambulante vertragsärztliche Versorgung. Ambulant im Krankenhaus wird ca. ein Fünftel der Fälle versorgt. Betrachtet man die Leistungserbringung separat nach Kategorie 1 (in der Regel ambulant) und Kategorie 2 (sowohl ambulant als auch stationär), dann zeigt sich ein hoher Anteil der vertragsärztlichen Versorgung bei OPS der Kategorie 2. Dies liegt darin begründet, dass OPS, die im AOP-Katalog je nach Behandlungskontext Kategorie 1 oder 2 zugeordnet werden, für die Analysen der Kategorie 2 zugeordnet wurden (z. B. Kataraktoperationen, 5-144.5).

### Wie vergleichbar ist die Leistungserbringung?

Aus der nach Altersgruppen differenzierten Verteilung ist zunächst kein erhöhtes Risikoprofil in der stationären Versorgung ablesbar. Das Median-Alter ist in der vertragsärztlichen Versorgung sogar höher als im Krankenhaus. Unter Einbezug weiterer Kennzahlen zeigt sich jedoch die grundsätzliche Tendenz, dass – im Querschnitt aller betrachteten OPS-Leistungen und nicht zwangsläufig bei einzelnen OPS – die Morbidität der im Krankenhaus vollstationär behandelten Patient:innen höher ist als die der ambulant behandelten. Dies geht einher mit einer marginal höheren Falldringlichkeit. Die mittlere Falldringlichkeit ist insgesamt aber als sehr gering einzuschätzen (0 = absolut elektiv und 1 = absoluter Notfall).<sup>6</sup> Eine hohe medizinische Dringlichkeit ist also bei der überwiegenden Zahl der Fälle mit OPS aus dem AOP-Katalog nicht gegeben. Schließlich lässt sich aus Tabelle 6 ableiten, dass die Entfernung zwischen Wohnort und Ort der Leistungserbringung bei der ambulanten Erbringung im Krankenhaus im Mittel nur geringfügig kürzer ist als bei der stationären. Die Distanzen zu vertragsärztlichen Anbietern sind im Durchschnitt am kürzesten.

<sup>6</sup> Geburtshilflichen Diagnosen wurde aus methodischen Gründen nach (Krämer et al. 2019) kein Dringlichkeitswert zugewiesen.



Tabelle 6: Top 10 OPS des Abschnitt 1 des AOP-Kataloges nach Anteilen, Alter, Risikowert, Dringlichkeit und Entfernung

Kurztitel		Extrakapsuläre Extradktion der Linse [ECCE]	Kapsulotomie der Linse	Arthroskopische Operation am Gelenknorpel und an den Menisken	Diagnostische Hysteroskopie	Extrakapsuläre Extradktion der Linse [ECCE]	Verschluss einer Hernia inguinalis	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	Anderer Operationen an Blutgefäßen	Arthroskopische Operation an der Synovialis	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des
OPS		5-144.5	5-142.2	5-812.5	1-672	5-144.3	5-530.3	5-056.4	5-399.5	5-811.2	5-814.3
Anteil	Stationär im KH	19%	-	35%	27%	8%	82%	10%	59%	77%	64%
	Vertragsärztlich	59%	95%	46%	27%	83%	12%	70%	9%	15%	32%
	Ambulant im KH	22%	5%	20%	46%	9%	6%	20%	32%	8%	3%
Alter	Stationär im KH	74	-	55	48	77	61	67	67	53	57
	Vertragsärztlich	75	77	54	45	74	56	58	63	51	55
	Ambulant im KH	74	76	54	52	75	57	59	62	51	54
Risikowert	Stationär im KH	2,3	-	1,1	1,2	2,3	1,2	2,0	7,1	1,0	1,2
	Vertragsärztlich	1,8	1,9	0,8	0,8	1,8	0,8	1,2	5,1	0,8	0,9
	Ambulant im KH	1,8	2,1	0,8	0,9	1,8	0,8	1,2	5,0	0,8	0,9
Dringlichkeit	Stationär im KH	0,03	-	0,02	0,05	0,03	0,02	0,05	0,24	0,03	0,03
	Vertragsärztlich	0,07	0,07	0,03	0,08	0,07	0,02	0,04	0,12	0,03	0,03
	Ambulant im KH	0,03	0,03	0,02	0,03	0,03	0,02	0,04	0,12	0,03	0,03
Entfernung	Stationär im KH	12	-	12	9	14	8	9	10	14	13
	Vertragsärztlich	10	6	9	8	9	6	8	8	11	10
	Ambulant im KH	10	10	11	9	9	8	10	10	12	13

**Anmerkungen:**

Alle Angaben bis auf die Anteile stellen den Median dar.

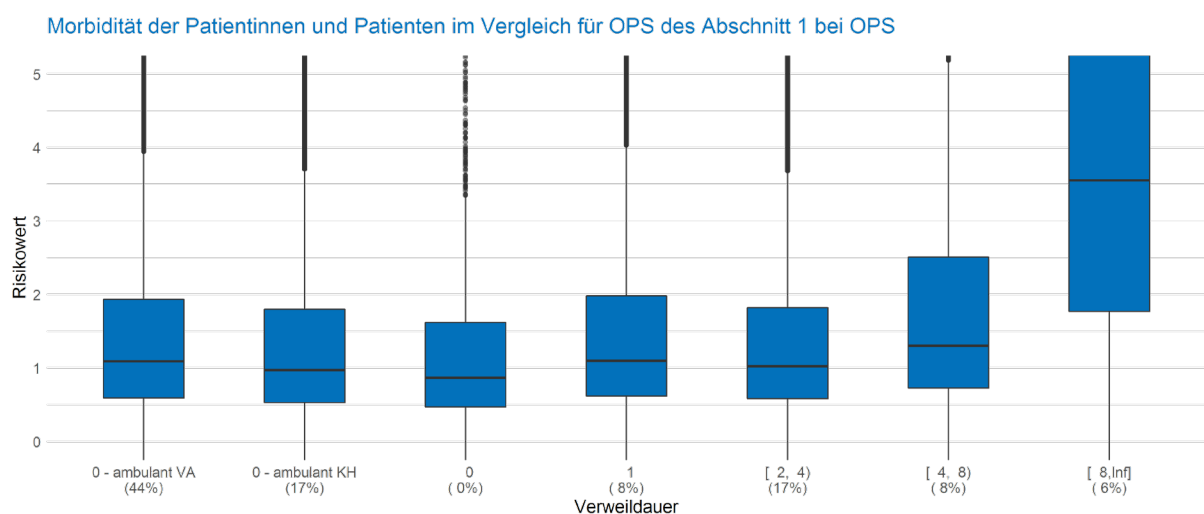
OPS die im AOP-Katalog je nach Behandlungskontext Kategorie 1 oder 2 zugeordnet werden, wurden für die Analysen der Kategorie 2 zugeordnet. Der **Risikowert** beschreibt die Morbidität der Patient:innen grundsätzlich basierend auf dem Klassifikationssystem des Bewertungsausschusses (InBA 2022). Die Kalkulation und ausgabenbasierte Gewichtung der Morbiditätsgruppen erfolgte auf den BKK-Abrechnungsdaten (Wert 1 = durchschnittliche Morbidität). Die **Dringlichkeit** (0 = absolut elektiv und 1 = absoluter Notfall) stellt einen diagnosebasierten Dringlichkeits-Score dar (Krämer et al. 2019). Die **Entfernung** beschreibt die näherungsweise Distanz (auf Postleitzahlenbasis) zwischen Wohnort und Ort der Leistungserbringung in Kilometern. **Quelle:** BKK-Abrechnungsdaten.

Auf Ebene einzelner Prozeduren zeigt sich ein ähnliches Bild. Tabelle 6 enthält ähnliche Informationen aufgeschlüsselt für die zehn häufigsten OPS (5-Steller) des Abschnittes 1 des AOP-Katalogs; ebenfalls auf Basis der ausgewerteten BKK-Abrechnungsdaten. Diese zehn OPS stehen für ein knappes Drittel der gesamten Leistungshäufigkeit des Abschnitts 1 (ca. 550.000, siehe oben). Insgesamt ist die Leistungserbringung hochkonzentriert; die 30 häufigsten OPS-5-Steller (von über 700) stehen für 50 % aller Abschnitt-1-Fälle. Hinsichtlich der Behandlungskontexte zeigt sich ein sehr heterogenes Bild. Manche Leistungen des AOP-Kataloges wie z. B. die Kapsulotomie der Linse werden praktisch nicht mehr im Krankenhaus erbracht – weder stationär noch ambulant – sondern erfolgen fast ausschließlich im vertragsärztlichen Bereich. Andere Prozeduren, wie z. B. die Hernienoperationen, werden größtenteils im Krankenhaus durchgeführt und dies fast ausschließlich stationär. Die Risikowerte als Hinweis auf die Morbidität der Patient:innen unterscheiden sich dabei zwischen den Prozeduren stärker als zwischen den Sektoren.

Über diese aggregierten Auswertungen hinaus wurden für alle betrachteten OPS Detailanalysen durchgeführt, die in Abbildung 2 überblicksweise für alle Leistungen des Abschnitt 1 dargestellt werden; wieder beruhen sie auf den ausgewerteten BKK-Abrechnungsdaten.

Im Gegensatz zu den vorhergehenden Analysen wurden für die Detailanalysen auch OPS außerhalb des Abschnittes 1 des AOP Katalogs berücksichtigt, auch wenn die Daten zur vertragsärztlichen Versorgung für diese kein vollständiges Bild erlauben. In der Anlage 11 wird die Morbiditätsverteilung der Patient:innen beispielhaft anhand von Boxplots für häufig erbrachte Leistungen des AOP-Kataloges dargestellt<sup>7</sup>. Für viele gehen mit längerer Verweildauer tendenziell auch höhere Morbiditätswerte einher. Dieser Effekt findet sich jedoch nicht durchgehend. Auch für weitere Indikatoren wie die Falldringlichkeit (im Anhang 1 Abbildung A1) ergibt sich ein ähnliches Bild.

Abbildung 2: Morbidität der Patient:innen bei AOP-Leistungen



Der Risikowert wurde als vergleichender Morbiditätsindex für alle Patient:innen auf Basis des Klassifikationssystems des Bewertungsausschusses berechnet. Er bezieht alle Diagnosen im Zeitraum von einem Jahr vor dem Indexfall ein und ordnet diese in circa 200 sogenannte Hierarchical Condition Categories (HCC) ein. Zur Berechnung von Gewichten dieser HCC wurden die mit den HCC in Zusammenhang stehenden, Leistungsausgaben des Folgejahres herangezogen. Ein Risikowert von 1 steht für eine durchschnittliche Morbidität. Alle Daten ohne Berücksichtigung der Gruppierungsrelevanz. In Klammern stehen die relativen Anteile. Quelle: BKK-Abrechnungsdaten, ca. 550.000 Fälle.

Das unterstreicht, dass es vermutlich große Überschneidungen bezüglich der Morbidität der Patient:innen über die Sektoren hinweg gibt. Insbesondere für Fälle mit kürzeren Verweildauern, die für die AOP-Leistungen in der Regel einen sehr großen Anteil repräsentieren, lassen sich anhand der Abrechnungsdaten kaum regelhafte Unterschiede feststellen (siehe Abbildung 2). Nur bei Behandlungen mit langen Verweildauern zeigen sich deutliche Unterschiede in der Morbiditätsstruktur im Vergleich zu ambulant behandelten Patient:innen. Dies veranschaulicht, dass die in Tabelle 5 ersichtlichen Morbiditätsunterschiede zwischen den im Krankenhaus vollstationär behandelten Patient:innen und ambulant behandelten Patient:innen vornehmlich aus den Fällen mit längerer Verweildauer resultieren. Für Kurzlieger ( $\leq 3$  Tage) ist eine derartige grundsätzliche Differenz anhand der analysierten BKK-Abrechnungsdaten nicht ersichtlich.

Auf Basis der so gewonnenen Erkenntnisse ist eine Potenzialabschätzung möglich. Aktuell betragen die Ausgaben für das ambulante Operieren etwa 2,7 Milliarden Euro (nach KJ 1-Statistik) jährlich, sowohl für die Leistungen der Krankenhäuser als auch der

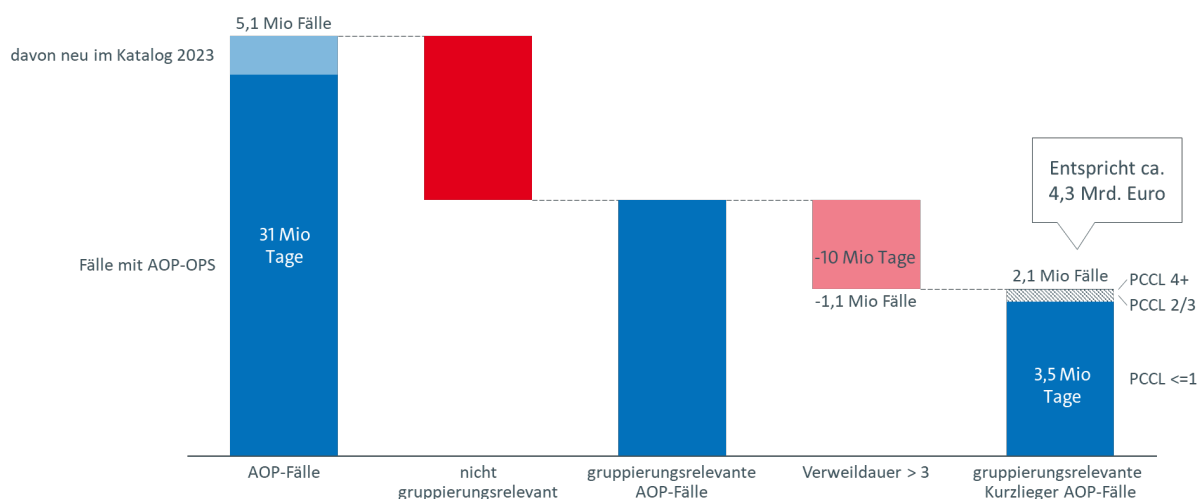
<sup>7</sup> Die Darstellungen erfolgen dort für das Alter, den Risikowert in Anlehnung an das Klassifikationssystems des Bewertungsausschusses, die Falldringlichkeit sowie den Elixhauser-Score.

Vertragsärzt:innen. Um zu einer Potenzialabschätzung zu gelangen, müssen darüber hinaus die möglichen Verlagerungseffekte aus dem vollstationären Bereich einbezogen werden. Werden auf Basis der 21er-Daten alle vollstationären Fälle mit Leistungen des AOP-Katalogs in die Betrachtung inkludiert, so ergibt sich ein Gesamtausgabenvolumen von circa 10 Milliarden Euro. Dieser Ansatz überschätzt, in Bezug auf den aktuellen AOP-Katalog, das aktuelle Ambulantisierungspotenzial da weder die Gruppierungsrelevanz der Prozeduren noch weitere Faktoren berücksichtigt werden. Daher sind weitere Betrachtungen notwendig.

Vor allem Kurzlieger weisen gemäß den Abrechnungsdaten eine ähnliche Morbidität wie ambulant behandelte Patient:innen auf.<sup>8</sup> Dementsprechend könnte es in der kurzfristigen Betrachtung sinnvoll sein, sich auf die Kurzlieger zu konzentrieren. Betrachtet man nur die gruppierungsrelevanten Kurzlieger-Fälle, das heißt Fälle mit einer Verweildauer bis zu drei Tagen, bei denen die AOP-Leistung Hauptleistung war, so ergeben sich Ausgaben für stationäre Leistungen des AOP-Katalogs in Höhe von über 4 Milliarden Euro (siehe Abbildung 3) und damit Gesamtausgaben von circa 7 Milliarden Euro. Die Vergütung je Fall liegt bei der ambulanten Erbringung im Durchschnitt bei etwa einem Viertel der vollstationären (Kurzlieger-)Erbringung.

Würden alle Leistungen gemäß dem Vorschlag des Gutachtens nach § 115b SGB V im AOP-Katalog ergänzt, würde sich das potenziell ambulantisierbare stationäre Fallvolumen annähernd verdoppeln.

Abbildung 3: Stationäres Mengengerüst für Fälle mit Leistungen aus dem AOP-Katalog im Jahr 2019



Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Daten gemäß § 21 KHEntgG (alle Kostenträger, ohne Geburten/Entbindungen)

Die Gruppierungsrelevanz eines OPS-Kodes beschreibt, ob diese Codes für die Zuordnung eines Falles zu einer diagnosebezogenen Fallpauschale (DRG) ausschlaggebend („gruppierungsrelevant“) waren oder zumindest keine anderen, nicht im AOP-Katalog enthaltenen OPS-Kodes, bei dieser Zuordnung relevant waren. Bei „nicht gruppierungsrelevanten“ Fällen wurden dementsprechend weitere OPS-Kodes erbracht, die nicht im AOP-Katalog enthalten sind, die aber für die Zuordnung zur DRG ausschlaggebend waren.

<sup>8</sup> Gemäß den vom Bundessozialgericht (z. B. BSG, Urteil vom 21.3.2013, B3 KR 28/12 R) entwickelten Mitwirkungspflichten der Krankenhäuser müssen diese bei jeder stationärer Abrechnung von OPS-Codes, die im AOP-Katalog enthalten sind, in der § 301-Datenübermittlung eine Begründung für die stationäre Behandlungsbedürftigkeit abgeben. Sofern das von den Krankenkassen nicht beanstandet wird, gibt es medizinische und/ oder soziale Gründe, die für eine stationäre Leistungserbringung sprechen. Diese Gründe finden aufgrund der Limitationen der Abrechnungsdaten nicht in jeden Fall Eingang in die Abrechnungsdaten. Insofern kann es durchaus eine unterschiedliche Morbidität geben, auch wenn die Abrechnungsdaten das nicht anzeigen.

Eine Darstellung der potenziell ambulantisierbaren, noch vollstationären Fälle ist für die zwanzig OPS-5-Steller mit dem höchsten Potenzial für die weitere Ambulantisierung im Anhang 2 in Tabelle A1 dargestellt.

### 6.3. AP3: Potentialabschätzung durch Leistungserbringer und Krankenkassen

Im Rahmen der Befragung von Leistungserbringern und Krankenkassen wurden die Positionen zu verschiedenen Themenkomplexen erhoben, um die Erfahrung der Leistungserbringer mit der sektorengleichen Leistungserbringung, sowie die Hindernisse und Erwartungen an ein neues, sektorengleiches Vergütungssystem von Seiten der befragten Gruppen zu erfassen. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Befragung detaillierter dargestellt. Eine Auswertung der Freitextantworten befindet sich im Anhang 2 in den Tabellen A2 bis A5.

#### 6.3.1. Motivation und Herausforderungen

Unterschiedliche Gründe sprechen aus Sicht der Leistungserbringer und Krankenkassen für ambulante Operationen. Krankenhäuser und Vertragsärzt:innen nennen vor allem die Betreuung aus einer Hand und die schnelle Rückkehr ins häusliche Umfeld als motivierende Faktoren. Letzteres ist auch aus Sicht der Krankenkassen ein wichtiger Aspekt, wird aber nicht gefolgt von der Erwartung einer kostengünstigeren Versorgung (siehe Tabelle 7). Diese Kosteneinsparungen spiegeln sich in den weiteren Antworten der Leistungserbringer wider. Nahezu 100 % der Vertragsärzt:innen und Krankenhäuser geben an, dass ambulante Operationen aktuell nicht kostendeckend finanziert werden. Während die Frage der Vergütung also konträr wahrgenommen wird, sehen sowohl Krankenkassen als auch Leistungserbringer die Personalknappheit vor allem bei nicht-ärztlichem und in geringerem Umfang auch bei ärztlichem Personal als Herausforderung. Herausstechend war außerdem die Zustimmung von etwa zwei Dritteln der Vertragsärzt:innen, dass die Hygieneanforderungen zu umfassend seien während Krankenhäuser und Krankenkassen dies mehrheitlich verneinten (siehe Tabelle 8).

Tabelle 7: Befragungsergebnisse zu den Gründen für das ambulante Operieren

Frage an Krankenhäuser und Vertragsärzt:innen: Welche Gründe motivieren Sie zum ambulanten Operieren?			
Frage an Krankenkassen: Welche Gründe sprechen für ambulante Operationen? (Mehrfachantworten möglich)			
	Krankenhäuser (n=166)	Vertragsärzt:innen (n=703)	Krankenkassen (n=32)
Patient:innen wird schnelle Rückkehr in häusliches Umfeld ermöglicht	73%	70%	94 %
Patient:innen erhalten Betreuung aus einer Hand	71%	82%	47%
Konkurrenzfähigkeit	57%	46%	Nicht gefragt
Neue Patient:innen gewinnen	58%	41%	Nicht gefragt
Neue Erlösquelle erschließen	36%	37%	Nicht gefragt
Für Ärztinnen und Ärzte eine Abwechslung zum Alltag	2%	41%	Nicht gefragt
Ärztinnen und Ärzte können (med.) spannende Fälle behandeln	2%	34%	Nicht gefragt
Es können neue Ärztinnen und Ärzte / Kolleg:innen hinzugewonnen werden	6%	12%	Nicht gefragt
Es wird attraktiv vergütet	0%	6%	Nicht gefragt

Die Leistungserbringung ist kostengünstiger	Nicht gefragt	Nicht gefragt	91%
Krankenkassen können über Selektivverträge alternative Versorgungsstrukturen vereinbaren	Nicht gefragt	Nicht gefragt	78%
Schonung stationärer Kapazitäten	Nicht gefragt	Nicht gefragt	63%
Krankenkassen können sich von anderen Krankenkassen absetzen (z. B. durch Selektivverträge)	Nicht gefragt	Nicht gefragt	63%
Gefahr von Infektionen mit Krankenhauskeimen wird reduziert	Nicht gefragt	Nicht gefragt	50%
Leistungserbringung ist mit geringeren Personalkapazitäten möglich	Nicht gefragt	Nicht gefragt	28%
Sonstige Gründe	21%	13%	9%

Quelle: eigene Befragung im Rahmen des ESV-Projektes.

*Tabelle 8: Befragungsergebnisse zu den Herausforderungen bei einer Erhöhung des Umfangs an ambulanten Operationen*

<b>Frage an Krankenhäuser und Vertragsärzt:innen: Welche Herausforderungen sehen Sie bei einer Erhöhung des Umfangs an ambulanten Operationen?</b>				
<b>Frage an Krankenkassen: Welche Herausforderungen sehen Sie für die Leistungserbringer:innen bei einer Erhöhung des Umfangs an ambulanten Operationen?</b>				
<b>(Antworten: Anteil mit Zustimmung oder teilweiser Zustimmung<sup>1</sup>)</b>				
	Krankenhäuser	Vertragsärzt:innen	Krankenkassen in Bezug auf Krankenhäuser	Krankenkassen in Bezug auf Vertragsärzt:innen
Es wird aktuell nicht kostendeckend finanziert	99% (n=162)	97% (n=687)	31% (n=32)	52% (n=29)
Kapazitäten sind bereits (überwiegend) ausgelastet	63% (n=161)	54% (n=648)	48% (n=31)	40% (n=30)
Kapazitäten können nicht ausgeweitet werden	46% (n=156)	33% (n=615)	48% (n=31)	27% (n=30)
Keine Zeit mehr für andere Leistungserbringungen	38% (n=155)	37% (n=613)	16% (n=31)	40% (n=30)
Hygieneanforderungen sind zu umfassend	24% (n=153)	67% (n=643)	27% (n=30)	28% (n=29)
Qualitätsanforderungen sind zu anspruchsvoll	21% (n=153)	49% (n=625)	14% (n=29)	21% (n=29)
Personalknappheit bei ärztlichem Personal	59% (n=162)	46% (n=621)	61% (n=31)	72% (n=29)
Personalknappheit bei nicht-ärztlichem Personal	81% (n=161)	78% (n=656)	73% (n=30)	83% (n=30)
Mangelnde fachliche Expertise / Befähigung	7% (n=152)	11% (n=592)	3% (n=29)	34% (n=29)

Weitere Leistungen sind aus med. Sicht ambulant nicht geeignet.	26% (n=149)	18% (n=599)	7% (n=30)	14 (n=29)
Es gibt Vorbehalte der Patienten	Nicht gefragt	Nicht gefragt	27% (n=30)	41 (n=29)
Die Vergütung von Fällen im stationären Bereich ist derzeit lukrativer	Nicht gefragt	Nicht gefragt	97 (n=32)	Nicht gefragt
Die Finanzierung der Leistungserbringung erfolgt nicht nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot	Nicht gefragt	Nicht gefragt	76 (n=29)	71 (n=28)
Die Qualitätsanforderungen sinken im Vergleich zu stationären Operationen ab	Nicht gefragt	Nicht gefragt	14 (n=29)	Nicht gefragt

<sup>1</sup> Gefragt wurde nach der Zustimmung auf einer 4-stufigen Likert-Skala. Die zwei weiteren Zustimmungsoptionen waren „Stimme eher nicht zu“ sowie „Stimme nicht zu“.

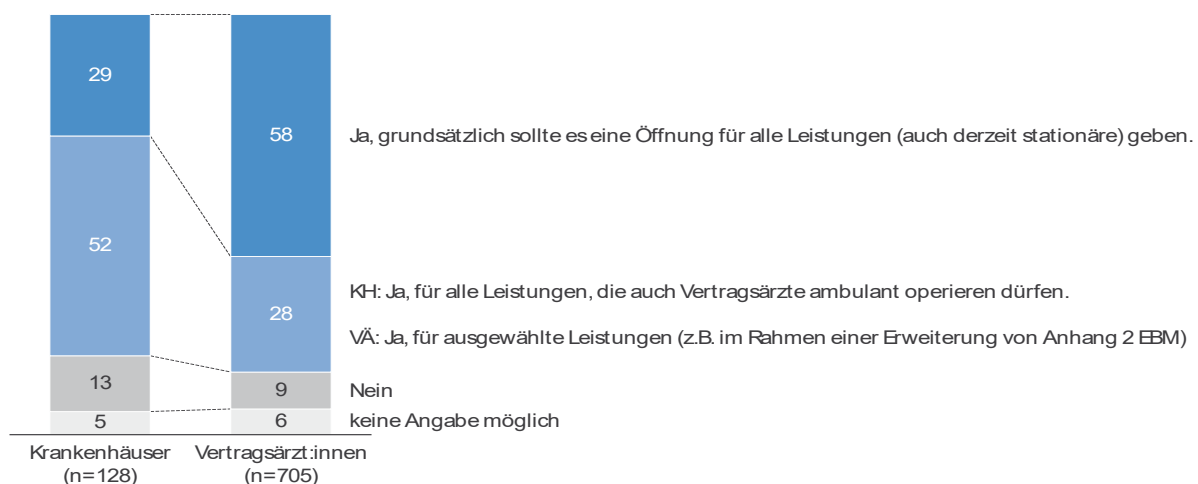
Quelle: eigene Befragung im Rahmen des ESV-Projektes.

### 6.3.2. Umfang

Weitgehende Einigkeit herrscht bei den Beteiligten bzgl. der Aussage, dass eine Ausweitung des Leistungsumfangs des ambulanten Operierens grundsätzlich zu begrüßen ist. Welche Leistungen wem offenstehen sollten, wird hingegen von den drei Seiten unterschiedlich beurteilt (siehe Abbildung 4 und Tabelle 9). Gefragt nach der individuellen Situation, bekunden jeweils weite Teile der Krankenhäuser und Vertragsärzt:innen Interesse, ihren Leistungsumfang an ambulanten Operationen zu erhöhen – und zwar sowohl in Bezug auf ihr bestehendes medizinisches Portfolio als auch durch eine Ausweitung dessen (siehe Abbildung 5). Etwa 25 % der Vertragsärzt:innen und 47 % der Krankenhäuser gaben an, dass sie für eine Ausweitung des ambulanten Operierens ihre Infrastruktur erweitern müssten (siehe Tabelle 10).

Abbildung 4: Befragungsergebnisse zur Erweiterung des Leistungsumfangs im Rahmen des ambulanten Operierens

Würden Sie es **begrüßen**, wenn der **Leistungsumfang** im Rahmen des ambulanten Operierens **erweitert werden würde**? (Angaben in %)



Quelle: eigene Befragung im Rahmen des ESV-Projektes.

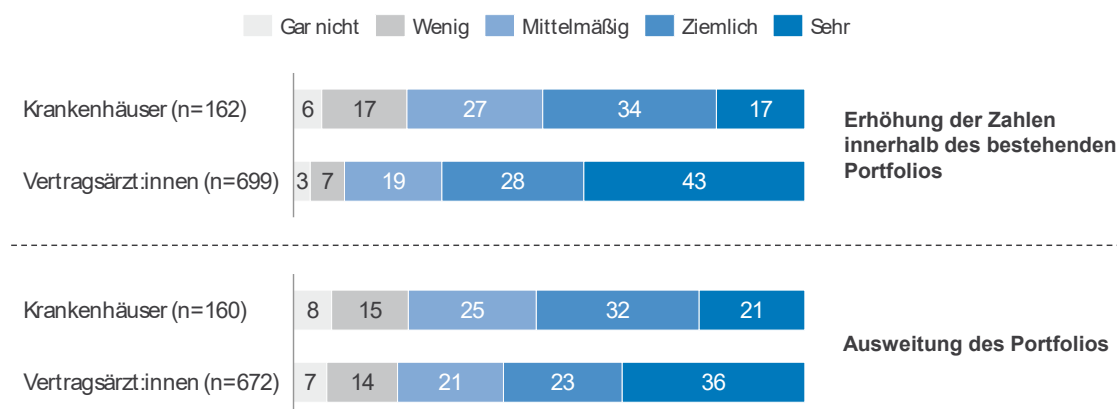
Tabelle 9: Befragungsergebnisse zur Erweiterung des Leistungsumfangs im Rahmen des ambulanten Operierens

Würden Sie es begrüßen, wenn der Leistungsumfang im Rahmen des ambulanten Operierens erweitert werden würde? (Mehrfachantworten möglich)	
	Antworten der Krankenkassen (n=32)
Ja, Vertragsärzten sollte erlaubt werden, alle aus medizinischer Sicht ambulant erbringbaren Eingriffe bzw. Leistungen operieren zu dürfen	59%
Ja, Krankenhäusern sollte erlaubt werden, alle aus medizinischer Sicht ambulant erbringbaren Eingriffe bzw. Leistungen operieren zu dürfen	47%
Ja, aber komplexere ambulante Eingriffe und Leistungen sollten Krankenhäusern vorbehalten bleiben	41%
Ja, aber weniger komplexe ambulante Eingriffe und Leistungen sollten Vertragsärzten vorbehalten bleiben	34%
Ja, aber dies sollen Kassen über Selektivverträge eigenständig regeln	16%
Keine Angabe möglich	3%

Quelle: eigene Befragung im Rahmen des ESV-Projektes.

Abbildung 5: Befragungsergebnisse zum Interesse an einer Erhöhung des Umfangs an ambulanten Operationen

Haben Sie grundsätzlich **Interesse**, den Umfang an ambulanten Operationen zu erhöhen?(Angaben in %)



Quelle: eigene Befragung im Rahmen des ESV-Projektes.

Tabelle 10: Befragungsergebnisse zur Möglichkeit einer Erhöhung des Umfangs an ambulanten Operationen

Sehen Sie für sich die Möglichkeit, den Umfang an ambulanten Operationen zu erhöhen?				
	Erhöhung der Zahlen innerhalb des bestehenden Portfolios		Ausweitung des Portfolios	
	Krankenhäuser <sup>1</sup> (n=141)	Vertragsärzt:innen (n=669)	Krankenhäuser <sup>1</sup> (n=136)	Vertragsärzt:innen (n=486)
Ja, im bestehenden Setting	35%	52%	31%	35%
Ja, im bestehenden Setting durch Erweiterung der bestehenden Infrastruktur	47%	25%	46%	27%

Ja, durch Kooperation mit anderen Krankenhäusern / MVZ	23%	Nicht gefragt	28%	Nicht gefragt
Ja, durch Mitarbeit in einem anderen Setting (z.B. OP-Zentrum)	Nicht gefragt	9%	Nicht gefragt	15%
Nein, nicht möglich	6%	12%	8%	17%
Keine Angabe	4%	2%	9%	5%

<sup>1</sup> In Abweichung zur Befragung der Vertragsärzt:innen konnten die Teilnehmenden der Krankenhausbefragung mehrere Antwortmöglichkeiten auswählen, weshalb sich die angegebenen Prozentzahlen hier nicht zu 100% addieren.

Quelle: eigene Befragung im Rahmen des ESV-Projektes.

### 6.3.3. Erwartungen an ein neues Vergütungssystem

Die Erwartungen an ein neues sektorengleiches Vergütungssystem sind heterogen, sowohl zwischen als auch innerhalb der befragten Gruppen. Am klarsten sind die Vorstellungen der Krankenkassen; sowohl Personal- als auch Sachkosten sollten aus ihrer Sicht am ehesten über Fallpauschalen vergütet werden. Leistungskomplexe im Sinne von gesonderten Pauschalen für die Operation, die Anästhesie etc. sind ebenfalls vorstellbar. Bei den Vorhaltekosten sind die Krankenkassen tendenziell für eine Vergütung durch separate Pauschalen (ein „Grundbudget“) offen, knüpfen dies jedoch an konkrete Vorhalteverpflichtungen im Rahmen von Versorgungsaufträgen.

Die Vorstellungen der Vertragsärzt:innen und Krankenhäuser sind breiter gefächert und scheinen sich grundsätzlich an den jeweils vertrauten Vergütungsstrukturen zu orientieren. Vertragsärzt:innen befürworten grundsätzlich eine Einzelleistungsvergütung ähnlich der GOÄ, können sich aber auch andere Vergütungsformen vorstellen. So findet für Sachkosten auch die Abrechnung nach Einzelaufwand Befürwortung. Krankenhäuser plädieren mehrheitlich für Fallpauschalen, auch hier finden sich jedoch relevante Stimmanteile für andere Vergütungsformen. Bei den Vorhaltekosten<sup>9</sup> stimmen bei beiden, Vertragsärzt:innen und Krankenhäusern, ähnliche Anteile für eine pauschale Vergütung und für eine anteilige – aber auskömmliche – Vergütung je Fall. Bei der Frage an welchen Kostenstrukturen sich ein zukünftiges Vergütungssystem bzgl. der Vorhaltekosten orientieren sollte, stimmen die meisten Befragten einer Orientierung an (ggf. neuen) ambulant-stationären Misch-Strukturen zu. Wie zuvor ist das Meinungsbild bei Krankenhäusern und Vertragsärzt:innen breiter gestreut als bei den Krankenkassen (siehe Abbildung 6, Abbildung 7, Tabelle 11 und Tabelle 12).

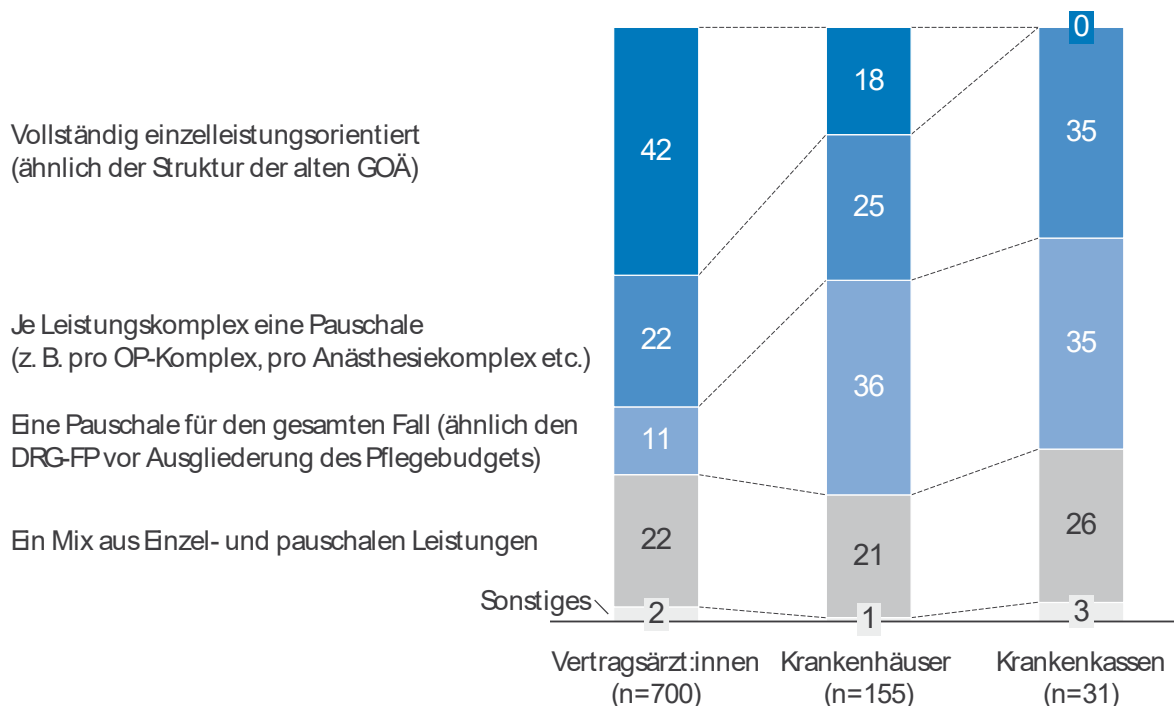
Nur an die Krankenkassen war schließlich die Frage gerichtet, welche finanziellen Anreize (z. B. Orientierung an stationären Preisen, ambulant-stationäre Mischpreise etc.) sie im neuen System befürworten würden. Keine Option fand dabei eine klare Mehrheit. Starke finanzielle Anreize stehen die Krankenkassen dabei besonders ablehnend gegenüber. Viele Krankenkassen gehen davon aus, dass es keiner darüberhinausgehenden Anreize bedarf oder könnten sich ambulant-stationäre Mischpreise vorstellen (siehe Abbildung 8).

<sup>9</sup> „Vorhaltekosten“ wurde im Rahmen der Befragung wie folgt definiert: „Vorhaltekosten beziehen sich auf fixe, von der Leistungsmenge weitestgehend unabhängige Kosten, die durch das Erstellen und Bereithalten der erforderlichen Betriebskapazität verursacht werden (z. B. Anschaffungs- und Wartungskosten für größere technische Gerätschaft, Miet-/Raumkosten, Praxiseinrichtung).“



Abbildung 6: Befragungsergebnisse zur Ausgestaltung einer sektorengleichen Vergütung für Personalkosten

Wie sollte ein sektorengleiches Vergütungskonzept für **Personalkosten** – unabhängig von der Höhe der Vergütung – Ihrer Meinung nach ausgestaltet sein? (Angaben in %)



Quelle: eigene Befragung im Rahmen des ESV-Projektes.

Tabelle 11: Befragungsergebnisse zur Ausgestaltung einer sektorengleichen Vergütung für Sachkosten

Wie sollte ein sektorengleiches Vergütungskonzept für Sachkosten Ihrer Meinung nach ausgestaltet sein? (Antworten: Anteil mit vollständiger oder überwiegender Zustimmung <sup>1</sup> )			
	Krankenhäuser	Vertragsärzt:innen	Krankenkassen
Einzelleistungsorientierung	47% (n=156)	73% (n=557)	20% (n=20)
Kostenpauschalen, die den durchschnittlichen Kosten entsprechen	71% (n=131)	50% (n=518)	90% (n=29)
Sprechstundenbedarfsregelung (im Sinne des EBM)	33% (n=127)	52% (n=512)	50% (n=22)
Einzelaufwand nach Rechnung	34% (n=125)	51% (n=516)	0% (n=20)

<sup>1</sup> Gefragt wurde nach der Zustimmung auf einer 4-stufigen Likert-Skala. Die zwei weiteren Zustimmungsoptionen waren „Zum Teil“ sowie „Gar nicht“.

Quelle: eigene Befragung im Rahmen des ESV-Projektes.

Tabelle 12: Befragungsergebnisse zur Ausgestaltung einer sektorengleichen Vergütung in Bezug auf Vorhaltekosten

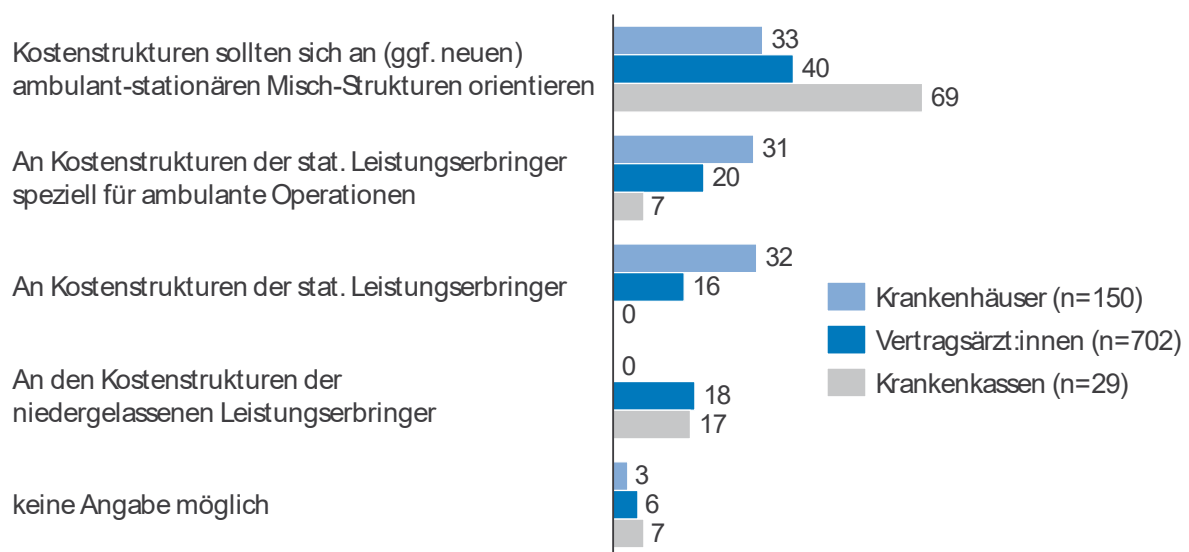
Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zur Vergütung von Vorhaltekosten innerhalb eines sektorengleichen Vergütungskonzepts zu? (Antworten: Anteil mit vollständiger oder überwiegender Zustimmung <sup>1</sup> )			
	Krankenhäuser	Vertragsärzt:innen	Krankenkassen
Vorhaltekosten müssen zwingend durch separate Pauschalen („Grundbudget“) refinanziert werden	47% (n=140)	73% (n=620)	Nicht gefragt
Vorhaltekosten sind zu refinanzieren	Nicht gefragt	Nicht gefragt	43% (n=28)
Wenn Vorhaltekosten refinanziert werden, muss dies durch separate Pauschalen („Grundbudget“) erfolgen	Nicht gefragt	Nicht gefragt	67% (n=27)
Wenn Vorhaltekosten durch separate Pauschalen („Grundbudget“) refinanziert werden, kann die Vergütung der einzelnen Behandlung geringer ausfallen.	46% (n=134)	28% (n=562)	63% (n=27)
Bei ausreichender Vergütung je Fall wird keine separate Pauschale („Grundbudget“) zur Finanzierung der Vorhaltekosten benötigt	54% (n=150)	67% (n=627)	73% (n=26)
Die Finanzierung von Vorhaltekosten sollte in Abhängigkeit einer konkreten Vorhalteverpflichtung im Rahmen des Versorgungsauftrages stehen. Ansonsten schließt sich eine Vorhaltefinanzierung aus	Nicht gefragt	Nicht gefragt	89% (n=27)

<sup>1</sup> Gefragt wurde nach der Zustimmung auf einer 4-stufigen Likert-Skala. Die zwei weiteren Zustimmungsoptionen waren „Zum Teil“ sowie „Gar nicht“.

Quelle: eigene Befragung im Rahmen des ESV-Projektes.

Abbildung 7: Befragungsergebnisse zur Ausgestaltung einer sektorengleichen Vergütung in Bezug auf Vorhaltekosten

Woran sollen sich **Vorhaltekosten** orientieren? (Angaben in %)

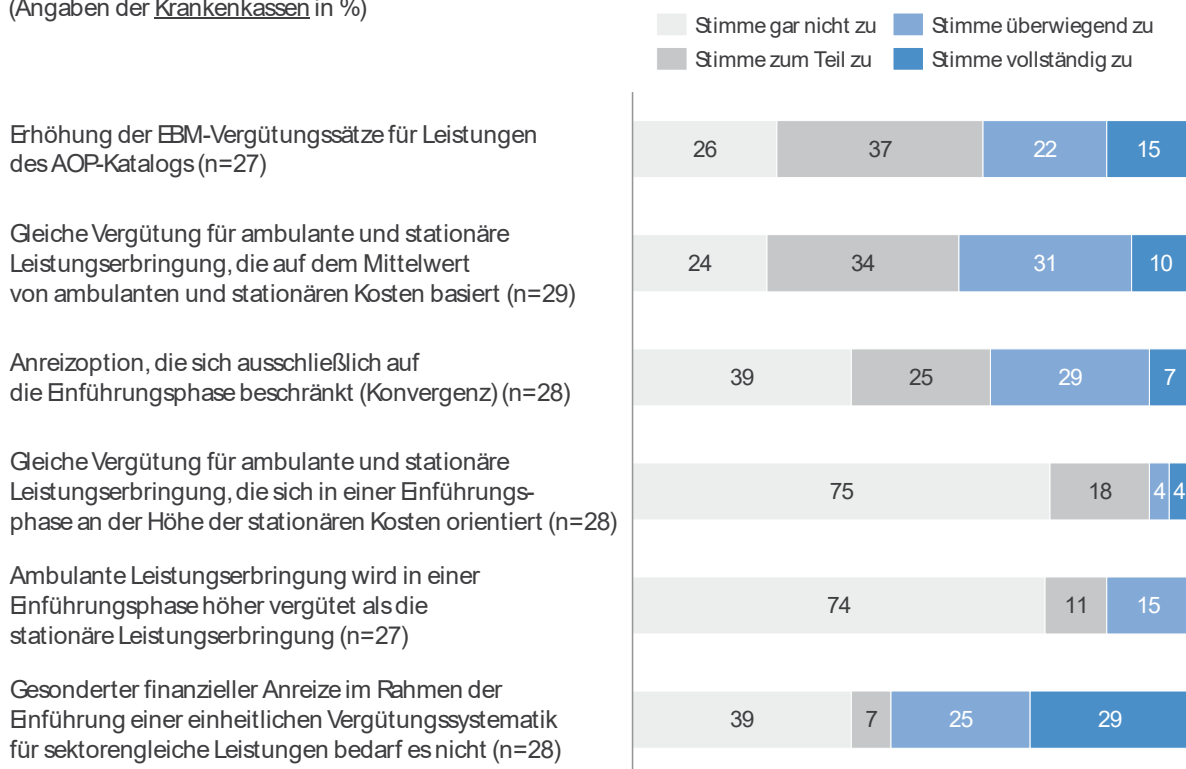


Quelle: eigene Befragung im Rahmen des ESV-Projektes.

Abbildung 8: Befragungsergebnisse zur Befürwortung von Anreizoptionen

Inwieweit befürworten Sie die folgenden finanziellen **Anreizoptionen**, die im Rahmen der Einführung einer einheitlichen Vergütungssystematik für sektorengleiche Leistungen diskutiert werden?

(Angaben der Krankenkassen in %)



Quelle: eigene Befragung im Rahmen des ESV-Projektes.

### 6.3.4. Abrechnungsverfahren

Bei der Frage, wie die Abrechnung zukünftig idealerweise erfolgen sollte, sind sich die Leistungserbringer mehrheitlich einig und befürworten die Abrechnung über eine zentrale Stelle (Vertragsärzt:innen: 90 %, Krankenhäuser: 60 %). Die Krankenkassen stimmten zu annähernd gleichen Teilen für zentrale und dezentrale Lösungen (siehe Tabelle 13). Welche zentrale Stelle geeignet wäre, wird unterschiedlich gesehen. Vertragsärzt:innen und Krankenkassen befürworten die für eine Region zuständige Kassenärztliche Vereinigung. Krankenhäuser sehen auch eine für die Region benannte Krankenkasse oder die zuständige Landeskrankenhausesellschaft als Option. Ein knappes Viertel in allen drei Gruppen sieht eine neue, gemeinsame Institution als gut geeignet (siehe Abbildung 9). Hinsichtlich des Rhythmus der Abrechnung plädieren ca. die Hälfte der Krankenkassen und Krankenhäuser für die direkte Abrechnung im Anschluss an die Leistung, wie sie bisher im stationären Bereich üblich ist. Nur 20 % der Vertragsärzt:innen können sich dies vorstellen; die Beibehaltung der ihnen bekannten Quartalsabrechnung befürworten 40 % der Vertragsärzt:innen. Den Kompromiss eines monatlichen Abrechnungsrhythmus kann sich ein knappes Drittel der befragten Gruppen vorstellen (siehe Abbildung 10). Für die Krankenkassen ist die Abrechnung eng verbunden mit der Frage der Abrechnungsprüfung, deren Notwendigkeit jede befragte Kasse bejahte und die mit großer Mehrheit sektorengleich, unabhängig ob es Krankenhaus oder Vertragsärzt:innen betrifft, befürwortet wird (siehe Tabelle 14).

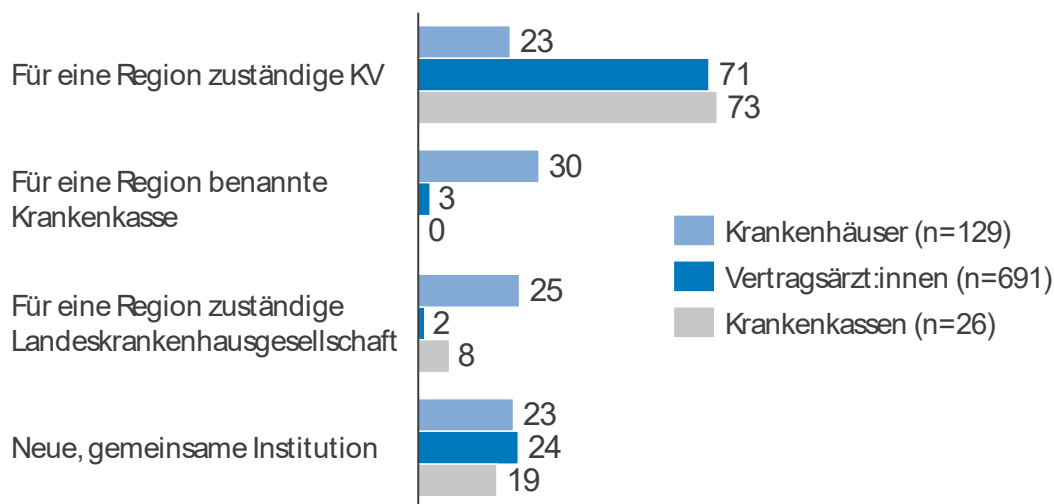
Tabelle 13: Befragungsergebnisse zur Ausgestaltung der Abrechnung (I)

Wie sollte die Abrechnung zukünftig idealerweise erfolgen?			
	Krankenhäuser (n=165)	Vertragsärzt:innen (n=701)	Krankenkassen (n=29)
Abrechnung über eine zentrale Stelle	61%	89%	41%
Abrechnung mit dezentralen Stellen (unterschiedl. Krankenkassen)	38%	8%	10%
Direktabrechnung mit der jeweiligen Krankenkasse	Nicht gefragt	Nicht gefragt	41%
Anders	1%	4%	7%

Quelle: eigene Befragung im Rahmen des ESV-Projektes.

Abbildung 9: Befragungsergebnisse zur Ausgestaltung der Abrechnung

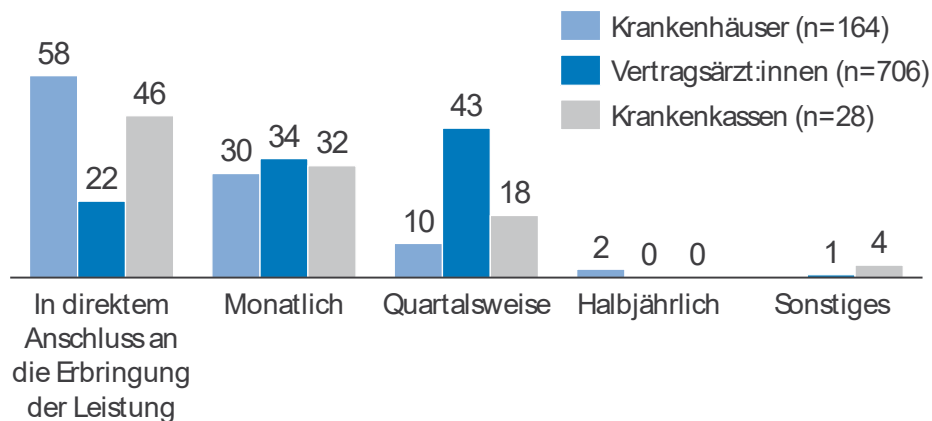
Falls eine **zentrale Stelle** die Abrechnung übernehmen soll, welche? (Angaben in %)



Quelle: eigene Befragung im Rahmen des ESV-Projektes.

Abbildung 10: Befragungsergebnisse zum zeitlichen Rhythmus der Abrechnung

In welchem **Rhythmus** sollte abgerechnet werden? (Angaben in %)



Quelle: eigene Befragung im Rahmen des ESV-Projektes.

Tabelle 14: Befragungsergebnisse zur Ausgestaltung der Abrechnung (II)

Wie sollte die Abrechnungsprüfung gestaltet sein?	
	Antworten der Krankenkassen (n=29)
Die Abrechnungsprüfung sollte grundsätzlich einheitlich unabhängig vom Ort der Leistungserbringung (Vertragsarztpraxis, ambulant am Krankenhaus) erfolgen	59%
Die Abrechnungsprüfung sollte wie bisher fortgeführt werden	10%
Einheitlich analog zur Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung	7%
Einheitlich analog zur Abrechnungsprüfung im stationären Setting	17%
Anders	7%

Quelle: eigene Befragung im Rahmen des ESV-Projektes.

### 6.3.5. Qualitätssicherung

Die Notwendigkeit einer sektorengleichen Qualitätssicherung (QS) sieht eine klare Mehrheit der Krankenkassen und Krankenhäuser (etwa 85 %) und eine knappe Mehrheit der Vertragsärzt:innen (57 %) (siehe Tabelle 15). Als verantwortliche Institution für die mehrheitlich bundesweit einheitlich gewünschten QS-Vorgaben kommen sowohl die Vertragsparteien auf Bundesebene als auch der G-BA in Frage, nur Vorgaben durch das Bundesministerium für Gesundheit finden kaum Befürwortung (siehe Abbildung 11). Auch die Kontrolle der Einhaltung der QS wird mehrheitlich sektoren- und bundesweit einheitlich gewünscht. Vor allem bei den Vertragsärzt:innen gibt es jedoch auch Stimmen für eine getrennte Kontrolle unter Verantwortung der Kassenärztlichen Vereinigung (Tabelle 16).

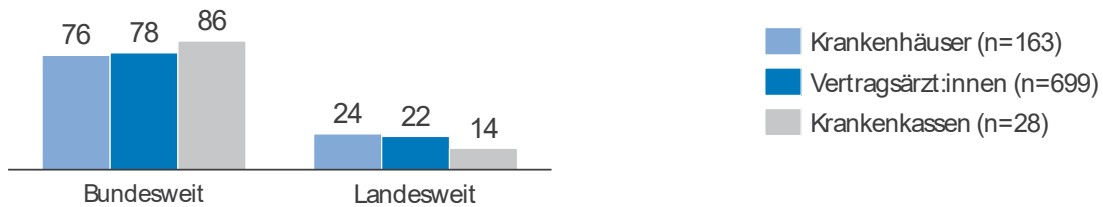
Tabelle 15: Befragungsergebnisse zur Ausgestaltung von Qualitätsvorgaben

Stimmen Sie der Aussage zu, dass eine sektorengleiche Leistungserbringung an eine sektorengleiche Qualitätssicherung (QS) geknüpft sein muss?			
	Krankenhäuser (n=165)	Vertragsärzt:innen (n=701)	Krankenkassen (n=29)
Ja, einheitliche Vorgaben für beide Sektoren sind sinnig und notwendig	85%	57%	83%
Nein, die Vorgaben zur QS können nach Sektoren (Vertragsärzte und KH) getrennt erfolgen	15%	43%	17%

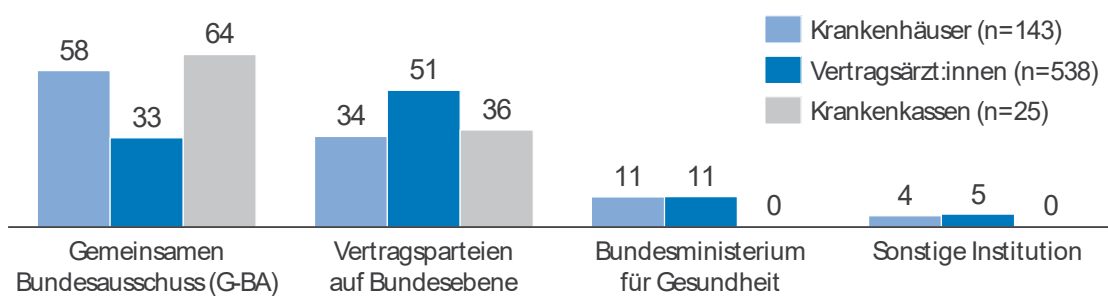
Quelle: eigene Befragung im Rahmen des ESV-Projektes.

Abbildung 11: Befragungsergebnisse zur Ausgestaltung von Qualitätsvorgaben

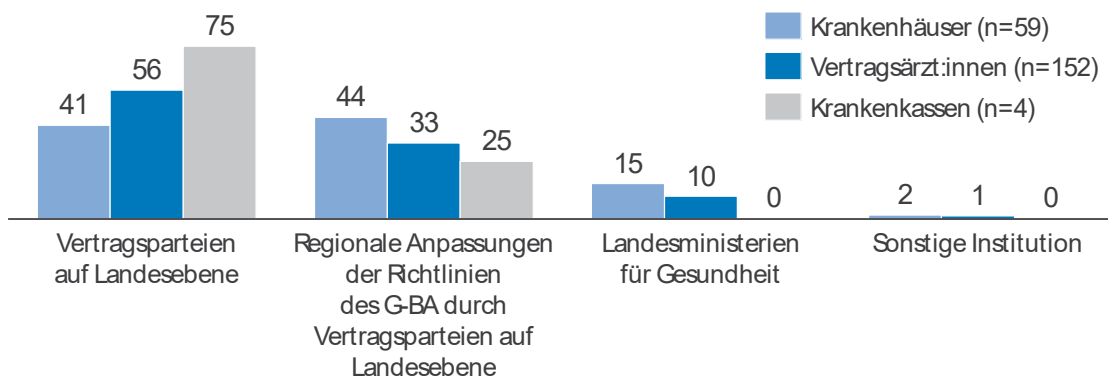
Wenn gemeinsame **Qualitätsvorgaben** für die sektorengleiche Leistungserbringung vorgegeben werden, sollten diese **bundesweit oder landesweit** definiert werden? (Angaben in %)



Wenn Qualitätsvorgaben **bundesweit** definiert werden, dann durch wen? (Angaben in %)



Wenn Qualitätsvorgaben **landesweit** definiert werden, dann durch wen? (Angaben in %)



Quelle: eigene Befragung im Rahmen des ESV-Projektes.

Tabelle 16: Befragungsergebnisse zur Ausgestaltung der Kontrolle von Qualitätsvorgaben

Sollte die Kontrolle der Einhaltung von Qualitätsvorgaben sektoreinheitlich oder nach Sektoren getrennt erfolgen?			
	Krankenhäuser (n=161)	Vertragsärzt:innen (n=698)	Krankenkassen (n=29)
Es sollte sektoreinheitlich kontrolliert werden	85%	58%	76%
Es sollte nach Sektoren getrennt kontrolliert werden	15%	42%	24%
Wenn sektoreinheitlich kontrolliert wird, dann durch wen?			
	Krankenhäuser	Vertragsärzt:innen	Krankenkassen

	(n=146)	(n=402)	(n=22)
Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) analog zur sektorenübergreifenden QS	31%	20%	18%
Krankenkassen	6%	1%	9%
Kassenärztliche Vereinigungen (KV) für beide Sektoren	1%	30%	9%
Institutionen analog zu den bisherigen Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS) für beide Sektoren	22%	6%	9%
Eine gemeinsame Institution auf Bundesebene	36%	42%	55%
Sonstige Institution / Konstellation	3%	3%	0%
<b>Wenn sektoreinheitlich kontrolliert wird, dann durch wen? (Mehrfachantworten möglich)</b>			
	Krankenhäuser (n=29)	Vertragsärzt:innen (n=286)	Krankenkassen (n=6)
Kassenärztliche Vereinigung (KV) für Vertragsärzt:innen	35%	94%	83%
Krankenkassen für Krankenhäuser	69%	38%	17%
Sonstige Institution / Konstellation	14%	17%	0%

Quelle: eigene Befragung im Rahmen des ESV-Projektes.

### 6.3.6. Ambulante Erbringbarkeit ausgewählter OPS-Codes

Bezüglich des Ambulantisierungspotenzials von im Ausland bereits häufig ambulant erbrachten, hierzulande bislang aber nicht oder nur für einzelne Leistungserbringer ambulant abrechenbaren Leistungen (OPS-Codes) wurde seitens der Leistungserbringer überwiegend ein großes Potential gesehen. Ausnahme stellten insbesondere die Cholezystektomie (5-511.1) und der Herzkathetereingriff mit Stentimplantation (8-837.n) dar, gegen dessen ambulante Erbringung vor allem ein höheres Komplikationsrisiko spreche (siehe Tabelle 17 und Tabelle 18). Auch bei der Frage nach den Gründen für den bislang geringen Ambulantisierungsgrad bei hierzulande schon ambulant abrechenbaren Leistungen wurden vorrangig medizinische Aspekte wie der Gesundheitszustand der Patient:innen genannt. Fehlende häusliche Nachsorgemöglichkeiten, fehlende Voraussetzungen beim Leistungserbringer (z. B. bei der apparativen Ausstattung) oder eine nicht kostendeckende Vergütung begründen seltener die Ablehnung der ambulanten Erbringbarkeit (siehe Tabelle 19 und Tabelle 20).

Tabelle 17: Befragung von Krankenhäusern zu ausgewählten OPS-Ziffern (I)

Die hier aufgeführten Eingriffe werden im europäischen Ausland bereits häufig ambulant erbracht, was den Krankenhäusern hierzulande bislang nicht erlaubt ist. Könnten diese Eingriffe auch in Deutschland ambulant in Krankenhäusern durchgeführt werden, wenn dies erlaubt würde? (Mehrfachantworten möglich)							
OPS-Beschreibung	Cholezystektomie. Einfach, laparoskopisch	Legen eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut. Großflächig	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz u. Koronargefäßen. Einlegen eines medikamente- freisetzenden Stents	Diagnostische Tracheobronchoskopie	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas. 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe. Partielle Resektion
OPS-Ziffer	5-511.1 (n=120)	8-831.0 (n=128)	5-896.1 (n=131)	8-837.m (n=113)	1-620 (n=109)	1-440.a (n=115)	5-870.a (n=102)
Antworten der Krankenhäuser							
Ja, bei allen / den meisten Patient:innen	43 %	74%	64%	35%	83%	81%	50%
Nein, Gesundheitszustand der Patient:innen	22%	21%	23%	37%	16%	15%	30%
Nein, Alter der Patient:innen	18%	15%	22%	20%	12%	10%	20%
Nein, höheres Komplikationsrisiko	39%	18%	21%	38%	14%	17%	33%
Nein, besondere Pflege im (unmittelbaren) Anschluss an den Eingriff	22%	9%	25%	15%	7%	9%	20%
Nein, Empfehlung einer medizinischen Fachgesellschaft spricht dagegen	13%	2%	3%	15%	1%	3%	9%
Nein, fehlende fachliche Befähigung	2%	2%	1%	4%	3%	2%	6%
Nein, fehlende organisatorische Voraussetzungen	13%	5%	5%	8%	4%	3%	10%
Nein, fehlende apparative Voraussetzungen	2%	1%	1%	4%	2%	1%	2%
Nein, Nachsorge nach dem Eingriff nicht gewährleistet, da keine Person vorhanden, die die Instruktionen versteht und / oder physisch und mental Hilfeleistung geben kann	28%	10%	16%	26%	8%	10%	24%
Nein, Sonstiges	1%	2%	5%	1%	1%	2%	3%

Quelle: eigene Befragung im Rahmen des ESV-Projektes.



Tabelle 18: Befragung von Vertragsärzt:innen zu ausgewählten OPS-Ziffern (I)

Die hier aufgeführten Eingriffe werden im europäischen Ausland bereits häufig ambulant erbracht, was den Vertragsärzt:innen hierzulande bislang nicht erlaubt ist. Könnten diese Eingriffe auch in Deutschland ambulant in Praxen oder anderen vertragsärztlichen Einrichtungen durchgeführt werden, wenn Ihnen dies erlaubt würde? (Mehrfachantworten möglich)							
OPS-Beschreibung	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging u. Verformungsanalysen von Gewebe (Speckle Tracking)	Computertomographie des Herzens mit Kontrastmittel	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel	Implantation eines Ereignis Rekorder	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus Synchronisiert (Kardioversion)	Pars-plana-Vitrektomie. Mit Entfernung epiretinaler Membranen	Pars-plana-Vitrektomie. Mit Entfernung netzhautabhebender Membranen
OPS-Ziffer	3-034 (n=120) <sup>1</sup>	3-224 (n=105) <sup>2</sup>	3-824 (n=107) <sup>2</sup>	5-377.8 (n=165) <sup>1</sup>	8-640.0 (n=120) <sup>1</sup>	5-158.2 (n=93) <sup>3</sup>	5-158.4 (n=93) <sup>3</sup>
<b>Antworten der Vertragsärzt:innen<sup>1</sup></b>							
Ja, bei allen / den meisten Patient:innen	77%	73%	74%	81%	62%	72%	70%
Nein, Gesundheitszustand der Patient:innen	3%	2%	3%	4%	7%	2%	0%
Nein, Alter der Patient:innen	0%	1%	0%	0%	2%	2%	0%
Nein, höheres Komplikationsrisiko	2%	2%	0%	1%	5%	4%	7%
Nein, besondere Pflege im (unmittelbaren) Anschluss an den Eingriff	1%	1%	0%	1%	4%	1%	1%
Nein, Empfehlung einer medizinischen Fachgesellschaft spricht dagegen	0%	0%	1%	0%	2%	0%	0%
Nein, fehlende fachliche Befähigung	6%	11%	10%	5%	10%	12%	12%
Nein, fehlende organisatorische Voraussetzungen	0%	1%	2%	0%	2%	0%	0%
Nein, fehlende apparative Voraussetzungen	7%	6%	7%	3%	4%	3%	3%
Nein, Nachsorge nach dem Eingriff nicht gewährleistet, da keine Person vorhanden, die die Instruktionen versteht und / oder physisch und mental Hilfeleistung geben kann	2%	0%	0%	1%	4%	3%	4%
Nein, Sonstiges	11%	9%	8%	6%	8%	9%	9%

<sup>1</sup> Unter den antwortenden Ärzt:innen waren nur wenige Kardiolog:innen, sodass sich die Gründe ggfs. eher auf die Fachgruppenzugehörigkeit der Ärzt:innen als auf das Verfahren beziehen.

<sup>2</sup> Unter den antwortenden Ärzt:innen waren nur wenige Kardiolog:innen und keine Radiolog:innen, sodass sich die Gründe ggfs. eher auf die Fachgruppenzugehörigkeit der Ärzt:innen als auf das Verfahren beziehen.

<sup>3</sup> Unter den antwortenden Ärzt:innen waren nur wenige Augenärzt:innen, sodass sich die Gründe ggfs. eher auf die Fachgruppenzugehörigkeit der Ärzt:innen als auf das Verfahren beziehen.

Quelle: eigene Befragung im Rahmen des ESV-Projektes.

Tabelle 19: Befragung von Krankenhäusern zu ausgewählten OPS-Ziffern (II)

Die unten aufgeführten Eingriffe werden im europäischen Ausland deutlich häufiger ambulant erbracht als in Deutschland, obwohl eine ambulante Leistungserbringung für die Krankenhäuser bereits abrechnungsfähig ist. Aus welchen Gründen werden diese Eingriffe (überwiegend) nicht ambulant durchgeführt? (Mehrfachantworten möglich)						
OPS-Beschreibung	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt. 1 bis 5 Biopsien	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes. Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik)	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung, Koronarangiographie ohne weitere Maßnahme	Verschluss einer Hernia inguinalis. Mit alloplastischem, allogenen oder xenogenem Material	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße. Axillär	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes. Erweiterung des subakromialen Raumes
OPS-Ziffer	1-444.7 (n=108)	5-452.6 (n=105)	1-275.0 (n=83)	5-530.3 (n=96)	5-401.1 (n=93)	5-814.3 (n=103)
Antworten der Krankenhäuser						
Gesundheitszustand der Patient:innen	46%	45%	69%	52%	49%	41%
Alter der Patient:innen	44%	39%	40%	36%	26%	32%
Höheres Komplikationsrisiko	37%	50%	36%	33%	18%	26%
Besondere Pflege im (unmittelbaren) Anschluss an den Eingriff	12%	14%	18%	16%	16%	37%
Empfehlung einer medizinischen Fachgesellschaft spricht dagegen	3%	5%	6%	4%	4%	2%
Vergütung nicht kostendeckend	43%	36%	46%	55%	49%	44%
Fehlende fachliche Befähigung	3%	2%	5%	2%	3%	4%
Fehlende organisatorische Voraussetzungen	10%	10%	13%	14%	13%	9%
Fehlende apparative Voraussetzungen	1%	2%	5%	1%	1%	3%
Nachsorge nach dem Eingriff nicht gewährleistet, da keine Person vorhanden, die die Instruktionen versteht und / oder physisch und mental Hilfeleistung geben kann	39%	36%	31%	30%	27%	41%
Sonstiges	5%	8%	6%	11%	2%	6%

Quelle: eigene Befragung im Rahmen des ESV-Projektes.

Tabelle 20: Befragung von Vertragsärzt:innen zu ausgewählten OPS-Ziffern (II)

Die unten aufgeführten Eingriffe werden im europäischen Ausland deutlich häufiger ambulant erbracht als in Deutschland, obwohl eine ambulante Leistungserbringung für die Vertragsärzt:innen bereits abrechnungsfähig ist. Aus welchen Gründen werden diese Eingriffe (überwiegend) nicht ambulant durchgeführt? (Mehrfachantworten möglich)						
OPS-Beschreibung	Diagnostische Tracheobronchoskopie	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz u. Koronargefäßen. Einlegen eines medikamente-freisetzenden Stents	Arthroskopische Plastik vorderes Kreuzband mit sonstiger autogener Sehne	Verschluss einer Hernia inguinalis. Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material	Cholezystektomie. Einfach, laparoskopisch	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe. Partielle Resektion
OPS-Ziffer	1-620 (n=134)	8-837.m (n=94) <sup>1</sup>	5-813.4 (n=266)	5-530.3 (n=262)	5-511.1 (n=206)	5-870.a (n=186)
Antworten der Vertragsärzt:innen						
Gesundheitszustand der Patient:innen	28%	41%	27%	39%	27%	31%
Alter der Patient:innen	8%	5%	6%	12%	10%	9%
Höheres Komplikationsrisiko	13%	28%	12%	11%	26%	10%
Besondere Pflege im (unmittelbaren) Anschluss an den Eingriff	7%	12%	11%	7%	10%	8%
Empfehlung einer medizinischen Fachgesellschaft spricht dagegen	4%	4%	3%	3%	11%	6%
Vergütung nicht kostendeckend	46%	23%	50%	52%	43%	45%
Fehlende fachliche Befähigung	7%	14%	7%	5%	5%	6%
Fehlende organisatorische Voraussetzungen	7%	4%	9%	5%	7%	6%
Fehlende apparative Voraussetzungen	11%	10%	9%	6%	14%	5%
Nachsorge nach dem Eingriff nicht gewährleistet, da keine Person vorhanden, die die Instruktionen versteht und / oder physisch und mental Hilfeleistung geben kann	7%	9%	10%	7%	9%	4%
Sonstiges	8%	10%	9%	8%	6%	10%

<sup>1</sup> Unter den antwortenden Ärzt:innen waren nur wenige Kardiolog:innen und keine Radiolog:innen, sodass sich die Gründe ggfs. eher auf die Fachgruppenzugehörigkeit der Ärzt:innen als auf das Verfahren beziehen.

Quelle: eigene Befragung im Rahmen des ESV-Projektes.

#### 6.4. AP4: Konzeption einer gemeinsamen, sektorenübergreifenden Vergütung

Kernfrage des AP4 war zunächst die Abgrenzung, zu welchen Aspekten eines Vergütungssystems Vorschläge erarbeitet werden sollen. Im Kick-Off wurden hierzu initial folgende zehn Themenfelder für die weitere Bearbeitung konsentiert:

1. Leistungsidentifikation und -definition
2. Vergütungsform
3. Datenbasis und Kalkulation
4. Art der Abrechnung und institutionelle Verankerung
5. Qualitätssicherung
6. Bedarfsplanung
7. Einführungsphase
8. Leistungs- und Versorgungsmonitoring
9. Begleitende Maßnahmen – Kulturwandel in der Weiterbildung und Kommunikation
10. Schnittstellen zu anderen Bereichen

Für diese Themenfelder wurden unterschiedliche Ausgestaltungsoptionen schematisch erarbeitet und in einem zentralen Workshop diskutiert und abgestimmt. Die zentralen, auf dieser Basis ausgearbeiteten und konsentierten Ergebnisse werden im Folgenden zusammengefasst; weitere Ergebnisse können der Anlage 13 entnommen werden.

Auf Basis der AP 1-3 wurde ein tragfähiges Konzept entwickelt, das aufzeigt, wie eine einheitliche, sektorengleiche Vergütung ausgestaltet werden kann. Es soll politischen Entscheidungsträgern ermöglichen, ein sektorengleiches Vergütungssystem auf den Weg zu bringen, welches sowohl von Leistungserbringern als auch Krankenkassen befürwortet wird. Das Konzept bedient sich dabei pragmatischer Ansätze, um das deutsche Gesundheitssystem kurzfristig effizienter zu gestalten, aber auch mittelfristiger Elemente für eine zielorientierte bedarfsgerechte Ausrichtung.

Bezüglich der Leistungen, die in eine sektorengleiche Vergütung überführt werden sollen, geht das Konzept vom bisherigen AOP-Katalog aus, der aber perspektivisch durch eine einheitliche Leistungsdefinition und -dokumentation für den sektorengleichen Bereich ersetzt werden soll. Als übergangsweise Basis der Vergütung werden die DRGs herangezogen, für die OPS-Codes des AOP-Kataloges in relevanter Anzahl gruppierungsrelevant sind und die keine Patient:innen mit äußerst schweren Komplikationen oder Komorbiditäten betreffen. Diese Fälle, bei denen es sich in der Regel um Kurzlieger handelt, werden zukünftig über **sektorengleiche Pauschalen (SP)** vergütet, unabhängig davon, ob die Leistungserbringung ambulant oder stationär (also mit Übernachtung) erbracht wird. Schwere Fälle verbleiben im DRG-System und werden weiterhin ausschließlich stationär erbracht (vgl. Abbildung 13).

Für die Anfangszeit sollten ausgehend vom derzeitigen AOP-Katalog, der perspektivisch durch das neue System abgelöst wird, ausgewählte<sup>10</sup> dort enthaltene OPS bzw. OPS-Kombinationen<sup>11</sup>, die korrespondierenden bisher stationär abgerechneten Fälle und die zugehörige Hauptdiagnosegruppe bestimmt werden.<sup>12</sup> Dazu werden die DRGs ausgewählt, für die die entsprechenden OPS-Codes gruppierungsrelevant sind. Ein Schwellenwert ist auf Basis der 21er-Daten gemäß § 21 KHEntgG zu bestimmen. Abbildung 12 veranschaulicht das Vorgehen beispielhaft.

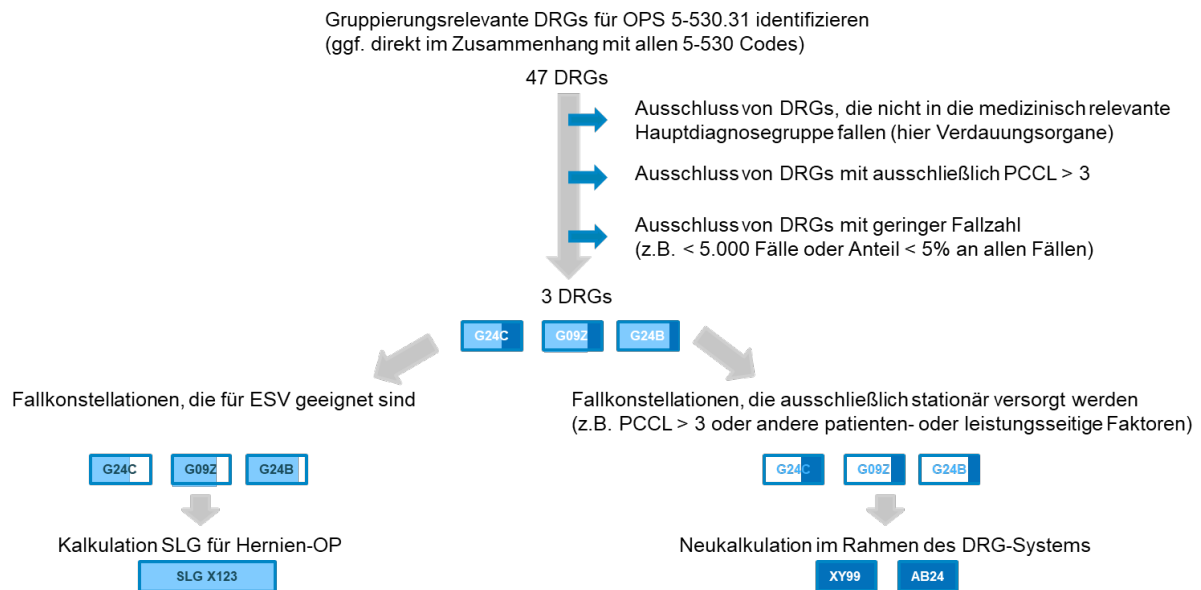
---

<sup>10</sup> Im Abschnitt 1 AOP-Katalog finden sich derzeit über 2.800 OPS-Kodes. Eine gleichzeitige Überführung aller dieser OPS-Kodes in ein neues System könnte einer schnellen Einführung dieses Systems behindern. Daher soll die Überführung sukzessive und unter Einhaltung eines verbindlichen Zeitplanes erfolgen.

<sup>11</sup> Bei monolithischen Eingriffskomplexen, die in einigen Fachbereichen überwiegen (z. B. operative Fächer) ist jeweils eine OPS-Ziffer ausreichend, um einen Eingriff zu charakterisieren. In anderen Bereichen wird eine Behandlung erst durch eine Kombination von OPS-Ziffern definiert.

<sup>12</sup> Die Zuordnung zu einer DRG hängt mit vielen weiteren Elementen zusammen: Diagnosen, Geschlecht, Alter, Aufnahmeanlass etc. und wird auch mit dem Augenmerk auf die Kostenhomogenität erstellt. In der vorgeschlagenen Vorgehensweise würden entsprechend nicht alle DRGs herangezogen. Es beträfe nur diejenigen DRGs, für welche die OPS in größerem Umfang Hauptleistung, also gruppierungsrelevant, sind.

Abbildung 12: Beispielhaftes Vorgehen der initialen Auswahl

**Initiale Auswahl der SLG am Beispiel der Hernien-OP (OPS 5-530.31)**

Quelle: eigene Darstellung.

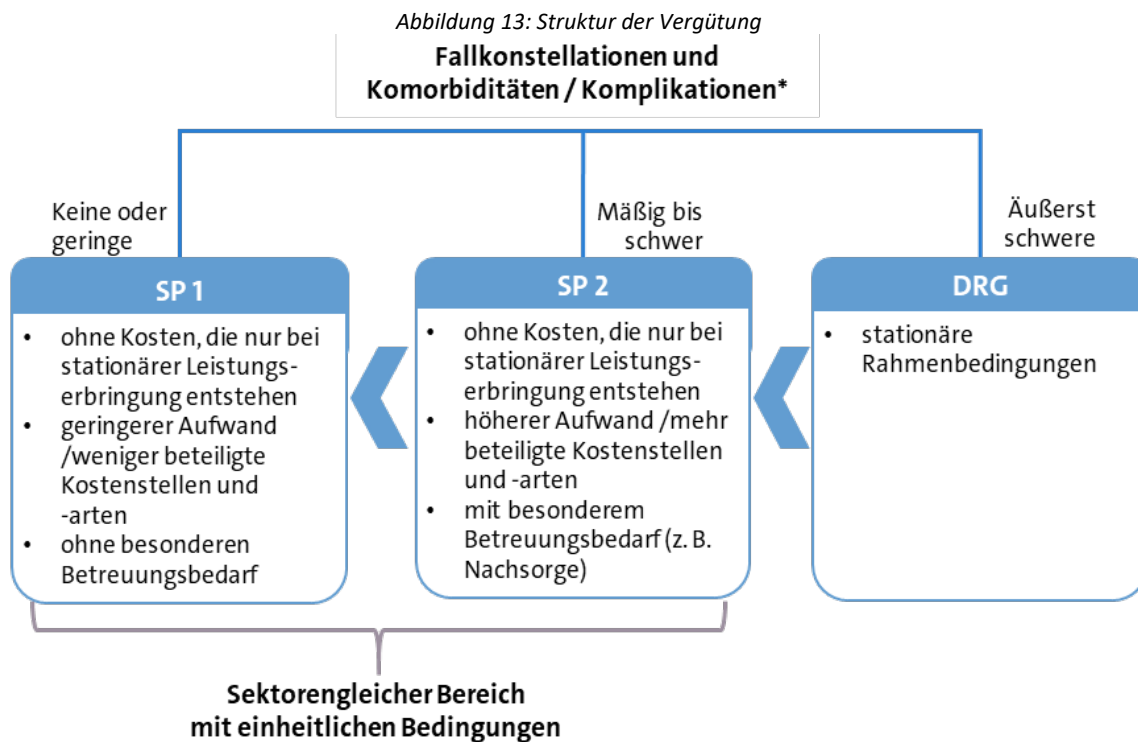
Da die derzeitigen DRGs Vergütungskonstellationen darstellen, die ihrerseits unterschiedliche Fallkonstellationen abdecken, muss in einem nächsten Schritt festgelegt werden, welche Fallkonstellationen für den neuen sektorengleichen Bereich geeignet sind und welche grundsätzlich einer stationären Versorgung bedürfen. Unter einer Fallkonstellation sind alle patientenseitigen (z.B. individuelle Komorbidität, Alter <16 oder > 75 oder Wohnsituation) und eingriffs- oder leistungsseitigen (z.B. Schwere der Diagnose oder Komplexität und Anzahl der erforderlichen Maßnahmen) Faktoren zu verstehen, die eine bestimmte Behandlungsform erforderlich machen. Um diese Fallkomplexität zu differenzieren und die Abgrenzung zwischen sektorengleicher oder rein stationärer Leistung vorzunehmen, erfolgt eine Kontextdefinition auf Grundlage medizinischer Komplexitätsstufen – ähnlich der bestehenden Unterteilung innerhalb einer Basis-DRG.

Für die so identifizierten, zahlenmäßig relevanten Gruppen erfolgt anschließend die Definition von um stationäre Teilleistungen bereinigten, neuen **sektorengleichen Leistungsgruppen (SLG)**. Diese umfassen z. B. keine Kosten, die nur bei stationärer Leistungserbringung entstehen, und sehen identische Leistungsinhalte unabhängig vom Ort der Leistungserbringung vor. Das hier skizzierte Vorgehen ist praktikabel und schnell umsetzbar, wie das InEK jedes Jahr bei der DRG-Kalkulation beweist. Eine weitestgehende Übertragung dieses Vorgehens auf gastroenterologische Fälle wurde bereits publiziert (Albert et al. 2023). Ähnlich dem Vorbild des französischen Systems werden so auf Basis der bestehenden stationären Versorgung gemeinsame Leistungsbereiche mit einheitlichen Bedingungen geschaffen.

Der Patient Clinical Complexity Level (PCCL)<sup>13</sup>, stellt ein bewährtes Instrument zur Bestimmung des patientenbezogenen Ressourcenbedarfs dar und könnte daher neben weiteren Faktoren zur Abbildung des patientenbezogenen Gesamtschweregrads bzw. zur Bildung medizinischer Komplexitätsstufen verwendet werden. Auf Basis der Nebendiagnosen, die einen ggf. erhöhten Komplexitätsgrad oder Versorgungsbedarf aufgreifen, kann eine Kontextabgrenzung für die Entscheidung zwischen sektorengleicher oder ausschließlich stationärer Erbringung erfolgen. Fälle von Patient:innen, die einem PCCL von 4 und höher

<sup>13</sup> Die PCCL liegen in den 21er-Daten und auch den Krankenkassen vor. Sie eignen sich also zur schnellen pragmatischen Einführung des Systems.

entsprechen (Fälle mit äußerst schweren Komplikationen oder Komorbiditäten) oder die andere patienten- oder leistungsseitige Merkmale aufweisen, die zu komplexen Fallkonstellationen führen, werden bei den SLGs nicht berücksichtigt und weiterhin regelhaft vollstationär im Krankenhaus versorgt und mit einer stationären DRG abgerechnet. Alle anderen Fallkonstellationen, bei denen es sich aktuell in der Regel um Kurzlieger handelt, werden über SLG vergütet und können entweder ambulant oder stationär versorgt werden.



\* Keine oder geringe Komorbiditäten / Komplikationen (z.B. PCCL <=1), Mäßig bis schwere Komorbiditäten / Komplikationen (z.B. PCCL von 2 bis 3), äußerst schwere Komorbiditäten / Komplikationen (z.B. PCCL >=4)

Quelle: eigene Darstellung.

Die **Kalkulation** der Leistungen und Erlöse erfolgt initial auf Basis des bestehenden, um Kosten, die nur bei stationärer Leistungserbringung entstehen, bereinigten InEK-Kostengerüsts und erfolgt auf Basis der Daten der Kalkulationskrankenhäuser. Die Kalkulation sollte dabei so erfolgen, dass die initiale Vergütung der SP2, inklusive z. B. Kosten der Nachsorge, entsprechend höher ist als die der SP1, um mögliche Selektionseffekte zu verhindern (vgl. Abbildung 13).

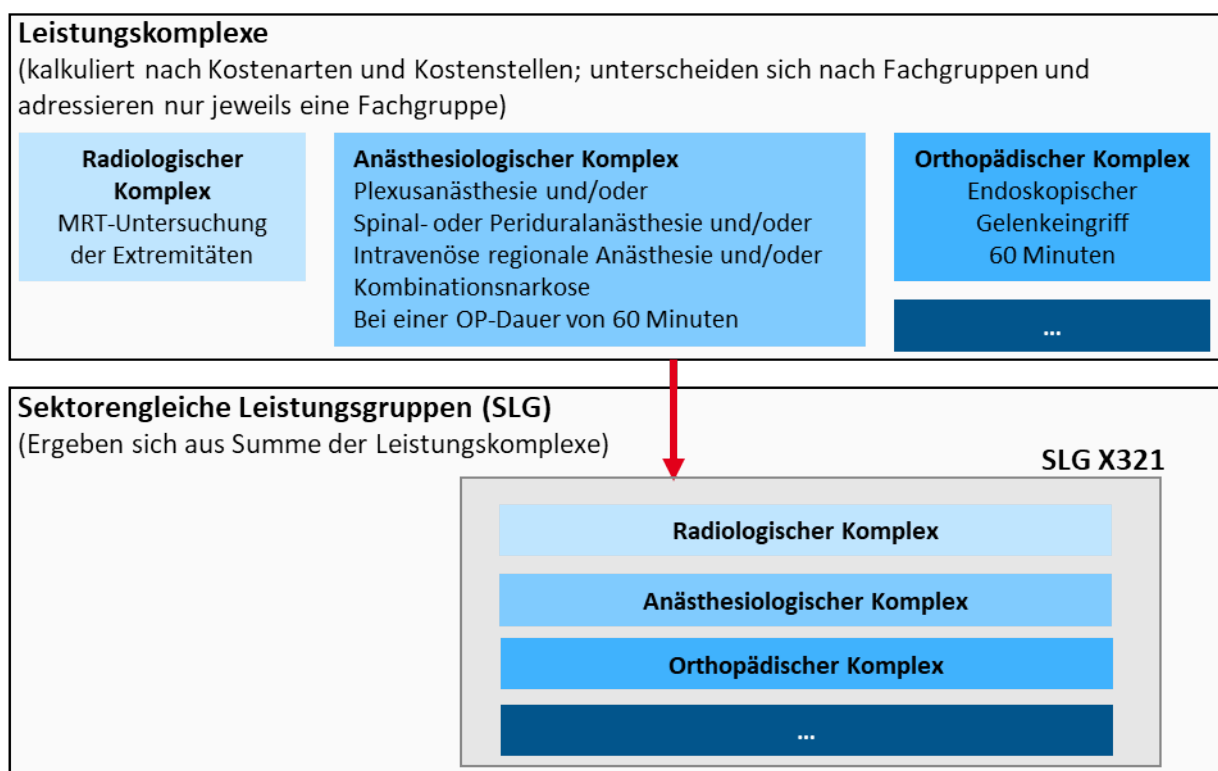
Die aus der Nutzung des InEK-Kostengerüsts resultierende Überfinanzierung – ambulante Kostenstrukturen fließen zunächst nicht in die Kalkulation ein – dient der finanziellen Anreizsetzung und der schnellen Etablierung sektorengleicher Strukturen. Während der Einführungsphase, die sich auf eine gesetzlich festgelegte Übergangszeit von etwa drei Jahren beschränken sollte, wird eine gemeinsame sektorengleiche Datengrundlage geschaffen. Konkret heißt dies, dass eine Stichprobe an Leistungserbringern dieses sektorengleichen Bereiches Kalkulationsdaten liefert. Auf dieser Datengrundlage werden Leistungskomplexe transparent kalkuliert und empirisch bewertet, wobei nach den verschiedenen beteiligten ärztlichen und den nichtärztlichen Professionen differenziert und sich strukturell sowohl am Kostengerüst des InEK als auch am Standard Bewertungssystem (Stabs) orientiert wird. Nach dem Baukastenprinzip werden aus den Leistungskomplexen flexibel zusammensetzbare sektorengleiche Leistungsgruppen zusammengestellt und über sektorengleiche Pauschalen vergütet (vgl. Abbildung 14). Ziel der Kalkulation sind Preise, keine Relativgewichte. Ein Kostenorientierungswert wird als Mechanismus herangezogen, um den unvermeidbaren zeitlichen Verzug zwischen Kalkulationsdaten und Anwendungszeitraum abzubilden. Dessen

Bestimmung erfolgt algorithmisch mit eindeutig definierten Preisindizes und im Regelfall ohne Verhandlungstatbestände.

Die **Vergütung** der SLG erfolgt wie oben erwähnt in unterschiedlicher Höhe für zwei Schweregrad-Stufen der SLG (vgl. Abbildung 13). Auf Basis des Baukastenprinzips fließen unterschiedliche Leistungsbestandteile in die Stufen ein. Um die Fallkonstellationen einer SLG dafür zu differenzieren, erfolgt eine Kontextdefinition auf Grundlage medizinischer Komplexitätsstufen – ähnlich der bestehenden Unterteilung innerhalb einer Basis-DRG. Das System zur Einstufung in medizinische Komplexitätsstufen muss im Laufe der Anwendung weiterentwickelt werden, um die Einstufung und Steuerung der Patientinnen und Patienten in die richtige Versorgungsebene zu präzisieren.

Stufe 1 umfasst einfache, weniger komplexe Fälle und damit in der Regel eine geringere Anzahl von Kostenstellen und -arten. Stufe 2 umfasst Patient:innen mit erhöhter Fallkomplexität und erhöhtem Betreuungsbedarf, daher sind zusätzliche Kostenbestandteile zu berücksichtigen.

Abbildung 14: Beispielhafte Veranschaulichung des Baukastenprinzips



Quelle: eigene Darstellung.

Für den neuen sektorengleichen Bereich sind darüber hinaus zahlreiche weitere Regelungen, unter anderem zur Planung, Abrechnung und Qualitätssicherung zu treffen. An dieser Stelle sei zur genaueren Darstellung auf die Anlage 13 verwiesen.

## 7. Diskussion der Projektergebnisse

In AP1 wurde zunächst über einen umfassenden Prozess identifiziert, welche Länder für Deutschland von Interesse sein könnten. Insgesamt 12 Länder fanden in die Ergebnisse von AP1 Eingang. Hierbei ist es möglich, dass ausgewählte Länder aus Gründen der Sprachbarriere keinen Eingang gefunden haben. In diesem Projekt wurden der sauberen Erfassung und Darstellung von Ländern Vorrang über eine möglichst große Auswahl an Ländern gegeben. Mit 12 Ländern konnte allerdings auf eine umfangreiche Länderauswahl zurückgegriffen werden. Zudem ist aufgrund der unterschiedlichen Gesundheitssysteme zu bedenken, dass

Systemelemente anderer Länder nicht direkt übertragen, sondern in den deutschen Kontext übersetzt werden müssen. Aus diesem Grund wurde in AP1 eine kurze Einordnung der Gesundheitssysteme vorgenommen. Die Differenzen zwischen den Systemen und ihre notwendige Anpassung an den deutschen Kontext wurde zudem in AP4 reflektiert.

In AP2 konnte auf verschiedene Datenquellen Bezug genommen werden. Erstens wurden anonymisierte Abrechnungsdaten der Betriebskrankenkassen unter Koordination des BKK Dachverbandes e. V. bereitgestellt. Insgesamt wurden Daten von mehr als 30 Krankenkassen mit über 7 Mio. Versicherten übermittelt. Hierdurch konnten die Validität und Reliabilität der Ergebnisse sichergestellt werden. Abweichungen zur Grundgesamtheit aller gesetzlichen Krankenkassen können aufgrund ggf. unterschiedlicher Versichertenkollektive nicht grundsätzlich ausgeschlossen werden. Allerdings stimmen die im Projekt errechneten Anteile der Leistungserbringer sowie die Altersdurchschnitte der Versicherten gut mit Analysen basierend auf Daten anderer Krankenkassen überein; insbesondere auch mit denen des Gutachtens nach § 115b SGB V. Dies legt nahe, dass keine systematischen Unterschiede bestehen.

Bei der Erfassung beispielsweise des Schweregrades von Patient:innen, die eine sektorengleiche Leistungserbringung erfahren haben, wurde auf den international etablierten Elixhauser-Score<sup>14</sup> zurückgegriffen und zusätzlich ein eigener Risikoscore basierend auf dem vom Bewertungsausschuss für die ambulante vertragsärztliche Versorgung genutzten Klassifikationssystem erstellt. Die Analyse der Abrechnungsdaten ausgewählter Krankenkassen wurde flankiert durch die Analyse der Grundgesamtheit vertragsärztlicher Abrechnungsdaten durch das Zi und eine Analyse der Grundgesamtheit der Krankenhausfälle gemäß § 21 KHEntgG. Bei der vergleichenden Analyse des Leistungsvolumens des stationären versus vertragsärztlichen Sektors muss einschränkend darauf hingewiesen werden, dass es im vertragsärztlichen Sektor zu Unterschätzungen kommen kann, da die Kodierung von OPS-Codes dort nicht durchgehend notwendig ist. Nicht zur Verfügung standen leistungs- und patientenbezogene Daten, wie sie beispielsweise in den Patientenakten zu finden sind. Hierzu zählen beispielsweise Verlaufsdaten, nicht im ICD-Verzeichnis kodierbare Diagnosen und Prozeduren<sup>15</sup>, sowie nur einmal pro Krankenhausaufenthalt zu kodierende Prozeduren, die allerdings mehrfach erbracht worden sein können, und soziale Gründe für die stationäre Aufnahme. Abrechnungsdaten stellen nur einen Ausschnitt aus der Leistungserbringung und den patientenindividuellen Einflussfaktoren dar. Es kann nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden, dass medizinische oder soziale Gründe, die in den Abrechnungsdaten nicht hinterlegt werden können, Gründe für die stationäre Aufnahme darstellen. Diese Limitation wurde von den Projektpartnern offen adressiert.

Grundsätzlich zeigte sich in der derzeitigen Leistungserbringung ein sehr heterogenes Bild. Zwar ist der vertragsärztliche Sektor stärker an der sektorengleichen Leistungserbringung beteiligt, als allgemein hin angenommen, doch variierte der Anteil stark in Abhängigkeit der betrachteten Leistung. Ebenso zeigte sich der Teil der ambulanten Leistungserbringung je nach betrachteter Leistung als stark ausbaufähig. Dies bestätigte die Hypothese, dass der Ausbau der sektorengleichen Leistungserbringung förderlich ist.

---

<sup>14</sup> Der Elixhauser-Score ist ein international etabliertes, validiertes Instrument zur Vorhersage der Krankenhaussterblichkeit. Gegebenenfalls kann es zu Ungenauigkeiten kommen, beispielsweise durch die Nicht-Kodierung von Risikofaktoren, die u. a. den Abrechnungsbestimmungen des DRG-Systems geschuldet sein können.

<sup>15</sup> Hierzu zählen beispielsweise Diagnosen, wie Ergebnisse oder Zustände (z.B. sich anbahnende/ drohende, aber nicht ausgebrochene Erkrankungen oder abnorme Labor-, Röntgen-, bzw. Pathologiebefunde, die keine klinische Bedeutung im Sinne einer therapeutischen Konsequenz oder einer weiterführenden Diagnostik haben) Prozeduren wie Ruhe-, Langzeit- oder Ruhe-EKG, 24-Stunden-Blutdruckmessung, konventionelle Röntgenuntersuchungen oder „einfache“ Sonografien.



In AP3 hat sich eine erfreuliche Anzahl von 166 Krankenhäusern, 776 Vertragsärzt:innen (final konnten 709 Antworten berücksichtigt werden) und 32 Krankenkassen (oder Verbände) an der Befragung beteiligt. Gleichzeitig wäre eine noch größere Beteiligung der für die Befragung angeschriebenen Stellen wünschenswert gewesen. Zudem haben sich bei den niedergelassenen Ärzt:innen ausgewählte Fachgruppen besonders stark beteiligt. Rund 50% der teilnehmenden Ärzt:innen gehörten der Fachgruppe Chirurgie und Orthopädie an. Dies wurde von den Projektpartnern bei der Bewertung der Befragungsergebnisse kritisch diskutiert und reflektiert. Die Befragung in AP3 untermauerte die Annahme, dass Ambulantisierung grundsätzlich von allen Beteiligten begrüßt wird und ein Ausbau möglich wäre, dem jedoch bisher unter anderem finanzielle Überlegungen entgegenstanden.

Die Empfehlungen im Rahmen von AP4 wurden von allen Konsortialpartnern gemeinsam entwickelt. Durch die Zusammensetzung des Projekts waren neben zwei Universitäten Vertreter beider Leistungserbringerseiten (Vertragsärztlicher und Krankenhaussektor) sowie der Krankenkassen an der Erarbeitung beteiligt. Hierdurch konnte sichergestellt werden, dass alle Positionen Eingang in den Vorschlag finden konnten. Selbstverständlich kann der Vorschlag nicht zu allen Unteraspekten der sektorengleichen Versorgung vollumfänglich Stellung nehmen. Fragen der Bedarfsplanung, der Weiterbildung des medizinischen Personals, sowie der Qualitätssicherung wurden beispielsweise adressiert, aber nicht ausführlich erörtert. Der im Rahmen des ESV-Projektes entwickelte Vorschlag zeigt hierbei auf, welche weiteren Aspekte für eine erfolgreiche Einführung der einheitlichen, sektorengleichen Vergütung mitbedacht werden müssen und dient damit als Ausgangspunkt für weitere Überlegungen.

## 8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Mit dem vorgelegten Entwurf kann Deutschland die Einführung einer einheitlichen, sektorengleichen Vergütung gelingen, welche eine bedarfsgerechtere Versorgung der Patient:innen ermöglicht. Hierbei wird durch den Vorschlag explizit *nicht* vorgegeben, von welcher Leistungserbringerart (vertragsärztlich oder Krankenhaus) die Erbringung erfolgt. Vielmehr soll die Kombination aus Sektorenöffnung, Differenzierung innerhalb der sektorengleichen Leistungsgruppe und Baukastensystem eine Struktur schaffen, die eine bedarfsgerechte Versorgung und Orientierung am Patient:innenwohl ermöglicht.

Das Konzept stellt eine deutliche Verbesserung zum Status quo, beziehungsweise der derzeitigen Regelversorgung, dar. Im internationalen Vergleich zeigt sich, dass Deutschland durch die Schaffung und den Ausbau des ambulanten Operierens und stationärer Eingriffe nach § 115b SGB V zwar begonnen hat, einen Teil der Leistungserbringung in den sektorengleichen Bereich zu überführen, aber gleichzeitig noch deutliches Ambulantisierungspotenzial aufweist.

Das vorgelegte Konzept adressiert die Ursachen der unzureichenden Verlagerung. Erstens erfährt der sektorengleiche Leistungsbereich eine finanzielle Aufwertung und wird damit für Leistungserbringer, die sich grundsätzlich für die Behandlung sektorengleicher Leistungen qualifizieren, attraktiv. Die derzeitige Vergütung sektorengleicher Leistungen auf Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes wird oftmals von Krankenhäusern als nicht kostendeckend wahrgenommen und ist somit nicht ausreichend angereizt, um eine zufriedenstellende Verlagerung des Leistungsgeschehens zu erwirken. Eine Schaffung finanzieller Anreize mittels einer preislichen Aufwertung hat in anderen OECD-Ländern zu einem Anstieg der sektorengleichen Leistungserbringung geführt. Auch für Deutschland ist von einem derartigen Effekt auszugehen. Zweitens schlägt das Konzept mit der Herauslösung von sektorengleichen Leistungsgruppen eine klare Definition eines sektorengleichen Bereiches vor, welche darüber hinaus die medizinische Fallschwere berücksichtigt und den Beteiligten Rechtssicherheit gewährt. Drittens ermöglicht das Konzept Flexibilität, um

Patient:innen bedarfsgerecht zu versorgen, und trägt den unterschiedlichen Strukturen des vertragsärztlichen versus stationären Sektors Rechnung. Hierzu zählen die transparente Kalkulation und das Baukastenprinzip, mittels derer Leistungserbringer Kosten separieren können sowie die Differenzierung zwischen zwei Schweregruppen innerhalb der sektorengleichen Vergütung, um den unterschiedlichen Schweregrad innerhalb dieses Bereiches besser abzubilden.

Das vorgelegte Konzept zur einheitlichen, sektorengleichen Vergütung hat bei der Schaffung des § 115f SGB V bereits seinen Eingang in die deutsche Regelversorgung gefunden. Der neu geschaffene Paragraph weist an einigen Stellen noch offene Punkte auf, die erst durch die Selbstverwaltung bzw. das BMG durch Rechtsverordnung weiter ausgestaltet werden sollen. Dazu zählen die Identifizierung von Leistungsbereichen, die sich für eine sektorengleiche Leistungserbringung eignen (sektorengleiche Leistungsgruppen), sowie die genaue Kalkulation der Vergütung (sektorengleiche Pauschalen). Für die Ausgestaltung des Gesetzes sowie für die künftige Weiterentwicklung der sektorengleichen Vergütung kann der Bericht des ESV-Projektes weitere Impulse geben.

## 9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

### Erfolgte Veröffentlichungen

Heber Robin, Mangiapane Sandra, Offermanns Matthias, Mußgnug Tobias, Kölle Barbara, Busch Christian, Messerle Robert, Milstein Ricarda (2022). Sektorengleich vergüten – aber wie? Meinungen und Wünsche von Krankenhäusern, Vertragsärzt\*innen und Krankenkassen. G+S 4-5, S. 58-64. DOI: 10.5771/1611-5821-2022-4-5-58.

Konzeptpapier Abschlussworkshop „Einheitliche, sektorengleiche Vergütung“ (2022) Ein sektorengleiches Vergütungssystem

<https://www.hche.uni-hamburg.de/dokumente/20220920-esv-finale-fassung-v1-1.pdf>

### Geplante Veröffentlichungen

Eckhardt Helene, Kreutzberg Anika, Milstein Ricarda, Busse Reinhard. Tageschirurgie - internationale Erfahrungen, Vergütungssysteme und finanzielle Anreize in England, Frankreich und Österreich. *Eingereicht zur Publikation in Arthroscopie (special issue) (Springer)*.

Heber Robin, Mangiapane Sandra, Offermanns Matthias, Mußgnug Tobias. Artikel zu den Ergebnissen der Leistungserbringerbefragung zur ambulanten Erbringbarkeit ausgewählter OPS-Ziffern. In Erarbeitung.

Kreutzberg Anika, Eckhardt Helene, Milstein Ricarda, Busse Reinhard. International strategies, experiences, and payment models to incentivize day surgery. Under Review in *Health Policy* (Elsevier).

Reinhard Busse et al. (Hrsg.). Shifting inpatient to ambulatory care: International comparison of payment incentives to promote less costly care alternatives. *European Observatory on Health Systems and Policies Series*, Cambridge: Cambridge University Press. In Erarbeitung.

Messerle R, Milstein R, Schreyögg J (2023) Gleiches Geld für gleiche Leistung. Erscheint in: *BARMER – Gesundheitswesen aktuell 2023*

Hoogestraat Fenja, Messerle Robert, Wild Eva-Maria. Variability in hospital outpatient care provision – Why are they (not) doing it? Empirical findings from Germany. In Erarbeitung.

Messerle Robert, Hoogestraat Fenja, Wild Eva-Maria. Do hospitals that provide more outpatient care perform better? - Empirical findings from Germany. In Erarbeitung.

Wiemschulte Julius, Messerle Robert, Schreyögg Jonas. Sektorenvergleich medizinischer Leistungen – inguinale Hernienoperationen im Vergleich ambulant und stationär. In Erarbeitung.

## 10. Literaturverzeichnis

Albert J, Rathmayer M, Lynen P, Offermanns M, Heber R (2023). Hybrid-DRG: das Beste aus zwei Welten. *Das Krankenhaus* 4:322–330.

Allen T, Fichera E, Sutton M. Can Payers Use Prices to Improve Quality? Evidence from English Hospitals (2016). *Health Economics* 25(1):56-70. doi: 10.1002/hec.3121

Audit Commission (2012). Best practice tariffs and their impact. Audit Commission, London.

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 ambulatoire? In: LES DOSSIERS DE LA DREES. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

Deutscher Bundestag (1968). Schriftliche Antwort der Bundesregierung zu der Großen Anfrage der Fraktion der SPD zur Gesundheitspolitik. Drucksache V/3008.

Deutscher Bundestag (1975). Bericht der Bundesregierung über die Auswirkungen des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG). Drucksache 7/4530.

European Observatory on Health Systems and Policies (2021). Health system reviews (HiT series). 2021. Verfügbar unter:  
<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/health-systems-reviews>

Garrity C, Gartlehner G, Nussbaumer-Streit B, King VJ, Hamel C, Kamel C, Affengruber L, Stevens A (2020). Cochrane Rapid Reviews Methods Group offers evidence-informed guidance to conduct rapid reviews. *Journal of Clinical Epidemiology* 130:13–22. doi:10.1016/j.jclinepi.2020.10.007

Gaughan J, Gutacker N, Grašič K, Kreif N, Siciliani L, Street A (2019). Paying for efficiency: Incentivising same-day discharges in the English NHS. *Journal of Health Economics* 68: 102226. doi:10.1016/j.jhealeco.2019.102226

InBA (Institut des Bewertungsausschusses) (2022). Bericht des Instituts des Bewertungsausschusses zur Weiterentwicklung des Klassifikationssystems sowie zur Ermittlung der Veränderungsdaten für das Jahr 2022 gemäß §87a Abs. 5 SGB V.

Krämer J, Schreyögg J, Busse R (2019). Classification of hospital admissions into emergency and elective care: a machine learning approach. *Health Care Management Science* 22:85–105. doi:10.1007/s10729-017-9423-5

SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2018). Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung; Gutachten 2018. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2023). Resilienz im Gesundheitswesen. Wege zur Bewältigung künftiger Krisen; Gutachten 2023. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

## **11. Anhang**

Anhang 1: Zusätzliche Abbildungen

Anhang 2: Zusätzliche Tabellen

## **12. Anlagen**

Anlage 1: Fallstudien

Anlage 2: Beispiel Expert Survey

Anlage 3: Liste der Institutionen angefragter Experten

Anlage 4: Suchstrategien der systematischen Recherche pro Datenbank

Anlage 5: Ein- und Ausschlusskriterien systematische Recherche

Anlage 6: Ergebnisse systematische Recherche

Anlage 7: Übersicht Datenquellen für Liste sektorengleicher Leistungen

Anlage 8: Extraktion-Wirksamkeitsstudien

Anlage 9: Prozeduren-Ranglisten

Anlage 10: OPS-Prozedurencodes der ausgewählten sektorengleichen Leistungen

Anlage 11: Top 30 OPS Auswertungen

Anlage 12a: Fragebogen Krankenhäuser

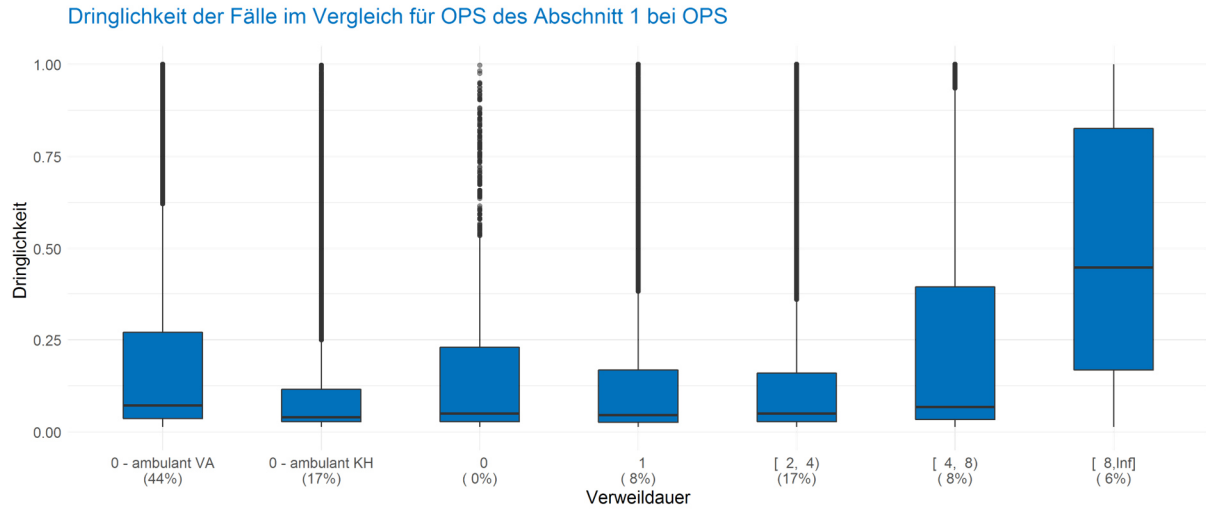
Anlage 12b: Fragebogen Vertragsärzte

Anlage 12c: Fragebogen Krankenkassen

Anlage 13: Ergebnis AP4

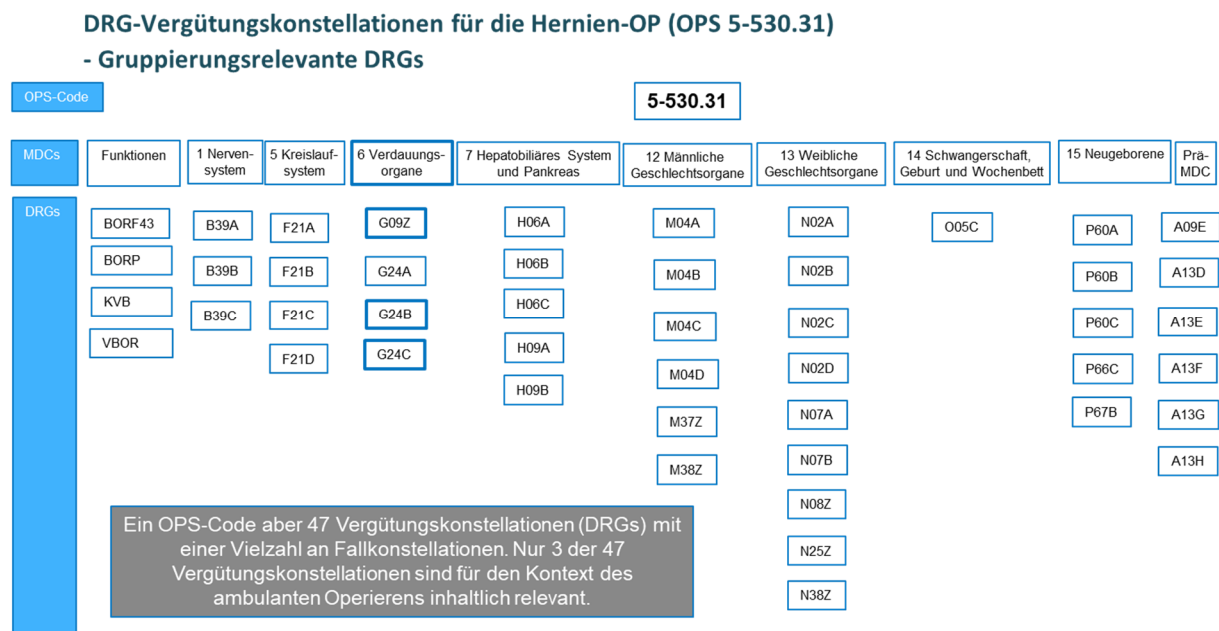
Anhang 1: Zusätzliche Abbildungen

Abbildung A1: Dringlichkeit der Fälle bei AOP-Leistungen



Dringlichkeit der Fälle auf Basis von Krämer et al. (2019): 0 - klar elektiv, 1 - eindeutiger Notfall. In Klammern stehen die relativen Anteile. Für die Dringlichkeit wurden nur Diagnosen des Indexfalls herangezogen und bewertet.  
 Quelle: BKK-Abrechnungsdaten

Abbildung A2: DRG-Vergütungskonstellationen bei Hernien-OPS



Anhang 2: Zusätzliche Tabellen

Tabelle A1: Top 20 OPS nach theoretischem Ambulantisierungspotenzial

OPS-Code	Anzahl	davon grp.rel.	PCCL			Verweildauer			DRG1	%	DRG2	%
			0/1	2/3	4+	0/1	2/3	4+				
1-650.2	369 T.	294 T.	77%	20%	3%	19%	29%	52%	G67C	25%	G71Z	13%
1-275.0	557 T.	252 T.	84%	13%	3%	28%	24%	48%	F49G	53%	F49F	21%
1-204.2	248 T.	215 T.	82%	16%	3%	17%	23%	60%	B71D	12%	B77Z	9%
1-650.1	221 T.	172 T.	71%	25%	4%	18%	27%	55%	G67C	19%	G71Z	16%
5-530.3	147 T.	143 T.	93%	6%	1%	60%	31%	9%	G24C	76%	G09Z	12%
5-452.6	154 T.	127 T.	78%	19%	2%	27%	30%	42%	G71Z	37%	G67C	15%
1-444.7	156 T.	118 T.	74%	22%	4%	19%	27%	54%	G67C	21%	G71Z	18%
5-144.5	102 T.	94 T.	92%	7%	0%	51%	38%	11%	C08B	69%	C03B	11%
8-137.0	138 T.	89 T.	83%	13%	3%	20%	40%	40%	L64B	44%	L20C	21%
1-444.6	100 T.	77 T.	78%	19%	3%	17%	28%	55%	G67C	35%	G71Z	10%
1-275.2	131 T.	73 T.	84%	13%	3%	28%	23%	49%	F49G	51%	F49F	20%
1-661	156 T.	72 T.	77%	20%	4%	24%	33%	44%	L64B	43%	L20C	14%
5-812.5	78 T.	69 T.	97%	3%	0%	57%	34%	9%	I18B	43%	I24B	36%
5-811.2	102 T.	68 T.	95%	4%	1%	39%	48%	13%	I18B	42%	I16B	16%
5-900.0	75 T.	65 T.	86%	13%	1%	41%	35%	24%	B80Z	34%	J65B	12%
8-836.0	123 T.	58 T.	76%	18%	5%	35%	30%	35%	F59E	47%	F59C	17%
5-399.5	99 T.	57 T.	46%	37%	17%	19%	18%	63%	E71D	9%	G60B	9%
8-137.1	91 T.	54 T.	74%	22%	5%	31%	31%	38%	L64B	47%	L20C	22%
5-377.3	58 T.	52 T.	60%	29%	11%	12%	20%	68%	F12G	80%	F12E	9%
1-650.0	74 T.	46 T.	60%	32%	8%	13%	22%	65%	G67B	15%	G71Z	14%

Quelle: Daten gemäß § 21 KHEntgG (alle Kostenträger, ohne Geburten/Entbindungen)

Die Gruppierungsrelevanz (Spalte „grp.rel.“) eines OPS-Kodes beschreibt, ob diese Codes für die Zuordnung eines Falles zu einer diagnosebezogenen Fallpauschale (DRG) ausschlaggebend („gruppierungsrelevant“) waren oder zumindest keine anderen, nicht im AOP-Katalog enthaltenen OPS-Kodes, bei dieser Zuordnung relevant waren. Bei „nicht gruppierungsrelevanten“ Fällen wurden dementsprechend weitere OPS-Kodes erbracht, die nicht im AOP-Katalog enthalten sind, die aber für die Zuordnung zur DRG ausschlaggebend waren. Alle Anteile beziehen sich ausschließlich auf die gruppierungsrelevanten Fälle.

**Erläuterung Tabelle 8:** Diese listet die OPS-5-Steller des AOP-Kataloges (inklusive der OPS außerhalb des Abschnitts 1) mit den höchsten vollstationären Behandlungszahlen auf, bei denen der OPS aus dem AOP-Katalog Hauptleistung war. Die in der Tabelle dargestellten OPS stehen für ca. 2,2 Mio. gruppierungsrelevante AOP-Fälle (inkl. Mehrfachzählungen bei Fällen mit mehreren OPS) und decken damit über 50 % des im aktuellen AOP-Katalog enthaltenen Ambulantisierungspotenzials ab. In Tabelle 8 ist zu jedem OPS die Fallzahl mit und ohne Berücksichtigung der Gruppierungsrelevanz, sowie die jeweilige Verteilung der Fälle nach PCCL und Verweildauer angegeben. Zusätzlich sind die für gruppierungsrelevante Fälle am häufigsten und zweithäufigsten abgerechneten DRG-Fallpauschalen und deren Anteile enthalten. Für die betrachteten Prozeduren sind Fälle von Patient:innen mit äußerst schweren Komplikationen oder Komorbiditäten, also mit einem PCCL von 4 und höher, von untergeordneter Bedeutung. Weniger als 5 % entfallen auf diese Kategorie. Bei etwa 15 % aller gruppierungsrelevanten Fälle und etwa 7 % der gruppierungsrelevanten Kurzliegerfälle ( $\leq$  drei Tage Verweildauer) werden Patient:innen mit mäßig bis schweren Komorbiditäten / Komplikationen behandelt. Insgesamt handelt es sich bei etwa 60 % der betrachteten Fälle um Kurzlieger. Aus der Erweiterung des AOP-Kataloges zum Jahresanfang 2023 sind zwei OPS-Codes (1-204.2 und 5-900.0) in der Liste enthalten.

Tabelle A2: ESV-Befragung: Auswertung der offenen Antworten („Sonstiges“) der Vertragsärzt:innen

Welche Gründe motivieren Sie zum ambulanten Operieren?	Häufigkeit	Prozent
Unterfinanzierung	4	4,60
Tätigkeit im Fachgebiet	43	49,43
Qualitativ bessere Versorgung	9	10,34
Kostendeckend	1	1,15
Nur unter anderen vertraglichen Bedingungen	4	4,60
Krankenhausarzt	4	4,60
Sonstiges	22	25,29
<b>GESAMT</b>	<b>87</b>	<b>100,00</b>
Welche Herausforderungen sehen Sie bei einer Erhöhung des Umfangs an ambulanten Operationen?	Häufigkeit	Prozent
Fehlende Kapazitäten	2	2,70
Regelungen zur vertragsärztlichen Versorgung sind hinderlich	10	13,51
Zu hoher bürokratischer Aufwand	2	2,70
Problematik der häuslichen Versorgung	3	4,05
Ungleichbehandlung Arztpraxen und Krankenhäuser	3	4,05
Sonstiges	22	29,73
Altersgründe des Arztes sprechen gegen Ausweitung	3	4,05
Unterfinanzierung Ärztliche Leistungen	23	31,08
Unterfinanzierung Sachkosten	6	8,11
<b>GESAMT</b>	<b>74</b>	<b>100,00</b>
Wie sollte ein sektorengleiches Vergütungskonzept für Personalkosten – unabhängig von der Höhe der Vergütung – Ihrer Meinung nach ausgestaltet sein?	Häufigkeit	Prozent
Sonstiges	10	47,62
Schweregradzuschläge	5	23,81
Analog DRG-System	3	14,29
Pauschalen für Leistungskomplexe	3	14,29
<b>GESAMT</b>	<b>21</b>	<b>100,00</b>
Wie sollte ein sektorengleiches Vergütungskonzept für Sachkosten Ihrer Meinung nach ausgestaltet sein?	Häufigkeit	Prozent
Sonstiges	9	40,91
Erstattung nach Einzelaufwand	6	27,27
Sektorengleiche Vergütung der Sachkosten	4	18,18
Erstattung per Pauschalen	3	13,64
<b>GESAMT</b>	<b>22</b>	<b>100,00</b>
Wie sollte die Abrechnung zukünftig idealerweise erfolgen?	Häufigkeit	Prozent



Abrechnung direkt mit dem Patienten	11	40,74
Abrechnung über zentrale Stelle	5	18,52
Abrechnung direkt mit der Krankenkasse	4	14,81
Sonstiges	4	14,81
Abrechnung über Kassenärztliche Vereinigung	3	11,11
GESAMT	27	100,00
<b>In welchem Rhythmus sollte abgerechnet werden?</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
Egal	2	50,00
Zeitnah	2	50,00
GESAMT	4	100,00
<b>Qualitätsvorgaben sollten bundesweit definiert werden, und zwar durch:</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
Expertengremium	8	33,33
Selbstverwaltung	7	29,17
Fachgesellschaften	6	25,00
Sonstiges	3	12,50
GESAMT	24	100,00
<b>Es sollte nach Sektoren getrennt kontrolliert werden, und zwar durch:</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
Unabhängige Stelle	15	51,72
Fachgesellschaften/ Expertengremium	4	13,79
Ärztliche Selbstverwaltung	3	10,34
Sonstiges	3	10,34
Landesbehörden	2	6,90
Berufsverbände	2	6,90
GESAMT	29	100,00
<b>Könnten diese Eingriffe (siehe Tabelle 18) auch in Deutschland ambulant in Praxen oder anderen vertragsärztlichen Einrichtungen durchgeführt werden, wenn Ihnen dies erlaubt würde?</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
Nicht betroffen von der Auswahl	12	70,59
Ja, wenn vorhandene Regulierungen/ Strukturen geändert werden	2	11,76
Ja, wenn Refinanzierung gesichert	2	11,76
Sonstiges	1	5,88
GESAMT	17	100,00
<b>Aus welchen Gründen werden diese Eingriffe (siehe Tabelle 20) (überwiegend) nicht ambulant durchgeführt?</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
Eingriff wird ambulant durchgeführt	16	32,00
Sonstiges	8	16,00
Stationäre Durchführung finanziell besser vergütet	7	14,00
Es gibt keinen Grund, den Eingriff nicht ambulant durchzuführen	6	12,00

Nicht betroffen von der Auswahl	6	12,00
Unzureichend Vergütung	5	10,00
Patienten wünschen stationäre Behandlung	2	4,00
GESAMT	50	100,00
<b>Bitte geben Sie hier Ihre Anmerkungen oder Fragen zu der Erhebung an:</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
Ambulantes Operieren ist nicht kostendeckend	30	30,93
Sonstiges	29	29,90
Gleiche Bedingungen für Vertragsärzte und Krankenhäuser	16	16,49
Ausweitung OPS-Katalog für ambulante Operationen erforderlich	12	12,37
Bedingungen für Anästhesisten sehr ungünstig	4	4,12
Belegärztliche Leistungen müssen adäquat berücksichtigt werden	3	3,09
Selektiv-/ IV-Verträge als überlegene Behandlungsform	3	3,09
GESAMT	97	100,00

Tabelle A4: ESV-Befragung: Auswertung der offenen Antworten („Sonstiges“) der Krankenhäuser

Welche Gründe motivieren Sie zum ambulanten Operieren?	Häufigkeit	Prozent
Aus- und Weiterbildung	9	27,27
Gesetzlicher Zwang/Vermeidung MD-Kürzung	16	48,48
Versorgungsauftrag/Versorgungslücke	3	9,09
Einweiserbindung	3	9,09
Sonstiges	2	6,06
GESAMT	33	100,00
Welche Herausforderungen sehen Sie bei einer Erhöhung des Umfangs an ambulanten Operationen?	Häufigkeit	Prozent
Fehlende Abrechnungsmöglichkeiten	2	40,00
Haftungsrechtliche Aspekte	1	20,00
Fehlende Strukturen/Prozesse	2	40,00
GESAMT	5	100,00
Qualitätsvorgaben sollten bundesweit definiert werden, und zwar durch:	Häufigkeit	Prozent
Fachgesellschaften	3	60,00
BAQ	1	20,00
IQWIG	1	20,00
GESAMT	5	100,00
Es sollte Sektoreneinheitlich kontrolliert werden, und zwar durch:	Häufigkeit	Prozent
Landesärztekammer	1	33,33
MD	1	33,33
Peer-Auditierung	1	33,33
GESAMT	3	100,00
Könnten diese Eingriffe (siehe Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.) auch in Deutschland ambulant in Krankenhäusern durchgeführt werden, wenn Ihnen dies erlaubt würde?	Häufigkeit	Prozent
Nein, weil Nachblutungsgefahr	4	36,36
Nein, andere Gründe	5	45,45
Sonstiges	2	18,18
GESAMT	11	100,00
Aus welchen Gründen werden diese Eingriffe (überwiegend) nicht ambulant durchgeführt (siehe Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.)?	Häufigkeit	Prozent
Wird bereits regelhaft ambulant durchgeführt	6	33,33
Sonstiges	2	11,11
Nein, andere Gründe	5	27,78
Nein, weil Patientenselektion seitens Fachärzte	2	11,11
Hängt von Methode des Eingriffs ab	3	16,67

GESAMT	18	100,00
<b>Bitte geben Sie hier Ihre Anmerkungen oder Fragen zu der Erhebung an:</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
Sachgerechte Finanzierung notwendig	3	100,00
GESAMT	3	100,00

Tabelle A5: ESV-Befragung: Auswertung der offenen Antworten („Sonstiges“) der Krankenhäuser

Welche Gründe sprechen für ambulantes Operieren?	Häufigkeit	Prozent
Schnellere Versorgung	2	66,66
Innovationen	1	33,33
GESAMT	2	100,00
Inwieweit befürworten Sie die folgenden finanziellen Anreizoptionen, die im Rahmen der Einführung einer einheitlichen Vergütungssystematik für sektorengleiche Leistungen diskutiert werden?	Häufigkeit	Prozent
Anreizoptionen widersprechen dem Wirtschaftlichkeitsgebot	1	50,00
Finanzielle Anreize ggf. an die Qualität knüpfen	1	50,00
GESAMT	2	100,00
Wie sollte die Abrechnungsprüfung ausgestaltet sein?	Häufigkeit	Prozent
Querprüfung zur Versichertenhistorie muss möglich sein	1	50,00
Hauptsächlich Strukturqualitätsprüfung	1	50,00
GESAMT	2	100,00

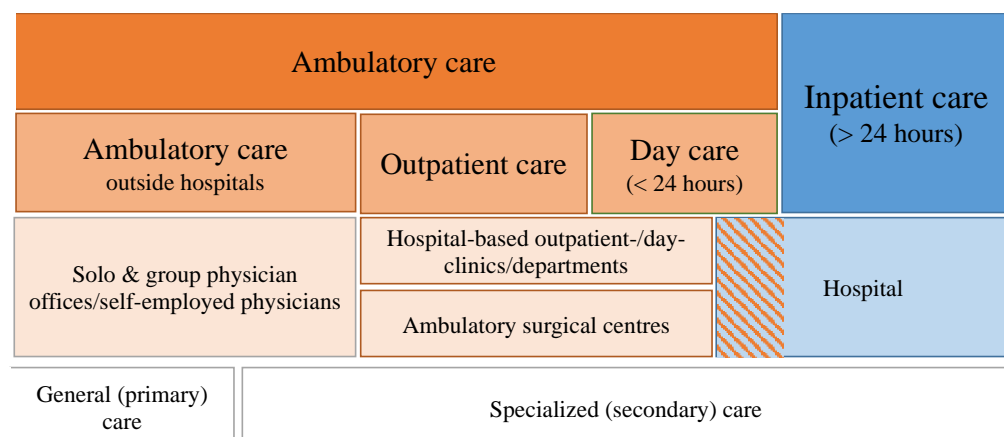
# Anlage 1 Case Studies (short version)

## 1. Introduction

The following case studies summarise and document the findings from the literature searches and expert surveys in AP1. The main aim of conducting the case studies was to inform the development of a new payment concept for Germany regarding so called setting-independent health care services. That is, services that traditionally are performed in inpatient settings but which nowadays can be delivered in an ambulatory/outpatient setting due to advances in medicine. Hence, the focus of the case studies lies on health policy activities and payment models related to setting-independent health care services. Information about funding structures and payment systems are only included if relevant to the relationship between inpatient and ambulatory/outpatient service delivery. Also, the focus was put on nationwide regulations. In countries with decentralized health systems, payment structures that differ between regions were analyzed only briefly and without claiming completeness.

Terms to describe different settings of health care in the case studies are used according to the definitions of the World Health Organization (WHO, 2019). Whereas inpatient care requires an admission to a hospital for a stay of at least 24 hours, ambulatory care comprises all health services provided to patients who are not confined to an institutional bed as inpatients (see also Figure 1). As such, ambulatory care includes general (primary) and specialized (secondary) health services. Since our interest lies in the shift from inpatient to ambulatory settings, we focus on specialized (secondary) health services in this work rather than primary care.

**Figure 1 - Overview of settings, providers, and level of care**



Ambulatory care subsumes three subcategories: (1) day care; (2) outpatient care; (3) ambulatory care outside hospitals. *Day care* (also same day, or day only surgery/treatment) encompasses

patients who are formally admitted to a hospital for receiving planned surgeries or other treatments but who are discharged on the same day without using a hospital bed overnight (IAAS, 2003). Not all countries distinguish this type of care from other outpatient care. *Outpatient care* is referred to where patients are treated solely in the outpatient department of a hospital or a free-standing ambulatory surgery centre including services such as ambulatory surgery, interventional radiology, radiotherapy, oncology, or renal dialysis. In some countries, specialized *ambulatory care* is also provided *outside of hospitals* by solo and group practices of self-employed physicians.

IAAS. (2003). Ambulatory (day) surgery. Suggested international terminology and definitions. *International Association for Ambulatory Surgery (IAAS)*.

WHO. (2019). Glossary of terms: WHO European Primary Health Care Impact, Performance and Capacity Tool (PHC-IMPACT). *World Health Organization (WHO)*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/346481> [accessed: 26.11.22]

## **2. Case Study: Denmark**

### **2.1 Development of setting-independent services**

In Denmark, ongoing economic pressure led the regions to encourage the transformation of inpatient care to ambulatory care as it is less costly and in better alignment with patient preferences (Magnussen et al., 2009). The hospital landscape in Denmark was significantly restructured to improve access to health care as well as the quality and efficiency of health care provision (Christiansen & Vrangbaek, 2018). The number of municipalities was reduced, 13 counties merged into 5 regions and responsibilities were redistributed between different administrative levels (Christiansen, 2012). After the administrative centralization, the centralization of hospital care led to a reduction of hospitals from 40 public hospitals in 82 locations in 2007 to 21 public hospitals in 68 locations in 2016 (Christiansen & Vrangbaek, 2018). The success of reforms between the years 2007 and 2019 can be observed in the national statistics. Between 2009 and 2019, inpatient hospital care decreased while the share of outpatient surgeries performed in public hospitals increased from 89% to 92% of all surgeries (Sundhedsdatastyrelsen, 2022). At the same time, the median waiting time for elective surgeries decreased from 67 in 2009 to 43 days in 2018 and the average length of stay steadily declined as well.

## 2.2 Forms of setting-independent services

Specialized care can be provided by self-employed specialists in privately owned facilities or by hospitals (Olejaz et al., 2012; Vrangbaek, 2020). However, most specialized care is provided by public hospitals which are owned and operated by the five regions (Christiansen & Vrangbaek, 2018). Public hospitals account for approximately 97% of all available hospital beds. Hospital care provision is subdivided into main (basic) function, specialized regional function and highly specialized function (Sundhedsstyrelsen, 2015). *Hospital services at main function* are services of limited complexity for diseases with a high prevalence and procedures frequently delivered. *Regional specialized hospital services* are of higher complexity provided for diseases of higher complexity and lower prevalence. *Highly specialized hospital services* are of considerable complexity provided for diseases with low prevalence or rare to very rare diseases. Which services are permitted to be provided in which function is determined in the specialization planning (Sundhedsstyrelsen, 2014, 2015). The specialization plans also determine the locations of specialized service provision, minimum quantities and quality criteria for the services provided.

Ambulatory service provision is typically part of the main function of a hospital (Sundhedsdatastyrelsen, 2016). Ambulatory care is provided within 12 hours of admission and does not involve an overnight stay (Olejaz et al., 2012). Hospital-based ambulatory clinics or outpatient departments with employed doctors are the main providers of ambulatory (specialized) care (Christiansen & Vrangbaek, 2018). Whether a procedure should be performed on an outpatient or inpatient basis is determined by national or hospital guidelines. For instance, the 2019 national guideline on tonsillectomy recommends offering a tonsillectomy as an outpatient procedure while inpatient surgery may be appropriate under certain conditions (Sundhedsstyrelsen, 2019).

## 2.3 Payment systems

Since 2007, the Danish health care system has been financed from national and municipal taxes (Olejaz et al., 2012). The central government allocates 80% of the total funding for health care to the regions in the form of block grants. The block grant is allocated to the health sector partly as a fixed amount and partly according to the age-related, socio-economic and morbidity structure of each region (Regeringen & Danske Regioner, 2018; Sundhedsdatastyrelsen, 2020). An additional share of just over 1% is paid in the form of target-based incentive payments – the proximity financing (*Nærhedsfinansiering*) (Ministry for Economic Affairs and the Interior,



2014; Regeringen & Danske Regioner, 2018). The remaining 19% of the total funding for regional health care are age-differentiated activity-based contributions paid by the municipalities of the region (Ministry for Economic Affairs and the Interior, 2014; Regeringen & Danske Regioner, 2018). The regions can develop and use their own financing models to finance the region's hospitals. Due to the free choice of hospital by patients, regions are obliged to finance the treatment of their own citizens in the hospitals of other regions and to conclude agreements with private hospitals for the treatment of the regions' citizens (Sundhedsdatastyrelsen, 2020).

Regions pay hospitals by a combination of activity-based funding, as measured by the diagnosis-related group (DRG) system, and the remaining part coming from global budgets (Christiansen & Vrangbaek, 2018). The DRG system was introduced in Denmark in 2000 on the basis of the NordDRG system. By 2002, the grouping logic was adapted to Danish clinical practice – the *Dansk Diagnose Relateret Gruppering* (DkDRG) (Sundhedsdatastyrelsen, 2016).

Since 2010, tariff calculation and payment mechanisms have been differentiated between the functional levels at which patient care is provided. A distinction is made between the main or regional function level and the highly specialized function level. While the tariff calculation for the main/regional function considers only the direct costs of health care delivery, the payment for highly specialized function is based on total costs, including interest and depreciation costs.

Between 2002 and 2017, the tariffs also differed according to the setting in which the provision of services took place. The DkDRG comprised three different tariff systems: the DRG-tariffs for inpatients, the DAGS-tariffs (Danish Ambulatory Grouping System, *Dansk Ambulant Grupperingssystem*) for outpatients, and combined grey-zone-tariffs (*gråzonetaksten*) for DRGs and patients who can be treated either as an inpatient or as an outpatient (Sundhedsdatastyrelsen, 2016). The inpatient and outpatient tariffs were calculated as the national average cost of inpatient stays for each DRG and of outpatient visits for each DAGS group. The tariff basis for a tariff year has been the two most recent cost databases from the two years preceding the tariff year. To consider all direct costs of a stay, patient's pathway within a hospital on the day of admission has been followed. Costs were calculated per bed day and for all procedures provided until discharge for each DRG. Ambulatory costs were summarized per visit. If there was more than one visit within a day, all visits were combined into one visit. The tariffs thus reflected the direct costs of treatment in Danish public hospitals and covered the duration of a stay up to the defined upper limit (trimpoint) (Sundhedsdatastyrelsen 2017). The grey-zone tariffs are DRG-based payments for a stay, regardless of whether the service was

provided in an inpatient or outpatient setting. Thus, grey-zone tariffs represented average costs of inpatient stays and outpatient visits in a grey-zone DRG. Grey-zone tariffs were calculated as the sum of costs of outpatient visits and inpatient stays in the same DRG divided by the total number of stays and visits in the same DRG. Outpatient visits were only charged at grey-zone tariff if the grey-zone tariff was higher than the outpatient (DAGS-)tariff for the outpatient visit in question (Sundhedsdatastyrelsen, 2016). All tariffs were updated annually. While the number of DRGs has increased from 495 in 2000 to 743 in 2017, the number of DAGS and grey-zone DRGs has increased from eight to 192 and from 29 to 205 respectively (Sundhedsdatastyrelsen, 2016, 2020).

In 2018, the Danish payment system was transformed into a setting-independent payment system. The initial DkDRG (including Grey-zones-DRGs) and DAGS were combined into one grouping system regardless of whether the treatment was provided in an inpatient or outpatient setting. The new tariff system combines the concept of bed days and hospital contacts which was previously accounted for by different tariff systems. Similar to the system prior to 2018, the DRG tariffs of the main and regional function reflect the average direct costs of the treatment, including rehabilitative services. Costs are allocated to DRGs based on specialty-specific weighting mechanisms which are based on how time-consuming the single procedure is. The concept of DRG hospital pathways (*DRG-sygehusforløb*) has also been further developed. Unlike DRG rates until 2018, DRG rates in the system beginning in 2018 no longer represent a hospital visit or stay - rates are calculated for the entire DRG episode. A DRG episode summarizes all hospital contacts a patient had related to the same condition and DRG within the same hospital that occurred after the initial contact and after all subsequent contacts with a maximum interruption of 12 hours after discharge. To calculate tariffs, all costs of all contacts of one DRG episode are summarized. The DRG system started with 1,012 DRGs in 2018 and has been transformed since. The version from 2021 includes 959 DRGs.

Treatment of patients by a self-employed private provider is paid by the regions on a combined capitation (approximately 30%) and fee-for-service basis. Fees are set through national negotiations between regional representatives and physician associations, based on regional priorities and resource assessments. Their activity level is monitored, and the regions may intervene in case of significant deviations from the norm (Vrangbaek, 2020).

## 2.4 Incentives mechanisms and conclusions

The Danish healthcare system experienced a significant transformation including the centralization of the hospital landscape, and a comprehensive reform of the hospital remuneration system. Until 2018, there existed additional incentives for the provision of services in the outpatient setting by paying outpatient and inpatient provision through a single tariff for selected DRGs. This, along with the overall objective to shift care to the outpatient settings, may have contributed to the increase in the number of outpatient care cases. The new payment scheme along with additional incentives in the “proximity-financing” scheme are likely to reinforce the transition from inpatient to ambulatory care in hospitals, general practice or municipalities. The effects of the recently introduced bundled and value-based payments also need to be monitored. Bundled payments are not yet used extensively, but experiments are being carried out in all five regions (Struijs et al., 2020). Similarly, all five regions are experimenting with various types of value-based payment schemes for selected hospitals and departments (Vrangbaek, 2020).

## 2.5 Literature

Christiansen, T. (2012). Ten years of structural reforms in Danish healthcare. *Health Policy*, 106(2), 114-119. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.03.019>

Christiansen, T., & Vrangbaek, K. (2018). Hospital centralization and performance in Denmark-Ten years on. *Health Policy*, 122(4), 321-328. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.12.009>

Magnussen, J., Vrangbæk, K., & Saltman, R. B. (Eds.). (2009). *Nordic health care systems - Recent reforms and current policy challenges*. Open University Press.

Ministry for Economic Affairs and the Interior. (2014). *Municipalities and Regions - Tasks and Financing*. <https://english.sim.dk/media/16477/municipalities-and-regions-tasks-and-financing-june-2014.pdf>

Olejaz, M., Juul Nielsen, A., Rudkjobing, A., Okkels Birk, H., Krasnik, A., & Hernandez-Quevedo, C. (2012). Denmark health system review. *Health Syst Transit*, 14(2), i-xxii, 1-192. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22575801>

Regeringen, & Danske Regioner. (2018). *Aftale om regionernes økonomi for 2019*. Copenhagen: Statsministeriet

Struijs, J. N., Vries, E. F. d., Baan, C. A., Gils, P. F. v., & Rosenthal, M. B. (2020). *Bundled-Payment Models Around the World: How They Work and What Their Impact Has Been*. The Commonwealth Fund.

Sundhedsdatastyrelsen. (2016). Takstsystem 2017. <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/-/media/sds/filer/finansiering-og-afregning/takster/2017/takstvejledning-2017.pdf> [accessed: 26.11.22]

Sundhedsdatastyrelsen. (2020). Takstsystem 2021. <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/-/media/sds/filer/finansiering-og-afregning/takster/2021/takstvejledning-2021.pdf> [accessed: 26.11.22]

Sundhedsdatastyrelsen. (2022). *Nøgletal for Sygehusvæsenet og Praksisområdet: Opgørelsen viser en række nøgletal for sygehusvæsenet og praksissektoren i perioden 2009-2021: Somatisk sygehusvæsen (hele landet)*. <https://www.esundhed.dk/Emner/Patienter-og-sygehuse/Noegletal-for-sygehusvaesenet-og-praksisområdet#tabpanel82906FAFBF5D4119B0118B5229AA1315>

Guidance on the implementation of section 208 of the Health Act on specialty planning, (2014). <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2014/9053>

Sundhedsstyrelsen. (2015). *Specialised hospital services - principles of national planning in Denmark*. [https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2015/Speciality-planning---concepts-principles-and-requirements.ashx?sc\\_lang=da&hash=70B66B282FC4FC33B208559C0E4A7C98](https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2015/Speciality-planning---concepts-principles-and-requirements.ashx?sc_lang=da&hash=70B66B282FC4FC33B208559C0E4A7C98)

Sundhedsstyrelsen. (2019). *National klinisk retningslinje for fjernelse af mandler (tonsillektomi)*. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2016/NKR-Tonsillektomi/National-kliniske-retningslinje-for-fjernelse-af-mandler-2019.ashx>

Vrangbaek, K. (2020). The Danish Health Care System. In R. Tikkanen, R. Osborn, E. Mossialos, A. Djordjevic, & G. Wharton (Eds.), *International Profiles of Health Care Systems*. The Commonwealth Fund.

### 3. Case Study: Germany

#### 3.1 Development of setting-independent services

In Germany, hospitals traditionally focus on inpatient care with sectoral borders to ambulatory care being strict (Blümel et al., 2020). Since the 1990s, efforts have been made to promote ambulatory care and to overcome the sectoral fragmentation of the health care system (SVR, 2018). In 1992, hospitals have been allowed to provide surgery on an outpatient or day-case basis for a defined list of permitted procedures which was expanded in 2004 (Blümel et al., 2020). Consequently, the number of ambulatory surgeries performed in hospitals increased between 2002 and 2010 but stagnated afterwards (DKI, 2022). Misaligned financial incentives were believed to be the main obstacle for hospitals to further increase ambulatory surgery activity (DKI, 2022; SVR, 2018). The rate of ambulatory surgery in hospitals continues to represent only a small portion of the total case volume of inpatient service provision and has remained largely constant over the past decade. Compared to other OECD member countries, Germany thus ranks at the lower end (SVR, 2018).

## 3.2 Forms of setting-independent services

In Germany, ambulatory health care is mainly provided by practice based medical specialists contracted with the German statutory health insurance (SHI). The majority is organized in solo practices with a trend towards group practice and multi-disciplinary structures. Practice-based specialists such as surgeons, ophthalmologists or orthopedists have been performing minor surgeries for a long time. Since the 1980s, this has been supported by covering the additional costs of equipment, supporting staff, anesthesia, and postoperative care (Blümel et al., 2020). Furthermore, practice-based physicians have the right to treat inpatients using the facilities and equipment but being paid according to separate payment rules (*Belegärztliche Behandlung*) (Blümel et al., 2020). Postsurgical care after regular inpatient treatment is usually done by practice-based physicians.

German hospitals traditionally focused on inpatient care. Only since the early 2000s, the scope of services provided by hospitals has been significantly expanded (Blümel et al., 2020). Various alternative to inpatient treatment emerged over time - each based on separate regulations and payment mechanisms (Leber & Wasem, 2016; Walendzik & Wasem, 2019).

Ambulatory surgery was introduced in 1992 and significantly expanded in 2004. The German Hospital Federation, the Federal Association of SHI-contracted Physicians and the Federal Association of Sickness Funds negotiate a uniform framework for performing ambulatory surgery and procedures in private practices and in hospitals. Regulations are set out in the contract of ambulatory surgical interventions (*AOP-Vertrag*) which contains (1) a catalogue of services allowed to be provided and billed as ambulatory surgery (*AOP-Katalog*), (2) unified payment rules for hospitals and practice-based physicians for ambulatory surgery services, and (3) criteria for cases in which inpatient treatment may still be necessary (GKV-Spitzenverband et al., 2022). The regulation permits practice-based physicians as well as hospitals accredited for ambulatory surgery to provide and bill services defined in the *AOP-Katalog*. Hospitals are approved to provide outpatient services in those service areas in which they also provide inpatient hospital care.

Only recently, in 2022, day care in hospitals was introduced as part of a reform to relieve workload of nursing personnel (*Krankenhauspflegeentlastungsgesetz*). The regulation permits accredited hospitals to treat patients as day cases without overnight stay. Day case treatment requires the patient's consent as well as a minimum treatment duration of six hours (Deutscher Bundestag, 2022).

### 3.3 Payment systems

#### 3.3.1 Inpatient care

Funding of German hospitals is based on the so-called dual financing system. That is, investment costs are paid by the federal states and the operating costs, such as costs for medical goods, staff, maintenance, and repair, are paid by the sickness funds, private health insurers and self-pay patients (Busse et al., 2017). Financing of operating costs is primarily based on the German modification of the Australian Refined DRG system, implemented in Germany in 2004. Inpatient cases are assigned to clinically and economically homogenous case groups based on main diagnoses, procedures, and case severity factors such as age, comorbidities, and other factors. The German DRG Institute (*Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus*; INEK) maintains and develops the German aDRG system and calculates cost weights. The DRG-catalogue from 2021 comprised 1,285 DRGs (InEK, 2020).

DRG payment for an inpatient stay is determined by cost weights which represent hospital's average costs per case multiplied by the base rate (*Landesbasisfallwert*) which is negotiated between the sickness funds and the federal hospital associations. Costs weights are calculated from costs data of a selected sample of hospitals and adjusted annually. DRG payment is reduced or increased in cases where the actual length of stay lies below or above the average (Walendzik & Wasem, 2019). DRG payments used to cover all costs related to medical treatment, nursing care, pharmaceuticals and therapeutic appliances, board and accommodation but excluding capital costs. However, since 2020, nursing costs have been excluded from DRG payments and are paid through a separate budget for nursing. In consequence, DRG cost weights were adjusted to avoid double-payment of nursing services. Hospital revenues from DRG payments are restricted by a budget. Each hospital negotiates the budget for the upcoming year with the sickness funds based on expected case numbers and case mix (Walendzik & Wasem, 2019).

Payment for the recently introduced day case treatment in hospitals is also based on the inpatient DRG-payment system. Day cases receive the same DRG-payment as inpatient cases but reduced by the factor 0.04 multiplied with the base rate and the number of nights the patient does not stay in hospital during treatment (GKV-Spitzenverband, Verband der PKV, et al., 2023b).

### 3.3.2 Ambulatory care

Ambulatory health care services covered by the statutory health insurance are paid within the regulatory framework of the ambulatory SHI-contracted physician payment system (*ambulante vertragsärztliche Vergütung*). There are two layers of payment. First, the physician associations of which SHI-contracted physicians are obligatory members receive an annually negotiated budget from the sickness funds which is adjusted according to the morbidity in the region (*morbiditätsbedingte Gesamtvergütung*). Second, physicians bill the associations according to the Uniform Value Scale (*Einheitlicher Bewertungsmaßstab*, EBM) that is negotiated between sickness funds and regional associations of SHI-contracted physicians (Blümel & Busse, 2020). Each item of the Uniform Value Scale has an assigned point weight which is multiplied with a point value to form remuneration of the service item in Euros. There is a nationwide annually determined point value which serves as an orientation. But point values are negotiated on a regional basis to account for regional differences in cost and care structures. In recent years, single services have increasingly been combined into service groups and flat rates. The basic specialist flat rates comprise basic services typical for a group of physicians for patients with different diagnoses. Depending on the treatment case, additional services can be added, which are then billable as fee-for-service. The Uniform Value Scale comprises over 2,500 items (Albrecht & Al-Abadi, 2018).

Ambulatory surgery procedures included in the AOP-Katalog are reimbursed in accordance with these principles as well – regardless of whether they were performed by hospitals or office-based physicians. That means ambulatory surgery services are paid on a fee-for-service basis according to the Uniform Value Scale but under additional consideration of costs for non-physician services and material costs. Hospitals are paid equally to office-based physicians and services can be provided in addition to the overall budget (Walendzik & Wasem, 2019). The AOP-Katalog defines surgical and medical interventions for which ambulatory surgery is assumed to be possible and paid by the health insurance funds (GKV-Spitzenverband, DKG, et al., 2023b). The catalogue is renegotiated annually. In 2023, 208 procedures were added to a total of 3,089 procedures as response to the MDK-Reformgesetz. These procedures can but do not have to be performed in ambulatory settings. The regulation includes a list of reasons (*Kontextfaktoren*) for which an inpatient treatment may still be favorable (GKV-Spitzenverband, DKG, et al., 2023a). Providers must justify that reasons from the list apply in cases of inpatient treatment.

### **3.4 Incentive mechanisms and conclusion**

Compared internationally, Germany ranks low regarding the substitution of inpatient care with ambulatory alternatives. Particularly, ambulatory care provided by hospitals remains below its expectations despite the implementation of new regulatory frameworks such as those for ambulatory surgery. Misaligned financial incentives are believed to be a main obstacle for hospitals to further increase ambulatory surgery activity (DKI, 2022; SVR, 2018). Payment rules differ significantly between inpatient and ambulatory service provision and affect reimbursement and cost ratios, and consequently the decision about the treatment setting. Sample calculations show that clinically comparable treatments can lead to significant differences in reimbursement depending on the treatment setting. Inpatient reimbursement was shown to be between 10% and up to 16.5 times higher than ambulatory reimbursement (Albrecht & Al-Abadi, 2018).

One key difference relates to the different valuation of inpatient versus ambulatory services. While the DRG calculation for inpatient payment is based on comprehensively surveyed actual costs, the time and cost approaches in the ambulatory payment system are based primarily on estimates and normative settings (Albrecht & Al-Abadi, 2018). Moreover, in the ambulatory payment system remuneration ratios are the result of negotiation processes between the parties involved which will not always entirely follow clinical and economic considerations (Walendzik & Wasem, 2019). In both the ambulatory and the inpatient sector, providers are subject to quantity and thus budget limitations which have different and complex effects on the transition of services between settings. Further, significant incentive effects can be expected from the exclusion of nursing costs from DRG payment. Hospitals will be reimbursed for the actual personnel costs incurred for nursing staff in bed-based departments in the future which is likely to make inpatient care delivery even more lucrative (Walendzik & Wasem, 2019). In contrast, there is a lack of any financial incentive instruments to promote ambulatory provision of treatments traditionally provided as inpatient care. The recently introduced day case treatment in hospitals may provide some development in this direction. The payment for day cases is supposed to be between the lower ambulatory (fee-for-service based) and the higher inpatient (DRG-based) payment. Therefore, day case treatment is financially more attractive than former ambulatory care provided by hospitals. The effects of this new regulation will be evaluated in a report in 2024 (GKV-Spitzenverband, Verband der PKV, et al., 2023a).



### 3.5 Literature

- Albrecht, M., & Al-Abadi, T. (2018). *Perspektiven einer sektorenübergreifenden Vergütung ärztlicher Leistungen. Vergütungsunterschiede an der Sektorengrenze und Ansatzpunkte zur Entwicklung sektorenübergreifender Vergütungsformen*. IGES Institut GmbH.
- Blümel, M., & Busse, R. (2020). The German Health Care System. In R. Tikkanen, O. Robin, M. Elias, & G. Wharton (Eds.), *2020 International Profiles of Health Care Systems* (pp. 83-92). The Commonwealth Fund.
- Blümel, M., Spranger, A., Achstetter, K., Maresso, A., & Busse, R. (2020). Germany: Health System Review. *Health Syst Transit*, 22(6), 1-272.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34232120>
- Busse, R., Blümel, M., & Spranger, A. (2017). *Das deutsche Gesundheitssystem. Akteure, Daten, Analysen* (Vol. 2). MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Deutscher Bundestag. (2022). Gesetz zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfIEG). *Bundesgesetzblatt Jahrgang 2022 Teil I Nr. 5*.
- DKI. (2022). Ergebnisbericht Ambulantes Operieren im Krankenhaus. Kosten- und Erlösvergleich von Leistungen nach § 115b SGB V bei Leistungserbringung im Krankenhaus.
- GKV-Spitzenverband, DKG, & KBV. (2022). *Vertrag nach § 115b ABS. 1 SGB V - Ambulantes Operieren und sonstige stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus - (AOP-Vertrag)*. <https://www.kbv.de/media/sp/AOP-Vertrag.pdf> [accessed: 22.08.2023]
- GKV-Spitzenverband, DKG, & KBV. (2023a). *Allgemeine Tatbestände, bei deren Vorliegen die stationäre Durchführung von Leistungen gemäß Anlage 1 erforderlich sein kann (Kontextfaktoren)*, Stand: 24.04.2023.
- GKV-Spitzenverband, DKG, & KBV. (2023b). *Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus, Anlage 1 zum Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V*.  
[https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/amb\\_stat\\_ers/ambulantes\\_operieren/aop\\_katalog\\_2023/AOP-Katalog\\_2023\\_Deckblatt\\_16.12.2022.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/amb_stat_ers/ambulantes_operieren/aop_katalog_2023/AOP-Katalog_2023_Deckblatt_16.12.2022.pdf) [accessed: 22.08.23]
- GKV-Spitzenverband, Verband der PKV, & DKG. (2023a). Tagesstationäre Behandlung in Krankenhäusern nach § 115e SGB V, Evaluationsbericht 2023. [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/amb\\_stat\\_ers/tagstat\\_kh\\_115e/Tagestat\\_Behandlung\\_Evaluationsbericht\\_2023\\_14.07.2023.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/amb_stat_ers/tagstat_kh_115e/Tagestat_Behandlung_Evaluationsbericht_2023_14.07.2023.pdf) [accessed: 22.08.23]
- GKV-Spitzenverband, Verband der PKV, & DKG. (2023b). Vereinbarung zur Berechnung der Entgelte und der Prüfung der Notwendigkeit von Übernachtungen durch den Medizinischen Dienst bei tagesstationärer Behandlung gemäß § 115e Absatz 3 Satz 4 SGB V (Abrechnungsvereinbarung Tagesstationäre Behandlung) vom 05.06.2023. [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/amb\\_stat\\_ers/tagstat\\_kh\\_115e/AbrechnungsVb\\_Tagesstat\\_Behandlung\\_05.06.2023.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/amb_stat_ers/tagstat_kh_115e/AbrechnungsVb_Tagesstat_Behandlung_05.06.2023.pdf) [accessed: 22.08.23]
- InEK. (2020). *Abschlussbericht. Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2021. Klassifikation, Katalog und Bewertungsrelation. Teil I: Projektbericht*. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK).

Leber, W.-D., & Wasem, J. (2016). Ambulante Krankenhausleistungen - ein Überblick, eine Trendanalyse und einige ordnungspolitische Anmerkungen. In J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich, & J. Wasem (Eds.), *Krankenhaus-Report 2016. Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus* (pp. 3-28). Schattauer.

SVR. (2018). *Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR)*. [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten\\_2018/Gutachten\\_2018.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf)

Walendzik, A., & Wasem, J. (2019). *Vergütung ambulanter und ambulant erbringbarer Leistungen. Gesundheitspolitisch zielgerechte Integrationsmodelle über sektorale Leistungsträger und Finanzierungssysteme*. Bertelsmann Stiftung.

## **4. Case Study: England**

### **4.1 Development of setting-independent services**

The promotion of day surgery in England has a long history. The country has actively used financial incentives to promote the shift from inpatient to day- and outpatient care and defined targets from an early start. In 1985, the Royal College of Surgeons aimed at an increase of same-day discharges of 50 % of all elective interventions. At the same time, regional authorities opted for 20 % (Haworth & Balarajan, 1987). Two years later, in 1990, the Audit Commission defined a list of 20 same-day interventions, which was augmented to 25 in 2001. The selection was based on medical appropriateness of care, volume, and a high share of inpatient care (Audit Commission, 1990). Subsequently, England raised its same-day discharge targets from 20% of all discharges defined in 1985 to 40% and 60% in 1990 and 1994, respectively, with a target of 75% defined in 2001 to be achieved by 2008 (Department of Health, 2000, 2002). In 2016, the Academy of Medical Royal Colleges recommended that day surgery should be considered the default for most surgical procedures. The Association of Anaesthetists and the British Association of Day Surgery recognise that day surgery is appropriate for most patients unless there is a valid reason why an overnight stay would be beneficial (Bailey et al., 2019). The shift of procedures from inpatient care to day case and outpatient procedures has largely been successful. Over the past decade, there has been a progressive increase in the rate of procedures performed as day cases (Skues & Jackson, 2018).

### **4.2 Forms of setting-independent services**

Specialised acute health care is provided in publicly owned (National Health Service, NHS) hospitals called trusts or independent sector hospitals (Anderson et al., 2022). Care is commissioned by each of the country's 42 *Integrated Care Systems* (ICS), with each of them

covering 0.5 to 3 million inhabitants. Since 2002, independent sector hospitals have been commissioned to treat NHS patients to increase elective capacity and reduce waiting times (House of Commons: Health Committee, 2006). Independent sector hospitals are often stand-alone sites but co-located with NHS acute hospitals and differ in the range of services they provide (Naylor & Gregory, 2009). Some are limited to only a narrow range of services while others offer outpatient care, diagnostics, and day surgery in multiple specialties. Until the COVID-19 pandemic, independent sector hospitals accounted for only a small amount of elective care patients (Mason et al., 2011). Since the pandemic, the capacities of the independent sector hospitals play an increasingly important role to provide additional capacities and reduce waiting times for elective care for NHS patients (NHS England, 2022; NHS England & NHS Improvement, 2022).

A patient may be admitted to a hospital for a specialised care activity or receive services without any admission in an outpatient care setting. Provision of hospital services during an admission requires a hospital bed (Herbert et al., 2017). This includes both emergency and elective admissions, in inpatient care, and provided as day cases. Services that do not require a hospital bed will be provided during an outpatient attendance where patients contact a consultant or clinical assistant for examination or treatment following a referral (either face-to-face, via telephone, or telemedicine) (NHS England, 2019a).

Day care and outpatient care may be provided by National Health Service (NHS) hospitals or clinics or in independent sector hospitals (Anderson et al., 2022). The current guideline recommends performing day surgeries in separate day surgery units with own peri-operative facilities, administrative area, patients', and staff facilities (Bailey et al., 2019). A few years ago, same-day emergency and urgent care also came into focus of the NHS. Ambulatory pathways and patient selection criteria were developed for this purpose (NHS England & NHS Improvement, 2021; NHS Improvement & AECN, 2018). Ambulatory emergency and urgent care can take place in walk-in centres, ambulances, and emergency departments (Anderson et al., 2022).

## **4.3 Payment systems**

### **4.3.1 Inpatient care**

England is currently in the process of revising its payment scheme. In its 2019 Long Term Plan, the NHS already laid out its intention to move away from diagnosis related groups (DRGs) (NHS England, 2019b). Over the course of the pandemic, it has returned to block contracting

to provide financial security to providers (NHS England & NHS Improvement, 2020c). In 2022, England is shifting away from its DRG system towards a combination of a fixed, variable, and quality-related payment (NHS England & NHS Improvement, 2022). It will be up to each Integrated Care System to determine its own combination of payment schemes.

In 2003/2004, an activity based prospective payment system was introduced in England. In 2013/2014, the DRG system was extended to healthcare services beyond hospital care - from that time the payment system was called *National Tariff Payment System* (NTPS) (Grašič et al., 2015). The clinical classification system that is used in particular for description of patients and hospital activity is the English variation of DRGs – *Healthcare Resource Groups* (HRG). HRGs are clinically similar and resource homogeneous case-mix groupings. The HRG classification system developed from 534 groups (HRG1) in 1992 to 2100 groups in 2013 (HRG4+). Tariffs per HRG are determined by taking national average costs, adjusting for changes in costs over time and differences in costs by location. HRG tariffs consider the full cost of service provision such as diagnostic imaging and include all operating expenses, staff costs and capital costs but exclude the costs of teaching and research (Mason et al., 2011). Cost of critical care and high-cost drugs are excluded from the national tariff and paid at locally agreed prices (NHS England & NHS Improvement, 2020a).

### **4.3.2 Day surgery**

The English DRG system does not differentiate between inpatient and day cases. Providers receive the same DRG payment irrespective of whether the service has been provided as an inpatient or day case (*combined tariff*). Prices are calculated based on the averaged sum of costs of all inpatient and day cases. This sets an incentive to shift the delivery of care from the inpatient to day case or outpatient setting. The tariff is weighted according to the proportion of activity in each group (NHS England & NHS Improvement, 2020a). Due to that, an increase in the share of services provided as (less costly) day cases or outpatient cases translates into lower prices.

From 2010/11 to 2021/22, explicit financial incentives called Best Practice Tariffs (BPT) were introduced to further encourage the shift of certain procedures to the day case setting. BPTs were generally introduced to incentivise quality improvement and cost-effective care not only for day case treatment (NHS England & NHS Improvement, 2020a). The overall aim was to encourage best practice by paying a higher price for best practice as compared to usual care (NHS England & NHS Improvement, 2020a). One group of BPTs incentivised selected

procedures to be performed in a day case setting instead of an inpatient stay. For the selected BPT day case procedures, providers received a higher payment for a day case treatment compared to the national tariff for the same HRG with an inpatient stay (Audit Commission, 2012). The higher the BPT for a selected procedure was paid, the lower was the national tariff for that procedure in relation in order to keep the overall costs for commissioners at the same level (NHS England & NHS Improvement, 2020b). Between 2010 and 2014, the size of the price differential varied considerably across conditions, ranging from 8 % to 66 % of the inpatient admission price (Gaughan et al., 2019). Over the years, price differentials converged to a fairly stable rate of around 10 to 11 %. A BPT for a given day case procedure was active until a defined target share of day cases for the related procedure was achieved. After achieving the target proportion, the BPT was retired and the combined tariff for day cases and inpatients was paid.

The list of BPTs for day case procedures was updated annually. The British Association of Day Surgery (BADs) publishes a directory of procedures suitable for day-case admissions or shorter stays (up to 72 hours). The directory is updated every three years based on reported practice experience from leaders in their field, actual rates from hospital statistics and expert opinions (BADs, 2019). It served as an orientation for the selection of procedures and target proportions. Procedures were selected for day case BPTs if they were of high volume, if the day case rate ranged below potential, and where there are large variations between providers in the choice of setting was identified (NHS England, 2019a). As the first day case BPT procedure “cholecystectomy” was chosen in 2010/11. In the following years, more procedures were added, target rates increased, and procedures with achieved target rates retired (NHS England & NHS Improvement, 2020b). In total, 56 BPT for day case procedures were active for at least one year between 2016/17 and 2020/21.

### **4.3.3 Outpatient care**

Next to BPTs for day case procedures, there exists a similar price incentive for selected outpatient procedures. The rationale is that performing procedures in an outpatient setting where clinically appropriate, offers advantages to both the patient and the provider (NHS England & NHS Improvement, 2020b). In 2020/21 this was the case for three selected procedures covering five HRGs. The BPT is also designed as a price differential. The higher BPT price (outpatient tariff) is applied if the procedure is done in an outpatient setting and the

lower non-BPT price is paid in case of day case or elective inpatient treatment. Currently, the price difference lies between 10 to 11%.

#### **4.4 Incentive mechanisms and conclusions**

England has explicitly promoted the shift of care delivery from inpatient to same-day discharges and outpatient settings to increase efficiency and reduce long waiting lists for elective care. England used two types of financial incentives to promote the reduction of inpatient stays in favour of same-day discharges and outpatient provision of care. First, the overall payment system has an inherent mechanism that favours same-day discharges and outpatient care over inpatient care. Providers receive the same payment irrespective of whether care was provided on an in-, outpatient, or same-day basis. As inpatient care is costlier, providers gain by providing care on an outpatient, or same-day basis. Second, the English Department of Health introduced Best Practice Tariffs (BPTs) as explicit financial incentives in 2010 for a selection of procedures to promote the transition of service delivery from inpatient settings towards day-case or outpatient settings (Audit Commission, 2012; Gaughan et al., 2019).

Policy evaluations show that these price incentives can be effective in increasing the rate of outpatient care delivery (Allen et al., 2016). However, there is no consistent positive response across all incentivized conditions (Gaughan et al., 2019). For two out of 32 analysed procedures there was observed a negative effect as the day case rate fell after the introduction of the best practice tariff and for other procedures no effect at all was measurable. That means hospitals' reactions towards the best practice tariffs for day case procedures varied even amongst these similar types of financial incentives. These variations could not be explained by the size of the financial incentive or the clinical setting in which it is applied. Due to this lack of generalizability of positive price incentives for selected procedures caution should be taken when drawing firm conclusions from the existing analyses.

England has moved towards a more comprehensive reform of its healthcare system. First, it has dissolved Clinical Commissioning Groups in favour of Integrated Care Systems. These newly created 42 entities enjoy greater competencies and can tailor payment schemes to their respective needs. Over the course of the pandemic, waiting lists have increased to 7 million cases as of August 2022. Due to that, Integrated Care Systems are likely to explore further opportunities to shift inpatient stays towards day cases and outpatient care to reduce waiting lists and increase the efficiency of the English healthcare system.

## 4.5 Literature

Allen, T., Fichera, E., & Sutton, M. (2016). Can Payers Use Prices to Improve Quality? Evidence from English Hospitals. *Health Economics (United Kingdom)*, 25(1), 56-70. <https://doi.org/10.1002/hec.3121>

Anderson, M., Pitchforth, E., Edwards, N., Alderwick, H., McGuire, A., & Mossialos, E. (2022). *The United Kingdom: Health system review*.

Audit Commission. (1990). *A Short Cut To Better Services. Day Surgery in England and Wales*.

Audit Commission. (2012). *Best practice tariffs and their impact*. Audit Commission.

BADS. (2019). *BADS Directory of Procedures 6th Edition*. The British Association of Day Surgery.

Bailey, C. R., Ahuja, M., Bartholomew, K., Bew, S., Forbes, L., Lipp, A., Montgomery, J., Russon, K., Potparic, O., & Stocker, M. (2019). Guidelines for day-case surgery 2019: Guidelines from the Association of Anaesthetists and the British Association of Day Surgery. *Anaesthesia*, 74(6), 778-792. <https://doi.org/10.1111/anae.14639>

Department of Health. (2000). *The NHS plan. A plan for investment. A plan for reform*. Her Majesty's Stationery Office.

Department of Health. (2002). *Delivering the NHS plan. Next steps on investment. Next steps on reform*. Her Majesty's Stationery Office.

Gaughan, J., Gutacker, N., Grašič, K., Kreif, N., Siciliani, L., & Street, A. (2019). Paying for efficiency: Incentivising same-day discharges in the English NHS [journal article]. *Journal of Health Economics*, 68, N.PAG-N.PAG. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2019.102226>

Grašič, K., Mason, A. R., & Street, A. (2015). Paying for the quantity and quality of hospital care: the foundations and evolution of payment policy in England. *Health Econ Rev*, 5(1), 50. <https://doi.org/10.1186/s13561-015-0050-x>

Haworth, E. A., & Balarajan, R. (1987). Day surgery: does it add to or replace inpatient surgery? *Br Med J (Clin Res Ed)*, 294(6564), 133–135. <https://doi.org/10.1136/bmj.294.6564.133>

Herbert, A., Wijlaars, L., Zylbersztejn, A., Cromwell, D., & Hardelid, P. (2017). Data Resource Profile: Hospital Episode Statistics Admitted Patient Care (HES APC). *Int J Epidemiol*, 46(4), 1093-1093i. <https://doi.org/10.1093/ije/dyx015>

House of Commons: Health Committee. (2006). *Independent Sector Treatment Centres. Fourth Report of Session 2005-06. Volume I*. The Stationery Office.

Mason, A., Ward, P., & Street, A. (2011). England: The Healthcare Resource Group system. In R. Busse, A. Geissler, W. Quentin, & M. Wiley (Eds.), *Diagnosis-Related Groups in Europe - Moving Towards Transparency, Efficiency and Quality in Hospitals* (pp. 197-220). McGraw-Hill, Open University Press.

Naylor, C., & Gregory, S. (2009). *Independent sector treatment centres*. The King's Fund. Retrieved 27.08.2021 from [https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field\\_publication\\_file/briefing-independent-sector-treatment-centres-istc-chris-naylor-sarah-gregory-kings-fund-october-2009.pdf](https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/briefing-independent-sector-treatment-centres-istc-chris-naylor-sarah-gregory-kings-fund-october-2009.pdf)

- NHS England. (2019a). 2019/20 National Tariff Payment System. <https://www.england.nhs.uk/publication/past-national-tariffs-documents-and-policies/> [accessed: 26.11.22]
- NHS England. (2019b). The NHS Long Term Plan. <https://www.longtermplan.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/08/nhs-long-term-plan-version-1.2.pdf> [accessed: 26.11.22]
- NHS England. (2022). *Delivery plan for tackling the COVID-19 backlog of elective care*. Retrieved 09.08.2022 from <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/publication/delivery-plan-for-tackling-the-covid-19-backlog-of-elective-care/>
- NHS England, & NHS Improvement. (2020a). 2020/21 National Tariff Payment System. <https://www.england.nhs.uk/publication/national-tariff-payment-system-documents-annexes-and-supporting-documents/> [accessed: 26.11.22]
- NHS England, & NHS Improvement. (2020b). 2020/21 National Tariff Payment System. Annex D: Guidance on best practice tariffs. <https://www.england.nhs.uk/publication/national-tariff-payment-system-documents-annexes-and-supporting-documents/> [accessed: 26.11.22]
- NHS England, & NHS Improvement. (2020c). Important and urgent - next steps on NHS response to COVID-19. <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/03/urgent-next-steps-on-nhs-response-to-covid-19-letter-simon-stevens.pdf> [accessed: 26.11.22]
- NHS England, & NHS Improvement. (2021). *Health Building Note 15-02: Facilities for same day emergency care/ambulatory emergency care*. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/05/HBN-15-02-Facilities-for-same-day-emergency-care-ambulatory-emergency-care.pdf>
- NHS England, & NHS Improvement. (2022). *Elective recovery planning supporting guidance*. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/12/B1269-elective-recovery-planning-supporting-guidance.pdf>
- NHS England, & NHS Improvement. (2022). Developing the payment system for 2021/22. Engagement on national tariff and related contracting policies for 2021/22. [https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/02/Developing\\_the\\_payment\\_system\\_for\\_2021-22.pdf](https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/02/Developing_the_payment_system_for_2021-22.pdf) [accessed: 22.08.23]
- NHS Improvement, & AECN. (2018). *Ambulatory emergency care guide. Same day emergency care: clinical definition, patient selection and metrics*. NHS Improvement Ambulatory Emergency Care Network. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/05/aec-same-day-emergency-care-clinical-definition-patient-selection-metrics.pdf>
- Skues, M., & Jackson, I. (2018). Ten Year Performance of Ambulatory Surgery in England. *Ambulatory Surgery*, 24(1), 15-19.



## 5. Case Study: Finland

### 5.1 Development of setting-independent services

Since the 1990s, many legislative initiatives have been directed towards centralising funding and health care structures with the aim to reduce public expenditure. As a result, health care provision in Finland was centralised into a smaller number of large hospitals. Inpatient care was partially shifted into other settings (Keskimaki et al., 2019). The centralisation of the hospital market halved the number of beds since 2000, resulting in 2.8 beds per 1,000 population in 2020. The use of ambulatory care has been steadily increasing over the past two decades. Between 2000 and 2021, the number of outpatient visits in specialised care per 1,000 inhabitants increased by 52%. During the same time, day surgery rates per 1,000 inhabitants increased by 51% whereas inpatient treatments per 1,000 inhabitants by almost 63% (THL, 2022).

### 5.2 Forms of setting-independent services

Inpatient care is organized in 20 hospital districts (*sairaanhoitopiiri*) and provided through university hospitals and central hospitals. Previously operating smaller local hospitals were closed. Their services have either been shifted to primary care and rehabilitative services or merged into university or central hospitals (Keskimaki et al., 2019). The main providers of specialized ambulatory care are outpatient departments of public hospitals and larger health centers. Health centers are owned and run by municipalities. In addition to primary care, they provide basic internal medicine and surgical services in ambulatory and day surgery settings (Keskimaki et al., 2019). Minor surgeries, endoscopies, and cardiac procedures are provided as day treatments in most hospitals and some larger health centers (Keskimaki et al., 2019). For a day surgery patient leaves the operating facility within 12 hours after the arrival (Kangas-Saarela & Mattila, 2009). Depending on regional demand, specialized care can also be provided by a number of private hospitals. The national health insurance partially reimburses these services (Keskimaki et al., 2019). In addition to day treatments, many Finnish hospital districts offer care in the form of hospital at home services (*kotisairaala*). In hospital-at-home structures, mobile teams administer acute or subacute health care at home, for example intravenous antibiotic therapy or palliative care as well as follow-up care after surgery (TAYS, 2021).

### 5.3 Payment systems

In Finland, municipalities fund hospital districts that provide specialized ambulatory and inpatient care. They pay a fixed amount prospectively based on the share of population and a variable component based on services provided. The budget is balanced retrospectively according to the volume of purchased services (Keskimaki et al., 2019). The municipalities of a hospital district are jointly responsible for any deficits and must compensate for these.

Payment for health care (inpatient and ambulatory) is entirely decentralised in Finland with hospital districts defining individual regulations to set the service prices with which to bill the municipalities. Thus, various mixes of DRG-based prices, bed day rates and bundled treatment prices are used to allocate costs to the municipalities (Kautiainen et al., 2011). Many hospital districts partially use the Finnish variant of the NordDRG system. The Nordic Casemix Centre (*Nordiskt Center för patientgruppering*) maintains and further develops the diagnosis-related groups. Since 2004, the full NordDRG system includes inpatient, day case and outpatient treatments. Patients are assigned to inpatient or outpatient groups according to the same rules. Since its introduction, the development of outpatient care grouping has been noticeable. In 2010, the full grouper comprised 370 outpatient care groups out of a total of 1,020 groups. In 2012, DRG billing covered outpatient visits (completely or partially) in four hospital districts (Kautiainen et al., 2011). Day case treatments (length of stay equals one) is classified into so-called “O-groups”. The O-groups are equivalent to inpatient groups, with the exception of a lower cost weight. For example, tonsillectomy with a short length of stay (*lyhyt hoito*) is set at 1,285 € compared to 1,600-2,385 € for cases with normal length of stay depending on severity and effort. A total of 195 O-group DRGs out of 358 O-groups in the full version of NordDRG were used in Finland in 2020 (Nordic Casemix Centre, 2020). The final decision on the setting of the procedure (inpatient or day-case) remains with the responsible physicians. Guidelines exist for many areas with include recommendations for treatment in outpatient settings if appropriate (Keskimaki et al., 2019).

DRGs are only used as a billing instrument and for patient classification in the planning, evaluation, and management of hospital services (Keskimaki et al., 2019). Municipalities use the NordDRG system to control the hospital districts' cost and price calculations and as a basis for their price and volume negotiations with the hospital district. At national level, DRGs are used for hospital benchmarking (Kautiainen et al., 2011).

## 5.4 Incentive mechanisms and conclusion

Payment responsibilities in the Finnish health system are decentralised. Each hospital district sets the prices for their services and negotiates them with the municipalities as payers. Hospital districts use DRGs to collect payments from municipalities rather than as a prospective payment system for providers. Because Finnish hospitals do not bear responsibilities for financial loss, the Finnish DRG payment system does not create incentives as it does in other countries (Kautiainen et al., 2011). The shift away from inpatient care to ambulatory settings was rather driven by the municipalities' interest in cost-effective alternatives while increasing clinically appropriate productivity. The municipalities try to emphasize this during price negotiations with the hospital districts. This objective is accompanied by pilot projects and corresponding evaluations to investigate in which medical fields and patient groups ambulatory surgery is most appropriate and economically reasonable (Mattila, 2010). Centers for day surgeries were established in each of the 20 hospital districts. Another driver of day surgery has been performance assessments of costs, productivity, effectiveness, cost - effectiveness and justice of the social and health care system launched by the Finnish Institute for Health and Welfare (*Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitos*; THL) in 2007 (Keskimaki et al., 2019; THL, 2021). This revealed clear advantages of day surgery and increased the pressure from the municipalities to promote more cost-effective care delivery by means of day surgery.

## 5.5 Literature

Kangas-Saarela, T., & Mattila, K. (2009). IAAS Country Report on Day Surgery: Finland. *Ambulatory Surgery*, 15(1), 15.

Kautiainen, K., Unto, H., & Lauharanta, J. (2011). Finland: DRGs in a decentralized health care system. In R. Busse, A. Geissler, W. Quentin, & M. Wiley (Eds.), *Diagnosis-Related Groups in Europe - Moving Towards Transparency, Efficiency and Quality in Hospitals*. McGraw-Hill, Open University Press.

Keskimaki, I., Tynkkynen, L. K., Reissell, E., Koivusalo, M., Syrja, V., Vuorenkoski, L., Rechel, B., & Karanikolos, M. (2019). Finland: Health System Review. *Health Syst Transit*, 21(2), 1-166. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31596240>

Mattila, K. (2010). *Day Surgery in Finland: randomized and cross-sectional studies on treatment, quality, and outcome*. University of Helsinki, Faculty of Medicine, Institute of Clinical Medicine, Department of Anaesthesiology and Intensive Care. <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/22566>

Nordic Casemix Centre. (2020). *NordDRG combined version 2020*. Retrieved 17.03.2020 from <https://www.nordcase.org/>

TAYS. (2021). *Tays Hatanpään kotisairaala. Kotisairaala*. Tampere University Hospital (TAYS). [https://www.tays.fi/fi-FI/Toimipaikat/Tays\\_Hatanpaa/Hoitoyksikot/Kotisairaala](https://www.tays.fi/fi-FI/Toimipaikat/Tays_Hatanpaa/Hoitoyksikot/Kotisairaala)

THL. (2021). *Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän suorituskyky [Performance of the social and health care system]*. Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitos (THL). Retrieved 07.03.2022 from <https://thl.fi/fi/thl/organisaatio/osastot-ja-yksikot/hyvinvointivaikuttajat/hyvinvointivaltion-tutkimus-ja-uudistaminen/terveystaloustiede-ja-palveluiden-oikeudenmukaisuus/painopistealueet/sosiaali-ja-terveydenhuoltojarjestelman-suorituskyky>

THL. (2022). *Erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit / 1 000 asukasta, Päiväkirurgian hoitajaksot / 1 000 asukasta, Sairaalahoidon hoitajaksot / 1 000 asukasta* <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko?indicator=s87Pt871sdYtqgQA&region=s07MBAA=&year=sy5zss7R0zUEAA==&gender=t>

## 6. Case Study: France

### 6.1 Development of setting-independent services

In France, a strong emphasis was put on promoting ambulatory surgery, and day surgery in particular, to increase efficiency of the health system. During the 1980s and 1990s, the number of ambulatory procedures was far behind other countries. Therefore, efforts to promote ambulatory surgery were reinforced by legislative initiatives at the beginning of the 21st century. In the first wave (1999 to 2003), hospital operators were committed to reduce inpatient beds for each new day surgery place. In 2003, the differentiation between beds and places was abolished, day hospital beds were included in the hospital plan, and the concept of health regions was launched. Since then, the health regions were responsible to create incentives for the further development of day surgery by means of multi-year contracts (HAS & ANAP, 2012a). The shift towards day surgery was further strengthened by the introduction of activity-based payment in 2004 and 2005. In 2010, the French Government set a target to increase the proportion of day surgery to over 50% by 2016 and 66% by 2020. In 2012, the Minister of Health set up a formal commission to reform the French DRG system with one of four objectives being to align prices for non-complex conventional surgery with the tariffs for day surgery when possible (Or, 2014). After the introduction of DRG-based payment, day surgery in France increased from 33% in 2007 to 47% in 2015 which was close to the targeted 50%. Between 2015 and 2019, day surgery activity increased by another 8 percentage points and stagnated at around 55%, falling short of the 66% target in 2019 and 2020. At the same time, there was an observable steady decline in the number of full-time hospital beds in comparison to an increase of hospital beds for part-time hospital stays (<1 day/ no overnight stay) (ATI, 2014a, 2014b; Toutlemonde, 2020).

## 6.2 Forms of setting-independent services

Specialised acute health care in France is mainly provided by hospitals. The hospital sector is divided into public institutions, private-non-profit institutions and private-for-profit institutions. In addition to full-time inpatient care, hospitals can provide different types of specialist care without overnight stay including outpatient consultations at hospital, outpatient stays (*séances*) or day hospitalisations (*séjours ambulatoires*), day surgery (*chirurgie ambulatoire*), and hospital at home services (*hospitalisation à domicile*). Next to hospitals, there are independent centres for ambulatory surgery (*centres indépendants*). These are geographically independent structures that provide ambulatory care exclusively without providing hospital beds for overnight stays (Hirtzlin, 2013). Treatments of chemotherapy, radiotherapy, and dialysis are provided during outpatient stays in hospitals or in ambulatory centres.

First foundational decrees for day surgery were introduced in 1992 (HAS, 2014; Hulet et al., 2017). Day surgery is defined as surgical procedures performed on a day-basis within 12 hours after admission, without an overnight stay, provided the patient's state of health allows this form of treatment (HAS, 2014). Day surgery can only be performed in facilities authorised by the Regional Health Authority (*Agence régionale de santé*). Authorisation can be granted to different types of service providers; however, this type of services is predominantly provided either in an integrated or separate day surgery unit on the premises of an acute hospital, or in a structurally separate but hospital-affiliated unit, as well as in an organisationally independent, stand-alone facility (Hulet et al., 2017). Several changes in organisational structures stimulated day surgery activities: Extension of opening hours, shared staff between day surgery unit and inpatient unit, abolition of the nurse-patient ratio, change in the organisational form of the day surgery units and change in discharge requirements to ensure safety and continuity of care (Hulet et al., 2017).

Hospital at home provides care equivalent to hospital care but in the patient's own home, or in residential care facilities (Cour des Comptes, 2015). Medical or paramedical staff provide care for patients with serious acute or chronic illnesses that require medical-technical treatment of a certain complexity that would otherwise be provided in hospitals. Hospital at home units are either departments of public hospitals or private non-profit associations (Chevreul et al., 2015). The most recent development are local hospitals (*hôpitaux de proximité*). Local hospitals were introduced as one of five priorities of the health strategy *Ma santé 2022* published in 2018 (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018). The aim of local hospitals is to provide first

level hospital care with less complex services and to ensure continuity of care close to the patients' home (Direction Générale de l'Offre de Soins).

Specialized health care which does not require hospitalisation is also provided by self-employed specialists in their own practices. About one third of specialists are solely self-employed in practices or private clinics. Half of them are organised in group practices in areas where large investments in infrastructure are necessary (Durand-Zaleski, 2020).

## **6.3 Payment systems**

### **6.3.1 Inpatient care**

Since 2004/05, acute care in public and private hospitals is paid under the activity-based payment system *tarification à l'activité* (T2A). Each hospital stay is classified into one of the approximately 2,300 homogeneous groups, *groupes homogène des malades* (GHM), the French diagnosis-related groups. The current GHM system (version 11) was introduced in January 2009 (Ministère de la santé et des sports, 2009). Each GHM has an associated homogeneous group of stays, *groupe homogène de séjours* (GHS), which represents the tariff in Euros for the corresponding hospital stay. The Technical Agency for Hospital Information (*Agence technique de l'information sur l'hospitalisation*; ATIH) is responsible for the development of the GHM patient classification system and the calculation of base prices (Or & Bellanger, 2011). The actual GHS tariffs are determined annually at national level. The average costs per GHM are used to calculate the base tariffs per GHM (Or & Gandré, 2019). The calculation considers the total budget separately for public and private hospitals as well as the budgets for the acute care sector and for other political priorities. If the total volume of activity exceeds the target, GHM prices are reduced.

GHS tariffs are calculated differently for public and private hospitals. The tariffs for public hospitals are calculated based on total direct and indirect costs. Direct and indirect costs of a hospital stay cover costs for medical and non-medical staff, materials, drugs, devices, and spaces, excluding expensive pharmaceuticals and medical devices from a closed list, intensive care, rehabilitation, neonatology, and teaching. Further indirect costs are overhead and capital costs calculated per diem (Or & Bellanger, 2011). In contrast, the tariffs for private, for-profit hospitals exclude medical fees paid to doctors and the cost of biological and imaging examinations. These costs are paid separately. Hospitals are expected to fund capital investments (equipment, financial and building costs) from their revenues (Or, 2014).

## 6.3.2 Ambulatory care

### 6.3.2.1 Day surgery

Payment of day surgery is based on the activity-based payment T2A like inpatient treatment. When T2A was introduced in 2004/05, payment for a day surgery was lower than for inpatient treatment (HAS, 2014). In 2009, a single tariff (*tarification unique*) was introduced to promote the substitution of inpatient surgery by day surgery (Hirtzlin, 2013). Since then, selected surgical procedures have been reimbursed at the same price as corresponding inpatient admissions with severity level 1 (least complex) when performed in day surgery. For this reason, GHM for day surgery and corresponding GHS tariffs coded with the letter “J” (=jour) were introduced in 2009 (ATIH, 2009). The single tariff for J-coded level-1 GHS is based on average observed costs for inpatient and day surgery weighted by the proportions of procedures performed in each setting (HAS, 2014). The number of J-coded GHS progressively increased since its introduction based on medical practice and medical validation by experts. Starting with 18 J-coded GHS eligible for the single tariff in 2009, the list was continuously extended to 39 in 2012 and 111 J-coded GHS in 2014 (HAS, 2014). Since 2012, the J-coded GHM roots represent more than three quarters of day surgery activity carried out in France. The list of GHM and corresponding GHS tariffs from March 2020 includes 147 J-coded GHMs (ATIH, 2020).

Whether a patient is eligible for day surgery is decided by the responsible physician on a case-by-case basis, taking into account the benefits and risks for the patient, the predictability of the course of treatment, and the organizational circumstances (HAS & ANAP, 2012b). Eligibility criteria for day surgery are based on criteria from the French Society of Anaesthesia and Intensive Care (*Société française d’anesthésie et de réanimation*; SFAR) regarding current practice and risk management (HAS & ANAP, 2012b). At the same time, a list of procedures (55 since 2015) was established that may only be performed and reimbursed as ambulatory or day cases (*la procédure de mise sous accord préalable*; MSAP). Reimbursement of inpatient treatment for these procedures requires prior authorization for hospitals (public and private) with a share of day surgeries below the regional or national average (L’Assurance Maladie, 2021).

### 6.3.2.2 Ambulatory care outside hospitals

Ambulatory specialists outside hospitals are mainly paid on a fee-for-service basis (*paiement à l’acte*). The catalogue of services which are covered by the statutory health insurance is defined

in the *nomenclature générale des actes professionnels* (NGAP) (L'Assurance Maladie, 2020). The corresponding tariffs to be paid for each service are negotiated between the National Union of Insurance Funds (*Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie; UNCAM*) and the physician unions and are part of the national agreements which are updated annually (L'Assurance Maladie, 2020).

## 6.4 Incentive mechanisms and conclusion

Compared internationally, the France health system faced relatively low proportions of ambulatory care in the first decade of the 21<sup>st</sup> century. The main reason was seen in misaligned financial incentives since inpatient treatment was paid better than ambulatory alternatives. The introduction of the single tariff system for day surgery and low-complexity DRGs was used to better align financial incentives when using day surgery. As the costs of day surgery are generally lower than the costs of inpatient surgery, paying the same price for both creates a higher profit margin for the use of day surgery. It is indicated that the introduction of the single tariff contributed to an increase in day surgery activity (Hirtzlin, 2013). However, the single tariff in its current form is restricted to low-complexity cases only. Hospitals still have no interest in proposing day surgery to patients who would be classified as higher complexity because of age and comorbidities since inpatient tariffs are much higher in this case. It is argued that there is a greater unrealised potential for day surgery in the more complex cases. Also, the potential for increasing ambulatory care delivery is restricted by the defined list of permitted procedures. The list mostly includes procedures that are already commonly provided on an ambulatory basis. Thus, day care is not encouraged in areas where it has not yet been established but is potentially possible.

## 6.5 Literature

ATIH. (2009). Annexe 1: Évolution de la classification en GHM (version 11). *Agence technique de l'information sur hospitalisation (ATIH)*.

[https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2210/annexes\\_notice\\_technique\\_mco\\_jan\\_2009.pdf](https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2210/annexes_notice_technique_mco_jan_2009.pdf) [accessed: 26.11.22]

ATIH. (2014a). Case-mix établissement (MCO). *Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)*. [https://www.scansante.fr/applications/casemix\\_ghm\\_cmd](https://www.scansante.fr/applications/casemix_ghm_cmd) [accessed: 19.04.21]

ATIH. (2014b). Indicateur globaux (GDR). *Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)*. <https://www.scansante.fr/applications/action-gdr-chirurgie-ambulatoire> [accessed: 06.04.21]



- ATIH. (2020). Tarifs MCO et HAD. Dataset 2020: Tarifs public, Tarifs privé *Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)*. <https://www.atih.sante.fr/tarifs-mco-et-had> [accessed: 08.04.2022]
- Chevreur, K., Berg Brigham, K., Durand-Zaleski, I., & Hernandez-Quevedo, C. (2015). France: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 17(3), 1-218, xvii. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26766545>
- Cour des Comptes. (2015). L'hospitalisation à domicile. Évolution récentes. <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20160120-hospitalisation-a-domicile.pdf> [accessed: 26.11.22]
- Direction Générale de l'Offre de Soins. La réforme des hôpitaux de proximité. Support méthodologique. *Ministère des Solidarités et de la Santé*. [https://fhf-bfc.com/wp-content/uploads/2016/10/guide\\_hopitaux\\_proximites-21.pdf](https://fhf-bfc.com/wp-content/uploads/2016/10/guide_hopitaux_proximites-21.pdf) [accessed: 26.11.22]
- Durand-Zaleski, I. (2020). The French Health Care System. In R. Tikkanen, R. Osborn, E. Mossialos, A. Djordjevic, & G. Wharton (Eds.), *2020 International Profiles of Health Care Systems*. The Commonwealth Fund.
- HAS. (2014). Day surgery tariffs in France and in other countries. Current situation and future prospects. *Haute Autorité de Santé (HAS)*. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-02/day\\_surgery\\_tariffs\\_in\\_france\\_and\\_in\\_other\\_countries\\_current\\_situation\\_and\\_future\\_prospects.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-02/day_surgery_tariffs_in_france_and_in_other_countries_current_situation_and_future_prospects.pdf) [accessed: 26.11.22]
- HAS, & ANAP. (2012a). Day surgery: an overview. *Haute Autorité de Santé (HAS), Agence Nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)*. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-11/day\\_surgery\\_-\\_an\\_overview.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-11/day_surgery_-_an_overview.pdf) [accessed: 26.11.22]
- HAS, & ANAP. (2012b). Socle de connaissances. *Haute Autorité de Santé (HAS), Agence Nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)*. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/rapport\\_-\\_socle\\_de\\_connaissances.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/rapport_-_socle_de_connaissances.pdf) [accessed: 26.11.22]
- Hirtzlin, I. (2013). *Tarifification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger: État des lieux et perspectives. Rapport de recherche*. Haute Autorité de Santé.
- Hulet, C., Rochcongar, G., & Court, C. (2017). Developments in ambulatory surgery in orthopedics in France in 2016. *Orthopaedic Traumatology Surgery Research*, 103(1S), S83-S90. <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2016.11.005>
- L'Assurance Maladie. (2020). *La nomenclature générale des actes professionnels - NGAP*. Retrieved 26.03.2021 from <https://www.ameli.fr/essonne/medecin/exercice-liberal/remuneration/nomenclatures-codage/ngap>
- L'Assurance Maladie. (2021). *Accord préalable et chirurgie ambulatoire*. Retrieved 26.03.2021 from <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/accord-prealable/accord-prealable-chirurgie-ambulatoire>
- Ministère de la santé et des sports. (2009). Manuel des groupes homogènes de malades. [https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2104/presentation\\_generale\\_1.pdf](https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2104/presentation_generale_1.pdf) [accessed: 26.11.22]
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2018). *Ma santé 2022. Un engagement collectif*. <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/masante2022/>

Or, Z. (2014). Implementation of DRG payment in France: issues and recent developments. *Health Policy*, 117(2), 146-150. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.05.006>

Or, Z., & Bellanger, M. (2011). France: Implementing homogenous patient groups in a mixed market. In R. Busse, A. Geissler, W. Quentin, & M. Wiley (Eds.), *Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals* (pp. 221-241). Open University Press and WHO Regional Office for Europe.

Or, Z., & Gandré, C. (2019). Price setting in France: Case study. In S. L. Barber, L. Lorenzoni, & P. Ong (Eds.), *Price Setting and Price Regulation in Health Care Lessons for Advancing Universal Health Coverage*. World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development. <https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-WHO-Price-Setting-Case-Studies.pdf>

Toutlemonde, F. (2020). Les établissements de santé - édition 2020. *Panoramas de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference-communique-de-presse/panoramas-de-la-drees/les-etablissements#:~:text=En%202020%2C%2011%2C6%20millions,000%20places%20d%27hospitalisation%20partielle>. [accessed: 26.11.22]

## **7. Case Study: Canada**

### **7.1 Development of setting-independent services**

In Canada, most specialised care is delivered by outpatient departments of hospitals (Marchildon et al., 2020). Though over time, there has been an increase in alternative delivery arrangements such as privately owned clinics providing high volume, low-complexity, specialised care. The number of per capita hospital nights in acute care has declined over this period while post-acute and alternative services provided outside hospital, e.g., at home and in community clinics have grown (Health Canada, 2019). Between 1995 and 2005, inpatient procedures decreased by 16.5%, while day case procedures increased by almost 31% (CIHI, 2007). In 2018, over 99% of all cataract surgeries and 74% of all tonsillectomies were performed as ambulatory procedures (mostly in hospital but increasingly in specialised non-hospital settings) (OECD.Stat, 2020).

### **7.2 Forms of setting-independent services**

Hospitals are divided in public facilities, owned by health authorities, and private, largely not-for-profit organizations which may be contracted by health authorities (Allin, Marchildon, et al., 2020; Marchildon et al., 2020). An increasing number of surgical and diagnostic services are delivered by licensed medical professionals in for-profit non-hospital surgical or diagnostic

facilities or clinics. While hospital outpatient departments provide more complex day surgeries and outpatient interventions, non-hospital facilities deliver less-complex surgical or diagnostic services which also require anaesthesia or sedation. Non-hospital facilities may be located on the premises of an existing facility (hospital, community health centre, or physician's office) or as an independent facility. Health authorities of provinces or provincial governments contract these facilities to provide surgical and diagnostic procedures as day case treatments.

### **7.3 Payment systems**

Payment of specialised health care in Canada has two components: payment of facilities and payment of physicians. Detailed regulations vary by province. Generally, hospitals receive annual global budgets, negotiated with the provincial ministry of health or delegated health authority. Global budgets are calculated based on volume to cover the operating overhead costs, supplies, and non-physician staffing (Allin, Sherar, et al., 2020).

Additionally, the Canadian provinces Quebec and Ontario have been experimenting with quality-based procedure (QBP) hospital funding since 2012. QBP are health care services with defined evidence-based best practices for which health care providers receive funding based on an established price (Ministry of Health, 2022). In 2012, the Government of Ontario began to replace parts of the hospitals' global budget by procedure- or diagnosis-specific funding based on a pre-set price per episode of care for selected services (Palmer et al., 2018). The QBP funding is paid based on the average costs of cases. The aim is to tie funding to quality of care based on evidence-based best practice (Ministry of Health, 2022). In 2015, a QBP was introduced specifically for the day procedure "cataract day surgery" (Ministry of Health and Long-Term Care, 2015).

Payment of physicians is usually based on fee-for-service although alternative forms of remuneration such as combinations of salary and fee payment are also used to varying degrees in the provinces (Marchildon et al., 2020). In addition to fee-for-service, the contracting agency pays additional facility fees to for-profit non-hospital surgical facilities to cover the non-physician costs (Allin, Sherar, et al., 2020). Neither hospitals nor non-hospital facilities have a separate payment rule for day-surgery or non-surgical outpatient services.

### **7.4 Incentive mechanisms and conclusion**

To date, there exist no explicit financial incentives to promote the transition of inpatient service delivery to ambulatory settings in Canada. Nevertheless, day surgery rates and ambulatory care

delivery are increasing in volume. Main drivers seem to be goals of the provinces to increase efficiency and cost-effectiveness of care delivery to free up inpatient capacities for complex cases and reduce waiting times. Since COVID-19, there has been increased interest in expanding the capacity of the acute care sector (both hospitals and non-hospital clinic) to address the surgical backlog caused by disrupted and cancelled treatment during the pandemic (OMA, 2022; Peacock et al., 2022; Wiebe et al., 2022). Non-hospital facilities play a central role in this regard. However, fee-for-service and facility payment applied in these facilities provide no incentives for efficiency. At the same time, incentives for performance (quality or outcomes) for these mostly for-profit organizations are missing (Marchildon et al., 2020). The future challenges for the provincial governments will be to hold health facilities accountable for costs and quality to realize efficiency gains and to reduce waiting times.

## 7.5 Literature

Allin, S., Marchildon, G., & Peckham, A. (2020). The Canadian Health Care System. In R. Tikkanen, R. Osborn, E. Mossialos, & G. Wharton (Eds.), *2020 International Profiles of Health Care Systems* (pp. 27-35). The Commonwealth Fund. [https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2020-12/International Profiles of Health Care Systems Dec2020.pdf](https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2020-12/International%20Profiles%20of%20Health%20Care%20Systems%20Dec2020.pdf)

Allin, S., Sherar, M., Church Carson, M., Jamieson, M., McKay, R., Quesnel-Vallée, A., & Marchildon, G. (2020). *Public Management and Regulation of Contracted Health Services*. North American Observatory on Health Systems and Policies.

CIHI. (2007). Trends in Acute Inpatient Hospitalizations and Day Surgery Visits in Canada, 1995–1996 to 2005–2006. *Canadian Institute for Health Information (CIHI)*. [https://secure.cihi.ca/free\\_products/cad\\_analysis\\_in\\_brief\\_e.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/cad_analysis_in_brief_e.pdf) [accessed: 26.11.22]

Health Canada. (2019). Canada's Health Care System. Trends/Changes in Health Care. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/canada.html#a12> [accessed: 27.08.21]

Marchildon, G. P., Allin, S., & Merkur, S. (2020). Canada: Health system review. *Health Systems in Transition*, 22(4). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336311>

Ministry of Health. (2022). *Health System Funding Reform*. Ministry of Health & Ministry of Long-Term Care. [https://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/ecfa/funding/hs\\_funding\\_qbp.aspx](https://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/ecfa/funding/hs_funding_qbp.aspx) [accessed: 01.03.22]

Ministry of Health and Long-Term Care. (2015). Quality-Based Procedures Clinical Handbook for Cataract Day Surgery.

OECD.Stat. (2020). *Health care utilisation: Surgical Procedures* [https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT)

OMA. (2022). Integrated Ambulatory Centres. A Three-Stage Approach to Addressing Ontario's Critical Surgical and Procedural Wait Times. *Ontario Medical Association (OMA)*.

Palmer, K. S., Brown, A. D., Evans, J. M., Marani, H., Russell, K. K., Martin, D., & Ivers, N. M. (2018). Standardising costs or standardising care? Qualitative evaluation of the implementation and impact of a hospital funding reform in Ontario, Canada. *Health Res Policy Syst*, 16(1), 74. <https://doi.org/10.1186/s12961-018-0353-6>

Peacock, S., Wolfstadt, J., Peer, M., & Gleicher, Y. (2022). Rapid implementation of an outpatient arthroplasty care pathway: a COVID-19-driven quality improvement initiative. *BMJ Open Qual*, 11(1). <https://doi.org/10.1136/bmj-oq-2021-001698>

Wiebe, K., Kelley, S., & Kirsch, R. E. (2022). Revisiting the concept of urgency in surgical prioritization and addressing backlogs in elective surgery provision. *CMAJ*, 194(29), E1037-E1039. <https://doi.org/10.1503/cmaj.220420>

## **8. Case Study: Netherlands**

### **8.1 Development of setting-independent services**

In the Netherlands, payment structures for health care are to a large extent decentralised and based on negotiations between providers and payers. Providers decide about the most efficient setting to provide care in. Thus, the shift of care delivery towards ambulatory settings can be seen as a positive side effect of striving for more efficiency in a competitive environment. Between 2000 and 2012, the number of one-day admissions has tripled to approximately 54% while the number of inpatient admissions grew slower. The average length of hospital stay decreased by 40% in the same period (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2019). Also, there is a strong focus on primary care where general practitioners provide a wide scope of ambulatory services. Current policies rather focus on task-shifting from specialist and secondary care towards primary care (Kroneman et al., 2016).

### **8.2 Forms of setting-independent services**

In the Netherlands, specialised care is provided in hospitals or independent treatment centres (Wammes et al., 2020). Hospitals provide both inpatient and outpatient care. Independent treatment centres (*Zelfstandige Behandel Centra*, ZBCs) are independent private outpatient clinics with two or more medical specialists (Finkenstädt & Niehaus, 2015). Services are limited to day case admissions for nonacute, elective care covered by the statutory insurance (Kroneman et al., 2016; Wammes et al., 2020). ZBCs gained importance in the delivery of outpatient health care. Between 2009 and 2016, the number of ZBCs grew by 87% from 229 to 418 sites and the number of invasive treatments performed nearly tripled (Tulp et al., 2020). ZBCs were established in 1998 with the aim to reduce waiting lists and control for-profit clinics.

Since 2005, the Health Care Institutions Admission Act (*Wet Toelating Zorginstellingen*, WTZi) classifies hospitals and ZBCs both as medical specialist care providers. In practice, organisational structures in ZBCs and hospitals differ. ZBCs are generally smaller, they offer primarily elective less complex outpatient care, and tend to be specialized in certain areas of care (Tulp et al., 2020).

### **8.3 Payment systems**

Financing of specialised health care distinguishes two segments: (1) a regulated (non-negotiable) segment and (2) a free (negotiable) price segment. The regulated segment refers to services that are not deemed feasible for free pricing. This mainly refers to complex care provided by a few providers and is fully covered by the statutory health insurance. The free (negotiable) segment includes services for which price negotiations between insurers and hospitals are allowed. This segment made up about 70% of hospital care in 2013 (Kroneman et al., 2016). In both segments, reimbursement has been based on Diagnosis-Treatment Combinations (*Diagnose Behandeling Combinatie*; DBCs) since 2005. DBCs are the Dutch variant of diagnosis-related groups (DRGs) including outpatient care. Similar to DRGs, the DBC system is a case-based remuneration system that remunerates hospitals per case (Hasaart, 2011). Thus, one DBC covers the entire treatment process beginning with the first contact until the completion of the treatment of a case (Jeurissen & Maarse, 2021). DBCs cover the direct costs of care provided by specialists and nurses, the costs of using medical equipment and diagnostic procedures but also indirect costs such as education, research, and emergency care. The length of stay and the number of diagnostic procedures have no influence on the DBC grouping and the associated reimbursement (Hasaart, 2011; Kroneman et al., 2016). The Dutch Healthcare Authority defines the DBCs and maximum prices for non-negotiable DBCs of the regulated segment. In the free pricing segment (negotiable DBCs), hospitals negotiate prices with insurance companies (Kroneman et al., 2016). In practice, most hospitals negotiate lumpsum budgets with payers which decouple remuneration from like a type of global budget. The aim is to increase efficiency whereby there can be requirements on quality. Other contracts may refer to individual diseases or disease groups. These cover the entire episode of care in the outpatient and inpatient sector and include continuous monitoring of compliance with the quality goals. Furthermore, hospitals can be contracted for several years, which gives the hospital financial security, with the aim of transforming care in the long term. In contrast to hospitals, independent treatment centres are typically paid on a fee-for-service type of reimbursement (Jeurissen & Maarse, 2021).

## 8.4 Incentive mechanisms and conclusion

The policy strategy in the Netherlands focuses on managed competition rather than setting direct price incentives by means of regulation. The prices for health care services in the Dutch health care system are to a large extent freely negotiable between the participating stakeholders in both ambulatory and inpatient settings. Commonly used lumpsum budgets negotiated between hospitals and payers create incentives for efficiency-oriented service provision as payment is disconnected from volume. Primary and secondary care is well geared together. All services are provided by competing providers and are paid by competing health insurers (Czypionka & Kraus, 2020).

## 8.5 Literature

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2019). *Ziekenhuisopnamen; geslacht, leeftijd en diagnose-indeling VTV, 1981-2012*. Retrieved 18.08.2021 from <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/71859ned/table?fromstatweb>

Czypionka, T., & Kraus, M. (2020). *Verlagerungspotenziale im Gesundheitswesen*. Institut für höhere Studien - Institute for Advanced Studies (IHS). <https://irihs.ihs.ac.at/id/eprint/5319/1/ihs-report-2020-czypionka-kraus-verlagerungspotenziale-im-gesundheitswesen.pdf>

Finkenstädt, V., & Niehaus, F. (2015). Die Aussagekraft von Länderrankings im Gesundheitsbereich - Eine Analyse des Einflusses der Altersstruktur auf die OECD-Daten. In V. Finkenstädt (Ed.), *Die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz*. Wissenschaftliches Institut der PKV.

Hasaart, F. (2011). *Incentives in the diagnosis treatment combination payment system for specialist medical care : a study about behavioral responses of medical specialists and hospitals in the Netherlands*. <https://doi.org/10.26481/dis.20111104fh>

Jeurissen, P., & Maarse, H. (2021). *The market reform in Dutch health care: Results, lessons and prospects*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35143144>

Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Groenewegen, P., de Jong, J., & van Ginneken, E. (2016). Netherlands: Health System Review. *Health Syst Transit*, 18(2), 1-240. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27467715>

Tulp, A. D. M., Kruse, F. M., Stadhouders, N. W., & Jeurissen, P. P. T. (2020). Independent Treatment Centres Are Not a Guarantee for High Quality and Low Healthcare Prices in The Netherlands - A Study of 5 Elective Surgeries. *Int J Health Policy Manag*, 9(9), 380-389. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2019.144>

Wammes, J., Stadhouders, N., & Westert, G. (2020). The Dutch Health Care System. In R. Tikkanen, R. Osborn, E. Mossialos, A. Djordjevic, & G. Wharton (Eds.), *2020 International Profiles of Health Care Systems* (pp. 137-147). The Commonwealth Fund. [https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2020-12/International Profiles of Health Care Systems Dec2020.pdf](https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2020-12/International%20Profiles%20of%20Health%20Care%20Systems%20Dec2020.pdf)

## 9. Case Study: Norway

### 9.1 Development of setting-independent services

Since the 1980s, policy activities in Norway aimed at replacing inpatient care with outpatient and day-care service provision to improve the efficiency of the health system (Saunes et al., 2020). The National Health and Hospital Plan (*Nasjonal helse- og sykehusplan*) 2016-2019 aimed to improve coordination between hospitals and outpatient care facilities, quality and safety of health care provision and personnel resources (Saunes et al., 2020). Achieving sustainable and patient-centered health care is in the focus of recent National Health and Hospital Plan 2020-2023. Its idea is to establish 19 healthcare communities (*helsefelleskap*) with the goal to improve cooperation between hospitals and municipalities. Additionally, the government aims to create outreaching hospitals focused on home-based health care provision (Norwegian Ministry of Health and Care Services, 2019). Nowadays, day care treatments include somatic care (e.g. surgery), psychiatric care (e.g. treatment of eating disorders) and treatment of drug and alcohol addiction. In 2019, almost 71% of all surgeries were performed as planned day surgeries (Helsedirektoratet). The publication of the first Norwegian day surgery atlas in 2015 provided further evidence on numbers of surgical treatments in day care settings and discovered large regional variations (Uleberg et al., 2018).

### 9.2 Forms of setting-independent services

Inpatient care can be provided by public and private hospitals in Norway. Most hospitals are organized in hospital trusts owned by four regional health authorities (*regionale helseforetakene*; RHF). Specialized outpatient care is usually delivered in hospital outpatient departments (polyclinics, *poliklinisk*). The polyclinics provide day surgery (*dagkirurgisk behandling*) and other outpatient services in the areas of somatic care, mental health care, substance abuse treatment, laboratory and radiology services (Saunes et al., 2020). In remote parts of the country, local community hospitals (*sykestue*) deliver care that cannot be received at the patient's home but does not require hospital admission. They also provide follow-up care and decide whether hospitalization to an acute hospital is necessary. These institutions are often co-located with other municipal health services and are supported by telemedicine services. Organization of community hospitals vary greatly. In some cases, a community hospital is organised as a local department of the nearest hospital with a limited range of inpatient care. In other cases, independent outpatient specialists are contracted to provide primary care and may



provide acute care. Privately practicing specialists (e.g. obstetricians, specialists in internal medicine, etc.) are also entitled to provide specialized ambulatory care. They mostly work in their own practices under a contract with the regional health authorities. In densely populated areas, private multidisciplinary physician clinics have emerged in the last few years and seem to be increasing in number (Saunes et al., 2020).

## **9.3 Payment systems**

### **9.3.1 Inpatient and outpatient hospital care**

In Norway, the four regional health authorities allocate their budget to pay the regional health trusts (Saunes et al., 2020). Trusts are paid about 50% by a block grant budget and 50% by the activity-based funding (*Innsatsstyrt finansiering*; ISF) introduced in 1997. The ISF reimbursement is based on the NordDRG system with country-specific modifications. To determine the reimbursement related to each DRG, cost information is obtained annually from hospitals. Cost weights are calculated based on weighted average costs per DRG for all health trusts with more than five cases within the DRG (Helsedirektoratet, 2020). The calculated costs represent average resource consumption during an average length of stay (Stortinget, 2017).

In 2010, DRGs for outpatient care were integrated into the Norwegian DRG system to pay for specialized outpatient care provided in polyclinics (Linna & Virtanen, 2011). The Norwegian DRG system in 2022 contained 153 DRGs for outpatient contacts and other outpatient specialized services (Helsedirektoratet, 2021a). The Norwegian DRG system also includes payment for day case procedures. The way how day surgery was integrated and paid for within the DRG system changed several times. Until 2010, the same DRG was used regardless of whether the hospital performed the procedure on a day basis (*Dagkirurgi*) or with hospitalization (*Døgnkirurgi*). Cost weights were calculated based on the weighted average costs for both inpatient admissions and day surgeries. As day surgery treatment is less costly, this provided a financial incentive for day surgery in the health trusts. From 2010, payment was differentiated between day surgery and inpatient treatment. Separate cost weights were calculated for day surgery DRGs which were different to the corresponding inpatient DRG to reflect the actual, lower costs of an outpatient procedure (Linna & Virtanen, 2011). For example, for operations on the uterus and adnexa without comorbidity or complications the inpatient DRG (DRG 359) attracted a cost weight of above 1 whereas the corresponding day surgery DRG (DRG 359O) had a cost weight below 0.5. In 2016, the government introduced

an incentive supplement to stimulate a greater share of day surgery. Day surgery DRGs were paid 10 % more than the average costs of day surgery (but still below the payment for inpatient DRGs). In 2017, the supplement was increased to 15 %. However, this change does not seem to have had the desired effect. Price incentives led to a large variation in the proportion of day surgeries. Moreover, experts questioned the benefit and high numbers of some procedures, particularly for shoulder and meniscus surgery (Uleberg et al., 2018). Since 2018, a single tariff model was introduced for day surgery. That is, cost weights for selected day surgery procedures became equal to the weights for corresponding short-stay surgery treatments with one to three days length of stay. Consequently, selected DRGs for day procedures and short hospital stays generated the same ISF reimbursement (Helsedirektoratet, 2020).

### **9.3.2 Health care at home and bundled payments**

In 2017, Special Service Groups (STG) were introduced to the Norwegian DRG system to pay for treatment that takes place outside of inpatient or outpatient health care facilities (Helsedirektoratet, 2022b). STGs represent a type of bundled payment with cost weights for whole treatment episodes of care at home (e.g. dialysis at home), distance follow-up care, and online contacts.

In 2019, Service Progress Groups (TFGs) were introduced and implemented into the ISF model in 2021 (Helsedirektoratet, 2021b). The TFG is a bundled payment that replaces the DRG- and STG-based payment for selected diagnoses. The purpose is to fund the same services equally regardless of the setting the service is provided in (inpatient/outpatient, hospital/at-home) (Helsedirektoratet, 2018, 2021b). TFG payment is paid per patient and treatment period, i.e. per month for dialysis and per year for drug treatment. The ISF model 2022 consisted of 983 DRGs, 49 STGs and 83 TFGs (Helsedirektoratet, 2021a). The 83 TFGs include treatment in the area of dialysis, drug treatment of neurological and gastrointestinal diseases, hip replacement, oncological radiotherapy, childbirth, and treatment of psychiatric (addiction) diseases (Helsedirektoratet, 2021b).

### **9.3.3 Specialized outpatient and ambulatory care**

Private-practice specialists may contract with a regional health authority to be reimbursed under the National Insurance Scheme (Saunes, 2020). Contracted specialists receive annual lump sums, based on the type of practice and number of patients. These sums account for 35% of reimbursement. Next to this, fee-for-service payments (35% of payment) and co-payments

(30% of payment) constitute the reimbursement schemes for private-practice specialists. The central government defines the annual lump sums and the out-of-pocket fees contracted specialists are allowed to charge. The fee-for-service payments are negotiated between the government and the Norwegian Medical Association.

#### **9.4 Incentive mechanisms and conclusion**

To encourage changes in treatment patterns, Norway has been experimenting with various payment models to promote a transition from inpatient to outpatient care. Particularly, the way day surgery was paid changed several times. Medical professions supported this development as day surgery is acknowledged to be safe and beneficial for patients' health (Lieng et al., 2013). At the same time, the Norwegian Atlas on Ambulatory Surgery published in 2015 has raised a public debate on the extent to which ambulatory surgery is desirable and raised awareness about potential risks (Baltskard et al., 2015). The Atlas provided real-world evidence on common outpatient surgical procedures in Norway and identified regional variation for most of these procedures. The Central Norway Regional Health Authority uses the Atlas to monitor developments in day surgery and for a dialogue with health trusts and service providers. Also, professional communities adjusted their practice in reaction to the findings from the Atlas (Uleberg et al., 2018). The Norwegian example shows that financial incentives can serve as a measure to promote change but also carry the risk of unintended consequences. It also shows that effective health policy can only be achieved with the involvement of affected stakeholders. The recently introduced changes to the remuneration system create further incentives for shifting care to outpatient settings. However, the effects of these measures remain to be seen.

#### **9.5 Literature**

Baltskard, L., Deraas, T., Førde, O. H., Magnus, T., Olsen, F., & Uleberg, B. (2015). Day surgery in Norway 2011 - 2013, A selection of procedures. *SKDE report Num. 4/2017*. <https://www.skde.no/helseatlas/files/day-surgery-health.pdf> [accessed: 26.11.22]

Helsedirektoratet. (2018). Tjenesteforløp som grunnlag for Innsatsstyrt finansiering. Beskrivelse av videre arbeid. Retrieved 11.12.18, from <https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/innsatsstyrt-finansiering-isf> [accessed: 11.12.21]

Helsedirektoratet. (2020). *Regelverk for innsatsstyrt finansiering 2021 (ISF-regelverket)*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/innsatsstyrt-finansiering-isf/ISF-regelverket%202021.pdf/attachment/inline/3e084cec-bce9-4a44-89f0->

[f8d179b4e478:5229e063e72719e76f57316d73d45ee57fb60a96/ISF-regelverket%202021.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/innsatsstyrt-finansiering-isf#isfinformasjonsmoter)  
[accessed: 01.03.23]

Helsedirektoratet. (2021a). Innsatsstyrt finansiering 2022 (ISF) – regelverk.  
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/innsatsstyrt-finansiering-isf#isfinformasjonsmoter> [accessed: 17.12.21]

Helsedirektoratet. (2021b). TFG-systemet.  
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/tfg-systemet> [accessed: 17.12.21]

Helsedirektoratet. (2022a). *Kirurgi etter behandlingssted - somatikk*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/somatikk/kirurgi-etter-behandlingssted-somatikk> [accessed: 26.11.22]

Helsedirektoratet. (2022b). STG-systemet. Definisjonstabeller samt informasjon om hvordan STG-systemet (særtjenestegrupper) er bygget opp.  
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/stg-systemet> [accessed: 20.01.22]

Lieng, M., Busund, B., Ræder, J. C., & Iversen, T. (2013). Innsatsstyrt finansiering og dagkirurgi. *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, 9(133), 974-976.

Linna, M., & Virtanen, M. (2011). NordDRG: The benefits of coordination. In R. Busse, A. Geissler, W. Quentin, & M. Wiley (Eds.), *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals* (pp. 293-300). Open University Press, WHO Regional Office for Europe.

Norwegian Ministry of Health and Care Services. (2019). National Health and Hospital Plan 2020-2023 - Summary.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/en-gb/pdfs/stm201920200007000engpdfs.pdf> [accessed: 26.11.22]

Saunes, I. S. (2020). The Norwegian Health Care System. In R. Tikkanen, R. Osborn, E. Mossialos, A. Djordjevic, & G. Wharton (Eds.), *International Profiles of Health Care Systems 2020* (pp. 159-168). The Commonwealth Fund.

Saunes, I. S., Karanikolos, M., & Sagan, A. (2020). Norway: Health System Review. *Health Syst Transit*, 22(1), 1-163. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32863241>

Stortinget. (2017). *Representatforslag 49 S (2017 - 2018) fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe, Liv Signe Navarsete, Sigbjørn Gjelsvik og Sigrid Simensen Ilsøy - Dokument 8:49 S (2017 - 2018)*.

Uleberg, B., Mathisen, S., Shu, J., Baltskard, L., Steindal, A. H., byhring, H. S., Leivseth, L., & Førde, O. H. (2018). *Day surgery in Norway 2013 - 2017, A selection of procedures*. Ministry of Health and Care Services; Northern Norway Regional Health Authority.

## 10. Case Study: Austria

### 10.1 Development of setting-independent services

Austria has traditionally had a strong focus on the hospital sector and inpatient care delivery (Bachner et al., 2019). In recent years, however, various reform initiatives have been launched to strengthen ambulatory care and shift services from inpatient setting to day care. One of the main goals of the target-based governance agreements (*(Bundes-)Zielsteuerungsverträge, ZV*) for 2013–2016 agreed between the Austrian Ministry of Health, statutory health insurance fund and the regions has been to create needs-oriented care structures that enable the provision of certain services in the ambulatory sector or in day-care (*Zielsteuerung-Gesundheit, 2013*). The successor agreement 2017–2021 defines minimum target shares for defined groups of interventions to be provided in day hospitals or in ambulatory sector at the federal level (*Zielsteuerung-Gesundheit, 2017*). For all interventions listed in this agreement, day care or ambulatory delivery rates are significantly below the average of Northern and Western Forms and settings of specialized care.

### 10.2 Forms of setting-independent services

Traditionally, Austria still has a strong focus on inpatient care. However, selected surgical and non-surgical procedures from the catalogue of inpatient services can be provided as day-clinic services (*tagesklinische Leistungen*) in acute care hospitals, in outpatient departments of acute care hospitals or in day clinics (BMSGKP, 2020, 2021a). Day-clinic services may be provided within a zero-day stay (*Null-Tagesaufenthalte, NTA*). A zero-day stay is classified as an inpatient admission with a same-day discharge. The doctor in charge decides whether the patient stays overnight or is discharged on the same day. Day-clinic beds are part of so-called systemized beds (*systemisierte Betten*) which can be used and billed for more than one patient per day (BMSGKP, 2021b). Day clinics can be integrated into existing inpatient wards. However, they are often managed separately in terms of space, as patients do not stay overnight, and the beds are accordingly left without supervision (Czypionka & Kraus, 2020).

Services from the catalogue of ambulatory services that do not require a hospital bed are provided as outpatient care (*spitalsambulante Leistungen*) in hospital outpatient departments or

outpatient clinics. Austrian hospitals generally operate outpatient clinics on their own premises (Czypionka & Kraus, 2020).

Specialized ambulatory health care is also provided by practice based medical specialists in solo or group practices or in ambulatory clinics. Medical specialists have either a contract with one or more statutory health insurers (about 45% in 2015) or they practice without a contract with a health insurance company (Bachner et al., 2019).

## **10.3 Payment systems**

### **10.3.1 Inpatient care**

Austrian's hospitals are funded from different sources. Public hospitals are to a great extent funded by the State Health Funds (*Landesgesundheitsfonds*, LGF) which are supervised and managed by the respective State Health Platforms (Kober & Pfeiffer, 2011). Slightly more than half of all (private-for-profit) hospitals in Austria are funded by Private Hospitals Financing Fund (Bachner et al., 2019). Resources from the State Health Funds and the Private Hospitals Financing Fund are allocated to hospitals on the basis of the Austrian DRG-based system (*Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung*, LKF) introduced in 1997 (BMSGKP, 2021c).

In inpatient care, allocation of resources is based on the rules of the inpatient LKF model (*LKF-Modell für den stationären Bereich*). According to the inpatient LKF model, the valuation of inpatient stays in points is related to activity-based diagnosis-related case groups (*Leistungsorientierte Diagnosefallgruppen*; LDF). Of the 989 LDF groups available in 2021, 458 LDF groups were defined based on 203 medical procedure groups (medizinische Einzelleistungen; MEL) and 531 LDF groups were defined based on 220 main diagnosis groups (*Hauptdiagnosen*; HDG). The number of points of an LDF group are defined by an average value of the calculated costs in a reference year of all inpatient stays included in an LDF group (BMSGKP, 2021c). The average costs are calculated based on micro-costing data from reference hospitals (Bachner et al., 2019). The LDF points are made up of two components: (1) a service component and (2) a day component. Whereas the service component reflects all average procedure-related costs for each LDF (including costs for staff, medical consumables, or equipment), the day component distributes all costs not directly attributable to one of the procedures (except cost of critical care) evenly over the number of bed days within the length-

of-stay interval of the LDF. If the actual length of the inpatient stay lies below the lower limit (but at least 1 day) a reduced LDF point is determined based on the actual length of stay (BMSGKP, 2021c). The day component is weighted by age and level of complexity, according to the weights used in the calculation of nursing workload. To consider additional costs of critical care, critical care surcharges per day were calculated (BMSGKP, 2021b). The amount of money paid for each LDF point varies according to provisions determined by the states in the steering area and the total funds available in the State Health Funds. An increase in the number of LDF points produced by hospitals would decrease the value of a single LDF point, resulting in a lower value of the total amount of LDF points per hospital.

### **10.3.2 Day care**

Provision of procedures from the catalogue of day-clinic services (*tagesklinische Leistungen*) with admission and discharge on the same day resulting in zero-night stays is scored according to the rules of the inpatient LKF model. Since 2012, day-clinic services can be provided given the following prerequisites (Bundesamt für Gesundheit, 2012; Fischer & Zechmeister-Koss, 2012):

- planned surgical or non-surgical interventions which can be performed within 12 hours
- a systemized (day-clinic) bed is used (more than one patient per day can be treated and billed on a day-clinic bed)
- the service is included in the catalogue of defined day care services
- nursing and outpatient or inpatient medical aftercare is guaranteed

The day-clinic services are billed according to the rule of the inpatient LKF model for an overnight stay. In other words, day cases are scored with the points for 1-day stays of the corresponding LDF with a maximum of 1.5 of the average daily components of the respective LDF. Outpatient visits during which the provision of day-clinic services is planned are also billed according to the inpatient LKF model (BMSGKP, 2021b).

There is a handful of services that must always be provided on an outpatient basis, as otherwise an inpatient administration as a zero-day stay will result in a reduced point rate (BMSGKP, 2021b):

- BG020 - Photodynamic therapy of the macula
- BG030 - Intravitreal injection with anti-VEGF

- GE010 - Bronchoscopy
- HH020 - Colonoscopy with polypectomy
- QE010 - Stereotactic mamma biopsy

The provision of services not included in the catalogue of day-clinic services within a zero-day stay will be penalised with a reduction of the point rate. Day cases with a readmission within the same day are only payable in individually justified cases. The decision to admit a patient as inpatient in accordance with the Federal Hospital Act (*Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz, KAKuG*) is made by the responsible physician (BMSGKP, 2021b).

### **10.3.3 Outpatient hospital services**

Outpatient hospital services are valued and paid within the outpatient LKF model (*LKF-Modell für den spitalsambulanten Bereich*), that became mandatory in 2019. The outpatient LKF model was developed with the intention of reducing medically not indicated inpatient admissions by creating an adequate relation of the points for outpatient services to the points from the inpatient LKF model and thus eliminating false incentives for inpatient admissions (BMSGKP, 2021a). In the outpatient LKF model, outpatient contacts are combined into outpatient visits. Outpatient visits may be assigned to medically and cost homogeneous groups attributable to single medical service units (*Ambulante MEL-Gruppe, AMG*) and to homogeneous groups not directly attributable to single service units (*Ambulante Pauschal-Gruppe, APG*). Each outpatient group is comprised of service points (*Leistungspunkte*) and contact points (*Kontaktpunkte*) (BMSGKP, 2021a). The current catalogue includes 73 AMGs and 97 APGs (BMSGKP, 2021d). The calculation of the points of the outpatient LKF model is scaled to cover only 50% of the total outpatient costs. The remaining 50% of total costs are attributed to the structural component which is independent from the delivered services. The structural component considers regional requirements, structural characteristics, reserve capacities and the health care provision mandate of hospitals. The structural component is based on a fixed budget determined by the State Health Funds (BMSGKP, 2021a).



### **10.3.4 Ambulatory care outside hospitals**

Specialists in private practices and ambulatory clinics have direct billing contracts with the statutory health insurance providers. The catalogue of reimbursable services is part of the collective contract and includes service fees and contact capitations which can be charged once per patient per quarter as soon as the patient seeks treatment (Czypionka & Kraus, 2020). The mix of payment methods may vary across specialties and regions. An increasing number of specialists choose to practice without a statutory health insurance contract. Non-contracted physicians are always paid fee-for-service by the patient with greater flexibility regarding fee levels or opening hours (Bachner et al., 2019).

### **10.4 Incentives mechanisms and conclusions**

In the Austrian health care system, ambulatory or day surgery is still the exception rather than the rule (Czypionka & Kraus, 2020). The separation of the financing system between the ambulatory and the inpatient sector with the federal states owning most of the public hospitals creates only few incentives to increase efficiency in the hospital sector or to shift services to ambulatory care (Bachner et al., 2019). One important step towards the acceleration of a transitioning process from inpatient to ambulatory service delivery is the Target-Based Governance Agreement (*Zielsteuerungsverträge, ZV*) in its current version from 2017 to 2021. One of four strategic goals in this agreement is to strengthen ambulatory health care delivery while reducing the utilization of acute inpatient resources. The agreement specifies that the number of inpatient cases and the bed occupancy rate per 1,000 inhabitants at the federal level should decrease by at least 2% annually. In addition, the agreement defines 14 intervention groups in which the proportion of day-care or ambulatory care is to increase at least up to a certain target value. A key factor to incentivize the realization of these targets was seen in ensuring that comparable services are also billed in a comparable manner. Consequently, the inpatient LKF payment system incentivizes day hospital provision by reimbursing the rate for an overnight stay with a maximum of 1.5 of the average daily components of the LDF (BMSGKP, 2021b). The transition of services between settings and the adapted pricing mechanisms have consequences for the overall distribution of financial resources at the federal level (Article 9 ZV). Therefore, the agreement also includes the responsibility of the parties involved to agree on the degree of the financial compensation necessary due to these changes. This requires a continuous documentation and monitoring of the service utilization in all

settings which shall be realized in a nationwide standardized way. A cross-sectoral documentation of service utilization, which includes both ambulatory and outpatient service provision, shall be implemented and used for this purpose. At the same time, a systematic monitoring of the target achievements at the federal level is implemented (Article 8 ZV). The level of target achievement of the short-term and the financial goals shall be made transparent in half-yearly short reports and a main report once a year. The monitoring report from 2019 showed an overall positive development of day care and ambulatory service delivery regarding the targeted intervention groups (Bachner et al., 2020). However, the achievement varies between the individual intervention groups. The Austrian federal states conclude that the definition of the targets for selected intervention groups already successfully contributed to an enforcement of day care activity. Further, they find the existing pricing incentive in form of the single tariff for day care services as a sufficient measure to further foster this development. To their opinion, there is no need for further incentive mechanisms in the near future (BMSGKP, 2021a).

## 10.5 Literature

- Bachner, F., Bobek, J., Habimana, K., Ladurner, J., Lepuschütz, L., Ostermann, H., Rainer, L., Schmidt, A. E., Zuba, M., Quentin, W., & Winkelmann, J. (2019). Das österreichische Gesundheitssystem - Akteure, Daten, Analysen. *Gesundheitssysteme im Wandel*, 20(3), 1-288. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327980/HiT-20-3-2019-ger.pdf?sequence=7&isAllowed=y>
- Bachner, F., Bobek, J., Haindl, A., Rainer, L., & Zuba, M. (2020). *Monitoringbericht Zielsteuerung-Gesundheit. Monitoring nach Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit und Zielsteuerungsvertrag. Berichtsjahr 2019*. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
- BMSGKP. (2020). Kataloge 2021. *Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGKP)*. [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/Leistungsorientierte-Krankenanstaltenfinanzierung-\(LKF\).html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/Leistungsorientierte-Krankenanstaltenfinanzierung-(LKF).html) [accessed: 30.09.2020]
- BMSGKP. (2021a). LKF-Modell 2021 für den spitalsambulanten Bereich. *Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGKP)*. [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/Leistungsorientierte-Krankenanstaltenfinanzierung-\(LKF\).html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/Leistungsorientierte-Krankenanstaltenfinanzierung-(LKF).html) [accessed: 01.09.23]
- BMSGKP. (2021b). LKF-Modell 2021 für den stationären Bereich. *Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGKP)*. [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/Leistungsorientierte-Krankenanstaltenfinanzierung-\(LKF\).html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/Leistungsorientierte-Krankenanstaltenfinanzierung-(LKF).html) [accessed: 01.09.23]

- BMSGKP. (2021c). LKF-Systembeschreibung 2021. *Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGKP)*.  
[https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/Leistungsorientierte-Krankenanstaltenfinanzierung-\(LKF\).html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/Leistungsorientierte-Krankenanstaltenfinanzierung-(LKF).html) [accessed: 01.09.23]
- BMSGKP. (2021d). Modell ambulant 2021 - Anlage 1.  
[https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/Leistungsorientierte-Krankenanstaltenfinanzierung-\(LKF\).html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/Leistungsorientierte-Krankenanstaltenfinanzierung-(LKF).html) [accessed: 01.09.23]
- Bundesamt für Gesundheit. (2012). Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung Modell 2012. [https://b.ds.at/2012/07/09/anlage5\\_-\\_ldf-baumdarstellung.pdf](https://b.ds.at/2012/07/09/anlage5_-_ldf-baumdarstellung.pdf) [accessed: 26.11.22]
- Czypionka, T., & Kraus, M. (2020). *Verlagerungspotenziale im Gesundheitswesen*. Institut für höhere Studien - Institute for Advanced Studies (IHS).  
<https://irihs.ihs.ac.at/id/eprint/5319/1/ihs-report-2020-czypionka-kraus-verlagerungspotenziale-im-gesundheitswesen.pdf>
- Fischer, S., & Zechmeister-Koss, I. (2012). *Tageschirurgie. Systematischer Review*. Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment.
- Kober, C., & Pfeiffer, K.-P. (2011). Austria: Inpatient care and the LKF framework. In R. Busse, A. Geissler, W. Quentin, & M. Wiley (Eds.), *Diagnosis-Related Groups in Europe - Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals* (pp. 197-220). McGraw-Hill/Open University Press.
- Zielsteuerung-Gesundheit. (2013). *Bundes-Zielsteuerungsvertrag. Zielsteuerung-Gesundheit, für die Jahre 2013-2016*. Wien Retrieved from  
[https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/III/III\\_00038/imfname\\_336346.pdf](https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/III/III_00038/imfname_336346.pdf)
- Zielsteuerung-Gesundheit. (2017). *Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene. Zielsteuerung-Gesundheit 2017-2021*. Wien

## 11. Case Study: Sweden

### 11.1 Development of setting-independent services

The Swedish health system is a strongly decentralised system where the responsibility for organising health care delivery lays on 21 regions and 290 municipalities (Glenngard, 2020). First shifts from hospital inpatient care towards ambulatory care took place when the municipalities became responsible for the provision of long-term medical care to the elderly population with the implementation of the *Ädelreform* in the early 1990s (Trydegård, 2003). It is also believed that the economic recession in Sweden in 1990s was a primary reason for a shift towards ambulatory health services (Anell et al., 2012). Other reforms in the 2000s focused on the concentration of highly specialised care and a division between emergency and other care, leading to the continuous reduction in beds for somatic care in general hospitals. Parallel

to these developments, a fundamental change towards outpatient and day surgical services took place to fulfil demands of the population in specialised care delivered without hospital stay. As a result of the reforms, the number of acute beds per 1,000 population continuously decreased to 2.1 in 2019. Hence, Sweden was the country with the lowest number of hospital beds in the European region (average of 5.3 beds per 1,000 population in 2019) (Eurostat, 2021). Between 2009 and 2018, the number of day case surgeries increased by approximately 40%. However, the number of surgical procedures performed in specialised outpatient and inpatient care and the share of outpatient surgeries of all surgeries vary by region (Socialstyrelsen, 2022b).

## **11.2 Forms of setting-independent services**

In Sweden, a large proportion of the resources available for medical services have been allocated to the provision of care and treatment at hospital level. Thus, hospitals are entitled to provide all forms of specialised care – inpatient (with overnight stay) and outpatient (Anell et al., 2012). Outpatient care involves day surgery (*dagkirurgi*), day treatment (*dagmedicin*) and day endoscopy (*dagendoskopi*) (Socialstyrelsen, 2022a). Day surgery is defined as a surgical procedure, that “requires major anaesthesia (local, regional, spinal, epidural or general) and includes a period of postoperative recovery (commonly 2-5 h) before discharge” (Hanning & Hellers, 1993). Day surgery can be performed in dedicated wards, in day surgery units or in same units as for inpatient surgeries, with surgeries performed in dedicated day operating rooms or in same operating room as inpatient surgeries (Segerdahl et al., 2008; Stomberg et al., 2013). Day treatments include dialysis, chemo- and radiotherapy, but also vaginal birth, and rehabilitation treatment. Day endoscopy includes diagnostic (medical) and therapeutic (surgical) procedures, such as gastroscopy, colonoscopy, etc. There are only a few procedures that can only be performed in outpatient care, e.g., radiotherapy and brachytherapy. Most day care procedures can also be provided in the inpatient setting (Socialstyrelsen, 2015).

## **11.3 Payment systems**

The Swedish health care system is largely financed by local taxes (Magnussen et al., 2009; SALAR, 2020). Regions are free to decide about funding structure and mechanisms of paying for specialised care. Private health care providers need to be contracted by regions to receive reimbursement. Payment of inpatient care and day care is defined individually by each region (Anell et al., 2012). Often these payment models represent a mix of global budgets, diagnosis-related groups (DRGs) and performance-based payments. Global budgets usually form the

majority of the payment set by the regions. DRG-related payments account for less than half and performance-based payments for less than 5% of total payments (Glennard, 2020).

Sweden started using activity-based funding in the mid-1990s. As in other Nordic countries, the NordDRG system was used and adapted to the requirements of Sweden. The National Board of Health and Welfare is responsible for the development of the Swedish version of the NordDRG system (Serdén & Heurgren, 2011). The first Swedish NordDRG in 1995 encompassed inpatient care only. In 2003, DRGs for day surgery were added and since 2006, the Swedish DRG system covered both in- and outpatient specialised care. In 2017, additional DRGs for primary care were introduced (Socialstyrelsen, 2020b). In 2021, the Swedish NordDRG system comprised a total of 1,927 DRGs distinguishes 481 primary care groups and 1,447 specialised care groups as well as 808 groups to be delivered in inpatient care and 1,119 groups to be delivered as outpatient care. Of 1,119 outpatient care groups, 638 groups are for specialised care (Socialstyrelsen, 2021).

The National Board for the Health and Welfare annually releases the prospective cost-weights for Swedish NordDRG system. Along with the calculation of the cost weights, the maximum length of stay is calculated for one episode of care per each DRG. To obtain DRG tariffs in 2022, DRG cost-weights are multiplied by the reference value 67,938 SEK (6,465 EUR). Since the cost weights are based on the average cost of treatment in each setting, the cost weights of inpatient and outpatient DRGs with the same level of complexity differ (Socialstyrelsen, 2021). Regionally, weights and prices can deviate from national values.

All regions in Sweden use the DRG system in some form. However, only two regions (Stockholm and Västra Götaland) applied the DRG system for reimbursement in 2021 (Socialstyrelsen, 2020a). In most regions, the DRG-system only serves as a basis for the monitoring of hospital's activities (18 out of 21 counties) rather than for budgeting and resource allocation (seven out of 21 counties) (Socialstyrelsen, 2020a).

Next to DRG based payment, bundled payments for eight areas of care were launched in 2009 (OECD, 2016). The region Stockholm piloted the bundled payment scheme "OrthoChoice" for hip and knee replacement in 2009. The OrthoChoice bundle covers pre-operative visits, diagnostics, expected inpatient stay of six days including physical therapy after surgery, the surgical procedure, and prostheses, postoperative (including drug, personnel costs, etc.) and follow-up care within two years (Wohlin et al., 2021). About 3% of the payment is paid depending on the achievement of predefined quality goals. Also, providers can be penalised for

missing defined outcome targets through negative adjustments of the prospective payment (Eriksson et al., 2020).

## **11.4 Incentive mechanisms and conclusion**

In Sweden, challenges such as limited capacities, increasing demand due to an ageing population with chronic conditions, and long waiting time lists led to increased efforts to transition medical care activities into ambulatory settings. Nowadays, the majority of surgical treatments in Sweden is performed on an outpatient basis. However, this development does not seem to be connected to any financial incentives regarding the payment of outpatient care in relation to inpatient care. Healthcare is mainly paid by means of block grants that do not create any explicit incentives for the choice of setting. The Swedish DRG is only used by two regions as an instrument to reimburse providers. But even for those regions, the Swedish DRG system provides no price incentives for a shift in settings. Although the Swedish DRGs include groups for all settings (inpatient and ambulatory, primary and secondary care), cost-weights are calculated separately for each setting based on average costs in each setting. Hence, less costly day or outpatient care is paid less than inpatient care.

The observed increase in ambulatory care delivery is rather likely the result of increasing demand pressure due to limited capacities, patient preferences, and other policy activities such as waiting time guarantees and bonuses for reduces waiting times. Also, the introduction of bundled payments may have contributed to the development of more efficient care pathways which include a stronger focus on ambulatory care where possible. For example, the bundled payment scheme “OrthoChoice” was found to be associated with decreased length of stay, waiting time and costs per patient (Wohlin et al., 2017). However, the effect of bundled payments on utilisation of day surgeries is yet to be estimated (Chipman, 2019).

## **11.5 Literature**

Anell, A., Glenngard, A. H., & Merkur, S. (2012). Sweden: Health system review. *Health Systems in Transition*, 14(5), 1-159.

Chipman, A. (2019). Value-based healthcare in Sweden - Reaching the next level. *The Economist Intelligence Unit*. <https://impact.econ-asia.com/perspectives/sites/default/files/value-basedhealthcareinswedenreachingthenextlevel.pdf> [accessed: 26.11.22]

Eriksson, T., Tropp, H., Wirehn, A. B., & Levin, L. A. (2020). A pain relieving reimbursement program? Effects of a value-based reimbursement program on patient reported outcome measures. *BMC Health Serv Res*, 20(1), 805. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05578-8>

- Eurostat. (2021). *Eurostat database*. <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
- Glennard, A. H. (2020). Sweden: International Health Care System Profile. In R. Tikkanen, R. Osborn, E. Mossialos, A. Djordjevic, & G. Wharton (Eds.). Commonwealth Fund. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/sweden>
- Hanning, M., & Hellers, G. (1993). Day surgery in Sweden. *Ambulatory Surgery, 1*, 136-140.
- Magnussen, J., Vrangbæk, K., & Saltman, R. B. (Eds.). (2009). *Nordic health care systems - Recent reforms and current policy challenges*. Open University Press.
- OECD. (2016). *Better Ways to Pay for Health Care*. OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264258211-en>
- SALAR. (2020). *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2019*.
- Segerdahl, M., Warren-Stomberg, M., Rawal, N., Brattwall, M., & Jakobsson, J. (2008). Clinical practice and routines for day surgery in Sweden: results from a nation-wide survey. *Acta Anaesthesiol Scand, 52*(1), 117-124. <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2007.01472.x>
- Serdén, L., & Heurgren, M. (2011). Chapter 19: Sweden: The history, development and current use of DRGs. In R. Busse, A. Geissler, W. Quentin, & M. Wiley (Eds.), *Diagnosis-Related Groups in Europe* (pp. 339-357). World Health Organization/European Observatory on Health Systems and Policies.
- Socialstyrelsen. (2015). Vägledning till NordDRG [Guidance to NordDRG]. Svensk version 2016. (2015-12-29). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2015-12-29.pdf> [accessed: 26.11.22]
- Socialstyrelsen. (2020a). DRG-användning i regionerna år 2020.
- Socialstyrelsen. (2020b). DRG-statistik 2018. En beskrivning av vårdproduktion och vårdkonsumtion i Sverige. (2020-2-6657). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2020-2-6657.pdf> [accessed: 26.11.22]
- Socialstyrelsen. (2021). Logikändringar i NordDRG version 2021 [change of NordDRG logic in version 2021]. Retrieved 2021-02-17, from <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/drg/logiken-i-drg/> [accessed: 26.11.22]
- Socialstyrelsen. (2022a). DRG-statistik 2020. En beskrivning av vårdproduktion och vårdkonsumtion i Sverige. <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/drg/statistik-om-norddrgr/> [accessed: 01.03.23]
- Socialstyrelsen. (2022b, April 1, 2022). *National Patient Register*. National Board of Health and Welfare. Retrieved June 14, 2022 from <https://www.socialstyrelsen.se/en/statistics-and-data/registers/national-patient-register/> [accessed: 01.03.23]
- Stomberg, M. W., Brattwall, M., & Jakobsson, J. G. (2013). Day surgery, variations in routines and practices a questionnaire survey. *Int J Surg, 11*(2), 178-182. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2012.12.017>
- Trydegård, G.-B. (2003). Swedish Care Reforms in the 1990s. A First Evaluation of their Consequences for the Elderly People. *Revue française des affaires sociales*(4), 443-460. <https://doi.org/10.3917/rfas.034.0443>
- Wohlin, J., Fischer, C., Carlsson, K. S., Korlén, S., Mazzocato, P., Savage, C., Stalberg, H., & Brommels, M. (2021). As predicted by theory: choice and competition in a publicly funded and regulated regional health system yield improved access and cost control. *BMC Health Services Research, 21*(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06392-6>

Wohlin, J., Stalberg, H., Ström, O., Rolfson, O., Willers, C., & Brommels, M. (2017). Effects of introducing bundled payment and patients' choice of provider for elective hip and knee replacements in Stockholm county. *Karolinska Institutet*,. <https://ki.se/media/95244/download#:~:text=Quantitative%20analysis%20shows%20that%20he.compared%20to%202007-2008>). [accessed: 26.11.22]

## **12. Case Study: Switzerland**

### **12.1 Development of setting-independent services**

In Switzerland, the introduction of diagnosis related group (DRG)-based payment in 2012 was found to have supported a shift of service provision away from inpatient care towards increased use of ambulatory care (Lobsiger et al., 2014). The development started with the introduction of the Federal Health Insurance Act in 1996. Between 1996 and 2019, the spending for hospital outpatient services increased from CHF 1.4 billion to CHF 7.4 billion. Meanwhile, the share of non-hospital ambulatory care providers in total health care spending remained constant (Bundesamt für Statistik, 2021). Between 2015 and 2019, the share of ambulatory cases for some selected surgical interventions grew from 55% to 80%. The development differed between the regions (cantons). Cantons with a large increase in ambulatory activity were those with a comparably low starting level (Roth & Pellegrini, 2018). But compared internationally, Switzerland still has a strong focus on inpatient care. Hospitals claim that reimbursement for hospital outpatient activity is insufficient since the revision of the hospital financing system implemented in 2012 (H+, 2021). There remains large potential to shift inpatient service provision towards ambulatory settings. A study from 2016 estimated potential savings of up to CHF 1 billion per year (Schwendener et al., 2016).

### **12.2 Forms of setting-independent services**

Specialized health care in Switzerland is mainly provided by publicly or privately owned hospitals. Although most hospitals still focus on inpatient care, the delivery of outpatient care provided by hospitals constantly increased over the years (De Pietro et al., 2015). In 2015, hospitals provided 27 % of all outpatient services (H+, 2021). Many patients are treated in both settings within the same hospital and outpatient services represent an important role in the referral to inpatient treatments. In Switzerland, day care is not distinguished from other outpatient care provided by hospitals (De Pietro et al., 2015). All services that last less than 24 hours and do not occupy a hospital bed are defined as outpatient hospital services



(*spitalambulante Leistungen*) (Bundesamt für Statistik, 2017). Hospitals usually have a certain number of beds or wards for specified services such as chemotherapy designated to day care (De Pietro et al., 2015). Specialized physicians in solo or group practices are the main providers of specialized ambulatory care outside of hospitals. They are usually located in urban areas or nearby acute hospitals (Sturny, 2020). About 15% of the specialists are so called ambulatory attending physicians in hospitals (*Belegärzte*). These physicians have cooperation agreements with the local hospital to provide surgery and other medical services to their patients on the hospital's premises (De Pietro et al., 2015).

### **12.3 Payment systems**

The revision of the Federal Health Insurance Act in 2007 substantially changed the Swiss hospital financing system. The reform was mainly implemented in 2012 and replaced the per diem payment system with a country-wide uniform tariff structure based on the SwissDRGs (Bundesamt für Gesundheit, 2019). Another important change in this reform concerned the funding structures of inpatient services. A fixed division was created after which the regions account for at least 55% of inpatient healthcare costs whereas the mandatory health insurers pay a maximum of 45% (Bundesamt für Gesundheit, 2019). At the same time, the total costs of the outpatient sector remained in the responsibility of the health insurers (Sager et al., 2010). In 2019, hospital care accounted for about 37% of total health care expenditures in Switzerland. 51.2% of spending for hospitals was spent for inpatient services (Bundesamt für Statistik, 2021).

Ambulatory health care outside of hospitals is predominantly paid as fee-for-service based on the TARMED tariff introduced in 2004. The remaining reimbursement components (less than 10%) are made up by capitation payments negotiated with health maintenance organizations (HMOs) and physician networks (De Pietro et al., 2015). The TARMED tariff depends on various components, such as the duration of treatment, the required infrastructure and the complexity of the service (Santésuisse). Apart from a few exceptions, each service includes tax points for physician services and technical services (Finkenstädt, 2015). Remuneration of ambulatory services is calculated by multiplying the tax points by the tax point value. Tax points are determined at national level whereas tax point values (price per tax point) differ between regions based on negotiations between the cantonal tariff partners (EDI & BAG, 2017). The TARMED tariff applies to all ambulatory medical treatment in private physician practices but also to hospital outpatient services.

## 12.4 Incentive mechanisms and conclusion

Ambulatory care, both provided by physician practices and hospitals, is paid 100% by health insurers (De Pietro et al., 2015). In contrast, only 45% of inpatient treatment costs are covered by insurers while cantons cover the remaining 55%. In other words, health insurers pay less than half of the costs for inpatient treatment but the full costs for any ambulatory treatment. For health insurers, this funding structure may create a financial disincentive against the promotion of ambulatory versus inpatient care if the costs of ambulatory treatment are higher than the 45% cost share in the corresponding inpatient treatment (De Pietro et al., 2015). Furthermore, hospitals may also have a financial incentive against the substitution of inpatient with outpatient care if their cost margin is higher for inpatient care. Because of the different financing split and the ongoing shift from inpatient to ambulatory care, the tax-funded health expenditures by the cantons have stabilized while the insurer's spending share has been increasing, putting pressure on the premiums in the mandatory health insurance.

Switzerland rather aimed to promote a shift towards ambulatory settings by non-financial policy instruments, initialized by the cantons. In 2017, the cantonal health authority of Lucerne introduced a list of 12 intervention groups that must be provided as ambulatory cases exclusively, unless exceptional reasons apply. In January 2019, the nationwide regulation "Ambulatory before inpatient" (*Ambulant vor stationär*; AVOS) in Article 3c of its Ordinance on Health Care Services was introduced (Bundesamt für Gesundheit, 2021). The regulation defines a nationwide list of intervention groups that are only reimbursed by the health insurers if provided on an ambulatory basis - unless defined exceptional criteria apply which justify inpatient treatment (Table I Appendix 1a KLV/OPAS). The annually revised list included initially six intervention groups and is binding for all cantons. Cantons are free to extend the list and define additional interventions for which the canton only grants its share of financing if inpatient treatment is justified by exceptional reasons (Baumann & Wyss, 2021). By 2022, 14 of 26 cantons, implemented canton-specific lists with additional intervention groups (GDK, 2022). Although the decision about the treatment setting remains in the responsibility of the treating physician, the provider must justify on a case basis if inpatient treatment is required based on a defined list of medical and psychosocial factors which may justify inpatient treatment (Table II Appendix 1a KLV/OPAS). For reasons not included in the list, inpatient treatment will only be reimbursed after prior approval by the health insurance fund. Procedures and instruments used to ensure compliance with the guidelines can differ between cantons. Compared to other countries, the list of services to be provided primarily on an ambulatory

basis is currently comparatively short. The initial list deliberately contained a small number of elective procedures to give hospitals and insurers time to adapt organizational and administrative processes and structures. Acceptance of the list has shown to be high, and the cantons are willing to expand it.

Switzerland acted late compared to other European countries in implementing explicit incentives to promote ambulatory care delivery. Accordingly, there is still large potential to shift inpatient cases into ambulatory settings (Obsan, 2021). However, the measures introduced do not address the actual problem of the misaligned payment responsibilities (Baumann & Wyss, 2021). Currently, there are significant political efforts aimed at aligning the financing split between the cantons and the health insurers across most health services. The reform “Uniform financing of outpatient and inpatient services” (*Einheitliche Finanzierung ambulant/stationär; EFAS*) is expected to decrease the disincentives caused by the unequal financing of ambulatory and inpatient services.

## 12.5 Literature

Baumann, A., & Wyss, K. (2021). The shift from inpatient care to outpatient care in Switzerland since 2017: Policy processes and the role of evidence. *Health Policy*, 125(4), 512-519. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.01.012>

Bundesamt für Gesundheit. (2019). Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Schlussbericht des BAG an den Bundesrat. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/evaluationsberichte/evalber-kuv/evalber-kvg-revision-spitfi.html> [accessed: 03.06.21]

Bundesamt für Gesundheit. (2021). Ambulant vor Stationär. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Aerztliche-Leistungen-in-der-Krankenversicherung/ambulant-vor-stationaer.html> [accessed: 03.06.21]

Bundesamt für Statistik. (2017). *Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2015 - Standardtabellen*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/publikationen.assetdetail.2121182.html>

Bundesamt für Statistik. (2021). Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (National Health Accounts). <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/kosten-finanzierung/kosten.html#1369767729> [accessed: 26.11.22]

De Pietro, C., Camenzind, P., Sturny, I., Crivelli, L., Edwards-Garavoglia, S., Spranger, A., Wittenbecher, F., & Quentin, W. (2015). Switzerland: Health System Review. *Health Syst Transit*, 17(4), 1-288, xix. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26766626>

EDI, & BAG. (2017). Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung. *Eidgenössisches Department des Inneren (EDI), Bundesamt für Gesundheit (BAG)*.

- Finkenstädt, V. (2015). *Die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz*. Wissenschaftliches Institut der PKV.
- GDK. (2022). *Übersicht GDK «ambulant vor stationär»*. [https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/TB\\_GDK\\_AVOS\\_Kantone\\_202101\\_df.pdf](https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/TB_GDK_AVOS_Kantone_202101_df.pdf)
- H+. (2021). *H+ Spital- und Klinik-Monitor. Leistungen, Strukturen, Entwicklungen und Trends der Branche*. H+ Die Spitäler der Schweiz.
- Lobsiger, M., Tondelli, T., Kägi, W., Felder, S., & Pfinninger, T. (2014). Auswirkungen von SwissDRG auf die ambulante Versorgung. *Schweizerische Ärztezeitung*, 95(39), 1443-1444.
- Obsan. (2021). Ambulant vor Stationär: Entwicklung der Fallzahlen. *Schweizerisches Gesundheitsobservatorium*(06.08.2021). [https://ind.obsan.admin.ch/indicator/obsan/\\_090](https://ind.obsan.admin.ch/indicator/obsan/_090) [accessed: 26.11.22]
- Roth, S., & Pellegrini, S. (2018). *Die Entwicklung der ambulanten Versorgung in den Kantonen. Analyse von sechs Gruppen chirurgischer Leistungen (Obsan Bulletin 1/2019)*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Sager, F., Wälti, M., & Rüefli, C. (2010). *Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Möglichkeiten der Steuerung durch die Kantone (Obsan Dossier 10)*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Santésuisse. (2021). *Ärzte rechnen ihre Leistungen über TARMED ab*. <https://www.santesuisse.ch/tarife-leistungen/ambulante-leistungen/aerzte> [accessed: 06.08.21]
- Schwendener, P., Sommr, P., Pfinninger, T., Schulthess, M., & Obrist, M. (2016). Ambulant vor stationär. Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen. [https://www.pwc.ch/de/publications/2016/ambulant\\_vor\\_stationaer\\_de\\_16\\_web\\_final.pdf](https://www.pwc.ch/de/publications/2016/ambulant_vor_stationaer_de_16_web_final.pdf) [accessed: 26.11.22]
- Sturny, I. (2020). The Swiss Health Care System. In R. Tikkanen, R. Osborn, E. Mossialos, A. Djordjevic, & G. Wharton (Eds.), *2020 International Profiles of Health Care Systems* (pp. 191-200). The Commonwealth Fund. [https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2020-12/International\\_Profiles\\_of\\_Health\\_Care\\_Systems\\_Dec2020.pdf](https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2020-12/International_Profiles_of_Health_Care_Systems_Dec2020.pdf) [accessed: 06.08.21]

## 13. Case Study: United States of America

### 13.1 Development of setting-independent services

The health care market in the United States of America (USA) consists of multiple systems represented by multiple private health insurers that largely operate independently (Rice et al., 2020). Medicare and Medicaid represent the two major federal government health insurance programs. Due to these market structures, striving for efficiency was one of the main drivers of strengthening ambulatory care delivery as alternative to inpatient treatment. The introduction of the Medicare inpatient prospective payment system in 1983 created first incentives for hospitals to shift care from inpatient to ambulatory settings. Furthermore, the 2010 Affordable

Care Act aimed at controlling rising costs and improving the quality of health care delivery and thus may have contributed to an increased use of ambulatory care alternatives (Munnich & Parente, 2014). Ambulatory surgery has become an increasingly important part of medical care in the USA. Between 1995 and 2018, the share of outpatient surgeries in community hospitals compared to inpatient surgeries increased from 58 % to 68 %. During the same period, length of stay fell from 6.5 days to 5.4 days (American Hospital Association, 2020). At the same time, service provision in care settings alternative to hospitals such as independent ambulatory surgical centers, home health agencies, and outpatient dialysis facilities gained importance and contributed to the ongoing trend of fewer inpatient admissions (Munnich & Parente, 2014).

### **13.2 Forms of setting-independent services**

Acute inpatient care in the USA is mostly provided through general or specialty services by non-federal community hospitals. A small proportion of hospitals (4%) are operated by the federal government (Rice et al., 2020). Hospitals also provide a range of services in hospital outpatient departments (HOPD) and spending for these services has grown rapidly. Outpatient hospital care accounted for \$58 billion of total Medicare program spending in 2019 (MedPAC, 2020d). Ambulatory surgery can also be performed in free-standing ambulatory surgical centers (ASCs) (Munnich & Parente, 2014). ASCs are distinct entities from hospitals that play a major role in providing surgical services for patients who do not require hospitalization and an overnight stay. In 2016, most ASCs were in urban rather than rural areas and mainly for-profit institutions. ASCs departments are predominantly single-specialty, with Gastroenterology and Ophthalmology being the most common (MedPAC, 2021).

Specialists can also work in private practices, although specialist practices are increasingly integrating with hospital systems as well as consolidating with each other into most often single-specialty group practices. Ambulatory specialists are free to choose which form of insurance they will accept, though relatively lower reimbursement rates for Medicaid and Medicare services means access for those patients is usually limited (The Commonwealth Fund, 2020).

Health care in the USA is increasingly provided by Accountable Care Organizations (ACOs). ACOs are voluntary organizations of health care providers (doctors, hospitals, and other health professionals) that agree to coordinate care for patients in order to improve the quality and efficacy of services and reduce the costs of care (MedPAC, 2020a). ACOs tie coordination of patient care and enhanced patient outcomes to financial outcomes, offering an incentive for providers to increase or maintain patient care standards while reducing that care's financial

burden on the payer. Since introduction in 2012, the number of ACOs has consistently risen. As of 2019, there were more than 1,000 ACOs in the public and private markets, covering 32.7 million people (558 of these are Medicare ACOs) (The Commonwealth Fund, 2020).

## **13.3 Payment systems**

### **13.3.1 Inpatient care**

The Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) are responsible for the payment rules of all Medicare contracted inpatient and outpatient services. Payment systems differ depending on setting and type of provider. For each system (inpatient care in hospitals, outpatient care in hospitals and outpatient care in ASCs), payment is split into two parts: (1) for the provided facility services, and (2) for physician services. Since 1983, acute inpatient care in hospitals is paid in the Medicare Part A program under the Inpatient Prospective Payment System (IPPS) based on diagnosis related groups (DRGs) (CMS, 2021b). Inpatient cases are categorized into Medicare Severity Diagnosis Related Groups (MS-DRGs), which are primarily based on patients' clinical conditions and treatment strategies (procedures performed). IPPS primarily pays fixed per discharge rates covering operating and capital expenses during an inpatient illness episode but excluding physician services. The CMS set IPPS base rates (also standardized payment amounts) for operating costs and capital costs. These base rates are then adjusted for geographic differences in wages and for case mix to reflect a patient's condition and expected costliness. In 2021, there were about 338 base DRGs in the MS-DRG system. Most are split into two or three MS-DRGs based on the presence of comorbidities or complications, resulting in a total of 767 MS-DRGs. Additional payments can be made to hospitals for extremely lengthy or expensive inpatient stays (MedPAC, 2020c). The list of MS-DRGs from 2022 including cost weights and mean length of stay can be found in Table 5 of the FY 2022 Final Rule Tables (CMS, 2021b). The Two-Midnight rule (short inpatient hospital stays) defines whether an inpatient admission is payable under Medicare Part A. The payment is subject to certain conditions concerning the expectations of the admitting practitioner that the hospital stay requires at least two midnights or circumstances of the patient that justify the admission. In addition, if the admission does not meet the benchmark, it is nonetheless payable under Part A under a case-by-case basis (CMS, 2015a, 2015b).

## **13.3.2 Ambulatory care**

### **13.3.2.1 Hospital outpatient services**

Since 2000, Medicare in hospital outpatient departments (HOPD) are paid by the Medicare Outpatient Prospective Payment System (OPPS) under the Medicare Part B program (CMS, 2020). The OPPS categorizes ambulatory care into procedural groups which are defined to be homogenous in terms of the medical procedures and resources required. These groups are called ambulatory payment classifications (APCs) and all services within the same APC receive the same payment rate. Each APC receives a relative weight that measures the resource requirements and is based on the mean cost of services in that APC. The relative weight is multiplied by a conversion factor which translates the relative weights into dollar amounts and by a wage-adjusted conversion factor to result in the base payment rate for each APC. Both the relative weights and the conversion factor are updated annually. Professional services, such as physician services, that may be provided during an outpatient visit are paid separately (MedPAC, 2020c).

Generally, the unit of payment under the OPPS is the individual service as identified by Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) codes. However, so called “Comprehensive APCs” (C-APCs) are intended to provide single payments for entire outpatient encounters. For each of the currently 69 C-APCs, integral services are packaged together to pay a primary service and all adjunctive services that support the primary service in one single payment (CMS, 2020). The decision about which services to package is informed by comments from hospitals, hospital suppliers, and others. This packaging intends to incentivize hospitals to consider the cost of the packaged services and to evaluate their treatment methods to identify lower cost alternatives for providing care. In general, one single (composite) payment is made when two or more related ultrasound, MRI or CT services are provided in the same outpatient visit. Additional payments for cases with exceptional high costs are possible. For services that are too new to be represented in the cost data used to develop the initial payment rates for the OPPS, there are “new technology APCs” which are only based on similarity of resource use (MedPAC, 2020d). The list of HCPCS codes and APCs payable under the OPPS is published and updated annually by the CMS. In 2021, the list contained about 677 APCs and 6,303 HCPCS codes (CMS, 2020).

### **13.3.2.2 Ambulatory Surgical Center (ASC) services**

Since 2008, payment for ASCs is regulated separately by the CMS but largely related to the OPPS system for hospital outpatient departments under the Medicare Part B program (CMS, 2020). Procedures approved to be provided by ASCs are also grouped into an ambulatory payment classification (APC) where the payment rate within is equal and based on mean costs. The ASC system largely uses the same APCs as the OPPS. Payment rates based on HCPCS codes have relative weights and are adjusted for geographic differences. Both, relative weights, and the adjustment factors are largely like those within the OPPS and depending on the hospital outpatient data. Also, a conversion factor is used to translate the relative weights into dollar amounts. However, the conversion factor for ASCs is usually lower than in the OPPS. In 2020, the ASC conversion factor was 59% of the OPPS conversion factor (MedPAC, 2020b). Similar to the OPPS system, there is an annually updated list of surgical procedures and ancillary services which are approved to be provided by ASCs and paid by Medicare. In 2021, the list contained about 4,266 HCPCS codes including for example release shoulder joints, partial removal of hand bone, small bowel endoscopy and glaucoma surgery (CMS, 2020).

Over the years, the list of services payable for outpatient hospital departments and ASCs has grown considerably. At the same time, the *inpatient only list* (IPO) defines procedures which will only be paid as inpatient procedures under the IPPS. The IPO list differs between HOPD and ASC services. Currently, there are 1,438 procedure codes for hospital outpatient departments and 1,837 procedure codes for ASCs defined for inpatient only treatment (CMS, 2020). The IPO list is updated annually and was constantly reduced over time. For 2021, it was proposed to eliminate the IPO list over a three-year transitional period which would make all procedures eligible to be paid in the hospital outpatient setting when outpatient care is appropriate. However, most stakeholders strongly disagreed to this proposal due to hesitations regarding patient safety and quality. Consequently, all of the 298 removed procedures were re-evaluated and added to the IPO list for 2022 again (CMS, 2021a).

### **13.3.2.3 Payment of physicians and other health professionals**

As mentioned already, Medicare pays professional services separately from the facility services. Payments for physician and other health professional services is made as fee-for-service based on the Medicare Physician Fee Schedule (MPFS) (CMS, 2019). The payment system covers professional services such as office visits, surgical procedures, and other diagnostic and therapeutic services in all settings like physician offices, hospitals, ASCs, skilled



nursing facilities and other post-acute care settings, hospices, outpatient dialysis facilities, clinical laboratories, and beneficiaries' home (MedPAC, 2020e). The CMS determines the payment rate for each service based on clinician work required to provide the service, expenses related to maintaining a practice and professional liability insurance. Services are also classified according to the HCPCS which contains codes for about 10,000 distinct services. Payment rates are based on relative weights (*relative value units*; RVUs) which account for the relative costliness of the inputs used to provide clinician services. Payments are calculated by multiplying the physician's resource costs by a conversion factor determined by the CMS and are adjusted for geographical differences in resource costs.

### **13.4 Incentives mechanisms and conclusion**

There are no direct financial incentives in the USA to promote the transition from inpatient to ambulatory care settings. Rather, prospective payment models are used and relied on to drive efficiency, reduce length of stay, and promote the choice of less costly care alternatives and settings. Next to the prospective payment models for inpatient and outpatient hospital care, prospective payment models are also increasingly fostered in other ambulatory settings such as home health agencies and for outpatient dialysis. However, the various payment models differ by setting and thus do not set explicit financial incentives to transition services from inpatient to ambulatory care alternatives. Inpatient care is paid under the Hospital Inpatient Prospective Payment System in the Medicare Part A program. In contrast, the Hospital Outpatient Prospective Payment System is paid under the Medicare Part B program and can be seen as a hybrid of a prospective payment system and a fee schedule. For both systems, payment rates are set separately based on average costs in the corresponding setting. Providing efficient inpatient care can still be more cost-effective for the provider than providing efficient outpatient care. For independent ambulatory surgical centers, the payment rate is even just a fraction of the payment rates for outpatient hospital departments. Nevertheless, the prospective payment models introduced in various settings of health care may still have indirectly contributed to the growing share of outpatient health care delivery over the past decades. Researchers have shown that the dialysis prospective payment is associated with an overall increase in the use of home dialysis. Between January 2014 and December 2019, the share of beneficiaries dialyzing at home increased from 10% to almost 13% (Lin et al., 2017).

Recently, the policy focus in the USA has switched towards the extension of so-called Alternative Payment Models (APM), such as the *Bundled Payment Care Improvement Advance*

*Model*, which increasingly influence the organization and delivery of care to patients by health care organizations and clinicians (Liao et al., 2020). APMs aim at encouraging high-value care by holding providers financially accountable for both the quality and the costs of care. In these approaches, decision about treatment settings remains in the responsibility of providers with only few regulations. So far, APMs have been associated with modest reductions in Medicare spending without any apparent compromises in quality. Future research should keep an eye on the transitional effects of these programs between care settings.

### 13.5 Literature

American Hospital Association. (2020). Trendwatch Chartbook 2020 - Supplementary data tables. <https://www.aha.org/system/files/media/file/2020/10/TrendwatchChartbook-2020-Appendix.pdf> [accessed: 26.11.22]

CMS. (2015a). Fact Sheet: Two-Midnight-Rule. *Center for Medicare & Medicaid Services (CMS)*. <https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/fact-sheet-two-midnight-rule-0#:~:text=The%20Two%2DMidnight%20rule%20also,expected%20duration%20of%20the%20service.> [accessed: 26.11.22]

CMS. (2015b). Hospital Outpatient Prospective Payment- Final Rule with Comment Period and Final CY2016 Payment Rates. *Federal Register*, 80(CMS-1633-FC; CMS-1607-F2).

CMS. (2019). *PFS Relative Value Files*. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). Retrieved 13.09.2021 from <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/PhysicianFeeSched/PFS-Relative-Value-Files>

CMS. (2020). Hospital Outpatient Prospective Payment- Notice of Final Rulemaking with Comment Period (NPRM) 2021. *Federal Register*, 85(CMS-1736-FC).

CMS. (2021a). Hospital Outpatient Prospective Payment - Notice of Final Rulemaking with Comment Period (NPRM) 2022. *Federal Register*, 86(CMS-1753-P).

CMS. (2021b). Medicare Program; Hospital Inpatient Prospective Payment Systems for Acute Care Hospitals and the Long-Term Care Hospital Prospective Payment System and Policy Changes and Fiscal Year 2022 Rates; Quality Programs and Medicare Promoting Interoperability Program Requirements for Eligible Hospitals and Critical Access Hospitals; Changes to Medicaid Provider Enrollment; and Changes to the Medicare Shared Savings Program. *Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)*, 86(CMS-1752-F).

Liao, J. M., Navathe, A. S., & Werner, R. M. (2020). The Impact of Medicare's Alternative Payment Models on the Value of Care. *Annu Rev Public Health*, 41, 551-565. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040119-094327>

Lin, E., Cheng, X. S., Chin, K. K., Zubair, T., Chertow, G. M., Bendavid, E., & Bhattacharya, J. (2017). Home Dialysis in the Prospective Payment System Era. *J Am Soc Nephrol*, 28(10), 2993-3004. <https://doi.org/10.1681/asn.2017010041>

MedPAC. (2020a). Accountable Care Organizations. *The Medicare Payment Advisory Commission (MedPAC)*. <https://www.medpac.gov/document-type/payment-basic/> [accessed: 26.11.22]

- MedPAC. (2020b). Ambulatory Surgery Center Payment System. *The Medicare Payment Advisory Commission (MedPAC)*. <https://www.medpac.gov/document-type/payment-basic/> [accessed: 26.11.22]
- MedPAC. (2020c). Hospital Acute Inpatient Services Payment System. *The Medicare Payment Advisory Commission (MedPAC)*. <https://www.medpac.gov/document-type/payment-basic/> [accessed: 26.11.22]
- MedPAC. (2020d). Outpatient Hospital Services Payment System. *The Medicare Payment Advisory Commission (MedPAC)*. <https://www.medpac.gov/document-type/payment-basic/> [accessed: 26.11.22]
- MedPAC. (2020e). Physicians and Other Health Professionals Payment System. *The Medicare Payment Advisory Commission (MedPAC)*. <https://www.medpac.gov/document-type/payment-basic/> [accessed: 26.11.22]
- MedPAC. (2021). Report to the congress: Medicare Payment Policy. <https://www.medpac.gov/document/march-2021-report-to-the-congress-medicare-payment-policy/> [accessed: 26.11.22]
- Munnich, E. L., & Parente, S. T. (2014). Procedures take less time at ambulatory surgery centers, keeping costs down and ability to meet demand up. *Health Aff (Millwood)*, 33(5), 764-769. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2013.1281>
- Rice, T., Rosenau, P., Unruh, L. Y., & Barnes, A. J. (2020). *United States: Health system Review* (Vol. 22). European Observatory on Health Systems and Policies.
- The Commonwealth Fund. (2020). The U.S. Health Care System. In R. Tikkanen, R. Osborn, E. Mossialos, A. Djordjevic, & G. Wharton (Eds.), *2020: International profiles of Health Care Systems*. The Commonwealth Fund. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/united-states> [accessed: 26.11.22]



## Payment of setting-independent health care services

Thank you very much for participating in this survey.

An increasing number of specialised health care services can be delivered in an ambulatory/outpatient as well as inpatient setting. A typical example is a tonsillectomy which can be performed as a day surgery or as an inpatient/admitted case.

**In the following, we call these services "setting-independent services".**

In Germany, the payment for specialised health care services can differ largely dependent on the setting the service was performed in. This research project aims to develop a concept for the payment of setting-independent services in Germany in which providers are incentivised to choose the setting which best reflects the patients' needs and at the same time uses existing resources in the most efficient way. A relevant part of this project is to understand existing approaches in other countries and learn from best practice. To achieve this, we would highly appreciate your contribution of expertise.

**To start answering the questions please click [here](#).**

If you have any related questions or problems please contact us:

Anika Kreutzberg  
[anika.kreutzberg@tu-berlin.de](mailto:anika.kreutzberg@tu-berlin.de)  
+49(0)30 - 314 292 22

Helene Eckhardt  
[helene.eckhardt@tu-berlin.de](mailto:helene.eckhardt@tu-berlin.de)  
+49(0)30 - 314 284 20

## Country X

Please answer the questions from the perspective of **country X**.

Please insert "**not applicable**" if a question is not applicable to your country and **leave blank** questions where you don't have any information about.

Where relevant please provide names of **institutions and regulative terms in native language**.

You can also provide **links** to further relevant resources.

	Question	Your answer
<p><b>Relevance of setting-independent services</b></p> <p>In this section, we ask some general questions about setting-independent health care services, which are services that can be delivered in an ambulatory/outpatient as well as inpatient setting.</p>	Please briefly describe how the proportion of services provided in ambulatory/outpatient settings compared to the proportion of services provided in inpatient settings changed in the past 20 years? If possible please provide a source of information where national numbers or rates of outpatient/inpatient surgeries (and else) are published.	
	What would you think were the main drivers for this change (or obstacles in case of no change)?	
	Do you have (or had in the past) a public discussion about the payment of setting-independent services or services which should preferably be provided in an ambulatory/outpatient setting in your country? If yes, please briefly describe what aspects were/have been discussed.	
	What are/were the main viewpoints in this discussion and which stakeholders represented them (outpatient providers, inpatient providers, payers, politicians....)?	
	What is/was the outcome of this discussion? For example, a policy document, report, new law/regulation. If possible, please provide a link to a source of information.	
	Which alternative types of service delivery exist next to traditional inpatient treatment in your country? For example, day surgery or day hospitalisation. Please also provide terms in native language and a brief description of the type of services.	

	Question	Your answer
	Are there types of health care services (surgical, medical or diagnostic) which are particularly promoted to be provided in ambulatory/outpatient settings in your country? For example, chemotherapy, oncology, dialysis. Please specify which.	
<b>Inpatient acute health care services</b>  This section deals with the payment of inpatient acute health care services (excluding psychiatric and rehabilitative services as well as emergency and intensive care)	Which payment system is used to pay providers of <b>inpatient acute health care services</b> ? Since when?	
	Which law/regulation underpins payment of <b>inpatient health care services</b> ? If available, please provide a link to relevant documents.	
	Which document(s) describe(s) the case classification system and the corresponding payment rules for <b>inpatient health care services</b> ? If possible, please provide a link to the document(s).	
	Please briefly describe how a decision is made whether a patient should be admitted as an <b>inpatient case</b> or not? Who decides? Based on which criteria (if any)? What (if any) control mechanisms are in place to evaluate the appropriateness of the decision?	
	Is there a list of health care services which <b>have to be</b> treated as inpatient cases? If yes, please name the list and/or provide a link where we can find it.	
	If there is a list, please briefly describe who defines this list and how? For example, based on scientific evidence, result of an expert discussion. How often is it updated?	
	Do you have a payment rule for <b>short stay outliers</b> ? If yes, how is a short stay outlier defined and how does the payment for short stay outliers differ from hospital stays with „normal“ length of stay?	
	Which case groups (if any) are excluded from the short stay outlier rule?	

	Question	Your answer
	What changes to the short stay outlier rule (if any) are currently discussed for the near future?	
<p><b>Day case treatment</b></p> <p>This section deals with the definition and payment of day cases - sometimes also referred to as day surgery or ambulatory surgery. We use the term "day case" to describe cases which receive surgical or medical treatment in a very short period of time (usually within a maximum of 24 hours) either in outpatient departments of hospitals or in independent outpatient clinics.</p>	Is there a separate payment rule for <b>day case treatment</b> in your country? Since when?	
	Which law/regulation underpins the payment of <b>day case treatment</b> ?	
	How is a <b>day case</b> defined according to this regulation?	
	Which providers are allowed to provide <b>day case treatments</b> ? What is each providers' approximate share in the provision of day case treatments? Did this share significantly change over the past 10 years?	
	Is there a list of health care services which <b>can be</b> and/or <b>have to be</b> provided as day case treatments? Please name the list and/or provide a link where we can find it.	
	Please briefly describe who defines this list and how? For example, based on scientific evidence, result of an expert discussion. How often is it updated?	
	Are there any general criteria to define which health care services should be included on this list? For example, certain complexity levels, services with a high prevalence, certain age groups.	
	Please briefly describe how the price for a day case is calculated? Which costs are considered? Which costs are excluded?	
How does the payment for an approved day case treatment differ from the payment of the same service in an inpatient setting? For example, day case payment is lower/equal/higher than for inpatient admission, or other, please specify.		

	Question	Your answer
	What changes (if any) to the payment rules of day cases are currently discussed for the near future?	
<b>Ambulatory/outpatient specialised health care services</b>  This section deals with any other ambulatory/outpatient specialised health care services which are not day case treatments and not part of primary care.	Which type of providers are allowed to deliver ambulatory/outpatient specialised health care (other than day cases) services? What is each providers approximate share in the provision of ambulatory/outpatient specialised health care?	
	Which payment system do you operate for ambulatory/outpatient specialised health care services? Since when? Please differentiate if different providers are paid by different systems.	
	Which law/regulation underpins payment of ambulatory/outpatient specialised health care services?	
	Is there a list of health care services which <b>can be</b> and/or <b>have to be</b> provided as ambulatory/outpatient specialised treatment? Please name the list and/or provide a link where we can find it.	
	What changes (if any) to the payment rules of ambulatory/outpatient specialised health care services are currently discussed for the near future?	
<b>Reimbursement of selected service categories</b>  In this section we are interested in the payment rules for selected service categories. Our main focus is whether these services are paid equally or differently depending on the setting they are provided in. You can refer to previous answers if payment rules are the same as already mentioned.	Please briefly describe how <b>diagnostics and imaging</b> services are paid for in an <b>inpatient</b> setting.	
	Please briefly describe how <b>diagnostics and imaging</b> services are paid for in an <b>outpatient</b> setting.	
	Please briefly describe how <b>chemotherapy</b> services are paid for in an <b>inpatient</b> setting.	



	Question	Your answer
	Please briefly describe how <b>chemotherapy</b> services are paid for in an <b>outpatient</b> setting.	
	Please briefly describe how <b>radiotherapy</b> services are paid for in an <b>inpatient</b> setting.	
	Please briefly describe how <b>radiotherapy</b> services are paid for in an <b>outpatient</b> setting.	
	Please briefly describe how <b>dialysis</b> services are paid for in an <b>inpatient</b> setting.	
	Please briefly describe how <b>dialysis</b> services are paid for in an <b>outpatient</b> setting.	
<b>Other programs/incentives related to setting-independent services</b>	Please name and briefly describe any <b>pay-for-performance</b> or similar incentive programs you can think of which explicitly aim to promote the delivery of services in ambulatory/outpatient settings or as day cases.	
	Please name and briefly describe any <b>non-financial incentives</b> you can think of which explicitly aim to promote the delivery of services in ambulatory/outpatient settings or as day cases. For example, minimum quantities/share or quota of ambulatory/outpatient or day cases.	

**Anlage 3 Liste der Institutionen angefragter Expert:innen für die Expertenbefragung**

<b>Land</b>	<b>Institution</b>
<b>Australien</b>	Grattan Institute
<b>Belgien</b>	KCE - Belgian Health Care Knowledge Centre
<b>England</b>	Centre for Health Economics, University of York
	Nuffield Trust
	The Health Foundation
<b>Estland</b>	Nordic Casemix Centre
	WHO BARCA OFFICE
<b>Dänemark</b>	Department of Political Science, University of Copenhagen
	DaCHE - Danish Centre for Health Economics, Syddansk Universiteit
<b>Finnland</b>	Faculty of Social Science, Tampere University
	Finnish Institute for Health and Welfare
	Tmi Preusker - Health System Analysis/Health Policy Research -
<b>Frankreich</b>	Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)
	Université de Paris 1 Pathéon-Sorbonne
<b>Italien</b>	Università Bocconi
<b>Irland</b>	Trinity College Dublin
<b>Kanada</b>	Institute of Health Policy, Management and Evaluation University of Toronto
<b>Niederlande</b>	Radboud University Medical School
<b>Norwegen</b>	Norwegian Institute of Public Health
	Institute of Health and Society, Universitas Osloensis
	Norwegian Directorate of Health
<b>Österreich</b>	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK)
	Institut für Höhere Studien Wien
	Gesundheit Österreich GmbH
<b>Polen</b>	Jagiellonian University Medical School
<b>Portugal</b>	NOVA School of Business and Economics
<b>Schweden</b>	Lund University
	IHE The Swedish Institute for Health Economics
<b>Schweiz</b>	Universität Luzern
<b>Spanien</b>	Data Science for Health Services and Policy Research Group, Institute for Health Sciences, IACS
<b>United States</b>	UCLA
	Urban Institute
	Texas A&M University Corpus Christi
	Commonwealth Fund
	University of California

## Anlage 4 Suchstrategien pro Datenbank

### Suchstrategie in EMBASE (Ovid)

Datum der Suche: 11.03.2021

Search no.	Query	Results
1	exp ambulatory surgery/	16027
2	("Ambulatory Surg*" or "Outpatient Surg*" or "Same day discharge" or "Single-Visit Surgery" or "day surg*" or "Outpatient procedur*" or "Ambulatory procedur*" or "Outpatient treatment" or "Ambulatory treatments").ab,ti,kw.	28032
3	("same-day" and (surg* or procedur* or discharge)).ab,ti,kw.	9395
4	1 or 2 or 3	41792
5	exp outpatient department/	87728
6	(surg* or procedur* or treatment or treatments).ab,ti,kw.	9631121
7	5 and 6	34788
8	exp surgery/	5505108
9	(Ambulatory or Outpatient or "Same day" or "day case" or "day cases").ab,ti,kw.	375171
10	8 and 9	80811
11	4 or 7 or 10	129030
12	exp reimbursement/	59046
13	("reimburs*" or "pay" or "paid" or "pays" or paying or payment or "payments" or "financ*" or "funded" or "funds" or "fund" or "fundings" or "funding" or "Diagnosis-Related Groups" or "Diagnosis-Related Group" or "Diagnostic Related Groups" or "Diagnostic Related Group" or "tariff" or "tariffs" or "shared saving*" or "budget*" or "fee" or "fees" or "remunerate" or "remunerated" or "remunerating" or remuneration or remunerations or "repricing" or "pricing").ab,ti,kw.	552850
14	12 or 13	576352
15	exp motivation/	113532
16	(reform* or regulat* or incentiv* or penaliz* or penalt* or "boost*" or "encourag*" or "impetus" or impulse or "incitation" or "incite" or "incited" or "incitement" or "incitements" or "incites" or "momentum" or "momentums" or motivat* or stimulus or "stimulat*").ab,ti,kw.	4380746
17	15 or 16	4423802
18	11 and 14 and 17	988
19	limit 18 to yr="1990 -Current"	898

## Suchstrategie in MEDLINE (Ovid)

Datum der Suche: 11.03.2021

Search no.	Query	Results
1	exp ambulatory surgery/	12418
2	("Ambulatory Surg*" or "Outpatient Surg*" or "Same day discharge" or "Single-Visit Surgery" or "day surg*" or "Outpatient procedur*" or "Ambulatory procedur*" or "Outpatient treatment" or "Ambulatory treatments").ab,ti,kw.	18450
3	("same-day" and (surg* or procedur* or discharge)).ab,ti,kw.	4763
4	1 or 2 or 3	28772
5	exp Outpatient Clinics, Hospital/	17200
6	(surg* or procedur* or treatment or treatments).ab,ti,kw.	6675849
7	5 and 6	4461
8	exp Specialties, Surgical/	203260
9	(Ambulatory or Outpatient or "Same day" or "day case" or "day cases").ab,ti,kw.	227423
10	8 and 9	2463
11	4 or 7 or 10	34495
12	exp Reimbursement Mechanisms/	37129
13	("reimburs*" or "pay" or "paid" or "pays" or paying or payment or "payments" or "financ*" or "funded" or "funds" or "fund" or "fundings" or "funding" or "Diagnosis-Related Groups" or "Diagnosis-Related Group" or "Diagnostic Related Groups" or "Diagnostic Related Group" or "tariff" or "tariffs" or "shared saving*" or "budget*" or "fee" or "fees" or "remunerate" or "remunerated" or "remunerating" or remuneration or remunerations or "repricing" or "pricing").ab,ti,kw.	393577
14	12 or 13	412248
15	exp motivation/	174154
16	(reform* or regulat* or incentiv* or penaliz* or penalt* or "boost*" or "encourag*" or "impetus" or impulse or "incitation" or "incite" or "incited" or "incitement" or "incitements" or "incites" or "momentum" or "momentums" or motivat* or stimulus or "stimulat*").ab,ti,kw.	3424927
17	15 or 16	3544490
18	11 and 14 and 17	383
19	limit 18 to yr="1990 -Current"	347

## Suchstrategie in PUBMED (PubMed)

Datum der Suche: 12.03.2021

Search no.	Query	Results
1	"Ambulatory Surgical Procedures"[Mesh]	12,424
2	("Ambulatory Surg*" [tiab] OR "Outpatient Surg*" [tiab] OR "Same day discharge" [tiab] OR "Single-Visit Surgery" [tiab] OR "day surg*" [tiab] OR "Outpatient procedur*" [tiab] OR "Ambulatory procedur*" [tiab] OR "Outpatient treatment" [tiab] OR "Ambulatory treatments" [tiab])	18,458
3	"same-day" [tiab] AND (surg* [tiab] OR surgery [tiab] OR surgic* [tiab] OR procedur* [tiab] OR discharge [tiab])	4,796
4	#1 OR #2 OR #3	28,782
5	"Outpatient Clinics, Hospital" [Mesh]	17,203
6	surg* [tiab] OR procedur* [tiab] OR treatment [tiab] OR treatments [tiab]	6,737,676
7	#5 AND #6	4,473
8	"Surgical Procedures, Operative" [Mesh]	3,219,652
9	Ambulatory [tiab] OR Outpatient [tiab] OR "Same day" [tiab] OR "day case" [tiab] OR "day cases" [tiab]	238,648
10	#8 AND #9	38,959
11	#4 OR #7 OR #10	58,002
12	"Reimbursement Mechanisms" [Mesh]	37,138
13	reimburs* [tiab] OR pay [tiab] OR paid [tiab] OR pays [tiab] OR paying [tiab] OR payment [tiab] OR payments [tiab] OR "financ*" [tiab] OR "funded" [tiab] OR "funds" [tiab] OR "fund" [tiab] OR "fundings" [tiab] OR "funding" [tiab] OR "Diagnosis-Related Groups" [tiab] OR "Diagnosis-Related Group" [tiab] OR "Diagnostic Related Groups" [tiab] OR "Diagnostic Related Group" [tiab] OR "tariff" [tiab] OR "tariffs" [tiab] OR "shared saving*" [tiab] OR budget* [tiab] OR "fee" [tiab] OR "fees" [tiab] OR "remunerate" [tiab] OR "remunerated" [tiab] OR "remunerating" [tiab] OR "remuneration" [tiab] OR "remunerations" [tiab] OR repricing [tiab] OR pricing [tiab]	393,81
14	#12 OR #13	412,451
15	reform* [tiab] OR regulat* [tiab] OR incentiv* [tiab] OR penaliz* [tiab] OR penalt* [tiab] OR "boost*" [tiab] OR "encourag*" [tiab] OR "impetus" [tiab] OR impulse [tiab] OR "incitation" [tiab] OR ("incite" [tiab] OR "incited" [tiab] OR "incitement" [tiab] OR "incitements" [tiab] OR "incites" [tiab] OR "momentum" [tiab] OR "momentums" [tiab]) OR "motivat*" [tiab] OR "motivation" [MeSH Terms] OR ("stimulus" [tiab] OR "stimulat*" [tiab])	3,558,328
16	#11 AND #14 AND #15	465
17	("1990" [Date - Publication] : "2021/03/11" [Date - Publication])	23,189,778
18	#16 AND #17	418

## Suchstrategie in Cochrane Library (Cochrane Library – Wiley)

Datum der Suche: 12.03.2021

Search no.	Query	Results
1	MeSH descriptor: [Ambulatory Surgical Procedures] explode all trees	1559
2	((Ambulatory OR outpatient OR day) AND (surg* OR procedur* OR treatment OR treatments OR discharge)):ab,ti,kw	213953
3	{OR #1, #2}	213953
4	MeSH descriptor: [Outpatient Clinics, Hospital] explode all trees	655
5	(surg* OR procedur* OR treat* OR discharge):ab,ti,kw	1059519
6	#4 AND #5	381
7	MeSH descriptor: [Surgical Procedures, Operative] explode all trees	120025
8	(Ambulatory OR outpatient OR day OR "single visit"):ab,ti,kw	291483
9	#7 AND #8	20109
10	#3 OR #6 OR #9	216048
11	MeSH descriptor: [Reimbursement Mechanisms] explode all trees	264
12	(reimburs* OR pay OR paid OR pays OR paying OR payment OR payments OR financ* OR funded OR funds OR fund OR fundings OR funding OR "Diagnosis-Related Groups" OR "Diagnosis-Related Group" OR "Diagnostic Related Groups" OR "Diagnostic Related Group" OR tariff OR tariffs OR shared saving* OR budget* OR fee OR fees OR remunerate OR remunerated OR remunerating OR remuneration OR remunerations OR repricing OR pricing):ab,ti,kw	36908
13	(reform* OR regulat* OR incentiv* OR penaliz* OR penalt*):ab,ti,kw	45795
14	#11 OR #12 OR #13	79780
15	(#10 AND #12) OR #11 with Cochrane Library publication date from Jan 1990 to present, in Cochrane Reviews	324

## Suchstrategie in Business Source Complete (EBSCOhost)

Datum der Suche: 12.03.2021

Search no.	Query	Results
1	TI ( "Ambulatory Surg*" OR "Ambulatory Surgeries" OR "Ambulatory Surgical" OR "Outpatient Surgery" OR "Outpatient Surg*" OR "Outpatient Surgical" OR "Same day discharge*" OR "Single-Visit Surgery" OR "day surg*" OR "day surgeries" OR "day surgical" OR "Outpatient procedur*" OR "Outpatient procedures" OR "Ambulatory procedur*" OR "Ambulatory procedures" OR "Outpatient treatment" OR "Ambulatory treatments" ) OR KW ( "Ambulatory Surg*" OR "Ambulatory Surgeries" OR "Ambulatory Surgical" OR "Outpatient Surgery" OR "Outpatient Surg*" OR "Outpatient Surgical" OR "Same day discharge*" OR "Single-Visit Surgery" OR "day surg*" OR "day surgeries" OR "day surgical" OR "Outpatient procedur*" OR "Outpatient procedures" OR "Ambulatory procedur*" OR "Ambulatory procedures" OR "Outpatient treatment" OR "Ambulatory treatments" ) OR AB ( "Ambulatory Surg*" OR "Ambulatory Surgeries" OR "Ambulatory Surgical" OR "Outpatient Surgery" OR "Outpatient Surg*" OR "Outpatient Surgical" OR "Same day discharge*" OR "Single-Visit Surgery" OR "day surg*" OR "day surgeries" OR "day surgical" OR "Outpatient procedur*" OR "Outpatient procedures" OR "Ambulatory procedur*" OR "Ambulatory procedures" OR "Outpatient treatment" OR "Ambulatory treatments" ) OR SU ( "Ambulatory Surg*" OR "Ambulatory Surgeries" OR "Ambulatory Surgical" OR "Outpatient Surgery" OR "Outpatient Surg*" OR "Outpatient Surgical" OR "Same day discharge*" OR "Single-Visit Surgery" OR "day surg*" OR "day surgeries" OR "day surgical" OR "Outpatient procedur*" OR "Outpatient procedures" OR "Ambulatory procedur*" OR "Ambulatory procedures" OR "Outpatient treatment" OR "Ambulatory treatments" )	1,514
2	TI ( "same-day" AND (surg* OR procedur* OR discharge) ) OR AB ( "same-day" AND (surg* OR procedur* OR discharge) ) OR KW ( "same-day" AND (surg* OR procedur* OR discharge) ) OR SU ( "same-day" AND (surg* OR procedur* OR discharge) )	119
3	S1 OR S2	1,603
4	TI ( reimburs* OR pay OR paid OR pays OR paying OR payment OR payments OR financ* OR funded OR funds OR fund OR fundings OR funding OR "Diagnosis-Related Groups" OR "Diagnosis-Related Group" OR "Diagnostic Related Groups" OR "Diagnostic Related Group" OR tariff OR tariffs OR shared saving* OR budget* OR fee OR fees OR remunerate OR remunerated OR remunerating OR remuneration OR remunerations OR repricing OR pricing ) OR AB ( reimburs* OR pay OR paid OR pays OR paying OR payment OR payments OR financ* OR funded OR funds OR fund OR fundings OR funding OR "Diagnosis-Related Groups" OR "Diagnosis-Related Group" OR "Diagnostic Related Groups" OR "Diagnostic Related Group" OR tariff OR tariffs OR shared saving* OR budget* OR fee OR fees OR remunerate OR remunerated OR remunerating OR remuneration OR remunerations OR repricing OR pricing ) OR KW ( reimburs* OR pay OR paid OR pays OR paying OR payment OR payments OR financ* OR funded OR funds OR fund OR fundings OR funding OR "Diagnosis-Related Groups" OR "Diagnosis-Related Group" OR "Diagnostic Related Groups" OR "Diagnostic Related Group" OR tariff OR tariffs OR shared saving* OR budget* OR fee OR fees OR remunerate OR remunerated OR remunerating OR remuneration OR remunerations OR repricing OR pricing ) OR SU ( reimburs* OR pay OR paid OR pays OR paying OR payment OR payments OR financ* OR funded OR funds OR fund OR fundings OR funding OR "Diagnosis-Related Groups" OR "Diagnosis-Related Group" OR "Diagnostic Related	3,694,373

Search no.	Query	Results
	Groups” OR “Diagnostic Related Group” OR tariff OR tariffs OR shared saving* OR budget* OR fee OR fees OR remunerate OR remunerated OR remunerating OR remuneration OR remunerations OR repricing OR pricing )	
5	TI ( reform* OR regulat* OR incentiv* OR penaliz* OR penalt* ) OR AB ( reform* OR regulat* OR incentiv* OR penaliz* OR penalt* ) OR KW ( reform* OR regulat* OR incentiv* OR penaliz* OR penalt* ) OR SU ( reform* OR regulat* OR incentiv* OR penaliz* OR penalt* )	945,546
6	S4 OR S5	4,315,918
7	S3 AND S6	588



## Anlage 5 Ein- und Ausschlusskriterien der systematischen Recherche

Kategorie	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
<b>Problem/ Indikation/ Domain</b>	Verlagerung von minimal-invasiven chirurgischen Eingriffen und Behandlungen und nicht chirurgische Prozeduren, die zur Durchführung im ambulanten Setting geeignet sind, aus dem stationären in das ambulante Setting.	Offen-chirurgische Eingriffe am Herzen, Leber, Nieren, Magen-Darm-Trakt; Amputationen; Zahnversorgung (nicht jedoch andere Eingriffe im Mund- und Rachenraum); Behandlungen bei Infektionskrankheiten; mentale Gesundheit; Rehabilitation
<b>Population/ Context</b>	Leistungserbringer (ambulante Einrichtungen oder Krankenhäuser) in Hoch-Einkommens-Ländern oder Ländern mit oberem mittleren Einkommen nach Def. der Weltbank 2021	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niedrigeinkommensländern; Länder mit unterem-mittlerem Einkommen;</li> <li>• Rehabilitationseinrichtungen,</li> <li>• Psychiatrische Einrichtungen,</li> <li>• Primärversorgung</li> <li>• Ausschließlich andere Gruppen (z.B. Patienten, Versicherte)</li> </ul>
<b>Intervention</b>	Finanzielle Maßnahmen/ Interventionen zur Verlagerung von Prozeduren in das ambulante Setting (z.B. Verlagerung in ambulante Einrichtungen oder vermehrte Durchführung im Rahmen eines 0-Tages Aufenthalts im Krankenhaus); Die fin. Maßnahme kann eine Angleichung, Reduzierung oder Erhöhung der Erstattung einer Prozedur im stationären und/oder ambulanten Setting darstellen und sich an die Leistungserbringer richten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventionen, die nicht zum Ziel haben die Erbringung einer Leistung in den ambulanten Sektor zu verlagern</li> <li>• Ausschließlich nicht-finanzielle Interventionen</li> <li>• Interventionen, die die Qualität der Leistungserbringung verbessern oder messen sollen;</li> <li>• Public-Health Interventionen (u.a. Gesundheitsbildung)</li> <li>• Weiterbildungs-Interventionen</li> <li>• Intervention richtet sich ausschließlich an andere Gruppen (z.B. Patienten, Versicherte)</li> </ul>
<b>Endpunkte</b>	Kosten-Nutzen Nutzung (Utilization) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Änderung des Erbringungsortes/ Sektors im Zeitverlauf</li> <li>• Änderung der Fallzahlen im Zeitverlauf</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wirksamkeits- oder Sicherheitsbewertung einer Prozedur</li> <li>• Vergleiche der Qualität im ambulanten und stationären Sektor</li> <li>• Studien zur Identifizierung von Patientenmerkmalen mit einer Eignung für die Versorgung im ambulanten Setting</li> <li>• Ausschließliche Beschreibung des Vergütungsmodells</li> <li>• Ausschließliche Beschreibung der Organisation von Tageschirurgie</li> <li>• Nicht-vegleichende Nutzungshäufigkeit in einer Periode (nicht im Zeitverlauf)</li> </ul>
<b>Studien</b>	Systematische und nicht-systematische Übersichtsarbeiten; Beobachtungsstudien und experimentelle und quasi-experimentelle vergleichende Studien; ökonomische Evaluationen	Klinische Studien zu Wirksamkeits- oder Sicherheitsbewertung von Interventionen bzw. von Tageschirurgie; Kommentar; Meinung; Interview;Theoretische Modelle

<b>Kategorie</b>	<b>Einschlusskriterien</b>	<b>Ausschlusskriterien</b>
<b>Publikationstypen</b>	Journal Article, Conference Abstracts, graue Literatur (Dissertationen, Berichte)	Editorials, Registereinträge, Protokolle
<b>Verfügbarkeit</b>	Volltext verfügbar	Volltext nicht verfügbar
<b>Sprache</b>	Deutsch, Englisch	Andere Sprachen
<b>Jahr</b>	Ab 1990 – 2021	vor 1990

## **Anlage 6 Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche (N=57)**

### **Publikationen mit Wirksamkeitsanalyse (n=2)**

1. Allen T, Fichera E, Sutton M. Can Payers Use Prices to Improve Quality? Evidence from English Hospitals. *Health Economics (United Kingdom)*. 2016;25(1):56-70.
2. Gaughan J, Gutacker N, Grašič K, Kreif N, Siciliani L, Street A. Paying for efficiency: Incentivising same-day discharges in the English NHS. *Journal of Health Economics*. 2019;68.

### **Publikationen aus dem europäischen Raum (n=21)**

1. Beech R, Morgan M. Constraints on innovatory practice: the case of day surgery in the NHS. *Int J Health Plann Manage*. 1992;7(2):133-48.
2. Hakansson S. New ways of financing and organizing health care in Sweden. *International Journal of Health Planning and Management*. 1994;9(1):103-24.
3. Mascarenhas L, Newton J. A comparative review of gynecological day case surgery between England and Wales, France, and Germany. *Obstetrical and Gynecological Survey*. 1994;49(7):498-504.
4. Lungen M, Lauterbach KW. Health policy guidelines for ambulatory and brief inpatient surgery. Backgrounds, facts and possible future solutions. *Der Chirurg; Zeitschrift für alle Gebiete der operativen Medizin*. 2004;75(2):113-9.
5. Martinussen PE, Midttun L. Day surgery and hospital efficiency: empirical analysis of Norwegian hospitals, 1999–2001. *Health Policy*. 2004;68(2):183.
6. Mojon-Azzi SM, Mojon DS. The rate of outpatient cataract surgery in ten European countries: an analysis using data from the SHARE survey. *Graefes' archive for clinical and experimental ophthalmology = Albrecht von Graefes Archiv für klinische und experimentelle Ophthalmologie*. 2007;245(7):1041-4.
7. Martinussen PE, Hagen TP. Reimbursement systems, organisational forms and patient selection: Evidence from day surgery in Norway. *Health Economics, Policy and Law*. 2009;4(2):139-58.
8. Mohamed GE. Ambulatory surgery: The hungarian experience. *Ambulatory Surgery*. 2009;15(3):38.
9. Marsden J, Baxter T, Frederiksen D, Roberts J, Price R, Robinson A. Best practice tariffs for day case non-reconstructive breast cancer surgery can be achieved. *European Journal of Surgical Oncology*. 2012;38(11):1117.
10. Hollingworth W, Rooshenas L, Busby J, Hine CE, Badrinath P, Whiting PF, et al. Health Services and Delivery Research. Using clinical practice variations as a method for commissioners and clinicians to identify and prioritise opportunities for disinvestment in health care: a cross-sectional study, systematic reviews and qualitative study. Southampton (UK): NIHR Journals Library

11. EFFICIENCY MEASUREMENT IN HEALTHCARE WORK MANAGEMENT USING MALMQUIST INDICES. 2016. p. 168-80.
12. Hahn U, Schalkhauser K, Neumann A, Mussinghoff P, Schmickler S. Number of Cases, Beds and Physicians in Main and In-Patient Departments since 2005 - Change and the Factors influencing Change in the Services of Attending Physicians. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*. 2016;21(1):30-9.
13. Sutherland JM, Liu G, Crump RT, Law M. Paying for volume: British Columbia's experiment with funding hospitals based on activity. *Health Policy*. 2016;120(11):1322-8.
14. Hulet C, Rochcongar G, Court C. Developments in ambulatory surgery in orthopedics in France in 2016. *Orthopaedics and Traumatology: Surgery and Research*. 2017;103(1 Supplement):S83-S90.
15. Skues M. Incentivisation of ambulatory surgery. *Ambulatory Surgery*. 2017;23(2):47.
16. Wullschleger A, Wosniok W, Timm J, Heinze M. Challenges and perspectives in bridging in- and outpatient sectors: The implementation of two alternative models of care and their effect on the average length of stay. *Frontiers in Psychiatry*. 2017;8(OCT):196.
17. Rodriguez Santana I, Aragon MJ, Rice N, Mason AR. Trends in and drivers of healthcare expenditure in the English NHS: a retrospective analysis. *Health Economics Review*. 2020;10(1):20.
18. Baumann A, Wyss K. The shift from inpatient care to outpatient care in Switzerland since 2017: Policy processes and the role of evidence. *Health Policy*. 2021.
19. Kroneman MW, Westert GP, Groenewegen PP, Delnoij DMJ. International variations in availability and diffusion of alternatives to in-patient care in Europe: The case of day surgery. *Ambulatory Surgery*. 2001;9(3):147-54.
20. Allen T, Fichera E, Sutton M. Can Payers Use Prices to Improve Quality? Evidence from English Hospitals. *Health Economics (United Kingdom)*. 2016;25(1):56-70.
21. Gaughan J, Gutacker N, Grašič K, Kreif N, Siciliani L, Street A. Paying for efficiency: Incentivising same-day discharges in the English NHS. *Journal of Health Economics*. 2019;68:N.PAG-N.PAG.

### **Publikationen aus dem nordamerikanischen Raum (n=28)**

1. Welsh F. Accounting for the transition from inpatient to outpatient surgery. *Physician Executive*. 1995;21(6):16.
2. Medicare Physician Payments: Medical Settings and Safety of Endoscopic Procedures: GAO-03-179. *GAO Reports*. 2002:1.
3. Bryant K. Ambulatory surgery in the United States of America - Where will it end? *Ambulatory Surgery*. 2009;15(3):25.
4. Hemani ML, Makarov DV, Huang WC, Taneja SS. The effect of changes in medicare reimbursement on the practice of office and hospital-based endoscopic surgery for bladder cancer. *Cancer*. 2010;116(5):1264-71.

5. Goz V, Koehler SM, Egorova NN, Moskowitz AJ, Guillaume SA, Hecht AC, et al. Kyphoplasty and vertebroplasty: Trends in use in ambulatory and inpatient settings. *Spine Journal*. 2011;11(8):737-44.
6. Manchikanti L, Parr AT, Singh V, Fellows B. Ambulatory surgery centers and interventional techniques: A look at long-term survival. *Pain Physician*. 2011;14(2):E177-E215.
7. Manchikanti L, Singh V, Hirsch JA. Saga of payment systems of ambulatory surgery centers for interventional techniques: An update. *Pain Physician*. 2012;15(2):109-30.
8. He D, Mellor JM. Do changes in hospital outpatient payments affect the setting of care? *Health Services Research*. 2013;48(5):1593-616.
9. Ridgely MS, de Vries D, Bozic KJ, Hussey PS. Bundled payment fails to gain a foothold in california: The experience of the IHA bundled payment demonstration. *Health Affairs*. 2014;33(8):1345-52.
10. Jones WS, Mi X, Qualls LG, Vemulapalli S, Peterson ED, Patel MR, et al. Trends in settings for peripheral vascular intervention and the effect of changes in the outpatient prospective payment system. *Journal of the American College of Cardiology*. 2015;65(9):920-7.
11. Kim RE, Lee I, Goldberg EM, Uradomo LT, Darwin P. The early effect of maryland's new healthcare delivery system reform on tertiary hospital transfers and GI procedure volume. *Gastroenterology*. 2015;148(4 SUPPL. 1):S781.
12. Lucas DP. Disruptive Transformations in Health Care: Technological Innovation and Public Policy Reforms in the Hospital Industry. *International Journal of Interdisciplinary Organizational Studies*. 2015;9(1):1-22.
13. Manchikanti L, Singh V, Hirsch JA. Facility payments for interventional pain management procedures: Impact of proposed rules. *Pain Physician*. 2016;19(7):E957-E84.
14. Mukherjee D, Hashemi H. Disproportionate use of atherectomy for SFA interventions between office-based and hospital-based laboratories may be self-serving. *Journal of Vascular Surgery*. 2016;63(6 SUPPL. 1):27S.
15. O'Neil B, Graves AJ, Barocas DA, Chang SS, Penson DF, Resnick MJ. Doing More for More: Unintended Consequences of Financial Incentives for Oncology Specialty Care. *Journal of the National Cancer Institute*. 2016;108(2).
16. Pitts D, Sammon JD. Healthcare policy and urologic practice. *Current Opinion in Urology*. 2017;27(4):348-53.
17. Aouad M, Brown TT, Whaley CM. Reference pricing: The case of screening colonoscopies. *Journal of Health Economics*. 2019;65:246-59.
18. Nandyala SV, Bono CM. The ultimate decrease in length of stay: Outpatient spine surgery. *Seminars in Spine Surgery*. 2019;31(1):20-4.
19. Box LC, Blankenship JC, Henry TD, Messenger JC, Cigarroa JE, Moussa ID, et al. SCAI position statement on the performance of percutaneous coronary intervention in ambulatory surgical centers. *Catheterization and Cardiovascular Interventions*. 2020;96(4):862-70.

20. Davis CM, Swenson ER, Lehman TM, Haas DA. Economic Impact of Outpatient Medicare Total Knee Arthroplasty at a Tertiary Care Academic Medical Center. *Journal of Arthroplasty*. 2020;35(6 Supplement):S37-S41.
21. Elser H, Lin W, Catalano RA, Brown TT. Does the Implementation of Reference Pricing Result in Reduced Utilization? Evidence From Inpatient and Outpatient Procedures. *Medical Care Research and Review*. 2020.
22. Haas DA, Zhang X, Davis CM, Iorio R, Barnes CL. The Financial Implications of the Removal of Total Knee Arthroplasty From the Medicare Inpatient-Only List. *Journal of Arthroplasty*. 2020;35(6 Supplement):S33-S6.
23. Kondamuri NS, Miller AL, Rathi VK, Miller L, Bergmark RW, Patel TS, et al. Trends in Ambulatory Surgery Center Utilization for Otolaryngologic Procedures among Medicare Beneficiaries, 2010-2017. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery (United States)*. 2020;162(6):873-80.
24. Lynch JC, Yayac M, Krueger CA, Courtney PM. Amount of CMS Reduction in Facility Reimbursement Following Removal of Total Hip Arthroplasty From the Inpatient-Only List Far Exceeds Reduction in Actual Care Cost. *Journal of Arthroplasty*. 2020.
25. Schwartz AJ, Clarke HD, Sassoon A, Neville MR, Etzioni DA. The Clinical and Financial Consequences of the Centers for Medicare and Medicaid Services' Two-Midnight Rule in Total Joint Arthroplasty. *J Arthroplasty*. 2020;35(1):1-6.e1.
26. Wilcock A, Barnett ML, McWilliams JM, Grabowski D, Mehrotra A. Changes in the impact of the medicare's joint replacement bundled payment program from the second to third year of the program. *Journal of General Internal Medicine*. 2020;35(SUPPL 1):S57.
27. Viganego F, Um EK, Ruffin J, Fradley MG, Prida X, Friebel R. Impact of Global Budget Payments on Cardiovascular Care in Maryland: An Interrupted Time Series Analysis. *Circulation Cardiovascular quality and outcomes*. 2021:CIRCOUTCOMES120007110.
28. He D, Mellor JM. Hospital volume responses to medicare's outpatient prospective payment system: Evidence from Florida. *Journal of Health Economics*. 2012;31(5):730-43.

### **Publikationen aus dem asiatischen Raum (n=8)**

1. Tritrakarn T, Lertakyamane J. Growth of ambulatory surgery and anaesthesia in Thailand. *Ambulatory Surgery*. 1998;6(2):89-91.
2. Xirasagar S, Lin HC. Effects of payment incentives, hospital ownership and competition on hospitalization decisions for ambulatory surgical procedures. *Health Policy*. 2006;76(1):26-37.
3. Ashton T, Marshall MR. The organization and financing of dialysis and kidney transplantation services in New Zealand. *International Journal of Health Care Finance and Economics*. 2007;7(4):233-52.
4. Allardyce RA, Bagshaw PF, Stokes BW, Bagshaw SN. The Canterbury charity hospital: Addressing unmet clinical need in New Zealand. *Ambulatory Surgery*. 2009;15(3):22.
5. Zhong H. Effect of patient reimbursement method on health-care utilization: Evidence from China. *Health Economics*. 2011;20(11):1312-29.

6. Shmueli A, Savage E. Private and public patients in public hospitals in Australia. *Health Policy*. 2014;115(2/3):189-95.
7. Recart A. Ambulatory surgery in Latin America: Challenges and opportunities. *Ambulatory Surgery*. 2015;21(2):85-6.
8. Kohler S, Asadov DA, Brunder A, Healy S, Khamraev AK, Sergeeva N, et al. Health system support and health system strengthening: two key facilitators to the implementation of ambulatory tuberculosis treatment in Uzbekistan. *Health Economics Review*. 2016;6(1):28.

## Anlage 7 Übersicht der Datenquellen für die Erstellung der Liste sektorengleicher Leistungen

England	Quellentitel	URL zur Quelle	Erläuterung
Quelle für Fallpauschalen	NHS England (2020). National Tariff 2020/21, Annex A: National_tariff_workbook	<a href="https://www.england.nhs.uk/publication/past-national-tariffs-documents-and-policies/">https://www.england.nhs.uk/publication/past-national-tariffs-documents-and-policies/</a>	Alle HRGs mit einem kombinierten stationären Tarif: in Blatt "1 APC & OPROC" --> Spalte "Combined day case/ordinary elective spell tariff" und alle HRGs mit Day Case Best Practice Tariff (BPT): HRGs in Blatt "1 APC & OPROC" mit Spalte "Area BPT Name applies" = "Day case".
Quelle für Prozedurenlisten zu Fallpauschalen	NHS Digital. HRG4+ 2019/20 Local Payment Grouper, Workbook: Code to Group.	<a href="https://digital.nhs.uk/services/national-casemix-office/downloads-grouper-and-tools/local-payment-grouper-2019-20">https://digital.nhs.uk/services/national-casemix-office/downloads-grouper-and-tools/local-payment-grouper-2019-20</a>	Alle Prozeduren (plus dazugehörige Flags) für die die HRG-Fallpauschale im Blatt "Code to Group" aufgeführt ist
Nationales Prozedurensystem	OPCS Classification of Interventions and Procedures Version 4.9 (2020)	<a href="https://classbrowser.nhs.uk/#/">https://classbrowser.nhs.uk/#/</a>	
Quelle für Anzahlen von Prozeduren (für Rangliste)	NHS Digital. Hospital Admitted Patient Care Activity, 2018-19: Procedures and interventions	<a href="https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/hospital-admitted-patient-care-activity/2018-19">https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/hospital-admitted-patient-care-activity/2018-19</a>	Anzahl der Hauptprozeduren, ambulanter Anteil = day cases und 0-day-cases (Fälle, die nicht als day cases klassifiziert wurden, bei denen aber keine Übernachtung stattfand)
Frankreich	Quellentitel	URL zur Quelle	Erläuterung
Quelle für Fallpauschalen	Ministère des Solidarités et de la Santé (2020) Manuel des groupes homogènes de malades - Version 2020 de la classification, Annexe 3: Caractéristiques des racines de groupes homogènes de malades	<a href="https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3771/vol1an3.pdf">https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3771/vol1an3.pdf</a>	Alle "racines" mit "GHM court" = J (= GHM ambulatoire strict; 0 nuit)
Quelle für Prozedurenlisten zu Fallpauschalen	Ministère des Solidarités et de la Santé (2020) Manuel des groupes homogènes de malades - Version 2020 de la classification, Volume 2: Description détaillée par CMD et GHM	<a href="https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3771/volume_2.pdf">https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3771/volume_2.pdf</a>	Für jede GHM-Fallpauschale ist eine Prozedurenliste "Liste d'actes en CCAM" (A-xxx) angegeben - die einzelnen Prozeduren der jeweiligen Listen sind ab Seite 33 aufgeführt
Nationales Prozedurensystem	Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)	<a href="https://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/index.php">https://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/index.php</a>	
Quelle für Anzahlen von Prozeduren (für Rangliste)	Open CCAM 2019   Stats ATIH (scansante.fr)	<a href="https://www.scansante.fr/mco-actes-ccam-par-etablissements/open-ccam-2019">https://www.scansante.fr/mco-actes-ccam-par-etablissements/open-ccam-2019</a>	alle Krankenhaus-CCAM: während aller Krankenhausaufenthalte und während der ambulanten Aufenthalte (0-Tagesfälle + die „seances“)
Österreich	Quellentitel	URL zur Quelle	Erläuterung
Quelle für Fallpauschalen	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2024). Leistungskatalog BMSGPK 2024 (gesamt) Hinweis: angegebene Quelle ist die Version 2024; im Projekt wurde die Version 2020 verwendet, die online jedoch nicht mehr zugänglich ist.	<a href="https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/LKF-Modell-2024/Kataloge-2024.html">https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/LKF-Modell-2024/Kataloge-2024.html</a>	Alle Codes die im Tagesklinikmodell abgerechnet werden dürfen, d.h. Spalte "TKL"= J
Quelle für Prozedurenlisten zu Fallpauschalen	siehe Quelle für Fallpauschalen		
Nationales Prozedurensystem	siehe Quelle für Fallpauschalen		
Quelle für Anzahlen von Prozeduren (für Rangliste)	Anzahlen für Prozeduren wurden beim BMSGPK angefragt		



## Anlage 8 Beispiel Fragebogen für die Expertenbefragung

Referenz	Jahr	Länder	Thema/Ziel der Untersuchung	Publikations- typ	Art der Studie	Datenquelle	Zeitraum	Analyseart
<b>Allen, Fichera and Sutton (2016)</b>	2016	UK	Analysis, (i) whether the new tariff [BPT] produced the intended effect on the proportion of patients treated as daycases and (ii) whether there were unintended effects of the tariff on patient selection, quality and productivity.	Journal article	Observational (Datenanalyse)	Hospital Episode Statistics (HES) on patients admitted electively, funded by the NHS	2007-2011	Time series/difference in difference/ "synthetische Kontrolle" um Selektionsverzerrung zu vermeiden
<b>Audit Commission (2012)</b>	2012	UK	Assessmnet of local impact of BPTs, to identify how implementation could be improved and, from that, to draw out any lessons for national tariff setters.	Bericht (graue Literatur)	Observational (Datenanalyse)	Hospital Episode Statistics (HES) on 13 day case procedures	2011/12	descriptive
<b>Cazenave-Lacroutz &amp; Yilmaz (2019)</b>	2019	FR	Wir nutzen die schrittweise Einführung dieser beiden Maßnahmen [Preispolitik - Einheitstarif, Liste der ambulanten Prozeduren - MSAP], um ihre Auswirkungen auf die ambulante Rate der ersten betroffenen Pathologien im Vergleich zu den anderen Pathologien zu bewerten.	Bericht (graue Literatur)	Observational (Datenanalyse)	GHM-data	2006-2012	Time series/difference in difference/ "synthetische Kontrolle" um Selektionsverzerrung zu vermeiden
<b>Gaughan, Gutacker, Grašič, et al. (2019)</b>	2019	UK	Analysis of ('same day discharge' (SDD)) policy	Journal article	Observational (Datenanalyse)	Hospital Episode Statistics (HES) on all NHSfunded patients aged 19 or older admitted to English hospitals	2006-2014	Time series/difference in difference/ "synthetische Kontrolle" um Selektionsverzerrung zu vermeiden

## Anlage 8 |

Referenz	Untersuchte Einflussvariable	Art der Einflussvariable	Prozeduren (Gruppe/ Bereiche)	Setting	Untersuchte Aspekte	Effekt vorhanden?
<b>Allen, Fichera and Sutton (2016)</b>	Best practice tariffs für Tageschirurgie	direkte finanzielle Anreize	laparoscopic cholecystectomy	Tageschirurgie	Increase of daycase proportion/Increase of unintended consequences (readmissions, etc.)	ja
<b>Audit Commission (2012)</b>	Best practice tariffs für Tageschirurgie	direkte finanzielle Anreize	musculoskeletal system, Gynecology, Urology, Abdominal surgery (hernia repair, Cholecystectomy)	Tageschirurgie	Achievement of target share; Improvement of day case rate between q1 and q4	ja, jedoch geringer effekt
<b>Cazenave-Lacroux &amp; Yilmaz (2019)</b>	gleicher Preis, Definition von ambulant erbringbaren Prozeduren	indirekte finanzielle Anreize, nicht-finanzielle Anreize	musculoskeletal system, Gynecology, Urology, Abdominal surgery (hernia repair, Cholecystectomy)	Tageschirurgie	Increase of daycase proportion	ja, gemischter Effekt
<b>Gaughan, Gutacker, Grašič, et al. (2019)</b>	Best practice tariffs für Tageschirurgie	direkte finanzielle Anreize	Cataract, musculoskeletal system, Gynecology, Urology, Otorhinolaryngology, Abdominal surgery (planned and emergency conditions)	Tageschirurgie	probability that a patient admitted with an incentivised condition is discharged on the same day as admission	ja, teilweise

## Anlage 8 |

Referenz	Ergebnisse/Schlussfolgerungen
<b>Allen, Fichera and Sutton (2016)</b>	This paper provides evidence that the new BPT introduced in 2010/11 by the DH achieved its intended objective. The proportion of patients treated as daycases for cholecystectomy increased by over 5.8 percentage points. Reversions to open surgery and lengths of stay also fell, and there were no indications of negative effects on the quality of care or patient outcomes. This price change encouraged hospitals to both plan and achieve discharge of patients on the same day as the surgical procedure was undertaken. This daycase treatment was believed to improve patient experience and reduce costs, although the published evidence from trials on the effects on patients is equivocal, and the initiative required hospitals to make substantial capital and labour investments and fundamentally reorganise the way in which they provided care.
<b>Audit Commission (2012)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Overall day case surgery rates continued to rise in 2010/11 and 2011/12, but this is not the case for all day case procedures with BPTs.</li> <li>■ For most providers, the value of the day case BPT payments is not significant enough to provide an incentive to increase day case rates. However, there are other reasons for increasing day case rates apart from improving the quality of care, including savings from more efficient bed use.</li> <li>■ The main reasons trusts cited for not increasing day case rates more quickly were the confidence of surgeons to carry out the procedure as a day case and not having specialist day case facilities.</li> <li>■ We audited the data supporting payment for the cholecystectomy (gall bladder removal) BPT and found it to be of good quality.</li> </ul>
<b>Cazenave-Lacroux &amp; Yilmaz (2019)</b>	<p>Erstens haben wir gezeigt, dass die Einheitstarifpolitik allein im Allgemeinen keinen signifikanten Einfluss auf die Rate der ambulanten Operationen der untersuchten GHM-Wurzeln im privaten Sektor hatte. Bestenfalls hatte sie manchmal eine signifikante Auswirkung auf bestimmte Wurzeln, meist wenn der Einheitstarif mit der Maßnahme der vorherigen Zustimmung (MSAP) einherging, aber dieser Zusammenhang ist nicht systematisch. Andererseits hatte der Einheitstarif im öffentlichen Sektor meistens eine signifikante Auswirkung für die 2008 oder 2009 induzierten GHM-Stämme, unabhängig von der Ebene der MSAP.</p> <p>Zweitens stiegen die Raten für ambulantes Operieren bei einigen GHM-Wurzeln, die seit 2008 oder 2009 von der MSAP-Politik (im lockeren Sinne) profitierten, signifikant an, insbesondere im öffentlichen Sektor. Signifikante und anhaltende Effekte sind auch bei Wurzeln zu beobachten, bei denen eine mittelgroße Anzahl von Aufenthalten von der MSAP betroffen sein könnte, was darauf hindeutet, dass der Effekt von MSAP allein auf die potenziell betroffenen Aufenthalte ziemlich groß ist.</p> <p>Bei den Gruppen im öffentlichen Sektor, deren Anteil an ambulanten Operationen aufgrund der MSAP-Politik gestiegen ist, scheint die Maßnahme im Allgemeinen weder die Gesamtzahl der Aufenthalte erhöht noch zu einem Anstieg der Zahl der Wiederaufnahmen geführt zu haben</p>
<b>Gaughan, Gutacker, Grašič, et al. (2019)</b>	<p>As a result, there is only one planned condition (#3 Sentinel node mapping) where a statistically significant increase in SDD rates can be ascribed to the policy.</p> <p>emergency conditions: The size of the effects is generally smaller than those estimated for planned conditions, with no point estimate exceeding 6 pp.</p> <p>Based on the results of our DID analysis, we find a positive policy response for 14 of the 32 incentivised conditions, translating into approximately 28,400 more patients treated on an SDD basis per year. However, perhaps surprisingly, we do not find a consistent positive response across all incentivised conditions.</p>

In conclusion, we find some evidence that hospitals respond to price signals and that payers, therefore, can use pricing instruments to improve technical efficiency. However, there appears to be substantial variation in hospitals' reactions even among similar types of financial incentives that is not explained by the size of the financial incentive or the clinical setting in which it is applied.

## Anlage 8 |

Referenz	Quelle
<b>Allen, Fichera and Sutton (2016)</b>	Allen T, Fichera E, Sutton M. Can Payers Use Prices to Improve Quality? Evidence from English Hospitals. Health Economics (United Kingdom). 2016;25(1):56-70.
<b>Audit Commission (2012)</b>	Audit Commission (2012) Best practice tariffs and their impact. Audit Commission, London
<b>Cazenave-Lacrouz &amp; Yilmaz (2019)</b>	Cazenave-Lacrouz 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 ambulatoire ? In: LES DOSSIERS DE LA DREES. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
<b>Gaughan, Gutacker, Grašič, et al. (2019)</b>	Gaughan J, Gutacker N, Grašič K, Kreif N, Siciliani L, Street A. Paying for efficiency: Incentivising same-day discharges in the English NHS. Journal of Health Economics. 2019;68.

## England: Rangliste der sektorengleichen Prozeduren zur Auswahl für die Übersetzung ins deutsche OPS-System (n=247)

Rang	% ambulant 2019	N ambulant 2019	N gesamt 2019	OPCS 4-dgt	OPCS-Titel 4-dgt
1	93%	435.704	469.696	G451	Fibreoptic endoscopic examination of upper gastrointestinal tract and biopsy of lesion of upper gastrointestinal tract
2	99%	439.653	442.414	C751	Insertion of prosthetic replacement for lens NEC
3	95%	295.190	311.175	X292	Continuous intravenous infusion of therapeutic substance NEC
4	96%	236.028	246.522	H259	Unspecified diagnostic endoscopic examination of lower bowel using fibreoptic sigmoidoscope
5	82%	190.568	232.713	G459	Unspecified diagnostic fibreoptic endoscopic examination of upper gastrointestinal tract
6	98%	222.788	227.735	H229	Unspecified diagnostic endoscopic examination of colon
7	97%	198.681	204.543	H221	Diagnostic fibreoptic endoscopic examination of colon and biopsy of lesion of colon
8	98%	191.549	194.469	X921	Cytokine inhibitor drugs Band 1
9	95%	159.545	168.177	X715	Procurement of drugs for chemotherapy for neoplasm for regimens in Band 10
10	99%	163.124	164.223	X724	Delivery of subsequent element of cycle of chemotherapy for neoplasm
11	98%	129.421	131.956	H201	Fibreoptic endoscopic snare resection of lesion of colon
12	98%	104.482	106.304	W903	Injection of therapeutic substance into joint
13	99%	101.737	102.284	X362	Venesection
14	96%	90.369	93.692	S069	Unspecified other excision of lesion of skin
15	100%	92.679	93.060	C794	Injection into vitreous body NEC
16	96%	87.144	91.051	X332	Intravenous blood transfusion of packed cells
17	98%	80.916	82.908	S065	Excision of lesion of skin of head or neck NEC
18	95%	68.747	72.380	X961	Immunoglobulins Band 1
19	82%	58.722	71.910	H251	Diagnostic endoscopic examination of lower bowel and biopsy of lesion of lower bowel using fibreoptic sigmoidoscope
20	63%	44.881	71.491	K634	Coronary arteriography using two catheters
21	94%	66.474	70.678	M459	Unspecified diagnostic endoscopic examination of bladder
22	53%	35.042	66.248	J183	Total cholecystectomy NEC
23	93%	59.000	63.289	X702	Procurement of drugs for chemotherapy for neoplasm for regimens in Band 2
25	97%	55.549	57.020	L913	Attention to central venous catheter NEC
26	77%	43.110	56.196	T202	Primary repair of inguinal hernia using insert of prosthetic material
27	94%	52.359	55.618	X703	Procurement of drugs for chemotherapy for neoplasm for regimens in Band 3
28	49%	26.965	55.279	M473	Removal of urethral catheter from bladder
29	98%	51.444	52.605	X713	Procurement of drugs for chemotherapy for neoplasm for regimens in Band 8
30	96%	50.305	52.473	X711	Procurement of drugs for chemotherapy for neoplasm for regimens in Band 6
32	99%	48.713	49.069	M494	Introduction of therapeutic substance into bladder
33	99%	48.344	48.889	X891	Monoclonal antibodies Band 1
34	98%	43.722	44.510	H206	Fibreoptic endoscopic resection of lesion of colon NEC
35	97%	41.580	42.805	A577	Injection of therapeutic substance around spinal nerve root
36	46%	19.459	41.998	S472	Drainage of lesion of skin NEC
37	99%	41.516	41.992	A651	Carpal tunnel release

## England: Rangliste der sektorengleichen Prozeduren zur Auswahl für die Übersetzung ins deutsche OPS-System (n=247)

Rang	% ambulanz 2019	N ambulanz 2019	N gesamt 2019	OPCS 4-dgt	OPCS-Titel 4-dgt
39	99%	39.505	39.779	X893	Immunomodulating drugs Band 1
40	94%	37.316	39.614	A735	Injection of therapeutic substance around peripheral nerve
41	94%	33.771	35.891	X339	Unspecified other blood transfusion
42	84%	28.867	34.198	W365	Diagnostic extraction of bone marrow NEC
43	99%	33.066	33.386	X384	Subcutaneous chemotherapy
44	94%	30.998	33.087	W822	Endoscopic resection of semilunar cartilage NEC
45	98%	32.423	33.057	H231	Endoscopic snare resection of lesion of lower bowel using fiberoptic sigmoidoscope
46	41%	13.540	32.791	L997	Percutaneous transluminal peripheral insertion of central catheter
47	89%	28.482	32.089	X708	Other specified procurement of drugs for chemotherapy for neoplasm in Bands 1-5
48	94%	29.969	31.960	X714	Procurement of drugs for chemotherapy for neoplasm for regimens in Band 9
49	99%	31.399	31.641	V544	Injection around spinal facet of spine
50	97%	30.249	31.153	H207	Fiberoptic endoscopic mucosal resection of lesion of colon
52	89%	25.667	28.693	C792	Vitreectomy using pars plana approach
53	95%	26.775	28.246	X704	Procurement of drugs for chemotherapy for neoplasm for regimens in Band 4
54	81%	22.674	28.110	W283	Removal of internal fixation from bone NEC
55	92%	25.417	27.701	Q171	Endoscopic resection of lesion of uterus
58	94%	24.024	25.642	Q181	Diagnostic endoscopic examination of uterus and biopsy of lesion of uterus
59	80%	20.452	25.561	X501	Direct current cardioversion
60	97%	24.384	25.252	X705	Procurement of drugs for chemotherapy for neoplasm for regimens in Band 5
61	68%	17.250	25.242	F341	Bilateral dissection tonsillectomy
62	94%	23.325	24.716	N303	Circumcision
64	41%	9.762	23.999	W901	Aspiration of joint
65	99%	23.249	23.490	X962	Allergen immunotherapy drugs Band 1
66	89%	20.619	23.173	X701	Procurement of drugs for chemotherapy for neoplasm for regimens in Band 1
67	93%	21.379	22.873	M702	Perineal needle biopsy of prostate
68	36%	8.260	22.764	K606	Implantation of intravenous dual chamber cardiac pacemaker system
69	39%	8.785	22.654	M472	Change of urethral catheter into bladder
70	100%	21.883	21.988	C733	Capsulotomy of posterior lens capsule
71	97%	21.198	21.829	X333	Intravenous blood transfusion of platelets
72	57%	12.449	21.826	K636	Coronary arteriography NEC
73	97%	19.719	20.246	A522	Therapeutic sacral epidural injection
74	81%	15.888	19.681	Q111	Vacuum aspiration of products of conception from uterus NEC
75	40%	7.739	19.592	J381	Endoscopic sphincterotomy of sphincter of Oddi and removal of calculus HFQ
76	98%	19.168	19.562	E091	Excision of lesion of external nose
77	95%	18.203	19.075	D151	Myringotomy with insertion of ventilation tube through tympanic membrane
78	94%	17.692	18.842	X712	Procurement of drugs for chemotherapy for neoplasm for regimens in Band 7

## England: Rangliste der sektorengleichen Prozeduren zur Auswahl für die Übersetzung ins deutsche OPS-System (n=247)

Rang	% ambulant 2019	N ambulant 2019	N gesamt 2019	OPCS 4-dgt	OPCS-Titel 4-dgt
79	78%	14.597	18.706	E492	Diagnostic fiberoptic endoscopic examination of lower respiratory tract and lavage of lesion of lower respiratory tract
80	99%	18.431	18.675	H236	Endoscopic resection of lesion of lower bowel using fiberoptic sigmoidoscope NEC
81	97%	18.064	18.571	H524	Rubber band ligation of haemorrhoid
84	99%	16.544	16.780	M141	Extracorporeal shock wave lithotripsy of calculus of kidney
86	37%	5.966	16.340	T123	Aspiration of pleural cavity
87	91%	14.534	15.965	E632	Endobronchial ultrasound examination of mediastinum
88	98%	15.640	15.946	D021	Excision of lesion of external ear
89	85%	13.264	15.582	E036	Septoplasty of nose NEC
90	99%	15.376	15.468	X907	Myelodysplastic syndrome drugs Band 1
91	97%	15.041	15.441	M703	Rectal needle biopsy of prostate
92	83%	12.764	15.311	O291	Subacromial decompression
93	51%	7.734	15.162	W262	Manipulation of fracture of bone NEC
94	98%	14.873	15.101	C121	Excision of lesion of eyelid NEC
95	97%	14.553	15.045	X851	Torsion dystonias and other involuntary movements drugs Band 1
96	61%	9.018	14.905	S421	Primary suture of skin NEC
97	98%	14.419	14.715	A521	Therapeutic lumbar epidural injection
98	86%	12.428	14.480	U191	Implantation of electrocardiography loop recorder
99	49%	7.006	14.356	W242	Closed reduction of fracture of long bone and rigid internal fixation NEC
100	77%	10.704	13.856	B285	Wire guided partial excision of breast
101	56%	7.673	13.682	K633	Angiocardiology of left side of heart NEC
102	68%	9.236	13.658	J132	Percutaneous biopsy of lesion of liver NEC
103	73%	9.666	13.278	T439	Unspecified diagnostic endoscopic examination of peritoneum
104	38%	4.949	12.894	H582	Drainage of perianal abscess
105	67%	8.515	12.756	L914	Removal of central venous catheter
106	68%	8.633	12.627	T676	Primary simple repair of tendon
107	75%	9.474	12.589	B282	Partial excision of breast NEC
108	62%	7.646	12.398	T461	Paracentesis abdominis for ascites
109	80%	9.870	12.333	Q115	Vacuum aspiration of products of conception from uterus using rigid cannula
110	56%	6.895	12.298	W742	Reconstruction of intra-articular ligament NEC
111	96%	11.727	12.196	X375	Intramuscular injection for local action
112	70%	8.460	12.080	M422	Endoscopic cauterisation of lesion of bladder
113	72%	8.646	11.998	U202	Transoesophageal echocardiography
114	87%	10.344	11.933	S132	Punch biopsy of lesion of skin NEC
115	96%	11.306	11.784	U112	Doppler ultrasound of vessels of extremities
116	56%	6.511	11.631	M131	Percutaneous needle biopsy of lesion of kidney
117	90%	10.316	11.503	S067	Re-excision of skin margins NEC

## England: Rangliste der sektorengleichen Prozeduren zur Auswahl für die Übersetzung ins deutsche OPS-System (n=247)

Rang	% ambulant 2019	N ambulant 2019	N gesamt 2019	OPCS 4-dgt	OPCS-Titel 4-dgt
118	66%	7.567	11.403	K635	Coronary arteriography using single catheter
119	99%	11.016	11.109	V485	Radiofrequency controlled thermal denervation of spinal facet joint of lumbar vertebra
120	91%	9.909	10.935	U298	Other specified diagnostic endocrinology
121	74%	7.773	10.546	T243	Repair of umbilical hernia using sutures
122	99%	10.391	10.491	X385	Subcutaneous immunotherapy
123	94%	9.806	10.395	G802	Wireless capsule endoscopy
124	97%	9.891	10.164	L882	Radiofrequency ablation of varicose vein of leg
125	99%	9.922	10.071	T723	Release of constriction of sheath of tendon
126	84%	8.440	10.029	A542	Injection of therapeutic substance into cerebrospinal fluid
127	83%	8.350	10.020	G443	Fibreoptic endoscopic dilation of upper gastrointestinal tract NEC
129	98%	9.721	9.902	S131	Punch biopsy of lesion of skin of head or neck
130	92%	8.965	9.740	M434	Endoscopic injection of neurolytic substance into nerve of bladder
131	54%	5.228	9.738	H603	Drainage of pilonidal sinus
132	99%	9.601	9.721	T625	Injection into bursa
133	86%	8.267	9.668	M293	Endoscopic removal of tubal prosthesis from ureter
134	52%	4.990	9.575	M271	Ureteroscopic laser fragmentation of calculus of ureter
135	73%	6.749	9.272	T242	Repair of umbilical hernia using insert of prosthetic material
136	34%	3.063	9.023	W232	Secondary open reduction of fracture of bone and extramedullary fixation HFQ
137	32%	2.808	8.887	A841	Electroencephalography NEC
138	98%	8.600	8.792	F021	Excision of lesion of lip
139	77%	6.780	8.772	M451	Diagnostic endoscopic examination of bladder and biopsy of lesion of bladder NEC
140	63%	5.492	8.735	F347	Bilateral coblation tonsillectomy
141	93%	7.889	8.443	Q189	Unspecified diagnostic endoscopic examination of uterus
142	46%	3.862	8.376	L915	Insertion of tunnelled venous catheter
143	47%	3.961	8.361	L631	Percutaneous transluminal angioplasty of femoral artery
144	65%	5.428	8.340	M295	Endoscopic renewal of tubal prosthesis into ureter
145	84%	6.959	8.243	E591	Needle biopsy of lesion of lung
146	53%	4.288	8.113	S411	Primary suture of skin of head or neck NEC
147	91%	7.350	8.092	S662	Repair of nail bed
148	93%	7.521	8.079	B283	Excision of lesion of breast NEC
149	97%	7.816	8.048	Q014	Large loop excision of transformation zone
150	98%	7.857	8.022	X376	Intramuscular hormone therapy
151	99%	7.936	7.994	N171	Bilateral vasectomy
152	37%	2.886	7.902	W198	Other specified primary open reduction of fracture of bone and intramedullary fixation
153	97%	7.646	7.860	U205	Stress echocardiography
154	69%	5.267	7.656	M492	Change of suprapubic tube into bladder



## England: Rangliste der sektorengleichen Prozeduren zur Auswahl für die Übersetzung ins deutsche OPS-System (n=247)

Rang	% ambulanz 2019	N ambulanz 2019	N gesamt 2019	OPCS 4-dgt	OPCS-Titel 4-dgt
155	96%	7.325	7.613	H237	Endoscopic mucosal resection of lesion of lower bowel using fiberoptic sigmoidoscope
156	39%	2.930	7.430	E051	Cauterisation of internal nose
157	54%	4.019	7.408	M093	Endoscopic laser fragmentation of calculus of kidney
158	64%	4.693	7.353	M162	Maintenance of drainage tube of kidney
159	86%	6.276	7.301	K603	Renewal of intravenous cardiac pacemaker system NEC
160	98%	7.123	7.266	F421	Biopsy of lesion of mouth NEC
161	82%	5.923	7.186	M455	Diagnostic endoscopic examination of bladder using rigid cystoscope
162	95%	6.783	7.173	S068	Other specified other excision of lesion of skin
163	86%	6.161	7.147	H511	Haemorrhoidectomy
164	83%	5.898	7.131	M764	Endoscopic dilation of urethra
165	49%	3.511	7.103	G437	Fiberoptic endoscopic rubber band ligation of upper gastrointestinal tract varices
166	75%	5.264	7.062	T791	Plastic repair of rotator cuff of shoulder NEC
167	36%	2.547	7.048	K605	Implantation of intravenous single chamber cardiac pacemaker system
168	93%	6.424	6.916	H568	Other specified other operations on anus
169	99%	6.842	6.887	X741	Cancer hormonal treatment drugs Band 1
170	82%	5.535	6.744	G169	Unspecified diagnostic fiberoptic endoscopic examination of oesophagus
172	93%	6.232	6.671	Q165	Radiofrequency ablation of endometrium
173	42%	2.793	6.631	Q221	Bilateral salpingoophorectomy
175	37%	2.439	6.608	K621	Percutaneous transluminal ablation of pulmonary vein to left atrium conducting system
176	94%	6.136	6.541	F241	Biopsy of lesion of tongue
177	67%	4.401	6.532	L743	Attention to arteriovenous shunt
178	94%	6.134	6.500	Q188	Other specified diagnostic endoscopic examination of uterus
179	62%	4.016	6.488	G345	Attention to gastrostomy tube
180	93%	5.856	6.288	S066	Re-excision of skin margins of head or neck
181	77%	4.782	6.247	L742	Creation of arteriovenous fistula NEC
183	50%	3.095	6.199	Q491	Endoscopic extirpation of lesion of ovary NEC
184	86%	5.257	6.140	M792	Dilation of urethra NEC
185	100%	6.110	6.133	Q484	Transvaginal oocyte recovery
186	79%	4.860	6.124	M453	Diagnostic endoscopic examination of bladder and biopsy of lesion of bladder using rigid cystoscope
187	100%	6.091	6.115	A604	Radiofrequency controlled thermal destruction of peripheral nerve
188	98%	5.983	6.088	U338	Other specified other diagnostic tests
189	76%	4.613	6.085	S575	Attention to dressing of skin NEC
190	99%	5.877	5.960	C152	Correction of entropion NEC
191	96%	5.688	5.927	V092	Reduction of fracture of nasal bone NEC
192	95%	5.645	5.915	T521	Palmar fasciectomy
193	89%	5.250	5.882	W068	Other specified total excision of bone

**England: Rangliste der sektorengleichen Prozeduren zur Auswahl für die Übersetzung ins deutsche OPS-System (n=247)**

Rang	% ambulanz 2019	N ambulanz 2019	N gesamt 2019	OPCS 4-dgt	OPCS-Titel 4-dgt
194	75%	4.354	5.803	E491	Diagnostic fiberoptic endoscopic examination of lower respiratory tract and biopsy of lesion of lower respiratory tract
195	97%	5.552	5.728	X905	Platelet disorder drugs Band 1
196	96%	5.495	5.722	T525	Digital fasciectomy
197	97%	5.561	5.721	C825	Panretinal laser photocoagulation to lesion of retina
199	98%	5.540	5.634	R362	Viability scan
200	99%	5.517	5.601	C151	Correction of ectropion NEC
201	94%	5.133	5.489	U216	Ultrasound scan NEC
202	46%	2.490	5.461	S471	Drainage of lesion of skin of head or neck
203	74%	4.033	5.414	X861	Antifungal drugs Band 1
204	94%	5.007	5.344	C601	Trabeculectomy
205	89%	4.650	5.245	Q352	Endoscopic bilateral clipping of fallopian tubes
206	71%	3.736	5.242	T872	Excision or biopsy of cervical lymph node NEC
207	98%	5.125	5.209	U197	Removal of electrocardiography loop recorder
208	60%	3.139	5.203	G448	Other specified other therapeutic fiberoptic endoscopic operations on upper gastrointestinal tract
209	81%	4.206	5.193	X823	Pulmonary arterial hypertension drugs Band 3
210	57%	2.934	5.107	W621	Primary arthrodesis and internal fixation of joint NEC
211	83%	4.246	5.088	D141	Tympanoplasty using graft
212	87%	4.405	5.054	E371	Diagnostic microendoscopic examination of larynx and biopsy of lesion of larynx
213	93%	4.700	5.028	J749	Unspecified endoscopic ultrasound examination of pancreas
214	98%	4.926	5.014	L862	Ultrasound guided foam sclerotherapy for varicose vein of leg
215	80%	3.982	5.008	E081	Polypectomy of internal nose
216	81%	4.073	5.007	E499	Unspecified diagnostic fiberoptic endoscopic examination of lower respiratory tract
218	73%	3.610	4.939	E259	Unspecified diagnostic endoscopic examination of pharynx
219	88%	4.274	4.881	L943	Percutaneous transluminal insertion of subcutaneous port
220	54%	2.615	4.830	T423	Endoscopic division of adhesions of peritoneum
221	52%	2.532	4.825	S573	Toilet of skin NEC
222	91%	4.367	4.807	L948	Other specified therapeutic transluminal operations on vein
223	87%	4.178	4.796	B284	Re-excision of breast margins
224	98%	4.682	4.794	M474	Urodynamic studies using catheter
225	99%	4.746	4.781	E095	Biopsy of lesion of external nose
226	79%	3.766	4.771	W593	Fusion of first metatarsophalangeal joint NEC
227	94%	4.435	4.735	G452	Fiberoptic endoscopic ultrasound examination of upper gastrointestinal tract
228	62%	2.930	4.727	Q113	Evacuation of products of conception from uterus NEC
230	54%	2.529	4.688	E369	Unspecified diagnostic endoscopic examination of larynx
231	69%	3.226	4.672	T212	Repair of recurrent inguinal hernia using insert of prosthetic material
232	38%	1.768	4.670	U102	Cardiac computed tomography angiography

England: Rangliste der sektorengleichen Prozeduren zur Auswahl für die Übersetzung ins deutsche OPS-System (n=247)

Rang	% ambulanz 2019	N ambulanz 2019	N gesamt 2019	OPCS 4-dgt	OPCS-Titel 4-dgt
233	98%	4.547	4.644	C111	Excision of lesion of canthus
234	90%	4.199	4.643	J741	Endoscopic ultrasound examination of pancreas and biopsy of lesion of pancreas
235	49%	2.291	4.638	U103	Cardiac magnetic resonance imaging
236	84%	3.856	4.589	X373	Intramuscular chemotherapy
237	84%	3.865	4.582	S152	Biopsy of lesion of skin NEC
238	83%	3.757	4.553	H558	Other specified other operations on perianal region
239	81%	3.671	4.530	F053	Suture of lip
240	81%	3.675	4.511	T962	Excision of lesion of soft tissue NEC
241	93%	4.194	4.492	A544	Attention to intrathecal drug delivery device adjacent to spinal cord
242	94%	4.232	4.484	G211	Intubation of oesophagus for pH manometry
243	99%	4.357	4.396	T744	Injection of therapeutic substance into tendon NEC
244	87%	3.825	4.381	N092	One stage orchidopexy NEC
245	54%	2.320	4.330	G433	Fibreoptic endoscopic cauterisation of lesion of upper gastrointestinal tract
246	91%	3.924	4.317	L671	Biopsy of artery NEC
247	77%	3.291	4.285	E593	Biopsy of lesion of lung NEC
248	82%	3.452	4.229	W791	Soft tissue correction of hallux valgus
249	38%	1.613	4.228	M382	Cystostomy and insertion of suprapubic tube into bladder
250	99%	4.167	4.201	C124	Curettage of lesion of eyelid
251	93%	3.894	4.180	A671	Cubital tunnel release
252	96%	4.007	4.164	U293	Glucose tolerance test
253	70%	2.906	4.137	T873	Excision or biopsy of axillary lymph node
254	97%	3.952	4.068	H205	Fibreoptic endoscopic submucosal resection of lesion of colon
255	76%	3.080	4.052	Q116	Vacuum aspiration of products of conception from uterus using flexible cannula
256	99%	4.021	4.044	A573	Radiofrequency controlled thermal destruction of spinal nerve root
257	100%	4.022	4.029	Q131	Transfer of embryo to uterus NEC
258	83%	3.345	4.010	F231	Excision of lesion of tongue
259	67%	2.693	4.004	F344	Bilateral excision of tonsil NEC
260	47%	1.866	3.990	K607	Implantation of intravenous biventricular cardiac pacemaker system
261	49%	1.927	3.903	S574	Dressing of skin NEC
262	98%	3.813	3.902	X383	Injection of hormone for local action NEC
262	97%	3.775	3.902	R373	Fetal biometry
264	65%	2.514	3.855	F263	Incision of frenulum of tongue

## Frankreich: Rangliste der sektorengleichen Prozeduren zur Auswahl für die Übersetzung ins deutsche OPS-System (n=214)

Rang	% ambulant 2019	N ambulant 2019	N gesamt 2019	CCAM Prozeduren Code	CCAM Titel (englische Übersetzung)
1	94%	2.381.255	2.540.841	JVJF004	Extrarenal purification session by hemoperfusion
2	97%	1.570.628	1.618.220	JVJF008	Extrarenal purification by hemodialysis or continuous hemofiltration for acute renal failure in newborns, per 24 hours
5	96%	528.843	552.500	BFGA427	Extracapsular lens extraction by phakoemulsification, with implantation of an artificial lens in the posterior chamber of the eye, without implantation of a trabecular drainage device
8	43%	50.320	116.642	HMFC004	Cholecystectomy with choledochogastrostomy or choledochoduodenostomy, by laparoscopy
9	90%	94.281	105.273	JNJD002	Evacuation of a pregnant uterus, in the 2nd trimester of pregnancy before the 22nd week of amenorrhoea
10	95%	89.524	94.293	AHPA009	Release of the median nerve to the carpal tunnel, by direct approach
11	95%	84.210	88.659	JHFA009	Enlarged spermatic cord orchiectomy [Orchiépididymectomy], by inguinal approach
12	77%	67.169	87.330	PAGA011	Removal of intramedullary osteosynthesis material from the limbs on a site, by direct approach
13	84%	71.236	84.460	PDFA001	Progressive lengthening of the soft tissues of the limbs by placing an external fixator, via the skin
14	76%	55.504	72.819	QZMA001	Iontophoresis session [iontophoresis] for hyperhidrosis
15	93%	66.532	71.532	NFFC004	Lateral and medial meniscectomies of the knee, by arthroscopy
16	99%	67.938	68.370	JJFJ001	Egg collection from one or two ovaries, by laparoscopy
17	57%	37.301	65.596	HMQJ001	Intraoperative cholangiography and / or pancreaticography [wirsungography]
18	66%	41.581	62.955	LMMA012	Cure of a femoral [crural] hernia, by inguino-femoral approach
19	99%	55.362	56.176	JVRP004	Urine dilution test
20	89%	48.766	54.939	QAMA002	Unilateral cervicofacial smoothing [Facial hemilifting] with platysmaplasty, by direct approach
21	97%	49.833	51.361	AHPC001	Release of the median nerve to the carpal tunnel, by video surgery
22	59%	29.999	50.448	NFMC003	Reconstruction of the posterior cruciate ligament of the knee by autograft without synthetic reinforcement, by arthroscopy
23	31%	14.767	48.219	QZJA011	Secondary surgical dressing of burns outside the head end and hands, on 1% to 10% of the body surface area
24	79%	36.329	46.070	LMMC002	Bilateral treatment of a groin hernia with prosthesis, by video surgery
25	92%	39.992	43.700	EJFA002	Multiple excision of branches of the great saphenous vein and / or the small saphenous vein under general or locoregional anesthesia, by direct approach
27	51%	21.734	42.433	MJEC002	Reinsertion or suture of a rotator cuff tendon in the shoulder, by arthroscopy
29	60%	24.987	41.376	MEMC005	Repair of the glenoid scapulohumeral rim, by arthroscopy
30	72%	28.957	40.125	NDPA011	Intra-articular tibiotalar osteotomy
31	80%	31.600	39.540	QZMA004	Repair of loss of substance by remote cutaneous, fasciocutaneous or musculocutaneous flap, with transient pedicle
32	89%	33.390	37.440	EJGA002	Extraction [Stripping] of the great saphenous vein, by direct approach
33	34%	12.701	36.998	GEQE004	Bronchial fibroscopy, with bronchioloalveolar lavage for diagnostic purposes
34	94%	34.389	36.557	JKFA031	Colpotrachelectomy [Colpocervicectomy] extended to parameters, by vaginal approach
35	85%	30.375	35.636	JGHJ001	Biopsy of the prostate, transrectally with finger guidance
36	69%	24.254	35.118	QBFA007	Abdominal dermolipectomy without transposition of the umbilicus, with closure of diastasis of the rectus abdominis muscles
37	52%	17.691	33.809	MJDC001	Tenodesis and / or resection of the articular portion of the long biceps brachii muscle, by direct approach
39	36%	11.610	31.972	MCCA005	Osteosynthesis of diaphysis fracture of a forearm bone, open focus
40	96%	30.535	31.747	MJFA015	Tenosynovectomy of the extensor muscles in the wrist with joint synovectomy of the wrist, by direct approach
41	49%	15.414	31.303	LMMA009	Unilateral cure of a hernia in the groin with prosthesis, by preperitoneal approach

## Frankreich: Rangliste der sektorengleichen Prozeduren zur Auswahl für die Übersetzung ins deutsche OPS-System (n=214)

Rang	% ambulant 2019	N ambulant 2019	N gesamt 2019	CCAM Prozeduren Code	CCAM Titel (englische Übersetzung)
42	99%	30.625	31.065	FAFA002	Adenoidectomy with bilateral transtympanic aerator placement
43	42%	13.100	30.878	FAFA015	Tonsillectomy by dissection, with adenoidectomy
44	62%	18.594	30.070	GAMA007	Nasal septoplasty
45	68%	20.211	29.876	QEFA017	Lactiferous duct resection [Milk duct resection] [Breast pyramidectomy]
46	89%	26.440	29.612	BELB001	Injection of inert or organic substance into the anterior chamber of the eye, by transcorneal route [Reformation of the anterior chamber]
47	94%	27.654	29.401	EJSF032	Occlusion of the great saphenous vein above the middle third of the leg by radiofrequency, by transcutaneous venous route with ultrasound guidance and ipsilateral phlebectomy, and / or ligation of the perforating vein of the ipsilateral great saphenous vein
48	58%	16.869	29.076	JANE002	Internalization of a nephrostomy already in place, by transcutaneous and retrograde routes
49	85%	24.155	28.521	QZFA004	Excision of a superficial lesion of the skin by excision of 6 or more skin areas of less than 5 cm <sup>2</sup>
50	61%	16.923	27.865	BGMA002	Retinovitreal operation combining at least 4 of the following procedures: coagulation, vitrectomy, endocoagulation with laser, retinotomy, internal tamponade, fluid-gas exchange, flange dissection, retinectomy
51	94%	25.792	27.480	AHPA028	Liberation of digital nerve by direct approach, on a ray of the hand
52	88%	23.643	26.922	QZFA036	Excision of a superficial lesion of the skin by excision of a skin area of 50 cm <sup>2</sup> to 200 cm <sup>2</sup>
53	53%	14.225	26.716	JJFC006	Partial resection of the ovary, by laparoscopy
54	49%	13.040	26.395	JCKE002	Changing a ureteral catheter, by retrograde endoscopy
55	48%	12.569	26.237	FCFA021	Lymph node [lymph node] resection for diagnostic purposes, by direct approach
56	96%	24.313	25.383	CBLD001	Bilateral transtympanic aerator installation
57	37%	9.213	24.984	JJFC010	Bilateral oophorectomy, by laparoscopy
59	47%	11.595	24.819	JCAE001	Dilation of the ureter, by a nephrostomy already in place
60	92%	21.775	23.609	NFFC003	Anterior knee synovectomy, by arthroscopy
61	87%	20.266	23.317	JJPC003	Exploratory ovariectomy, by laparoscopy
62	56%	12.956	23.191	MEMC003	Anterior or posterior capsuloplasty of the scapulohumeral joint, by arthroscopy
63	69%	14.565	21.128	BGLB001	Injection of pharmacological agent into the vitreous body
64	62%	12.852	20.823	LMMA006	Repair of loss of transfixing substance of the abdominal wall by free flap and prosthesis
65	49%	10.132	20.516	JCGE006	Stone removal and / or fragmentation of the iliac ureter, by retrograde ureteroscopy
66	73%	14.315	19.563	NJPA029	Soft tissue release of the ankle or hindfoot and midfoot with capsulotomy and osteotomy of the tarsus or metatarsal, by posterior approach, medial approach and lateral approach
68	56%	10.740	19.182	JDDB005	Indirect cervicocystopexy by vaginal and abdominal approach, with endoscopic guidance
69	82%	15.382	18.782	MJCA012	Suture of tendon wounds of the flexor muscles of the fingers, 2 nerves and one or two palmar digital arteries, on a spoke of the hand
70	39%	7.114	18.463	QEFA008	Subcutaneous mastectomy with removal of the areolomipple plaque
71	67%	12.180	18.219	QEFA004	Total mastectomy with lymphonodal axillary and parasternal [internal mammary] dissection
72	38%	6.880	17.989	HMQJ002	Biliopancreatic endoscopy without biopsy
73	56%	10.014	17.940	GBPE001	Middle nasal meatotomy, by endoscopy
74	31%	5.403	17.665	MCCB004	Closed-focus osteosynthesis of the diaphysis of a forearm bone
75	92%	15.971	17.403	MJFA018	Soft tissue resection of the hand with skin plasty, without nerve resection, for megadactyly
77	92%	15.685	17.075	EJSA001	Ligation of several perforating leg veins, by direct approach
78	40%	6.710	16.657	JJFC003	Removal of embryonic remains of the broad ligament, by laparoscopy

## Frankreich: Rangliste der sektorengleichen Prozeduren zur Auswahl für die Übersetzung ins deutsche OPS-System (n=214)

Rang	% ambulant 2019	N ambulant 2019	N gesamt 2019	CCAM Prozeduren Code	CCAM Titel (englische Übersetzung)
79	98%	15.999	16.350	MDGA002	Recess of a carpal bone with filling, by direct approach
80	75%	12.267	16.335	LMMC001	Bilateral cure of a hernia in the groin without fitting a prosthesis under local anesthesia, by inguinal approach
81	84%	13.608	16.283	AHPA022	Release of the ulnar nerve at the elbow, by direct approach
82	79%	12.672	16.119	PDFA002	Resection of fascial and / or subfascial lesion of soft tissues, without dissection of a large vascular or nerve trunk
83	95%	15.239	16.095	FAFA008	Adenoidectomy
84	71%	11.368	16.063	QZFA011	Tangential resection of 1 to 20 molluscum contagiosum
85	41%	6.606	15.964	JCGE001	Lumbar ureter stone removal, by laparoscopy or retroperitoneoscopy
86	59%	9.423	15.892	AHLB015	Therapeutic nerve infiltration of the trunk wall, without stimulodetection
87	68%	10.728	15.716	PCPA003	Intramuscular fasciotomy for lengthening
88	64%	9.948	15.618	QZFA038	Excision of burns outside the cephalic extremity and hands, over more than 20% of the body surface
89	81%	12.366	15.234	BGPA002	Dissection of the epiretinal membrane and / or the vitreous [hyaloid] membrane
90	94%	14.131	15.013	MJPA009	Soft tissue release from the first metacarpal interosseous space with arthroplasty or mobilizing joint release, by direct approach
91	97%	14.028	14.429	EJSF008	Occlusion of the great saphenous vein above the middle third of the leg by radiofrequency, transcutaneous venous route with ultrasound guidance
92	70%	9.657	13.850	NDPA013	Osteotomy of the medial cuneiform bone, with mobilizing release of the metatarsophalangeal joint of the first toe
93	71%	9.853	13.808	HPSA001	Anatomopathological examination with a carcinological aim of excision of tumor of the greater omentum, peritoneum and / or peritoneal fold [meso]
94	85%	11.583	13.682	MDCB003	Osteosynthesis of articular fractures of several bones of the hand by pin, closed focus
95	96%	12.562	13.113	PCLB003	Botulinum toxin injection session in the striated muscles by the transcutaneous route, without electromyographic examination of detection
97	97%	12.727	13.067	JHPA001	Destruction of lesion of the glans penis and / or foreskin
98	81%	10.590	13.018	QZEA031	Skin graft sandwich, on 17.5% to 20% of the body surface
99	91%	11.791	13.002	JDLE332	Bladder instillation of pharmacological agent by urethral catheterization
100	54%	7.016	12.990	JANE005	Intrarenal fragmentation of inferior calcic calculus with shock waves or laser [Intrarenal lithotripsy], by ureteronephroscopy
101	88%	10.928	12.360	GAFPA007	Non-transfixing resection of lesion of the skin of the nose or the nasal mucosa
102	53%	6.540	12.258	MJEC001	Musculotendinous transfer for restoration of active elbow extension
103	80%	9.691	12.071	NFFC002	Synovectomy of the knee, by anterior arthroscopy and by posterior arthroscopy
104	93%	10.883	11.675	MJFA006	Elbow hygroma excision, by direct approach
105	88%	10.210	11.583	MJPA011	Incision or excision of a superficial whitlow
107	47%	5.279	11.305	EZMA001	Creation of an arteriovenous fistula for vascular access by direct approach without venous superficialization, in a subject weighing more than 20 kg
108	76%	8.503	11.155	CAMA013	Bilateral protruding ear plasty
111	57%	6.300	11.034	LMMC020	Postoperative eventration treatment of the anterior abdominal wall with placement of prosthesis, by laparoscopy
112	81%	8.767	10.781	QZFA007	Excision of burns outside the cephalic extremity and hands, over 2.5% to 5% of the body surface
113	53%	5.635	10.618	HKPA007	Incision of abscess in the anal area
115	95%	9.964	10.526	MJPA002	Extensive musculo-tendino-cutaneous disinsertion for congenital elevation of the scapula
116	87%	9.072	10.464	QZFA002	Excision of 2 to 5 subcutaneous sub-fascial lesions less than 3 cm long
117	88%	9.134	10.379	BAFA008	Bilateral skin, muscle and / or fatty resection of the upper eyelids, by skin approach
118	86%	8.709	10.180	EJFA006	Secondary excision of the arch of the great saphenous vein or of the small saphenous vein, by direct approach
119	81%	8.178	10.137	NFEC002	Reinsertion or suture of the 2 menisci of the knee, by arthroscopy
120	90%	9.057	10.077	JHEA002	Lowering and fixation of a non-palpable ectopic testicle, by inguinal approach and scrotal approach

## Frankreich: Rangliste der sektorengleichen Prozeduren zur Auswahl für die Übersetzung ins deutsche OPS-System (n=214)

Rang	% ambulant 2019	N ambulant 2019	N gesamt 2019	CCAM Prozeduren Code	CCAM Titel (englische Übersetzung)
121	45%	4.498	10.034	EGFA003	Pedicle hemorrhoidectomy by submucosal resection
122	62%	6.141	9.848	NJPA018	Axial incisions [Combing] of the patellar ligament [patellar tendon], with autologous plasty
123	82%	8.021	9.738	MDCA011	Osteosynthesis of extraarticular fracture of a hand bone using an external fixator
124	63%	5.923	9.451	HKPA004	Lateral internal sphincterotomy [Leiomyotomy] of the anus
127	98%	9.030	9.182	JHSA001	Anatomopathological examination for carcinolgy of partial amputation part of the penis
128	94%	8.440	8.983	QAGA004	Removal of a superficial foreign body from the skin of the face or hands
129	63%	5.609	8.871	MHMA005	Reconstruction of a hand joint by pedicle transfer
130	95%	8.420	8.863	JHMA001	Sclerosis plaque infiltration of the albuginea of the cavernous bodies of the penis, transcutaneously
131	72%	6.399	8.858	PAGA009	Removal of intramedullary osteosynthesis material from the limbs at several sites, by direct approach
133	71%	6.090	8.620	CAGD001	Unilateral or bilateral removal of earwax plug or foreign body from the external acoustic meatus
134	48%	4.108	8.586	LMMA017	Unilateral cure of a hernia of the groin without fitting a prosthesis under local anesthesia, by inguinal approach
135	89%	7.531	8.461	MHFA001	Orthopedic reduction of a dislocation or a dislocation-carpometacarpal fracture
136	56%	4.742	8.440	GEQJ237	Bronchial endoscopy, with mediastinal needle sampling via the transbronchial route
137	90%	7.472	8.316	MJFA010	Excision of necrotizing fasciitis of the forearm and / or hand
138	92%	7.617	8.293	BAEA002	Repositioning of the free edge of the eyelid, with autograft or flap
139	84%	6.923	8.198	MJJA003	Evacuation of phlegmon from the digital or digitocarpal synovial sheath with tenosynovectomy, by direct approach
140	98%	8.010	8.185	MHFA002	Synovectomy of a metacarpophalangeal or interphalangeal joint of a finger, by direct approach
141	58%	4.680	8.084	EGFA001	Semi-closed or closed pedicle hemorrhoidectomy
143	90%	7.166	7.977	CAMA022	Repair of partial loss of substance of the auricle by local skin or chondrocutaneous flap
144	51%	4.072	7.974	NGCA001	Mobilization of the knee joint for therapeutic purposes, under general or locoregional anesthesia
145	70%	5.616	7.971	JHFA013	Exeresis of lesion of the testicle, by scrotal approach
147	74%	5.720	7.772	BEFA008	Trabeculectomy [Transfixing sclerectomy]
148	99%	7.665	7.770	FAFA013	Adenoidectomy with unilateral or bilateral myringotomy
149	96%	7.446	7.746	CBGD001	Unilateral or bilateral ablation of the tympanostomy tube in place on the eardrum, under general anesthesia
150	98%	7.564	7.744	QZFA009	Excision of a superficial lesion of the skin by excision of a skin area of less than 5 cm <sup>2</sup> , by chemosurgical technique [Mohs technique]
151	85%	6.584	7.707	MJFA004	Excision of a deep panaris of the pulp of the fingers [phlegmon pulpaire]
152	76%	5.836	7.701	MJCA001	Lengthening of the tendons and / or disinsertion of the flexor muscles of the hand or fingers, by direct approach
153	73%	5.634	7.696	NHMA002	Metatarsophalangeal arthroplasty by resection of the metatarsal head on several lateral rays of the foot
154	62%	4.743	7.682	PAGA010	Removal of limb osteosynthesis material at several sites, by direct approach
155	84%	6.442	7.656	JKGD003	Curettage of the uterine cavity for therapeutic purposes
156	92%	6.960	7.601	BAFA006	Non-transfixing resection of an eyelid lesion
157	73%	5.423	7.399	NDPA014	Osteotomy of the metatarsal and proximal phalanx of the first ray of the foot, with mobilizing release of the metatarsophalangeal joint of the first toe and osteotomy of several lateral metatarsals
158	66%	4.892	7.378	HJFD005	Resection of the rectal mucosa with anterior hemircinferential plication of the muscularis, by anal route
159	59%	4.313	7.348	NHDA004	Arthrodesis of the torque of the foot [talocalcaneal and mediotarsal] with correction of architectural defects, by direct approach
160	90%	6.607	7.332	CBLD003	One-sided installation of the transtympanic aerator
161	30%	2.202	7.312	QEMA012	Reconstruction of the breast by splitting the remaining breast

## Frankreich: Rangliste der sektorengleichen Prozeduren zur Auswahl für die Übersetzung ins deutsche OPS-System (n=214)

Rang	% ambulant 2019	N ambulant 2019	N gesamt 2019	CCAM Prozeduren Code	CCAM Titel (englische Übersetzung)
162	59%	4.294	7.305	JKGD002	Removal of an intrauterine device using intrauterine gripping material, vaginally
163	88%	6.399	7.279	CAFA005	Partial transfixing resection of the auricle
164	91%	6.606	7.263	EJGA001	Extraction [Stripping] of the small saphenous vein, by direct approach
165	69%	4.972	7.243	JHDA001	Suture of ruptured testis, by scrotal approach
166	53%	3.799	7.162	LMMA001	Removal of an abdominal wall prosthesis, by direct approach
167	70%	4.967	7.092	NFJC001	Knee joint collection evacuation by arthrotomy
168	47%	3.305	7.074	QBPA001	Liposuction of the abdomen
169	95%	6.730	7.052	BAEA001	Repositioning of the free edge of the eyelid, without autograft or flap
170	91%	6.376	7.007	BAMA004	Repair of loss of skin material from the eyelid by local flap or autograft
171	94%	6.579	7.005	BABA001	Shortening of the levator muscle of the upper eyelid
172	46%	3.222	6.983	MEMA005	Bone reconstruction of the shoulder with arthrodesis, after segmental resection
173	45%	3.114	6.954	JCGE005	Removal of a ureteral stent graft, by retrograde endoscopy
174	90%	6.142	6.861	GAMA018	Repair of loss of substance from the nose by local flap
175	90%	6.182	6.848	HASA018	Closure of an buccosinus communication by vestibulojugal sliding flap, by intraoral approach
178	75%	4.922	6.565	NDPA004	Osteotomy of the calcaneus or talus
182	35%	2.153	6.181	HPPC002	Release of neither extensive nor tight adhesions [Adhesiolysis] of the pelvic peritoneum for sterility in women, by laparoscopy
183	87%	5.345	6.149	HJQJ002	Anorectal endoscopy with guided transanorectal biopsy
184	47%	2.867	6.110	JMPA001	Nymphoplasty reduction
185	90%	5.483	6.086	MHPA004	Mobilizing release of several hand joints with tendon release, by direct approach
186	82%	4.934	6.033	NHFA001	Talocalcaneal [subtalar] arthrodesis, by arthrotomy
187	85%	5.107	5.984	NDGA003	Recess of a foot bone with filling, by direct approach
188	43%	2.509	5.879	HPNC001	Destruction and / or resection of a superficial endometriotic lesion of the peritoneum, by laparotomy
189	68%	3.967	5.845	BGFA001	Posterior sclerotomy vitrectomy, without retinal coagulation
190	68%	3.947	5.816	MJJA001	Bicipital slide foreign body removal, by direct approach
191	38%	2.211	5.802	EGFA002	Pedicle hemorrhoidectomy by submucosal resection with posterior mucosal anoplasty and internal sphincterotomy [leiomyotomy]
192	90%	5.180	5.774	AHPA011	Release or resection of a plantar digital nerve, by direct approach
193	82%	4.669	5.728	AHCA023	Wound suture of a volar digital nerve, on a spoke of the hand
194	64%	3.626	5.697	DAHFA001	Endocardial and myocardial biopsy, transcatheterously vascular
195	49%	2.774	5.658	JDDB007	Bladder support by synthetic infraurethral tape, transvaginal and transobturator
196	37%	2.078	5.565	FCFA029	Axillary lymphonodal [lymph node] dissection, by direct approach
197	86%	4.677	5.445	GAMA012	Repair of loss of substance from the nose by regional flap
197	70%	3.816	5.445	MJJA004	Evacuation of deep suppuration from the hand and / or forearm not reaching the synovial sheaths, by direct approach
199	45%	2.451	5.442	FAFA006	Tonsillectomy by dissection, with adenoidectomy and unilateral or bilateral myringotomy
200	76%	4.142	5.435	NDFA002	Talectomy with tibiotarsal arthrodesis
202	75%	3.992	5.346	BGFA005	Vitrectomy by posterior sclerotomy, with dissection of the vitreous cortex [peeling] and internal gas tamponade
203	80%	4.263	5.344	MDCA014	Osteosynthesis of a fracture of a carpal bone, open focus
204	41%	2.210	5.342	FAFA010	Tonsillectomy by dissection, with adenoidectomy and bilateral transtympanic aerator placement



## Frankreich: Rangliste der sektorengleichen Prozeduren zur Auswahl für die Übersetzung ins deutsche OPS-System (n=214)

Rang	% ambulant 2019	N ambulant 2019	N gesamt 2019	CCAM Prozeduren Code	CCAM Titel (englische Übersetzung)
205	50%	2.660	5.304	AHLB012	Therapeutic deep nerve infiltration of a limb, without guidance
210	88%	4.559	5.190	HKND001	Anoplasty for low anorectal malformation, with transposition of the anus
211	33%	1.703	5.160	GEQE006	Bronchial fibroscopy, with lung biopsy by transbronchial route without guidance
212	50%	2.578	5.155	HCHA002	Biopsy of small salivary glands [minor salivary glands] [accessory salivary glands]
213	85%	4.321	5.088	LBFA030	Anterior segmental interrupter resection of the mandible body by direct approach, without insertion of an intrafocal retention device or filling
219	41%	2.055	4.953	FCFA012	Lymph node [lymph node] removal for diagnostic purposes, by cervicotomy
222	63%	3.049	4.849	CBMA009	Myringoplasty with detachment of the tympanomeatal flap, without mastoidoattical exploration
224	56%	2.673	4.810	GAMA009	Nasal plastic surgery for internal nasal valve collapse, with septoplasty
231	41%	1.902	4.695	GAMA016	Rhinoseptoplasty with osteotomy and autograft of nasal septum cartilage
236	81%	3.719	4.600	BGFA014	Non-transfixing deep sclerectomy or deep sclerokeratectomy, without viscocanaliculoplasty
241	87%	3.918	4.484	BJMA005	Strengthening, weakening or unilateral displacement of the insertion of 2 oculomotor muscles
243	45%	2.003	4.474	EGED001	Reduction of internal hemorrhoidal procidence by circular stapling, by anal route
249	63%	2.732	4.339	HKFA005	Excision of an anal fissure [Anal fissurectomy]
251	96%	4.108	4.294	EJSF418	Occlusion of the great saphenous vein above the middle third of the leg by laser, by transcutaneous venous approach with ultrasound guidance and ipsilateral phlebectomy, and / or ligation of the perforating vein of the ipsilateral great saphenous vein
252	65%	2.785	4.265	GAND001	Unilateral or bilateral cauterization of the inferior turbinate mucosa
257	52%	2.084	4.008	GBPE003	Bilateral inferior nasal meatotomy, by endoscopy
258	91%	3.616	3.975	BEPA001	Release of synechiae and / or flanges of the anterior segment of the eye, by keratotomy
263	91%	3.438	3.767	EGSF002	Selective or hyperselective embolization of the testicular or ovarian vein, by the transcutaneous venous route
264	62%	2.306	3.748	BDMA006	Conjunctivokeratoplasty by human amniotic membrane transplant
269	82%	3.018	3.680	GDFE004	Resection of lesion or peeling of the mucous membrane of the glottic plane, by direct laryngoscopy without laser
270	84%	3.070	3.643	BJMA003	Bilateral strengthening, weakening or displacement of the insertion of an oculomotor muscle
271	92%	3.346	3.618	BFPA002	Capsulotomy or partial or total excision of remnants of the lens capsule, by keratotomy
274	82%	2.833	3.438	HKFA008	Malignant tumor resection of the anal canal and / or anus
275	36%	1.238	3.435	CBFA002	Cholesteatoma resection with tympanoplasty in closed technique and ossiculoplasty
282	32%	1.065	3.355	EPLA002	Placement of a double-current tunneled central venous catheter for extracorporeal circulation, by direct approach
284	92%	3.026	3.306	CBMA008	Myringoplasty without detachment of the tympanomeatal flap
285	42%	1.371	3.290	AFLH001	Epidural [epidural] therapeutic injection of pharmacological agent, by the transcutaneous route with radiological guidance
286	99%	3.260	3.289	EJSF466	Occlusion of the great saphenous vein above the middle third of the leg by laser, transcutaneous venous route with ultrasound guidance
288	55%	1.803	3.276	GEQE002	Bronchial fibroscopy, with lymphonodal needle sampling via the transbronchial route
289	70%	2.283	3.264	BFLA001	Secondary implantation of an unsutured artificial lens
291	92%	2.993	3.252	CAFA002	Partial non-transfixing resection of the auricle
293	52%	1.661	3.221	BGFA010	Vitrectomy by posterior sclerotomy, with coagulation of the retina and temporary internal tamponade
294	72%	2.307	3.215	EGFA005	Resection of an isolated hemorrhoidal bundle
296	47%	1.482	3.181	GASE001	Intranasal hemostasis by cauterization or electrocoagulation, by endoscopy
407	85%	1.669	1.971	HCHA007	Small salivary gland excision [accessory salivary gland]
432	73%	1.282	1.753	BFKA001	Change of material implanted in the anterior segment of the eye

## Österreich: Rangliste der sektorengleichen Prozeduren zur Auswahl für die Übersetzung ins deutsche OPS-System (n=80)

Rang	% ambulant 2019	N ambulant 2019	N gesamt 2019	MEL	MEL-Titel
1	88%	106.521	121.099	BF020	BF020 Extrakapsuläre Kataraktoperation mit Linsenimplantation (LE=je Seite)
3	55%	18.150	32.829	JK030	JK030 Curettage (LE=je Sitzung)
4	35%	9.281	26.646	XA060	XA060 Onk. Therapie – monoklonaler Antikörper Bevacizumab: 2,5 mg/kg KG (LE=je Applikation)
5	94%	24.498	26.145	BG030	BG030 Intravitreale Injektion mit Anti-VEGF (LE=je Seite)
7	87%	17.740	20.340	BA010	BA010 Korrektur des Augenlids (LE=je Seite)
9	46%	7.379	16.001	CB010	CB010 Paracentese (LE=je Seite)
10	71%	10.918	15.477	AJ070	AJ070 Dekompression des Nervus medianus – offen (LE=je Seite)
11	30%	4.073	13.690	NZ010	NZ010 Entfernung von Osteosynthesematerial an der unteren Extremität (LE=je Seite)
12	25%	3.390	13.433	EK050	EK050 Radikale Varizenoperation (Stripping) (LE=je Seite)
13	34%	4.308	12.818	FA010	FA010 Adenotomie (LE=je Sitzung)
14	53%	6.186	11.627	JK510	JK510 Hysteroskopie (LE=je Sitzung)
16	72%	6.598	9.138	JH120	JH120 Zirkumzision (LE=je Sitzung)
17	81%	7.240	8.925	MJ120	MJ120 Ringbandsplaltung (LE=je Seite)
18	43%	3.583	8.348	MZ010	MZ010 Entfernung von Osteosynthesematerial an der oberen Extremität (LE=je Seite)
20	31%	2.589	8.262	DE010	DE010 Kardioversion mit externem Kardioverter in Narkose (LE=je Sitzung)
22	64%	4.383	6.813	JK020	JK020 Konisation (LE=je Sitzung)
25	55%	3.373	6.091	JK010	JK010 Hysteroskopische Entfernung von Uterusgewebe (LE=je Sitzung)
27	47%	2.243	4.752	AJ140	AJ140 Perkutane Koagulation peripherer Nervenfasern (LE=je Sitzung)
28	56%	2.646	4.684	EK035	EK035 Endovenöse Obliteration der Venae saphenae (LE=je Seite)
29	39%	1.737	4.499	XC990	XC990 Fortsetzung einer Chemotherapie (LE=je Aufenthalt)
30	56%	2.471	4.416	MZ020	MZ020 Exstirpation einer Synovialzyste/Bursektomie an der oberen Extremität (LE=je Seite)
31	29%	1.231	4.272	XA081	XA081 Onk. Therapie – monoklonaler Antikörper Pembrolizumab (LE=je Applikation)
33	57%	2.284	3.981	JC010	JC010 Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie – Niere, Harnwege (LE=je Sitzung)
35	27%	1.031	3.825	MZ209	MZ209 Sonstige Operation am Bewegungsapparat der oberen Extremität (LE=je Seite)
36	48%	1.730	3.602	XA075	XA075 Onk. Therapie – monoklonaler Antikörper Nivolumab: 3 mg/kg KG / 240 mg abs. i.v. (LE=je Applikation)
37	32%	1.081	3.385	HA069	HA069 Sonstige Operation – Mundhöhle (LE=je Sitzung)
38	50%	1.685	3.375	XA100	XA100 Onk. Therapie – monoklonaler Antikörper Trastuzumab (Anti-HER2): 6 mg/kg KG (LE=je Applikation)
39	66%	2.188	3.302	FV090	FV090 Selektive Plasmapherese (LE=je Sitzung)
40	51%	1.664	3.257	JK040	JK040 Ablation des Endometriums (nicht hysteroskopisch) (LE=je Sitzung)
41	30%	911	3.017	EK510	EK510 Exhairese von Seitenastvarizen (LE=je Seite)
42	28%	788	2.841	MJ150	MJ150 Palmare Fasziektomie (LE=je Seite)
45	30%	763	2.581	JH229	JH229 Sonstige Operation – Hoden, Nebenhoden, Samenwege, Penis, Skrotum (LE=je Sitzung)
46	51%	1.303	2.570	XC768	XC768 Paclitaxel < 150 mg/m <sup>2</sup> (Tag 1)
47	54%	1.383	2.561	JK179	JK179 Sonstige Operation – Uterus (inkl. Cervix) (LE=je Sitzung)
49	49%	1.185	2.427	XA082	XA082 Onk. Therapie – monoklonaler Antikörper Pertuzumab: 420 mg abs. (LE=je Applikation)

## Österreich: Rangliste der sektorengleichen Prozeduren zur Auswahl für die Übersetzung ins deutsche OPS-System (n=80)

Rang	% ambulant 2019	N ambulant 2019	N gesamt 2019	MEL	MEL-Titel
50	36%	855	2.365	XC592	XC592 Gemcitabine (Tag 1)
52	30%	693	2.337	XA020	XA020 Onk. Therapie – andere Substanzen: Bortezomib: 1,3 mg/m <sup>2</sup> (LE=je Applikation)
53	50%	1.122	2.247	MJ130	MJ130 Tenolyse und Tenosynovektomie an der oberen Extremität (LE=je Seite)
55	28%	604	2.120	XC595	XC595 Gemcitabine/Paclitaxel-NAB (jeweils Tag 1, 8, 15)
56	26%	514	1.989	QZ030	QZ030 Narbenkorrektur und -resektion (LE=je Sitzung)
57	26%	479	1.840	QZ060	QZ060 Vollhauttransplantation (LE=je Sitzung)
58	37%	668	1.811	BE039	BE039 Sonstige Operation – Iris, Ziliarkörper, Skleren, Vorderkammer (LE=je Seite)
59	30%	538	1.764	XC364	XC364 Cyclophosphamid/Epirubicin (EC) (Tag 1)
60	27%	470	1.733	BG109	BG109 Sonstige Operation – Retina, Glaskörper, hinterer Augenabschnitt (LE=je Seite)
62	31%	524	1.695	AJ090	AJ090 Dekompression anderer peripherer Nerven an der oberen Extremität – offen (LE=je Seite)
63	61%	1.037	1.688	BA039	BA039 Sonstige Operation – Lider und Augenbrauen (LE=je Seite)
66	38%	605	1.576	XA071	XA071 Onk. Therapie – monoklonaler Antikörper Daratumumab 16 mg/kg KG (LE=je Applikation)
67	76%	1.177	1.546	BF010	BF010 Intrakapsuläre Kataraktoperation mit Linsenimplantation (LE=je Seite)
68	31%	471	1.544	NZ020	NZ020 Exstirpation einer Synovialzyste/Bursektomie an der unteren Extremität (LE=je Seite)
69	57%	849	1.494	JG099	JG099 Sonstige Operation – Prostata (LE=je Sitzung)
70	52%	759	1.458	DE071	DE071 Implantation eines kardialen Monitors, MR-tauglich (LE=je Sitzung)
72	35%	504	1.429	CA010	CA010 Ohranlegeplastik (LE=je Seite)
73	41%	577	1.399	BF030	BF030 Isolierte Implantation oder Wechsel einer Linse (LE=je Seite)
75	25%	331	1.301	MJ080	MJ080 Naht, knöcherner Refixation einer Strecksehne an der oberen Extremität (LE=je Seite)
76	54%	678	1.249	BA020	BA020 Rekonstruktion der Lider, Augenbrauen (LE=je Seite)
77	74%	849	1.151	BD010	BD010 Keratotomie (LE=je Seite)
78	51%	576	1.127	XB240	XB040 Chemotherapie bei malignen Erkrankungen (Kinder) der Leistungsgruppe D
79	26%	285	1.089	MJ170	MJ170 Bandnaht, Bandrefixation an der oberen Extremität (LE=je Seite)
80	57%	615	1.081	BJ020	BJ020 Korrekturoperation an den geraden Augenmuskeln (LE=je Seite)
81	31%	323	1.044	XC416	XC416 Docetaxel >= 100 mg/m <sup>2</sup> (Tag 1)
82	54%	550	1.028	ZN070	ZN070 Präoperative Gewebemarkierung – CT-gezielt (LE=je Sitzung)
83	37%	371	1.008	JJ050	JJ050 Tubenunterbrechung/kontrazeptive Salpingektomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
84	80%	802	999	BC010	BC010 Resektion eines Pterygiums (LE=je Seite)
85	32%	313	982	CA069	CA069 Sonstige Operation – äußeres Ohr (LE=je Sitzung)
86	30%	289	977	AJ189	AJ189 Sonstige Operation – periphere Nerven (LE=je Sitzung)
88	27%	256	937	XC800	XC800 Pemetrexed 500 mg/m <sup>2</sup> (Tag 1)
90	28%	243	864	MG020	MG020 Arthroskopische Operation des Handgelenks (LE=je Seite)
91	66%	553	837	AJ080	AJ080 Dekompression des Nervus medianus – endoskopisch (LE=je Seite)
92	31%	260	835	XA110	XA110 Onk. Therapie – monoklonaler Antikörper Trastuzumab (Anti-HER2): 2 mg/kg KG (LE=je Applikation)
93	50%	413	821	XC774	XC774 Paclitaxel NAB (Nanoparticle-Albumine-Bound) (Tag 1)
94	35%	277	786	AJ130	AJ130 Entfernung eines Tumors an peripheren Nerven (LE=je Sitzung)

## Österreich: Rangliste der sektorengleichen Prozeduren zur Auswahl für die Übersetzung ins deutsche OPS-System (n=80)

Rang	% ambulant 2019	N ambulant 2019	N gesamt 2019	MEL	MEL-Titel
96	42%	320	761	BD039	BD039 Sonstige Operation – Kornea (LE=je Seite)
97	40%	296	743	BE020	BE020 Anlage eines Kammerwassershunts (LE=je Seite)
98	29%	205	714	NJ080	NJ080 Tenolyse und Tenosynovektomie an der unteren Extremität (LE=je Seite)
100	38%	270	712	BF049	BF049 Sonstige Operation – Linse (LE=je Seite)
101	52%	354	683	BG038	BG038 Vordere Vitrektomie (LE=je Seite)
105	33%	203	609	XB210	XB010 Chemotherapie bei malignen Erkrankungen (Kinder) der Leistungsgruppe A
107	74%	438	593	PA530	PA530 Bohrdrahtentfernung (LE=je Sitzung)
108	46%	271	588	PB010	PB010 Intraartikuläre Therapie mit offenen Radionukliden zur Radiosynovioorthese (LE=je Applikation)
109	42%	234	559	BH079	BH079 Sonstige Operation – Augapfel (LE=je Seite)
111	63%	339	541	QZ620	QZ620 Nagelkeilexzision (LE=je Sitzung)
112	66%	344	521	BJ030	BJ030 Kombinierte Korrekturoperation an den geraden und schrägen Augenmuskeln (LE=je Seite)
114	86%	410	478	BF510	BF510 Lasertherapie an der Linse (LE=je Sitzung)
120	58%	259	443	XA112	XA112 Onk. Therapie – monoklonaler Antikörper Trastuzumab Emtansin (LE=je Applikation)
122	50%	212	421	DE070	DE070 Implantation eines kardialen Monitors (LE=je Sitzung)
123	76%	319	420	BA540	BA540 Inzisionen/Exzisionen an den Lidern/Augenbrauen (LE=je Sitzung)
126	57%	230	401	ZN040	ZN040 Organbiopsie – MR-gezielt (LE=je Sitzung)



**Anlage 10 OPS-Prozedurencodes der ausgewählten sektorengleichen Leistungen**

In der Liste befinden sich Prozeduren, die im Jahr 2019 in Frankreich, England und Österreich am häufigsten erbracht wurden und einen ambulanten Anteil von mindestens 30% (AT min. 20 %) haben.

Spalten A - F deutsche OPS-Codes (4-6 stellig) und Bezeichnung

Spalten G - C geben an, auf welchem internationalen Code die OPS-Übersetzung beruht (Bsp. \*FR-4dgt = x\* bedeutet, dass der 4-stellige OPS-Code in dieser Zeile auf einem französischem CCAM beruht)

Spalten P - A geben die ursprünglichen CCAM/OPCS/AT Codes an, auf denen die OPS-Übersetzungen beruhen für eine eventuelle Rückverfolgung

OPS 4-dgt	OPS 4-dgt Text	OPS 5-dgt	OPS 5-dgt Text	OPS 6-dgt	OPS 6-dgt Text	FR-4	FR-5	FR-6	UK-4	UK-5	UK-6	AT-4	AT-5	AT-6	CCAM I	CCAM II	CCAM III	CCAM IV	OPCS I	OPCS II	OPCS III	OPCS IV	AT-Code I	AT-Code II	AT-Code III	AT-Code IV	AT-Code V	AT-Code VI
1-586	Biopsie an Lymphknoten durch Inzision	1-586.2	Axillär							x									T873									
1-587	Biopsie an Blutgefäßen durch Inzision									x									L671									
1-610	Diagnostische Laryngoskopie	1-610.2	Mikrolaryngoskopie							x	x								E491	E371								
1-610	Diagnostische Laryngoskopie	1-610.y	N.n.bez.							x	x								E491	E369	E499							
1-611	Diagnostische Pharyngoskopie	1-611.y	N.n.bez.								x								E259									
1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	1-620.0	Mit flexiblem Instrument	1-620.01	Mit bronchoalveolärer Lavage	x	x			x	x				GEQE002	GEQE006	GEQJ237	GEQE004	E491	E499	E492							
1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	1-620.0	Mit flexiblem Instrument	1-620.02	Mit Alveoloskopie					x	x	x			GEQE002	GEQE006	GEQJ237		E491	E499								
1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	1-620.1	Mit starrem Instrument							x					GEQE002	GEQE006	GEQJ237											
1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	1-620.y	N.n.bez.								x								G451	E499								
1-630	Diagnostische Ösophagoskopie	1-630.y	N.n.bez.								x								G451	G169								
1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	1-632.y	N.n.bez.								x	x							G451	G459								
1-63a	Kapselendoskopie des Dünndarms										x								G802									
1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege						x								HMJQ001	HMJQ002												
1-650	Diagnostische Koloskopie	1-650.y	Nicht näher bezeichnet								x	x							H221	H229								
1-651	Diagnostische Sigmoidoskopie										x								H231	H236	H251	H259						
1-653	Diagnostische Proktoskopie						x								HJQJ002													
1-661	Diagnostische Urethroszistoskopie	1-663.y	N.n.bez.								x	x							M451	M455	M459							
1-668	Diagnostische Endoskopie der Harnwege über ein Stoma	1-668.1	Diagnostische Urethroszistoskopie								x								M451									
1-672	Diagnostische Hysteroskopie											x											JK030	JK510				
1-690	Diagnostische Bronchoskopie und Tracheoskopie durch Inzision	1-690.0	Bronchoskopie				x				x				GEQE002	GEQE006			E491	E499								
1-690	Diagnostische Bronchoskopie und Tracheoskopie durch Inzision	1-690.1	Tracheoskopie								x								E491	E499								
1-760	Belastungstest mit Substanzen zum Nachweis einer Stoffwechsellstörung										x								U293									
1-797	Komplexe endokrinologische Funktionsuntersuchung										x								U298									
1-841	Diagnostische Punktion und Aspiration eines intrakraniellen Hohlraums	1-844	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle								x								T123									
1-853	Diagnostische (perkutane) Punktion und Aspiration der Bauchhöhle	1-853.0	Parazentese								x								T461									
1-853	Diagnostische (perkutane) Punktion und Aspiration der Bauchhöhle	1-853.2	Aszitespunktion								x								T461									
1-854	Diagnostische perkutane Punktion eines Gelenkes oder Schleimbeutels										x								W901									
1-990	Ex-vivo-Zellkultursystem zur prätherapeutischen Chemosensibilitätsbestimmung										x								U338									
1-991	Molekulares Monitoring der Resttumormarkierung [MTM]										x								U338									
1-992	Durchführung von Genmutationsanalysen und Genexpressionsanalysen bei soliden bösartigen Neubildungen										x								U338									
1-993	Automatisierte Anreicherung mit immunzytochemischer Detektion zirkulierender Tumorzellen [CTC]										x								U338									
1-994	In-vitro-Bestimmung des Genexpressionsprofils mittels RNA aus Monozyten des peripheren Blutes bei Zustand nach Transplantation										x								U338									
1-999	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen	1-999.0	Zusatzinformationen zu d1	1-999.02	Sonographisch						x	x							U338	U216								
3-030	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel										x								U216									
3-031	Komplexe differenzialdiagnostische transthorakale Stress-Echokardiographie										x								U205									
3-032	Komplexe sonographische Erkrankungs- und Fehlbildungsdiagnostik bei Feten										x								R373	U216								
3-033	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie bei Neugeborenen und Kleinkindern										x								U216									
3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]										x								U216									
3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung										x								U216	U112								
3-036	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie bei Weichteiltumoren mit quantitativer Vermessung										x								U216									
3-051	Endosonographie des Ösophagus										x								G452									
3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]										x								U202									
3-053	Endosonographie des Magens										x								G452									
3-054	Endosonographie des Duodenums										x								G452									
3-056	Endosonographie des Pankreas										x									J741	J749							
3-057	Transbronchiale Endosonographie										x								E632									
3-05x	Anderere Endosonographie										x								E632	U112								
3-204	Native Computertomographie des Herzens										x								U102									
3-224	Computertomographie des Herzens mit Kontrastmittel	3-224.3	CT-Koronarangiographie								x	x							U102	K634	K635	K636						
3-613	Phlebographie der Gefäße einer Extremität											x												EG010				
3-614	Phlebographie der Gefäße einer Extremität mit Darstellung des Abflussbereiches											x												EG010				
3-701	Scintigraphie der Schilddrüse										x								U298									
3-702	Scintigraphie anderer endokriner Organe										x								U298									
3-803	Native Magnetresonanztomographie des Herzens										x								U103									
3-824	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel	3-824.0	In Ruhe								x								U103									
3-824	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel	3-824.1	Unter physischer Belastung								x								U103									
3-824	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel	3-824.2	Unter pharmakologischer Belastung								x								U103									
3-824	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel	3-824.x	Sonstige								x								U103									
5-041	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven	5-041.0	Hirnnerven extrakraniell								x		x						A573	A604					A130			
5-041	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven	5-041.1	Plexus brachialis								x		x						A573	A604					A130			
5-041	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven	5-041.2	Nerven Schulter								x		x						A573	A604					A130			
5-041	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven	5-041.3	Nerven Arm								x		x						A573	A604								



**Anlage 10 OPS-Prozedurencodes der ausgewählten sektorengleichen Leistungen**

In der Liste befinden sich Prozeduren, die im Jahr 2019 in Frankreich, England und Österreich am häufigsten erbracht wurden und einen ambulanten Anteil von mindestens 30% (AT min. 20 %) haben.

Spalten A - F deutsche OPS-Codes (4-6 stellig) und Bezeichnung

Spalten G - G geben an, auf welchem internationalen Code die OPS-Übersetzung beruht (Bsp. "FR-4dgt = x" bedeutet, dass der 4-stellige OPS-Code in dieser Zeile auf einem französischem CCAM beruht)

Spalten P - A geben die ursprünglichen CCAM/OPCS/AT Codes an, auf denen die OPS-Übersetzungen beruhen für eine eventuelle Rückverfolgung

OPS 4-dgt	OPS 4-dgt Text	OPS 5-dgt	OPS 5-dgt Text	OPS 6-dgt	OPS 6-dgt Text	FR-4	FR-5	FR-6	UK-4	UK-5	UK-6	AT-4	AT-5	AT-6	CCAM I	CCAM II	CCAM III	CCAM IV	OPCS I	OPCS II	OPCS III	OPCS IV	AT-Code I	AT-Code II	AT-Code III	AT-Code IV	AT-Code V	AT-Code VI
5-10f	Verstärkende Eingriffe an einem schrägen Augenmuskel	5-10f.0	Resektion				x								BJMA003													
5-10f	Verstärkende Eingriffe an einem schrägen Augenmuskel	5-10f.1	Faltung				x								BJMA003													
5-10f	Verstärkende Eingriffe an einem schrägen Augenmuskel	5-10f.2	Vorlagerung				x								BJMA003													
5-10f	Verstärkende Eingriffe an einem schrägen Augenmuskel	5-10f.3	Kombination aus Resektion, Faltung und/oder Vorlagerung				x								BJMA003													
5-10g	Schwächende Eingriffe an einem schrägen Augenmuskel	5-10g.0	Einfache Rücklagerung				x								BJMA003													
5-10g	Schwächende Eingriffe an einem schrägen Augenmuskel	5-10g.1	Rücklagerung an Schlingen				x								BJMA003													
5-10g	Schwächende Eingriffe an einem schrägen Augenmuskel	5-10g.2	Tenotomie, Myotomie, Tenektomie und/oder Myektomie				x								BJMA003													
5-10g	Schwächende Eingriffe an einem schrägen Augenmuskel	5-10g.3	Partielle Tenotomie und/oder Myotomie				x								BJMA003													
5-10h	Transposition eines schrägen Augenmuskels	5-10h.0	Gesamter Muskel				x								BJMA003													
5-10h	Transposition eines schrägen Augenmuskels	5-10h.1	Muskelteil				x								BJMA003													
5-10k	Kombinierte Operationen an den Augenmuskeln	5-10k.0	Operation an 2 geraden Augenmuskeln				x						x		BJMA005													
5-10k	Kombinierte Operationen an den Augenmuskeln	5-10k.1	Operation an mindestens 3 geraden Augenmuskeln				x						x															
5-10k	Kombinierte Operationen an den Augenmuskeln	5-10k.2	Operation an 2 schrägen Augenmuskeln				x						x		BJMA005													
5-10k	Kombinierte Operationen an den Augenmuskeln	5-10k.3	Operation an mindestens 3 schrägen Augenmuskeln				x						x															
5-10k	Kombinierte Operationen an den Augenmuskeln	5-10k.4	Operation an mindestens 2 geraden und mindestens 2 schrägen Augenmuskeln				x						x															
5-10k	Kombinierte Operationen an den Augenmuskeln	5-10k.5	Operation an 1 geraden Augenmuskel und 1 schrägen Augenmuskel				x						x															
5-10k	Kombinierte Operationen an den Augenmuskeln	5-10k.6	Operation an 1 geraden Augenmuskel und 2 schrägen Augenmuskeln				x						x															
5-10k	Kombinierte Operationen an den Augenmuskeln	5-10k.7	Operation an 2 geraden Augenmuskeln und 1 schrägen Augenmuskel				x						x															
5-10k	Kombinierte Operationen an den Augenmuskeln	5-10k.8	Myopexie an 2 geraden Augenmuskeln				x						x															
5-10k	Kombinierte Operationen an den Augenmuskeln	5-10k.9	Myopexie an mindestens 2 geraden Augenmuskeln mit Operation an mindestens 1 weiteren Augenmuskel				x						x															
5-10k	Kombinierte Operationen an den Augenmuskeln	5-10k.x	Sonstige				x						x															
5-112	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Konjunktiva	5-112.00	Destruktion	5-112.00	Durch Thermokoagulation			x							BGFA010													
5-112	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Konjunktiva	5-112.01	Destruktion	5-112.01	Durch Laserkoagulation			x							BGFA010													
5-112	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Konjunktiva	5-112.02	Destruktion	5-112.02	Durch Kryokoagulation			x							BGFA010													
5-122	Operationen bei Pterygium	5-122.0	Exzision ohne Plastik										x															
5-122	Operationen bei Pterygium	5-122.1	Exzision mit Bindehautplastik										x															
5-122	Operationen bei Pterygium	5-122.2	Mit phototherapeutischer Keratektomie										x															
5-126	Refraktive Keratoplastik und andere Rekonstruktion der Kornea	5-126.0	Keratotomie				x								BEPA001	BFP002												
5-126	Refraktive Keratoplastik und andere Rekonstruktion der Kornea	5-126.0	Keratotomie	5-126.00	Radial								x															
5-126	Refraktive Keratoplastik und andere Rekonstruktion der Kornea	5-126.0	Keratotomie	5-126.01	Nicht radial								x															
5-126	Refraktive Keratoplastik und andere Rekonstruktion der Kornea	5-126.0	Keratotomie	5-126.0x	Sonstige								x															
5-126	Refraktive Keratoplastik und andere Rekonstruktion der Kornea	5-126.1	Photorefraktive Keratektomie										x															
5-129	Andere Operationen an der Kornea	5-129.2	Deckung der Kornea durch eine Amnionmembran				x								BDMA006													
5-131	Senkung des Augeninnendruckes durch filtrierende Operationen	5-131.0	Gedeczte Goniotomie							x																		
5-131	Senkung des Augeninnendruckes durch filtrierende Operationen	5-131.00	Gedeczte Goniotomie	5-131.00	Ohne adjuvante medikamentöse Therapie								x															
5-131	Senkung des Augeninnendruckes durch filtrierende Operationen	5-131.01	Gedeczte Goniotomie	5-131.01	Mit Einbringen von Medikamenten zur Fibrosehemmung								x															
5-131	Senkung des Augeninnendruckes durch filtrierende Operationen	5-131.0x	Gedeczte Goniotomie	5-131.0x	Sonstige								x															
5-131	Senkung des Augeninnendruckes durch filtrierende Operationen	5-131.61	Filtrationsoperation	5-131.61	Mit nicht nahtfixiertem Implantat, mit Abfluss in den Kammerwinkel								x															
5-131	Senkung des Augeninnendruckes durch filtrierende Operationen	5-131.62	Filtrationsoperation	5-131.62	Mit nicht nahtfixiertem Implantat, mit Abfluss in den suprachoroidalen Raum								x															
5-131	Senkung des Augeninnendruckes durch filtrierende Operationen	5-131.63	Filtrationsoperation	5-131.63	Mit nicht nahtfixiertem Implantat, mit Abfluss unter die Bindehaut								x															
5-131	Senkung des Augeninnendruckes durch filtrierende Operationen	5-131.64	Filtrationsoperation	5-131.64	Mit nahtfixiertem Implantat, mit Abfluss unter die Bindehaut								x															
5-131	Senkung des Augeninnendruckes durch filtrierende Operationen	5-131.6x	Filtrationsoperation	5-131.6x	Mit sonstigem Implantat								x															
5-131	Senkung des Augeninnendruckes durch filtrierende Operationen	5-131.7	Trabekulotomie				x								BEFA008													
5-132	Senkung des Augeninnendruckes durch Operationen am Corpus ciliare	5-132.2	Zyklophotokoagulation	5-132.20	Offen chirurgisch								x															
5-132	Senkung des Augeninnendruckes durch Operationen am Corpus ciliare	5-132.2	Zyklophotokoagulation	5-132.21	Endoskopisch								x															
5-132	Senkung des Augeninnendruckes durch Operationen am Corpus ciliare	5-132.2	Zyklophotokoagulation	5-132.22	Transskleral								x															
5-132	Senkung des Augeninnendruckes durch Operationen am Corpus ciliare	5-132.2	Zyklophotokoagulation	5-132.2x	Sonstige								x															
5-133	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kamme	5-133.0	Chirurgische Iridektomie										x															
5-133	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kamme	5-133.3	Lasertrabekuloplastik										x															
5-133	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kamme	5-133.4	Gonioplastik oder Iridoplastik durch Laser										x															
5-133	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kamme	5-133.5	Zyklodialyse										x															
5-133	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kamme	5-133.6	Laseriridotomie										x															
5-133	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kamme	5-133.7	Aspiration am Trabekelwerk bei Pseudoexfoliationsglaukom										x															
5-133	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kamme	5-133.8	Intraokulare Trabekulotomie	5-133.80	Durch Laser								x															
5-133	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kamme	5-133.8	Intraokulare Trabekulotomie	5-133.81	Durch Elektroablation								x															
5-133	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kamme	5-133.8	Intraokulare Trabekulotomie	5-133.8x	Sonstige								x															
5-134	Senkung des Augeninnendruckes durch nicht filtrierende Operationen	5-134.0	Viskokanalotomie	5-134.00	Ohne Einbringen von Medikamenten zur Fibrosehemmung								x															
5-134	Senkung des Augeninnendruckes durch nicht filtrierende Operationen	5-134.01	Viskokanalotomie	5-134.01	Mit Einbringen von Medikamenten zur Fibrosehemmung								x															
5-134	Senkung des Augeninnendruckes durch nicht filtrierende Operationen	5-134.1	Tiefe Sklerektomie	5-134.10	Ohne Einbringen von Medikamenten zur Fibrosehemmung								x															







**Anlage 10 OPS-Prozedurencodes der ausgewählten sektorengleichen Leistungen**

In der Liste befinden sich Prozeduren, die im Jahr 2019 in Frankreich, England und Österreich am häufigsten erbracht wurden und einen ambulanten Anteil von mindestens 30% (AT min. 20 %) haben.

Spalten A - F deutsche OPS-Codes (4-6 stellig) und Bezeichnung

Spalten G - G geben an, auf welchem internationalen Code die OPS-Übersetzung beruht (Bsp. \*FR-4dgt = x\* bedeutet, dass der 4-stellige OPS-Code in dieser Zeile auf einem französischem CCAM beruht)

Spalten P - A geben die ursprünglichen CCAM/OPCS/AT Codes an, auf denen die OPS-Übersetzungen beruhen für eine eventuelle Rückverfolgung

OPS 4-dgt	OPS 4-dgt Text	OPS 5-dgt	OPS 5-dgt Text	OPS 6-dgt	OPS 6-dgt Text	FR-4	FR-5	FR-6	UK-4	UK-5	UK-6	AT-4	AT-5	AT-6	CCAM I	CCAM II	CCAM III	CCAM IV	OPCS I	OPCS II	OPCS III	OPCS IV	AT-Code I	AT-Code II	AT-Code III	AT-Code IV	AT-Code V	AT-Code VI			
5-216	Reposition einer Nasenfraktur	5-216.2	Offen, von außen							x																			V092		
5-216	Reposition einer Nasenfraktur	5-216.x	Sonstige							x																			V092		
5-216	Reposition einer Nasenfraktur	5-216.y	N.n.bez.							x																			V092		
5-218	Plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase [Septor]	5-218.0	Septorhinoplastik mit Korr	5-218.00	Mit lokalen autogenen Transplantaten				x	x					GAMA016														E036		
5-218	Plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase [Septor]	5-218.0	Septorhinoplastik mit Korr	5-218.01	Mit distalen autogenen Transplantaten				x	x					GAMA016														E036		
5-218	Plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase [Septor]	5-218.1	Septorhinoplastik mit Korr	5-218.10	Mit lokalen autogenen Transplantaten				x	x					GAMA016														E036		
5-218	Plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase [Septor]	5-218.1	Septorhinoplastik mit Korr	5-218.11	Mit distalen autogenen Transplantaten				x	x					GAMA016														E036		
5-218	Plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase [Septor]	5-218.2	Septorhinoplastik mit Korr	5-218.20	Mit lokalen autogenen Transplantaten				x	x					GAMA016														E036		
5-218	Plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase [Septor]	5-218.2	Septorhinoplastik mit Korr	5-218.21	Mit distalen autogenen Transplantaten				x	x					GAMA016														E036		
5-221	Operationen an der Kieferhöhle									x																			E081		
5-222	Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle	5-222.2	Ethmoidektomie, endonasal					x		x					GBPE001														E081		
5-223	Operationen an der Stirnhöhle									x																			E081		
5-225	Plastische Rekonstruktion der Nasennebenhöhlen	5-225.5	Verschluss einer oroantralen Verbindung					x							HASA018																
5-243	Exzision einer odontogenen pathologischen Veränderung des Kiefers							x							LBFA030																
5-250	Inzision, Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Z	5-250.0	Inzision am Zungenrand							x																			F263		
5-250	Inzision, Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Z	5-250.1	Inzision am Zungenkörper							x																			F263		
5-250	Inzision, Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Z	5-250.2	Exzision							x																			F231		
5-259	Anderere Operationen an der Zunge	5-259.1	Durchtrennung des Frenulum linguae							x																			F263		
5-262	Resektion einer Speicheldrüse	5-262.6	Kleine Speicheldrüsen						x						HCFA007																
5-273	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle	5-273.5	Exzision, lokal, Lippe							x																			F021		
5-281	Tonsillektomie (ohne Adenotomie)	5-281.0	Mit Dissektionstechnik							x	x																		F341		
5-282	Tonsillektomie mit Adenotomie	5-282.0	Mit Dissektionstechnik					x	x	x	x				FAFA006	FAFA010	FAFA015												F341		
5-285	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	5-285.0	Primäreingriff							x			x		FAFA002	FAFA008	FAFA013												F341		
5-289	Anderere Operationen an Gaumen- und Rachenmandeln	5-289.0	Destruktion von erkranktem Gewebe							x																			F344		
5-289	Anderere Operationen an Gaumen- und Rachenmandeln	5-289.4	Exzision von erkranktem Gewebe							x																			F344		
5-300	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx	5-300.1	Exzision, laryngoskopisch						x						GDPE004																
5-300	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx	5-300.2	Exzision, mikrolaryngoskopisch						x						GDPE004																
5-343	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Brustwand	5-343.0	Exzision von Weichteilen							x	x																				
5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis	5-377.1	Schrittmacher, Einkammerystem							x	x																			U191	
5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis	5-377.2	Schrittmacher, Zweikammerystem, mit einer Schrittmachersonde							x	x																			U191	
5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis	5-377.3	Schrittmacher, Zweikammer, ohne antitachykardie Stimulation							x	x																			U191	
5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis	5-377.3	Schrittmacher, Zweikammer, mit antitachykarder Stimulation							x	x																			U191	
5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis	5-377.4	Schrittmacher, biventrikulär, ohne Vorhofelektrode							x	x																			U191	
5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis	5-377.4	Schrittmacher, biventrikulär, mit Vorhofelektrode							x	x																			U191	
5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis	5-377.8	Ereignis-Rekorder							x			x																	U191	
5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators									x																				K603	
5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	5-385.0	Lokale Sklerotherapie (durch Injektion)							x																				U197	
5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	5-385.4	Transkutane Unterbindung der Vv. perforantes (als selbständiger Eingriff)					x							EJSA001	EJF418														L862	
5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	5-385.7	Crossectomie und Strippi	5-385.70	V. saphena magna			x	x						EJGA001	EJFA002	EJGA002													EK050	
5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	5-385.7	Crossectomie und Strippi	5-385.72	V. saphena parva			x	x						EJGA001	EJFA002														EK050	
5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	5-385.7	Crossectomie und Strippi	5-385.74	Vv. saphenae magna et parva			x	x						EJGA001	EJFA002														EK050	
5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	5-385.8	(Isolierte) Crossectomie	5-385.80	V. saphena magna				x						EJGA002															EK035	
5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	5-385.8	(Isolierte) Crossectomie	5-385.82	V. saphena parva				x						EJFA006															EK035	
5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	5-385.8	(Isolierte) Crossectomie	5-385.84	Vv. saphenae magna et parva					x					EJFA006	EJGA002														EK035	
5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	5-385.9	Exhairese (als selbständig)	5-385.90	V. saphena magna				x						EJFA006															EK035	
5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	5-385.9	Exhairese (als selbständig)	5-385.92	V. saphena parva					x																				EK035	
5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	5-385.9	Exhairese (als selbständig)	5-385.94	Vv. saphenae magna et parva					x																					EK035
5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	5-385.9	Exhairese (als selbständig)	5-385.96	Seltenastvarize																										EK035
5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	5-385.a	Lasertherapie	5-385.a0	Lokal				x						EJF418	EJF466															
5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	5-385.a	Lasertherapie	5-385.a1	Endovenös [EVLT]				x						EJF418	EJF466														EK035	
5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	5-385.b	Endoluminale Radiofrequenzablation					x					x		EJF008	EJF032														L882	
5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	5-385.c	Endoluminale Rotationsablation mit gleichzeitiger Sklerosierung							x			x																	EK035	
5-392	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes	5-392.1	Innere AV-Fistel [Cimino-E]	5-392.10	Ohne Vorverlagerung der Vena basilica				x	x					EZNA001															L742	
5-392	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes	5-392.2	Innere AV-Fistel mit allogenem Material							x	x																			L742	
5-392	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes	5-392.3	Innere AV-Fistel mit alloplastischem Material							x	x																			L742	
5-392	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes	5-392.5	Inn																												





**Anlage 10 OPS-Prozedurencodes der ausgewählten sektorengleichen Leistungen**

In der Liste befinden sich Prozeduren, die im Jahr 2019 in Frankreich, England und Österreich am häufigsten erbracht wurden und einen ambulanten Anteil von mindestens 30% (AT min. 20 %) haben.

Spalten A - F deutsche OPS-Codes (4-6 stellig) und Bezeichnung

Spalten G - C geben an, auf welchem internationalen Code die OPS-Übersetzung beruht (Bsp. \*FR-4dgt = x\* bedeutet, dass der 4-stellige OPS-Code in dieser Zeile auf einem französischem CCAM beruht)

Spalten P - A geben die ursprünglichen CCAM/OPCS/AT Codes an, auf denen die OPS-Übersetzungen beruhen für eine eventuelle Rückverfolgung

OPS 4-dgt	OPS 4-dgt Text	OPS 5-dgt	OPS 5-dgt Text	OPS 6-dgt	OPS 6-dgt Text	FR-4	FR-5	FR-6	UK-4	UK-5	UK-6	AT-4	AT-5	AT-6	CCAM I	CCAM II	CCAM III	CCAM IV	OPCS I	OPCS II	OPCS III	OPCS IV	AT-Code I	AT-Code II	AT-Code III	AT-Code IV	AT-Code V	AT-Code VI
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.0b	Metakarpale			x	x								PAGA011	MDGA002												
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.1	Schraube	5-787.10	Klavikula	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009				W283				MZ010				
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.1	Schraube	5-787.11	Humerus proximal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009								W283				MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.1	Schraube	5-787.12	Humerusschaft	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009								W283				MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.1	Schraube	5-787.13	Humerus distal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009								W283				MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.1	Schraube	5-787.14	Radius proximal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009								W283				MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.1	Schraube	5-787.15	Radiuschaft	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009								W283				MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.1	Schraube	5-787.16	Radius distal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009								W283				MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.1	Schraube	5-787.17	Ulna proximal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009								W283				MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.1	Schraube	5-787.18	Ulnaschaft	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009								W283				MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.1	Schraube	5-787.19	Ulna distal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009								W283				MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.1	Schraube	5-787.1a	Karpale	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009								W283				MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.1	Schraube	5-787.1b	Metakarpale	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009								W283				MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.1	Schraube	5-787.1c	Phalangen Hand	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009								W283				MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.1	Schraube	5-787.1e	Schenkelhals	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009								W283				NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.1	Schraube	5-787.1f	Femur proximal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009								W283				NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.1	Schraube	5-787.1g	Femurschaft	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009								W283				NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.1	Schraube	5-787.1h	Femur distal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009								W283				NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.1	Schraube	5-787.1j	Patella	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009								W283				NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.1	Schraube	5-787.1k	Tibia proximal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009								W283				NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.1	Schraube	5-787.1m	Tibiaschaft	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009								W283				NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.1	Schraube	5-787.1n	Tibia distal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009								W283				NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.1	Schraube	5-787.1p	Fibula proximal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009								W283				NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.1	Schraube	5-787.1q	Fibulaschaft	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009								W283				NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.1	Schraube	5-787.1r	Fibula distal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009								W283				NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.1	Schraube	5-787.1s	Talus	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009	NDGA003							W283				NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.1	Schraube	5-787.1t	Kalkaneus	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009	NDGA003							W283				NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.1	Schraube	5-787.1u	Tarsale	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009	NDGA003							W283				NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.1	Schraube	5-787.1v	Metatarsale	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009	NDGA003							W283				NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.1	Schraube	5-787.1w	Phalangen Fuß	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009	NDGA003							W283				NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.2	Zuggurtung/Cerclage	5-787.20	Klavikula	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009								W283				MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.2	Zuggurtung/Cerclage	5-787.21	Humerus proximal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009								W283				MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.2	Zuggurtung/Cerclage	5-787.22	Humerusschaft	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009								W283				MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.2	Zuggurtung/Cerclage	5-787.23	Humerus distal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009								W283				MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.2	Zuggurtung/Cerclage	5-787.24	Radius proximal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009								W283				MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.2	Zuggurtung/Cerclage	5-787.25	Radiuschaft	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009								W283				MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.2	Zuggurtung/Cerclage	5-787.26	Radius distal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009								W283				MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.2	Zuggurtung/Cerclage	5-787.27	Ulna proximal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009								W283				MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.2	Zuggurtung/Cerclage	5-787.28	Ulnaschaft	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009								W283				MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.2	Zuggurtung/Cerclage	5-787.29	Ulna distal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009								W283				MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.2	Zuggurtung/Cerclage	5-787.2a	Karpale	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009								W283				MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.2	Zuggurtung/Cerclage	5-787.2b	Metakarpale	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009								W283				MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.2	Zuggurtung/Cerclage	5-787.2c	Phalangen Hand	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009								W283				MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.2	Zuggurtung/Cerclage	5-787.2e	Schenkelhals	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009								W283				NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.2	Zuggurtung/Cerclage	5-787.2f	Femur proximal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009								W283				NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.2	Zuggurtung/Cerclage	5-787.2g	Femurschaft	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009								W283				NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.2	Zuggurtung/Cerclage	5-787.2h	Femur distal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009								W283				NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.2	Zuggurtung/Cerclage	5-787.2j	Patella	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009								W283				NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.2	Zuggurtung/Cerclage	5-787.2k	Tibia proximal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009								W283				NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.2	Zuggurtung/Cerclage	5-787.2m	Tibiaschaft	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009								W283				NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.2	Zuggurtung/Cerclage	5-787.2n	Tibia distal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009								W283				NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.2	Zuggurtung/Cerclage	5-787.2p	Fibula proximal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009								W283				NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.2	Zuggurtung/Cerclage	5-787.2q	Fibulaschaft	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009								W283				NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.2	Zuggurtung/Cerclage	5-787.2r	Fibula distal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009								W283				NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.2	Zuggurtung/Cerclage	5-787.2s	Talus	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009	NDGA003							W283				NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.2	Zuggurtung/Cerclage	5-787.2t	Kalkaneus	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009	NDGA003							W283				NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.2	Zuggurtung/Cerclage	5-787.2u	Tarsale	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009	NDGA003							W283				NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.2	Zuggurtung/Cerclage	5-787.2v	Metatarsale	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009	NDGA003							W283				NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.2	Zuggurtung/Cerclage	5-787.2w	Phalangen Fuß	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009	NDGA003							W283				NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.3	Platte	5-787.30	Klavikula	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009								W283				MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.3	Platte	5-787.31	Humerus proximal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009								W283				MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.3	Platte	5-787.32	Humerusschaft	x	x			x																		

**Anlage 10 OPS-Prozedurencodes der ausgewählten sektorengleichen Leistungen**

In der Liste befinden sich Prozeduren, die im Jahr 2019 in Frankreich, England und Österreich am häufigsten erbracht wurden und einen ambulanten Anteil von mindestens 30% (AT min. 20 %) haben.

Spalten A - F deutsche OPS-Codes (4-6 stellig) und Bezeichnung

Spalten G - C geben an, auf welchem internationalen Code die OPS-Übersetzung beruht (Bsp. \*FR-4dgt = x\* bedeutet, dass der 4-stellige OPS-Code in dieser Zeile auf einem französischem CCAM beruht)

Spalten P - A geben die ursprünglichen CCAM/OPCS/AT Codes an, auf denen die OPS-Übersetzungen beruhen für eine eventuelle Rückverfolgung

OPS 4-dgt	OPS 4-dgt Text	OPS 5-dgt	OPS 5-dgt Text	OPS 6-dgt	OPS 6-dgt Text	FR-4	FR-5	FR-6	UK-4	UK-5	UK-6	AT-4	AT-5	AT-6	CCAM I	CCAM II	CCAM III	CCAM IV	OPCS I	OPCS II	OPCS III	OPCS IV	AT-Code I	AT-Code II	AT-Code III	AT-Code IV	AT-Code V	AT-Code VI
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.3	Platte	5-787.3f	Femur proximal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283					NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.3	Platte	5-787.3g	Femurschaft	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283					NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.3	Platte	5-787.3h	Femur distal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283					NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.3	Platte	5-787.3j	Patella	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283					NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.3	Platte	5-787.3k	Tibia proximal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283					NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.3	Platte	5-787.3m	Tibiaschaft	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283					NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.3	Platte	5-787.3n	Tibia distal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283					NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.3	Platte	5-787.3p	Fibula proximal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283					NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.3	Platte	5-787.3q	Fibulaschaft	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283					NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.3	Platte	5-787.3r	Fibula distal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283					NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.3	Platte	5-787.3s	Talus	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009	NDGA003						W283					NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.3	Platte	5-787.3t	Kalkaneus	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009	NDGA003						W283					NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.3	Platte	5-787.3u	Tarsale	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009	NDGA003						W283					NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.3	Platte	5-787.3v	Metatarsale	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009	NDGA003						W283					NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.3	Platte	5-787.3w	Phalangen Fuß	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009	NDGA003						W283					NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.4	Winkelplatte/Kondylenpl	5-787.41	Humerus proximal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283		MZ010	NZ010		
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.4	Winkelplatte/Kondylenpl	5-787.42	Humerusschaft	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.4	Winkelplatte/Kondylenpl	5-787.43	Humerus distal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283					MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.4	Winkelplatte/Kondylenpl	5-787.4e	Schenkelhals	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283					NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.4	Winkelplatte/Kondylenpl	5-787.4f	Femur proximal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283					NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.4	Winkelplatte/Kondylenpl	5-787.4g	Femurschaft	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283					NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.4	Winkelplatte/Kondylenpl	5-787.4h	Femur distal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283					NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.4	Winkelplatte/Kondylenpl	5-787.4k	Tibia proximal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283					NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.4	Winkelplatte/Kondylenpl	5-787.4m	Tibiaschaft	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283					NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.4	Winkelplatte/Kondylenpl	5-787.4n	Tibia distal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283					NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.5	Dynamische Kompression	5-787.51	Humerus proximal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283		MZ010	NZ010		
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.5	Dynamische Kompression	5-787.52	Humerusschaft	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283					MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.5	Dynamische Kompression	5-787.5e	Schenkelhals	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283					NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.5	Dynamische Kompression	5-787.5f	Femur proximal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283					NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.5	Dynamische Kompression	5-787.5g	Femurschaft	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283					NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.5	Dynamische Kompression	5-787.5h	Femur distal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283					NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.5	Dynamische Kompression	5-787.5k	Tibia proximal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283					NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.6	Marknagel	5-787.61	Humerus proximal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283					MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.6	Marknagel	5-787.62	Humerusschaft	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283					MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.6	Marknagel	5-787.63	Humerus distal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283					MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.6	Marknagel	5-787.64	Radius proximal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283					MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.6	Marknagel	5-787.65	Radiuschaft	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283					MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.6	Marknagel	5-787.66	Radius distal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283					MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.6	Marknagel	5-787.67	Ulna proximal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283					MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.6	Marknagel	5-787.68	Ulnaschaft	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283					MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.6	Marknagel	5-787.69	Ulna distal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283					MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.6	Marknagel	5-787.6e	Schenkelhals	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283					NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.6	Marknagel	5-787.6f	Femur proximal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283					NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.6	Marknagel	5-787.6g	Femurschaft	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283					NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.6	Marknagel	5-787.6h	Femur distal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283					NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.6	Marknagel	5-787.6k	Tibia proximal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283					NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.6	Marknagel	5-787.6m	Tibiaschaft	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283					NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.6	Marknagel	5-787.6n	Tibia distal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283					NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.6	Marknagel	5-787.6p	Fibula proximal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283					NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.6	Marknagel	5-787.6q	Fibulaschaft	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283					NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.6	Marknagel	5-787.6r	Fibula distal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283					NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.7	Marknagel mit Gelenkkor	5-787.71	Humerus proximal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283					MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.7	Marknagel mit Gelenkkor	5-787.72	Humerusschaft	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283					MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.7	Marknagel mit Gelenkkor	5-787.73	Humerus distal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283					MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.7	Marknagel mit Gelenkkor	5-787.74	Radius proximal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283					MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.7	Marknagel mit Gelenkkor	5-787.75	Radiuschaft	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283					MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.7	Marknagel mit Gelenkkor	5-787.77	Ulna proximal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283					MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.7	Marknagel mit Gelenkkor	5-787.78	Ulnaschaft	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283					MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.7	Marknagel mit Gelenkkor	5-787.79	Ulna distal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283					MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.7	Marknagel mit Gelenkkor	5-787.7e	Schenkelhals	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283					NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.7	Marknagel mit Gelenkkor	5-787.7f	Femur proximal	x	x			x				x	PAGA011	PAGA009							W283					NZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.7	Marknagel mit Gelenkkor	5-787.7g	Femurschaft	x	x			x	</																	

**Anlage 10 OPS-Prozedurencodes der ausgewählten sektorengleichen Leistungen**

In der Liste befinden sich Prozeduren, die im Jahr 2019 in Frankreich, England und Österreich am häufigsten erbracht wurden und einen ambulanten Anteil von mindestens 30% (AT min. 20 %) haben.

Spalten A - F deutsche OPS-Codes (4-6 stellig) und Bezeichnung

Spalten G - C geben an, auf welchem internationalen Code die OPS-Übersetzung beruht (Bsp. \*FR-4dgt = x\* bedeutet, dass der 4-stellige OPS-Code in dieser Zeile auf einem französischem CCAM beruht)

Spalten P - A geben die ursprünglichen CCAM/OPCS/AT Codes an, auf denen die OPS-Übersetzungen beruhen für eine eventuelle Rückverfolgung

OPS 4-dgt	OPS 4-dgt Text	OPS 5-dgt	OPS 5-dgt Text	OPS 6-dgt	OPS 6-dgt Text	FR-4	FR-5	FR-6	UK-4	UK-5	UK-6	AT-4	AT-5	AT-6	CCAM I	CCAM II	CCAM III	CCAM IV	OPCS I	OPCS II	OPCS III	OPCS IV	AT-Code I	AT-Code II	AT-Code III	AT-Code IV	AT-Code V	AT-Code VI		
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.8	Verriegelungsnagel	5-787.85	Radiuschaft	x	x								PAGA011	PAGA009												MZ010		
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.8	Verriegelungsnagel	5-787.86	Radius distal	x	x								PAGA011	PAGA009													MZ010	
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.8	Verriegelungsnagel	5-787.87	Ulna proximal	x	x								PAGA011	PAGA009													MZ010	
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.8	Verriegelungsnagel	5-787.88	Ulnaschaft	x	x								PAGA011	PAGA009													MZ010	
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.8	Verriegelungsnagel	5-787.89	Ulna distal	x	x								PAGA011	PAGA009													MZ010	
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.8	Verriegelungsnagel	5-787.8b	Metakarpale	x	x								PAGA011	PAGA009													MZ010	
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.8	Verriegelungsnagel	5-787.8e	Schenkelhals	x	x								PAGA011	PAGA009													MZ010	
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.8	Verriegelungsnagel	5-787.8f	Femur proximal	x	x								PAGA011	PAGA009													MZ010	
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.8	Verriegelungsnagel	5-787.8g	Femurschaft	x	x								PAGA011	PAGA009													MZ010	
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.8	Verriegelungsnagel	5-787.8h	Femur distal	x	x								PAGA011	PAGA009													MZ010	
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.8	Verriegelungsnagel	5-787.8k	Tibia proximal	x	x								PAGA011	PAGA009													MZ010	
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.8	Verriegelungsnagel	5-787.8m	Tibiaschaft	x	x								PAGA011	PAGA009													MZ010	
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.8	Verriegelungsnagel	5-787.8n	Tibia distal	x	x								PAGA011	PAGA009													MZ010	
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.8	Verriegelungsnagel	5-787.8p	Fibula proximal	x	x								PAGA011	PAGA009													MZ010	
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.8	Verriegelungsnagel	5-787.8q	Fibulaschaft	x	x								PAGA011	PAGA009													MZ010	
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.8	Verriegelungsnagel	5-787.8r	Fibula distal	x	x								PAGA011	PAGA009													MZ010	
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.8	Verriegelungsnagel	5-787.8v	Metatarsale	x	x								PAGA011	PAGA009													MZ010	
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.9	Fixateur externe	5-787.9s	Talus	x	x								PAGA011	PAGA009														
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.9	Fixateur externe	5-787.9t	Kalkaneus	x	x								PAGA011	PAGA009														
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.9	Fixateur externe	5-787.9u	Tarsale	x	x								PAGA011	PAGA009														
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.9	Fixateur externe	5-787.9v	Metatarsale	x	x								PAGA011	PAGA009														
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.9	Fixateur externe	5-787.9w	Phalangen Fuß	x	x								PAGA011	PAGA009														
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.c	Transfixationsnagel	5-787.c1	Humerus proximal	x	x								PAGA011	PAGA009													MZ010	
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.c	Transfixationsnagel	5-787.c2	Humerusschaft	x	x								PAGA011	PAGA009														MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.c	Transfixationsnagel	5-787.c3	Humerus distal	x	x								PAGA011	PAGA009														MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.c	Transfixationsnagel	5-787.c4	Radius proximal	x	x								PAGA011	PAGA009														MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.c	Transfixationsnagel	5-787.c5	Radiuschaft	x	x								PAGA011	PAGA009														MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.c	Transfixationsnagel	5-787.c6	Radius distal	x	x								PAGA011	PAGA009														MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.c	Transfixationsnagel	5-787.c7	Ulna proximal	x	x								PAGA011	PAGA009														MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.c	Transfixationsnagel	5-787.c8	Ulnaschaft	x	x								PAGA011	PAGA009														MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.c	Transfixationsnagel	5-787.c9	Ulna distal	x	x								PAGA011	PAGA009														MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.c	Transfixationsnagel	5-787.ca	Karpale	x	x								PAGA011	PAGA009														MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.c	Transfixationsnagel	5-787.cb	Metakarpale	x	x								PAGA011	PAGA009														MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.c	Transfixationsnagel	5-787.cc	Schenkelhals	x	x								PAGA011	PAGA009														MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.c	Transfixationsnagel	5-787.cf	Femur proximal	x	x								PAGA011	PAGA009														MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.c	Transfixationsnagel	5-787.cg	Femurschaft	x	x								PAGA011	PAGA009														MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.c	Transfixationsnagel	5-787.ch	Femur distal	x	x								PAGA011	PAGA009														MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.c	Transfixationsnagel	5-787.ci	Tibia proximal	x	x								PAGA011	PAGA009														MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.c	Transfixationsnagel	5-787.cm	Tibiaschaft	x	x								PAGA011	PAGA009														MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.c	Transfixationsnagel	5-787.cn	Tibia distal	x	x								PAGA011	PAGA009														MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.c	Transfixationsnagel	5-787.cp	Fibula proximal	x	x								PAGA011	PAGA009														MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.c	Transfixationsnagel	5-787.cq	Fibulaschaft	x	x								PAGA011	PAGA009														MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.c	Transfixationsnagel	5-787.cr	Fibula distal	x	x								PAGA011	PAGA009														MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.c	Transfixationsnagel	5-787.cs	Talus	x	x								PAGA011	PAGA009														MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.c	Transfixationsnagel	5-787.ct	Kalkaneus	x	x								PAGA011	PAGA009														MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.e	(Blount-)Klammern	5-787.e0	Klavikula	x									PAGA011	PAGA009														MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.e	(Blount-)Klammern	5-787.ea	Karpale	x									PAGA011	PAGA009														MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.e	(Blount-)Klammern	5-787.eb	Metakarpale	x									PAGA011	PAGA009														MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.e	(Blount-)Klammern	5-787.ec	Phalangen Hand	x									PAGA011	PAGA009														MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.e	(Blount-)Klammern	5-787.ed	Femur proximal	x									PAGA011	PAGA009														MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.e	(Blount-)Klammern	5-787.eh	Femur distal	x									PAGA011	PAGA009														MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.e	(Blount-)Klammern	5-787.ej	Patella	x									PAGA011	PAGA009														MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.e	(Blount-)Klammern	5-787.ek	Tibia proximal	x									PAGA011	PAGA009														MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.e	(Blount-)Klammern	5-787.en	Tibia distal	x									PAGA011	PAGA009														MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.e	(Blount-)Klammern	5-787.ep	Fibula proximal	x									PAGA011	PAGA009														MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.e	(Blount-)Klammern	5-787.er	Fibula distal	x									PAGA011	PAGA009														MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.e	(Blount-)Klammern	5-787.es	Talus	x									PAGA011	PAGA009														MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.e	(Blount-)Klammern	5-787.et	Kalkaneus	x									PAGA011	PAGA009														MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.e	(Blount-)Klammern	5-787.eu	Tarsale	x									PAGA011	PAGA009														MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.e	(Blount-)Klammern	5-787.ev	Metatarsale	x									PAGA011	PAGA009														MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.e	(Blount-)Klammern	5-787.ew	Phalangen Fuß	x									PAGA011	PAGA009														MZ010
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.g	Intramedullärer Draht	5-787.g0	Tarsale	x	x								PAGA011	PAGA009														MZ010
5-787	Entfernung von Osteosyn																													



**Anlage 10 OPS-Prozedurencodes der ausgewählten sektorengleichen Leistungen**

In der Liste befinden sich Prozeduren, die im Jahr 2019 in Frankreich, England und Österreich am häufigsten erbracht wurden und einen ambulanten Anteil von mindestens 30% (AT min. 20 %) haben.

Spalten A - F deutsche OPS-Codes (4-6 stellig) und Bezeichnung

Spalten G - C geben an, auf welchem internationalen Code die OPS-Übersetzung beruht (Bsp. \*FR-4dgt = x\* bedeutet, dass der 4-stellige OPS-Code in dieser Zeile auf einem französischem CCAM beruht)

Spalten P - A geben die ursprünglichen CCAM/OPCS/AT Codes an, auf denen die OPS-Übersetzungen beruhen für eine eventuelle Rückverfolgung

OPS 4-dgt	OPS 4-dgt Text	OPS 5-dgt	OPS 5-dgt Text	OPS 6-dgt	OPS 6-dgt Text	FR-4	FR-5	FR-6	UK-4	UK-5	UK-6	AT-4	AT-5	AT-6	CCAM I	CCAM II	CCAM III	CCAM IV	OPCS I	OPCS II	OPCS III	OPCS IV	AT-Code I	AT-Code II	AT-Code III	AT-Code IV	AT-Code V	AT-Code VI
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.k	Winkelstabile Platte	5-787.k8	Ulnaschaft	x	x							x	PAGA011	PAGA009							MZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.k	Winkelstabile Platte	5-787.k9	Ulna distal	x	x							x	PAGA011	PAGA009							MZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.k	Winkelstabile Platte	5-787.ka	Karpale	x	x							x	PAGA011	PAGA009							MZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.k	Winkelstabile Platte	5-787.kb	Metakarpale	x	x							x	PAGA011	PAGA009							MZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.k	Winkelstabile Platte	5-787.kc	Phalangen Hand	x	x							x	PAGA011	PAGA009							MZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.k	Winkelstabile Platte	5-787.ke	Schenkelhals	x	x							x	PAGA011	PAGA009							NZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.k	Winkelstabile Platte	5-787.kf	Femur proximal	x	x							x	PAGA011	PAGA009							NZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.k	Winkelstabile Platte	5-787.kg	Femurschaft	x	x							x	PAGA011	PAGA009							NZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.k	Winkelstabile Platte	5-787.kh	Femur distal	x	x							x	PAGA011	PAGA009							NZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.k	Winkelstabile Platte	5-787.kj	Patella	x	x							x	PAGA011	PAGA009							NZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.k	Winkelstabile Platte	5-787.kk	Tibia proximal	x	x							x	PAGA011	PAGA009							NZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.k	Winkelstabile Platte	5-787.km	Tibiaschaft	x	x							x	PAGA011	PAGA009							NZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.k	Winkelstabile Platte	5-787.kn	Tibia distal	x	x							x	PAGA011	PAGA009							NZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.k	Winkelstabile Platte	5-787.kp	Fibula proximal	x	x							x	PAGA011	PAGA009							NZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.k	Winkelstabile Platte	5-787.kq	Fibulaschaft	x	x							x	PAGA011	PAGA009							NZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.k	Winkelstabile Platte	5-787.kr	Fibula distal	x	x							x	PAGA011	PAGA009							NZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.k	Winkelstabile Platte	5-787.ks	Talus	x	x	x						x	PAGA011	PAGA009	NDGA003						NZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.k	Winkelstabile Platte	5-787.kt	Kalkaneus	x	x	x						x	PAGA011	PAGA009	NDGA003						NZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.k	Winkelstabile Platte	5-787.ku	Tarsale	x	x	x						x	PAGA011	PAGA009	NDGA003						NZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.k	Winkelstabile Platte	5-787.kv	Metatarsale	x	x	x						x	PAGA011	PAGA009	NDGA003						NZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.k	Winkelstabile Platte	5-787.kw	Phalangen Fuß	x	x	x						x	PAGA011	PAGA009	NDGA003						NZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.m	Ringfixateur	5-787.m1	Humerus proximal	x	x							x	PAGA011	PAGA009							MZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.m	Ringfixateur	5-787.m2	Humerusschaft	x	x							x	PAGA011	PAGA009							MZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.m	Ringfixateur	5-787.m3	Humerus distal	x	x							x	PAGA011	PAGA009							MZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.m	Ringfixateur	5-787.m4	Radius proximal	x	x							x	PAGA011	PAGA009							MZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.m	Ringfixateur	5-787.m5	Radiuschaft	x	x							x	PAGA011	PAGA009							MZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.m	Ringfixateur	5-787.m6	Radius distal	x	x							x	PAGA011	PAGA009							MZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.m	Ringfixateur	5-787.m7	Ulna proximal	x	x							x	PAGA011	PAGA009							MZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.m	Ringfixateur	5-787.m8	Ulnaschaft	x	x							x	PAGA011	PAGA009							MZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.m	Ringfixateur	5-787.m9	Ulna distal	x	x							x	PAGA011	PAGA009							MZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.m	Ringfixateur	5-787.ma	Karpale	x	x							x	PAGA011	PAGA009							MZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.m	Ringfixateur	5-787.mb	Metakarpale	x	x							x	PAGA011	PAGA009							MZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.m	Ringfixateur	5-787.me	Schenkelhals	x	x							x	PAGA011	PAGA009							NZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.m	Ringfixateur	5-787.mf	Femur proximal	x	x							x	PAGA011	PAGA009							NZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.m	Ringfixateur	5-787.mg	Femurschaft	x	x							x	PAGA011	PAGA009							NZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.m	Ringfixateur	5-787.mh	Femur distal	x	x							x	PAGA011	PAGA009							NZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.m	Ringfixateur	5-787.mk	Tibia proximal	x	x							x	PAGA011	PAGA009							NZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.m	Ringfixateur	5-787.mm	Tibiaschaft	x	x							x	PAGA011	PAGA009							NZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.m	Ringfixateur	5-787.mn	Tibia distal	x	x							x	PAGA011	PAGA009							NZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.m	Ringfixateur	5-787.mp	Fibula proximal	x	x							x	PAGA011	PAGA009							NZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.m	Ringfixateur	5-787.mq	Fibulaschaft	x	x							x	PAGA011	PAGA009							NZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.m	Ringfixateur	5-787.mr	Fibula distal	x	x							x	PAGA011	PAGA009							NZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.m	Ringfixateur	5-787.ms	Talus	x	x	x						x	PAGA011	PAGA009	NDGA003						NZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.m	Ringfixateur	5-787.mt	Kalkaneus	x	x	x						x	PAGA011	PAGA009	NDGA003						NZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.m	Ringfixateur	5-787.mu	Tarsale	x	x	x						x	PAGA011	PAGA009	NDGA003						NZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.m	Ringfixateur	5-787.mv	Metatarsale	x	x	x						x	PAGA011	PAGA009	NDGA003						NZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.n	Bewegungsfixateur	5-787.n0	Klavikula	x	x							x	PAGA011	PAGA009							MZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.n	Bewegungsfixateur	5-787.n1	Humerus proximal	x	x							x	PAGA011	PAGA009							MZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.n	Bewegungsfixateur	5-787.n2	Humerusschaft	x	x							x	PAGA011	PAGA009							MZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.n	Bewegungsfixateur	5-787.n3	Humerus distal	x	x							x	PAGA011	PAGA009							MZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.n	Bewegungsfixateur	5-787.n4	Radius proximal	x	x							x	PAGA011	PAGA009							MZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.n	Bewegungsfixateur	5-787.n5	Radiuschaft	x	x							x	PAGA011	PAGA009							MZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.n	Bewegungsfixateur	5-787.n6	Radius distal	x	x							x	PAGA011	PAGA009							MZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.n	Bewegungsfixateur	5-787.n7	Ulna proximal	x	x							x	PAGA011	PAGA009							MZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.n	Bewegungsfixateur	5-787.n8	Ulnaschaft	x	x							x	PAGA011	PAGA009							MZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.n	Bewegungsfixateur	5-787.n9	Ulna distal	x	x							x	PAGA011	PAGA009							MZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.n	Bewegungsfixateur	5-787.na	Karpale	x	x							x	PAGA011	PAGA009							MZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.n	Bewegungsfixateur	5-787.nb	Metakarpale	x	x							x	PAGA011	PAGA009							MZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.n	Bewegungsfixateur	5-787.nc	Schenkelhals	x	x							x	PAGA011	PAGA009							NZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.n	Bewegungsfixateur	5-787.nd	Femur proximal	x	x							x	PAGA011	PAGA009							NZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.n	Bewegungsfixateur	5-787.ne	Femurschaft	x	x							x	PAGA011	PAGA009							NZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.n	Bewegungsfixateur	5-787.nf	Femur distal	x	x							x	PAGA011	PAGA009							NZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.n	Bewegungsfixateur	5-787.ng	Femur proximal	x	x							x	PAGA011	PAGA009							NZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.n	Bewegungsfixateur	5-787.nh	Femur distal	x	x							x	PAGA011	PAGA009							NZ010					
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.n	Bewegungsfixateur	5-																								



**Anlage 10 OPS-Prozedurencodes der ausgewählten sektorengleichen Leistungen**

In der Liste befinden sich Prozeduren, die im Jahr 2019 in Frankreich, England und Österreich am häufigsten erbracht wurden und einen ambulanten Anteil von mindestens 30% (AT min. 20 %) haben.

Spalten A - F deutsche OPS-Codes (4-6 stellig) und Bezeichnung

Spalten G - C geben an, auf welchem internationalen Code die OPS-Übersetzung beruht (Bsp. \*FR-4dgt = x\* bedeutet, dass der 4-stellige OPS-Code in dieser Zeile auf einem französischem CCAM beruht)

Spalten P - A geben die ursprünglichen CCAM/OPCS/AT Codes an, auf denen die OPS-Übersetzungen beruhen für eine eventuelle Rückverfolgung

OPS 4-dgt	OPS 4-dgt Text	OPS 5-dgt	OPS 5-dgt Text	OPS 6-dgt	OPS 6-dgt Text	FR-4	FR-5	FR-6	UK-4	UK-5	UK-6	AT-4	AT-5	AT-6	CCAM I	CCAM II	CCAM III	CCAM IV	OPCS I	OPCS II	OPCS III	OPCS IV	AT-Code I	AT-Code II	AT-Code III	AT-Code IV	AT-Code V	AT-Code VI
5-791	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines	5-791.9	Durch Materialkombinatio	5-791.95	Radiuschaft			x							MCCA005													
5-791	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines	5-791.9	Durch Materialkombinatio	5-791.98	Ulnaschaft			x							MCCA005													
5-791	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines	5-791.c	Durch Transfixationsnagel	5-791.c5	Radiuschaft			x							MCCA005													
5-791	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines	5-791.c	Durch Transfixationsnagel	5-791.c8	Ulnaschaft			x							MCCA005													
5-791	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines	5-791.d	Durch Fixateur externe m	5-791.d5	Radiuschaft			x							MCCA005													
5-791	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines	5-791.d	Durch Fixateur externe m	5-791.d8	Ulnaschaft			x							MCCA005													
5-791	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines	5-791.g	Durch intramedullären Dr	5-791.g5	Radiuschaft			x	x						MCCA005								W198	W232				
5-791	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines	5-791.g	Durch intramedullären Dr	5-791.g8	Ulnaschaft			x	x	x					MCCA005								W198	W232				
5-791	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines	5-791.k	Durch winkelstabile Platte	5-791.k5	Radiuschaft			x	x						MCCA005								W232					
5-791	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines	5-791.k	Durch winkelstabile Platte	5-791.k8	Ulnaschaft			x	x						MCCA005								W232					
5-791	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines	5-791.m	Durch Ringfixateur	5-791.m5	Radiuschaft			x	x						MCCA005								W232					
5-791	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines	5-791.m	Durch Ringfixateur	5-791.m8	Ulnaschaft			x	x						MCCA005								W232					
5-791	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines	5-791.n	Durch Bewegungsfixateur	5-791.n5	Radiuschaft			x	x						MCCA005								W232					
5-791	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines	5-791.n	Durch Bewegungsfixateur	5-791.n8	Ulnaschaft			x	x						MCCA005								W232					
5-791	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines	5-791.x	Sonstige	5-791.x5	Radiuschaft			x	x						MCCA005								W232					
5-791	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines	5-791.x	Sonstige	5-791.x8	Ulnaschaft			x	x						MCCA005								W232					
5-791	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines	5-791.y	N.n.bez.					x		x					MCCA005								W232					
5-792	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich	5-792.g	Durch intramedullären Draht					x	x														W232	W198				
5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines	5-793.g	Durch intramedullären Draht					x	x														W232	W198				
5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich	5-794.g	Durch intramedullären Draht					x	x														W232	W198				
5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	5-795.1	Durch Schraube	5-795.1b	Metakarpale			x	x						MDCA011								W232			MD020		
5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	5-795.1	Durch Schraube	5-795.1c	Phalangen Hand			x	x						MDCA011								W232			MD020		
5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	5-795.2	Durch Draht oder Zuggurt	5-795.2b	Metakarpale			x	x						MDCA011								W232			MD020		
5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	5-795.2	Durch Draht oder Zuggurt	5-795.2c	Phalangen Hand			x	x						MDCA011								W232			MD020		
5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	5-795.3	Durch Platte	5-795.3b	Metakarpale			x	x						MDCA011								W232			MD020		
5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	5-795.3	Durch Platte	5-795.3c	Phalangen Hand			x	x						MDCA011								W232			MD020		
5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	5-795.e	Durch (Blount-)Klammern	5-795.eb	Metakarpale			x	x						MDCA011								W232			MD020		
5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	5-795.e	Durch (Blount-)Klammern	5-795.ec	Phalangen Hand			x	x						MDCA011								W232			MD020		
5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	5-795.g	Durch intramedullären Dr	5-795.gb	Metakarpale			x	x	x					MDCA011								W232	W198				
5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	5-795.g	Durch intramedullären Dr	5-795.gc	Phalangen Hand			x	x	x					MDCA011								W232	W198				
5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	5-795.k	Durch winkelstabile Platte	5-795.kb	Metakarpale			x	x						MDCA011								W232			MD020		
5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	5-795.k	Durch winkelstabile Platte	5-795.kc	Phalangen Hand			x	x						MDCA011								W232			MD020		
5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	5-795.m	Durch Ringfixateur	5-795.mb	Metakarpale			x	x						MDCA011								W232			MD020		
5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	5-795.n	Durch Bewegungsfixateur	5-795.nb	Metakarpale			x	x						MDCA011								W232			MD020		
5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	5-795.n	Durch Bewegungsfixateur	5-795.nc	Phalangen Hand			x	x						MDCA011								W232			MD020		
5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	5-795.p	Durch Verriegelungsnagel	5-795.pb	Metakarpale			x	x						MDCA011								W232			MD020		
5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knoche	5-796.0	Durch Schraube	5-796.0a	Karpale			x	x						MDCA014	MDCB003							W232			MD020		
5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knoche	5-796.0	Durch Schraube	5-796.0b	Metakarpale			x	x	x					MDCA014	MDCB003							W232			MD020		
5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knoche	5-796.g	Durch intramedullären Draht					x	x	x					MDCA014								W232	W198				
5-797	Offene Reposition einer Fraktur an Talus und Kalkaneus							x															W198	W232				
5-798	Offene Reposition einer Beckenrand- und Beckenringfraktur							x															W198	W232				
5-799	Offene Reposition einer Azetabulum- und Hüftkopffraktur mit Osteosynthese							x															W198	W232				
5-79b	Offene Reposition einer Gelenkluxation	5-79b.0	Durch Schraube	5-79b.07	Handgelenk n.n.bez.			x	x	x					MDCA014	MDCB003							W232					
5-79b	Offene Reposition einer Gelenkluxation	5-79b.g	Durch intramedullären Draht					x	x	x					MDCA014								W232	W198				
5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	5-800.4	Synovialektomie, partiell	5-800.47	Handgelenk n.n.bez.			x	x						MJPA011								W742					
5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	5-800.4	Synovialektomie, partiell	5-800.4q	Metatarsophalangealgelenk			x	x						NHFA001								W742					
5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	5-800.5	Synovialektomie, total	5-800.57	Handgelenk n.n.bez.			x	x						MJFA004	MJPA011							W742					
5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	5-800.5	Synovialektomie, total	5-800.5q	Metatarsophalangealgelenk			x	x						NHFA001								W742					
5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	5-800.6	Gelenkmobilisation [Arthri]	5-800.67	Handgelenk n.n.bez.			x	x						MHPA004								W742					
5-805	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat	5-805.7	Rekonstruktion der Rotatorenmanschette durch Naht					x															W791					
5-805	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat	5-805.8	Rekonstruktion der Rotatorenmanschette durch Sehnenverlagerung					x															W791					
5-805	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat	5-805.9	Rekonstruktion der Rotatorenmanschette durch Transplantat					x															W791					
5-805	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat	5-805.a	Rekonstruktion der Rotatorenmanschette durch Implantat					x															W791					
5-806	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat	5-806.4	Bandplastik des lateralen Bandapparates mit autogener Sehne					x							NGCA001													
5-806	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat	5-806.5	Bandplastik des lateralen Bandapparates mit Periostlappen oder ortständigem G					x							NGCA001													
5-806	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat	5-806.6	Bandplastik des lateralen Bandapparates mit alloplastischem Banderstap					x							NGCA001													





**Anlage 10 OPS-Prozedurencodes der ausgewählten sektorengleichen Leistungen**

In der Liste befinden sich Prozeduren, die im Jahr 2019 in Frankreich, England und Österreich am häufigsten erbracht wurden und einen ambulanten Anteil von mindestens 30% (AT min. 20 %) haben.

Spalten A - F deutsche OPS-Codes (4-6 stellig) und Bezeichnung

Spalten G - G geben an, auf welchem internationalen Code die OPS-Übersetzung beruht (Bsp. \*FR-4dgt = x\* bedeutet, dass der 4-stellige OPS-Code in dieser Zeile auf einem französischem CCAM beruht)

Spalten P - A geben die ursprünglichen CCAM/OPCS/AT Codes an, auf denen die OPS-Übersetzungen beruhen für eine eventuelle Rückverfolgung

OPS 4-dgt	OPS 4-dgt Text	OPS 5-dgt	OPS 5-dgt Text	OPS 6-dgt	OPS 6-dgt Text	FR-4	FR-5	FR-6	UK-4	UK-5	UK-6	AT-4	AT-5	AT-6	CCAM I	CCAM II	CCAM III	CCAM IV	OPCS I	OPCS II	OPCS III	OPCS IV	AT-Code I	AT-Code II	AT-Code III	AT-Code IV	AT-Code V	AT-Code VI	
5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimhäute	5-859.1	Totale Resektion eines Sch	5-859.10	Kopf und Hals									x														MZ020	
5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimhäute	5-859.1	Totale Resektion eines Sch	5-859.11	Schulter und Axilla									x														MZ020	
5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimhäute	5-859.1	Totale Resektion eines Sch	5-859.12	Oberarm und Ellenbogen									x														MZ020	
5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimhäute	5-859.1	Totale Resektion eines Sch	5-859.13	Unterarm									x														MZ020	
5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimhäute	5-859.1	Totale Resektion eines Sch	5-859.14	Hand									x														MZ020	
5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimhäute	5-859.1	Totale Resektion eines Sch	5-859.18	Oberschenkel und Knie									x														NZ020	
5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimhäute	5-859.1	Totale Resektion eines Sch	5-859.19	Unterschenkel									x														NZ020	
5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimhäute	5-859.1	Totale Resektion eines Sch	5-859.1a	Fuß									x														NZ020	
5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimhäute	5-859.2	Resektion eines Ganglions	5-859.20	Kopf und Hals									x														MZ020	
5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimhäute	5-859.2	Resektion eines Ganglions	5-859.21	Schulter und Axilla									x														MZ020	
5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimhäute	5-859.2	Resektion eines Ganglions	5-859.22	Oberarm und Ellenbogen									x														MZ020	
5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimhäute	5-859.2	Resektion eines Ganglions	5-859.23	Unterarm									x														MZ020	
5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimhäute	5-859.2	Resektion eines Ganglions	5-859.24	Hand									x														MZ020	
5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimhäute	5-859.2	Resektion eines Ganglions	5-859.27	Leisten- und Genitalregion und Gesäß									x														NZ020	
5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimhäute	5-859.2	Resektion eines Ganglions	5-859.28	Oberschenkel und Knie									x														NZ020	
5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimhäute	5-859.2	Resektion eines Ganglions	5-859.29	Unterschenkel									x														NZ020	
5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimhäute	5-859.2	Resektion eines Ganglions	5-859.2a	Fuß									x														NZ020	
5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimhäute	5-859.2	Resektion eines Ganglions	5-859.2					x						FCFA021														
5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion	5-870.9	Lokale Exzision						x						QEFA004							B283	B285						
5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion	5-870.a	Partielle Resektion						x	x	x				QEFA008	QEFA017						B283	B285	B282					
5-879	Andere Exzision und Resektion der Mamma									x												B283	B284						
5-884	Mammareduktionsplastik	5-884.0	Ohne Brustwarzentransplantation						x						QEMA012														
5-884	Mammareduktionsplastik	5-884.1	Mit freiem Brustwarzentransplantat						x						QEMA012														
5-884	Mammareduktionsplastik	5-884.2	Mit gestieltem Brustwarzentransplantat						x						QEMA012														
5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	5-892.0	Ohne weitere Maßnahmen						x						QZJA011														QZ525
5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	5-892.1	Drainage	5-892.14	Sonstige Teile Kopf					x	x											S472	S471						
5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	5-892.1	Drainage	5-892.15	Hals					x	x											S472	S471						
5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	5-892.1	Drainage	5-892.1d	Gesäß					x	x											S472	H582	H603					
5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	5-892.2	Entfernung eines Fremdk	5-892.20	Lippe					x					OAGA004														
5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	5-892.2	Entfernung eines Fremdk	5-892.24	Sonstige Teile Kopf					x					OAGA004														
5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	5-892.2	Entfernung eines Fremdk	5-892.29	Hand					x					OAGA004														
5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	5-894.0	Exzision, lokal, ohne primä	5-894.04	Sonstige Teile Kopf						x											S065	S066						
5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	5-894.0	Exzision, lokal, ohne primä	5-894.05	Hals						x											S065	S066						
5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	5-894.0	Exzision, lokal, ohne primären Wundverschluss	5-894.0					x		x				QZFA002	QZFA004	QZFA011	QZFA036				S067			QZ030	QZ525			
5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	5-894.0	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	5-894.0	Lippe					x	x											F021							
5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	5-894.1	Exzision, lokal, mit primär	5-894.10	Lippe						x											F021							
5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	5-894.1	Exzision, lokal, mit primär	5-894.14	Sonstige Teile Kopf						x											S065	S066						
5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	5-894.1	Exzision, lokal, mit primär	5-894.15	Hals						x											S065	S066						
5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	5-894.1	Exzision, lokal, mit primärem Wundverschluss	5-894.1					x		x				QZFA002	QZFA004	QZFA011	QZFA036				S067			QZ030	QZ525			
5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	5-894.2	Exzision von Schweißdrüs	5-894.20	Lippe					x	x											S067	F021						
5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	5-894.2	Exzision von Schweißdrüs	5-894.24	Sonstige Teile Kopf					x	x											S067	S065	S066					
5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	5-894.2	Exzision von Schweißdrüs	5-894.25	Hals					x	x											S067	S065	S066					
5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	5-894.x	Sonstige	5-894.x0	Lippe						x											F021							
5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	5-894.x	Sonstige	5-894.x4	Sonstige Teile Kopf						x											S065	S066						
5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	5-894.x	Sonstige	5-894.x5	Hals						x											S065	S066						
5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	5-894.x	Sonstige	5-894.xx	Sonstige						x											S068							
5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	5-894.x	Sonstige								x											S067							
5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	5-894.y	N.n.bez.																			S069							
5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an H	5-895.0	Ohne primären Wundvers	5-895.00	Lippe					x	x				QZFA007	QZFA038	QZJA011					S067	F021						
5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an H	5-895.0	Ohne primären Wundvers	5-895.04	Sonstige Teile Kopf					x	x				QZFA007	QZFA038	QZJA011					S067	S065	S066					
5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an H	5-895.0	Ohne primären Wundvers	5-895.05	Hals					x	x				QZFA007	QZFA038	QZJA011					S067	S065	S066					
5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an H	5-895.1	Ohne primären Wundvers	5-895.10	Lippe					x	x											S067	F021						
5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an H	5-895.1	Ohne primären Wundvers	5-895.14	Sonstige Teile Kopf					x	x											S067	S065	S066					
5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an H	5-895.1	Ohne primären Wundvers	5-895.15	Hals					x	x											S067	S065	S066					
5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an H	5-895.2	Mit primärem Wundvers	5-895.20	Lippe					x	x	x																	

**Anlage 10 OPS-Prozedurencodes der ausgewählten sektorengleichen Leistungen**

In der Liste befinden sich Prozeduren, die im Jahr 2019 in Frankreich, England und Österreich am häufigsten erbracht wurden und einen ambulanten Anteil von mindestens 30% (AT min. 20 %) haben.

Spalten A - F deutsche OPS-Codes (4-6 stellig) und Bezeichnung

Spalten G - G geben an, auf welchem internationalen Code die OPS-Übersetzung beruht (Bsp. \*FR-4dgt = x\* bedeutet, dass der 4-stellige OPS-Code in dieser Zeile auf einem französischem CCAM beruht)

Spalten P - A geben die ursprünglichen CCAM/OPCS/AT Codes an, auf denen die OPS-Übersetzungen beruhen für eine eventuelle Rückverfolgung

OPS 4-dgt	OPS 4-dgt Text	OPS 5-dgt	OPS 5-dgt Text	OPS 6-dgt	OPS 6-dgt Text	FR-4	FR-5	FR-6	UK-4	UK-5	UK-6	AT-4	AT-5	AT-6	CCAM I	CCAM II	CCAM III	CCAM IV	OPCS I	OPCS II	OPCS III	OPCS IV	AT-Code I	AT-Code II	AT-Code III	AT-Code IV	AT-Code V	AT-Code VI		
5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von	5-896.0	Kleinflächig	5-896.08	Unterarm			x							MJJA003															
5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von	5-896.0	Kleinflächig	5-896.09	Hand			x							MJJA003															
5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von	5-896.1	Großflächig	5-896.18	Unterarm			x							MJJA003															
5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von	5-896.1	Großflächig	5-896.19	Hand			x							MJJA003															
5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	5-897.0	Exzision				x								QBFA007	QBPA001														
5-898	Operationen am Nagelorgan	5-898.3	Naht am Nagelbett							x									S662											
5-898	Operationen am Nagelorgan	5-898.4	Exzision des Nagels, partiell									x												QZ620						
5-898	Operationen am Nagelorgan	5-898.5	Exzision des Nagels, total				x								QZFA009															
5-898	Operationen am Nagelorgan	5-898.6	Exzision von erkranktem Gewebe des Nagelbettes							x			x						S662						QZ620					
5-898	Operationen am Nagelorgan	5-898.7	Transplantation des Nagelbettes							x									S662											
5-898	Operationen am Nagelorgan	5-898.9	Nagelplastik					x							QZFA009															
5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut	5-900.0	Primärnaht	5-900.00	Lippe		x	x	x	x					QZJA011				S573	S421	F053									
5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut	5-900.0	Primärnaht	5-900.04	Sonstige Teile Kopf		x	x	x	x					QZJA011				S573	S421	S411									
5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut	5-900.0	Primärnaht	5-900.05	Hals		x	x	x	x					QZJA011				S573	S421	S411									
5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut	5-900.1	Sekundärnaht	5-900.10	Lippe			x		x									S573	F053										
5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	5-902.2	Vollhaut, kleinflächig				x						x		QZEA031										QZ060					
5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	5-902.6	Vollhaut, großflächig										x												QZ060					
5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	5-903.0	Dehnungsplastik, kleinflächig	5-903.04	Sonstige Teile Kopf			x							GAMA018															
5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	5-903.1	Verschiebe-Rotations-Plastik	5-903.14	Sonstige Teile Kopf			x	x						QZMA001	QAMA002														
5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	5-903.2	Transpositionsplastik, kleinflächig	5-903.24	Sonstige Teile Kopf			x	x						QZMA001	QAMA002														
5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	5-903.3	Insellappenplastik, kleinflächig	5-903.34	Sonstige Teile Kopf			x	x						QZMA001	QAMA002														
5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	5-903.4	Z-Plastik, kleinflächig	5-903.44	Sonstige Teile Kopf			x	x						QZMA001	QAMA002														
5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	5-903.6	Verschiebe-Rotations-Plastik	5-903.64	Sonstige Teile Kopf			x	x						QZMA001	QAMA002														
5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	5-903.7	Transpositionsplastik, großflächig	5-903.74	Sonstige Teile Kopf			x	x						QZMA001	QAMA002														
5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	5-903.8	Insellappenplastik, großflächig	5-903.84	Sonstige Teile Kopf			x	x						QZMA001	QAMA002														
5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	5-903.9	Z-Plastik, großflächig	5-903.94	Sonstige Teile Kopf			x	x						QZMA001	QAMA002														
5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	5-903.a	W-Plastik, kleinflächig	5-903.a4	Sonstige Teile Kopf			x	x						QZMA001	QAMA002														
5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	5-903.b	W-Plastik, großflächig	5-903.b4	Sonstige Teile Kopf			x	x						QZMA001	QAMA002														
5-905	Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle	5-905.1	Gestellter regionaler Lapp	5-905.14	Sonstige Teile Kopf			x							GAMA012															
5-908	Plastische Operation an Lippe und Mundwinkel	5-908.0	Naht (nach Verletzung)							x											F053									
5-913	Entfernung oberflächlicher Hautschichten						x								QZFA004	QZFA011														
6-001	Applikation von Medikamenten, Liste 1	6-001.1	Gemcitabin, parenteral										x																	
6-001	Applikation von Medikamenten, Liste 1	6-001.9	Bortezomib, parenteral																											
6-001	Applikation von Medikamenten, Liste 1	6-001.b	Amphotericin, parenteral							x																				
6-001	Applikation von Medikamenten, Liste 1	6-001.b	Liposomales Doxorubicin, parenteral										x																	
6-001	Applikation von Medikamenten, Liste 1	6-001.c	Pemetrexed, parenteral																											
6-001	Applikation von Medikamenten, Liste 1	6-001.f	Paclitaxel, parenteral																											
6-001	Applikation von Medikamenten, Liste 1	6-001.k	Trastuzumab, intravenös																											
6-001	Applikation von Medikamenten, Liste 1	6-001.m	Trastuzumab, subkutan																											
6-002	Applikation von Medikamenten, Liste 2	6-002.8	Pegyliertes liposomales Doxorubicin, parenteral																											
6-002	Applikation von Medikamenten, Liste 2	6-002.9	Bevacizumab, parenteral																											
6-002	Applikation von Medikamenten, Liste 2	6-002.f	Bosentan, oral							x																				
6-002	Applikation von Medikamenten, Liste 2	6-002.h	Docetaxel, parenteral																											
6-003	Applikation von Medikamenten, Liste 3	6-003.8	Botulinumtoxin							x																				
6-003	Applikation von Medikamenten, Liste 3	6-003.c	Ranibizumab, intravitreal																											
6-003	Applikation von Medikamenten, Liste 3	6-003.d	Pegaptanib, intravitreal																											
6-003	Applikation von Medikamenten, Liste 3	6-003.r	L-Asparaginase aus Erwinia																											
6-004	Applikation von Medikamenten, Liste 4	6-004.2	Ambrisentan, oral							x																				
6-005	Applikation von Medikamenten, Liste 5	6-005.d	Nab-Paclitaxel, parenteral																											
6-006	Applikation von Medikamenten, Liste 6	6-006.2	Abirateronacetat, oral							x																				
6-007	Applikation von Medikamenten, Liste 7	6-007.2	Aflibercept, intravitreal																											
6-007	Applikation von Medikamenten, Liste 7	6-007.9	Pertuzumab, parenteral																											
6-007	Applikation von Medikamenten, Liste 7	6-007.d	Trastuzumab-Emtansin, parenteral																											
6-007	Applikation von Medikamenten, Liste 7	6-007.h	Macitentan, oral							x																				
6-008	Applikation von Medikamenten, Liste 8	6-008.0	Riociguat, oral							x																				
6-008	Applikation von Medikamenten, Liste 8	6-008.9	Carfilzomib, parenteral	6-008.90	30 mg bis unter 60 mg																									
6-008	Applikation von Medikamenten, Liste 8	6-008.m	Nivolumab, parenteral																											
6-009	Applikation von Medikamenten, Liste 9	6-009.3	Pembrolizum																											

### Anlage 10 OPS-Prozedurencodes der ausgewählten sektorengleichen Leistungen

In der Liste befinden sich Prozeduren, die im Jahr 2019 in Frankreich, England und Österreich am häufigsten erbracht wurden und einen ambulanten Anteil von mindestens 30% (AT min. 20 %) haben.

Spalten A - F Deutsche OPS-Codes (4-6 stellig) und Bezeichnung

Spalten G - G geben an, auf welchem internationalen Code die OPS-Übersetzung beruht (Bsp. \*FR-4dgt = x\* bedeutet, dass der 4-stellige OPS-Code in dieser Zeile auf einem französischen CCAM beruht)

Spalten P - A geben die ursprünglichen CCAM/OPCS/AT Codes an, auf denen die OPS-Übersetzungen beruhen für eine eventuelle Rückverfolgung

OPS 4-dgt	OPS 4-dgt Text	OPS 5-dgt	OPS 5-dgt Text	OPS 6-dgt	OPS 6-dgt Text	FR-4	FR-5	FR-6	UK-4	UK-5	UK-6	AT-4	AT-5	AT-6	CCAM I	CCAM II	CCAM III	CCAM IV	OPCS I	OPCS II	OPCS III	OPCS IV	AT-Code I	AT-Code II	AT-Code III	AT-Code IV	AT-Code V	AT-Code VI	
8-133	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters	8-133.0	Wechsel							x									M492										
8-133	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters	8-133.1	Entfernung							x									M473										
8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	8-137.1	Wechsel							x									M295										
8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	8-137.2	Entfernung							x									M293										
8-139	Anderer Manipulationen am Harntrakt	8-139.0	Bougierung der Urethra	8-139.00	Ohne Durchleuchtung						x								M764	M792									
8-139	Anderer Manipulationen am Harntrakt	8-139.0	Bougierung der Urethra	8-139.01	Unter Durchleuchtung						x								M764	M792									
8-147	Therapeutische Drainage von Harnorganen	8-147.0	Niere							x									M162										
8-148	Therapeutische Drainage von anderen Organen und Geweben	8-148.0	Peritonealraum							x									T461										
8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	8-152.1	Pleurahöhle							x									T123										
8-157	Therapeutische perkutane Punktion von weiblichen Geschlechtsorganen	8-157.1	Uterus							x									Q111	Q115	Q116								
8-190	Spezielle Verbandstechniken	8-190.2	Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie							x									S574	S575									
8-190	Spezielle Verbandstechniken	8-190.3	Kontinuierliche Sogbehandlung mit sonstigen Systemen bei einer Vakuumtherapie							x									S574	S575									
8-190	Spezielle Verbandstechniken	8-190.4	Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie nach chirurgischen Eingriffen							x									S574	S575									
8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen	8-191.0	Feuchverband mit antiseptischer Lösung							x									S574	S575									
8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen	8-191.1	Fettgazeverband							x									S574	S575									
8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen	8-191.2	Fettgazeverband mit antiseptischen Salben							x									S574	S575									
8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen	8-191.3	Überknüpfpolsterverband, kleinflächig							x									S574	S575									
8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen	8-191.4	Überknüpfpolsterverband, großflächig							x									S574	S575									
8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen	8-191.5	Hydrokolloidverband							x									S574	S575									
8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen	8-191.6	Okklusivverband mit Sauerstofftherapie							x									S574	S575									
8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen	8-191.7	Okklusivverband mit enzymatischem Wunddebridement bei Verbrennungen							x									S574	S575									
8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen	8-191.x	Sonstige							x									S574	S575									
8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen	8-191.y	N.n.bez.							x									S574	S575									
8-200	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese	8-200								x									W242	W272									
8-530	Therapie mit offenen Radionukliden	8-530.3	Instillation von offenen Radionukliden in Gelenke									x																	
8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	8-542.1	1 Tag	8-542.11	1 Medikament				x				x						X373	X384	X701	X702		PB010					
8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	8-542.1	1 Tag	8-542.12	2 Medikamente				x				x						X373	X384	X701	X702		XC412	XC452	XC416	XC592	XC768	XC800
8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	8-542.3	3 Tage	8-542.32	2 Medikamente				x				x						X373	X384	X701	X702		XC364					
8-543	Mittelschwere komplexe und intensive Blockchemotherapie	8-543							x										X373	X384	X701	X702		XC595					
8-544	Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	8-544							x										X373	X384	X701	X702							
8-547	Anderer Immuntherapie	8-547.0	Mit nicht modifizierten Antikörpern							x			x																
8-547	Anderer Immuntherapie	8-547.1	Mit modifizierten Antikörpern							x										X891									
8-547	Anderer Immuntherapie	8-547.2	Mit Immunmodulatoren							x										X893									
8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	8-640.0	Synchronisiert (Kardioversion)						x	x			x																
8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	8-800.6	Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate						x	x										X333	X907	X905							
8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	8-800.c	Erythrozytenkonzentrat						x	x										X333	X907	X332							
8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	8-800.d	Pathogeninaktiviertes Apherese-Thrombozytenkonzentrat						x	x										X333	X907	X905							
8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	8-800.f	Apherese-Thrombozytenkonzentrat						x	x										X333	X907	X905							
8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	8-800.g	Thrombozytenkonzentrat						x	x										X333	X907	X905							
8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	8-800.h	Pathogeninaktiviertes Thrombozytenkonzentrat						x	x										X333	X907	X905							
8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	8-800.j	Weitere pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate						x	x										X333	X907	X905							
8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	8-800.k	Weitere Apherese-Thrombozytenkonzentrate						x	x										X333	X907	X905							
8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	8-800.m	Weitere Thrombozytenkonzentrate						x	x										X333	X907	X905							
8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	8-800.n	Weitere pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate						x	x										X333	X907	X905							
8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	8-800.y	N.n.bez.						x	x										X333	X907	X339							
8-810	Transfusion von Plasmaprodukten und gentechnisch hergestellte	8-810.q	Human-immunglobulin, spezifisch gegen Hepatitis-B-surface-Antigen (HBsAg)							x										X961									
8-810	Transfusion von Plasmaprodukten und gentechnisch hergestellte	8-810.s	Human-immunglobulin, spezifisch gegen Zytomegalie-Virus (CMV)							x										X961									
8-810	Transfusion von Plasmaprodukten und gentechnisch hergestellte	8-810.t	Human-immunglobulin, spezifisch gegen Varicella-Zoster-Virus (VZV)							x										X961									
8-810	Transfusion von Plasmaprodukten und gentechnisch hergestellte	8-810.w	Human-immunglobulin, polyvalent							x										X961									
8-820	Therapeutische Plasmapherese	8-820.0	Mit normalem Plasma									x																	
8-820	Therapeutische Plasmapherese	8-820.1	Mit kryodilettiertem Plasma										x																
8-820	Therapeutische Plasmapherese	8-820.2	Mit gefrorenem, pathogeninaktiviertem Plasma										x																
8-821	Immunadsorption und verwandte Verfahren	8-821.2	Adsorption zur Entfernung hydrophober Substanzen (niedrig- und/oder mittelmolekular)							x																			
8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	8-831.0	Legen							x										L915	L943	L997							
8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	8-831.5	Legen eines großlumigen Katheters zur extrakorporalen Blutzyklulation						x																				
8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	8-831.x	Sonstige							x										L913	L914								
8-835	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen	8-835.2	Konventionelle Radiofrequenz	8-835.25	Pulmonalvenen						x									K621									
8-835	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen	8-835.3	Gekühlte Radiofrequ																										



**Anlage 10 OPS-Prozedurencodes der ausgewählten sektorengleichen Leistungen**

In der Liste befinden sich Prozeduren, die im Jahr 2019 in Frankreich, England und Österreich am häufigsten erbracht wurden und einen ambulanten Anteil von mindestens 30% (AT min. 20 %) haben.

Spalten A - F deutsche OPS-Codes (4-6 stellig) und Bezeichnung

Spalten G - C geben an, auf welchem internationalen Code die OPS-Übersetzung beruht (Bsp. \*FR-4dgt = x\* bedeutet, dass der 4-stellige OPS-Code in dieser Zeile auf einem französischem CCAM beruht)

Spalten P - A geben die ursprünglichen CCAM/OPCS/AT Codes an, auf denen die OPS-Übersetzungen beruhen für eine eventuelle Rückverfolgung

OPS 4-dgt	OPS 4-dgt Text	OPS 5-dgt	OPS 5-dgt Text	OPS 6-dgt	OPS 6-dgt Text	FR-4	FR-5	FR-6	UK-4	UK-5	UK-6	AT-4	AT-5	AT-6	CCAM I	CCAM II	CCAM III	CCAM IV	OPCS I	OPCS II	OPCS III	OPCS IV	AT-Code I	AT-Code II	AT-Code III	AT-Code IV	AT-Code V	AT-Code VI	
8-854	Hämodialyse	8-854.6	Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit Heparin	x											JVJF004														
8-854	Hämodialyse	8-854.7	Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	x											JVJF004														
8-854	Hämodialyse	8-854.8	Verlängert intermittierend, zur Elimination von Proteinen mit einer Molekularmasse > 30 kDa	x											JVJF004														
8-854	Hämodialyse	8-854.x	Sonstige						x						JVJF004														
8-854	Hämodialyse	8-854.y	N.n.bez.						x						JVJF004														
8-855	Hämodiafiltration	8-855.1	Kontinuierlich, arteriovenös (CAVHDF)						x						JVJF008														
8-855	Hämodiafiltration	8-855.3	Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation						x						JVJF008														
8-855	Hämodiafiltration	8-855.4	Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen						x						JVJF008														
8-855	Hämodiafiltration	8-855.5	Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation						x						JVJF008														
8-855	Hämodiafiltration	8-855.6	Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen						x						JVJF008														
8-855	Hämodiafiltration	8-855.7	Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit Heparin	x											JVJF008														
8-855	Hämodiafiltration	8-855.8	Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	x											JVJF008														
8-855	Hämodiafiltration	8-855.x	Sonstige						x						JVJF008														
8-855	Hämodiafiltration	8-855.y	N.n.bez.						x						JVJF008														
8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie								x		x				AFJH001								A521		A522				
8-914	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und Wirbelsäule	8-914.0	Ohne bildgebendes Verfahren	8-914.01	An der Brustwirbelsäule				x	x					AHLB015								A577		A735				
8-914	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und Wirbelsäule	8-914.1	Mit bildgebendem Verfahren	8-914.11	An der Brustwirbelsäule				x	x					AHLB015								A577		A735				
8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie								x						AHLB012								A735		X292				
8-917	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie									x																			
9-271	Follikelpunktion und Ovumspiration, intratubarer Gametentransfer	9-271.0	Perkutane Follikelpunktion unter sonographischer Kontrolle						x						JJFJ001														
9-271	Follikelpunktion und Ovumspiration, intratubarer Gametentransfer	9-271.2	Transvaginale Ovumspiration							x																			
9-272	In-vitro-Fertilisation (IVF) und Embryotransfer	9-272.0	Embryotransfer (ET)							x	x																		
9-280	Stationäre Behandlung vor Entbindung während desselben Aufenthaltes									x																			
9-500	Patientenschulung	9-500.0	Basisschulung						x						JVRP004														

## Anlage: Auswertungen zu den TOP-30-OPS auf 5-Steller-Ebene

Inklusive OPS außerhalb des Abschnitt 1, für diese sind die relativen Anteile (unterhalb der Grafiken in Klammern) verzerrt, da die entsprechenden OPS im vertragsärztlichen Bereich nicht zwingend kodiert werden müssen.

Folgende Auswertungen werden als Boxplots dargestellt:

1. Alter der Patient:innen
2. Morbidität der Patient:innen auf Basis eines relativen Risikowertes, angelehnt an das Klassifikationssystem des Bewertungsausschusses: 1 bezeichnet die durchschnittliche Morbidität über alle Versicherten
3. Dringlichkeit der Fälle auf Basis von Krämer et al. (2019) (doi: 10.1007/s10729-017-9423-5): 0 - klar elektiv, 1 - eindeutiger Notfall
4. Morbidität der Patient:innen auf Basis eines relativen Risikowertes, basierend auf dem Elixhauser-Score nach van Walraven et al. (2009) (doi: 10.1097/MLR.0b013e31819432e5)

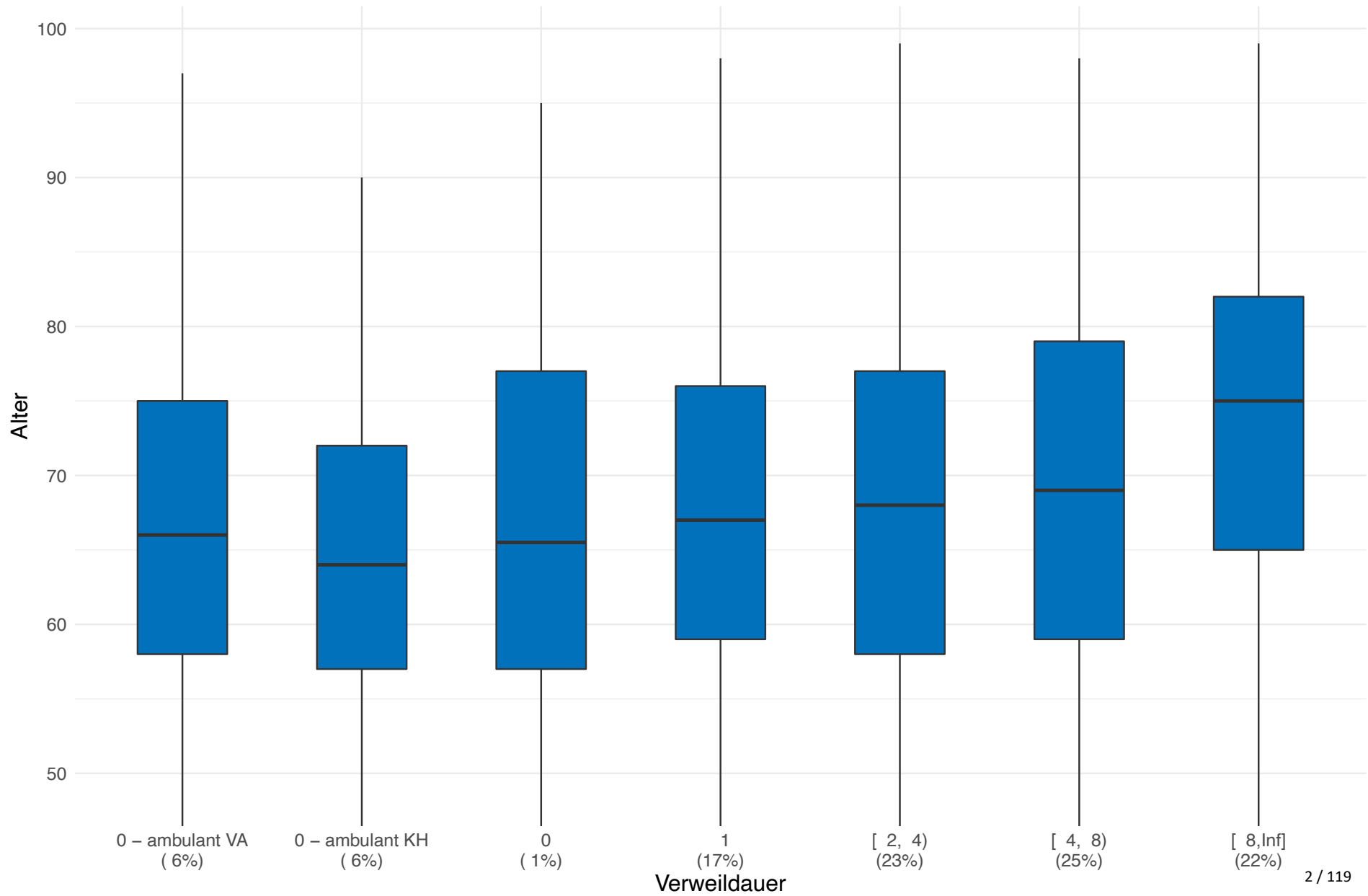
Die Verweildauer auf der x-Achse beschreibt mit „0 – ambulant VA“ die Erbringung im vertragsärztlichen Bereich, mit „0 – ambulant KH“ die ambulante Erbringung im Krankenhaus und die weiteren Intervalle geben die Verweildauer bei stationärer Behandlung an. Bei eckigen Klammern ist die Grenze des Teil des Intervalls, bei runden Klammern ist die Grenze ausgeschlossen.

Für die Morbiditätsberechnungen wurden jeweils alle Diagnosen aus dem Jahr vor der Behandlung herangezogen. Für die Bestimmung des relativen Risikowertes in Anlehnung an das Klassifikationssystem des Bewertungsausschusses wurden die hierarchical condition categories (HCC) in einem Regressionsmodell mittels der versichertenbezogenen Leistungsausgaben des Jahres 2019 und der Diagnosen des Jahres 2018 mit Kostengewichten versehen, die anschließend in relative Gewichte umgerechnet wurden. Zur besseren Übersichtlichkeit, wird der Risikowert auf der y-achse nur bis maximal 5 dargestellt.

Für die Dringlichkeit wurden nur Diagnosen des Indexfalls herangezogen und bewertet. Da bestimmte Diagnosen aus methodischen Gründen von Krämer et al. (2019) keine Dringlichkeit zugewiesen bekommen haben, stellt dies nur einen Teilausschnitt der Fälle dar. Insbesondere betroffen sind Fälle aus der Geburtsmedizin, sodass die betroffenen OPS (5-758.[...]) in der Darstellung entfernt wurden.

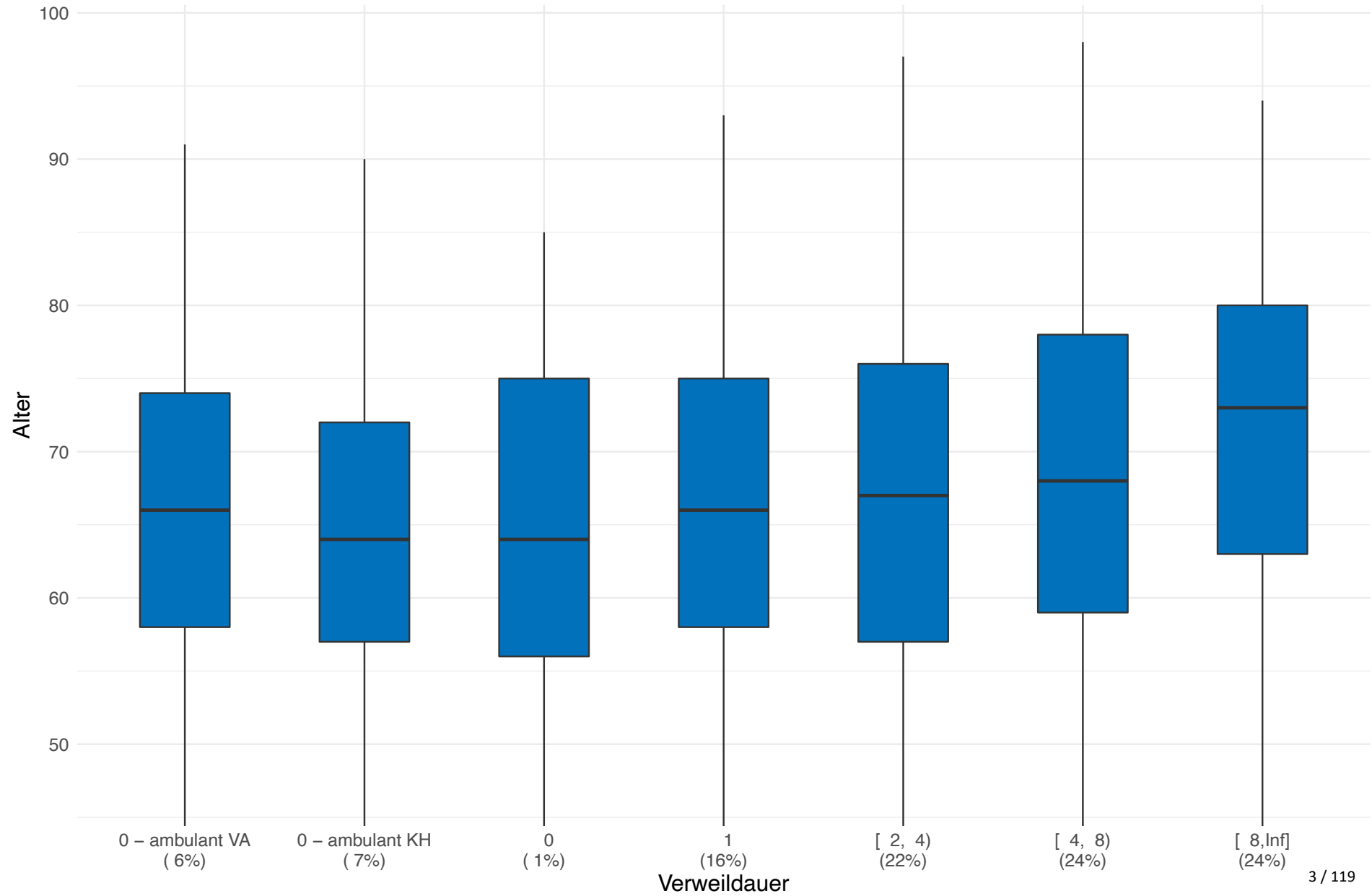
# Alter bei OPS 1-275.0

Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen



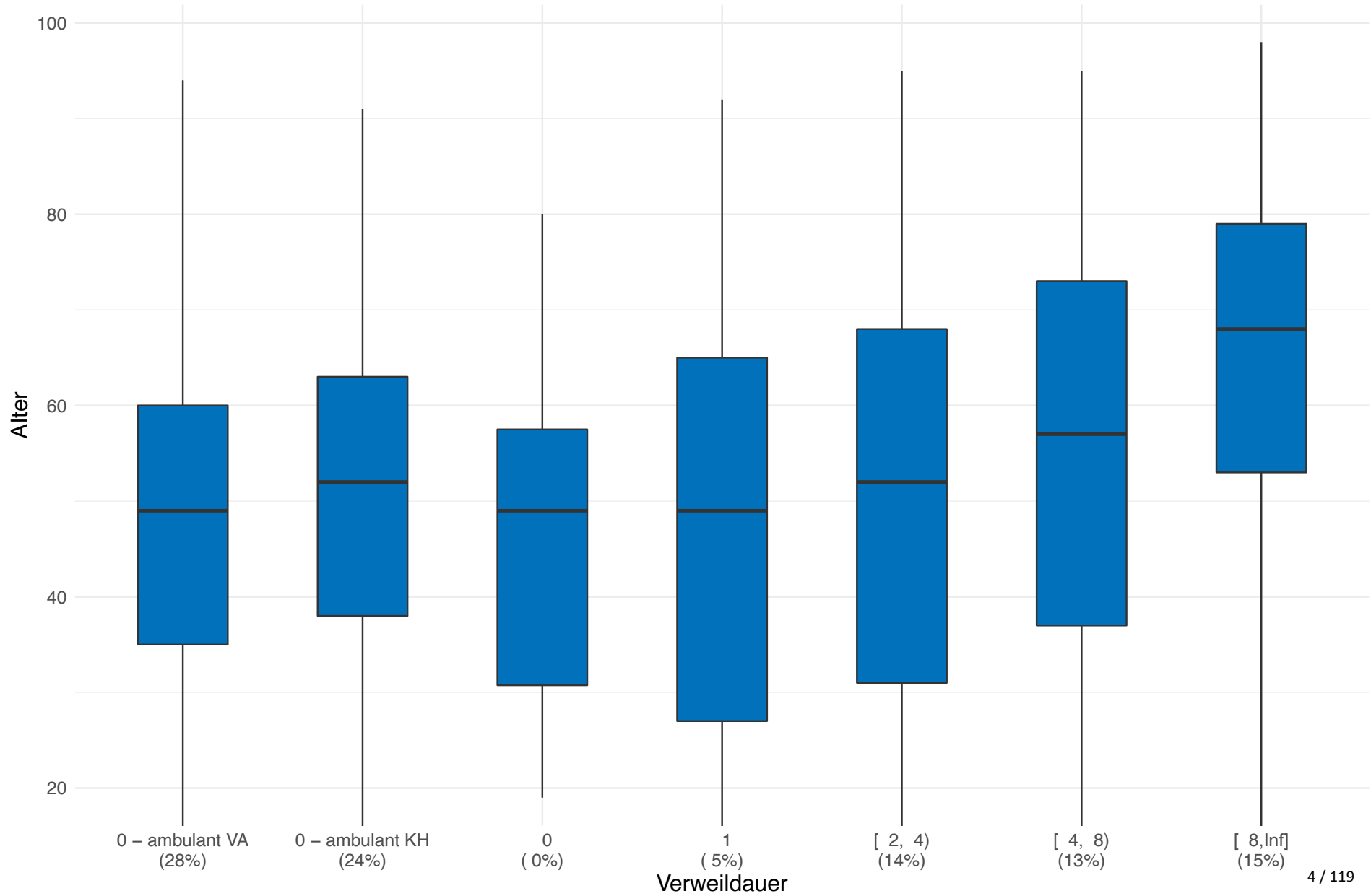
## Alter bei OPS 1-275.2

Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel



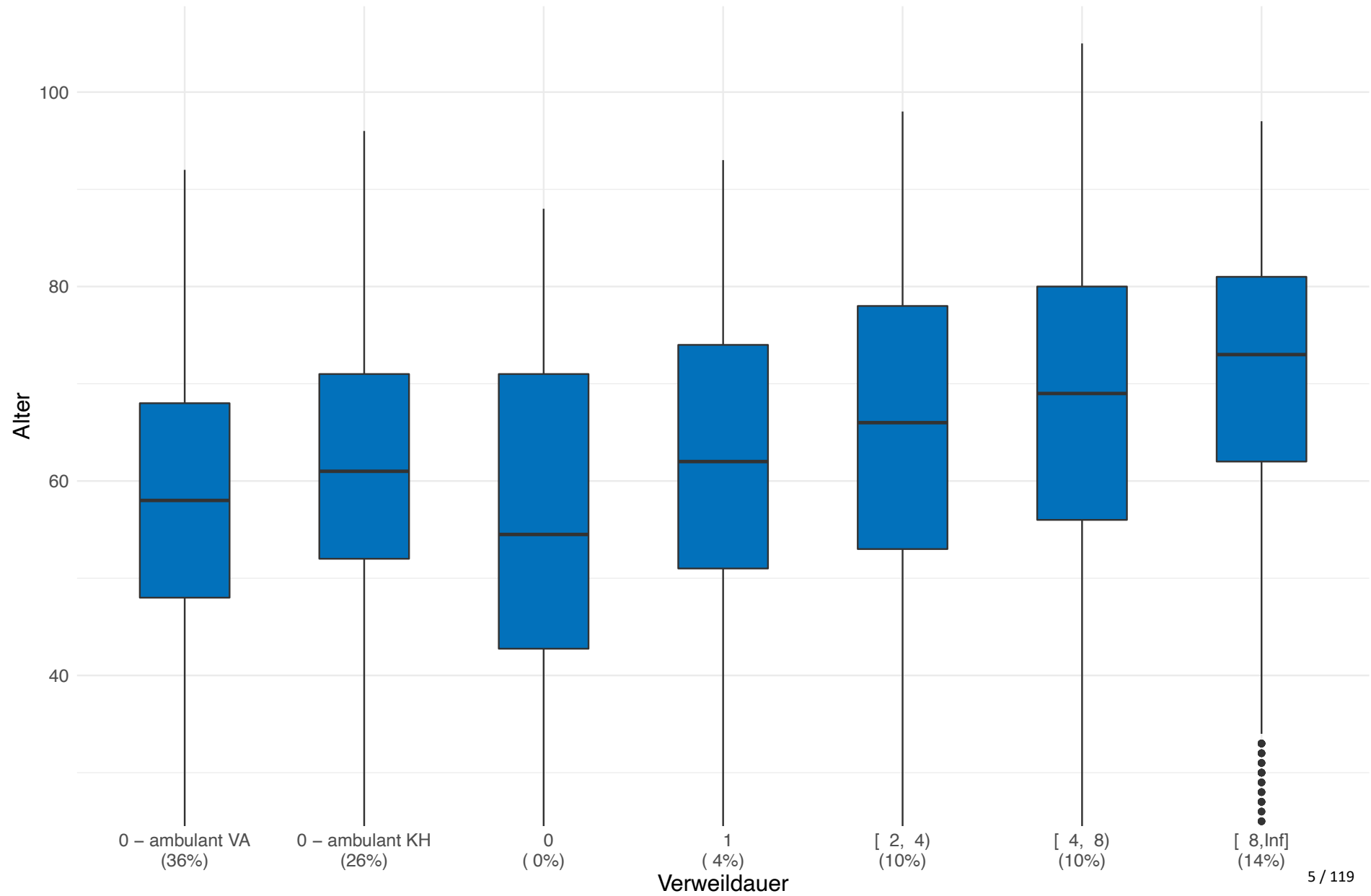
# Alter bei OPS 1-444.6

## Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie



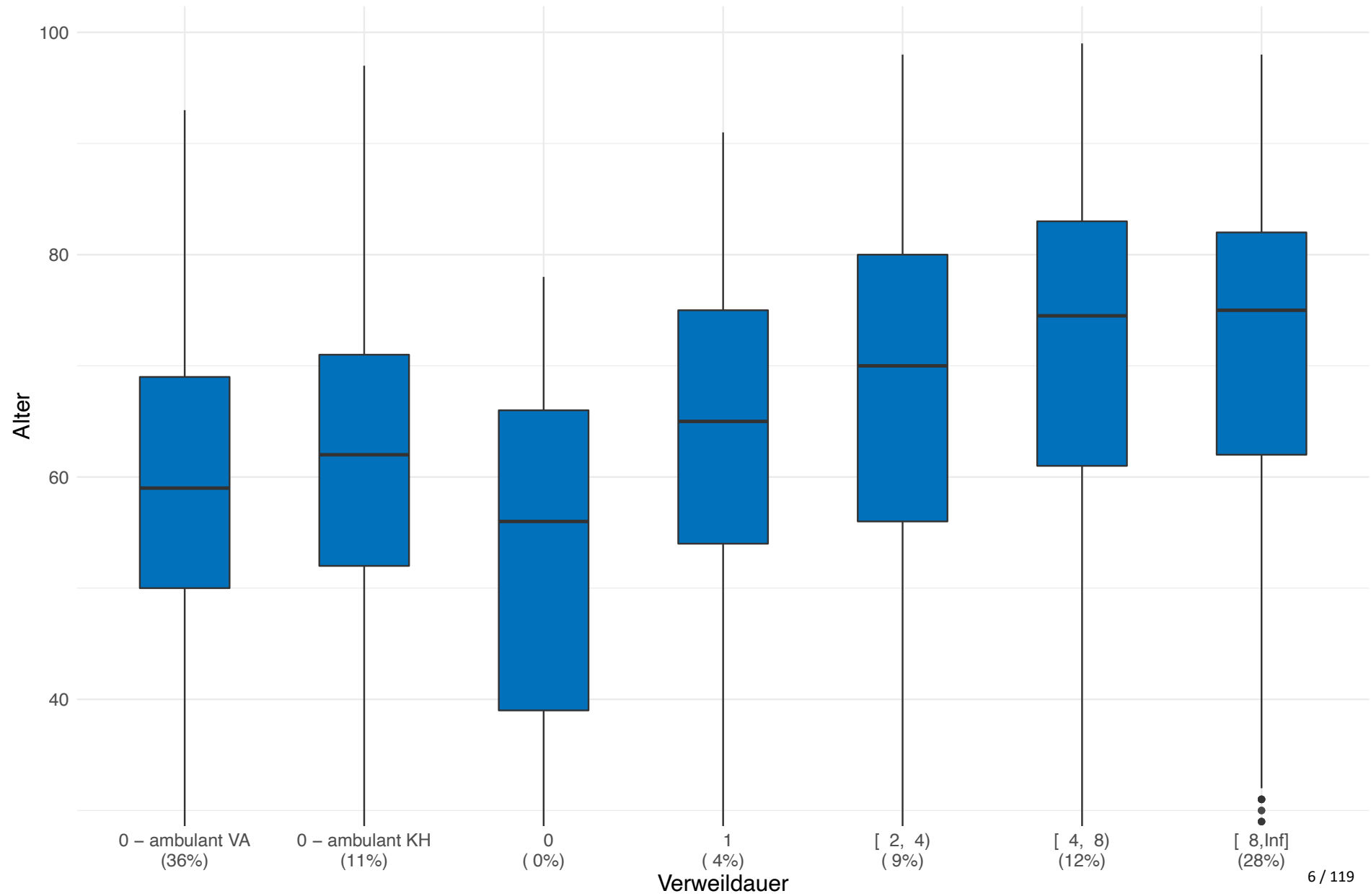
# Alter bei OPS 1-444.7

Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien



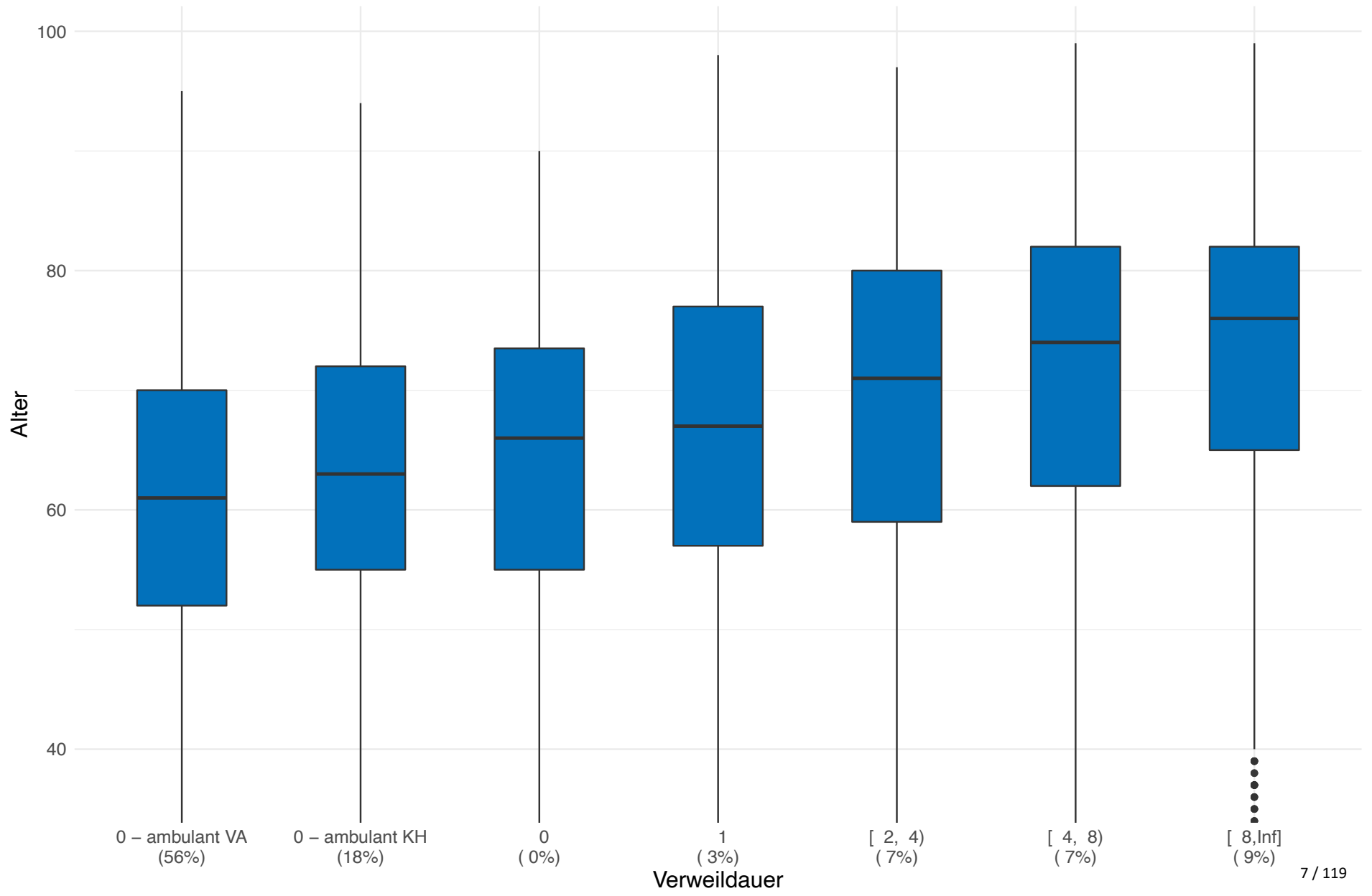
# Alter bei OPS 1-650.0

## Diagnostische Koloskopie: Partiiell



# Alter bei OPS 1-650.1

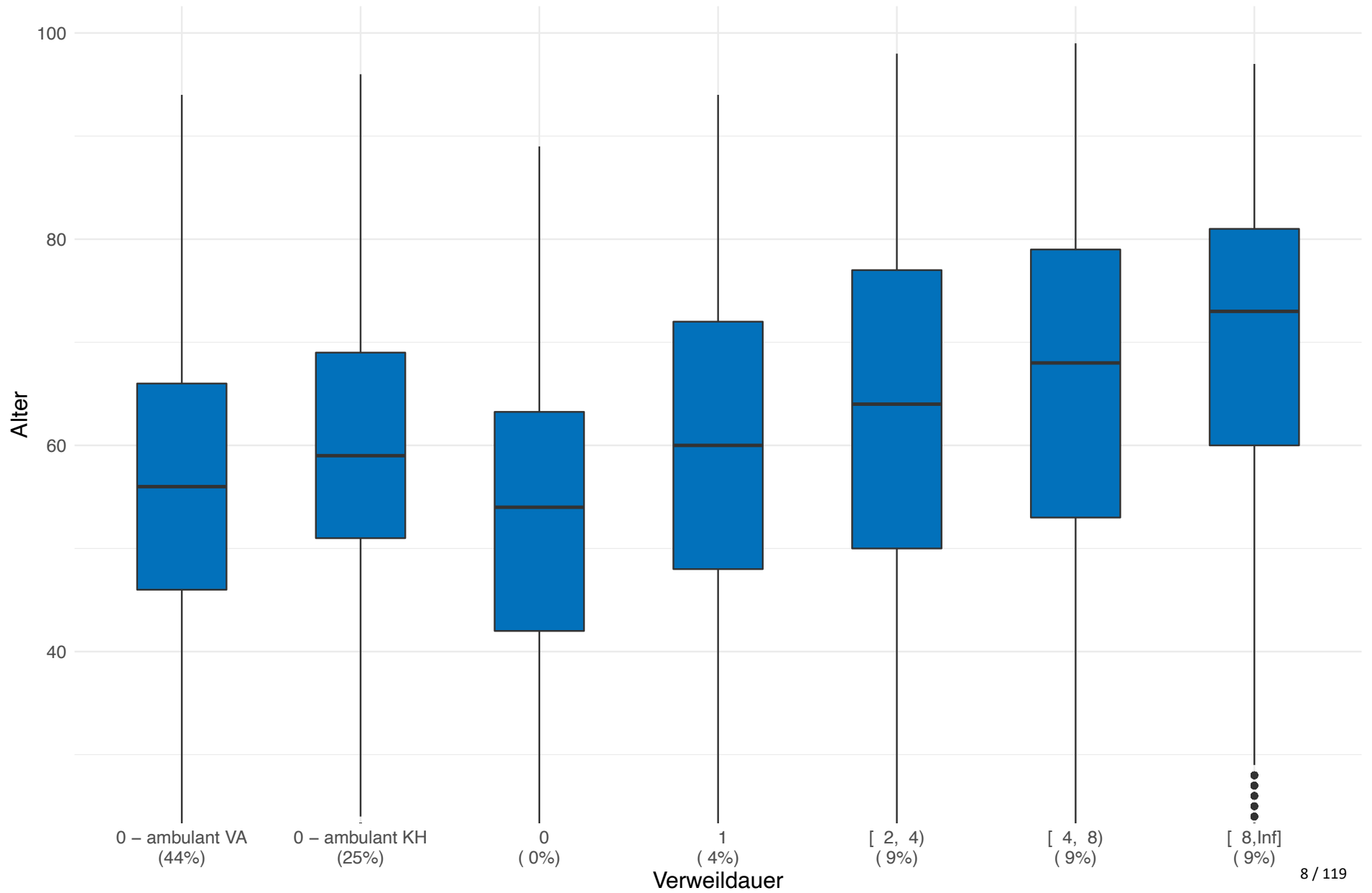
Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum



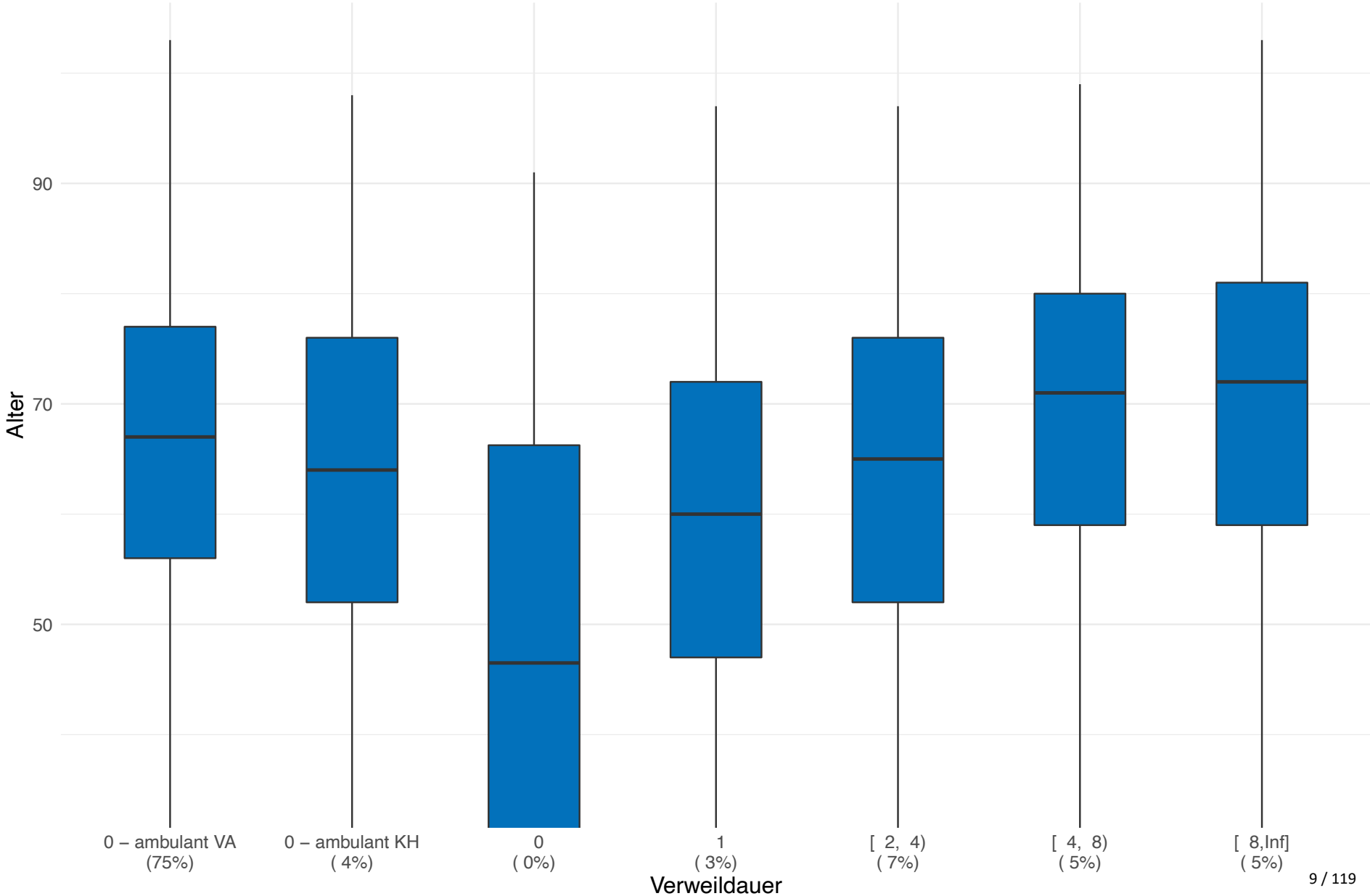


# Alter bei OPS 1-650.2

Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie

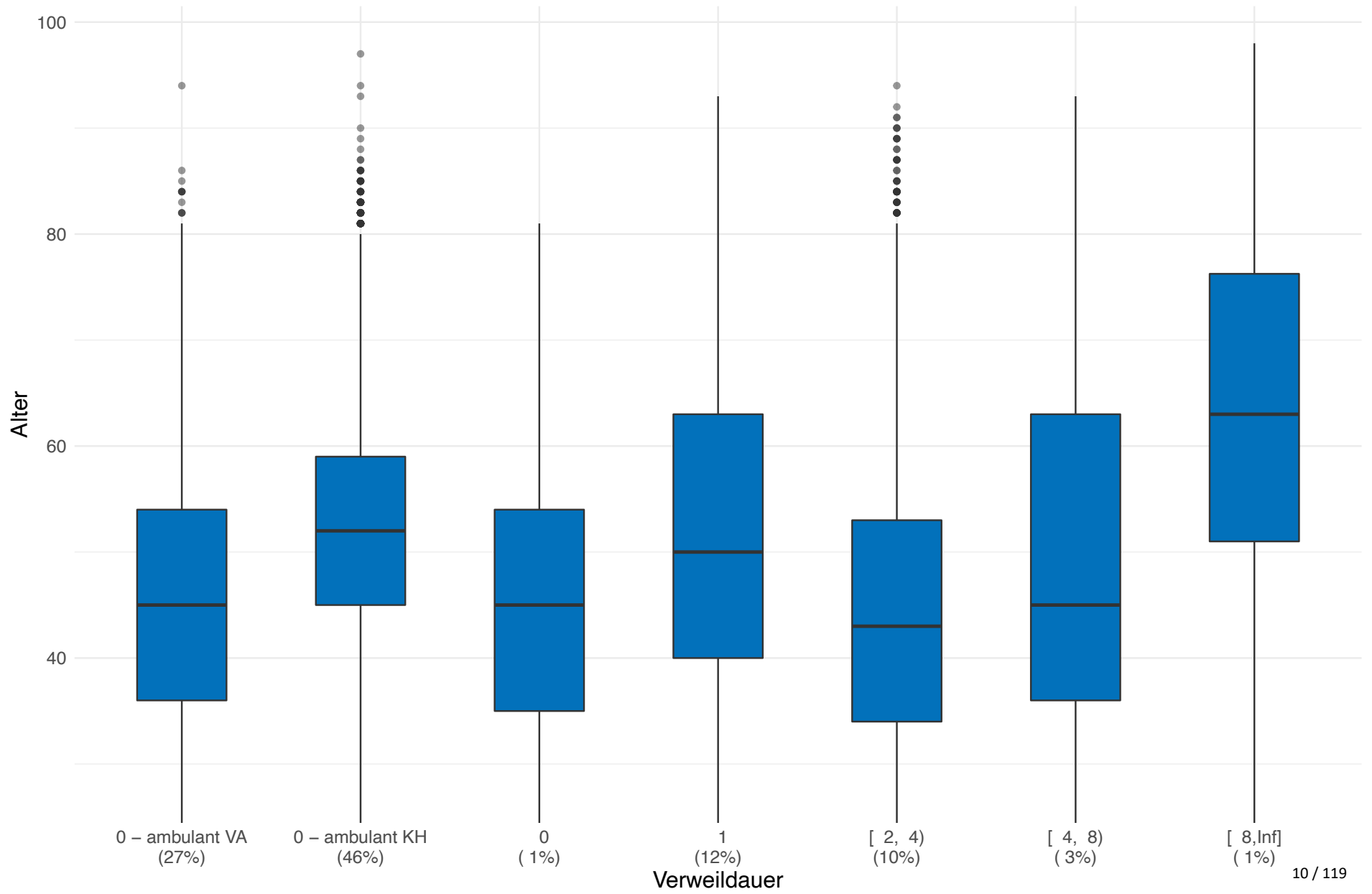


Alter bei OPS 1-661  
Diagnostische Urethrozystoskopie



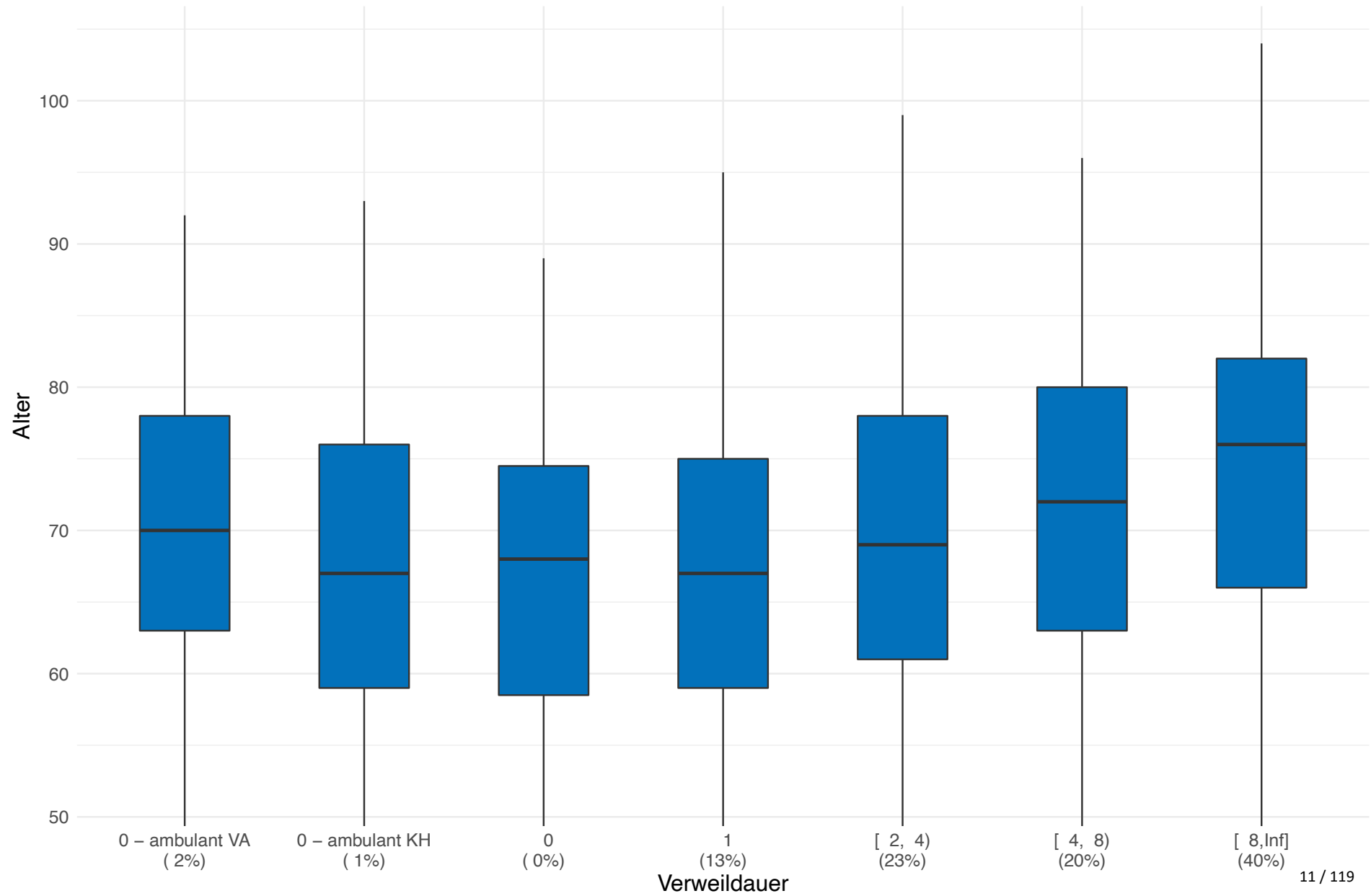
# Alter bei OPS 1-672

## Diagnostische Hysteroskopie



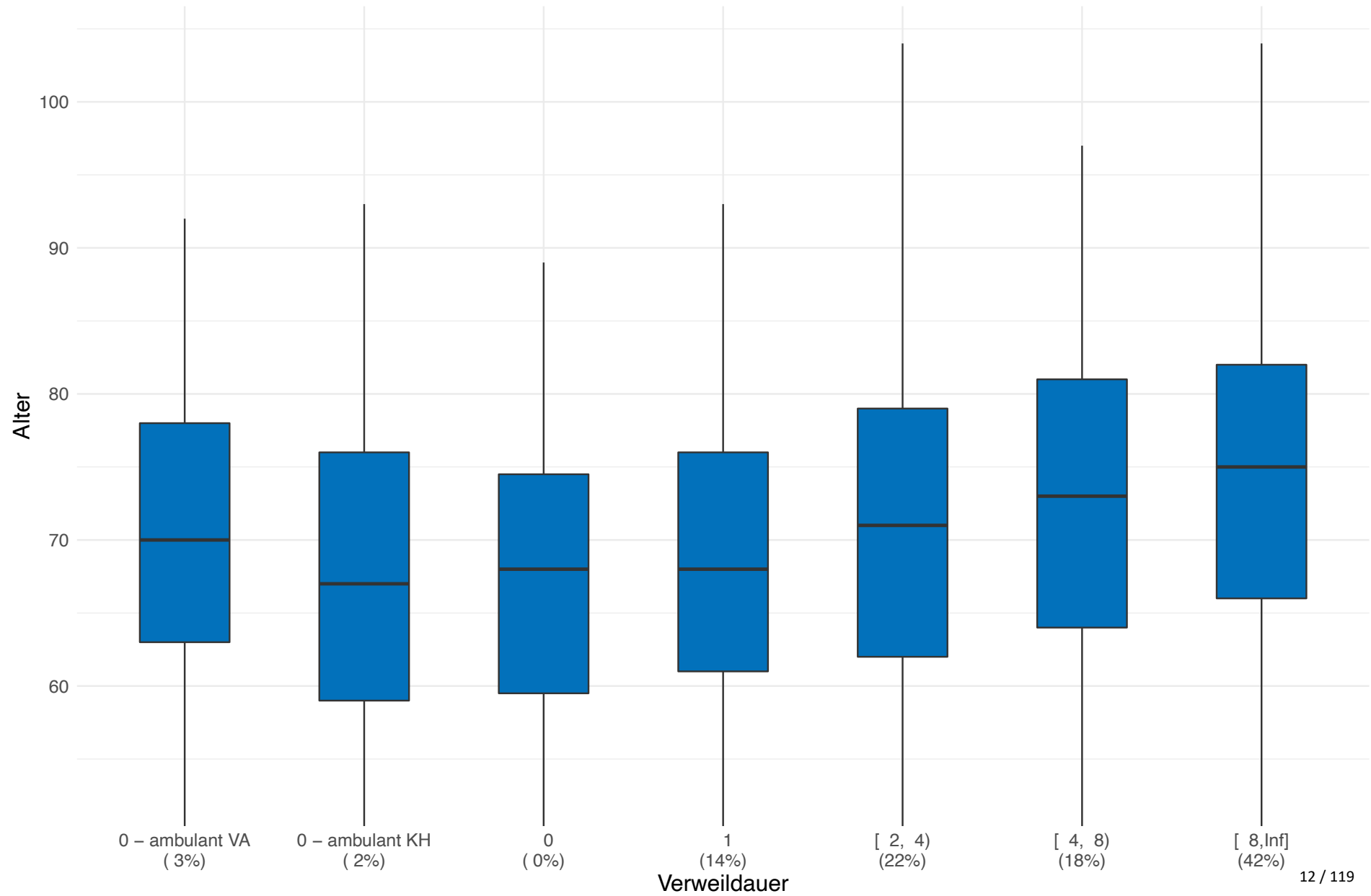
# Alter bei OPS 3-605

## Arteriographie der GefäÙe des Beckens



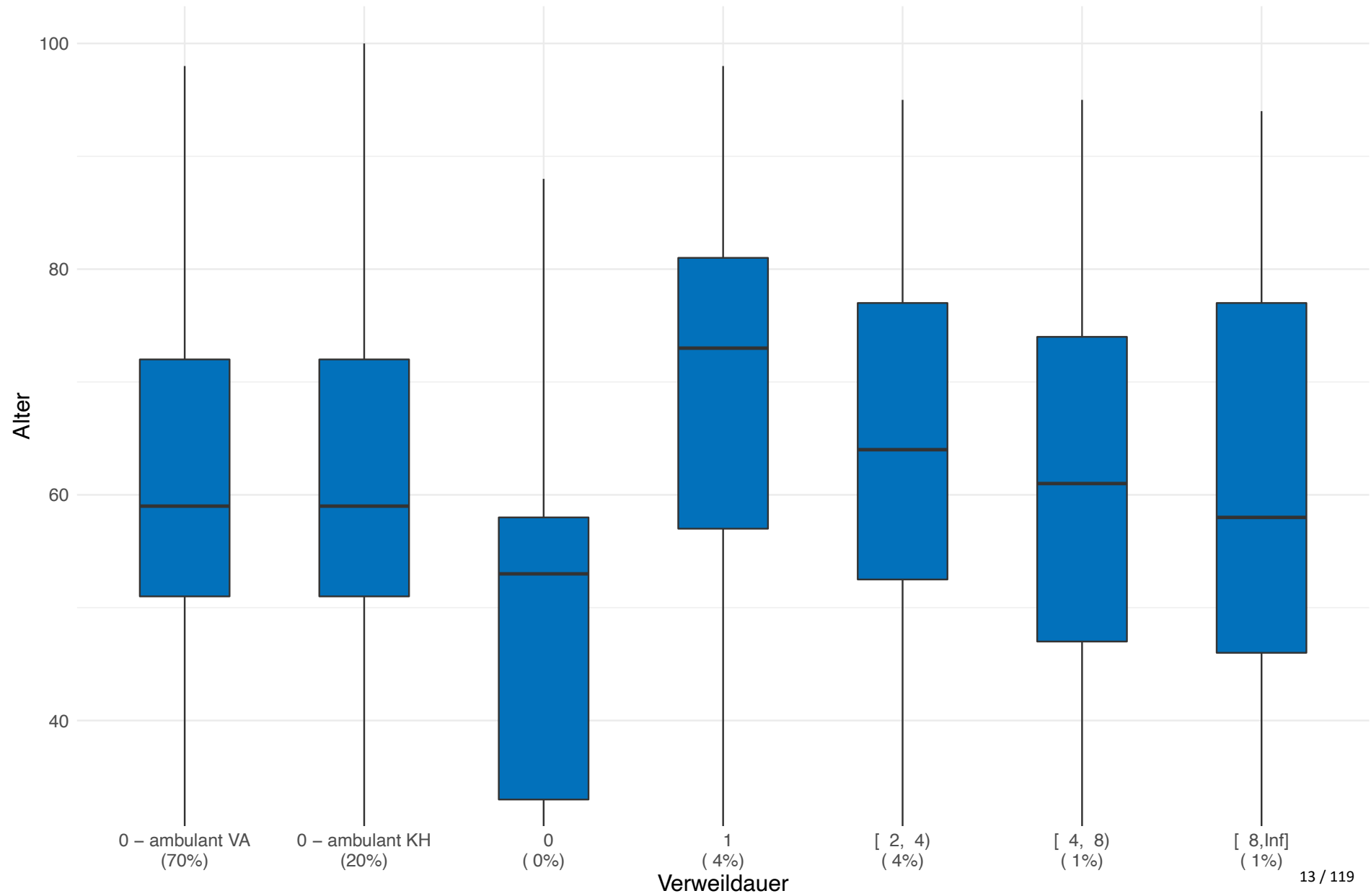
# Alter bei OPS 3-607

Arteriographie der GefäÙe der unteren Extremitäten



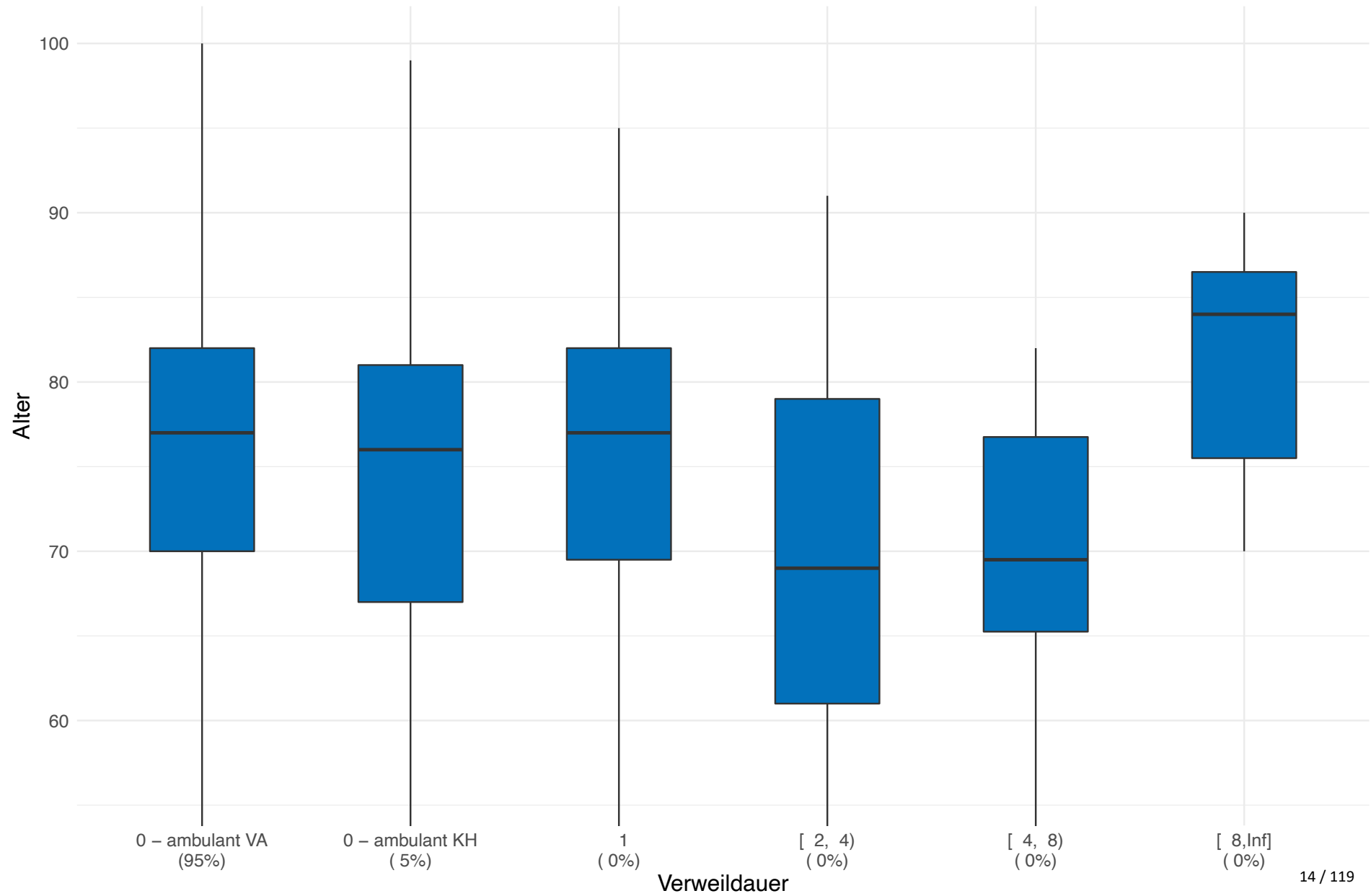
# Alter bei OPS 5-056.4

Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Hand



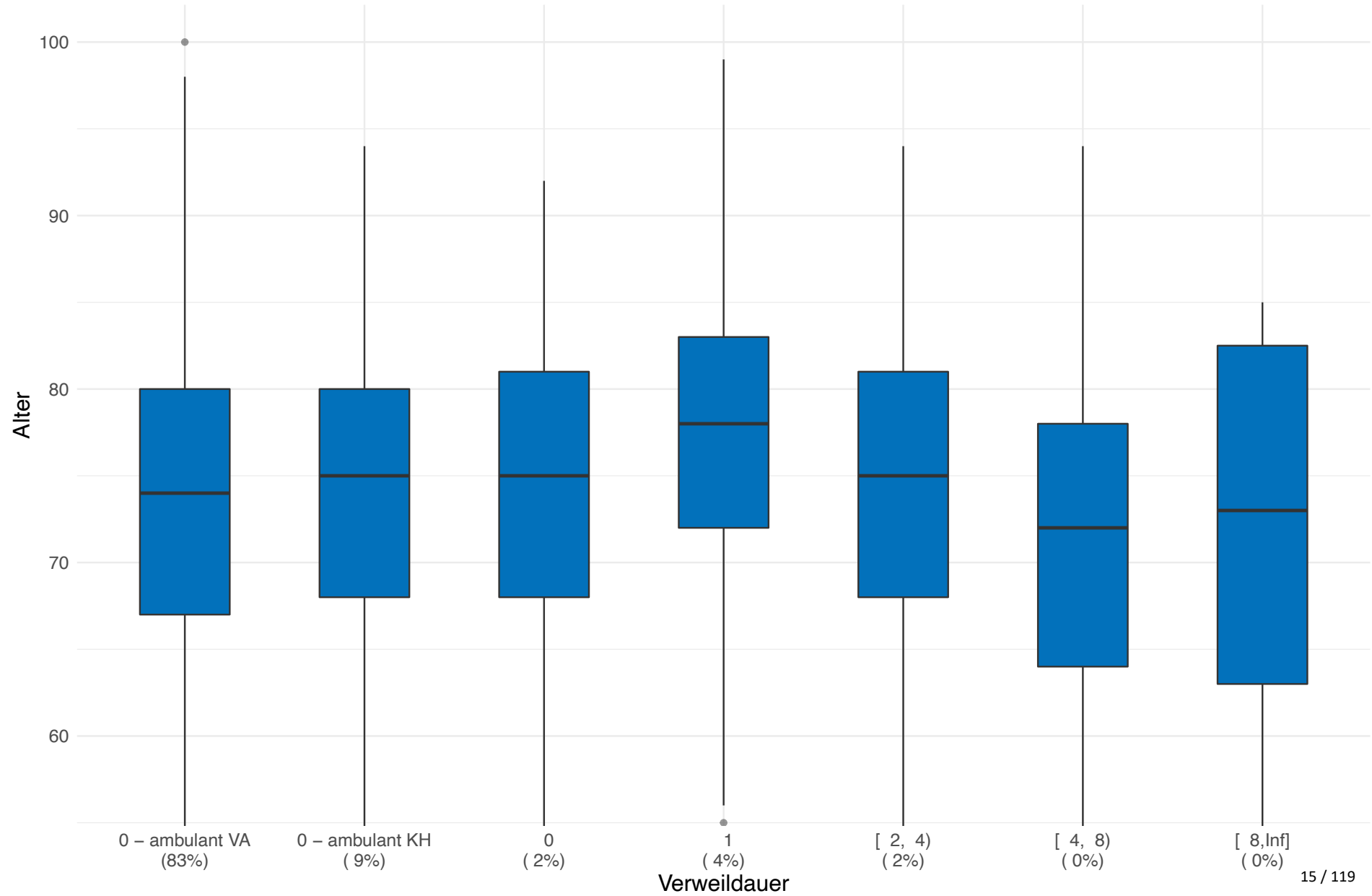
# Alter bei OPS 5-142.2

Kapsulotomie der Linse: Kapsulotomie durch Laser



## Alter bei OPS 5-144.3

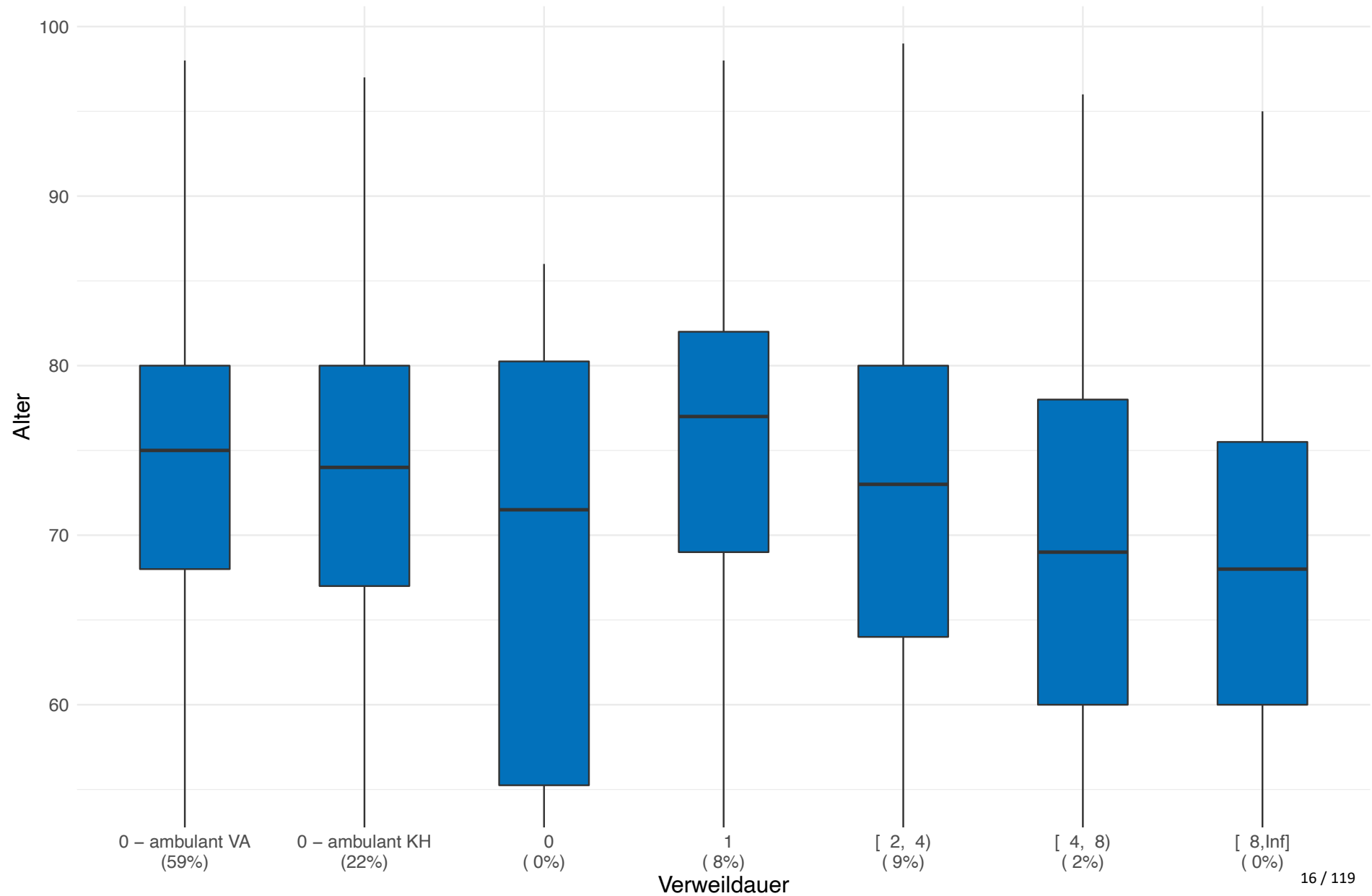
Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über sklero-kornealen Zugang





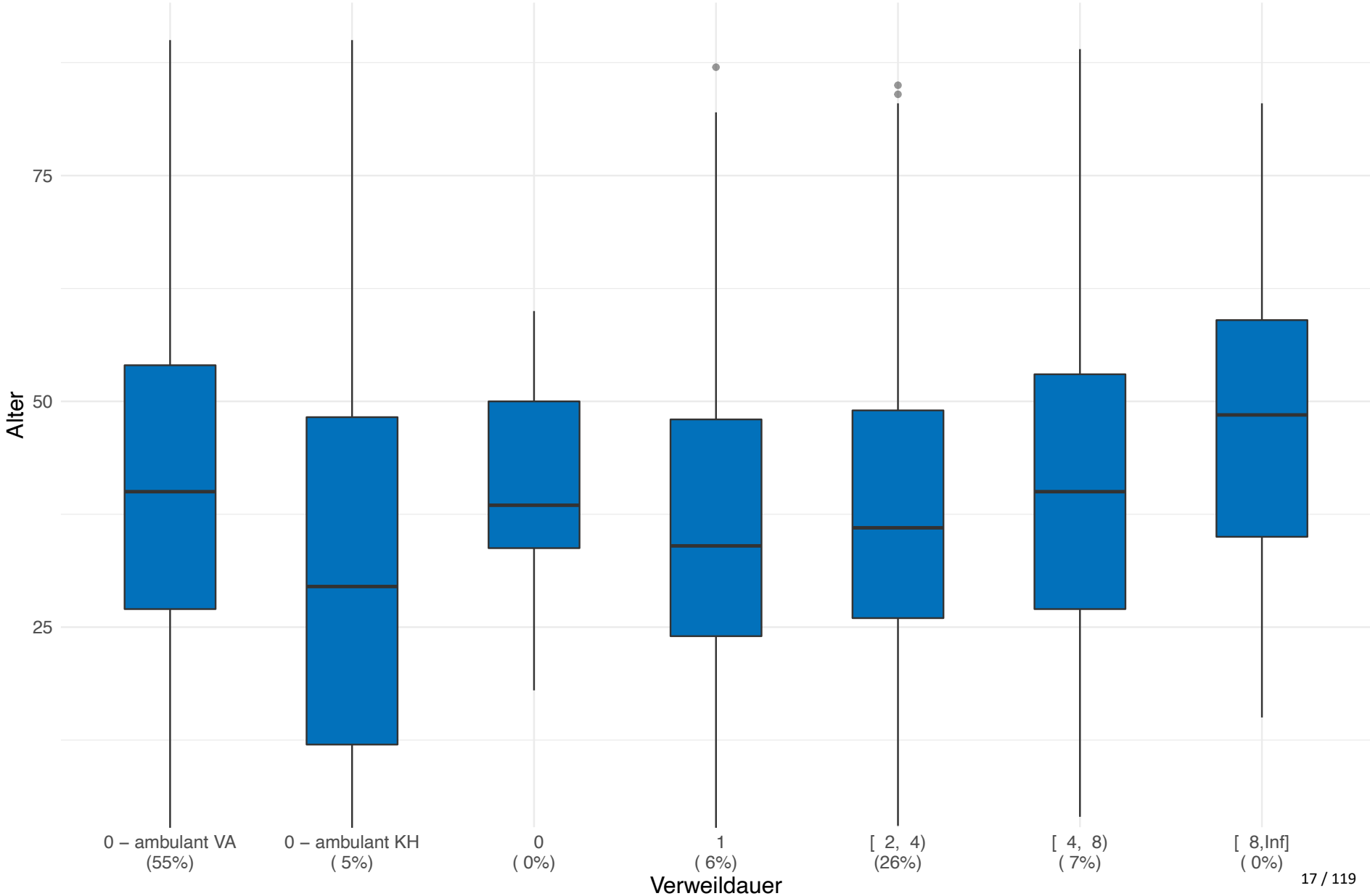
## Alter bei OPS 5–144.5

Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernelverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang



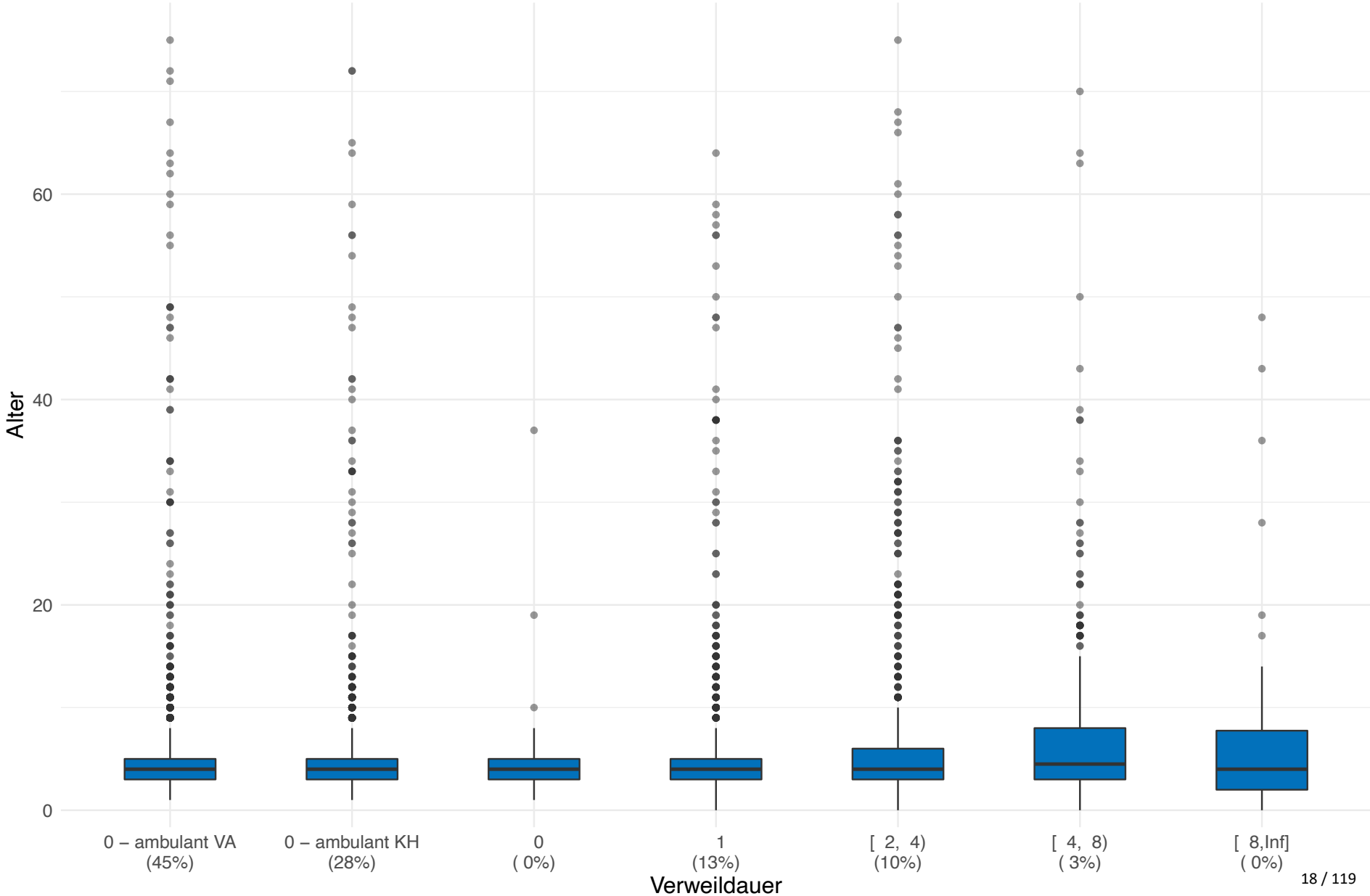
# Alter bei OPS 5–215.3

Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Submuköse Resektion



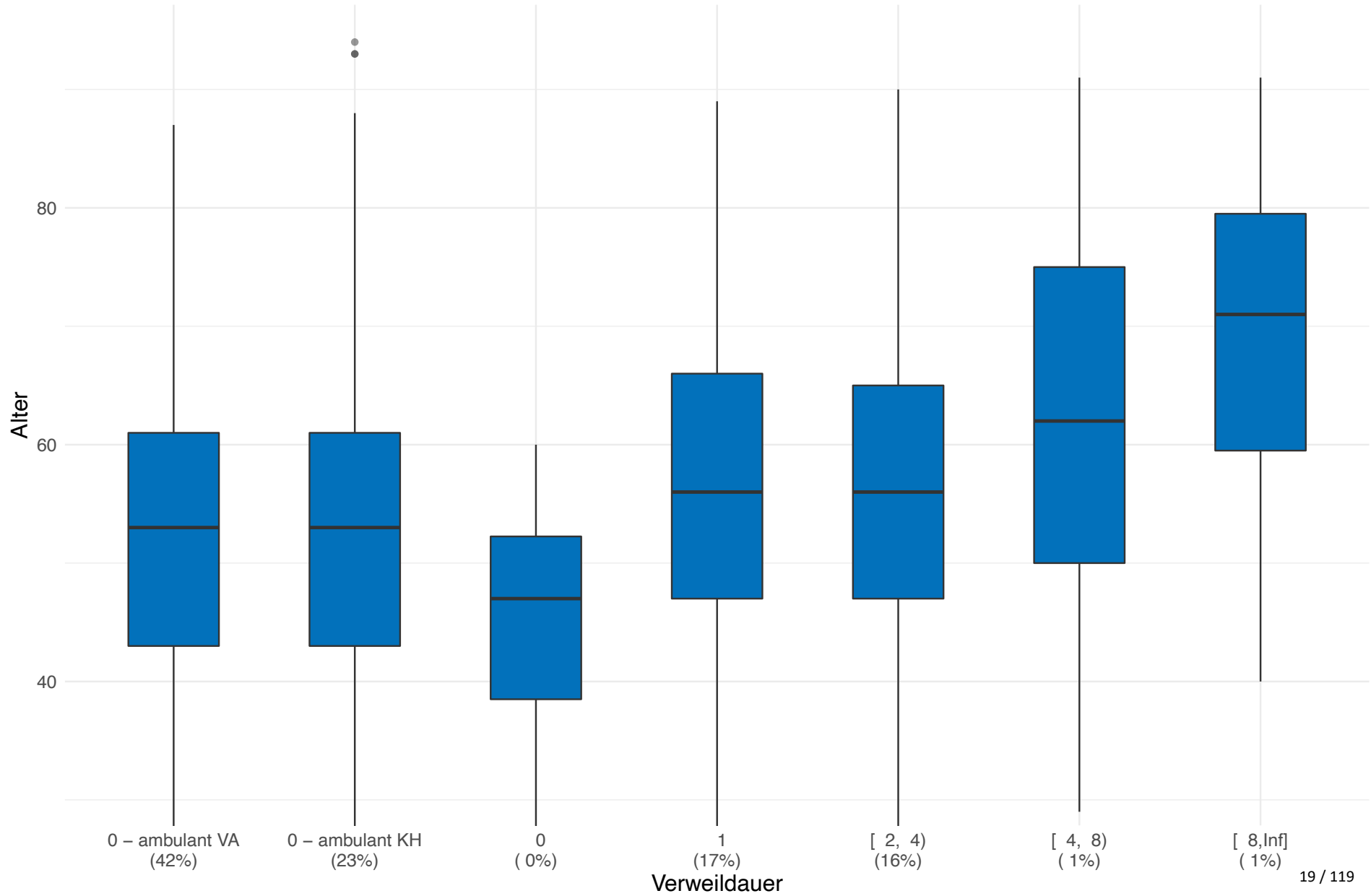
# Alter bei OPS 5–285.0

Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Primäreingriff



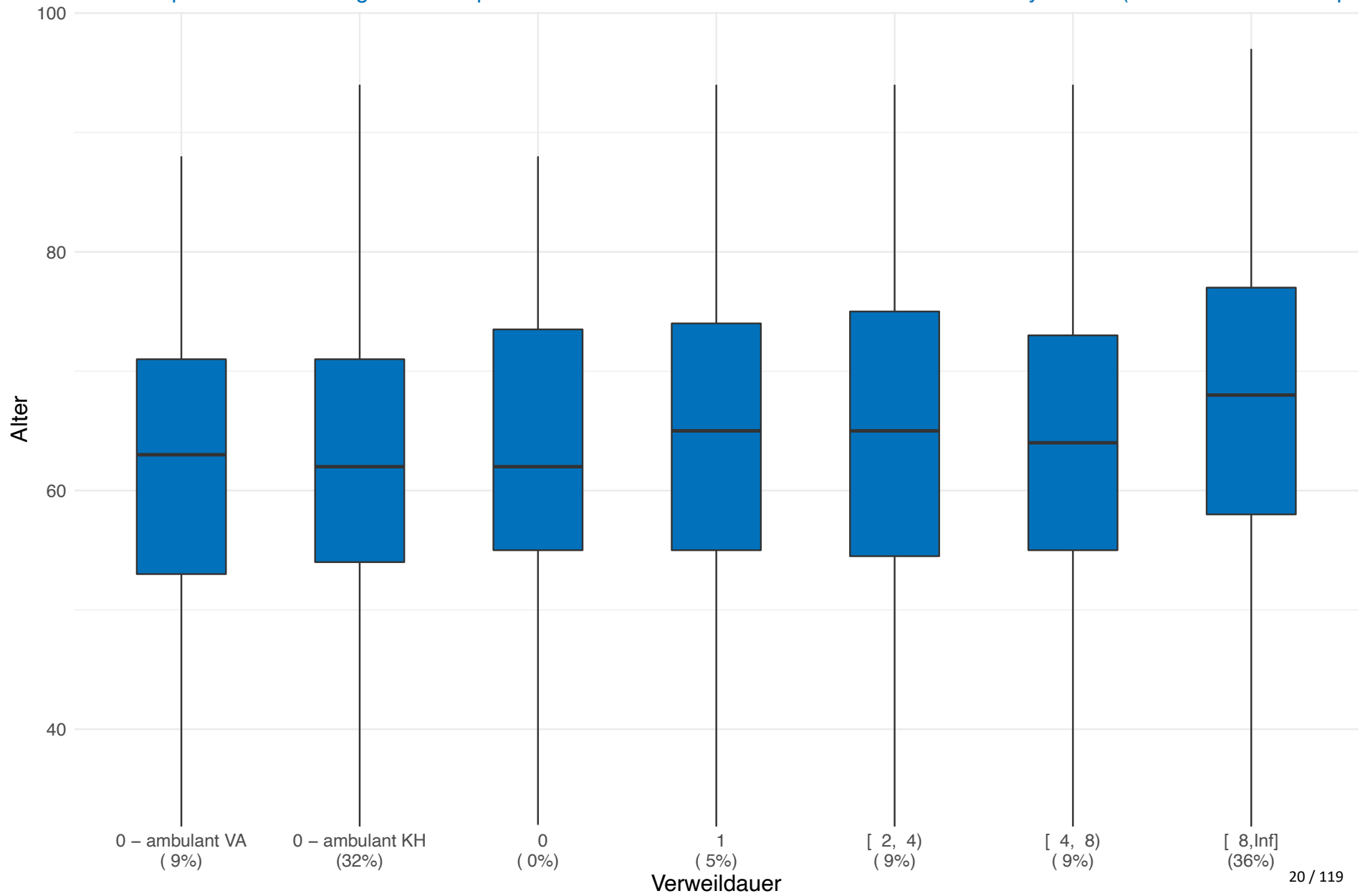
# Alter bei OPS 5–385.7

Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping



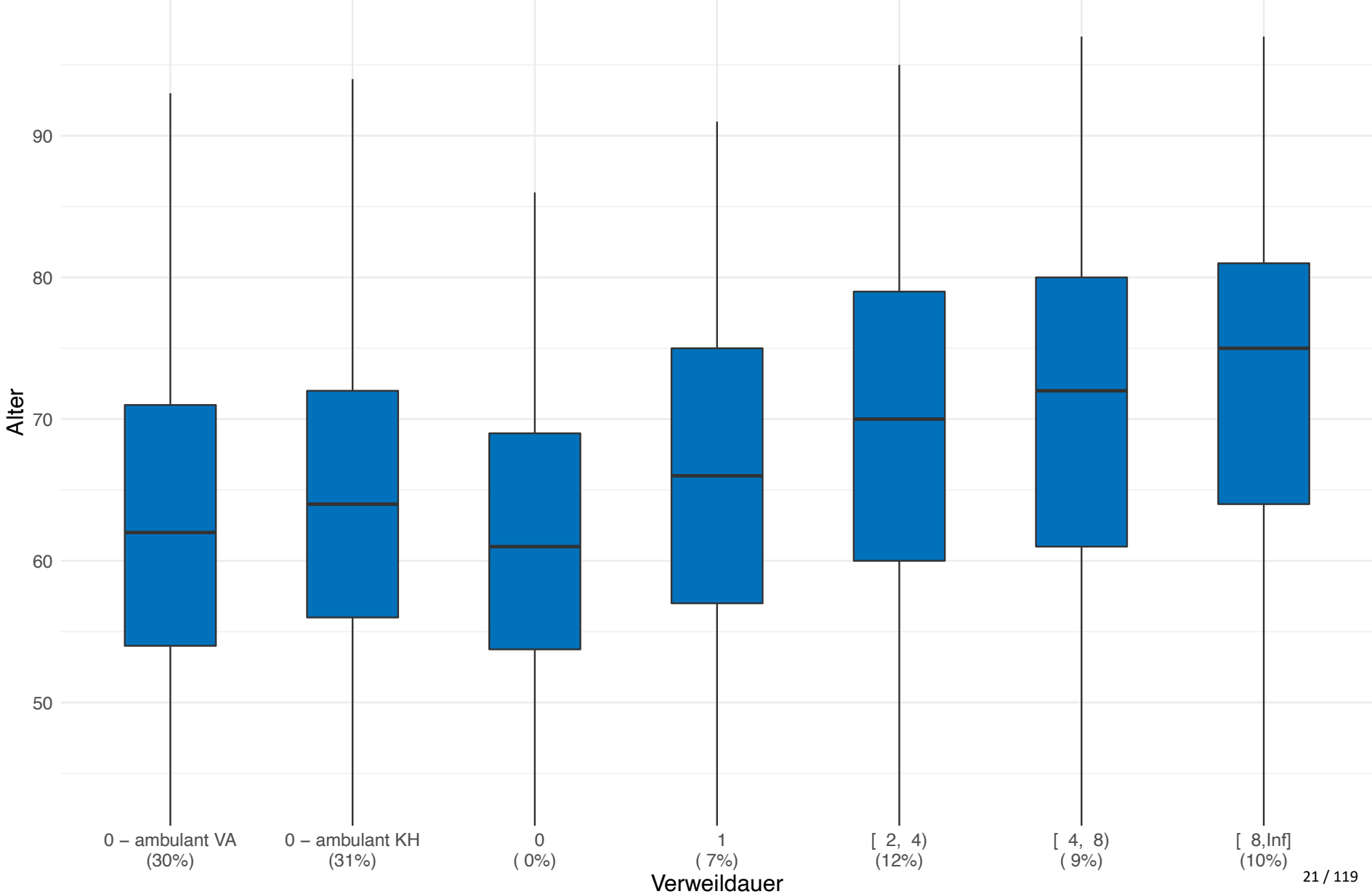
## Alter bei OPS 5–399.5

Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie)



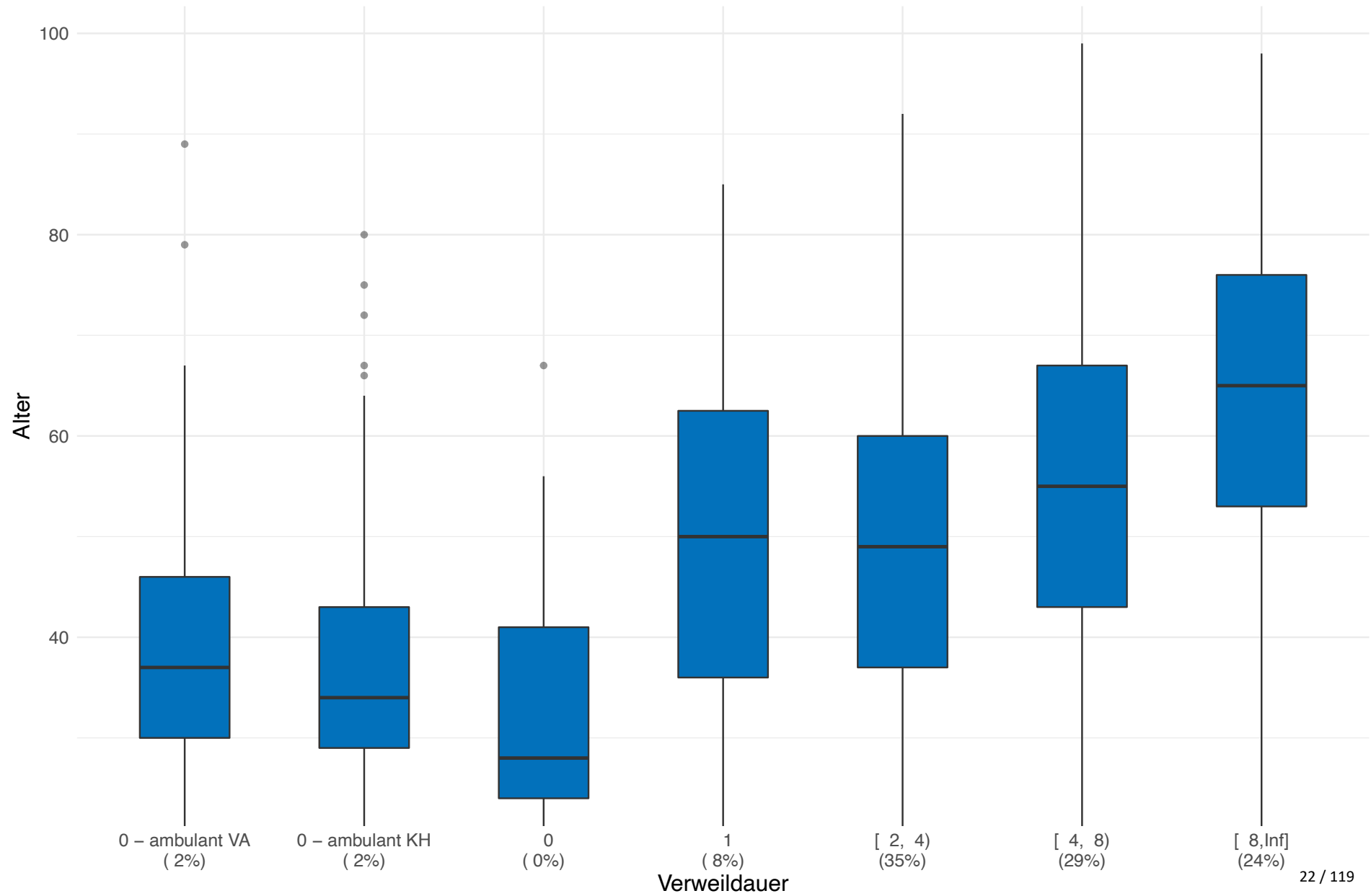
# Alter bei OPS 5-452.6

Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik)



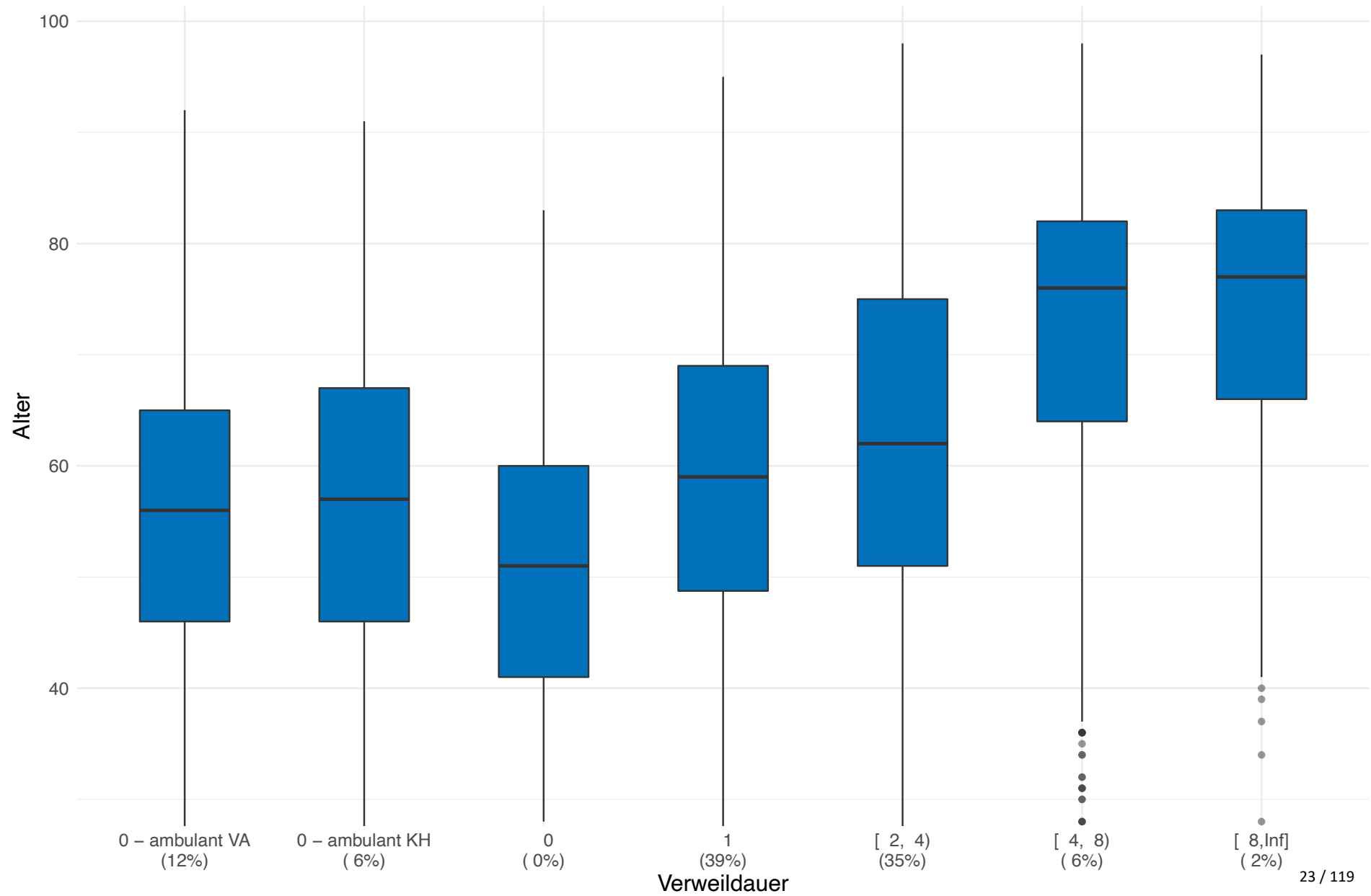
# Alter bei OPS 5-469.2

## Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse



## Alter bei OPS 5–530.3

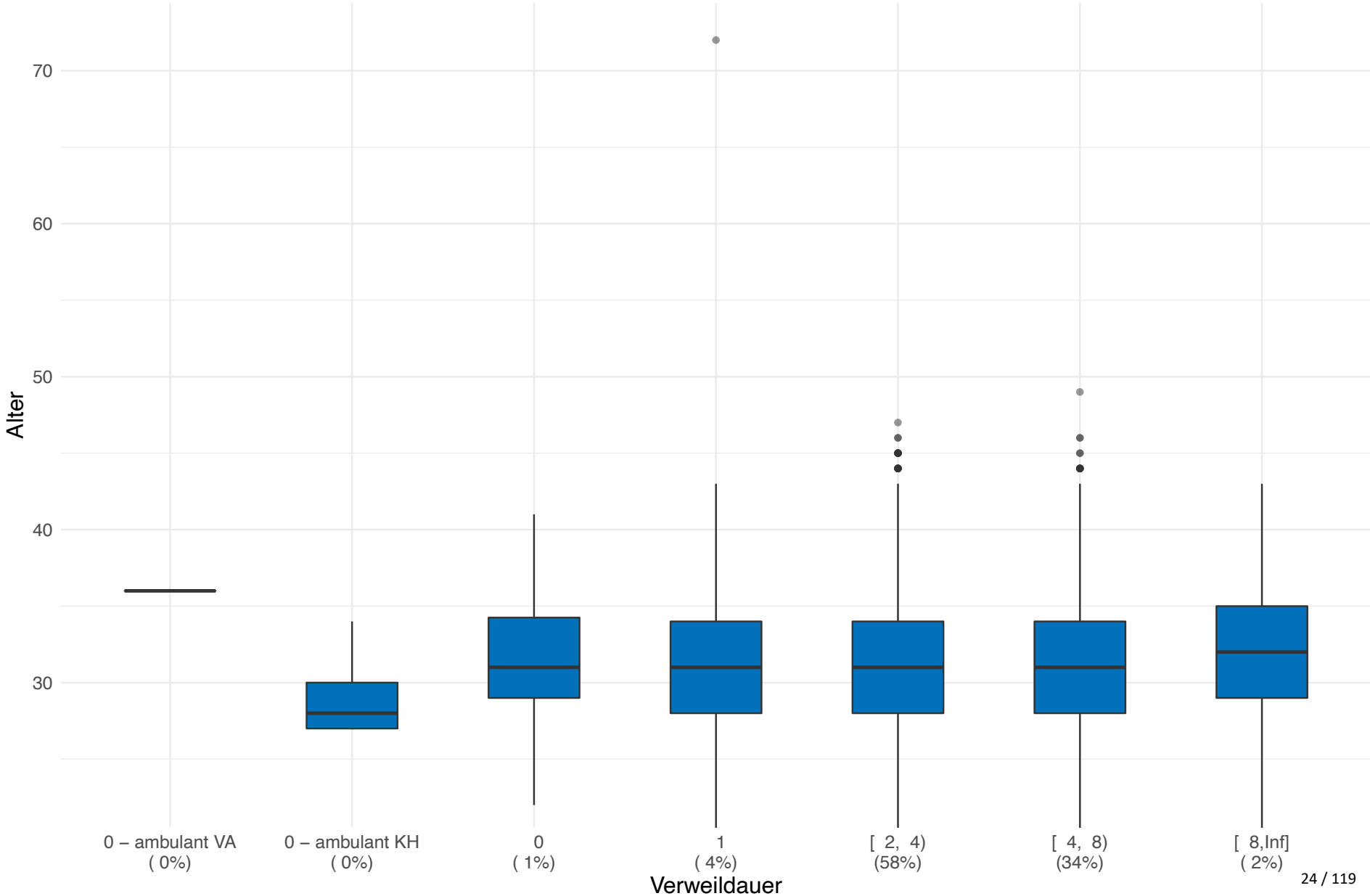
Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material





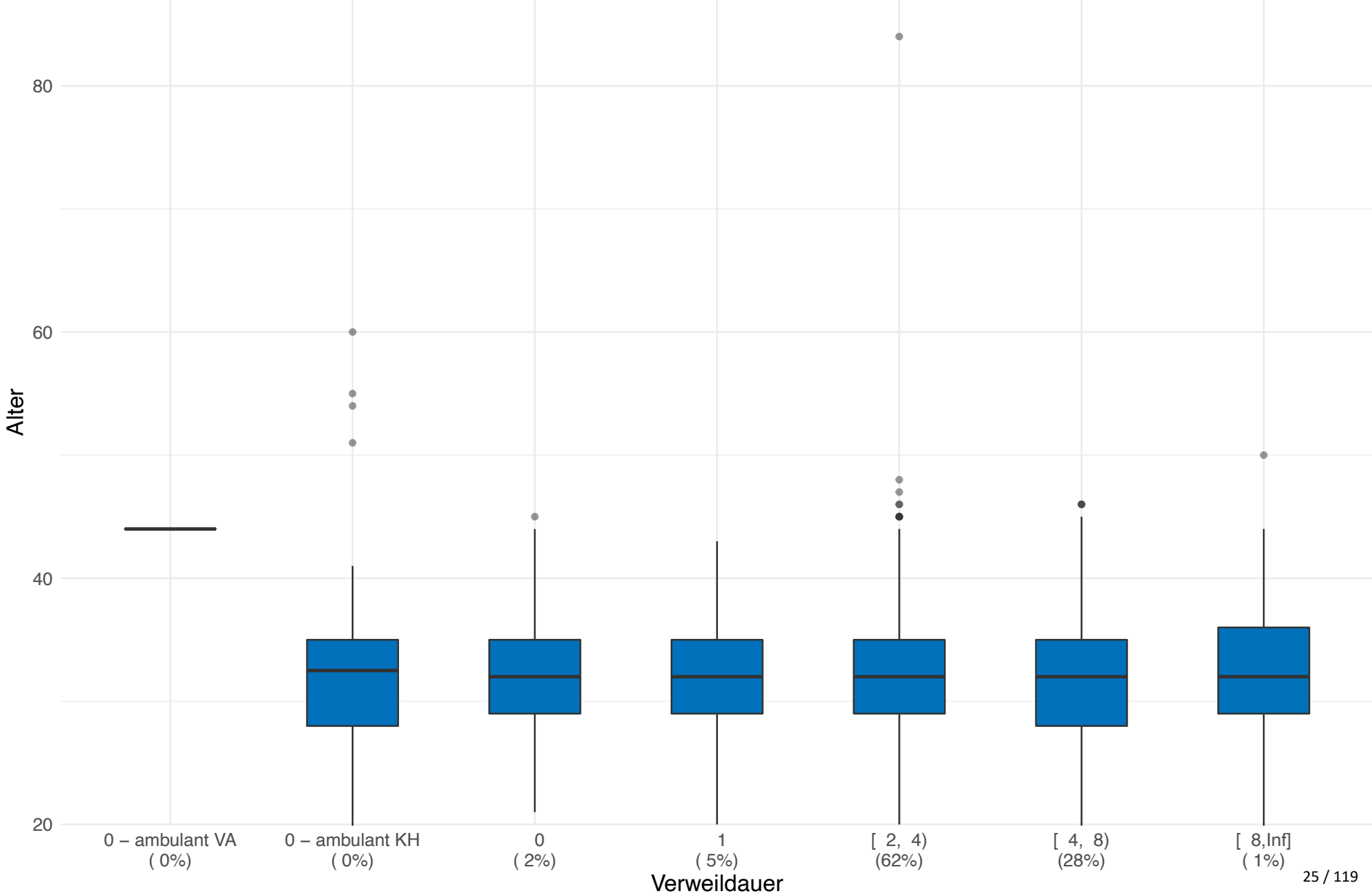
# Alter bei OPS 5-758.2

Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Vagina



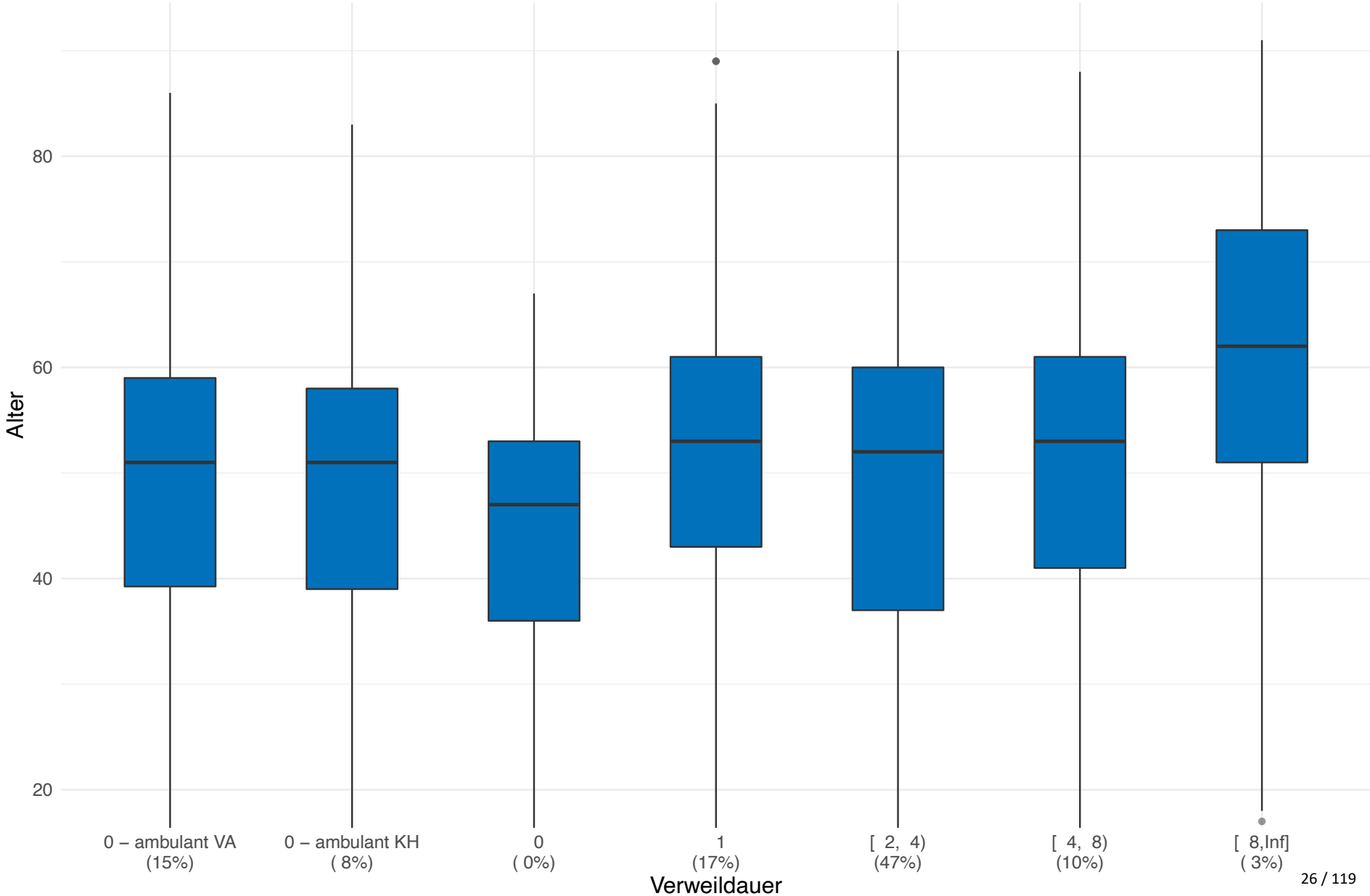
# Alter bei OPS 5-758.3

Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an der Haut von Perineum und Vulva



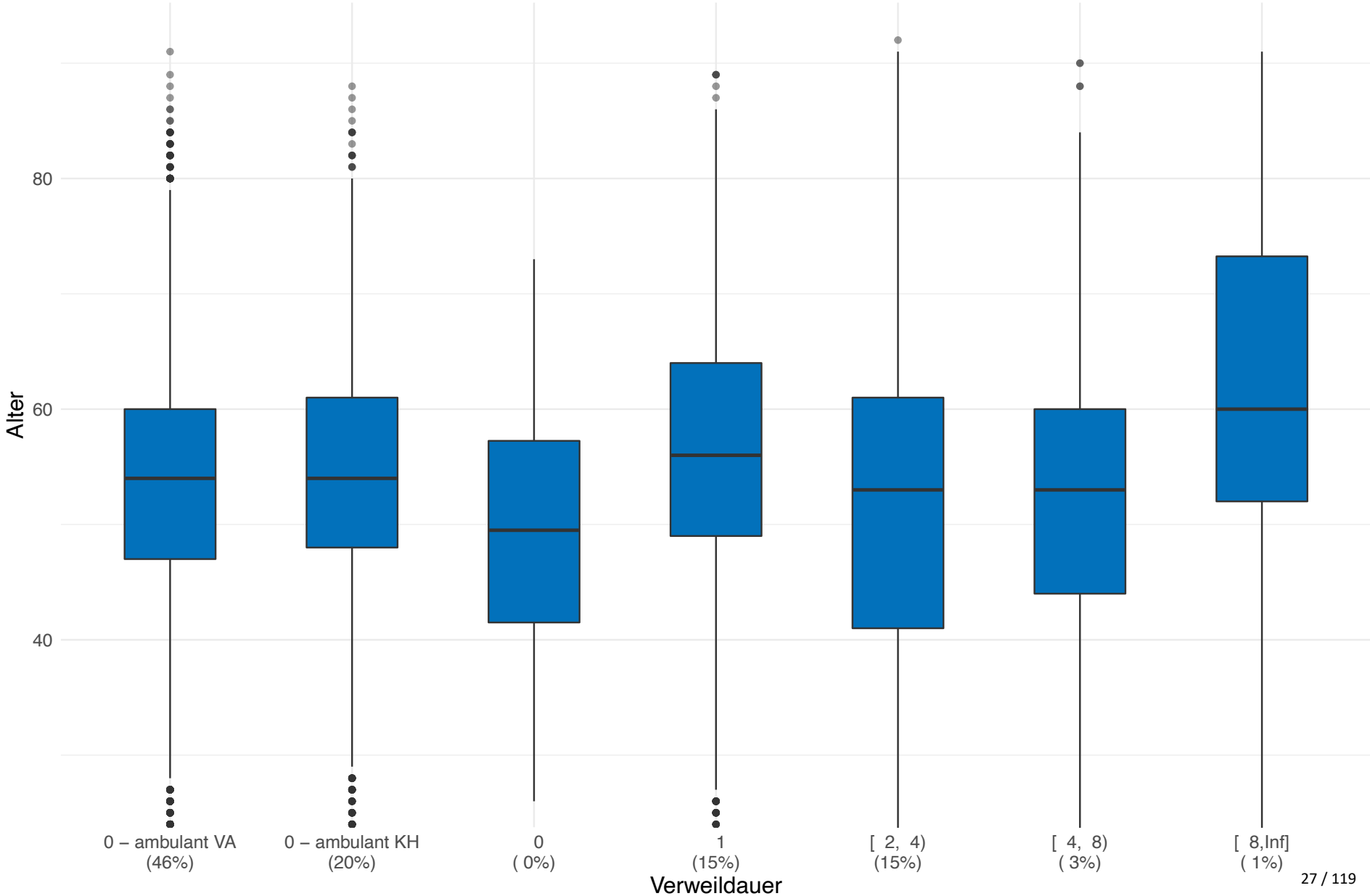
# Alter bei OPS 5-811.2

Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell



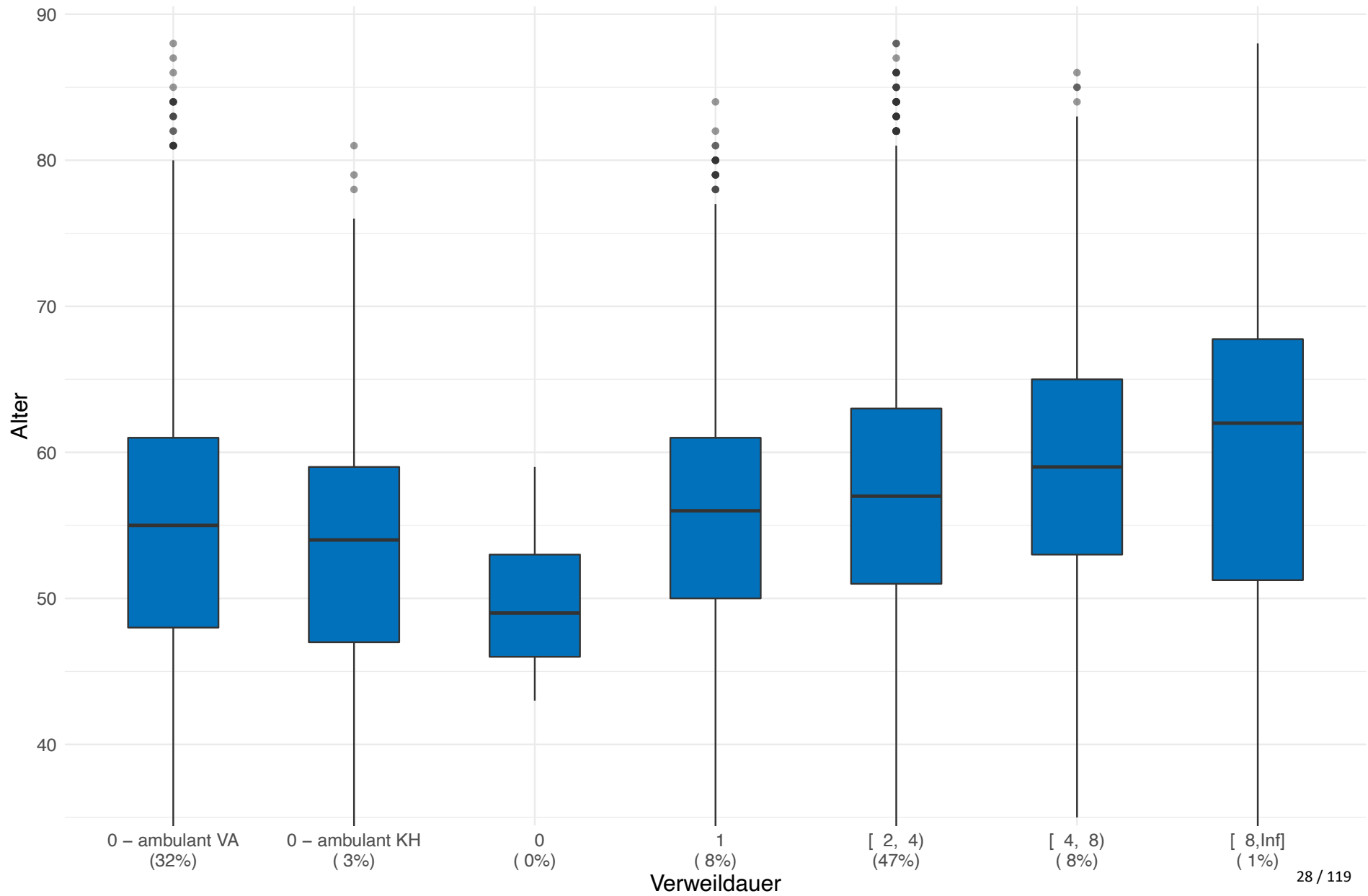
# Alter bei OPS 5–812.5

Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell



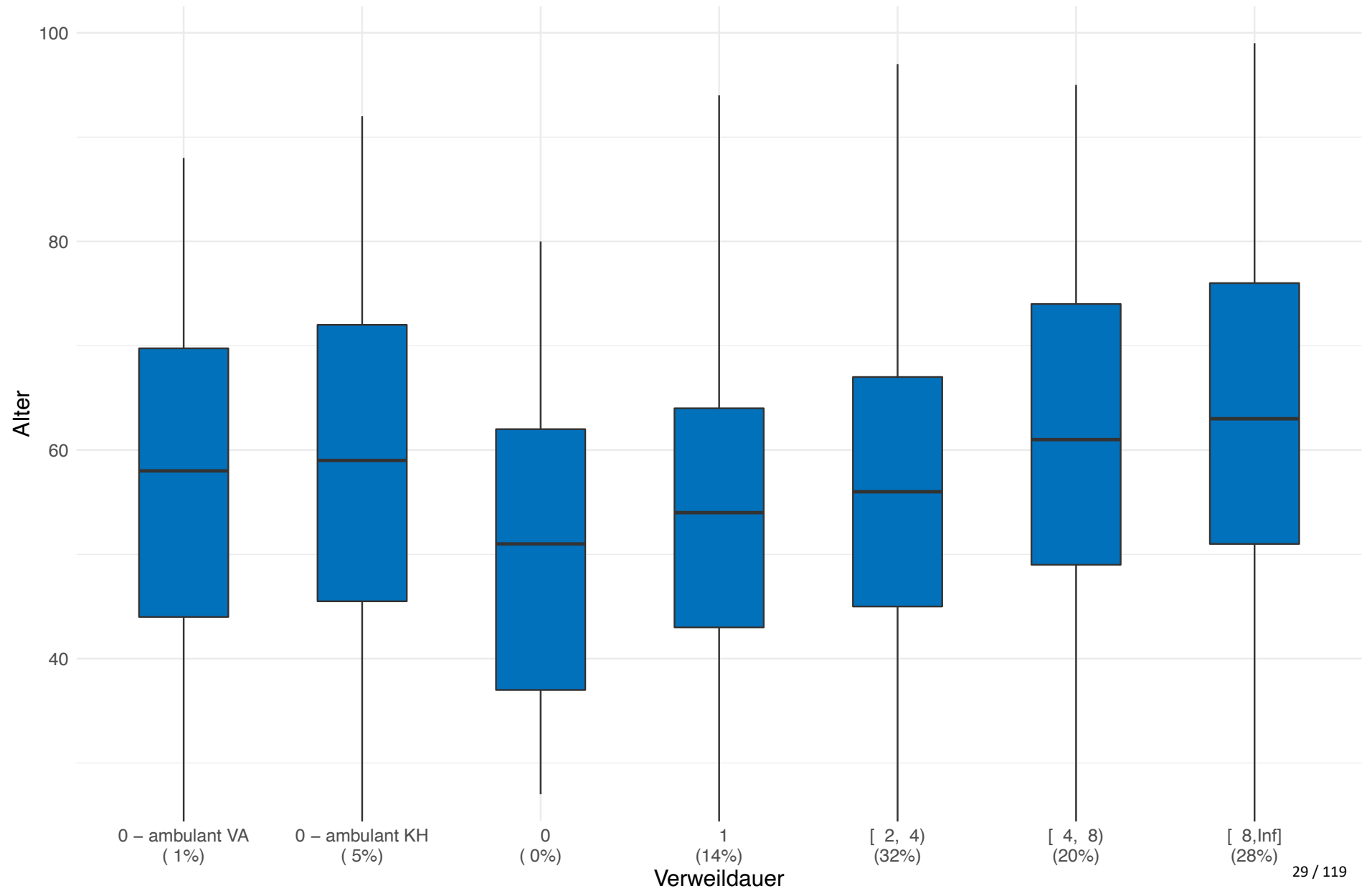
# Alter bei OPS 5–814.3

Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes



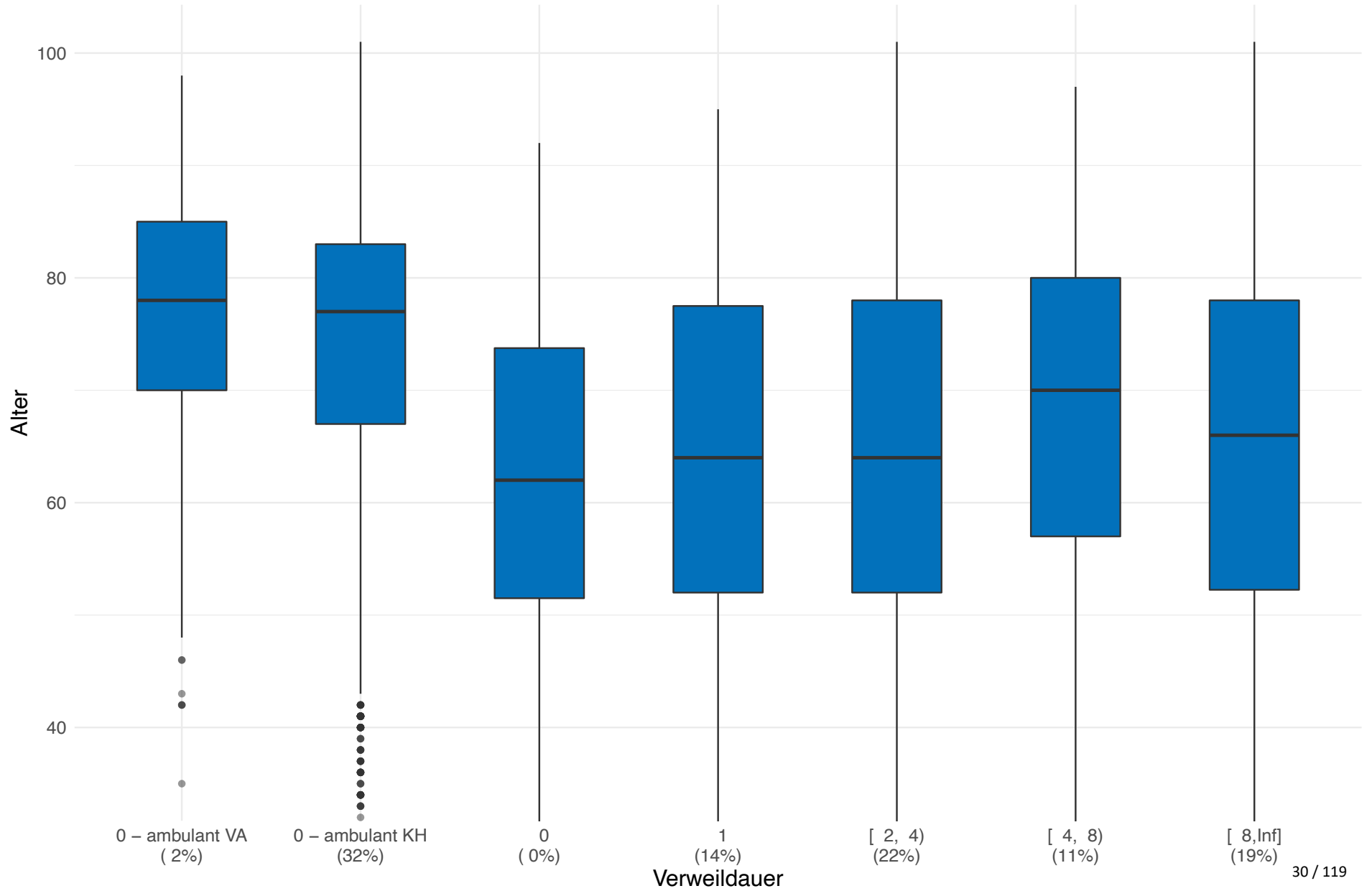
# Alter bei OPS 8–137.0

Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Einlegen

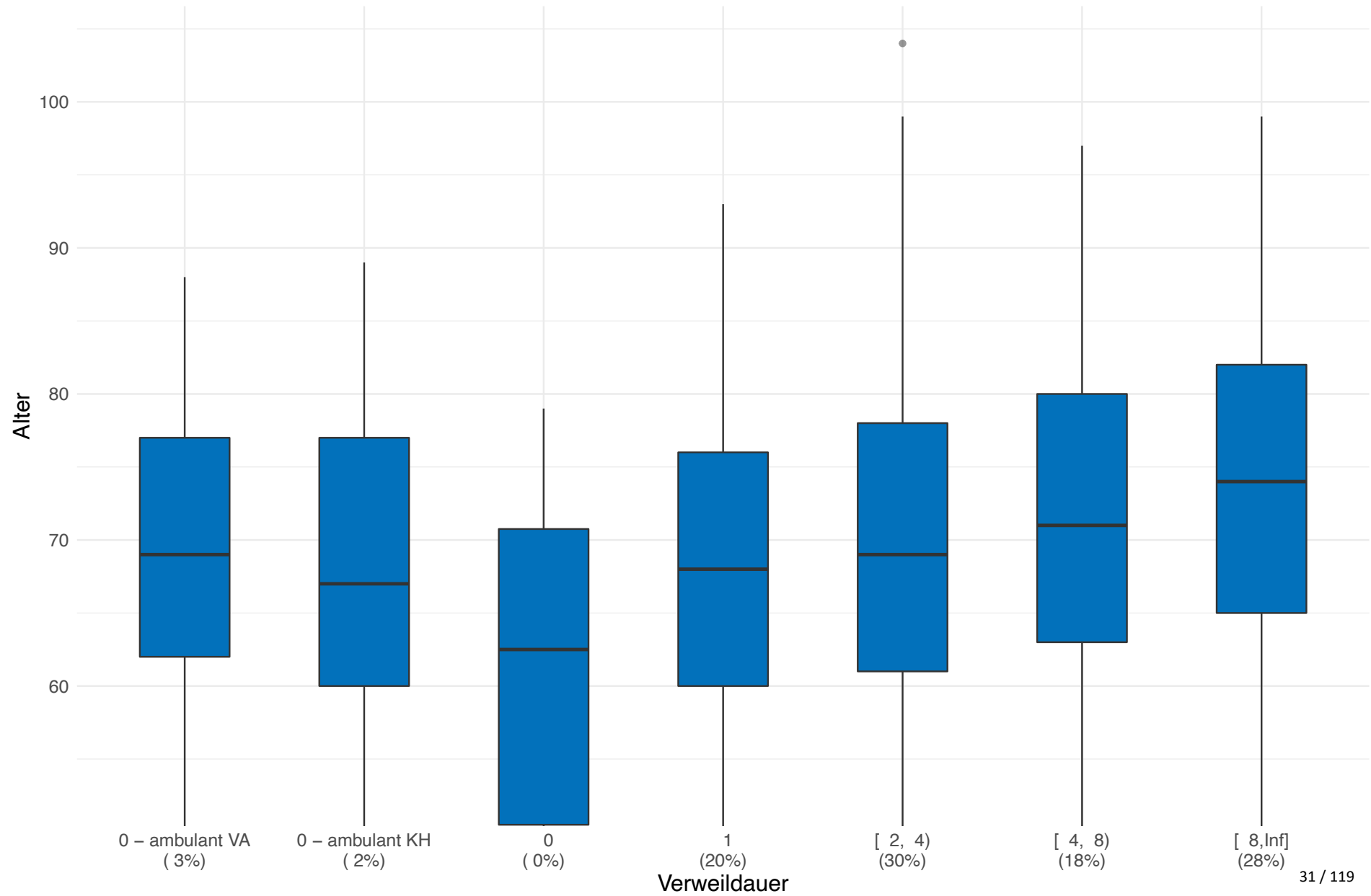


# Alter bei OPS 8–137.1

Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Wechsel



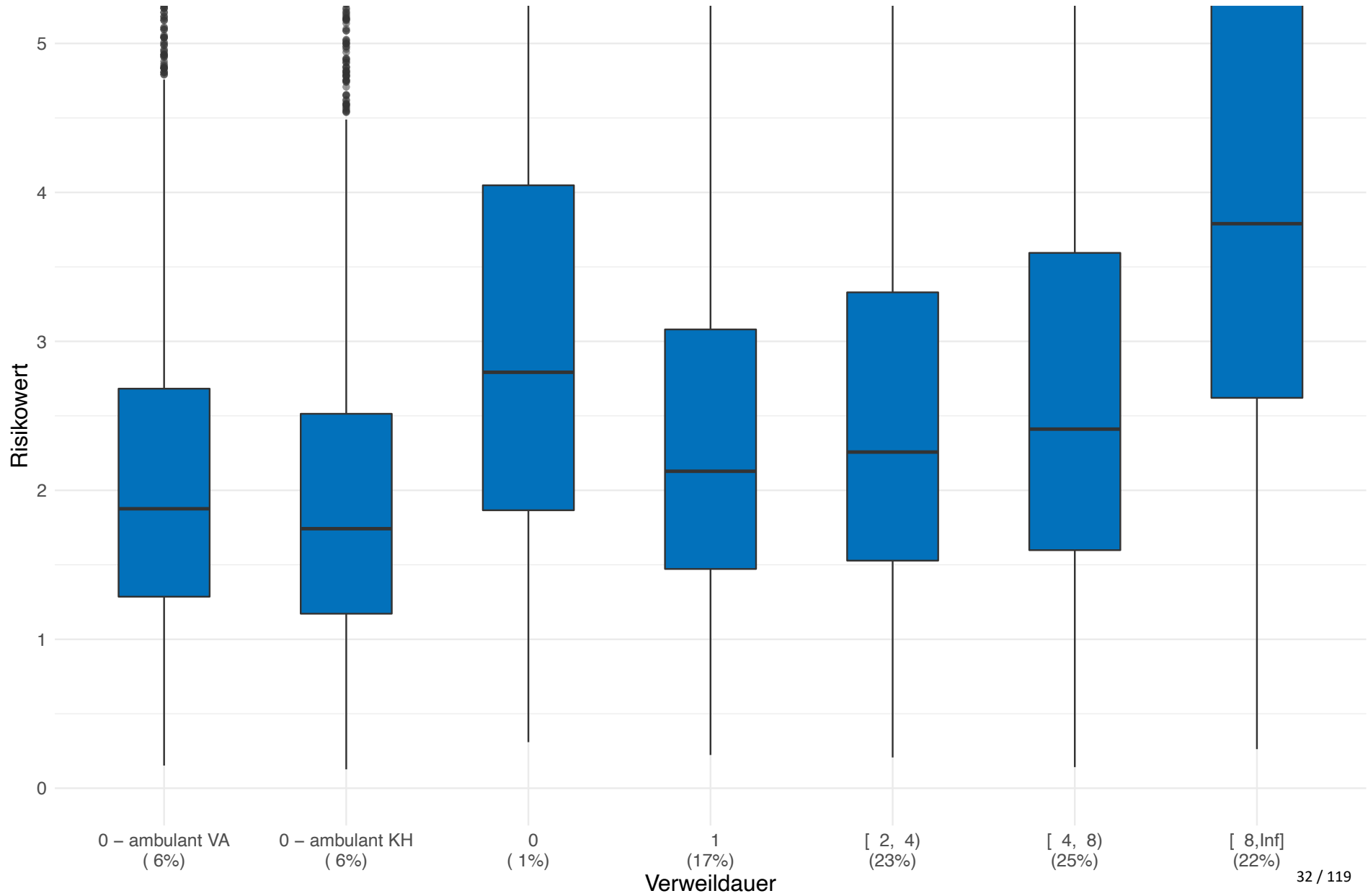
# Alter bei OPS 8-836.0 (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie





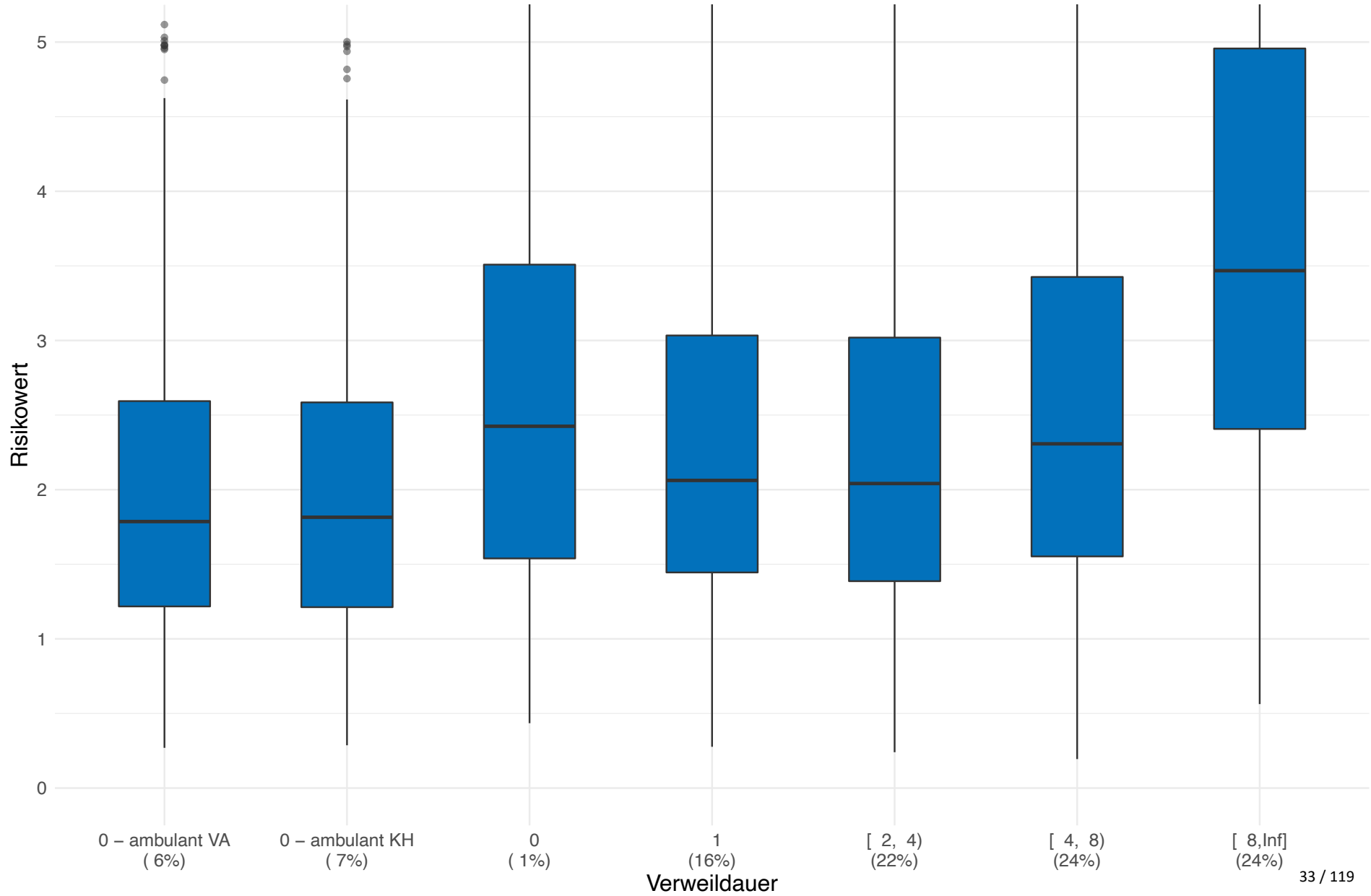
# Patient:innenmorbidity bei OPS 1-275.0

Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen



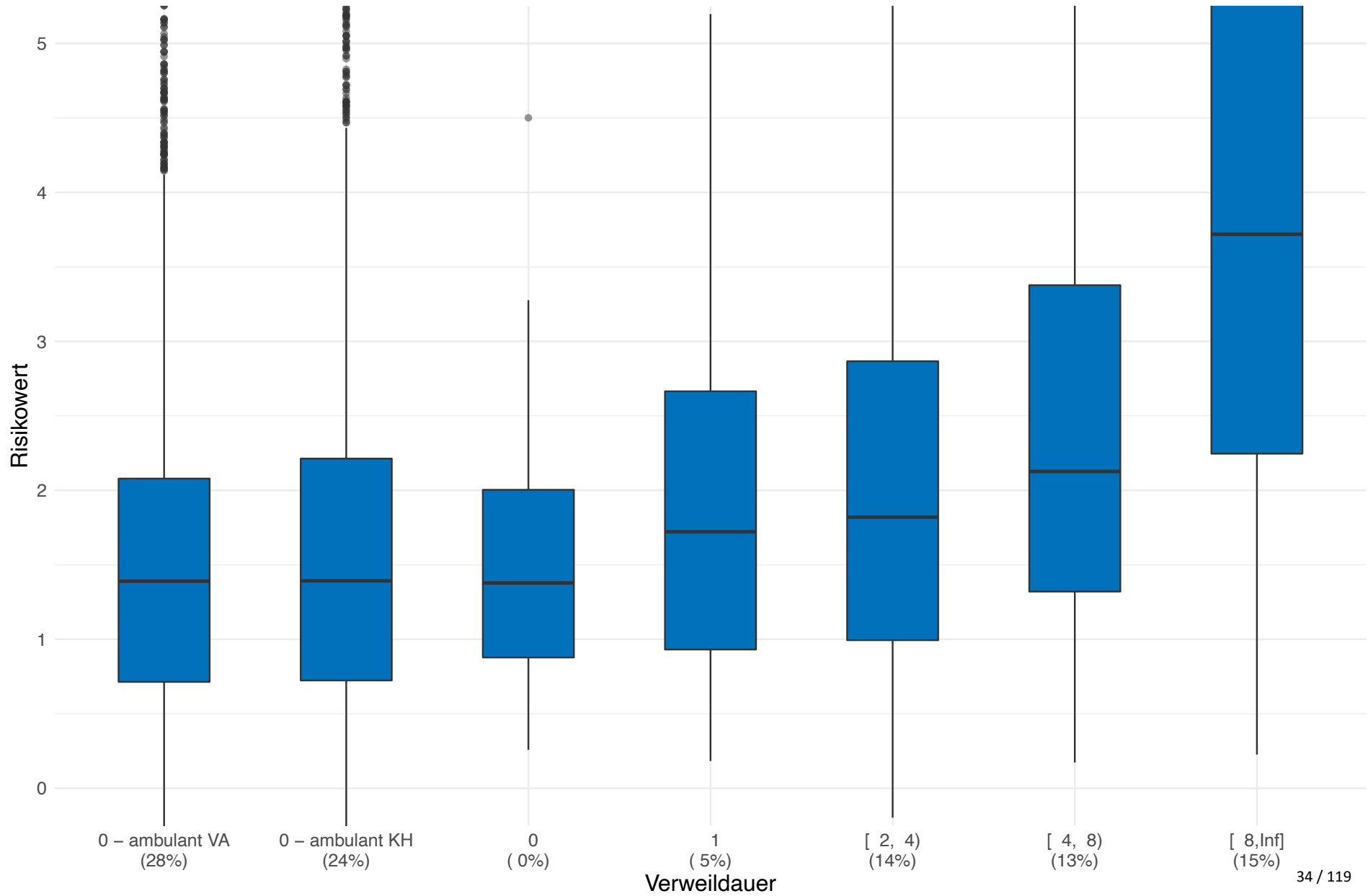
# Patient:innenmorbidity bei OPS 1-275.2

Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel

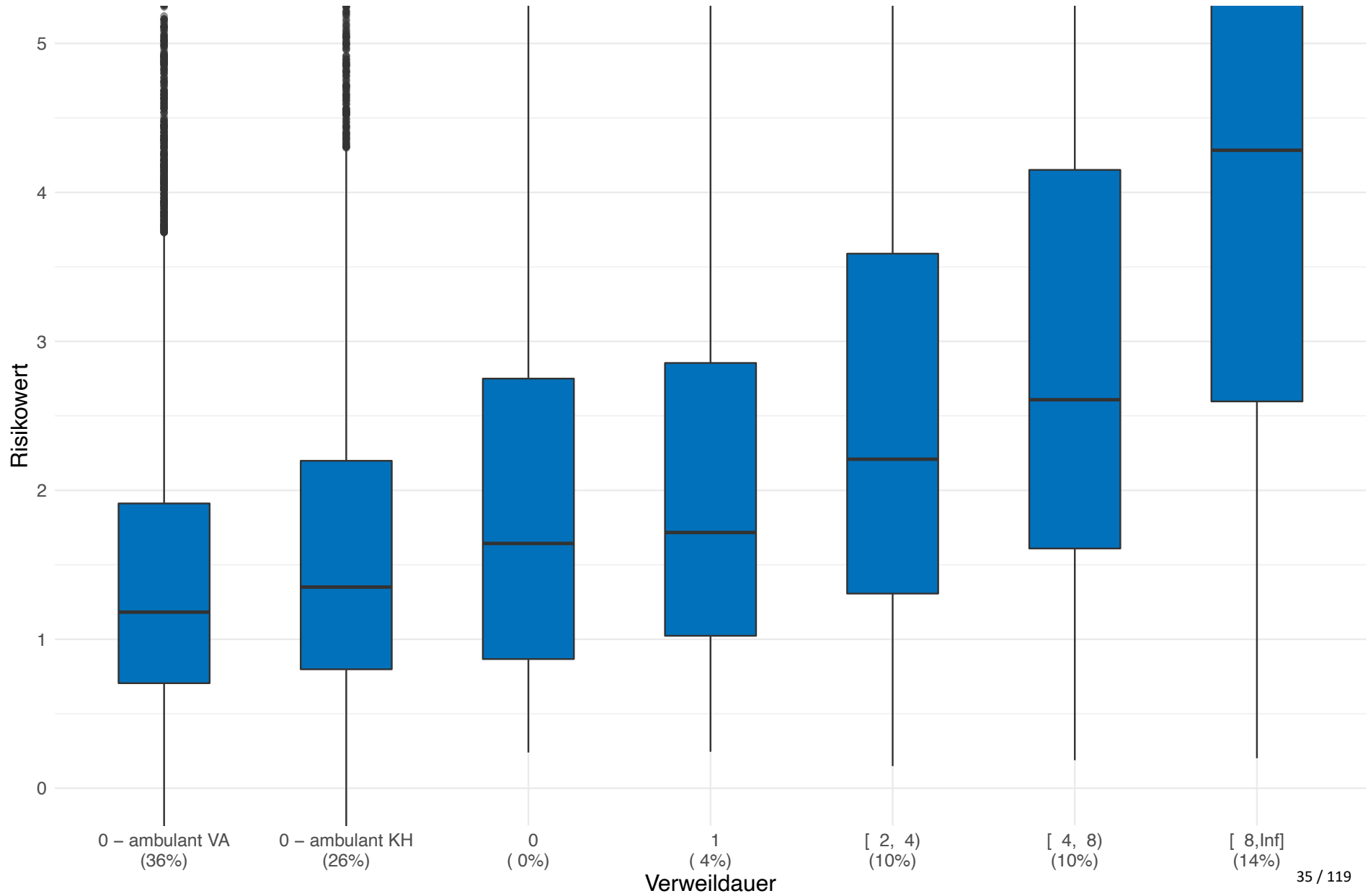


# Patient:innenmorbidity bei OPS 1-444.6

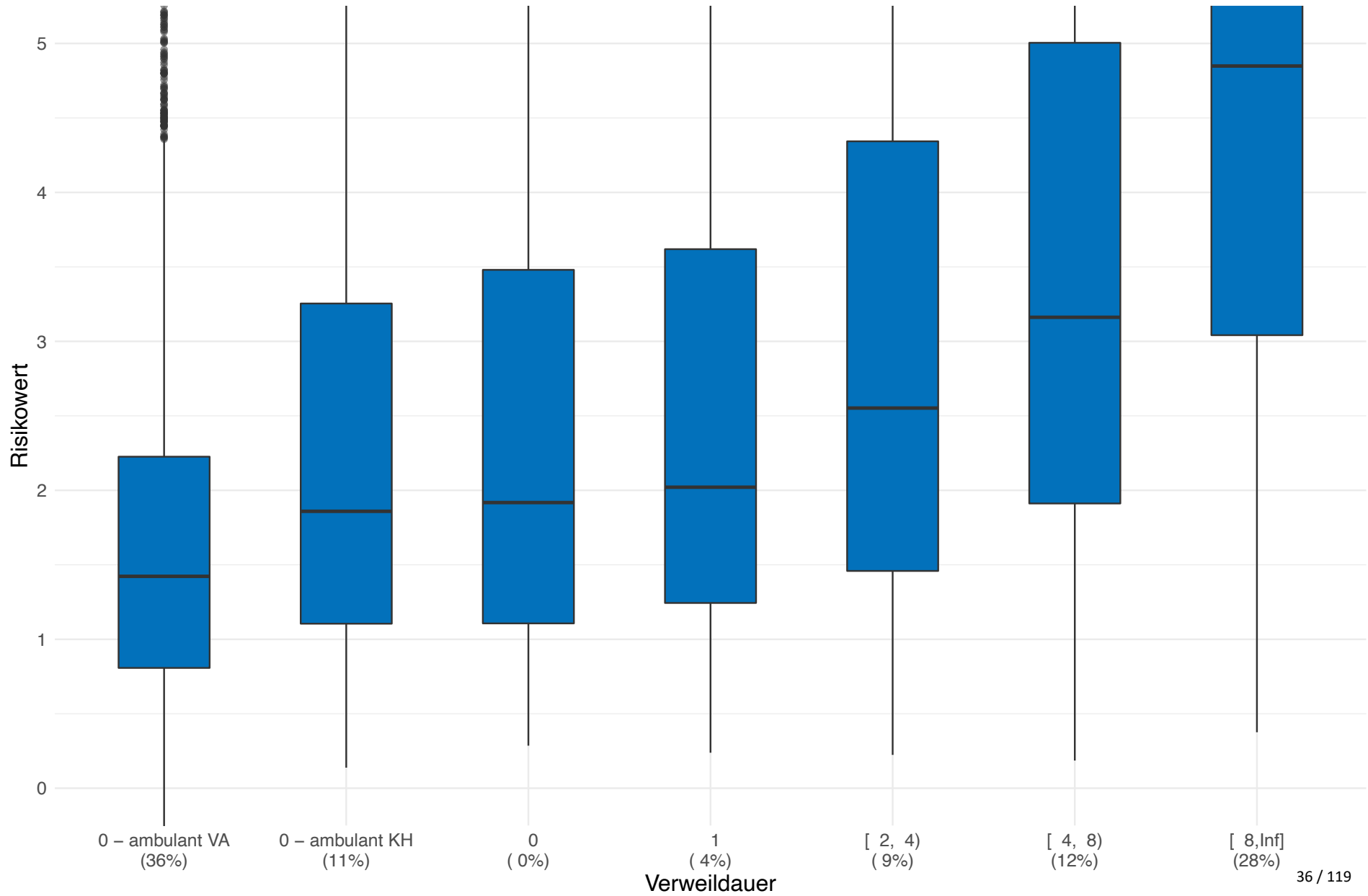
## Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie



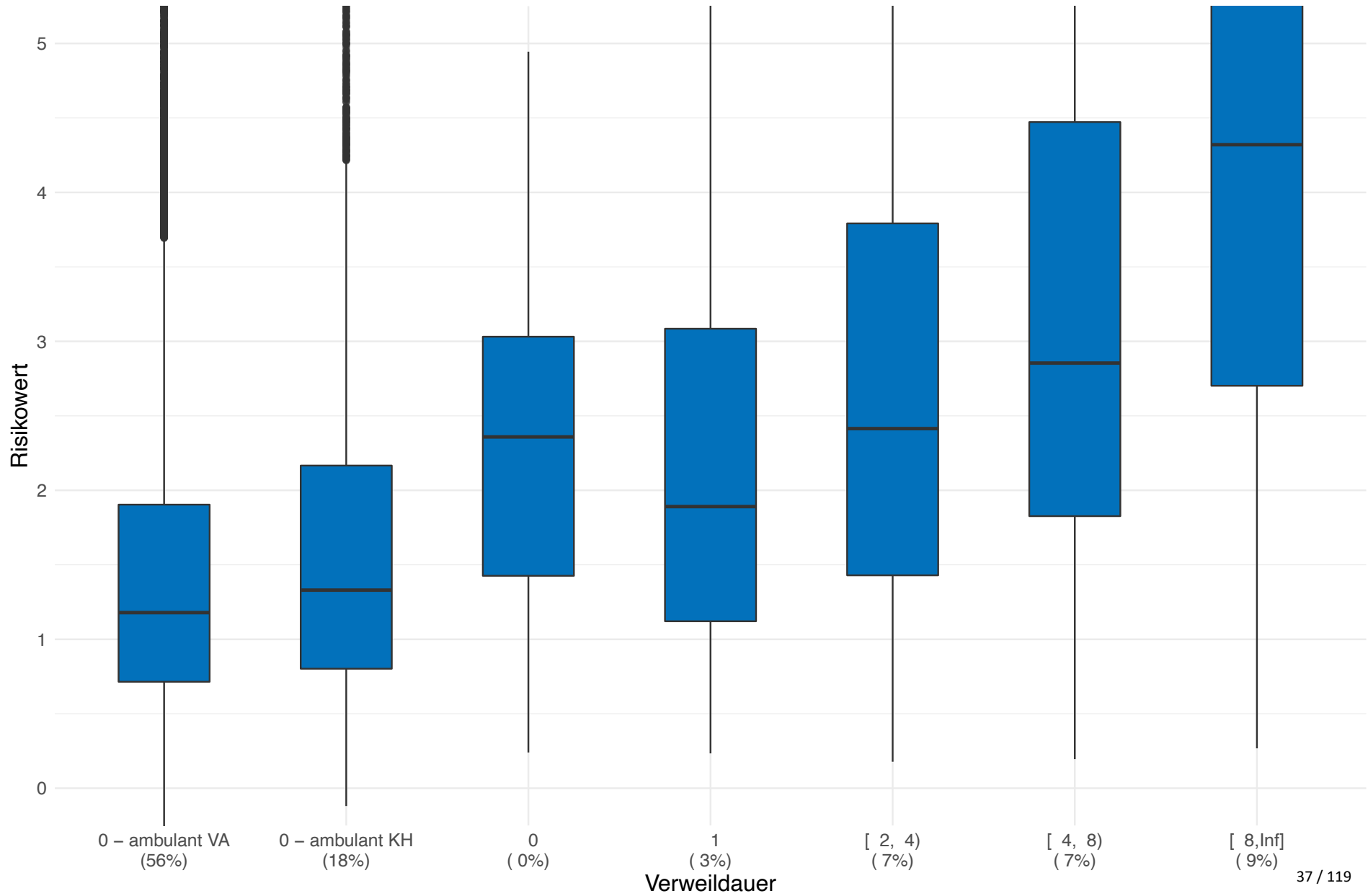
Patient:innenmorbidity bei OPS 1-444.7  
Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien



Patient:innenmorbidity bei OPS 1-650.0  
Diagnostische Koloskopie: Partiiell

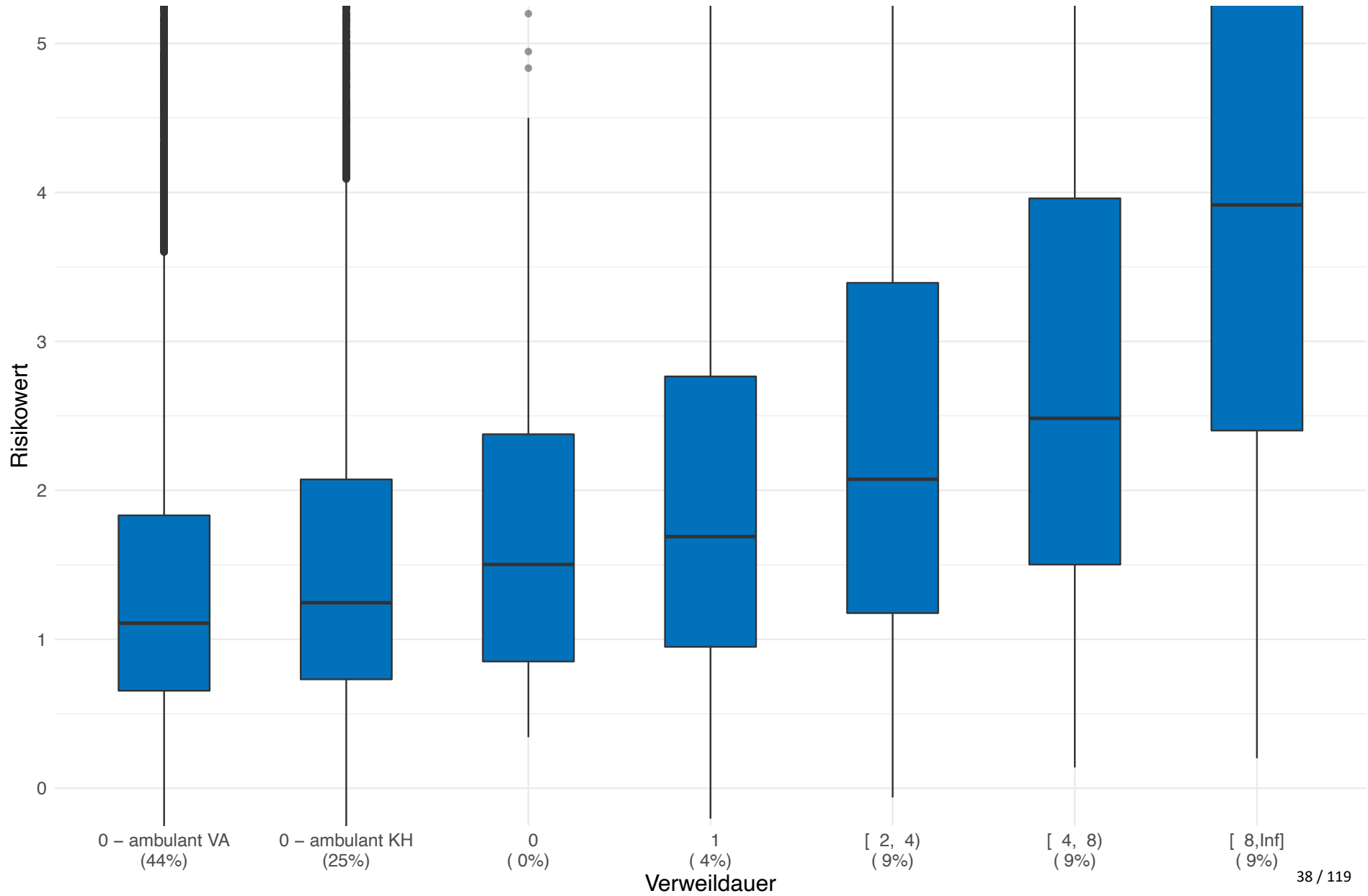


Patient:innenmorbidity bei OPS 1-650.1  
Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum



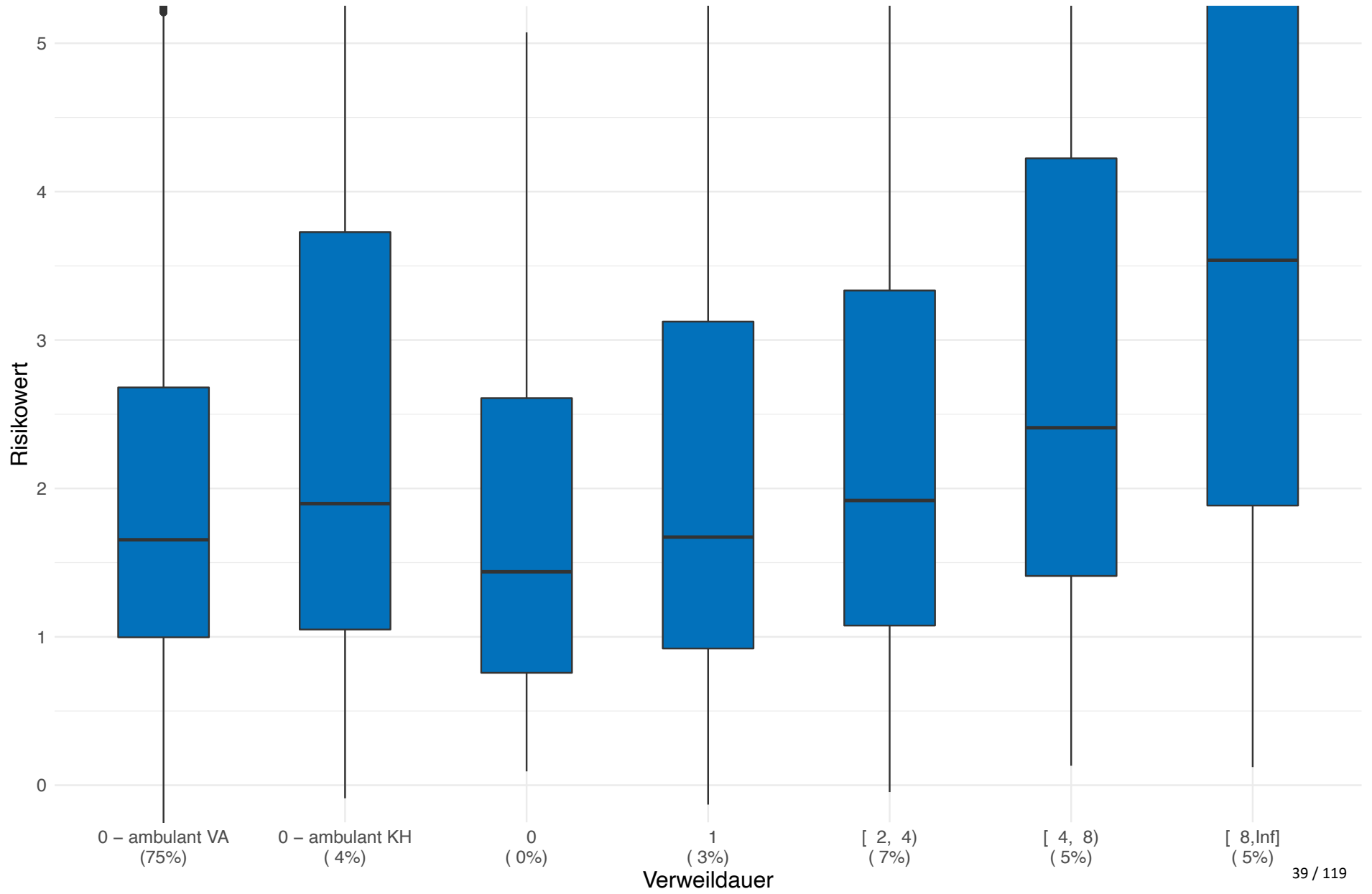
# Patient:innenmorbidity bei OPS 1-650.2

Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie



# Patient:innenmorbidity bei OPS 1-661

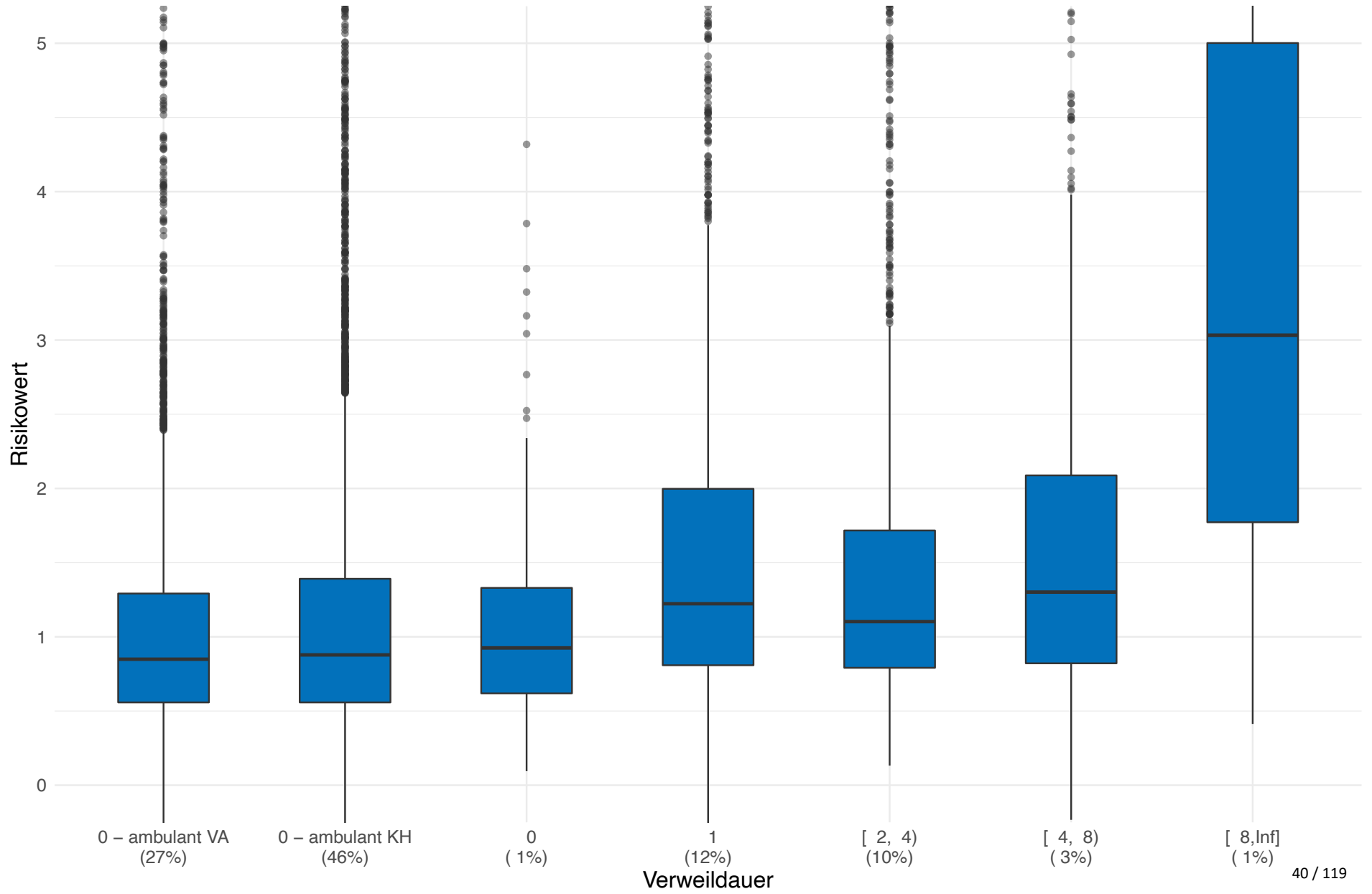
## Diagnostische Urethrozystoskopie





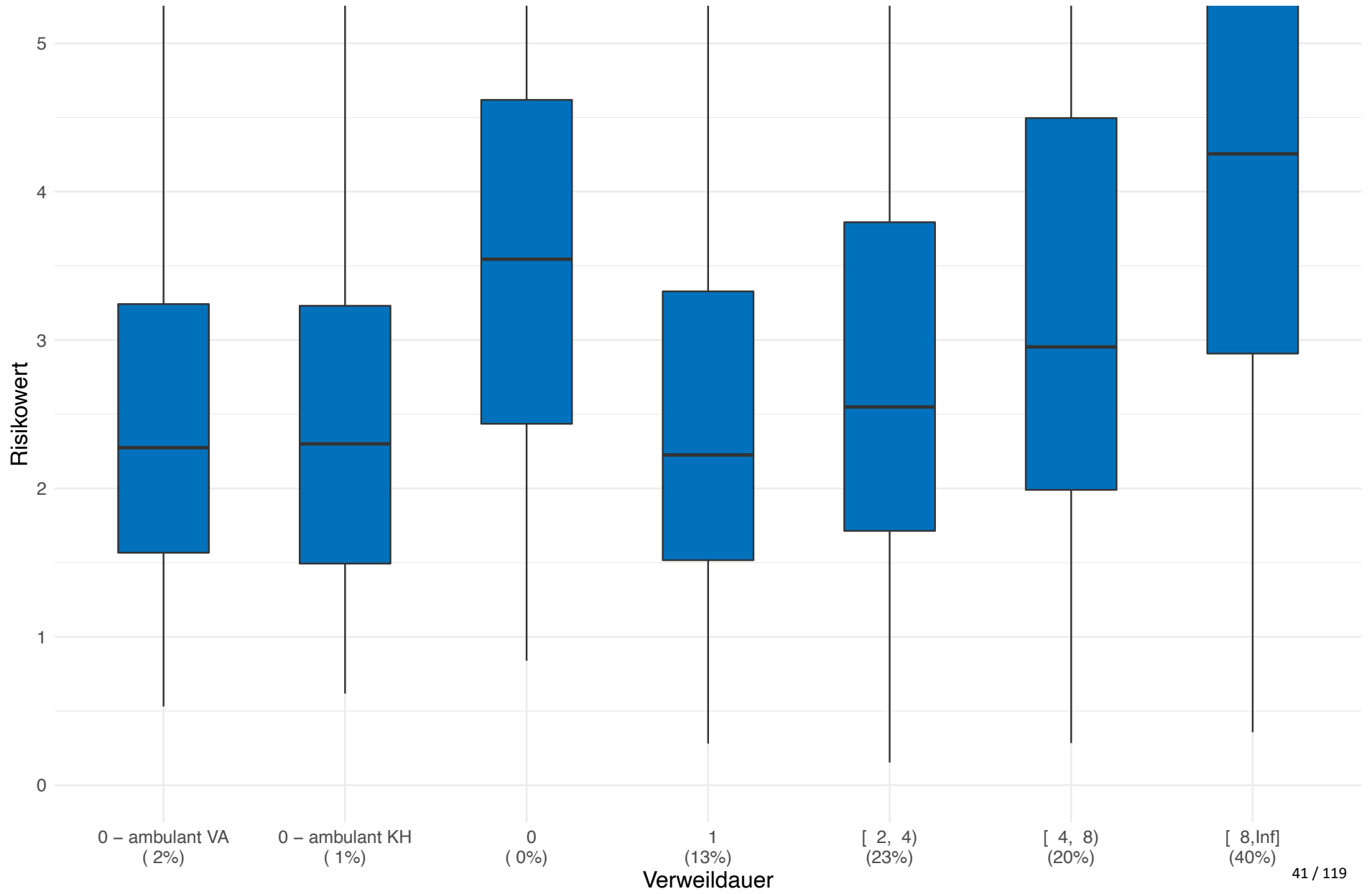
# Patient:innenmorbidity bei OPS 1-672

## Diagnostische Hysteroskopie



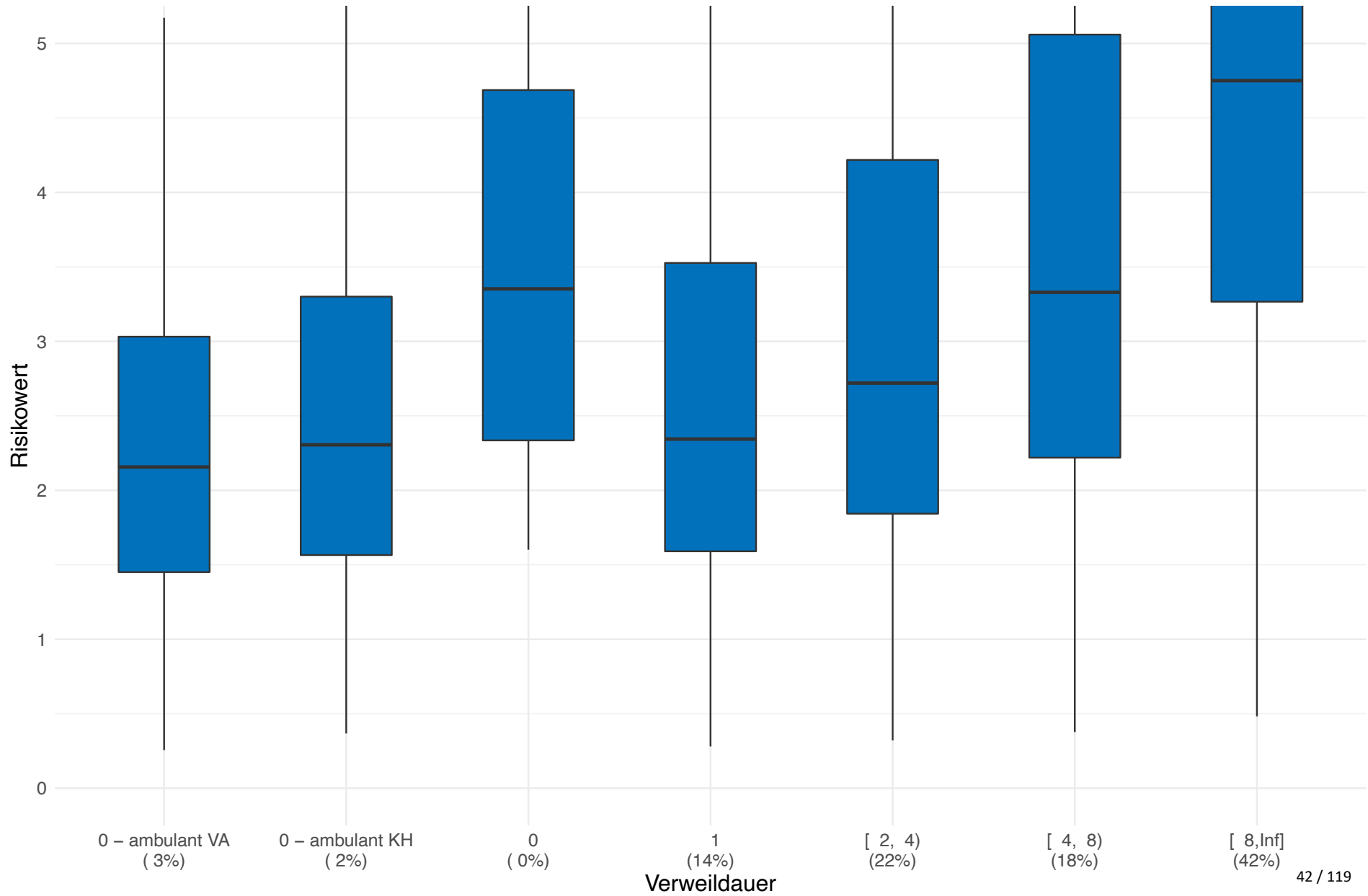
# Patient:innenmorbidity bei OPS 3–605

## Arteriographie der GefäÙe des Beckens



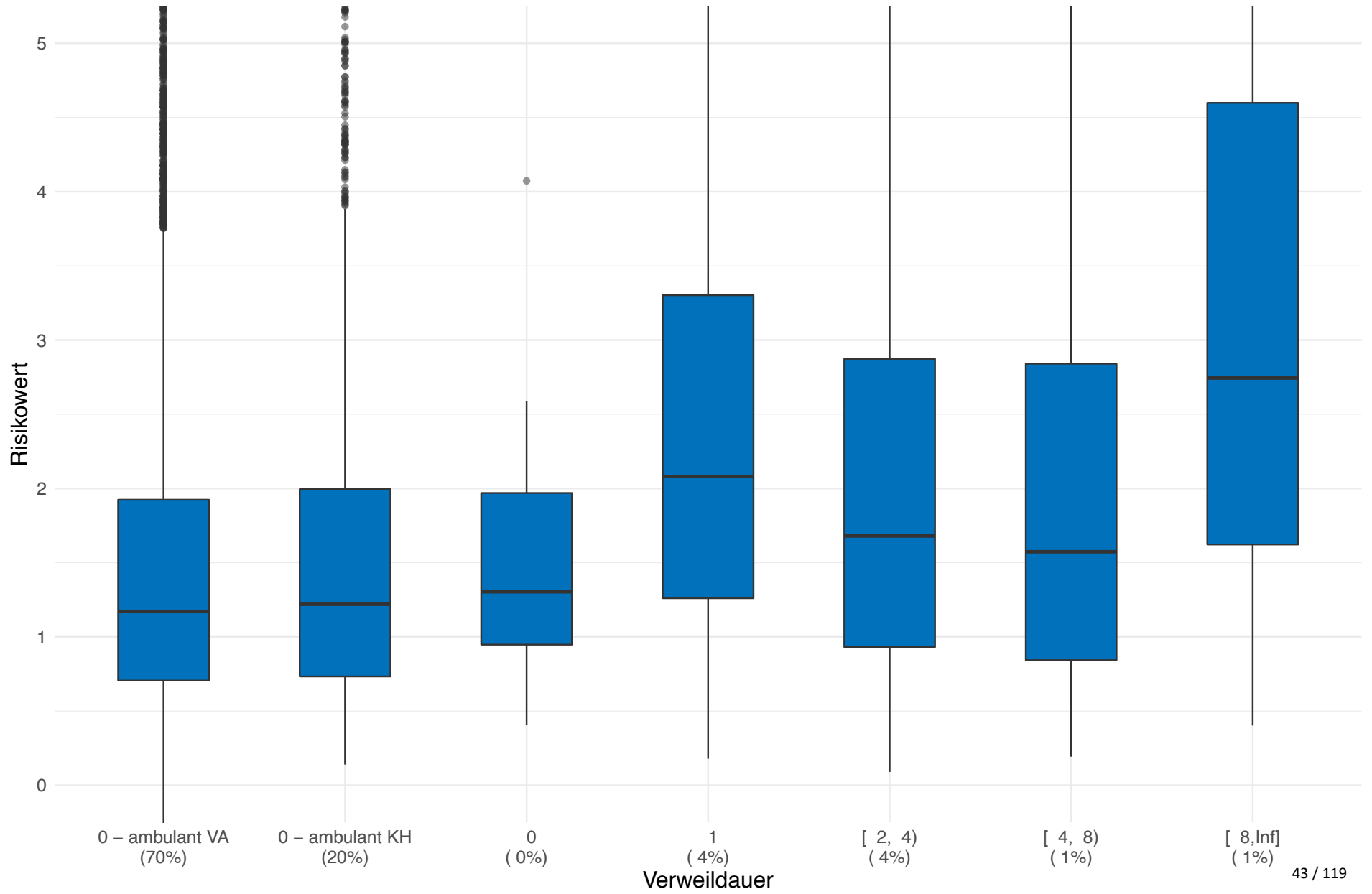
# Patient:innenmorbidity bei OPS 3–607

## Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten

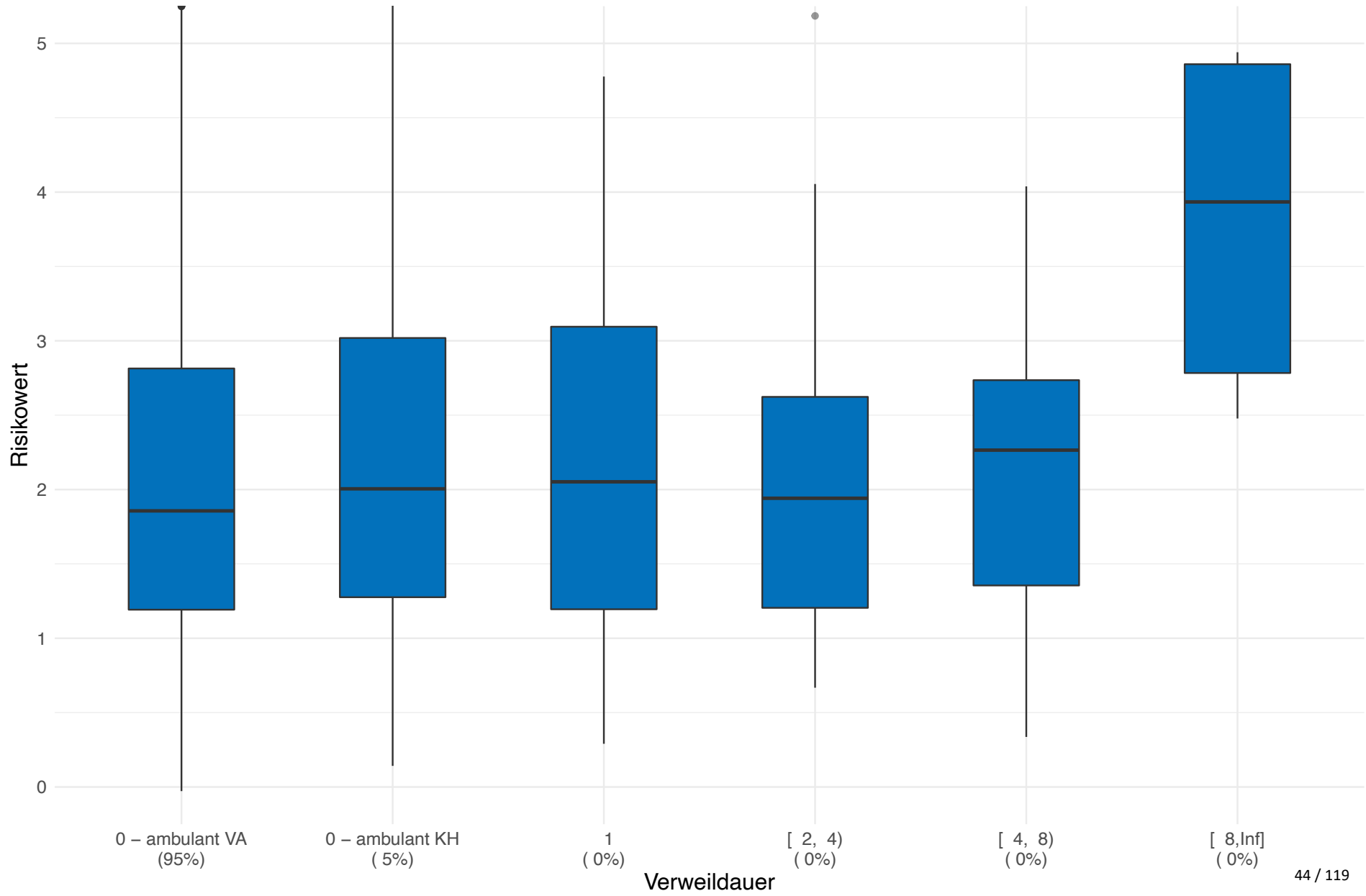


# Patient:innenmorbidity bei OPS 5-056.4

## Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Hand

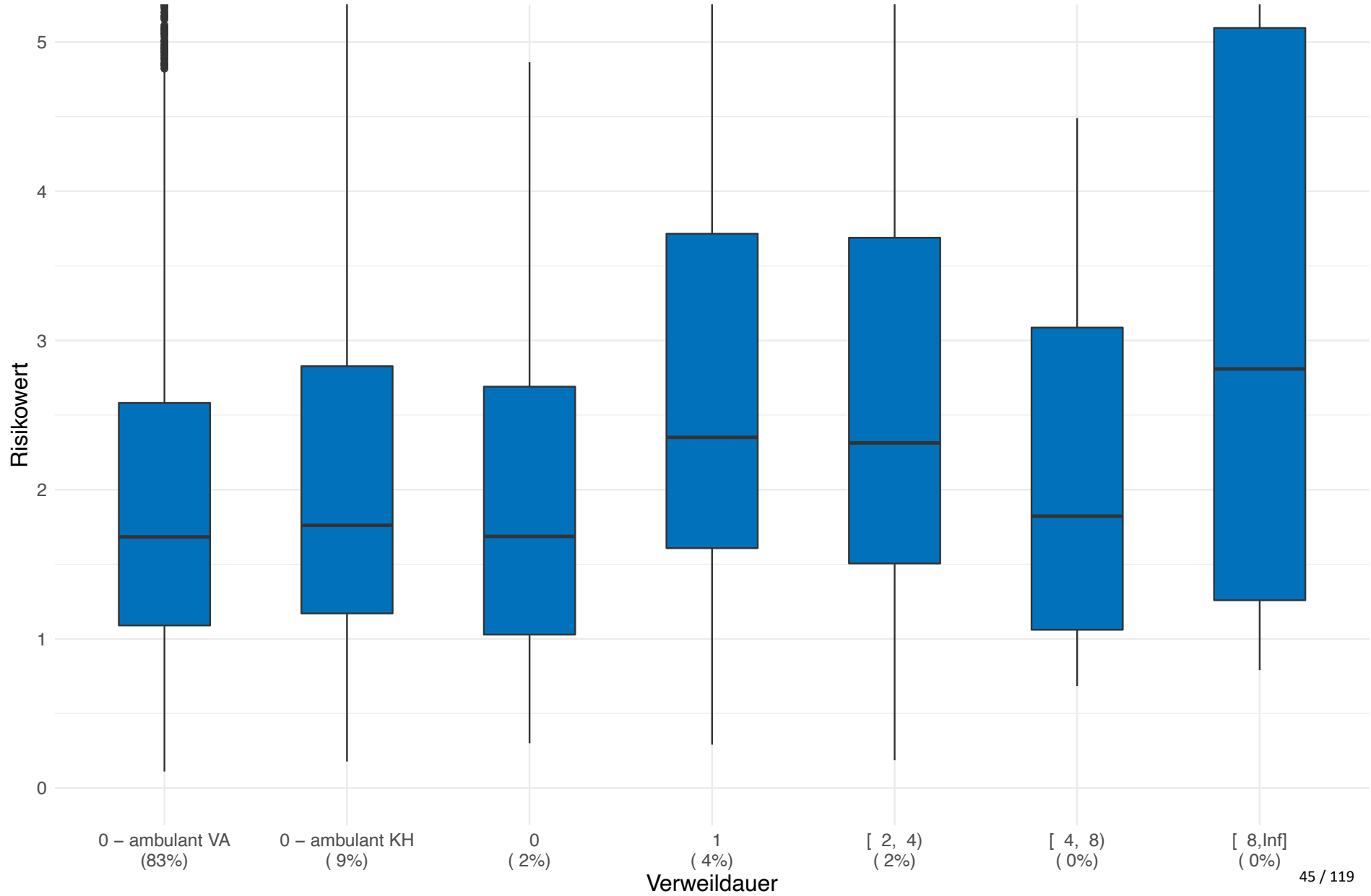


Patient:innenmorbidity bei OPS 5-142.2  
Kapsulotomie der Linse: Kapsulotomie durch Laser



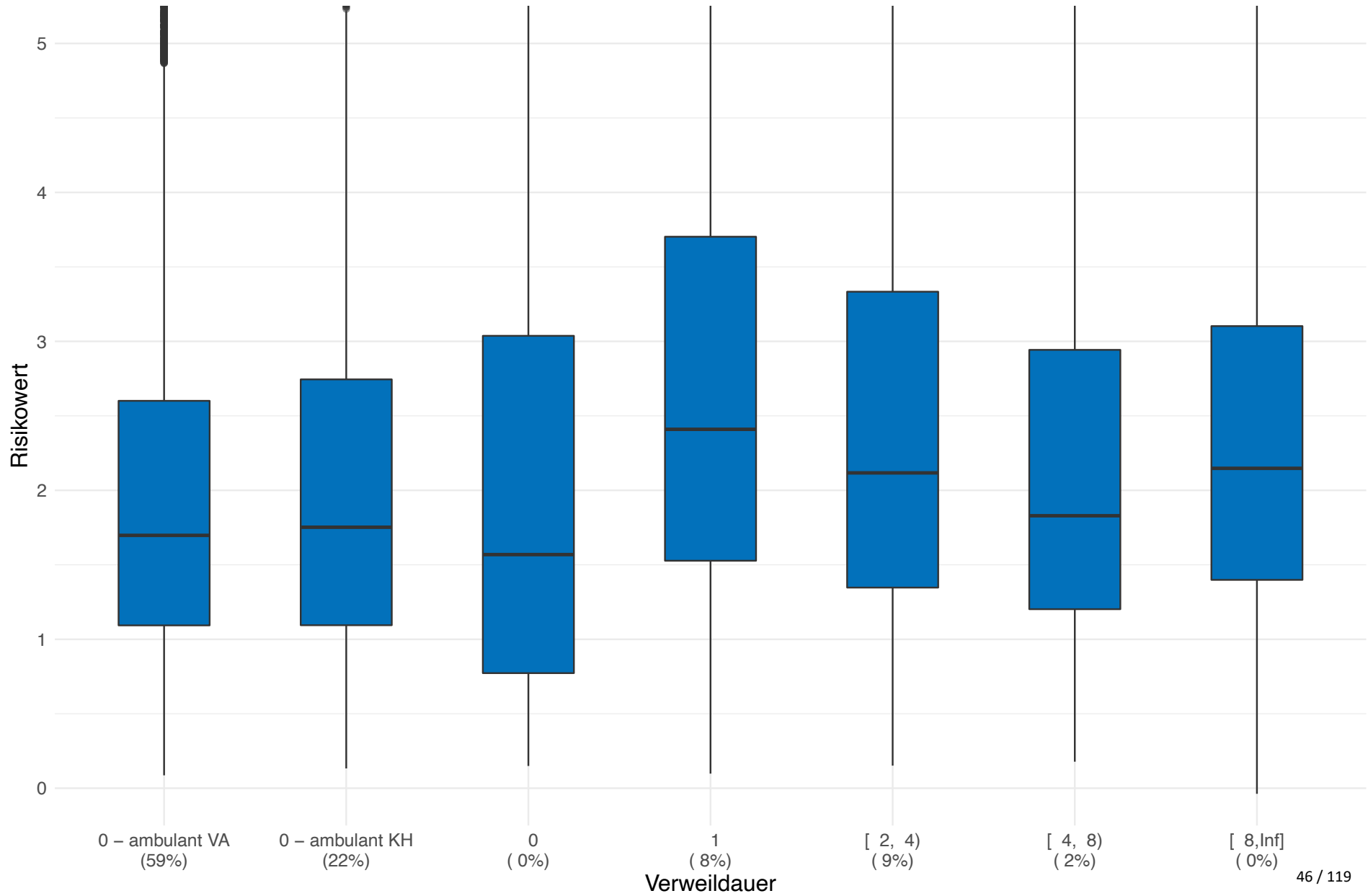
# Patient:innenmorbidity bei OPS 5-144.3

Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernelverflüssigung [Phakoemulsifikation] über sklero-kornealen Zugang



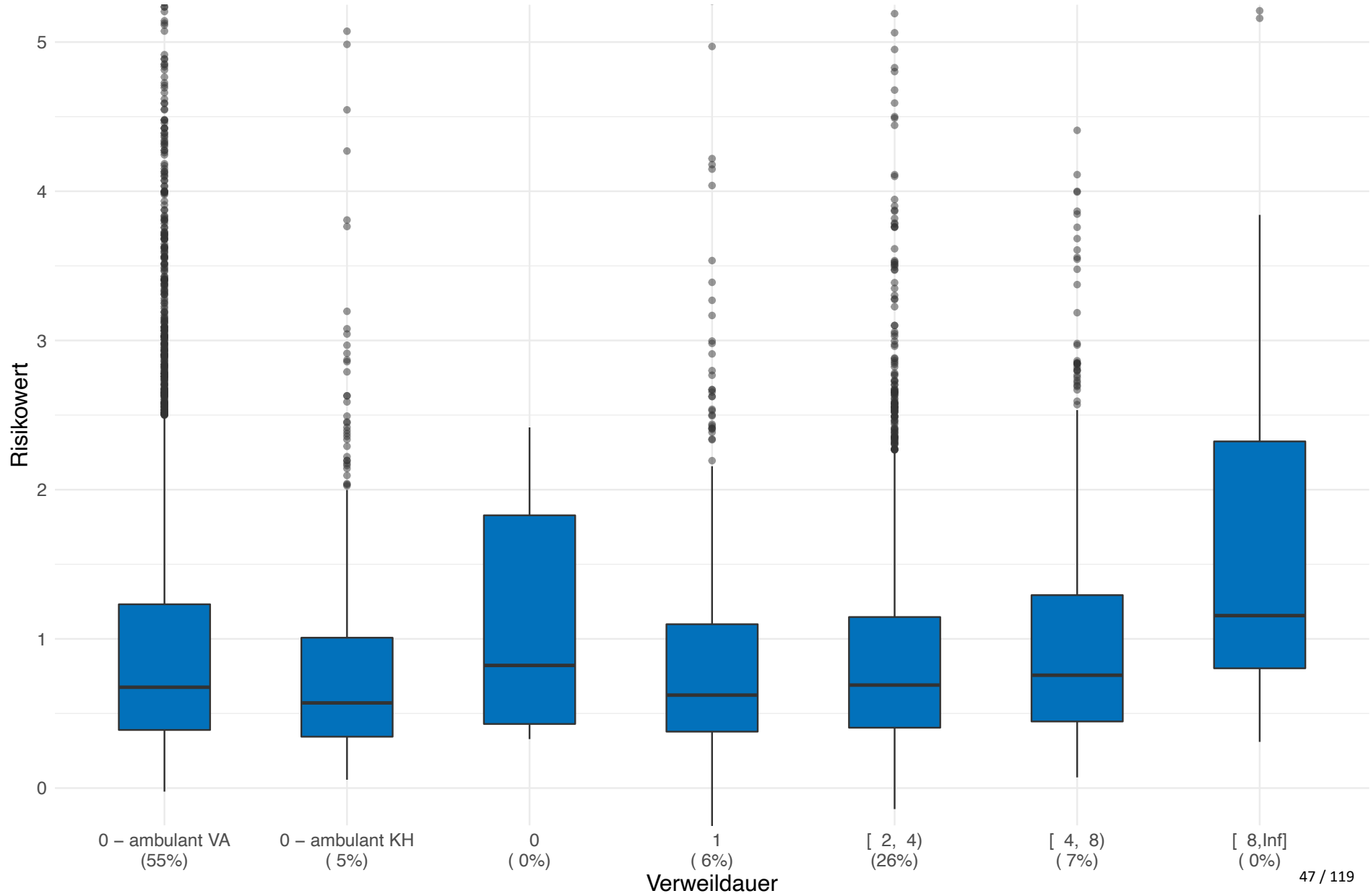
# Patient:innenmorbidity bei OPS 5–144.5

Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang



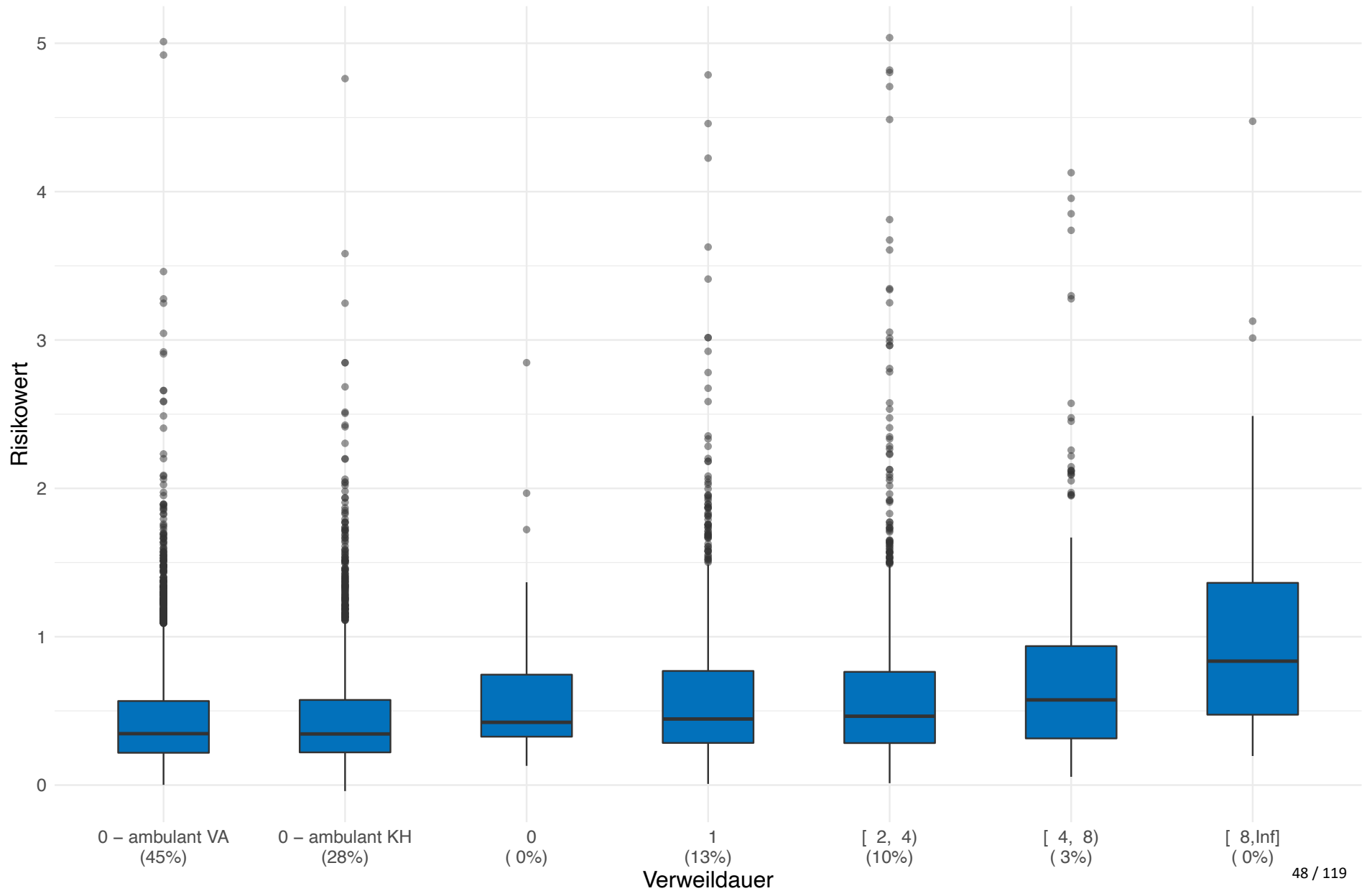
# Patient:innenmorbidity bei OPS 5–215.3

Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Submuköse Resektion



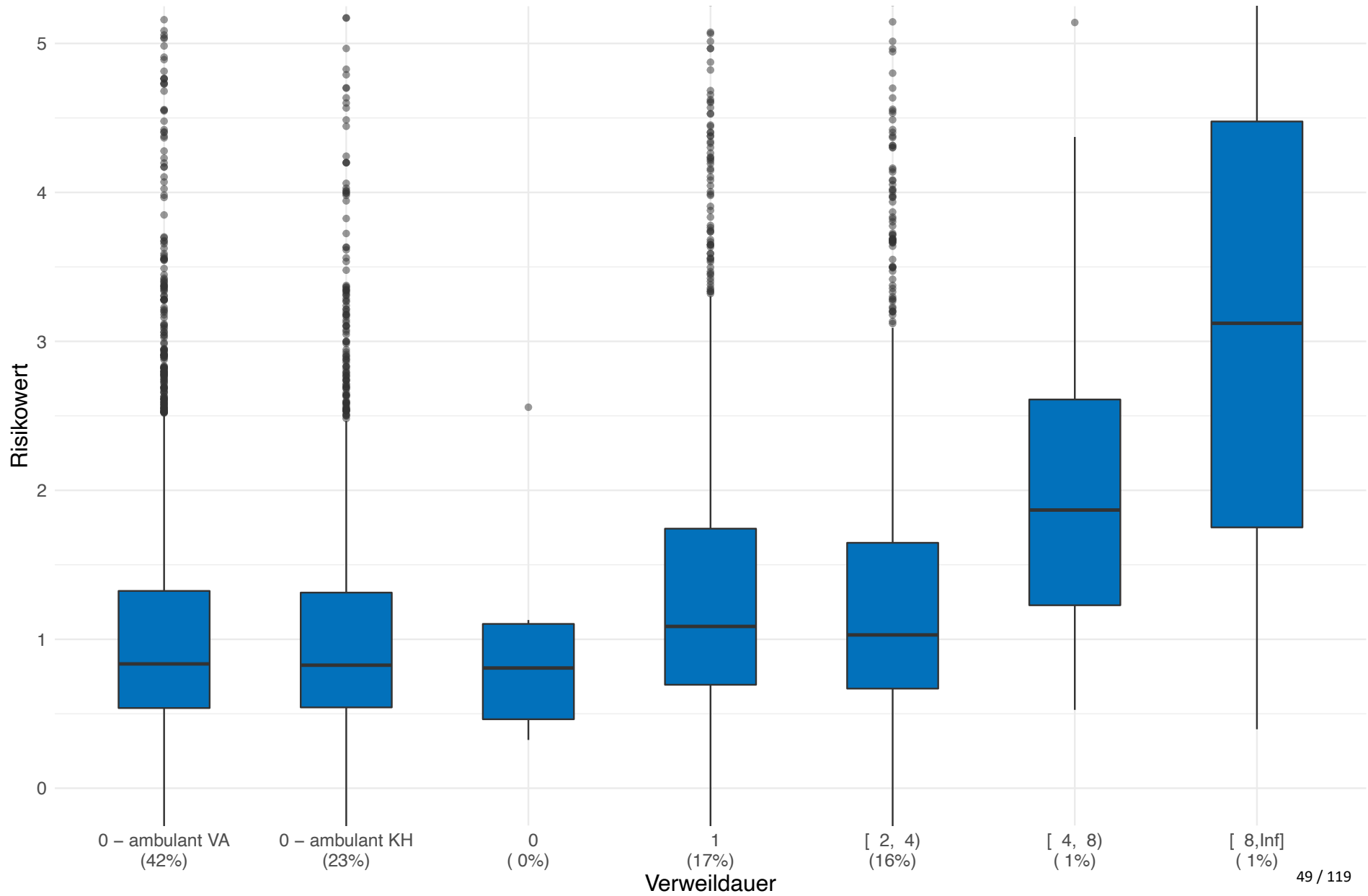


# Patient:innenmorbidity bei OPS 5–285.0 Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Primäreingriff



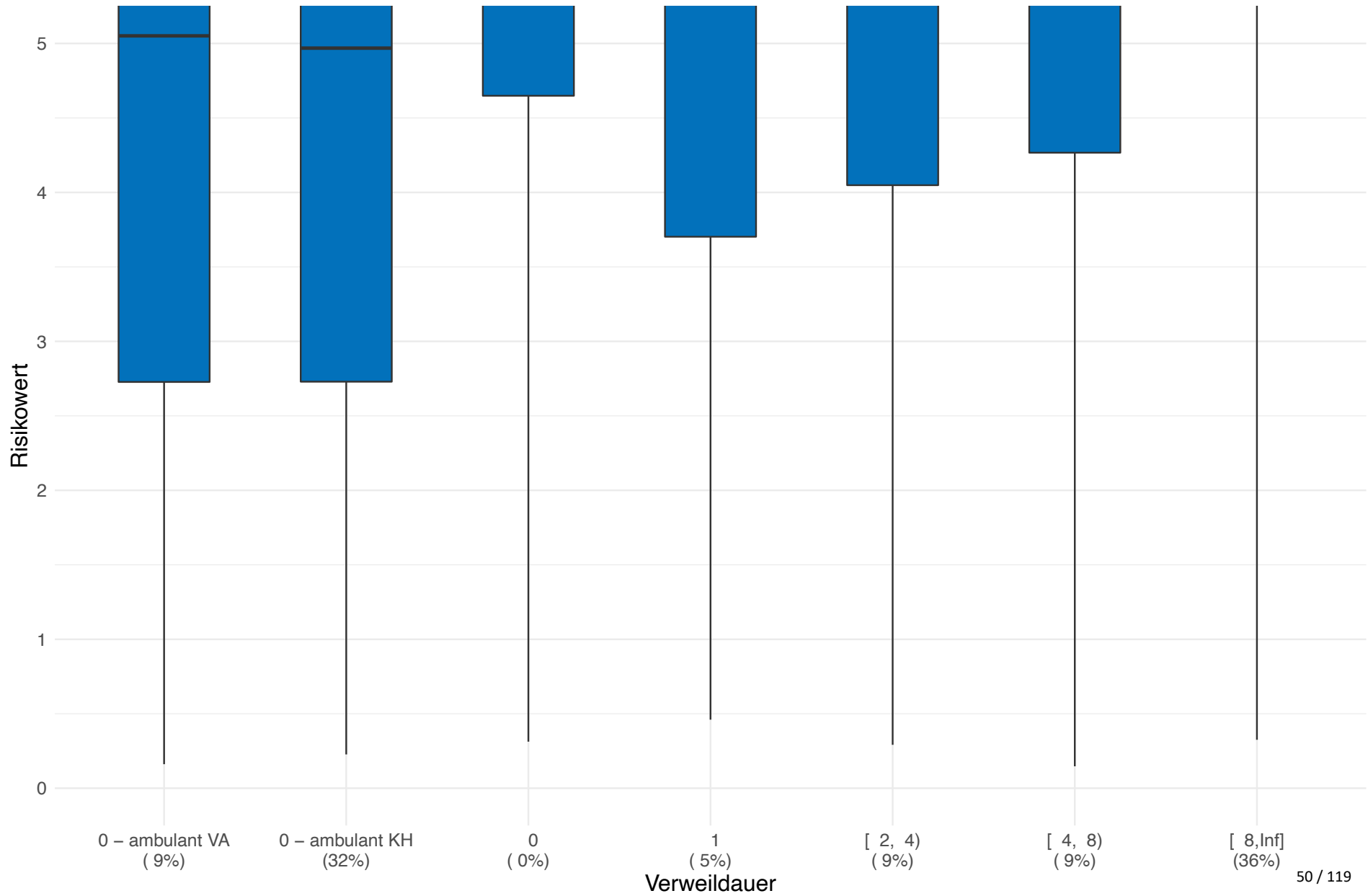
# Patient:innenmorbidity bei OPS 5–385.7

Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping



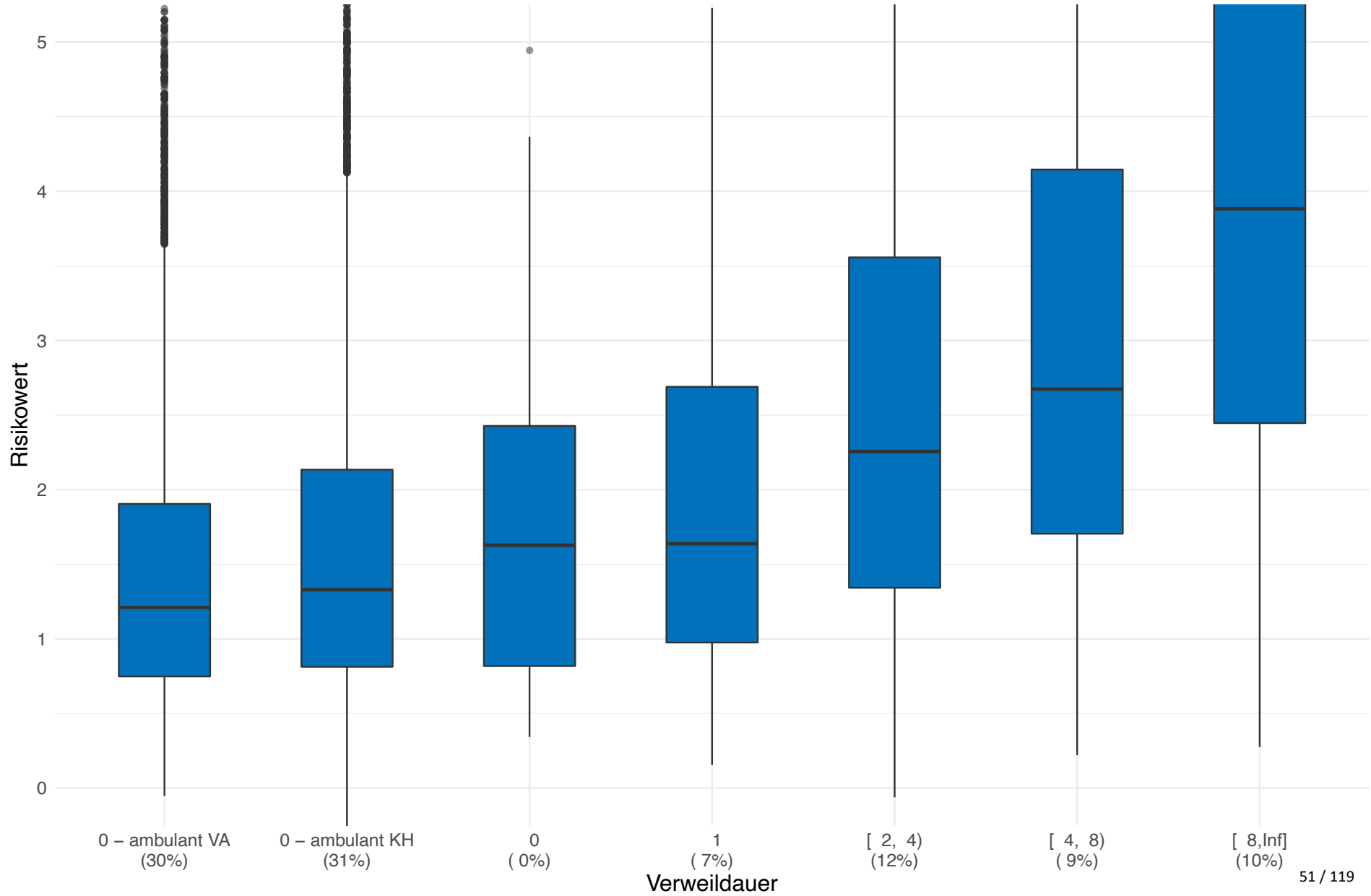
# Patient:innenmorbidity bei OPS 5-399.5

Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterversweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie o



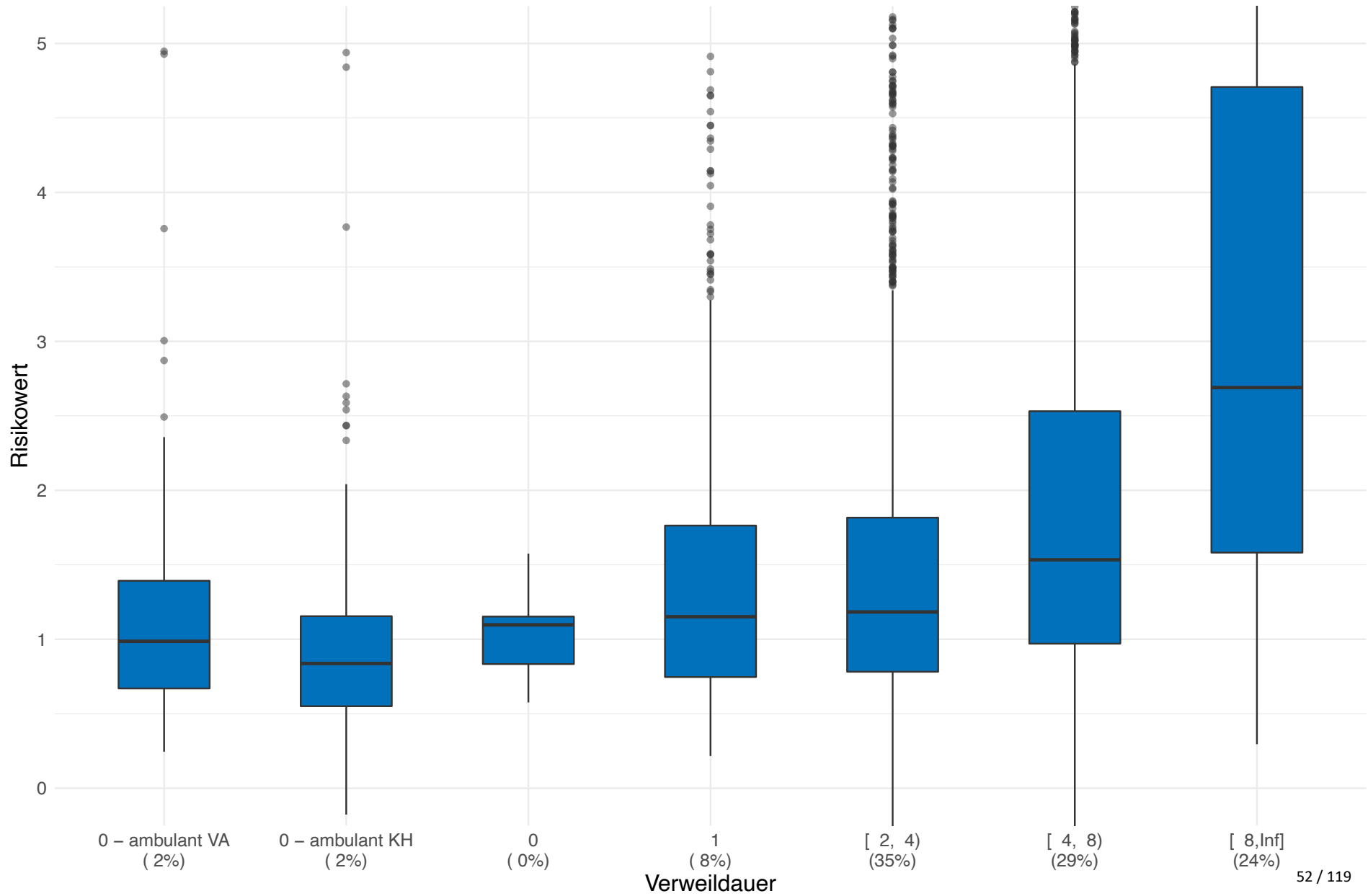
# Patient:innenmorbidity bei OPS 5-452.6

Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik)



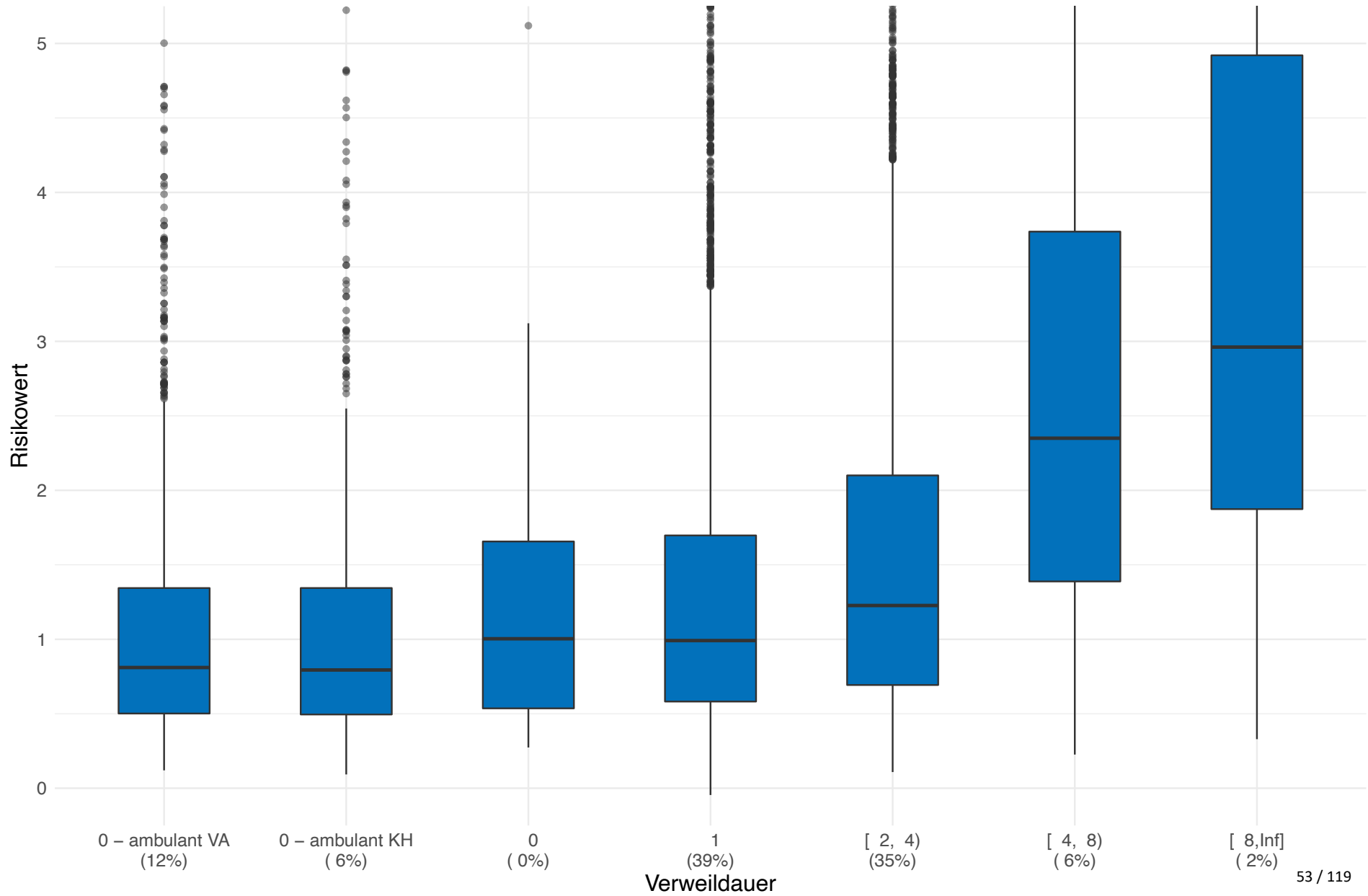
# Patient:innenmorbidity bei OPS 5-469.2

Andere Operationen am Darm: Adhäsioolyse



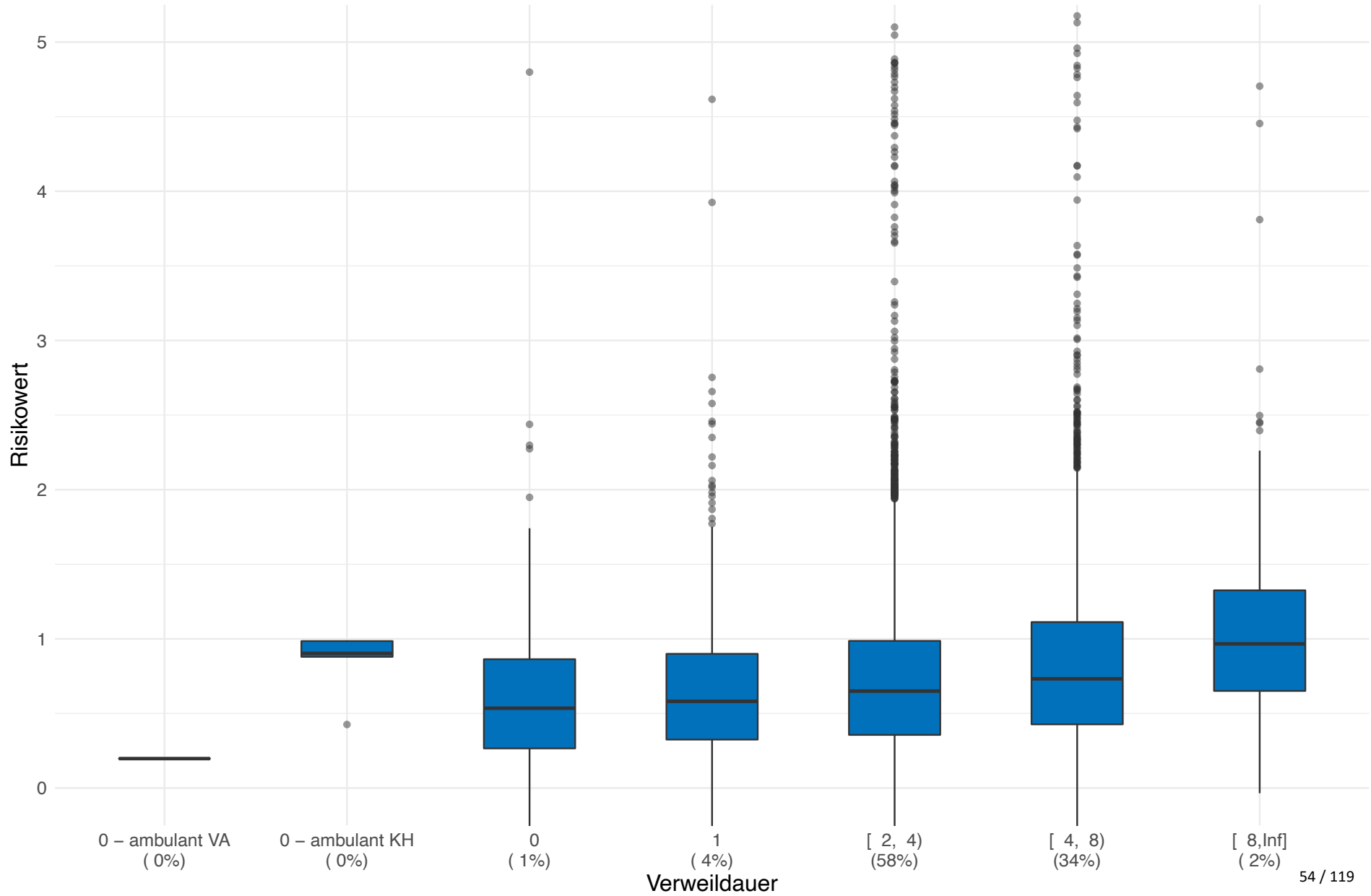
# Patient:innenmorbidity bei OPS 5-530.3

Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material



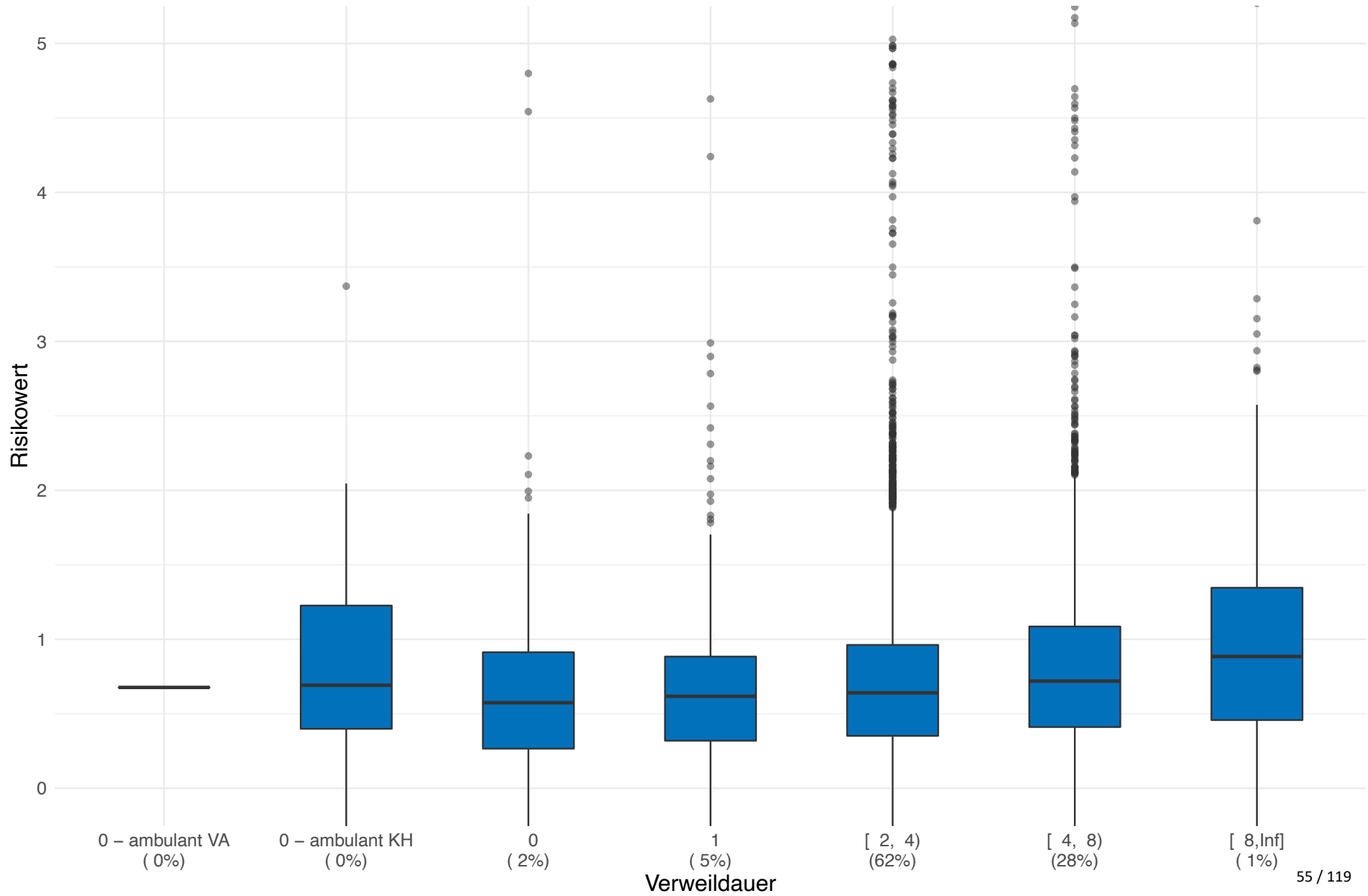
# Patient:innenmorbidity bei OPS 5-758.2

Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Vagina



# Patient:innenmorbidity bei OPS 5-758.3

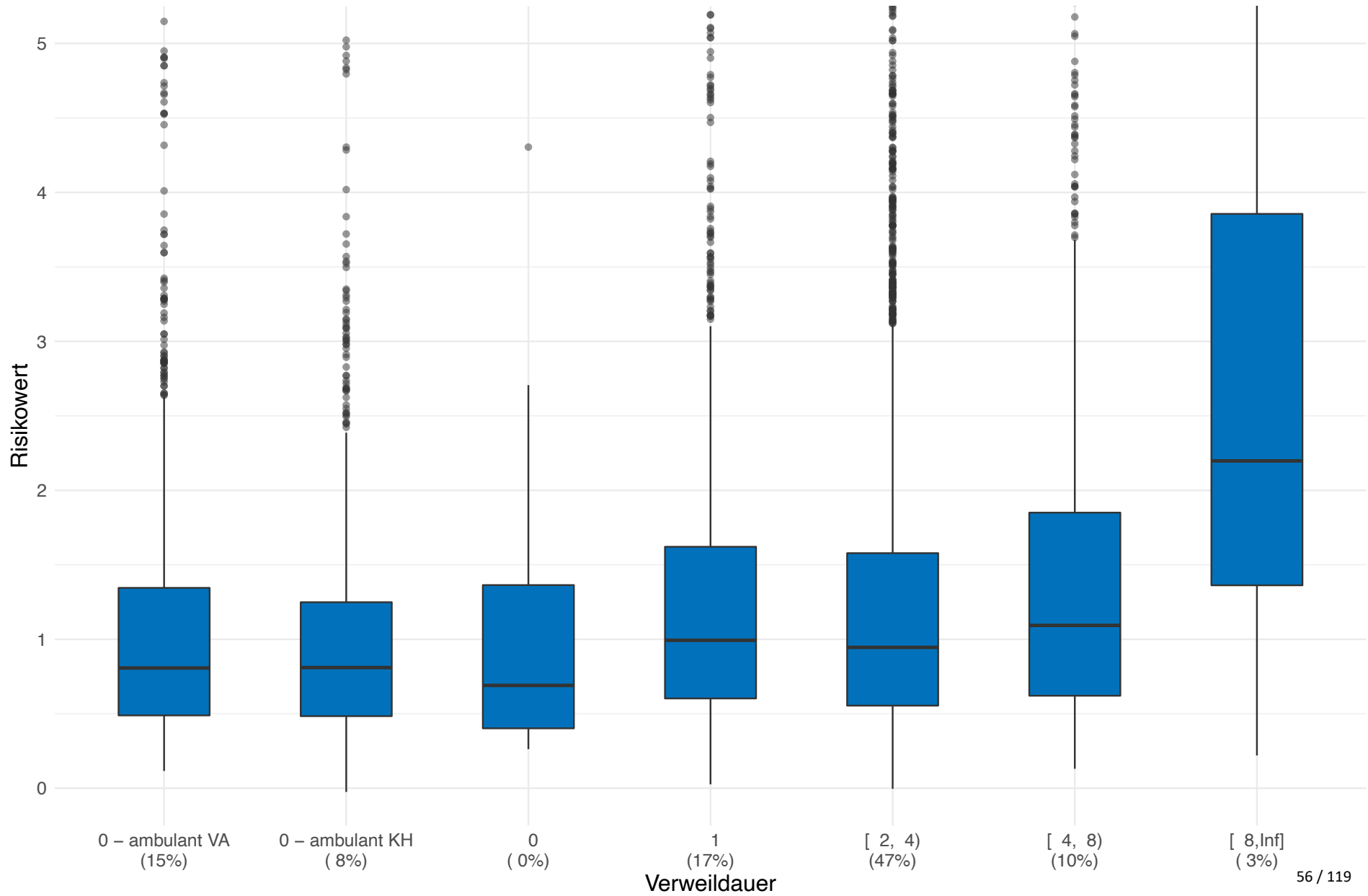
Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an der Haut von Perineum und Vulva





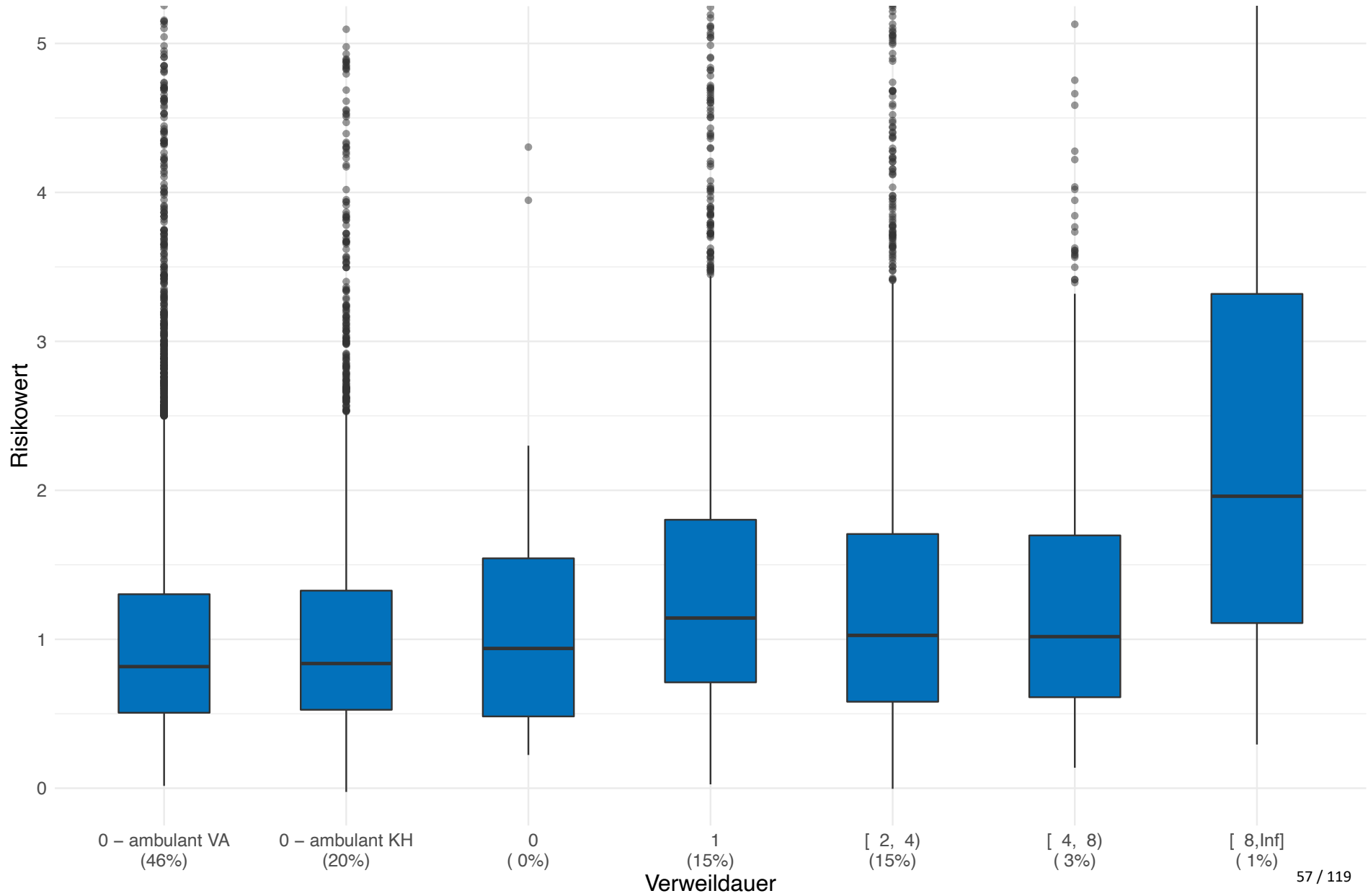
# Patient:innenmorbidity bei OPS 5-811.2

## Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell



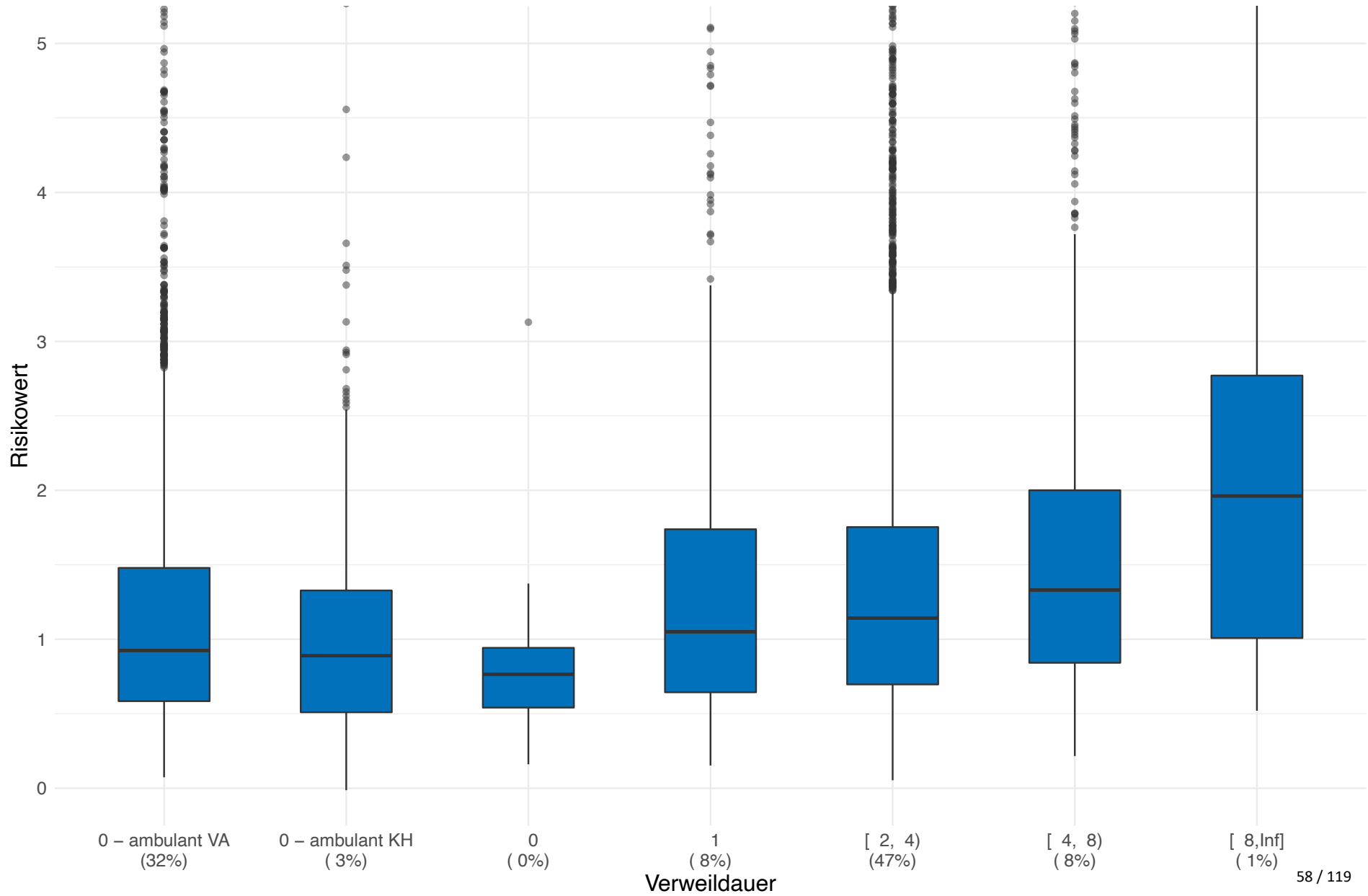
# Patient:innenmorbidity bei OPS 5–812.5

Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell



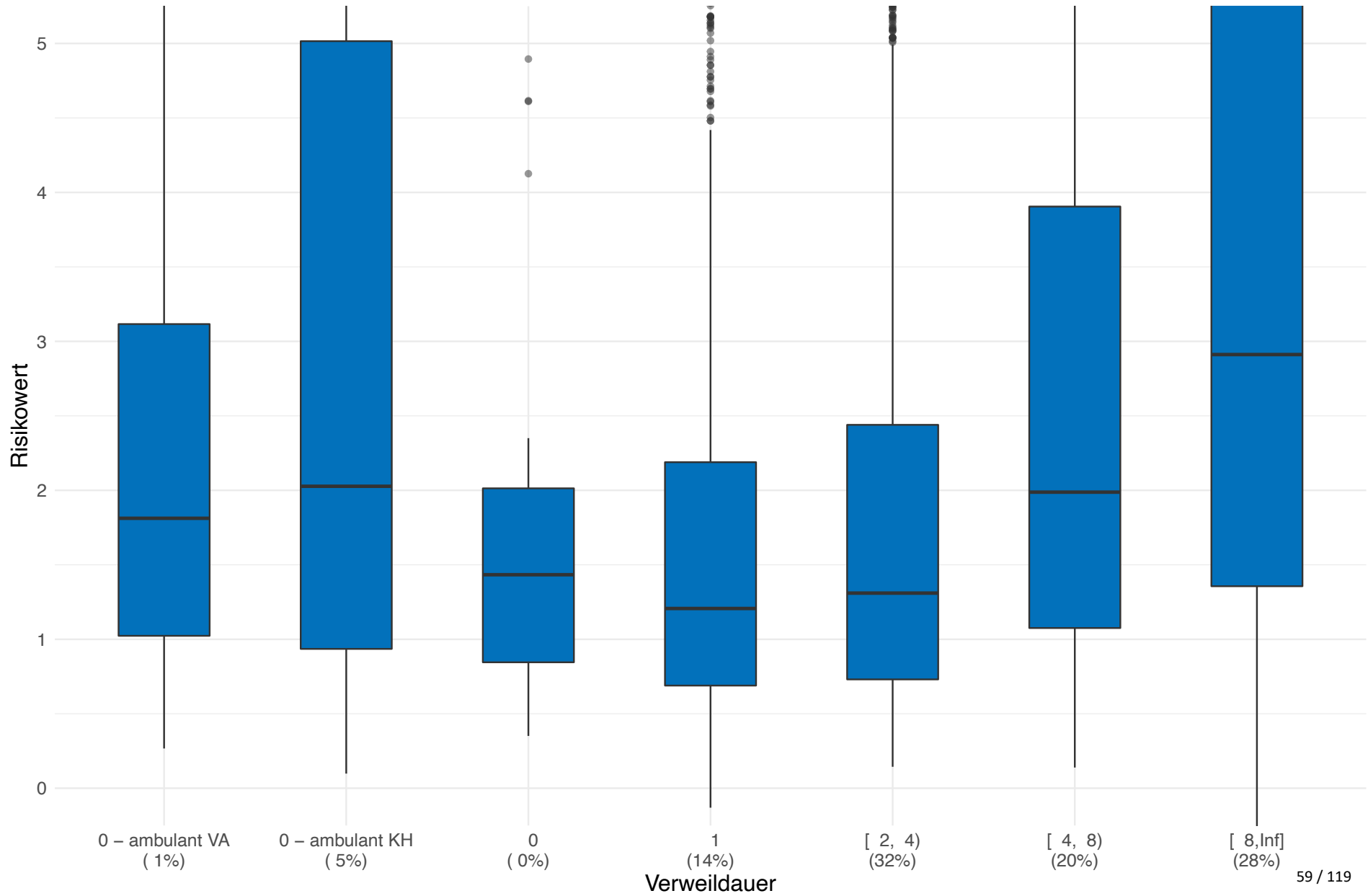
# Patient:innenmorbidity bei OPS 5–814.3

Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes



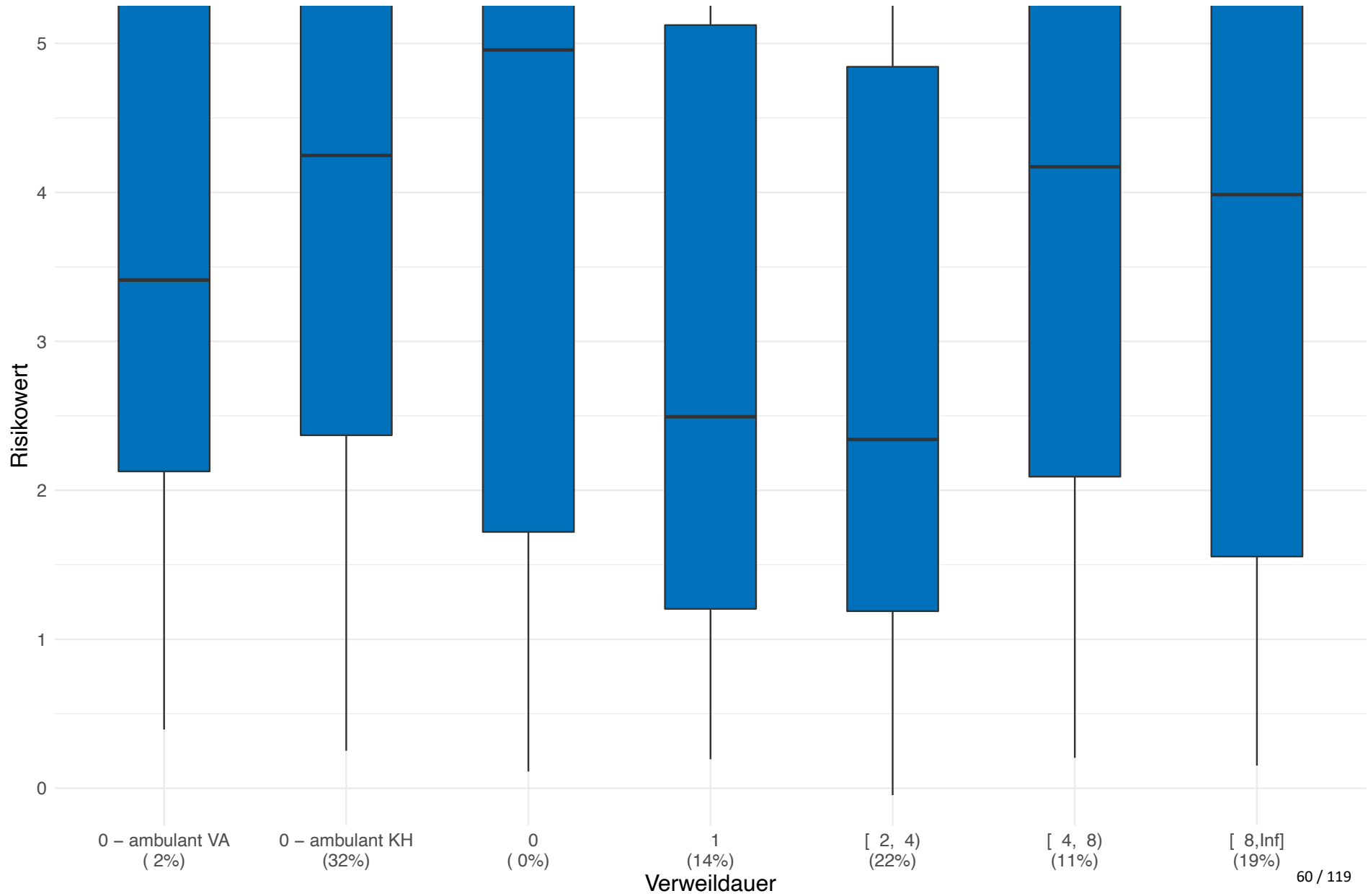
# Patient:innenmorbidity bei OPS 8-137.0

Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Einlegen

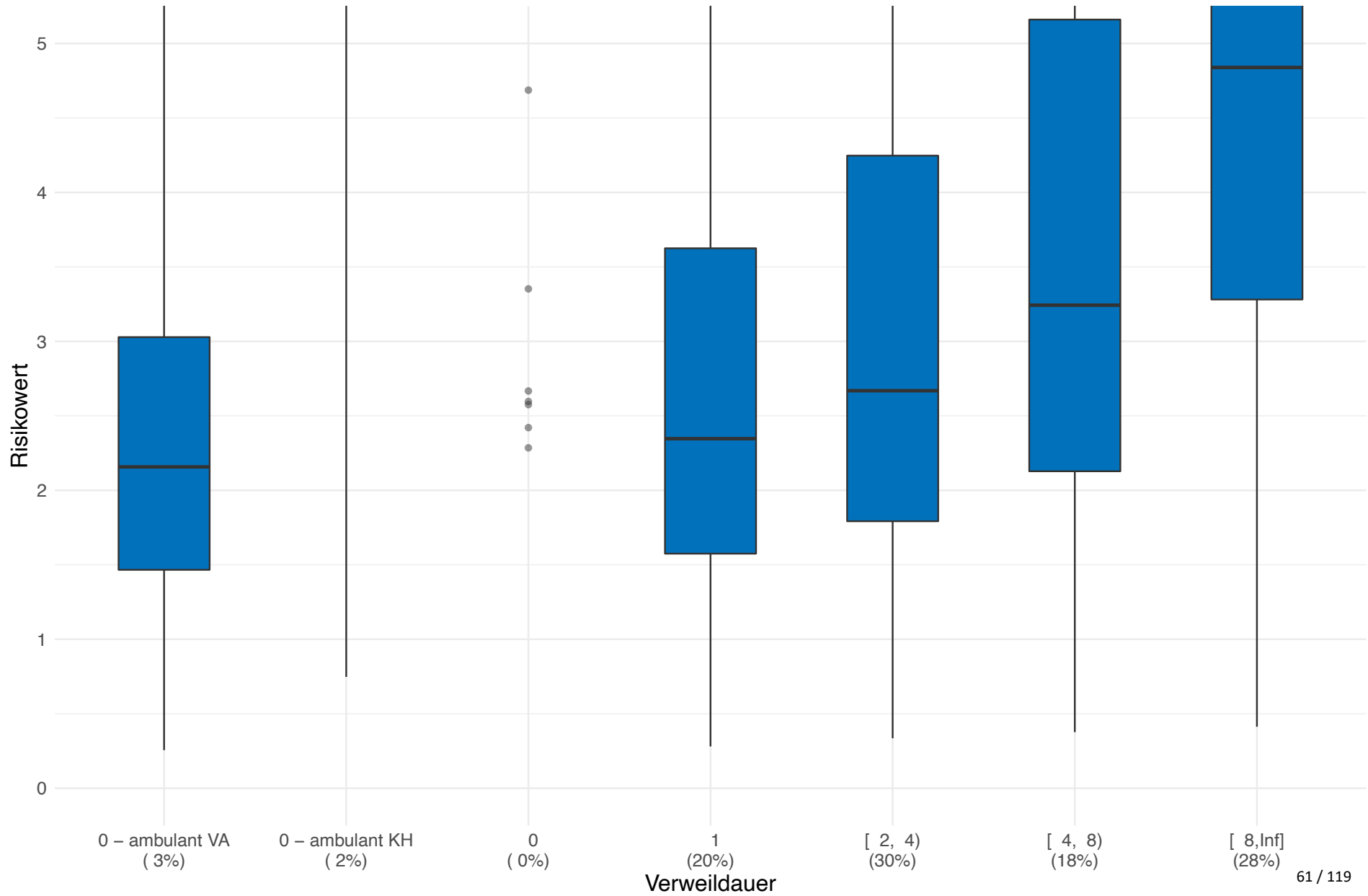


# Patient:innenmorbidity bei OPS 8-137.1

Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Wechsel

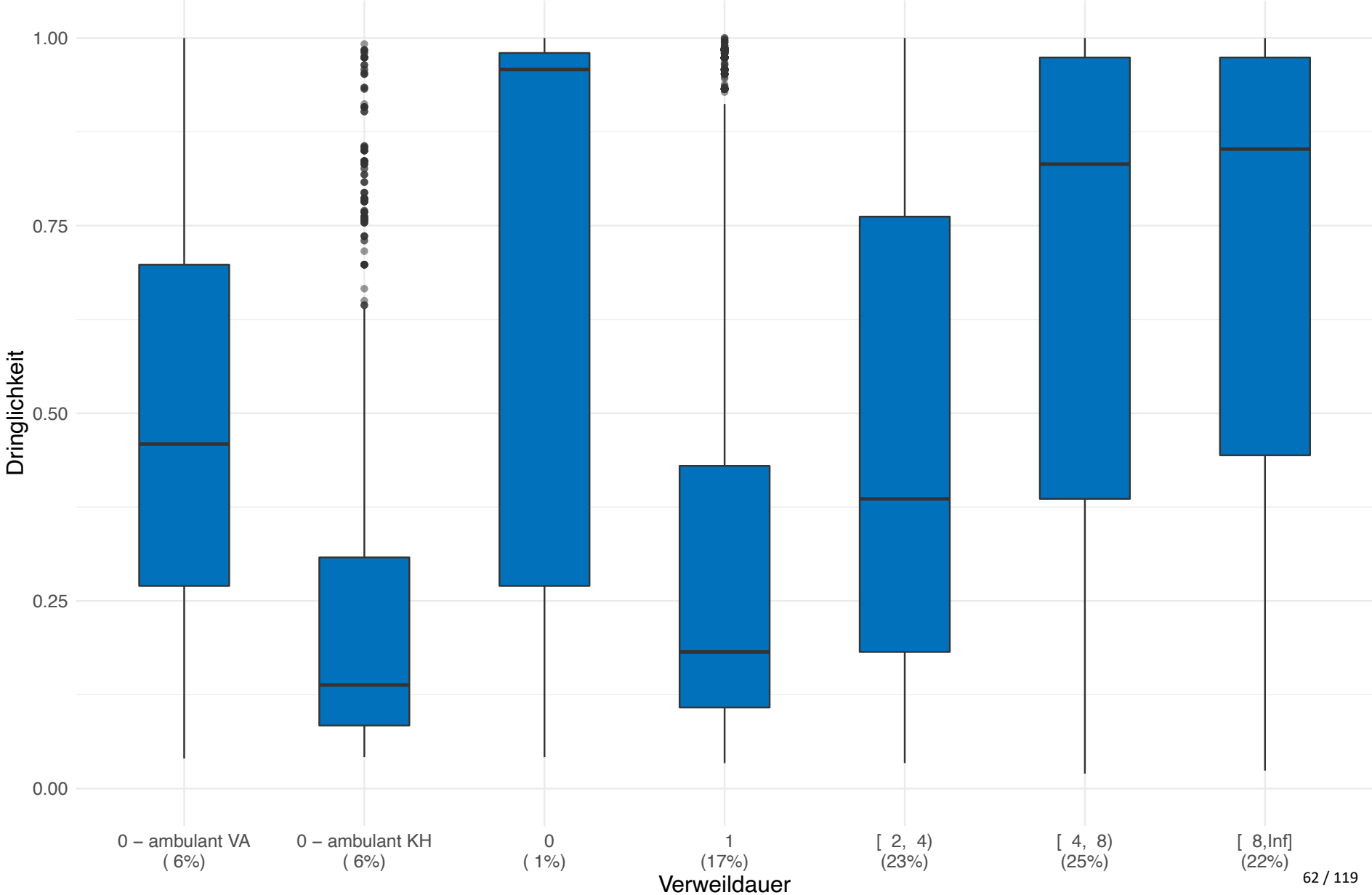


# Patient:innenmorbidity bei OPS 8-836.0 (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie



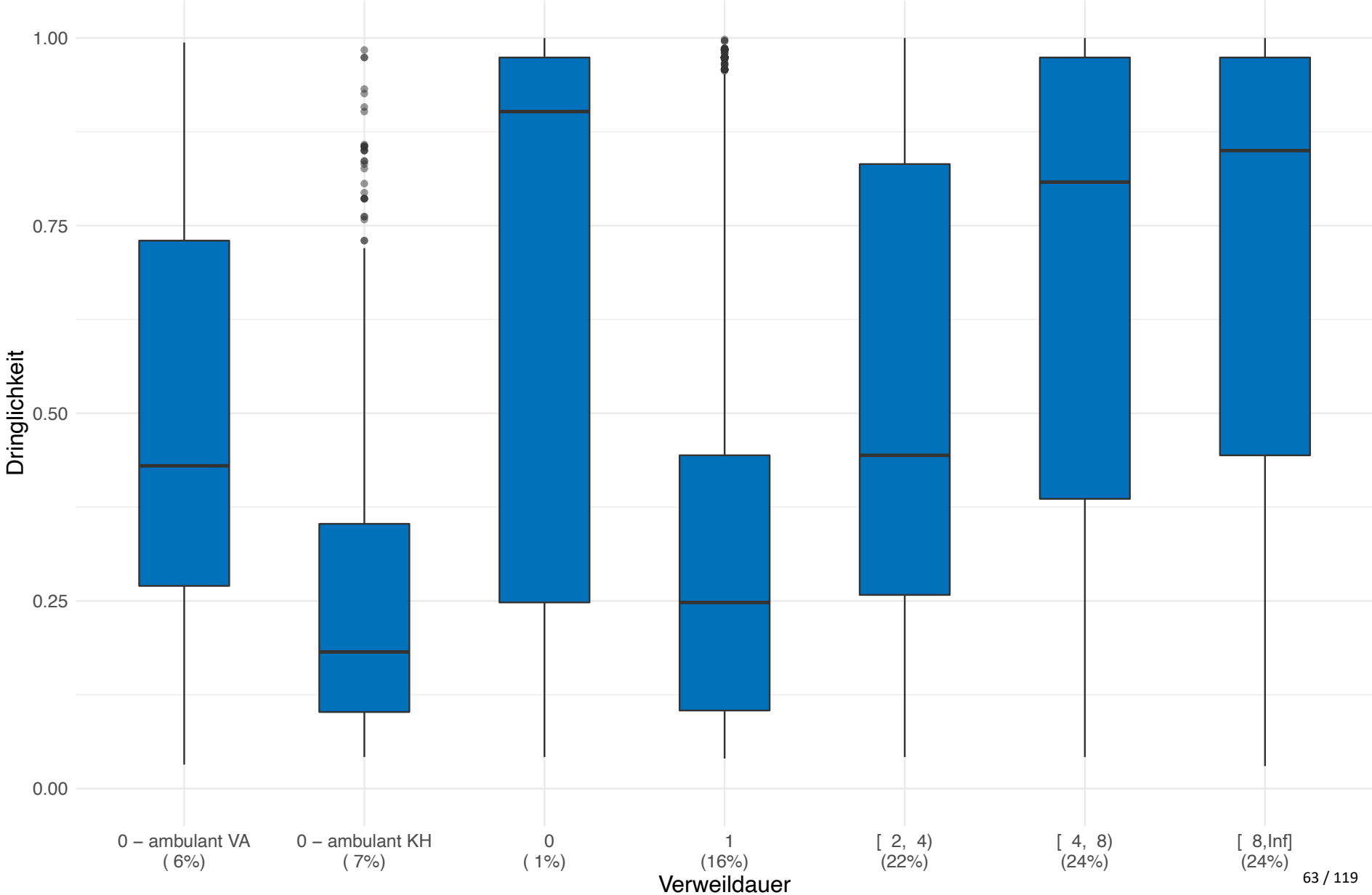
# Dringlichkeit der Diagnosen bei OPS 1-275.0

Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen



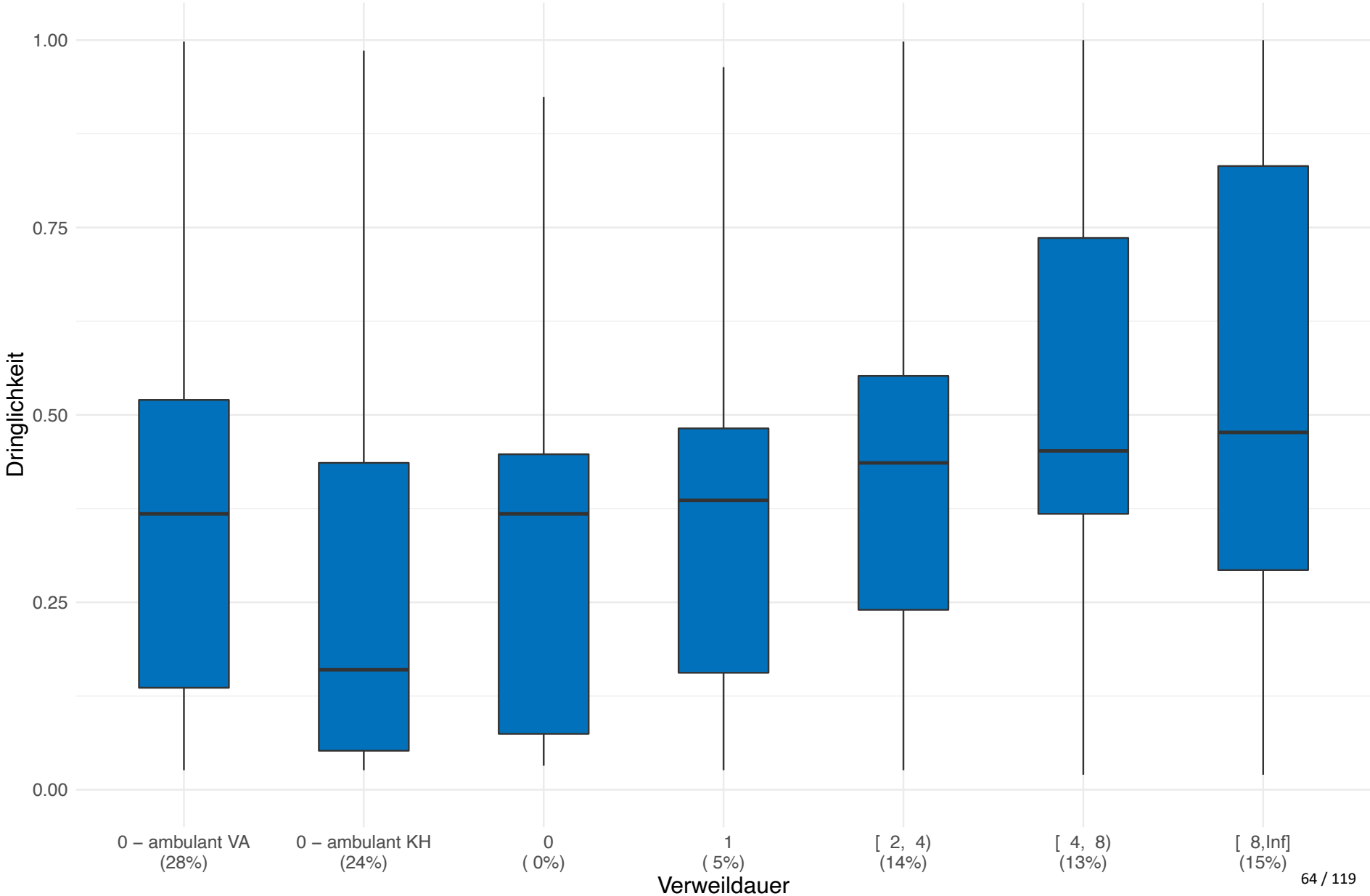
# Dringlichkeit der Diagnosen bei OPS 1-275.2

Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel

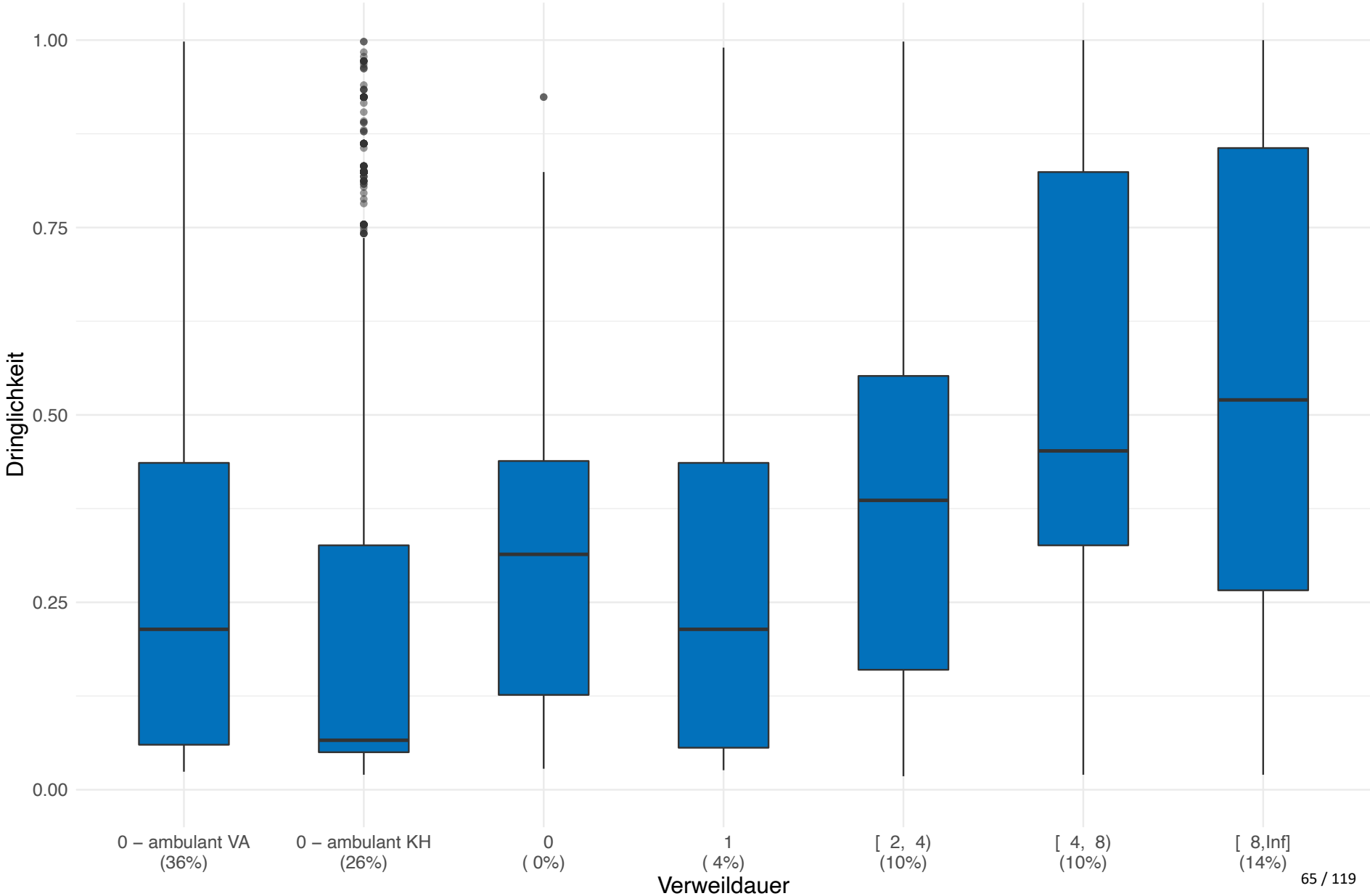




Dringlichkeit der Diagnosen bei OPS 1-444.6  
Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie

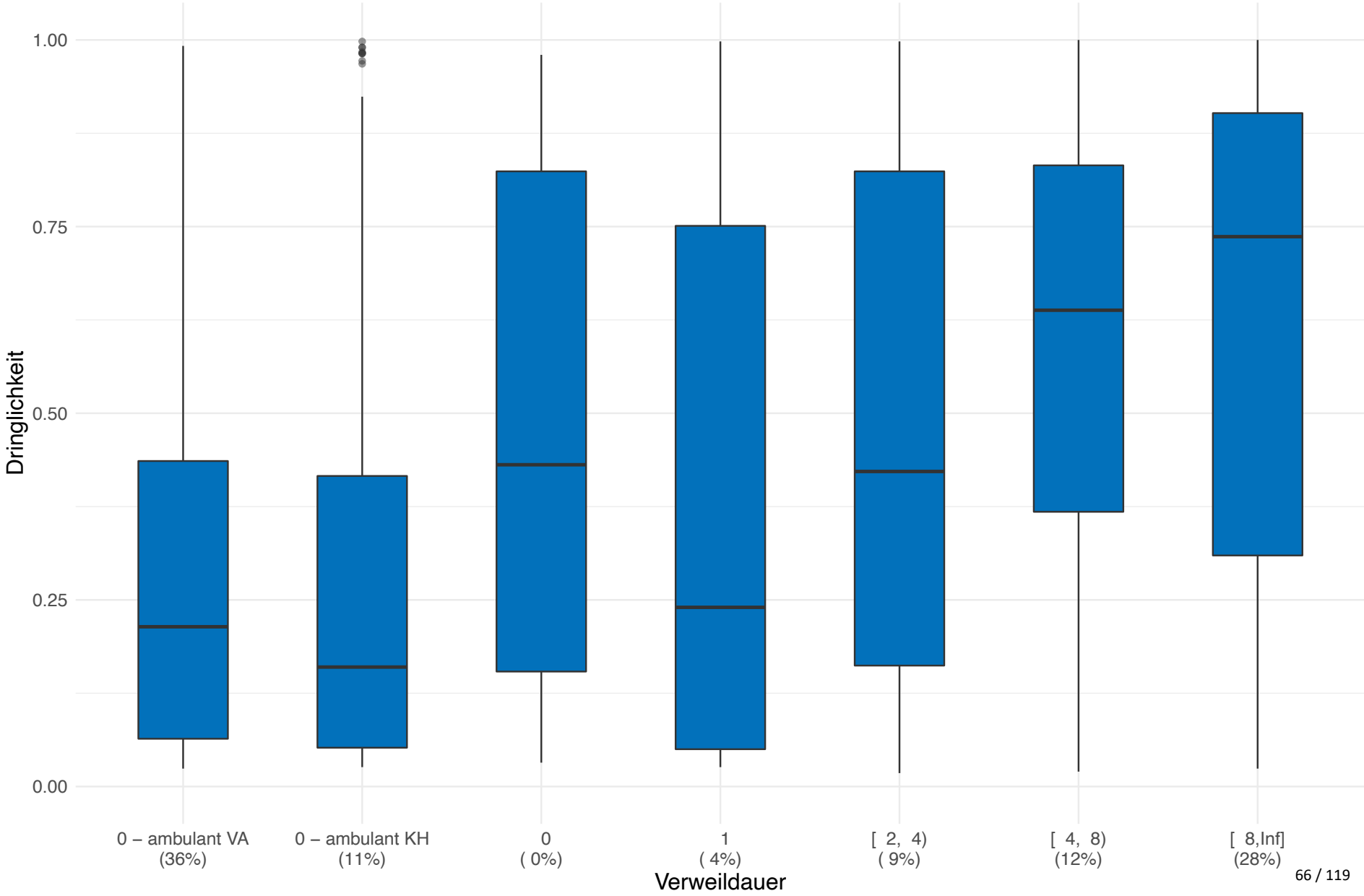


Dringlichkeit der Diagnosen bei OPS 1–444.7  
Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien



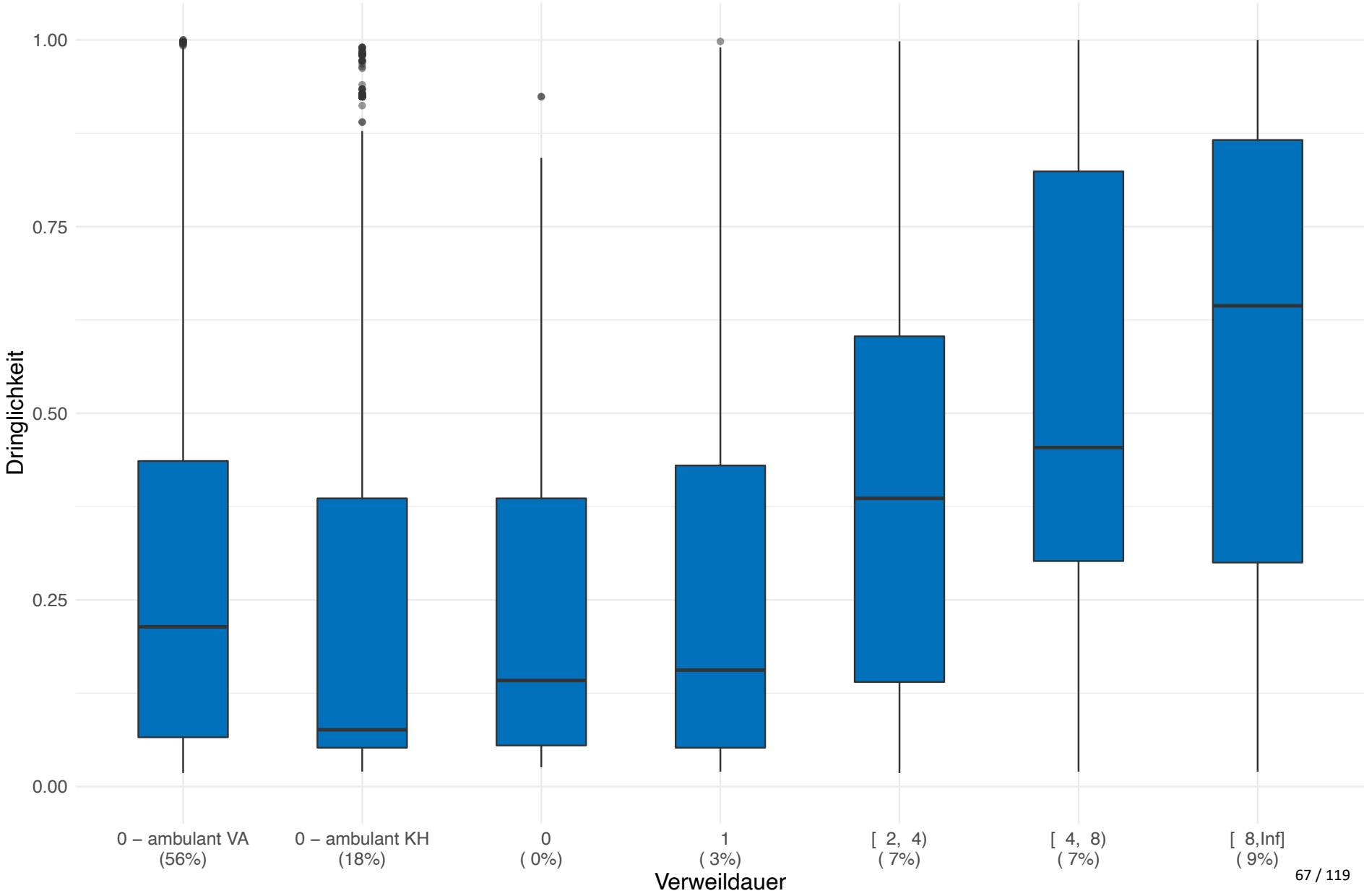
# Dringlichkeit der Diagnosen bei OPS 1-650.0

Diagnostische Koloskopie: Partiiell



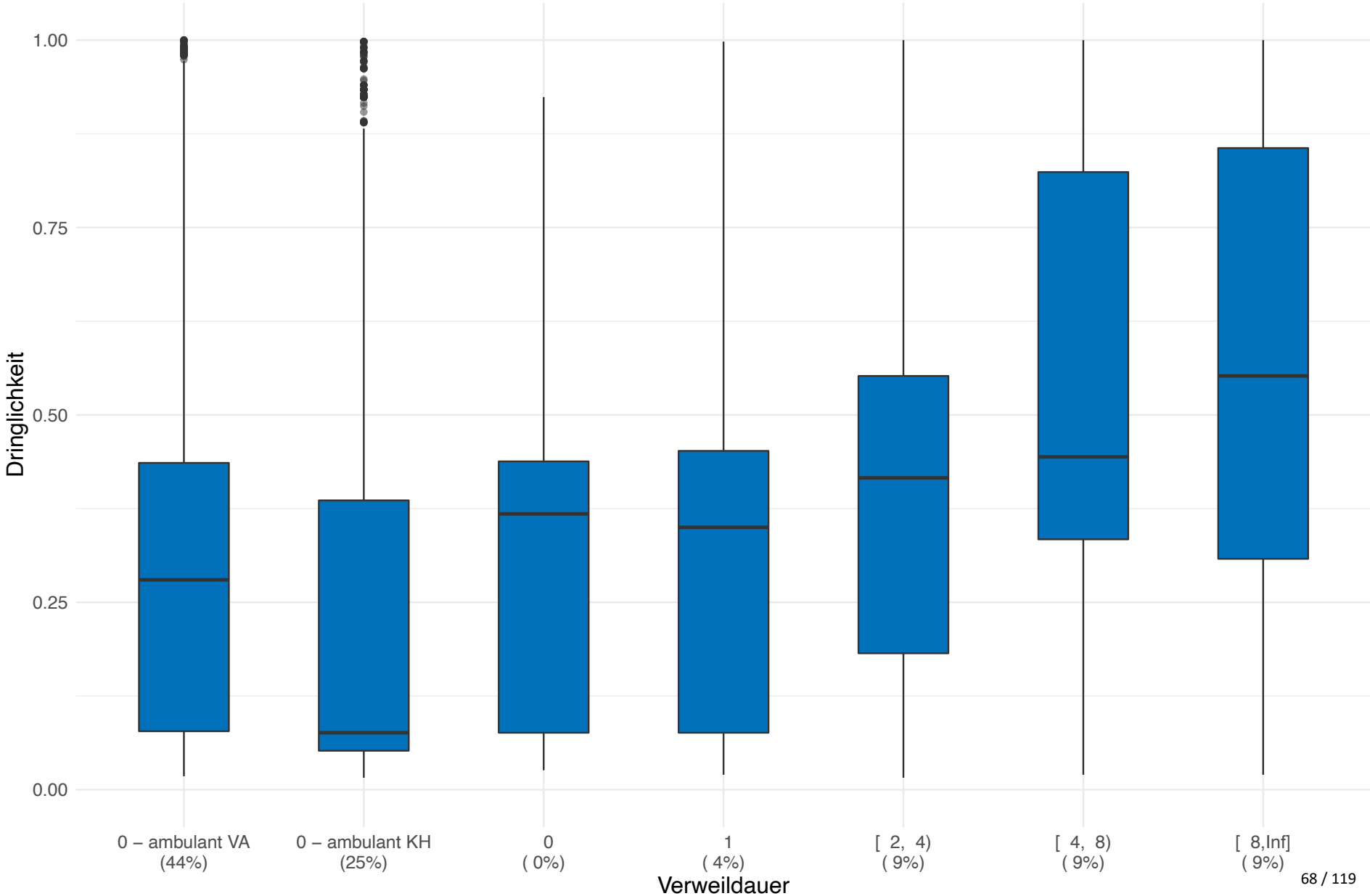
# Dringlichkeit der Diagnosen bei OPS 1-650.1

Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum



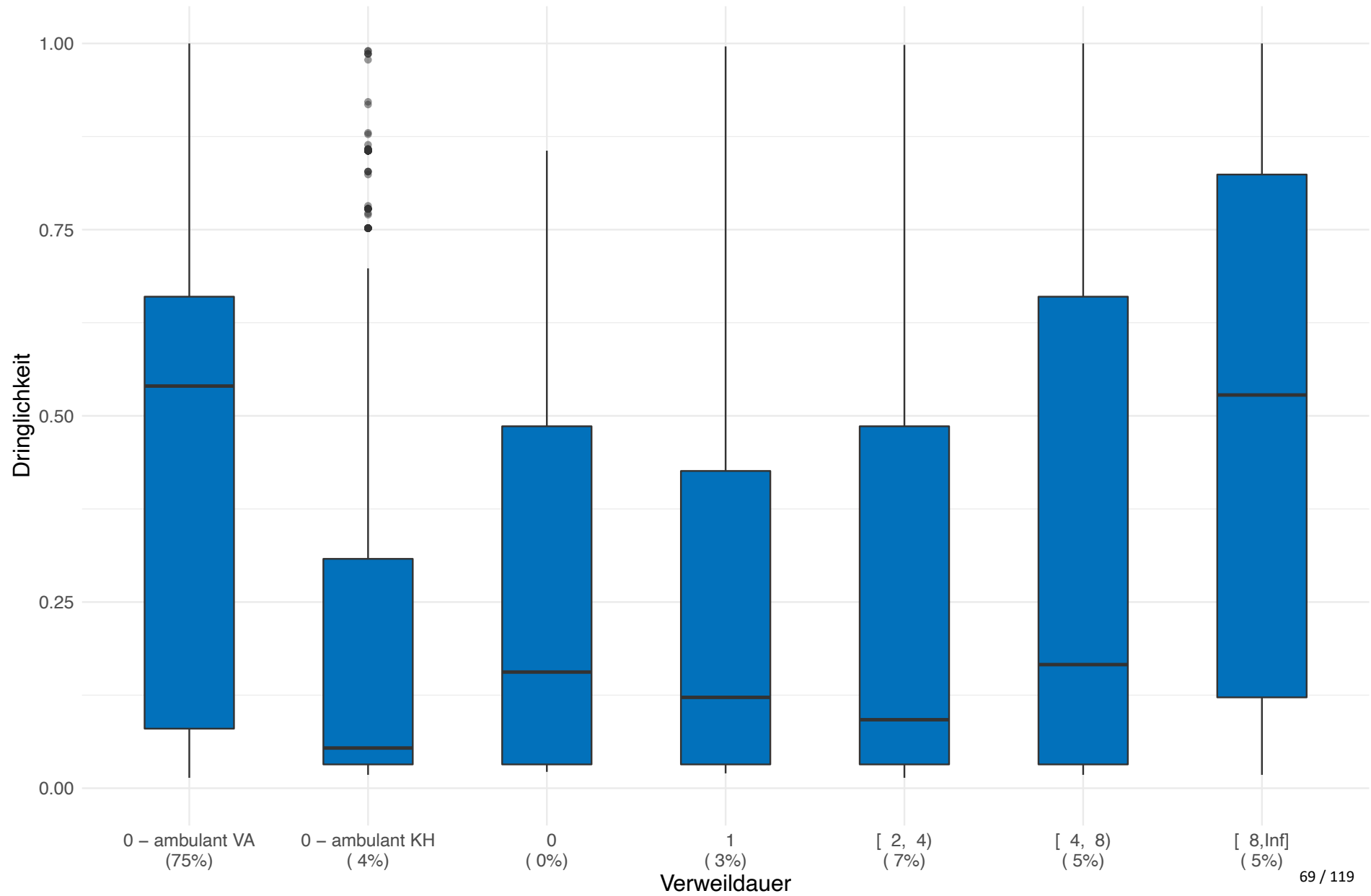
# Dringlichkeit der Diagnosen bei OPS 1-650.2

Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie



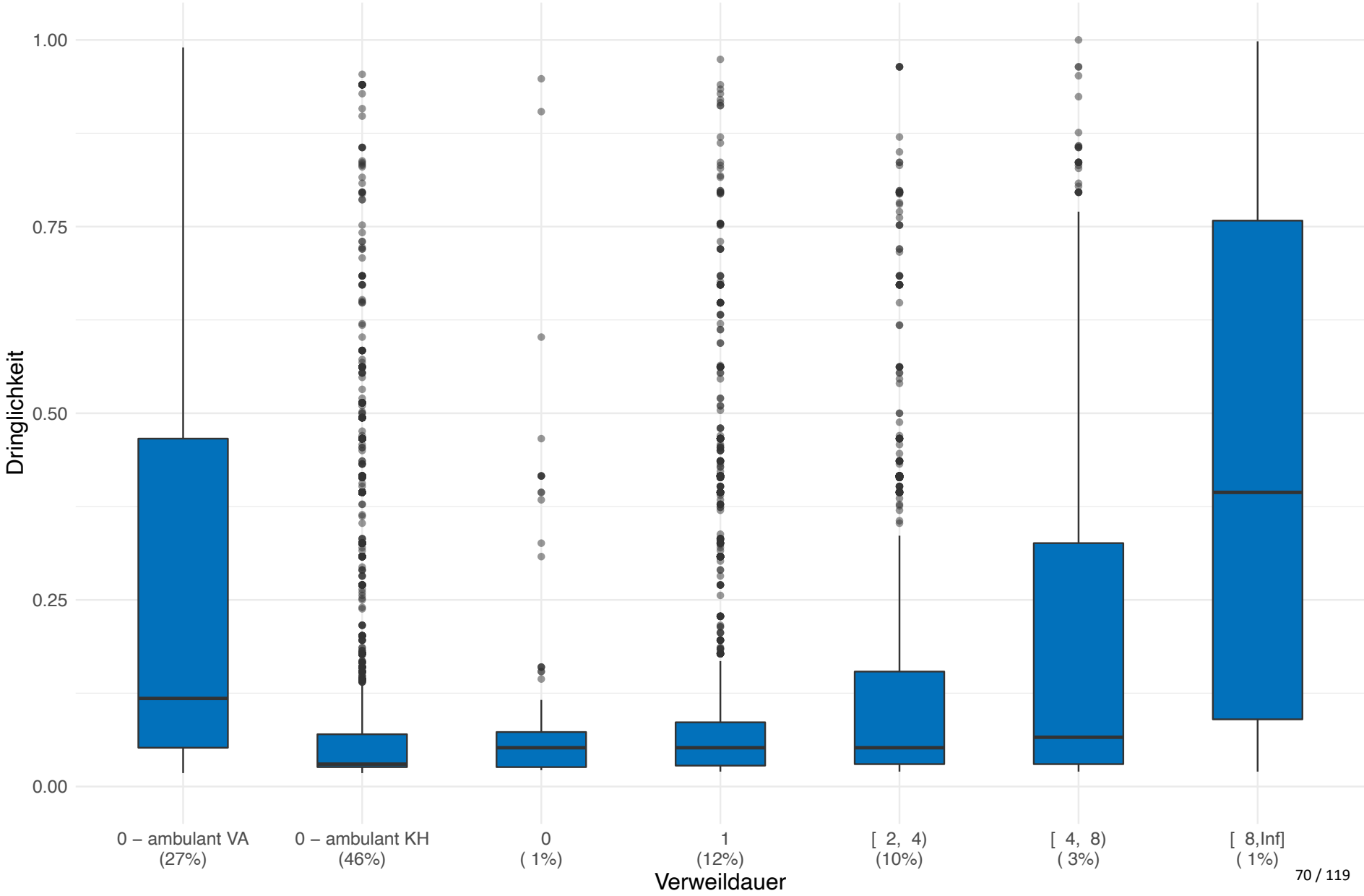
# Dringlichkeit der Diagnosen bei OPS 1-661

## Diagnostische Urethrozystoskopie



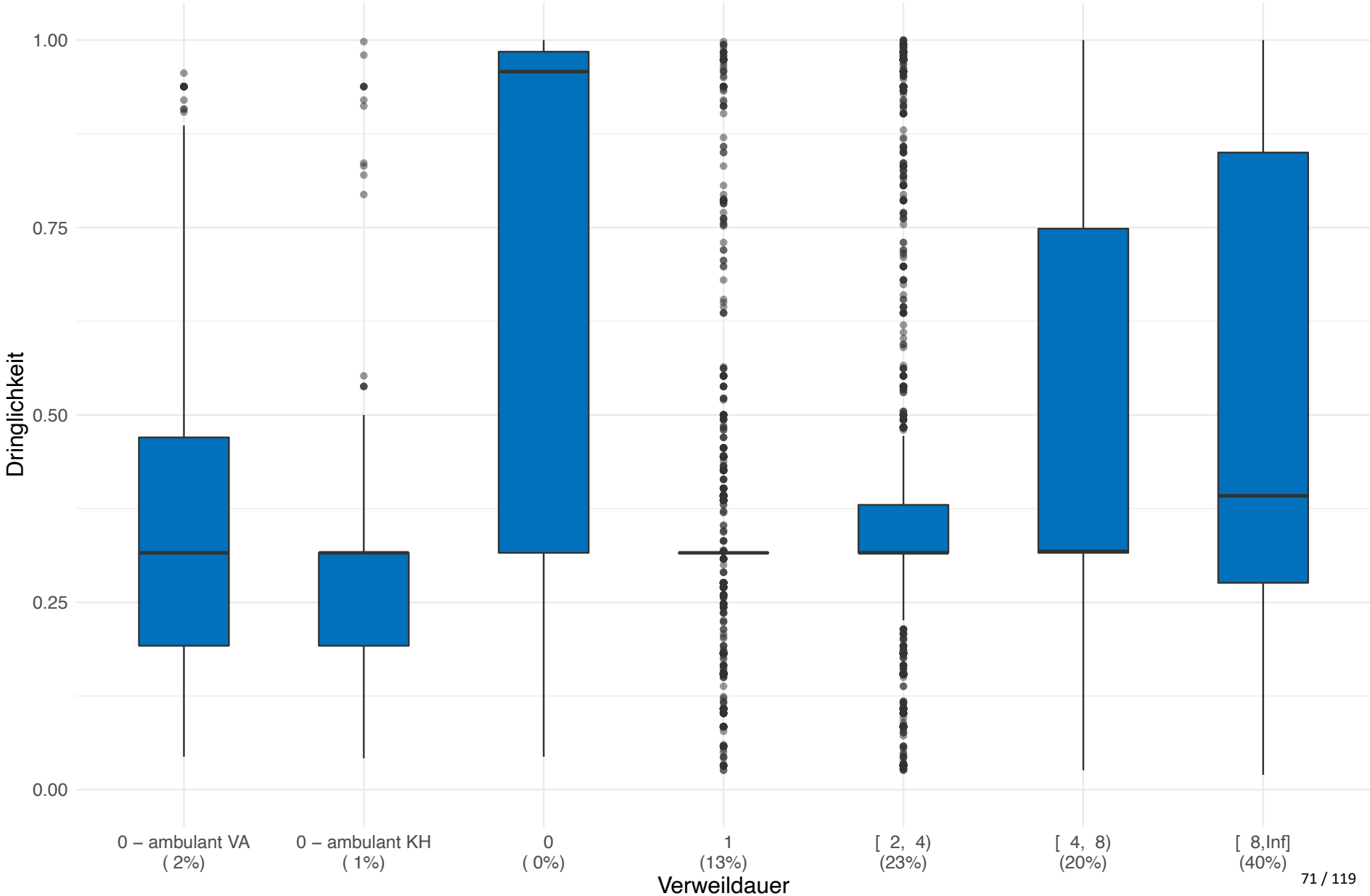
# Dringlichkeit der Diagnosen bei OPS 1-672

## Diagnostische Hysteroskopie



# Dringlichkeit der Diagnosen bei OPS 3-605

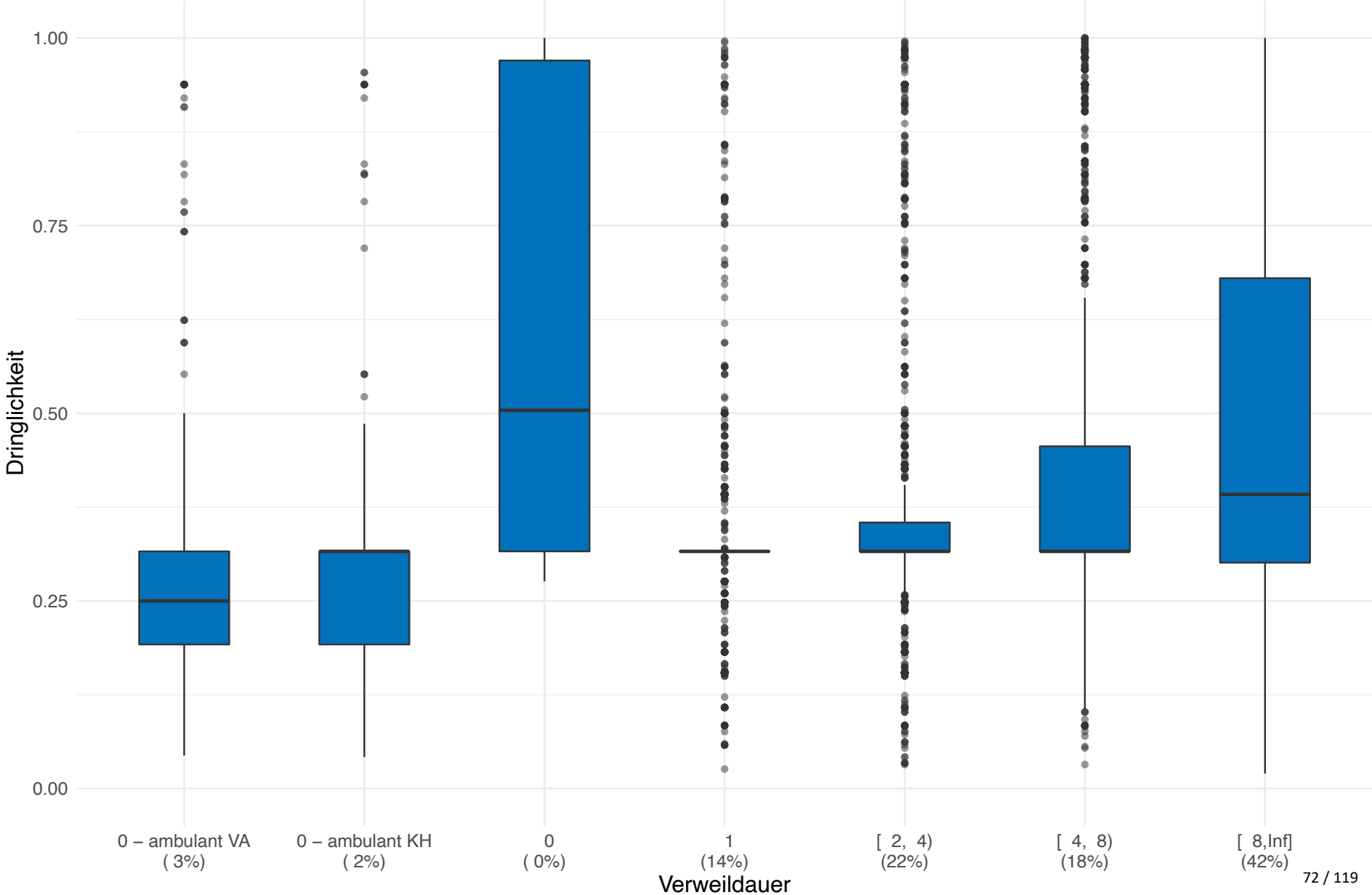
## Arteriographie der GefäÙe des Beckens



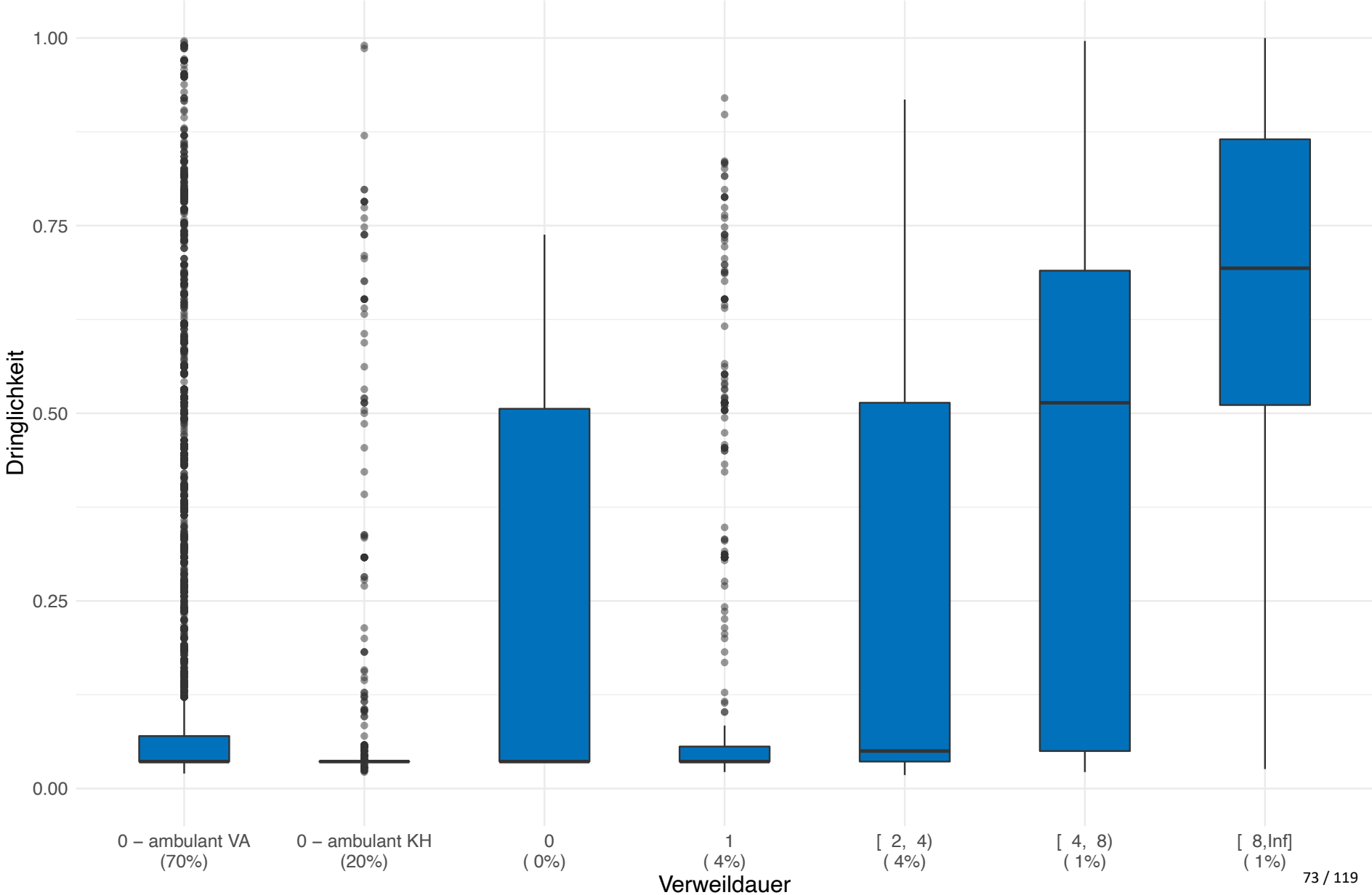


# Dringlichkeit der Diagnosen bei OPS 3-607

Arteriographie der GefäÙe der unteren Extremitäten

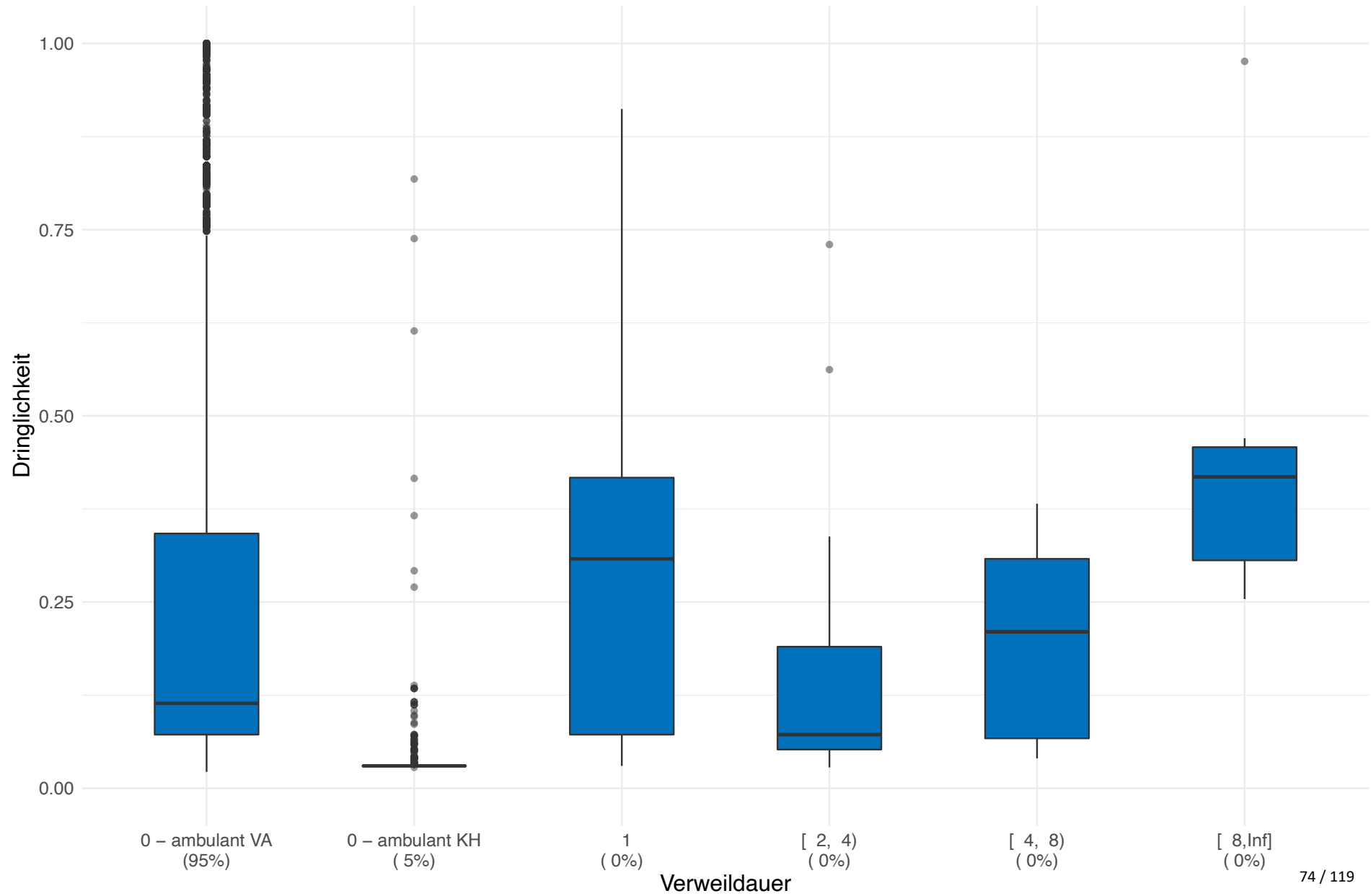


Dringlichkeit der Diagnosen bei OPS 5-056.4  
Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Hand



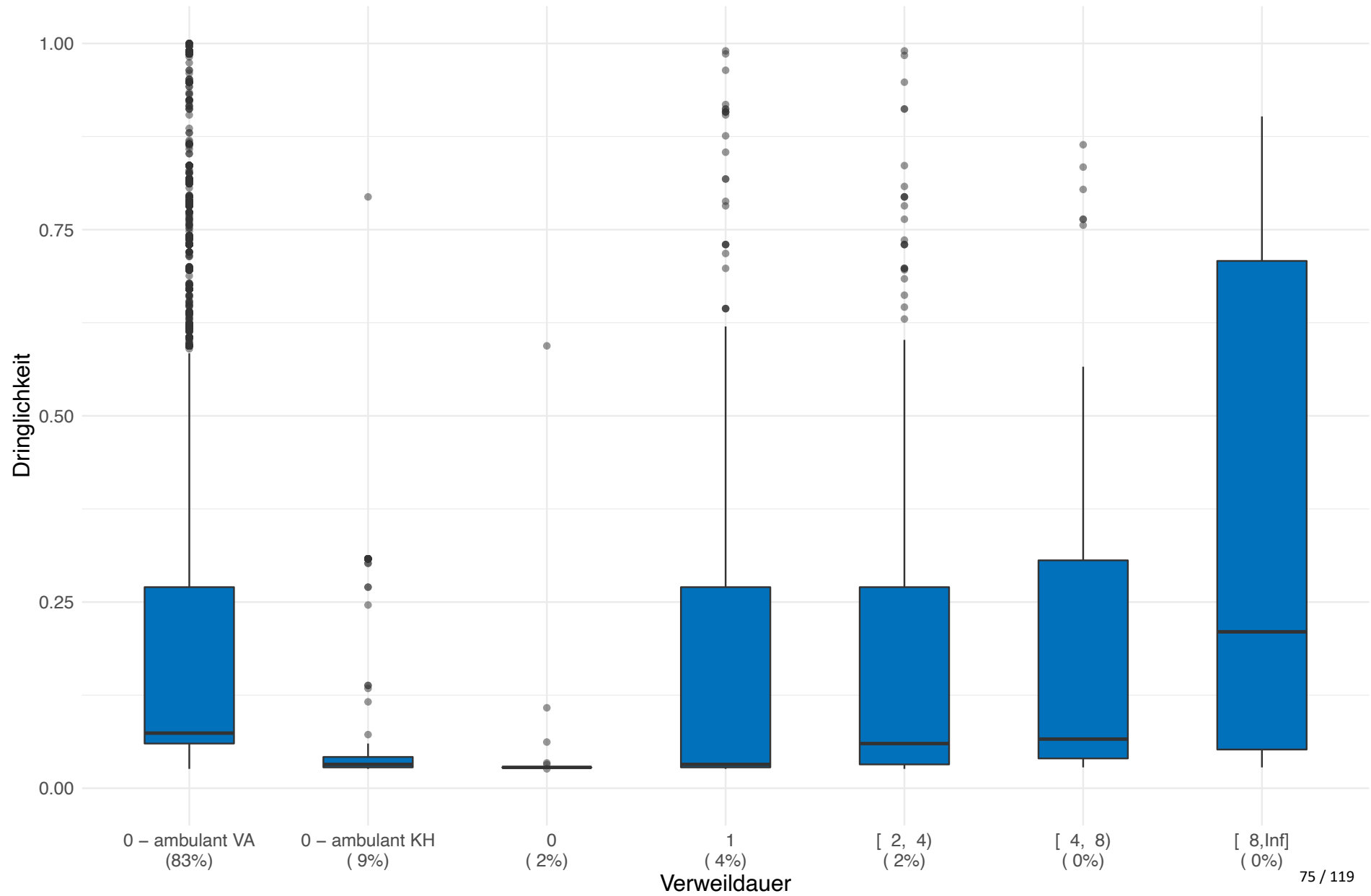
# Dringlichkeit der Diagnosen bei OPS 5-142.2

## Kapsulotomie der Linse: Kapsulotomie durch Laser



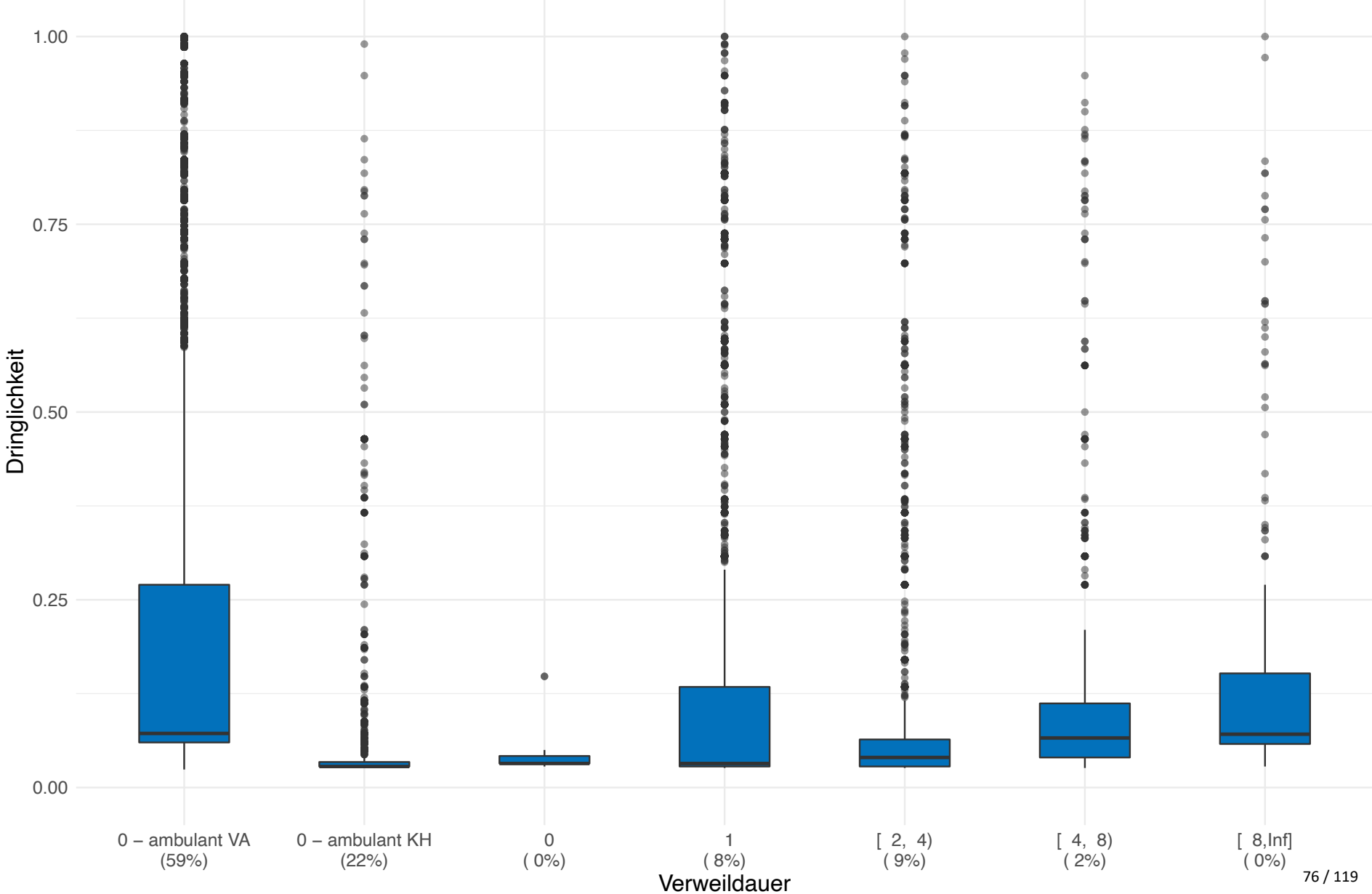
# Dringlichkeit der Diagnosen bei OPS 5–144.3

Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über sklero–kornealen Zugang



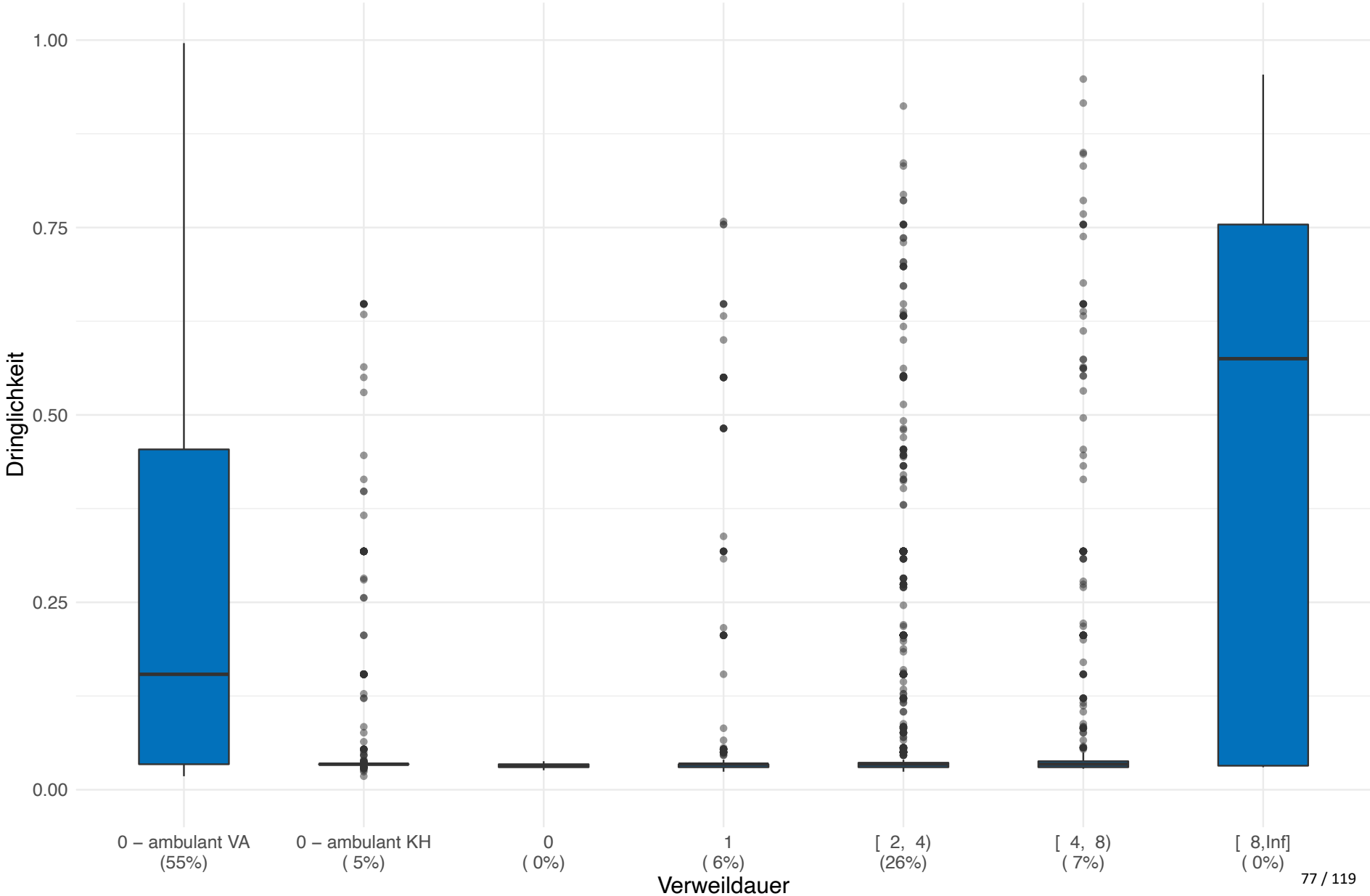
# Dringlichkeit der Diagnosen bei OPS 5-144.5

Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang



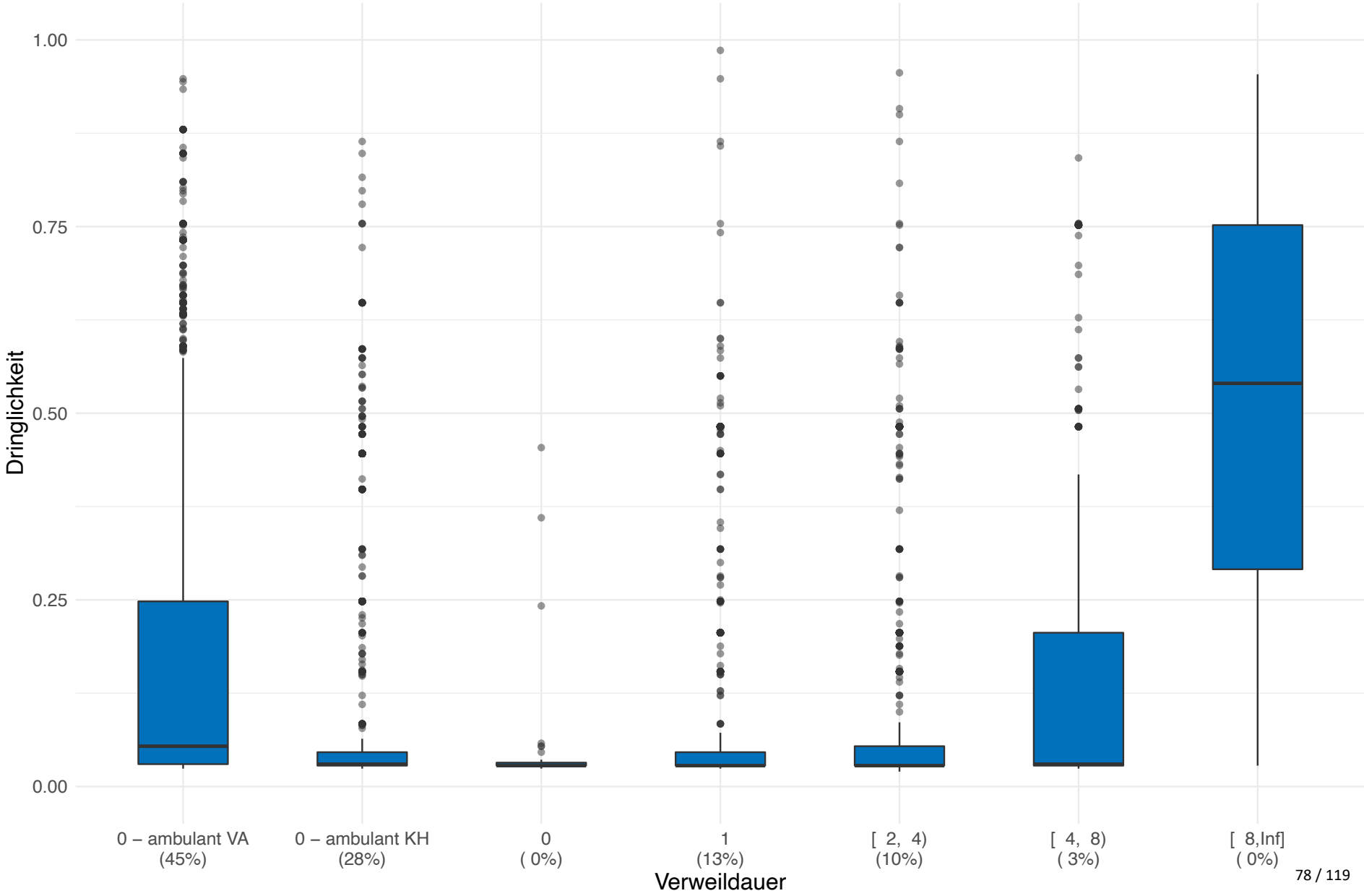
# Dringlichkeit der Diagnosen bei OPS 5-215.3

Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Submuköse Resektion



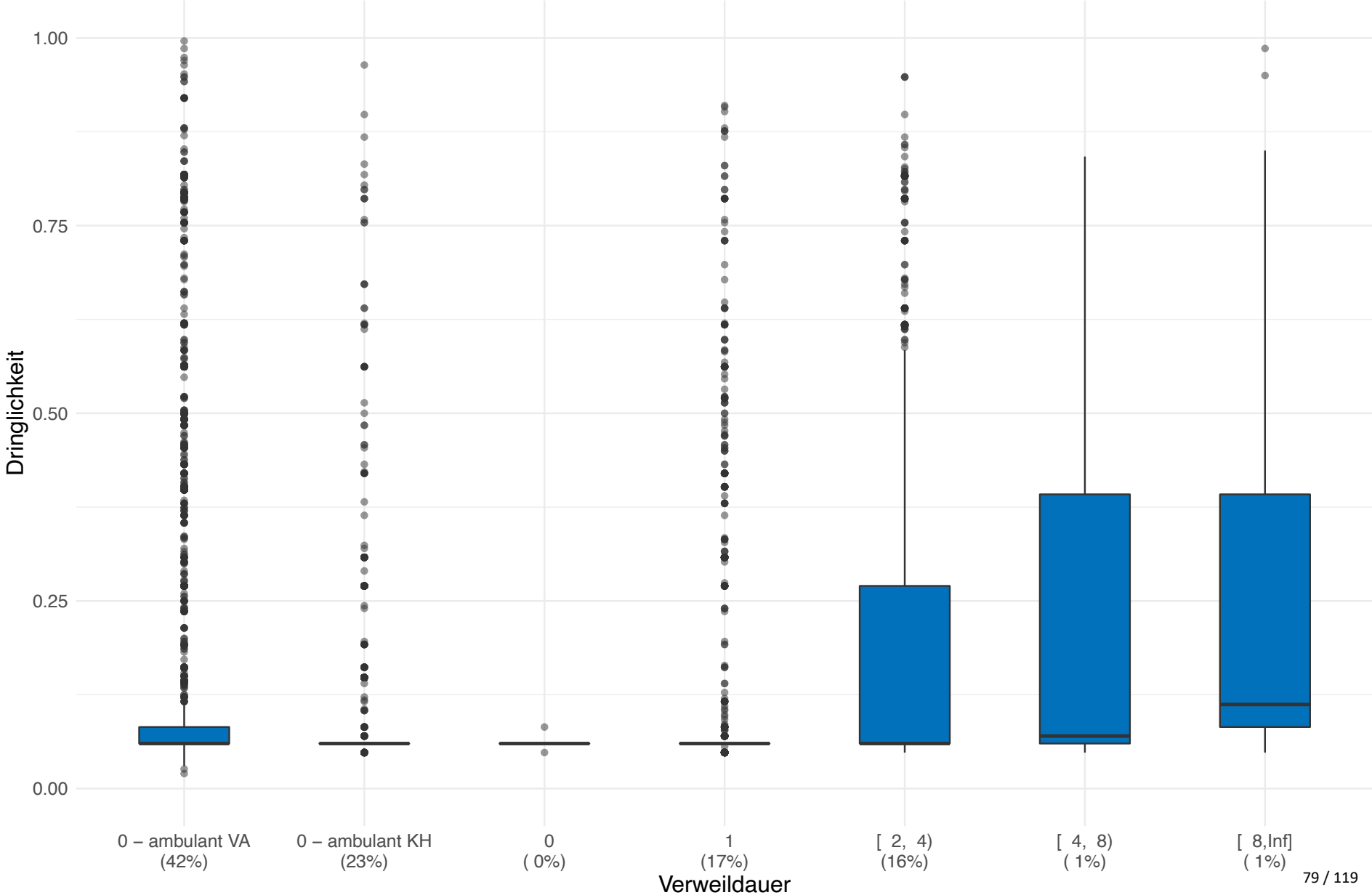
# Dringlichkeit der Diagnosen bei OPS 5-285.0

Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Primäreingriff



# Dringlichkeit der Diagnosen bei OPS 5-385.7

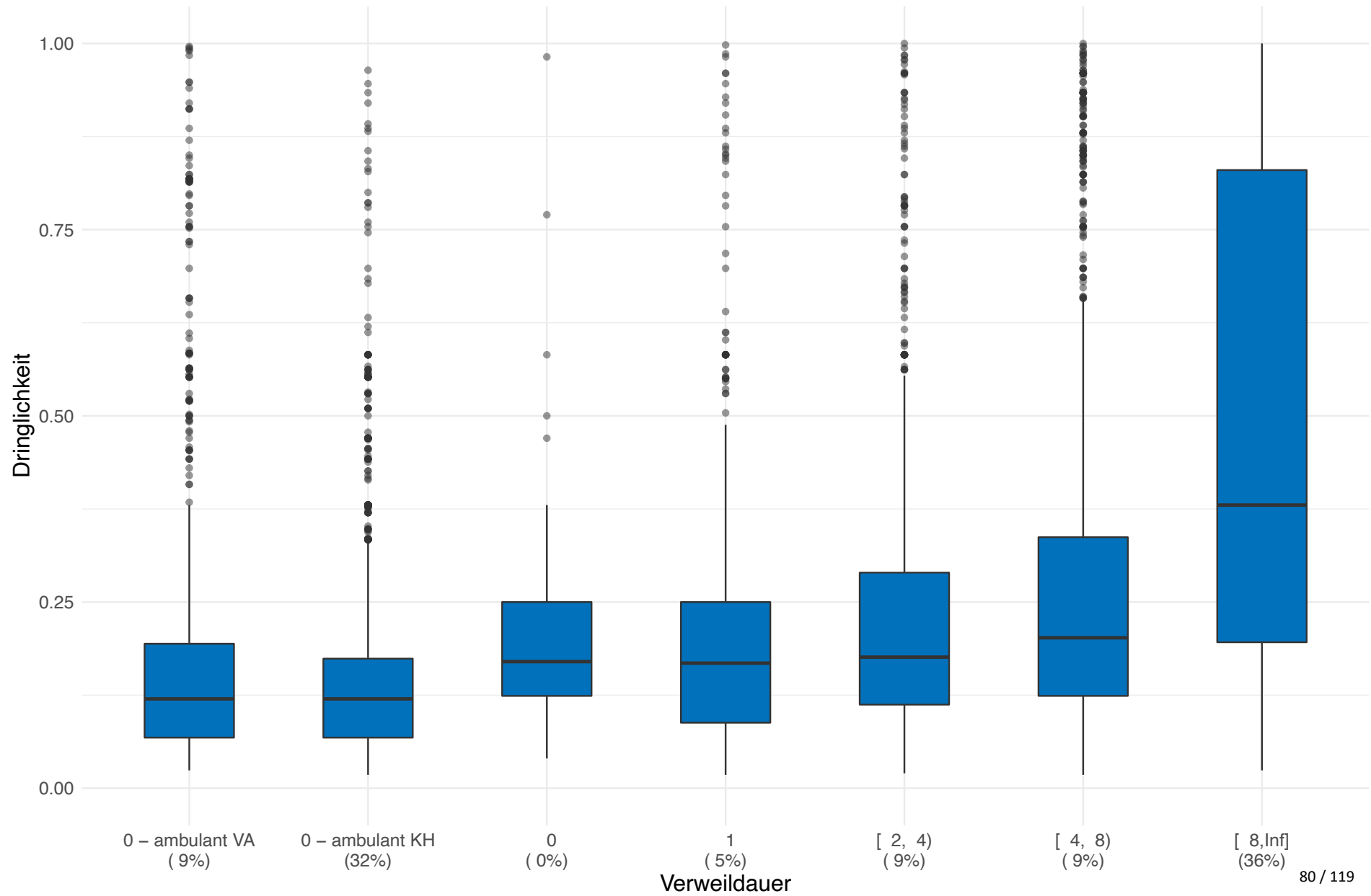
Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossectomie und Stripping





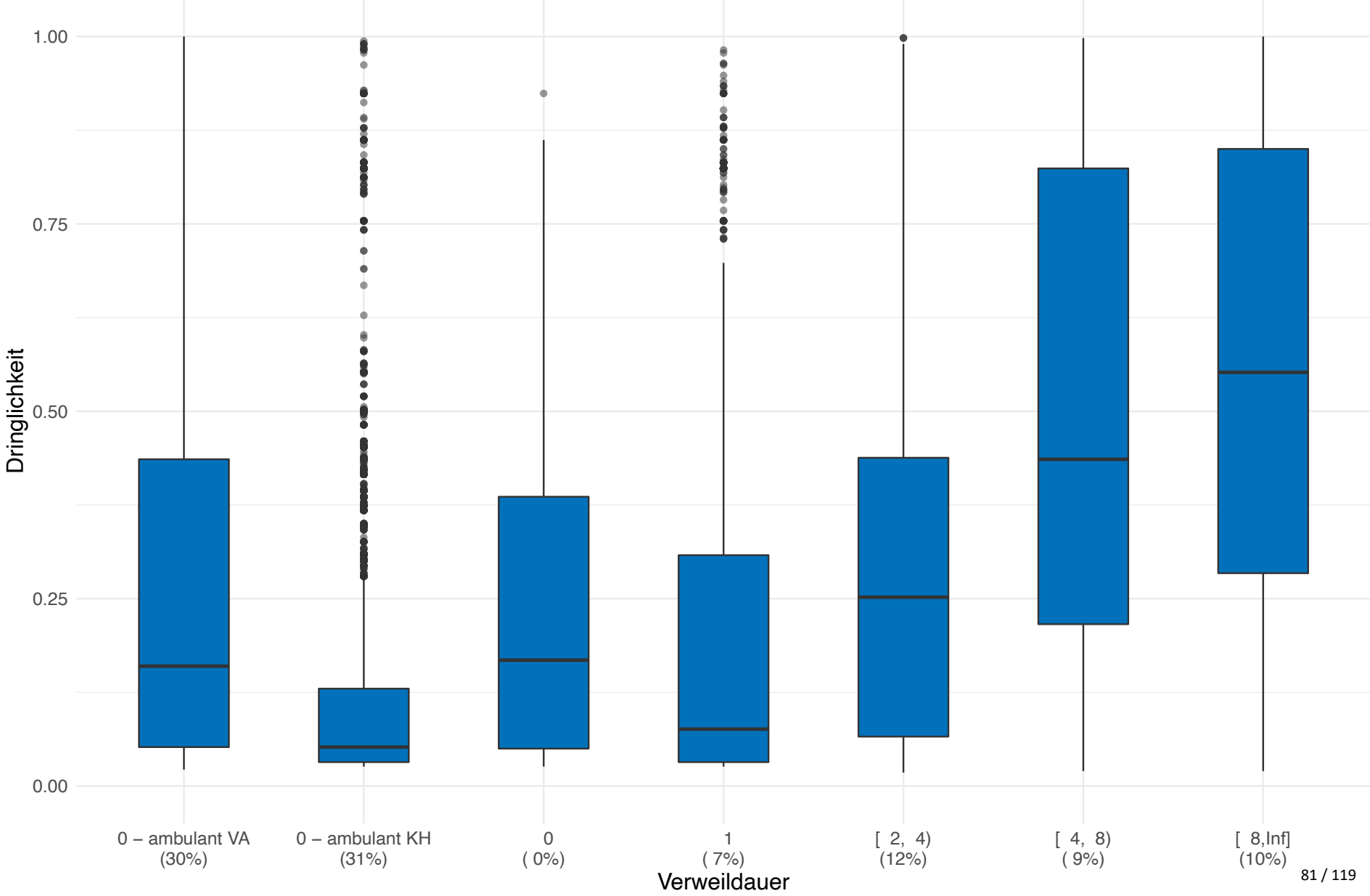
# Dringlichkeit der Diagnosen bei OPS 5–399.5

Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie)



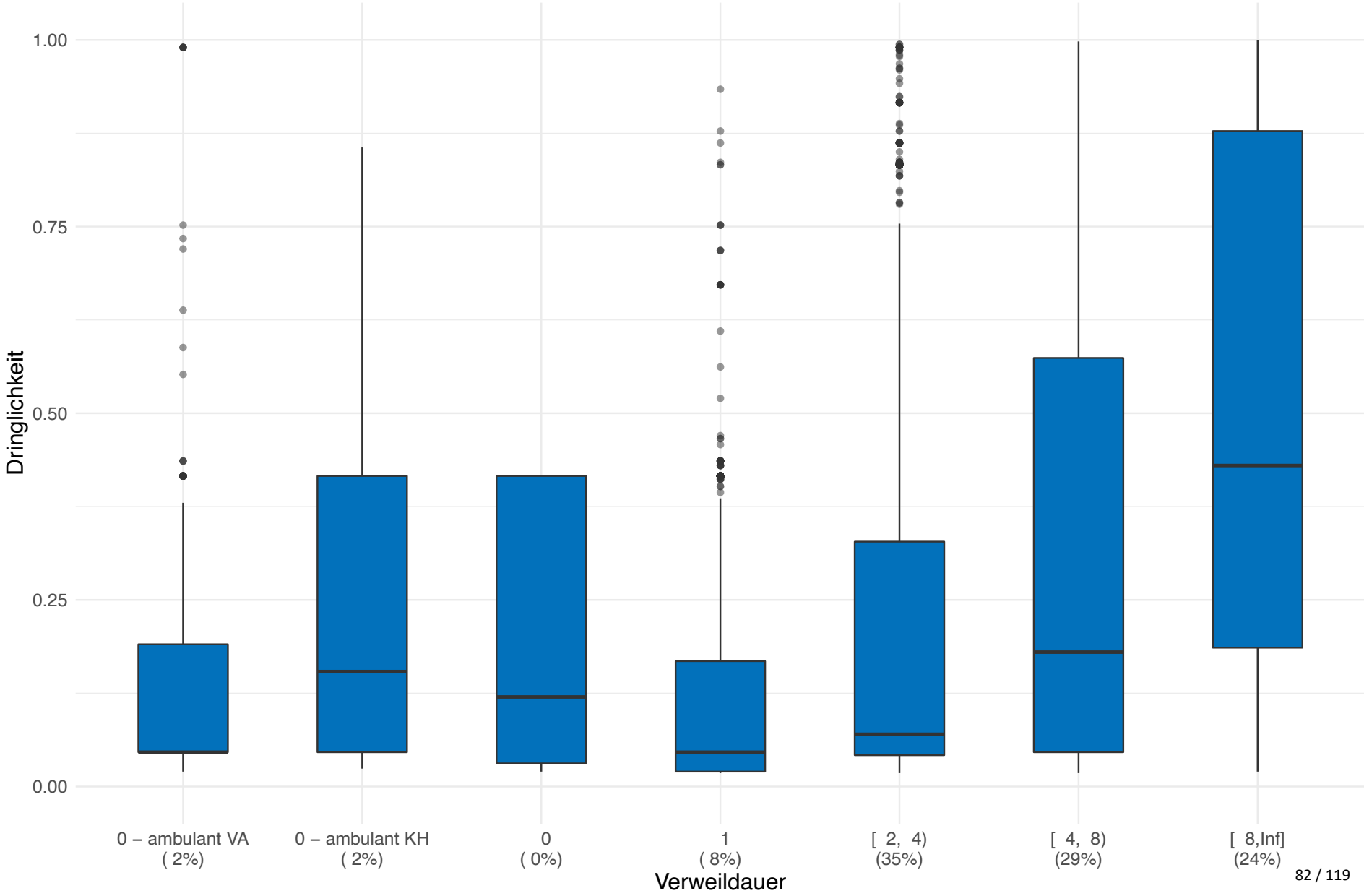
# Dringlichkeit der Diagnosen bei OPS 5-452.6

Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik)



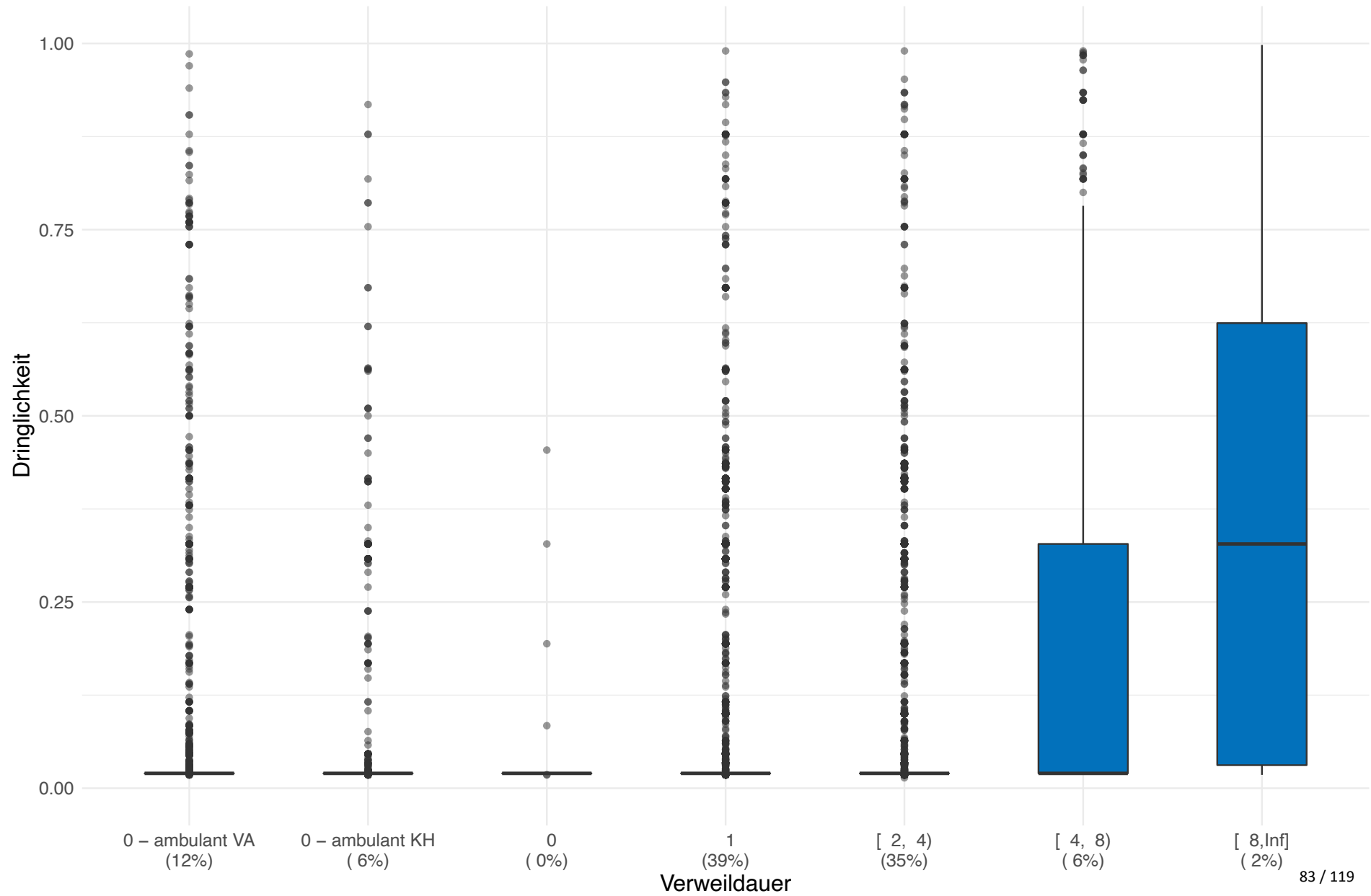
# Dringlichkeit der Diagnosen bei OPS 5-469.2

Andere Operationen am Darm: Adhäsioolyse



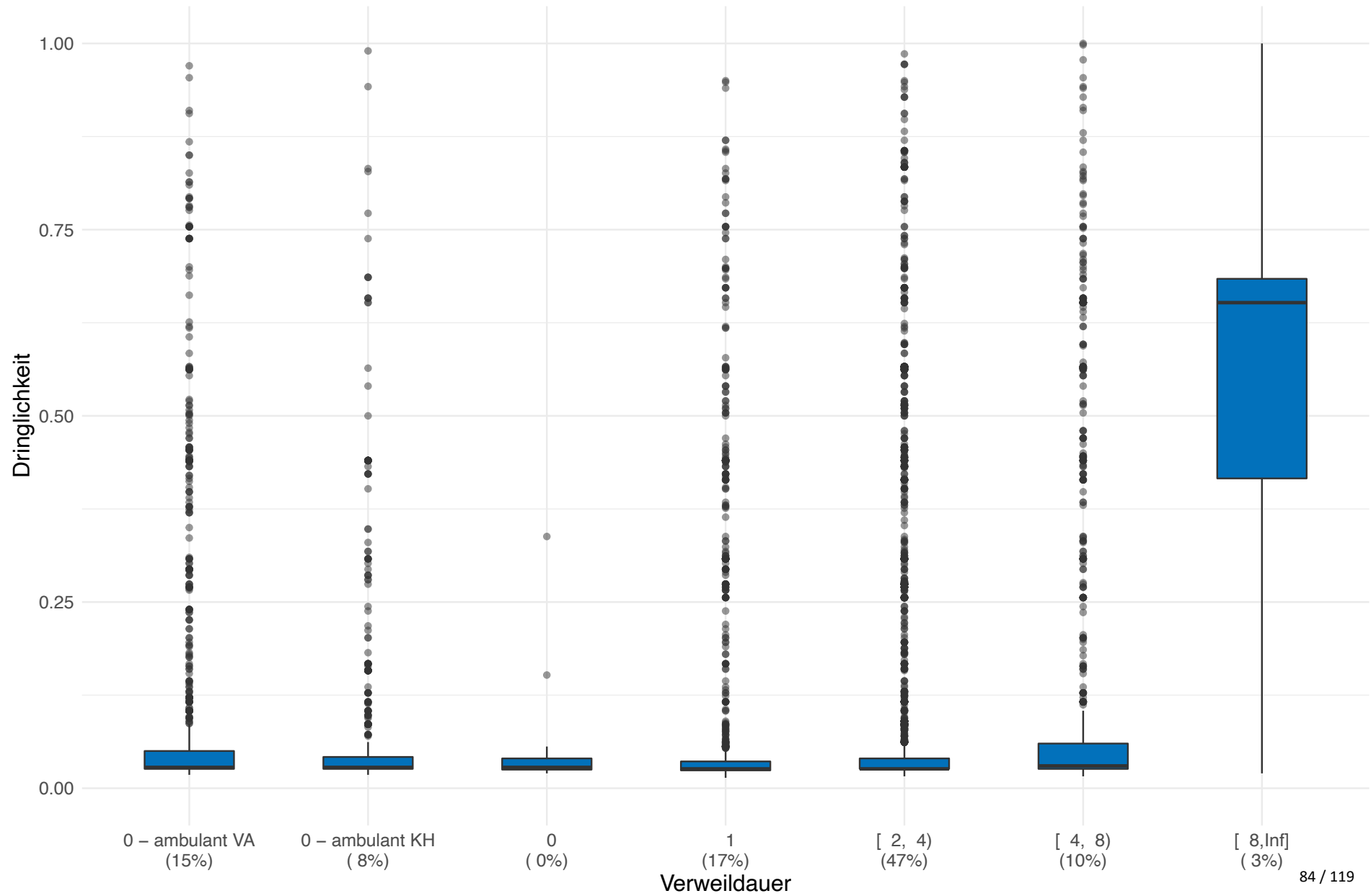
# Dringlichkeit der Diagnosen bei OPS 5–530.3

Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material



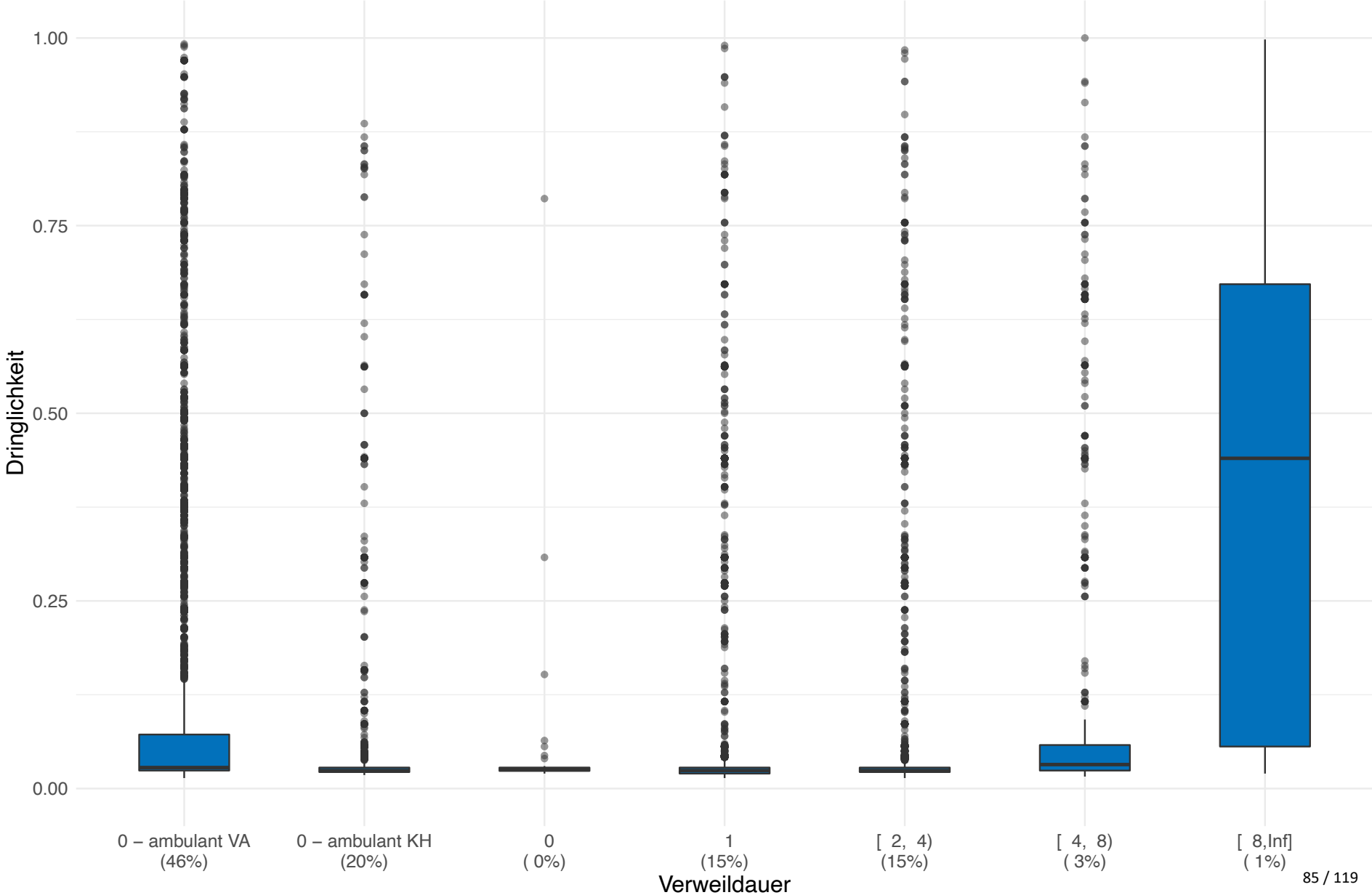
# Dringlichkeit der Diagnosen bei OPS 5–811.2

## Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell



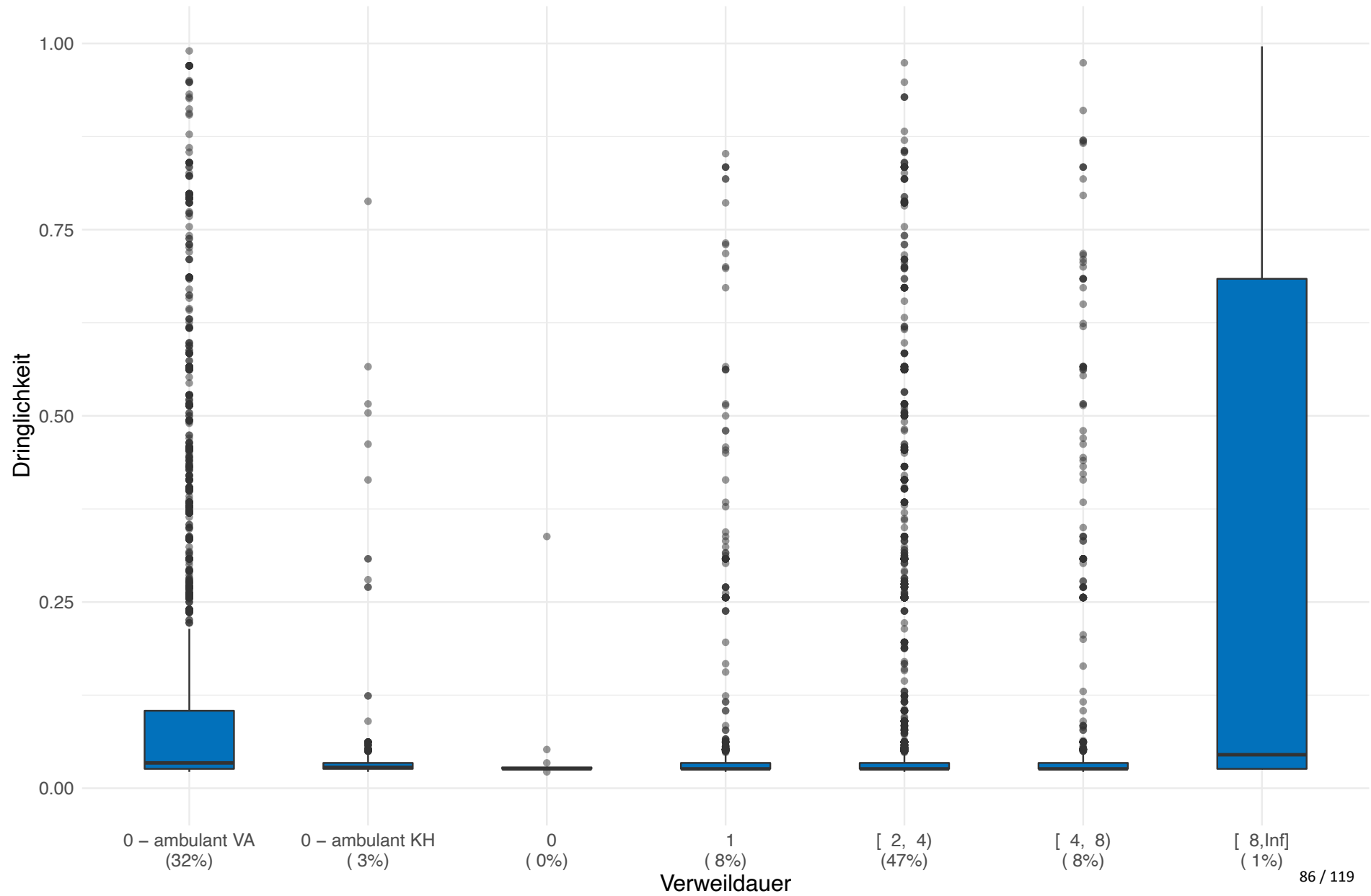
# Dringlichkeit der Diagnosen bei OPS 5-812.5

Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell



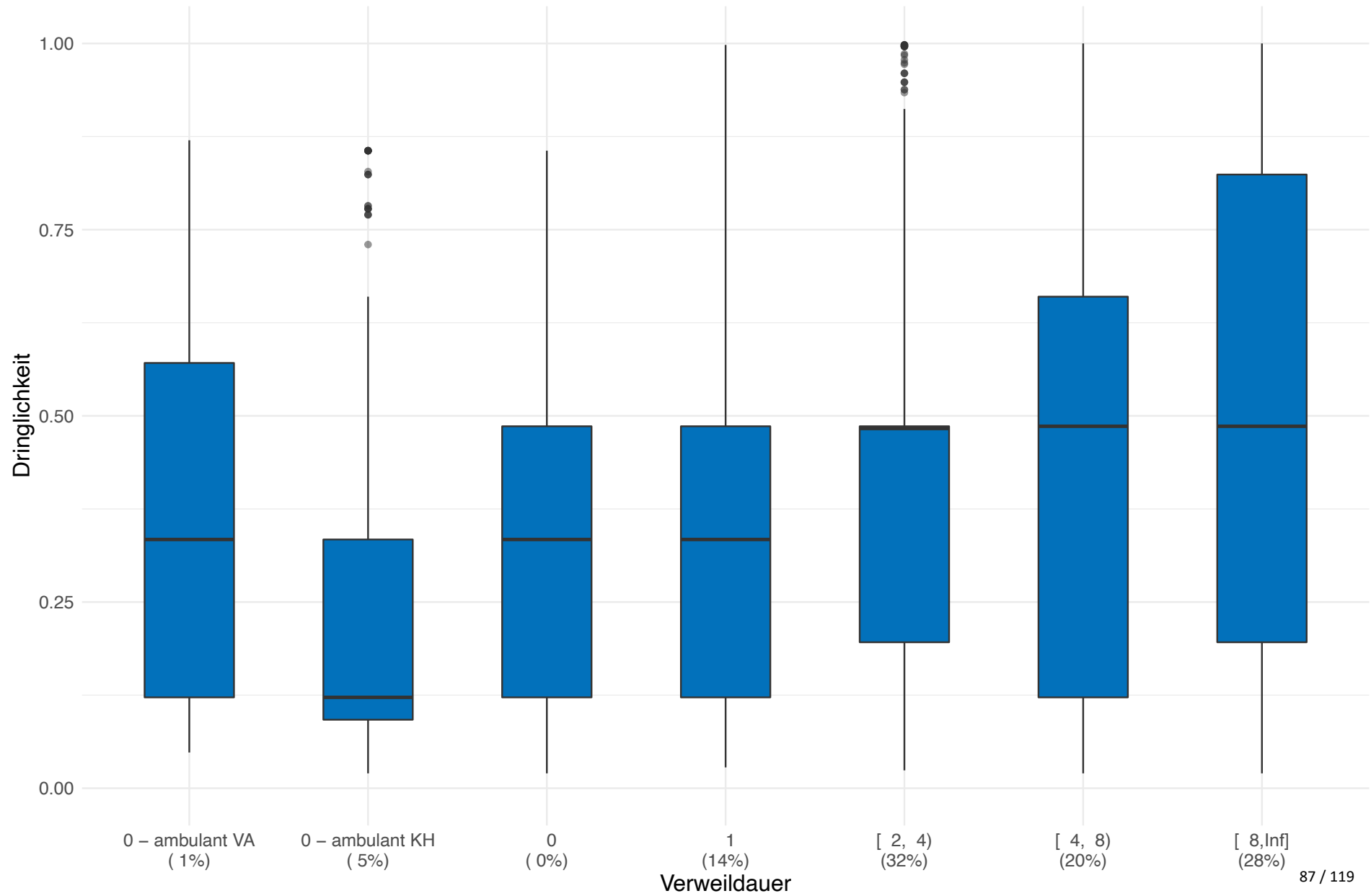
# Dringlichkeit der Diagnosen bei OPS 5–814.3

Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes



# Dringlichkeit der Diagnosen bei OPS 8-137.0

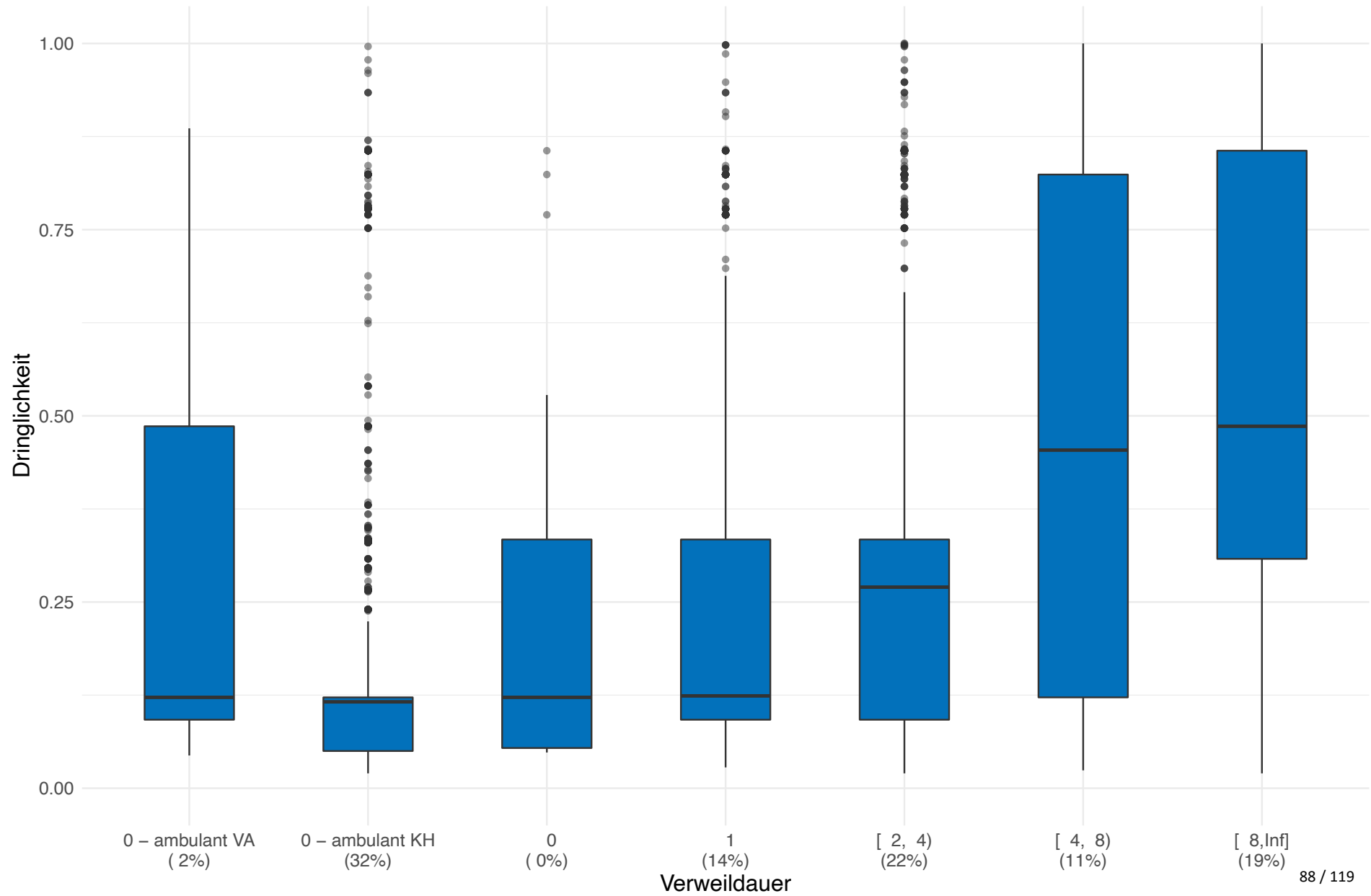
Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Einlegen



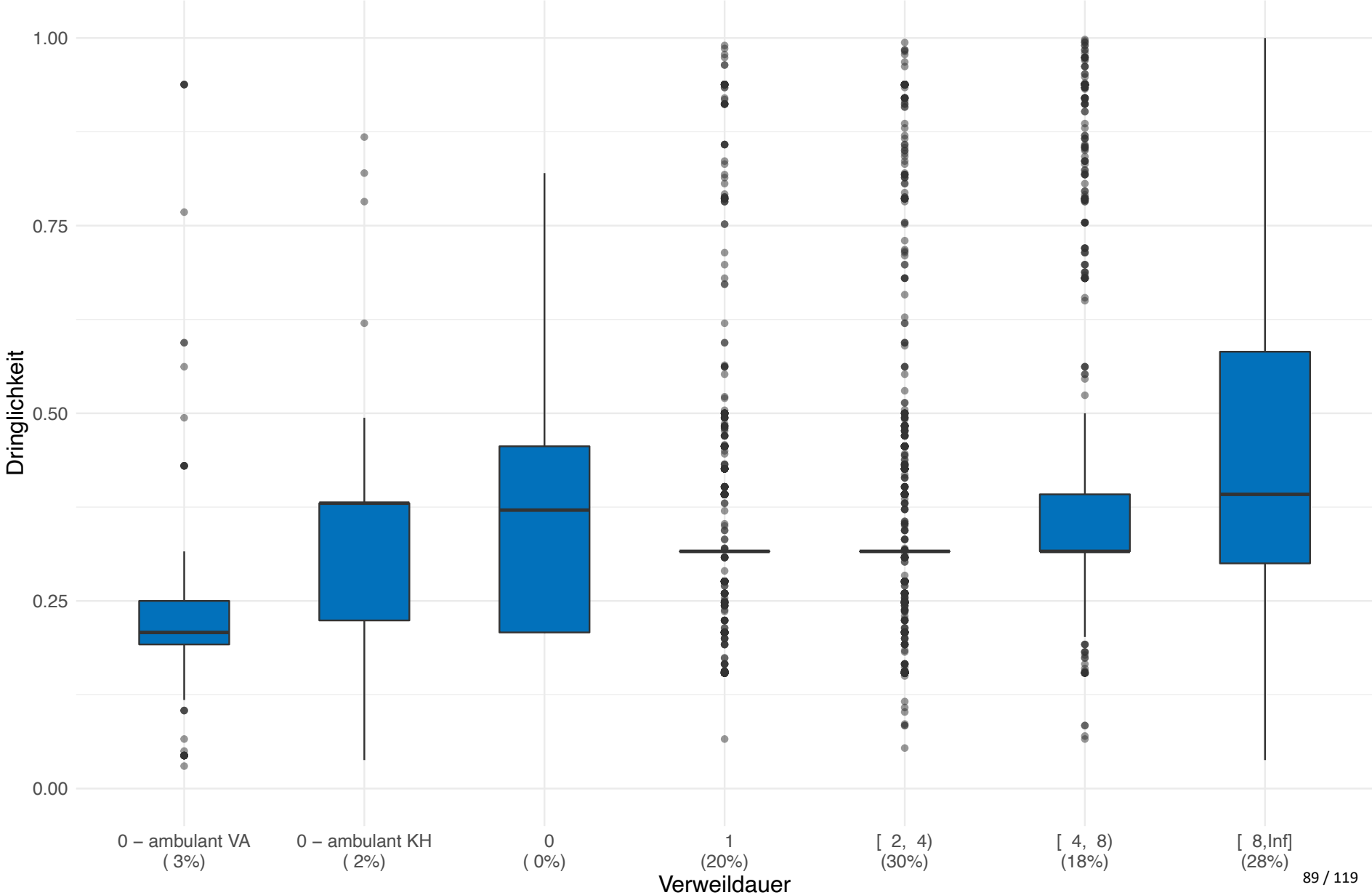


# Dringlichkeit der Diagnosen bei OPS 8-137.1

Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Wechsel

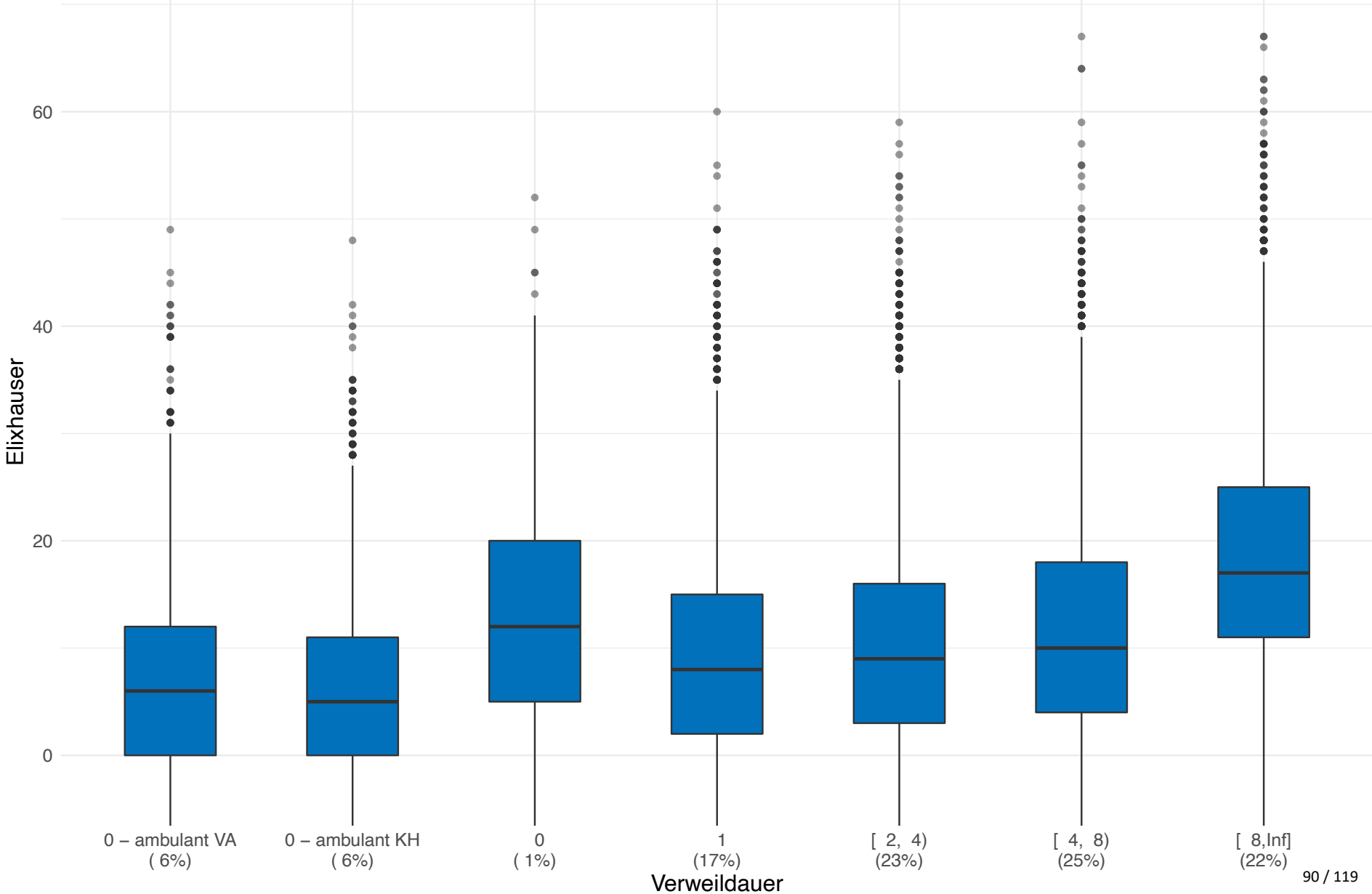


Dringlichkeit der Diagnosen bei OPS 8-836.0  
(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie



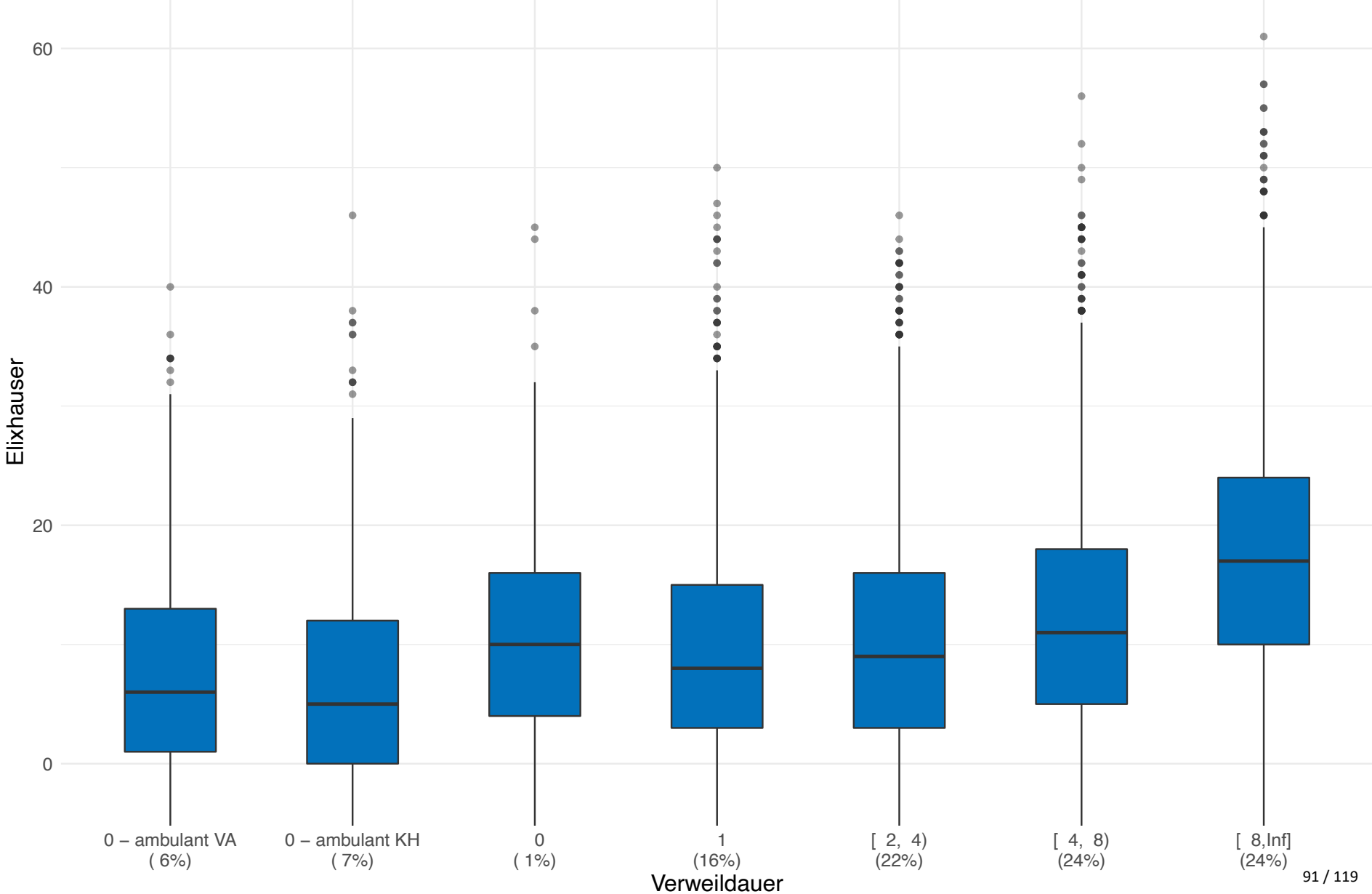
# Morbidität nach Elixhauser bei OPS 1-275.0

Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen

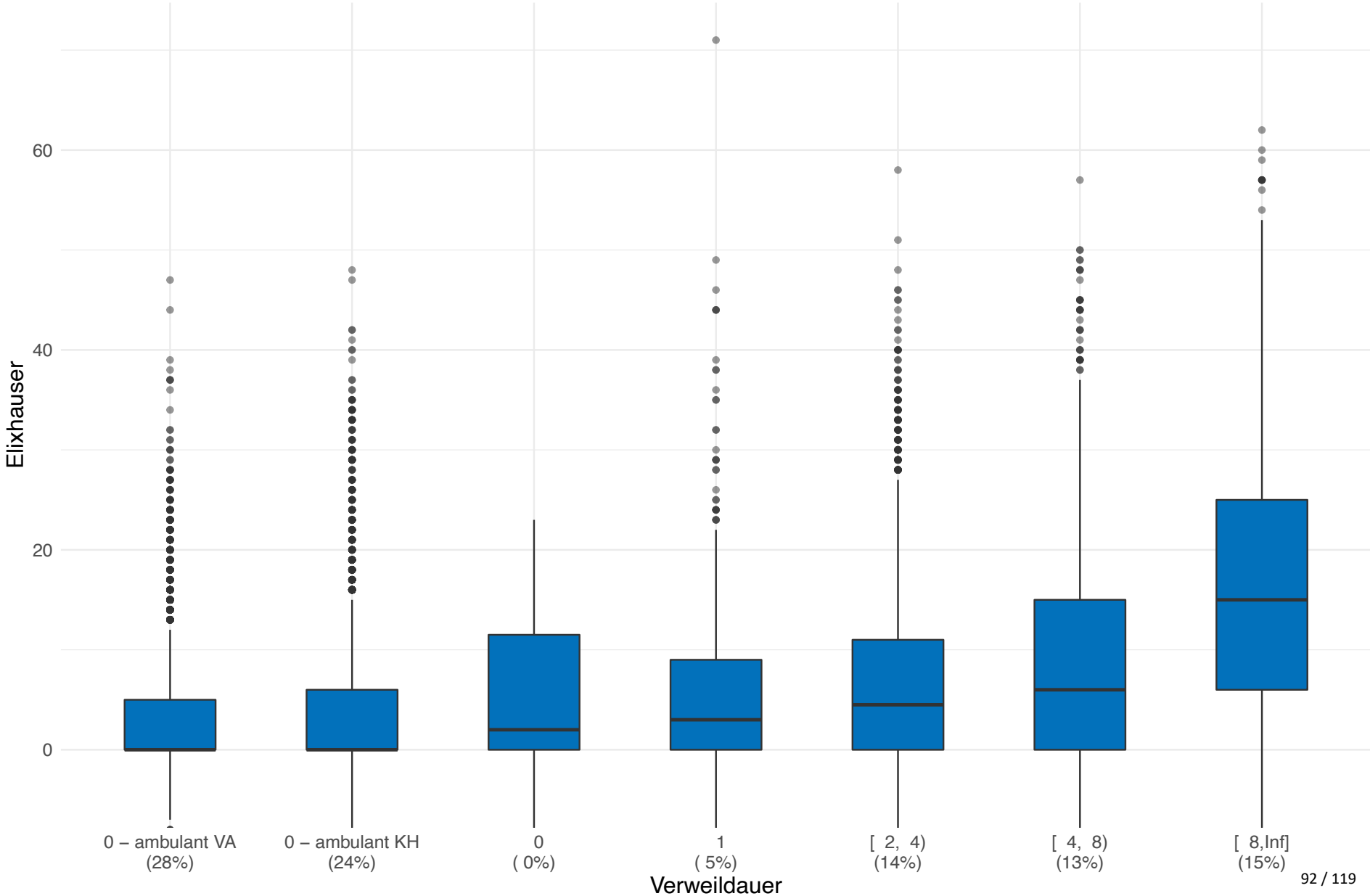


# Morbidität nach Elixhauser bei OPS 1-275.2

Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel

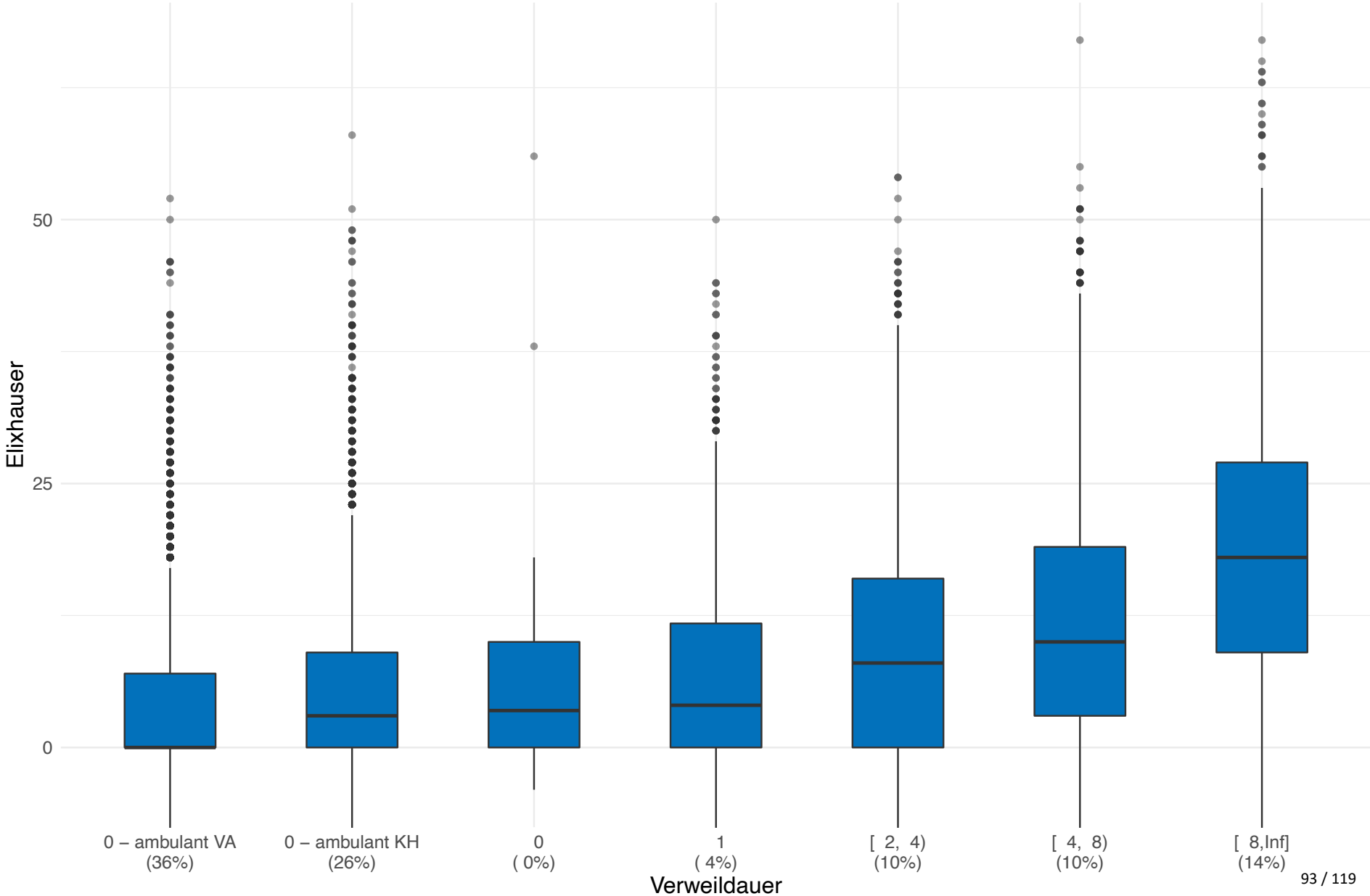


Morbidität nach Elixhauser bei OPS 1-444.6  
Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie



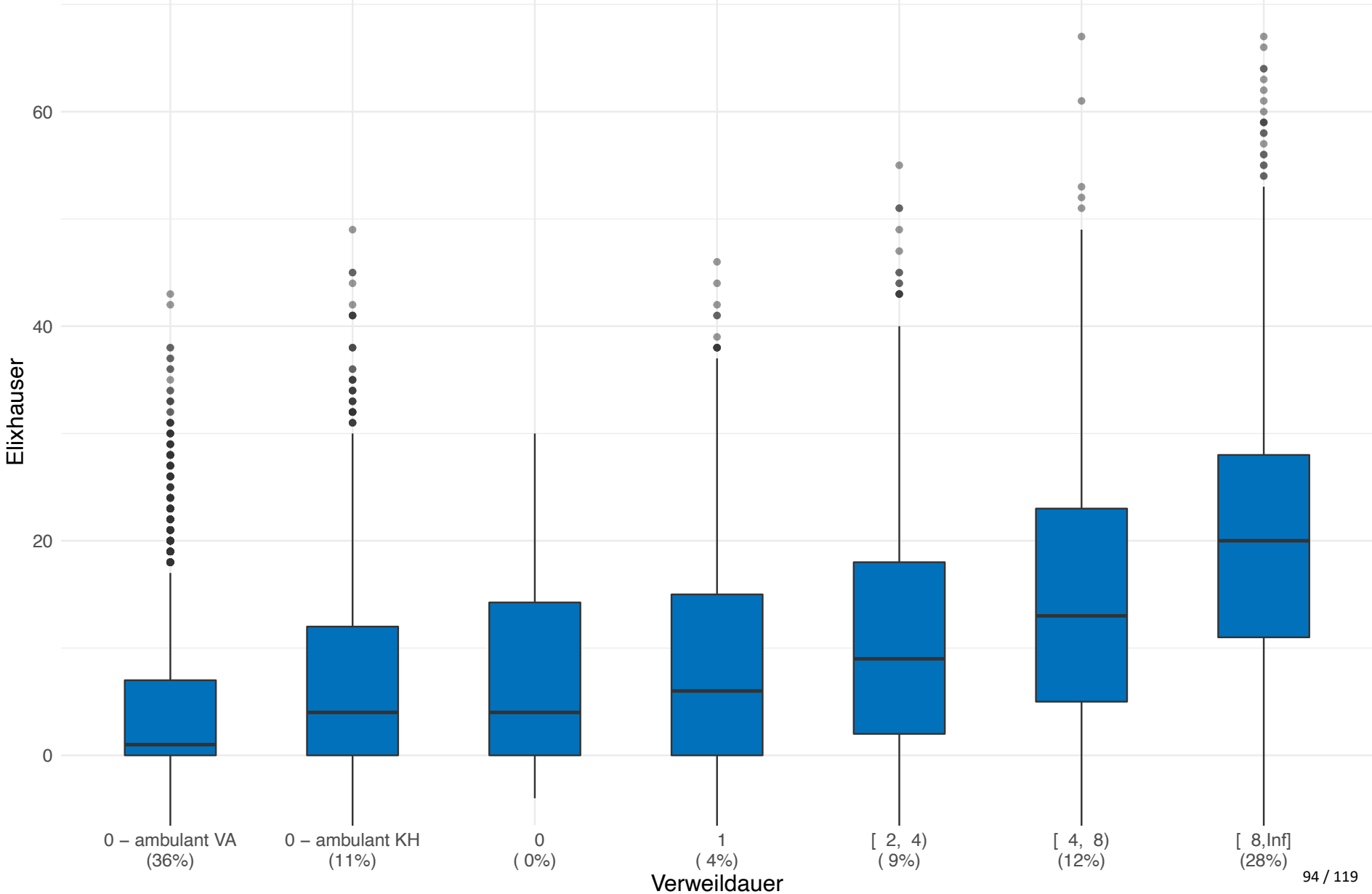
# Morbidität nach Elixhauser bei OPS 1–444.7

Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien



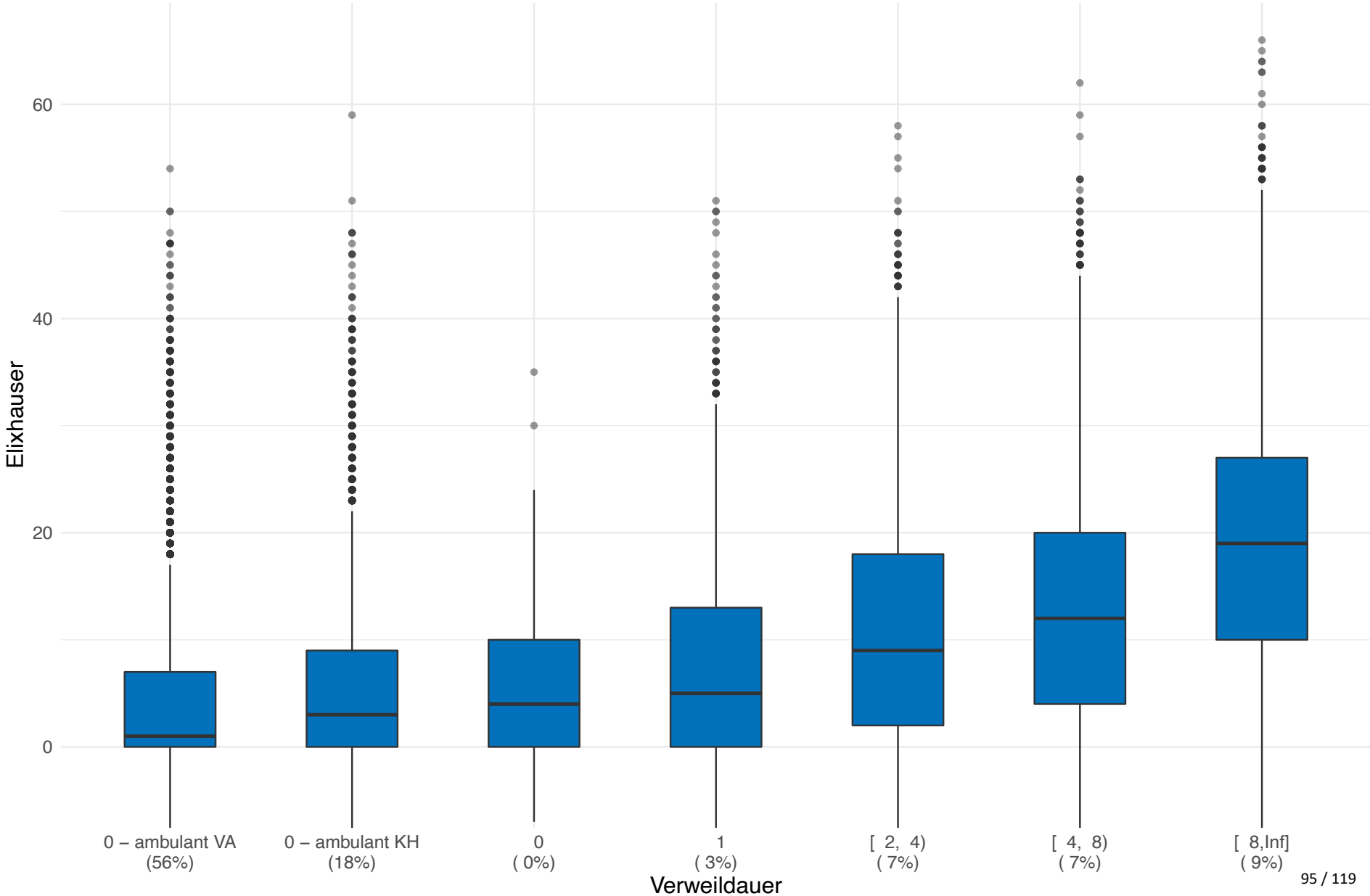
# Morbidität nach Elixhauser bei OPS 1-650.0

Diagnostische Koloskopie: Partiiell



# Morbidität nach Elixhauser bei OPS 1-650.1

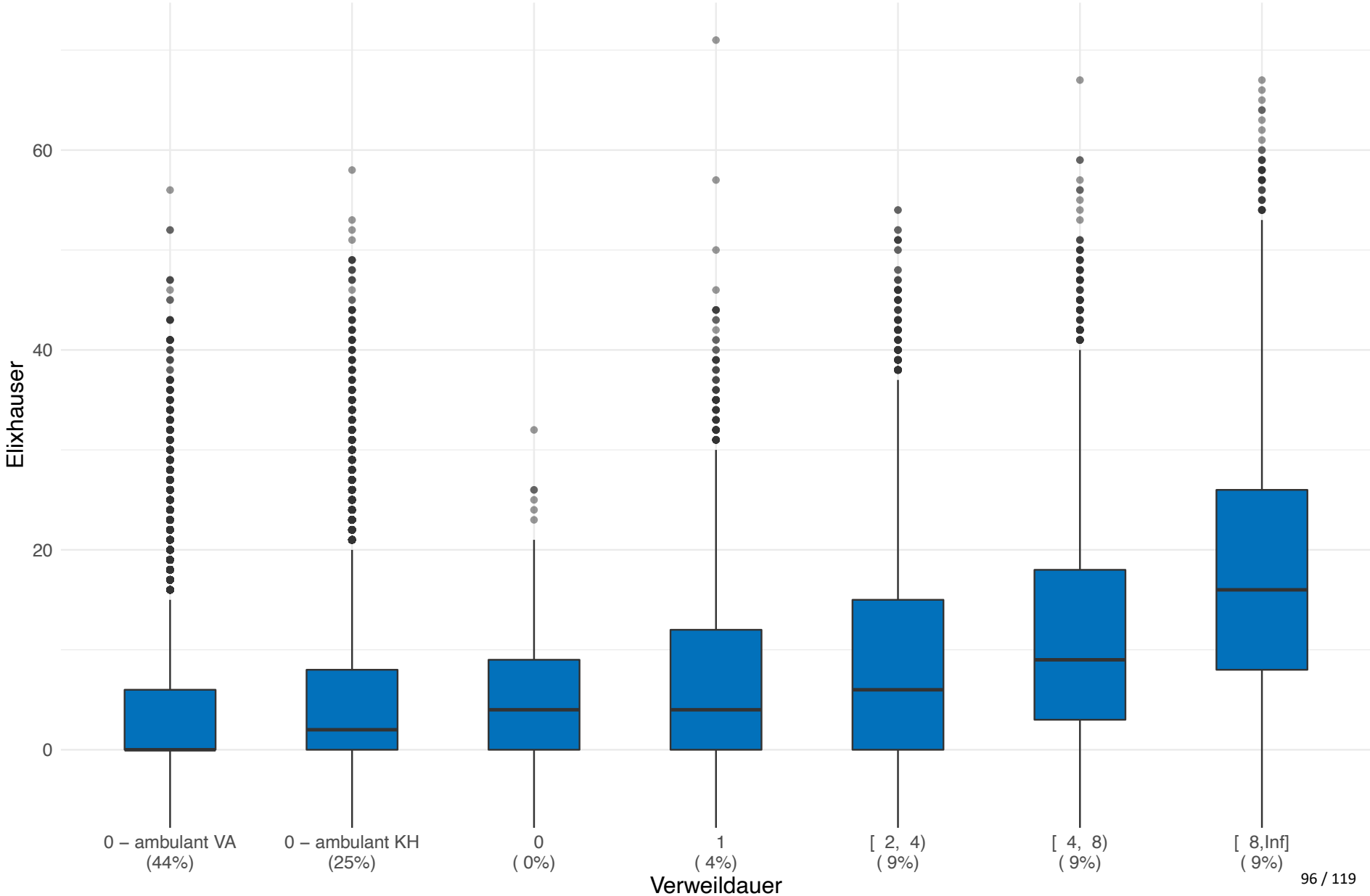
Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum





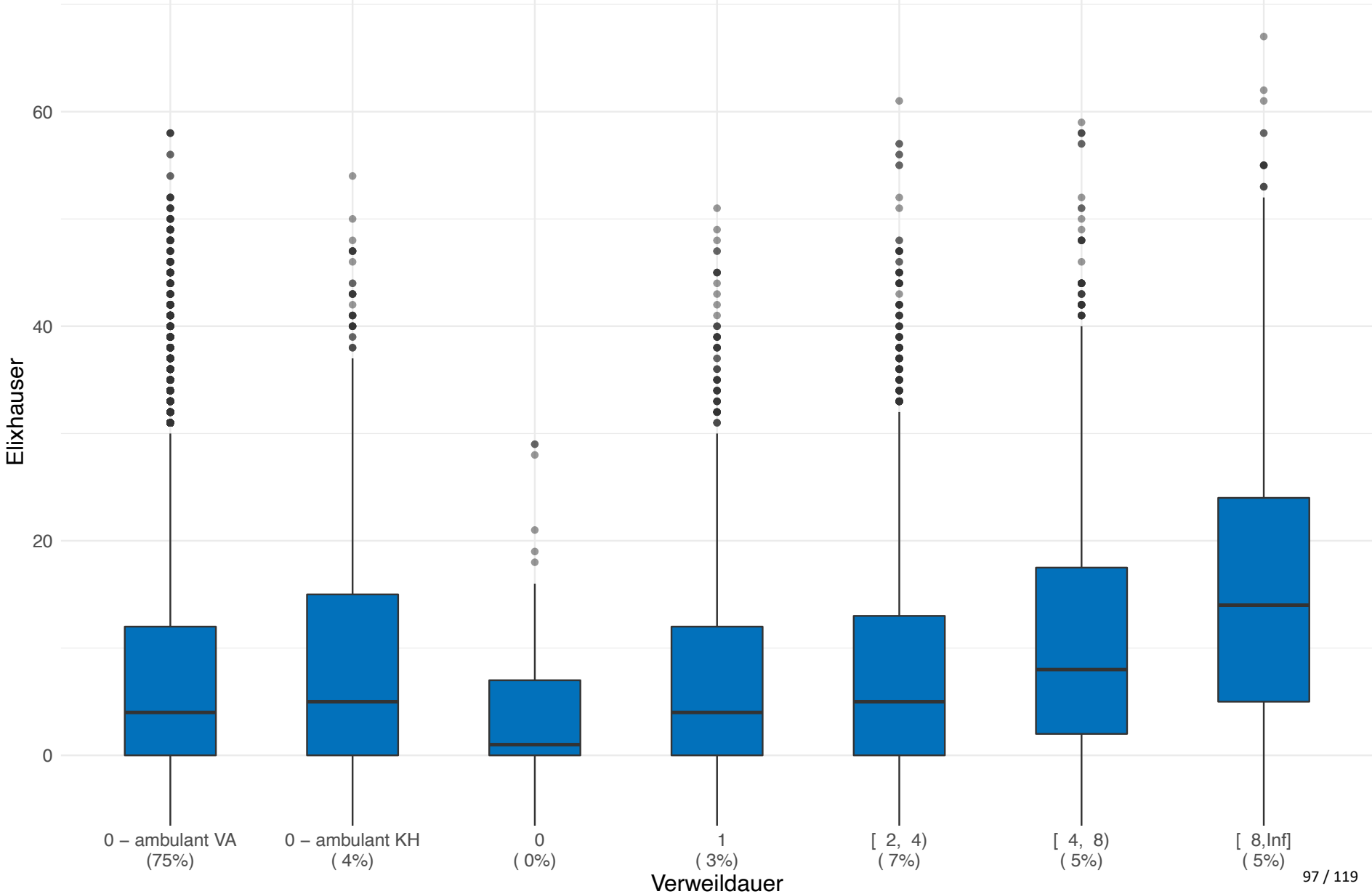
# Morbidität nach Elixhauser bei OPS 1-650.2

Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie



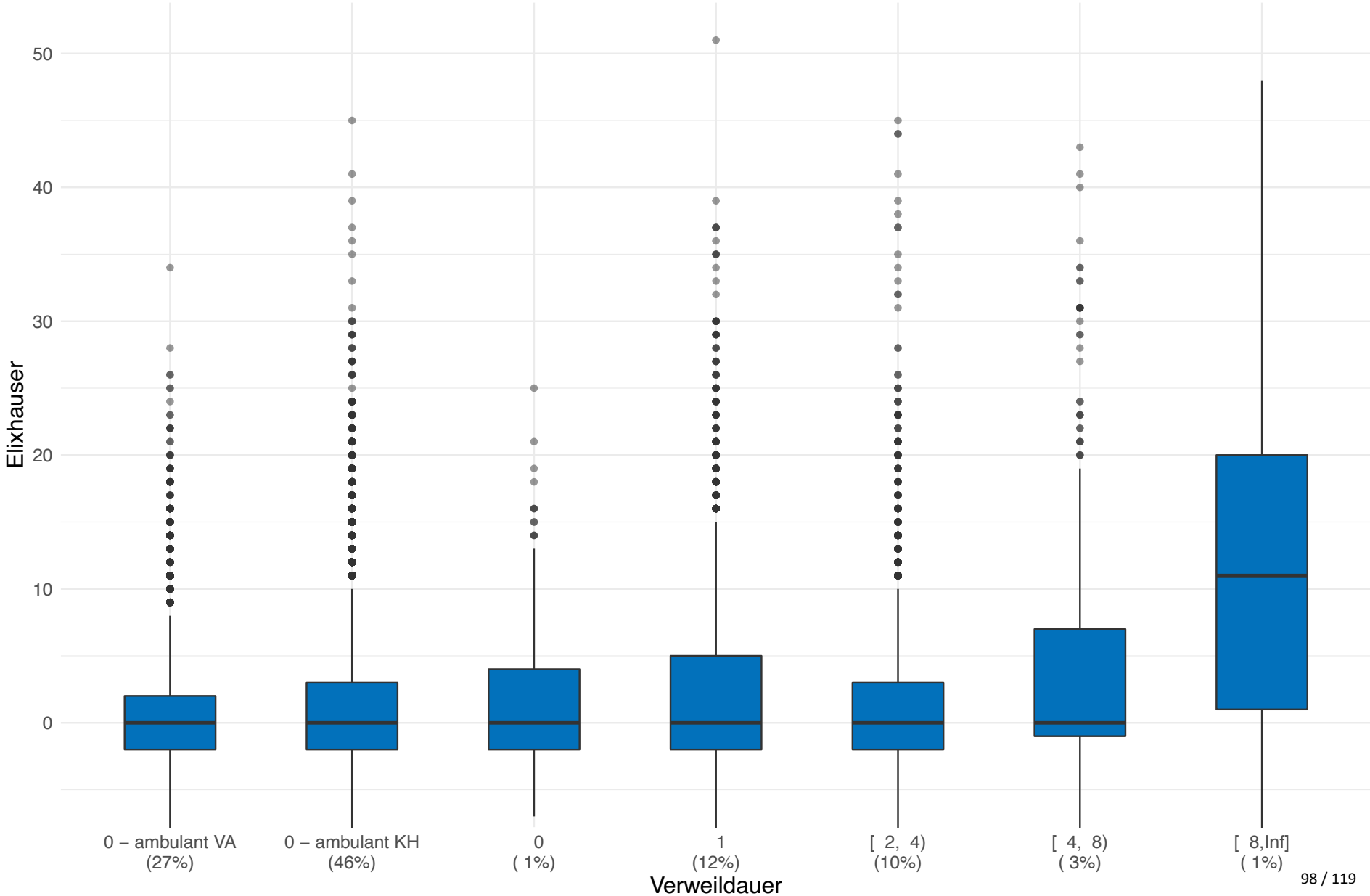
# Morbidität nach Elixhauser bei OPS 1-661

## Diagnostische Urethrozystoskopie



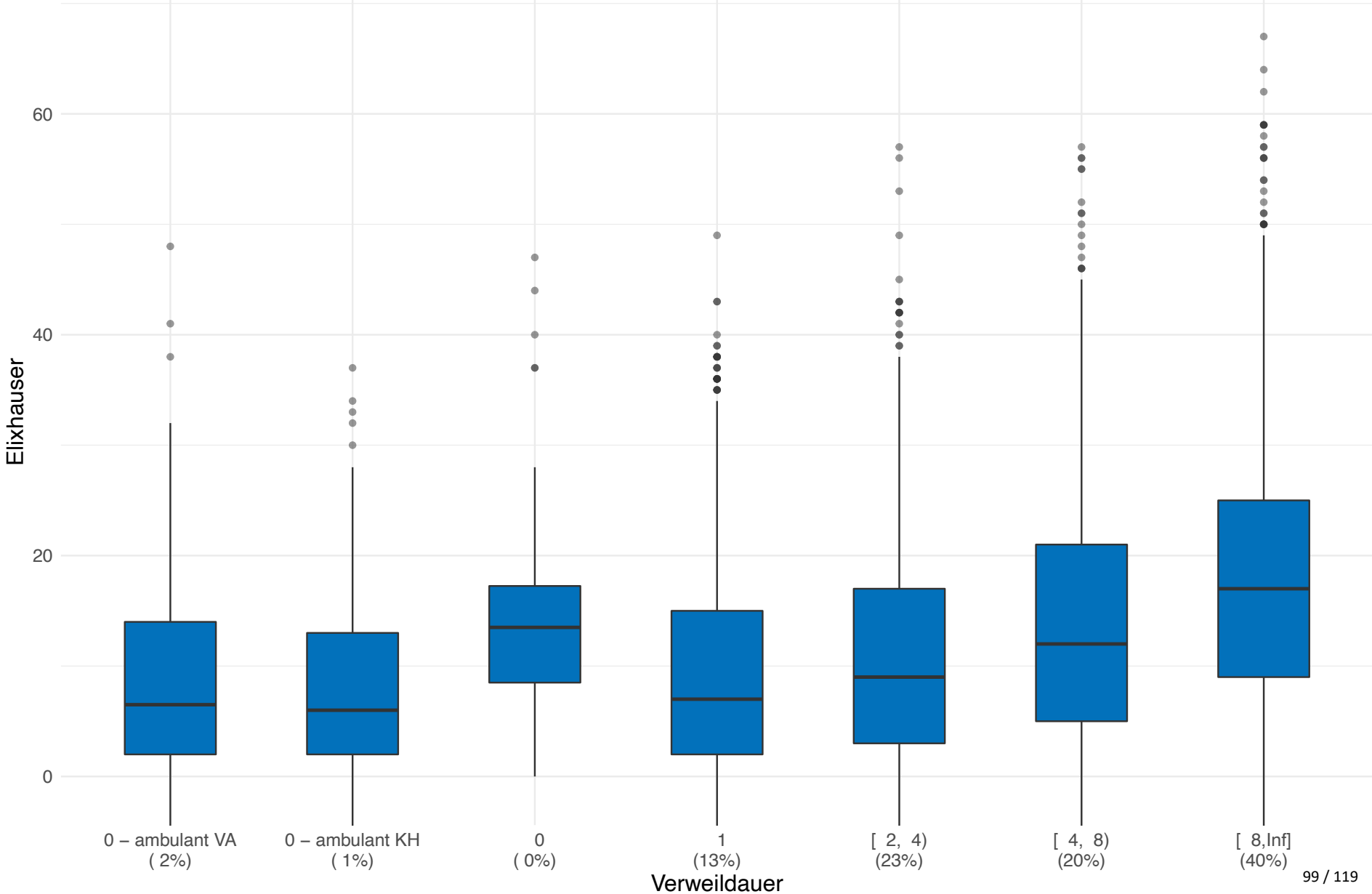
# Morbidität nach Elixhauser bei OPS 1-672

## Diagnostische Hysteroskopie



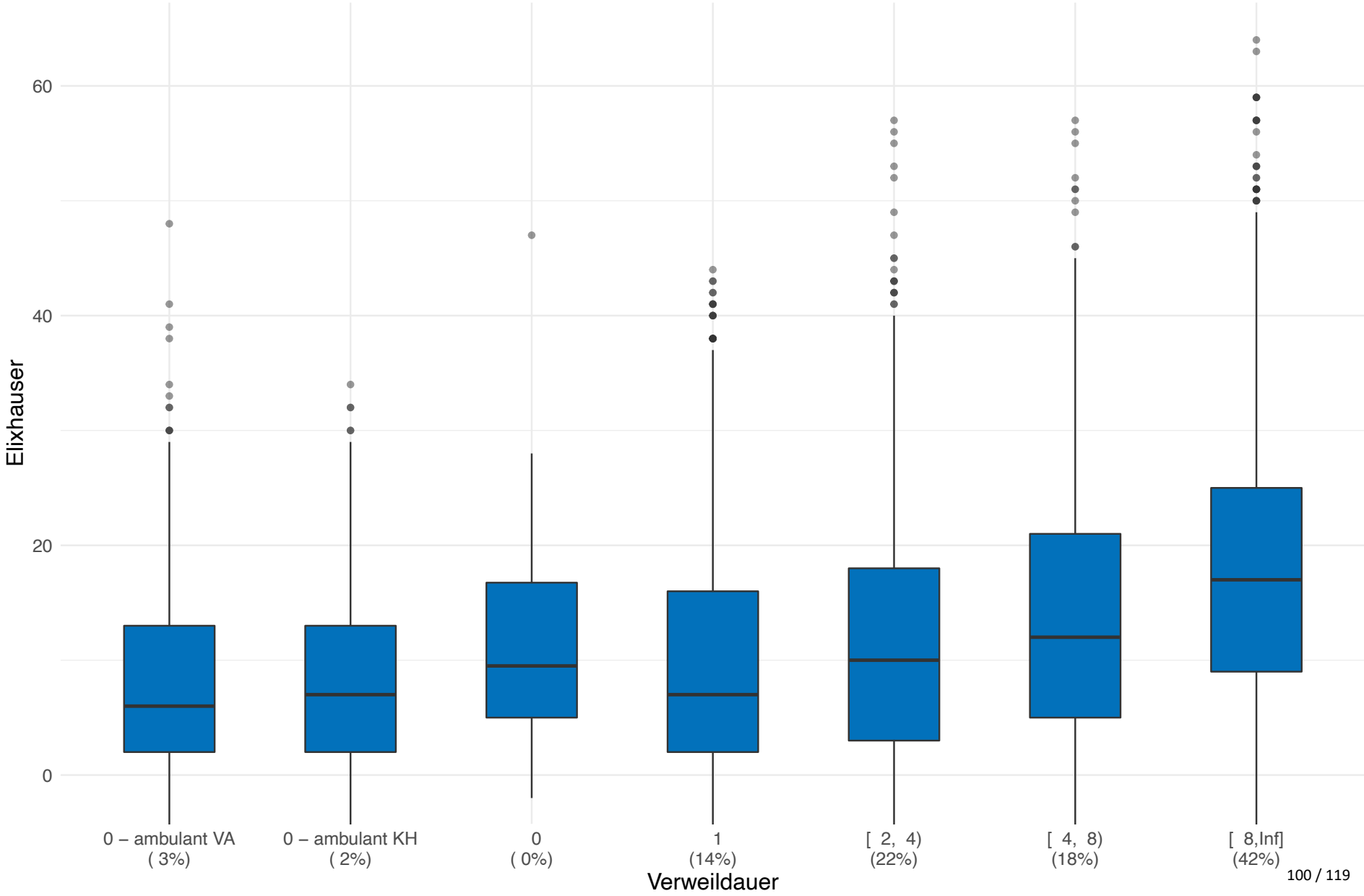
# Morbidität nach Elixhauser bei OPS 3-605

## Arteriographie der Gefäße des Beckens

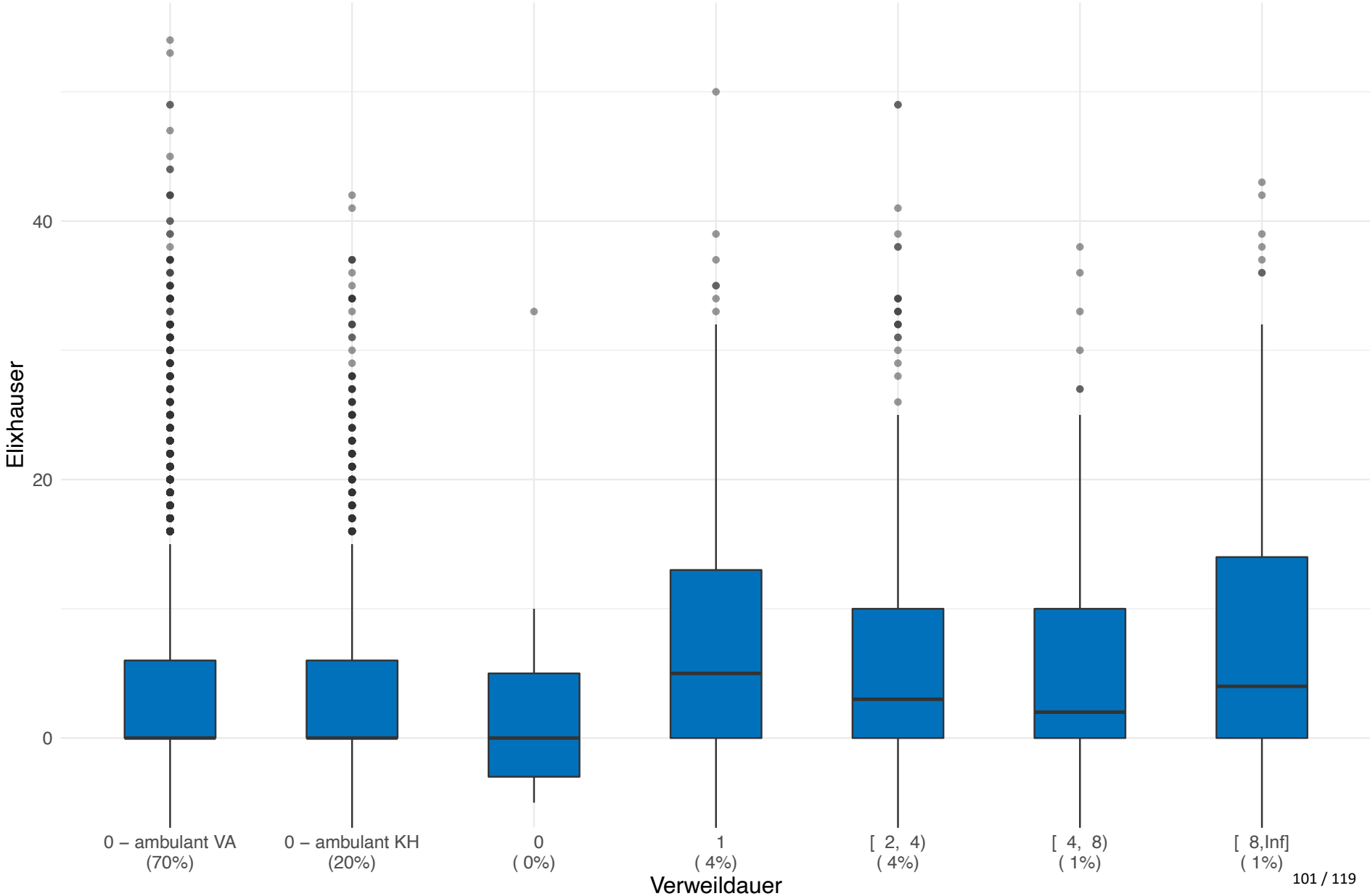


# Morbidität nach Elixhauser bei OPS 3–607

## Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten

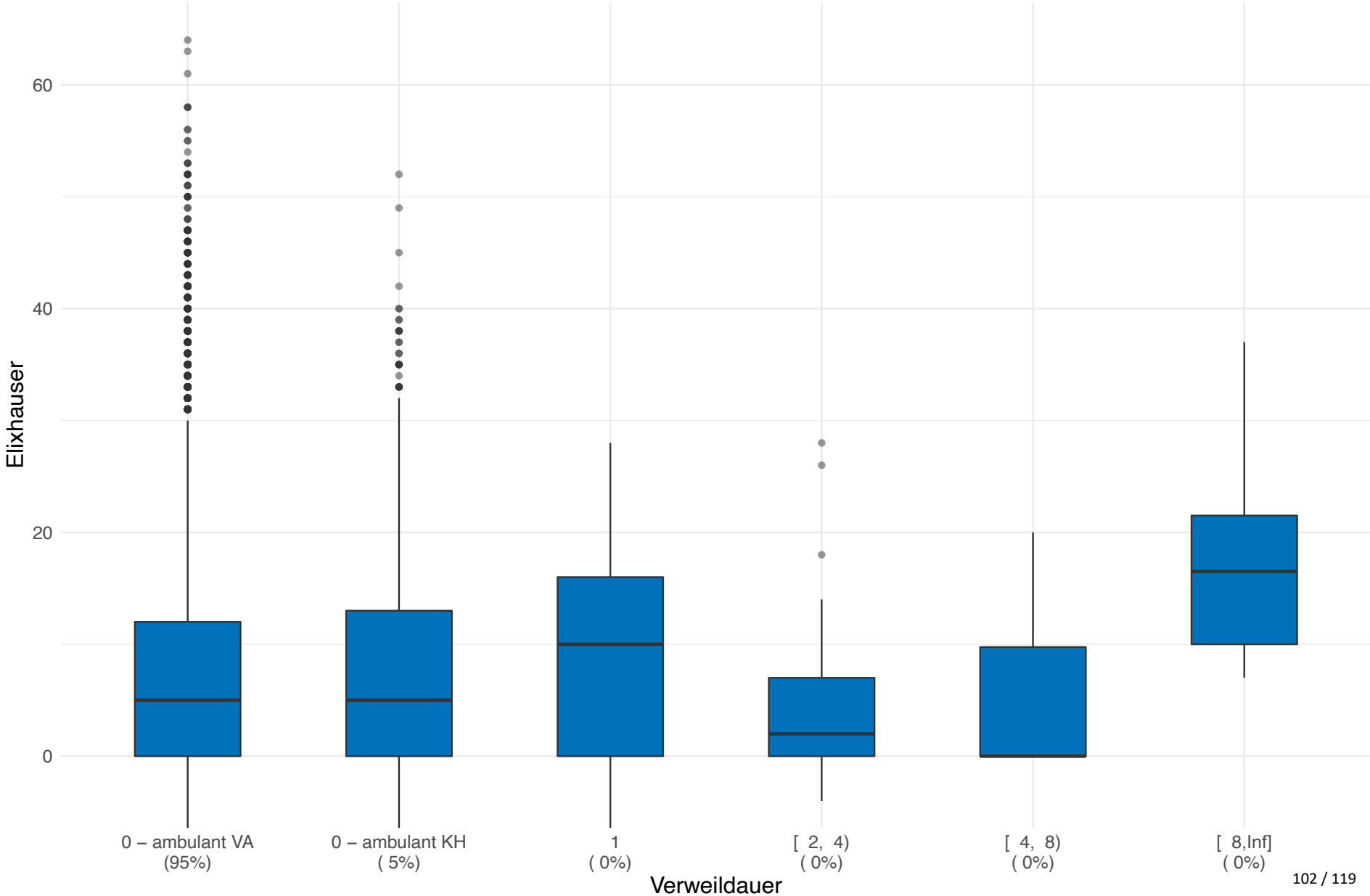


Morbidität nach Elixhauser bei OPS 5–056.4  
Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Hand



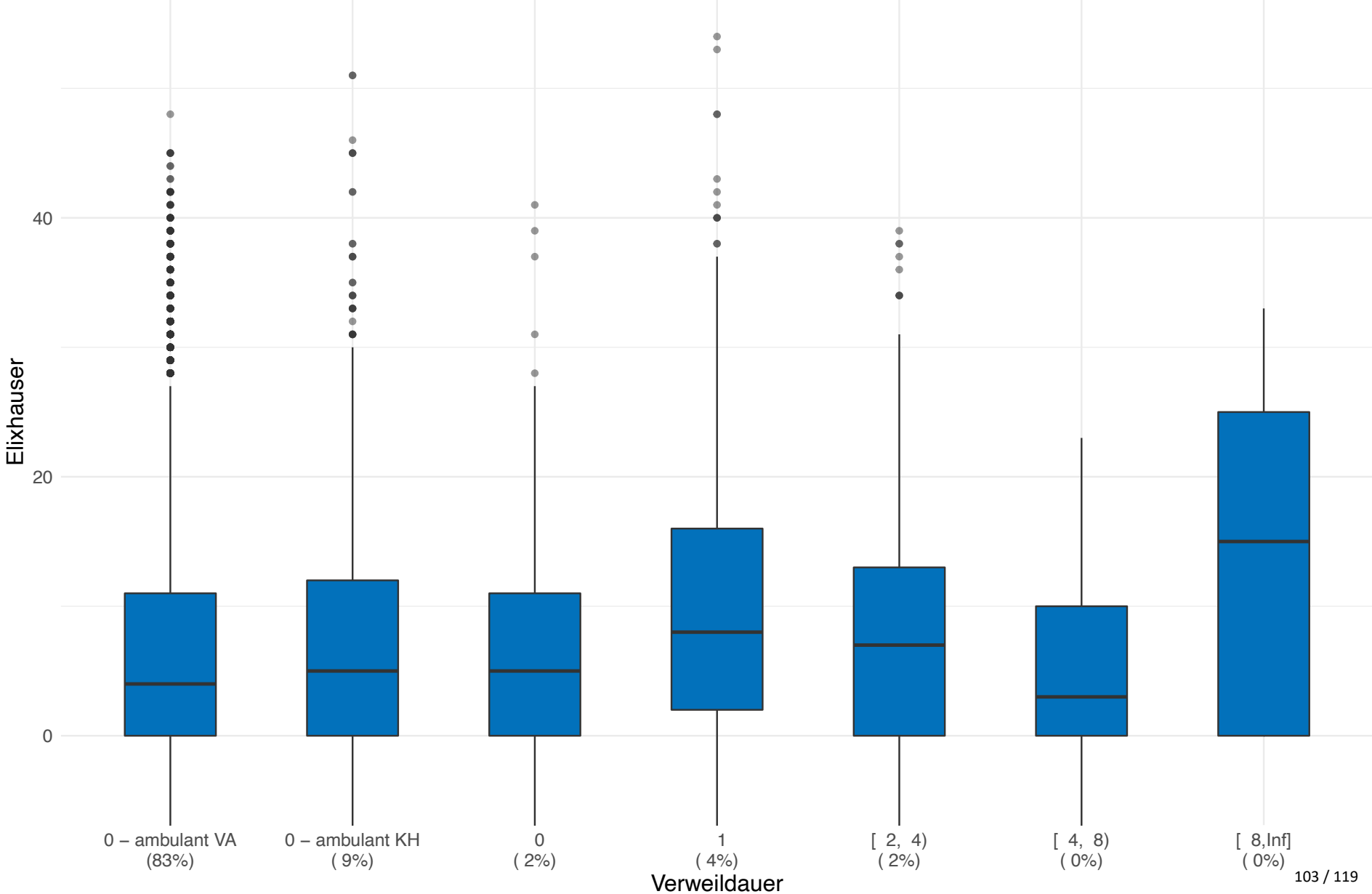
# Morbidität nach Elixhauser bei OPS 5-142.2

Kapsulotomie der Linse: Kapsulotomie durch Laser



# Morbidität nach Elixhauser bei OPS 5-144.3

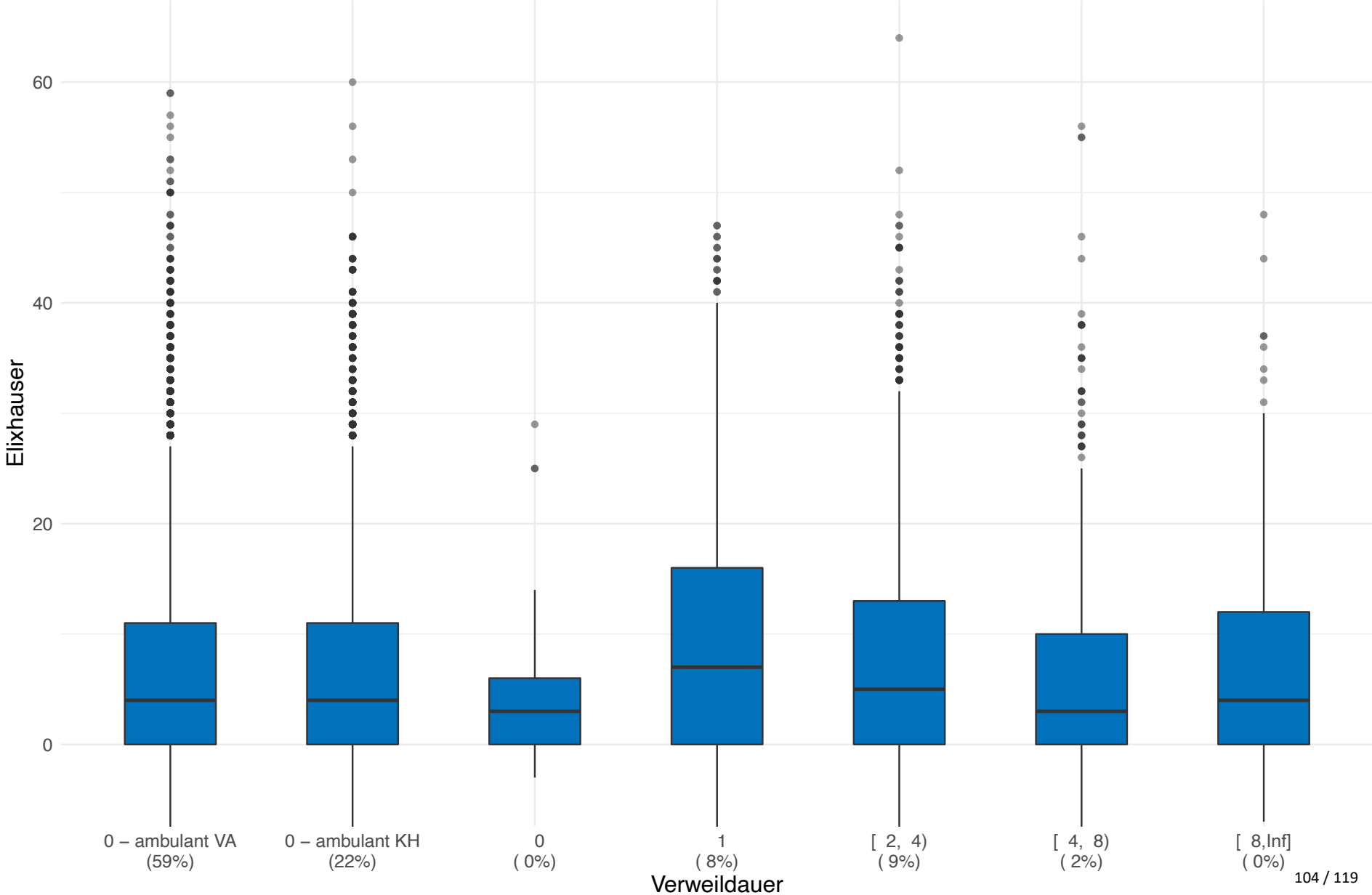
Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über sklero-kornealen Zugang





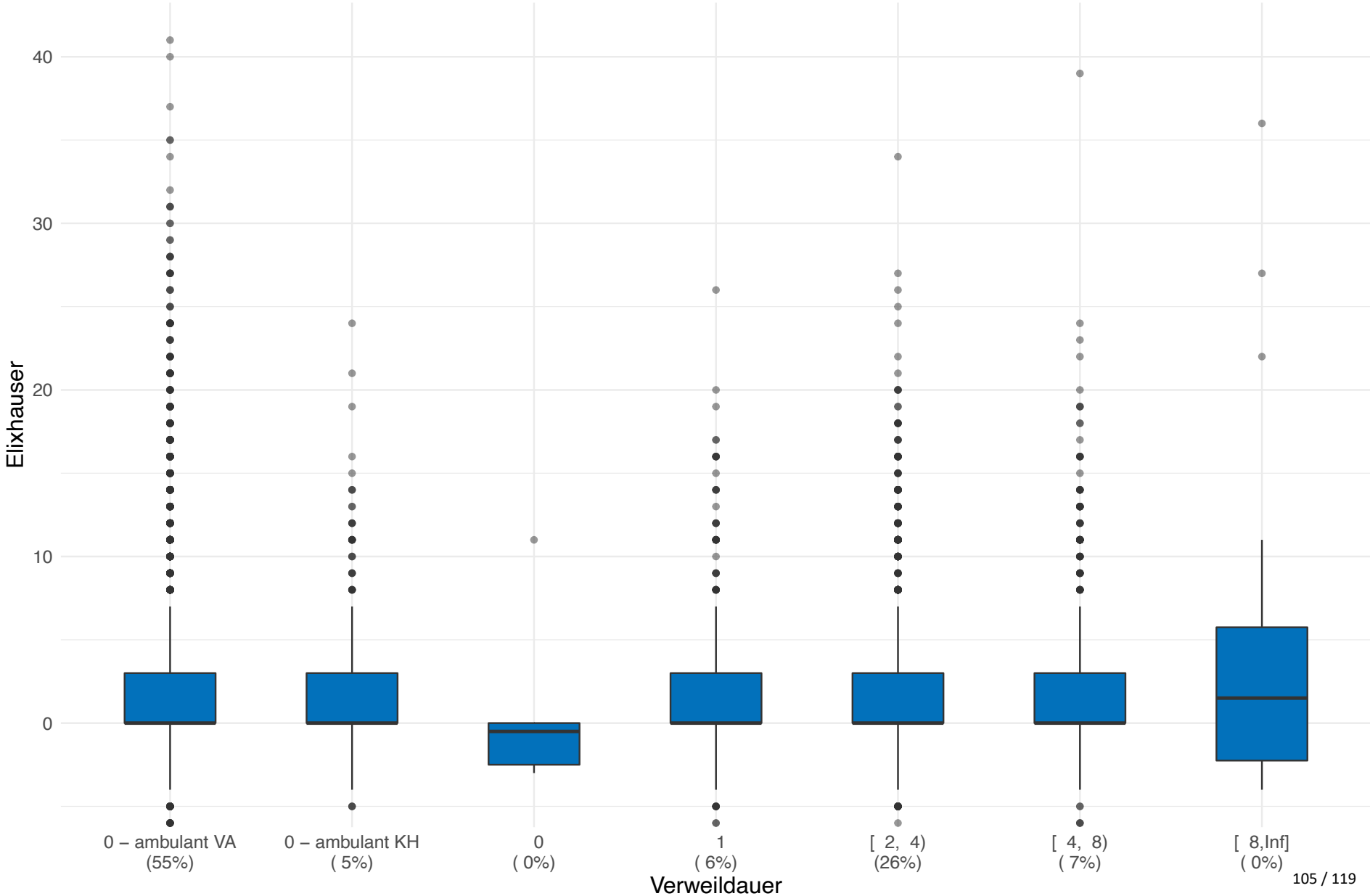
# Morbidität nach Elixhauser bei OPS 5–144.5

Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang



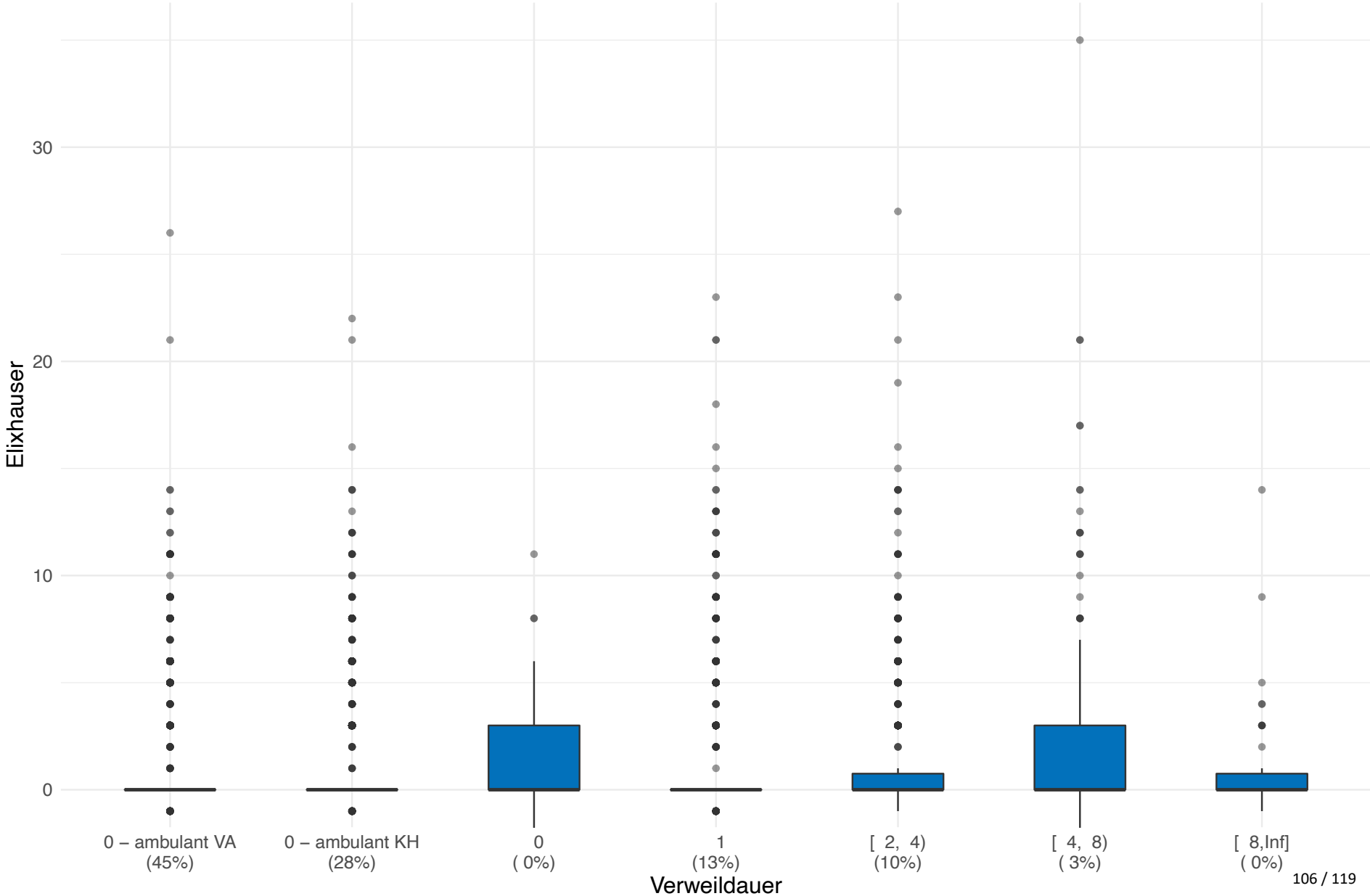
# Morbidität nach Elixhauser bei OPS 5–215.3

Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Submuköse Resektion



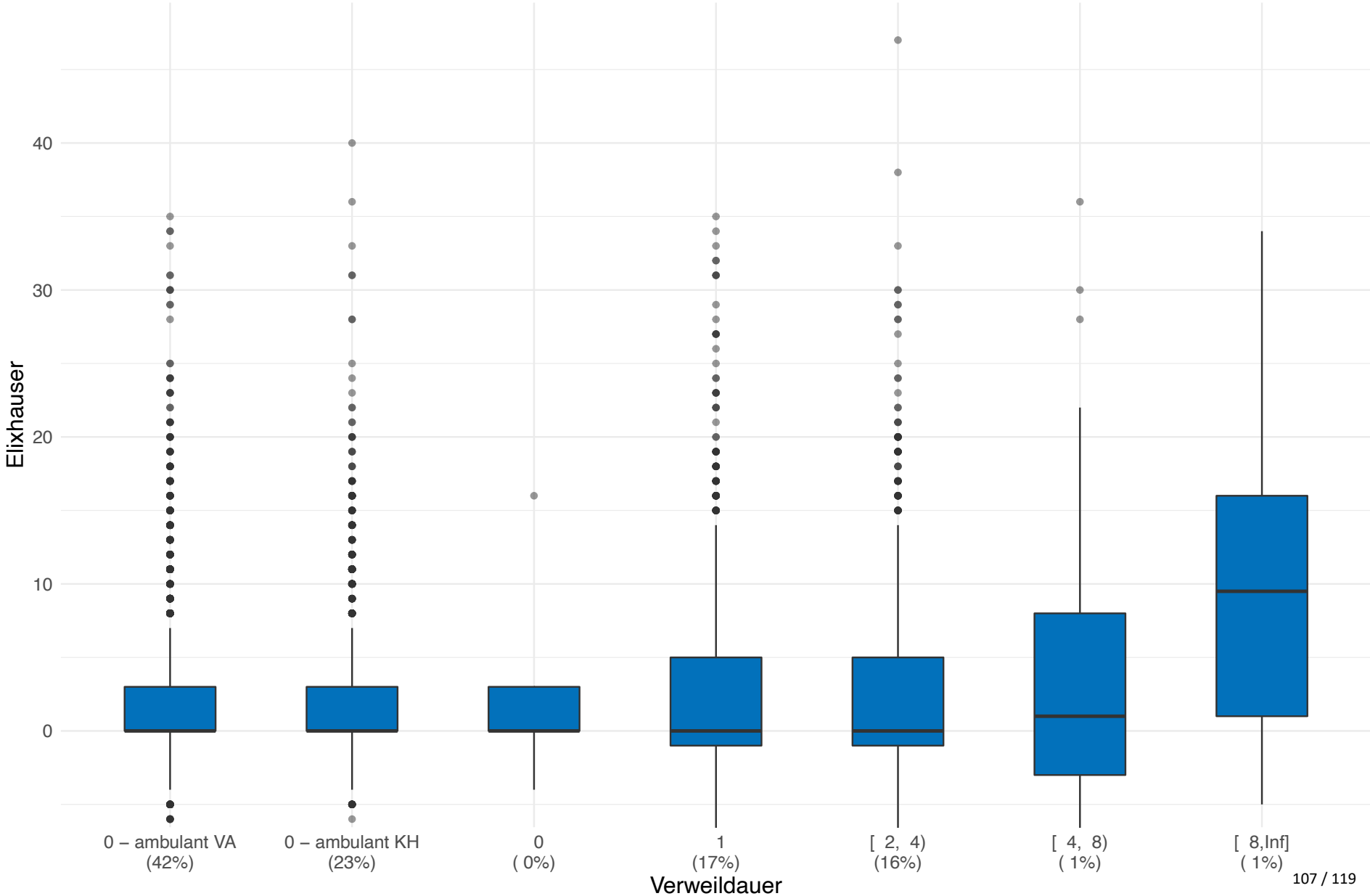
# Morbidität nach Elixhauser bei OPS 5–285.0

Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Primäreingriff



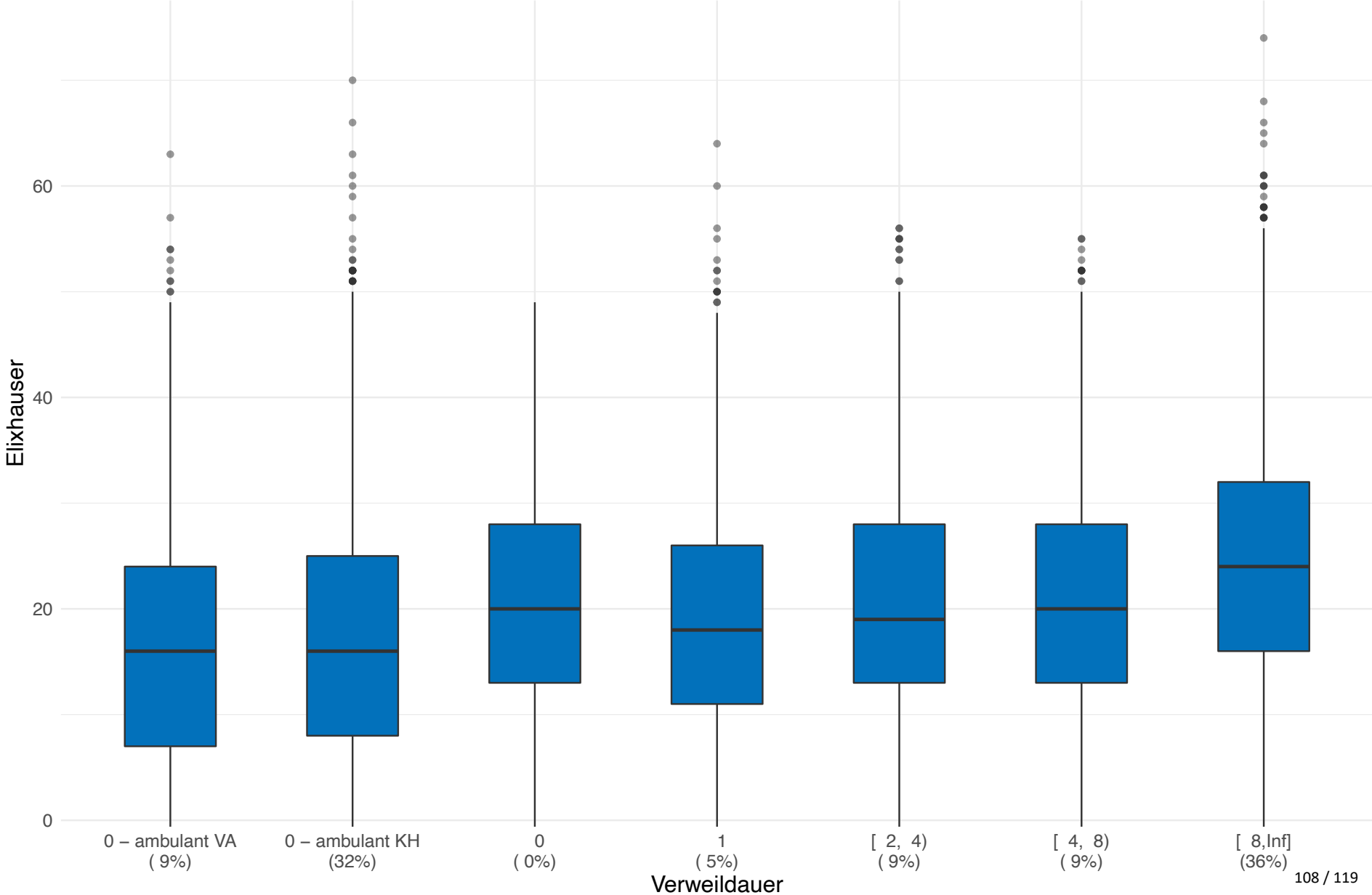
# Morbidität nach Elixhauser bei OPS 5–385.7

Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping



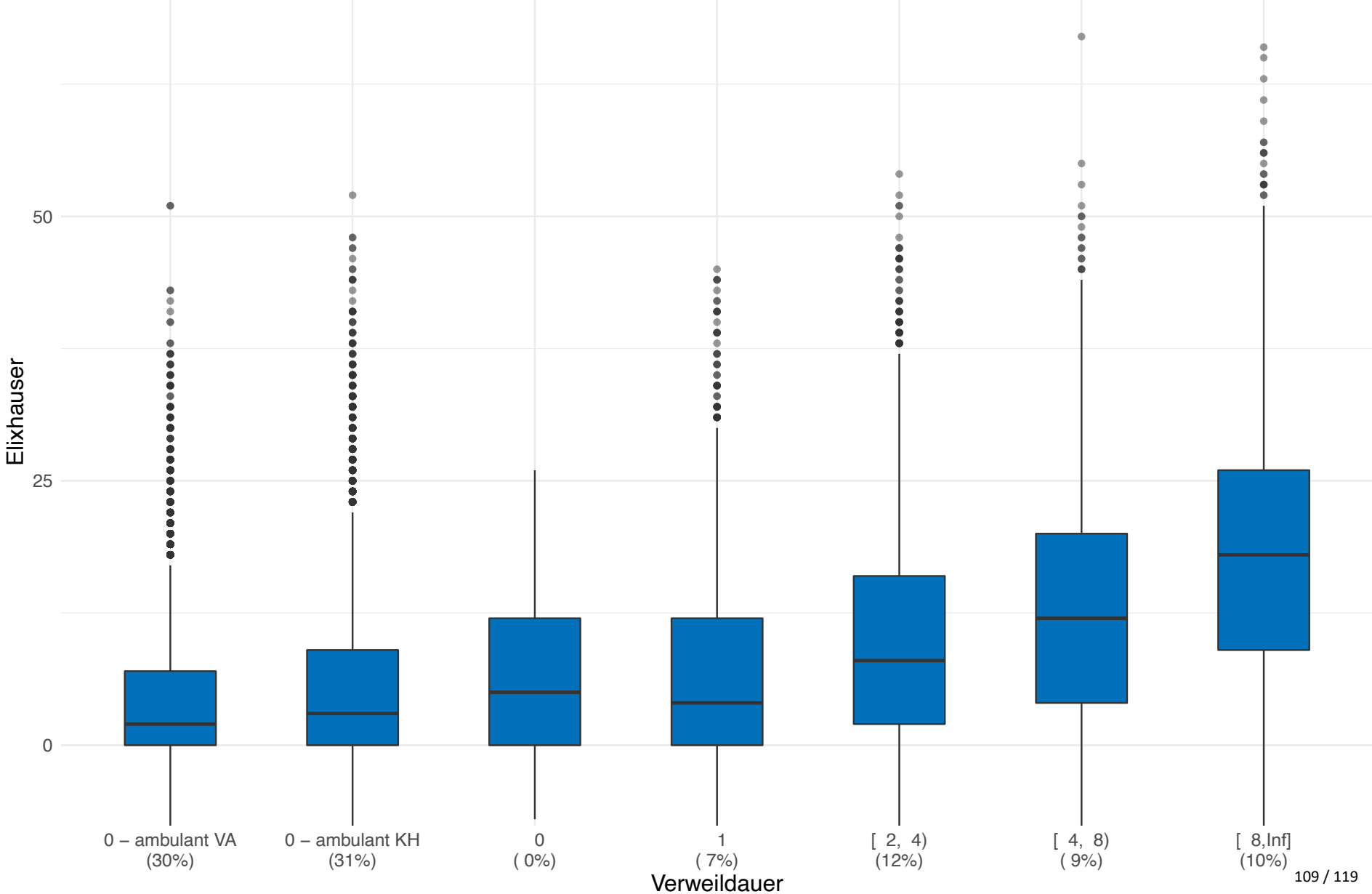
# Morbidität nach Elixhauser bei OPS 5-399.5

Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterversweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie)



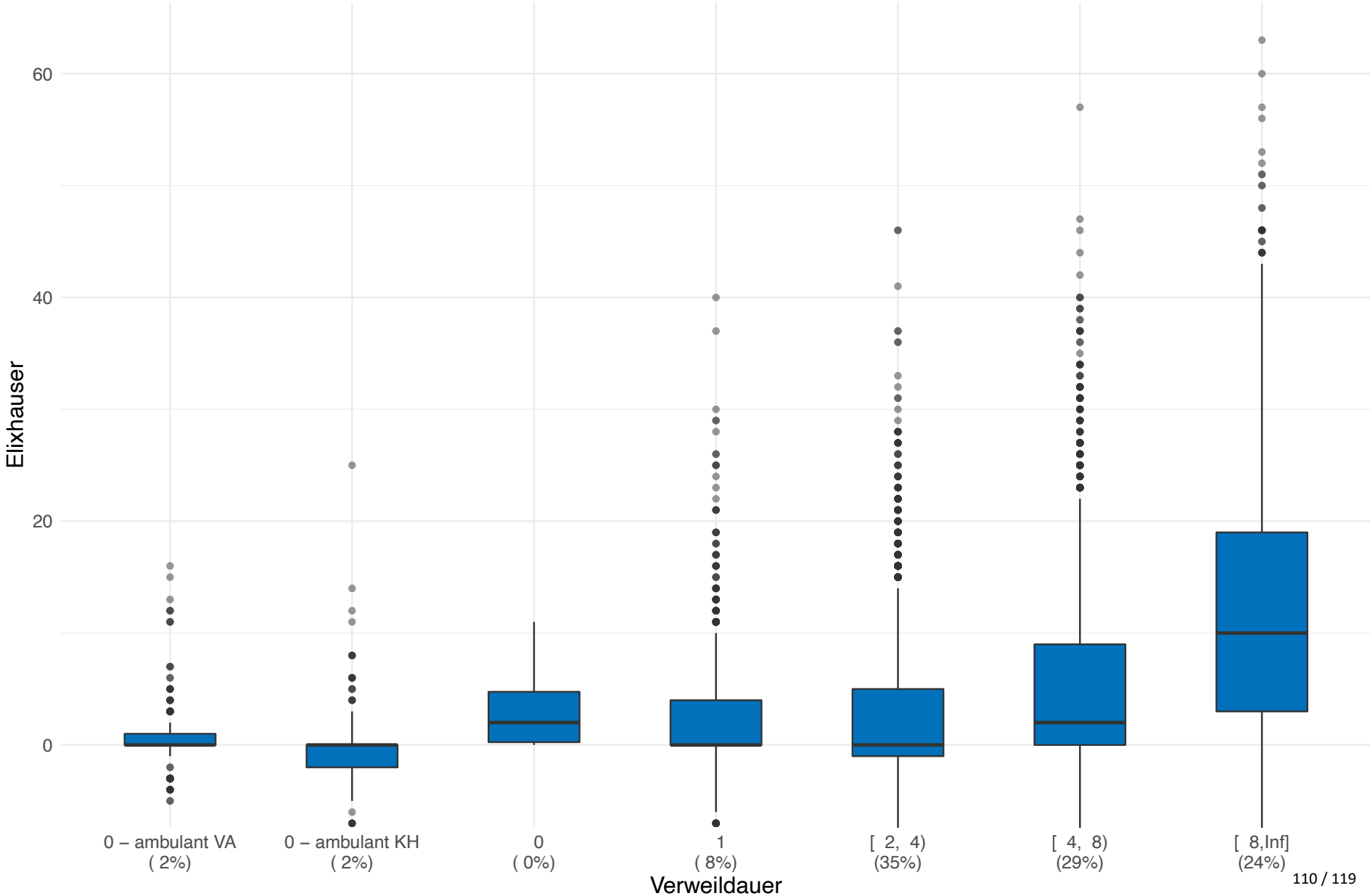
# Morbidität nach Elixhauser bei OPS 5–452.6

Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik)



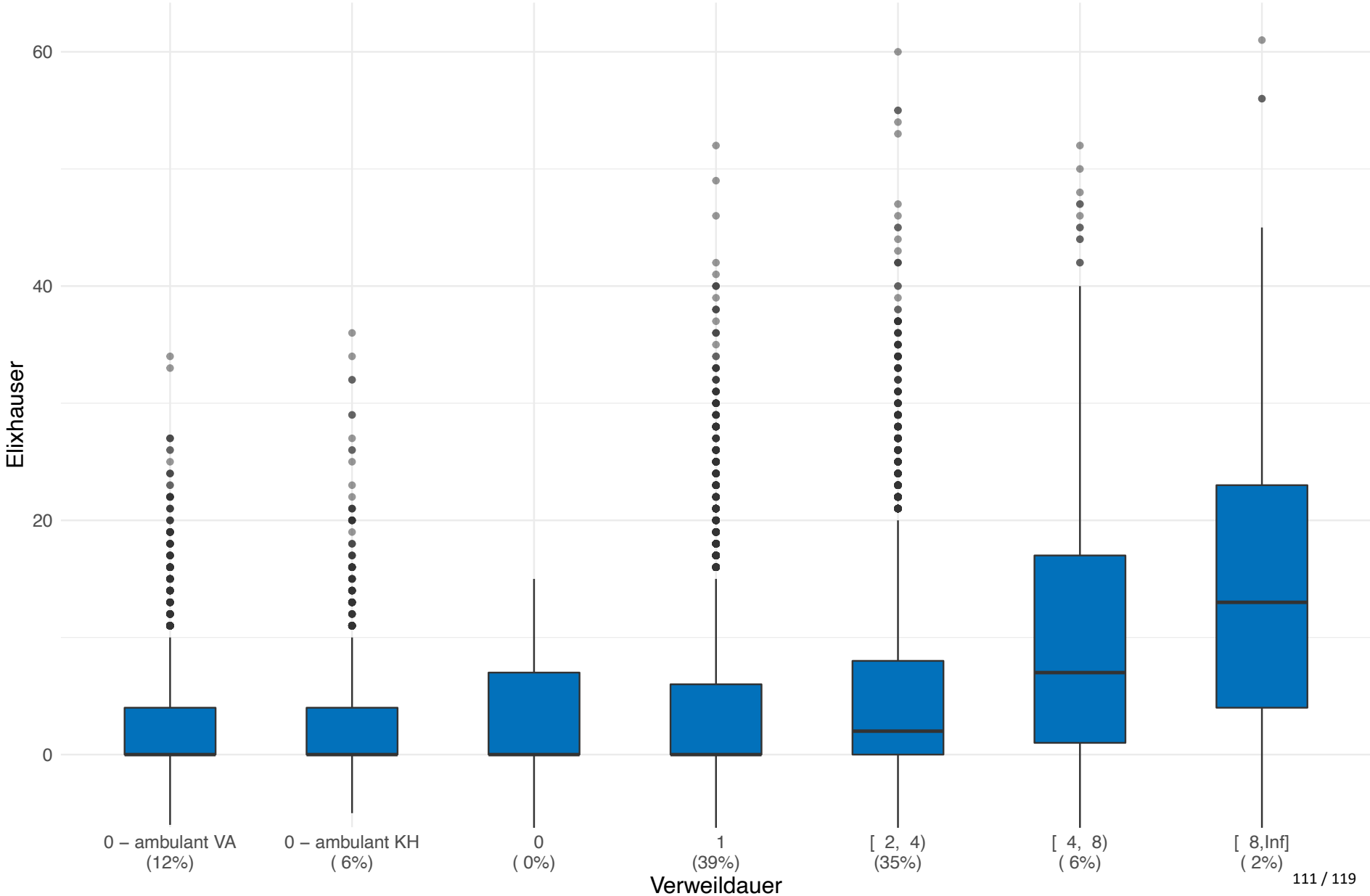
# Morbidität nach Elixhauser bei OPS 5-469.2

Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse



# Morbidität nach Elixhauser bei OPS 5–530.3

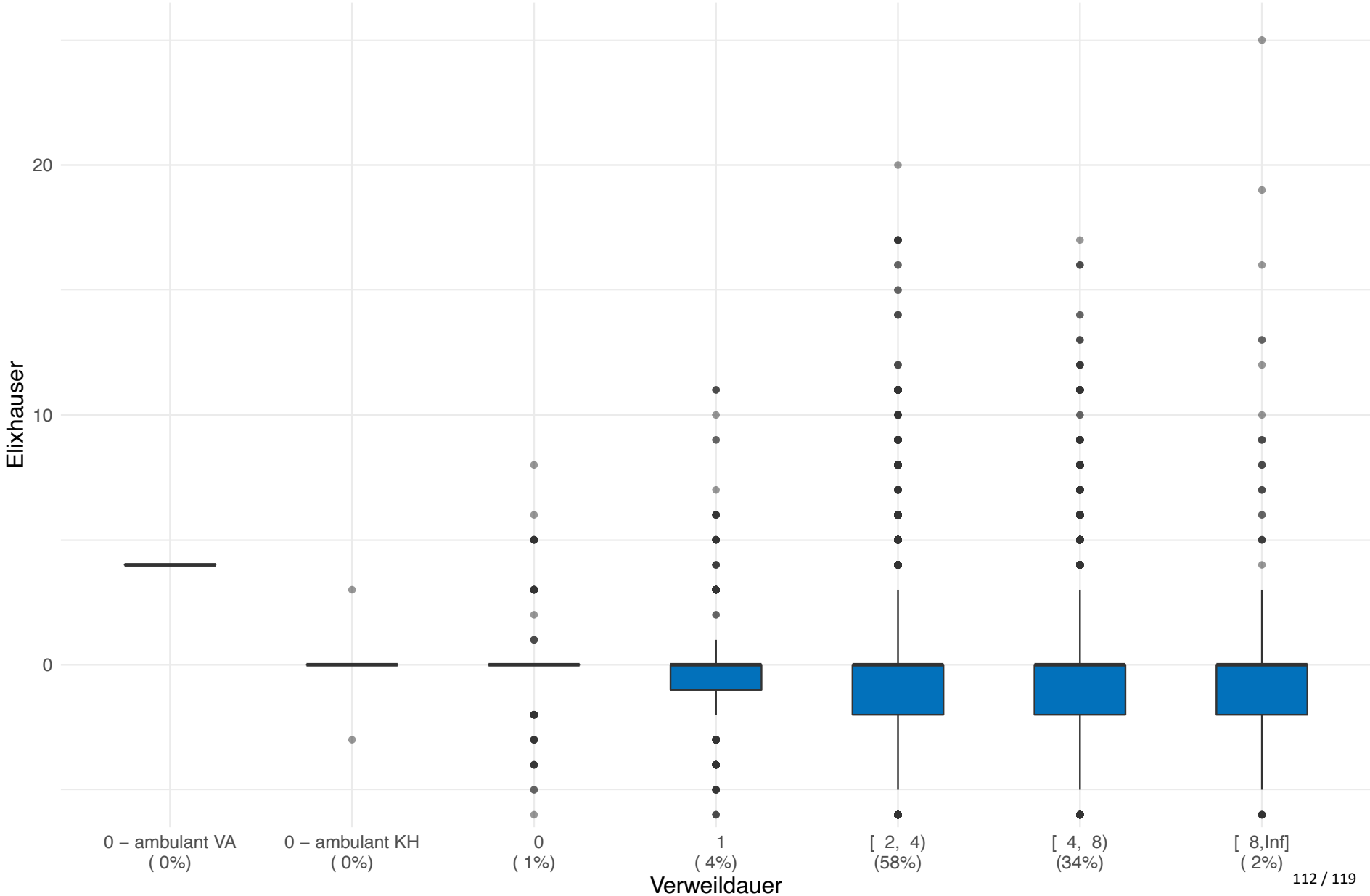
Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material





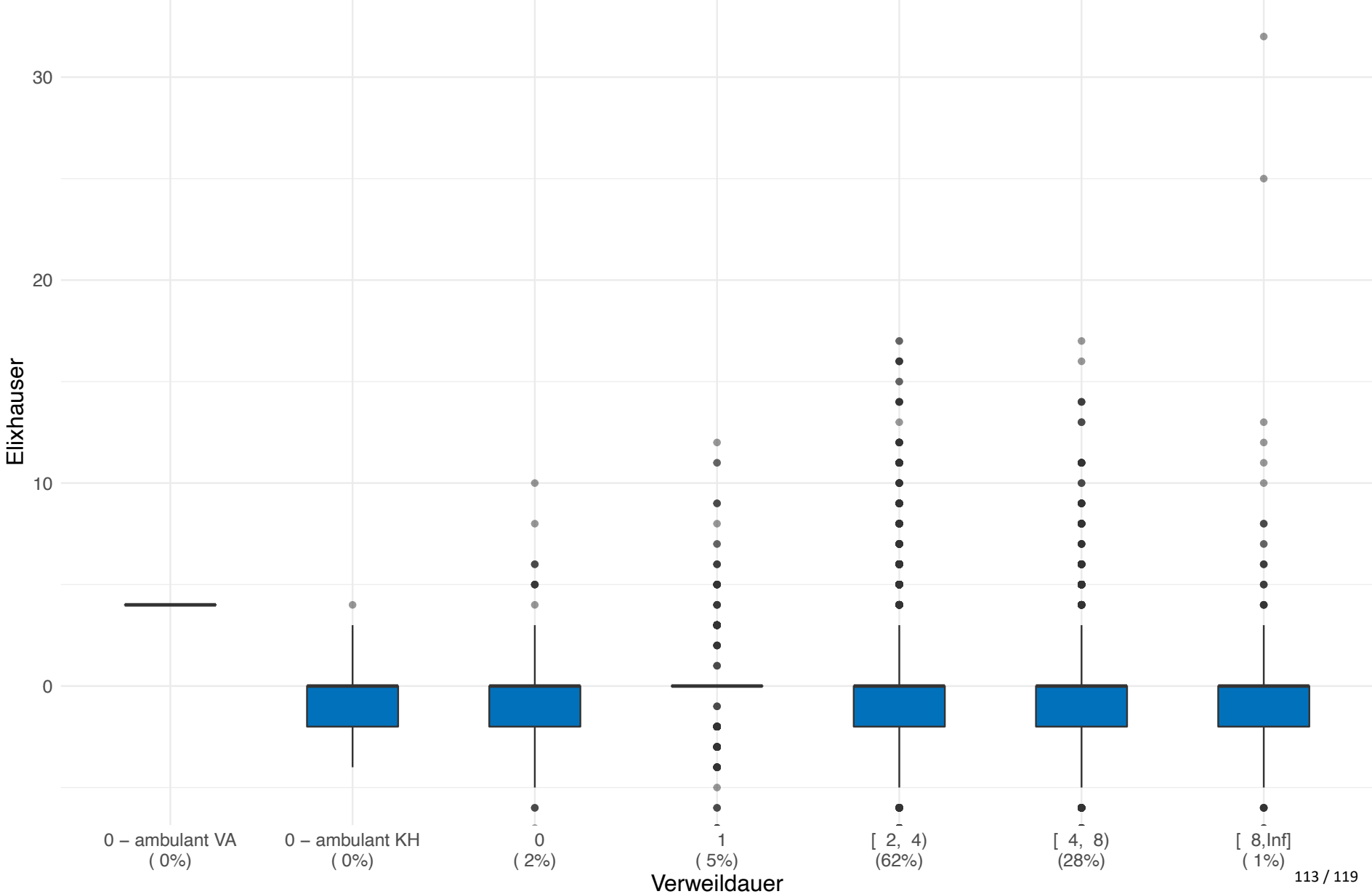
# Morbidität nach Elixhauser bei OPS 5-758.2

Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Vagina

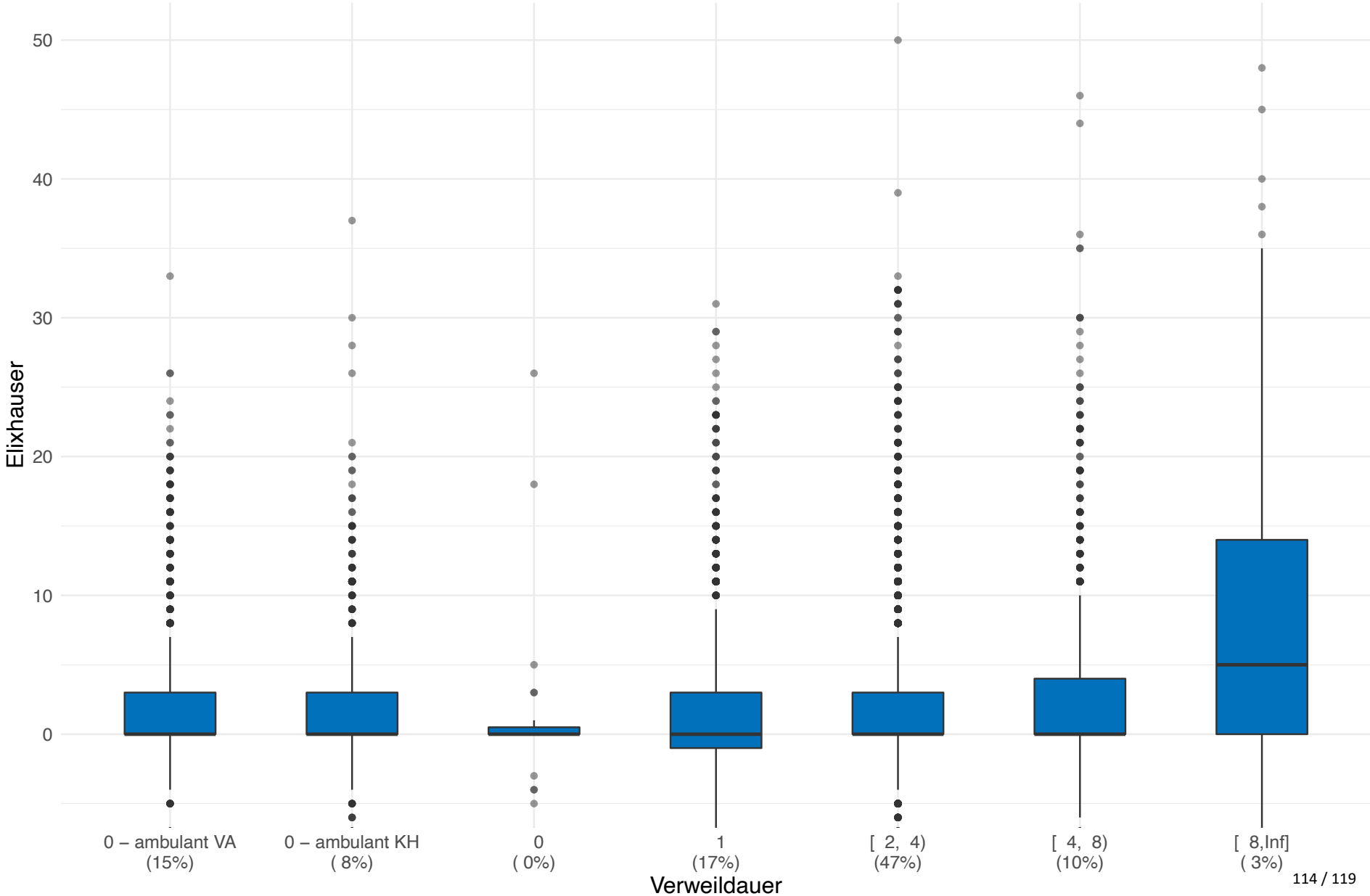


# Morbidität nach Elixhauser bei OPS 5-758.3

Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an der Haut von Perineum und Vulva

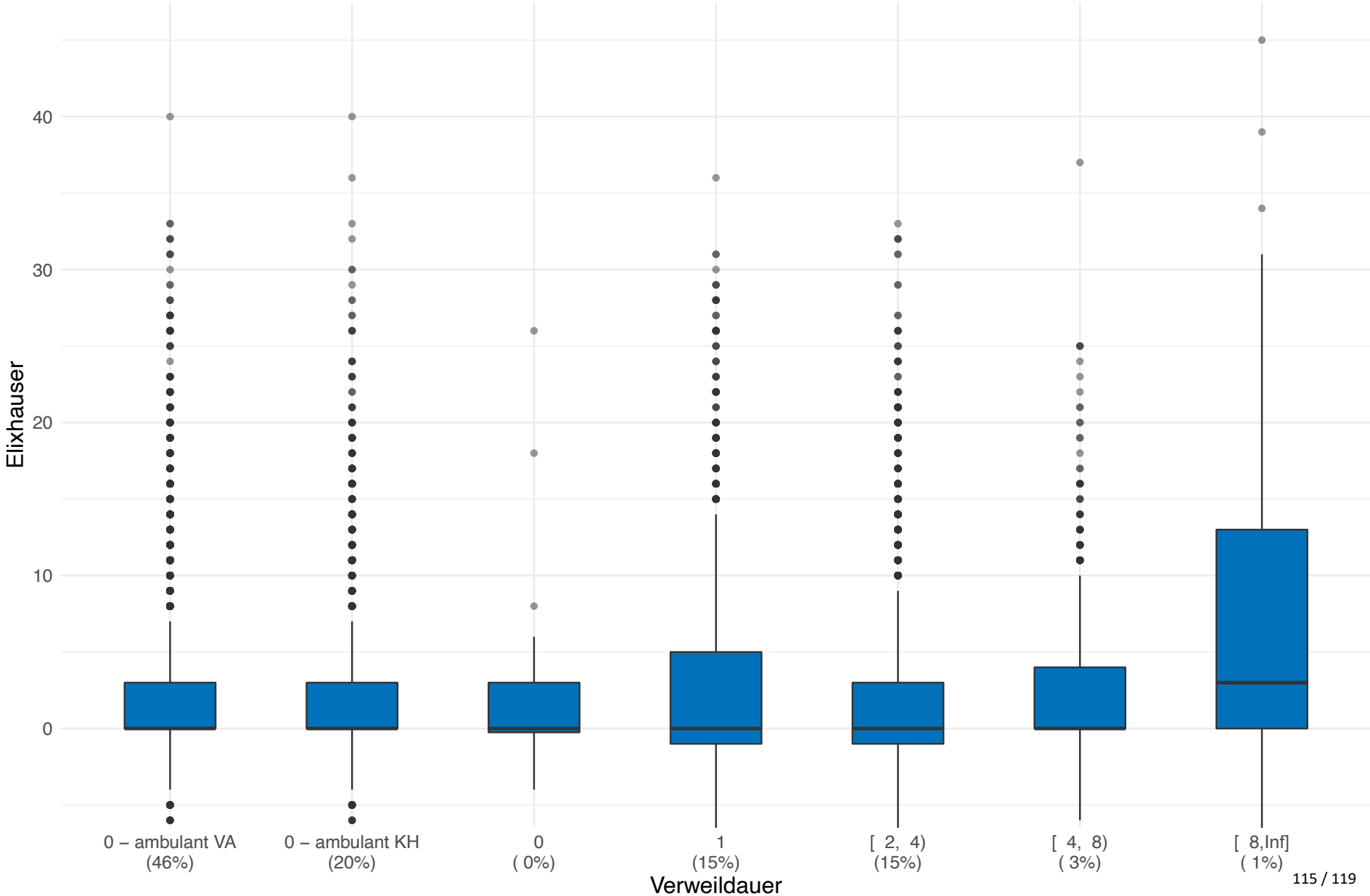


Morbidität nach Elixhauser bei OPS 5-811.2  
Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell



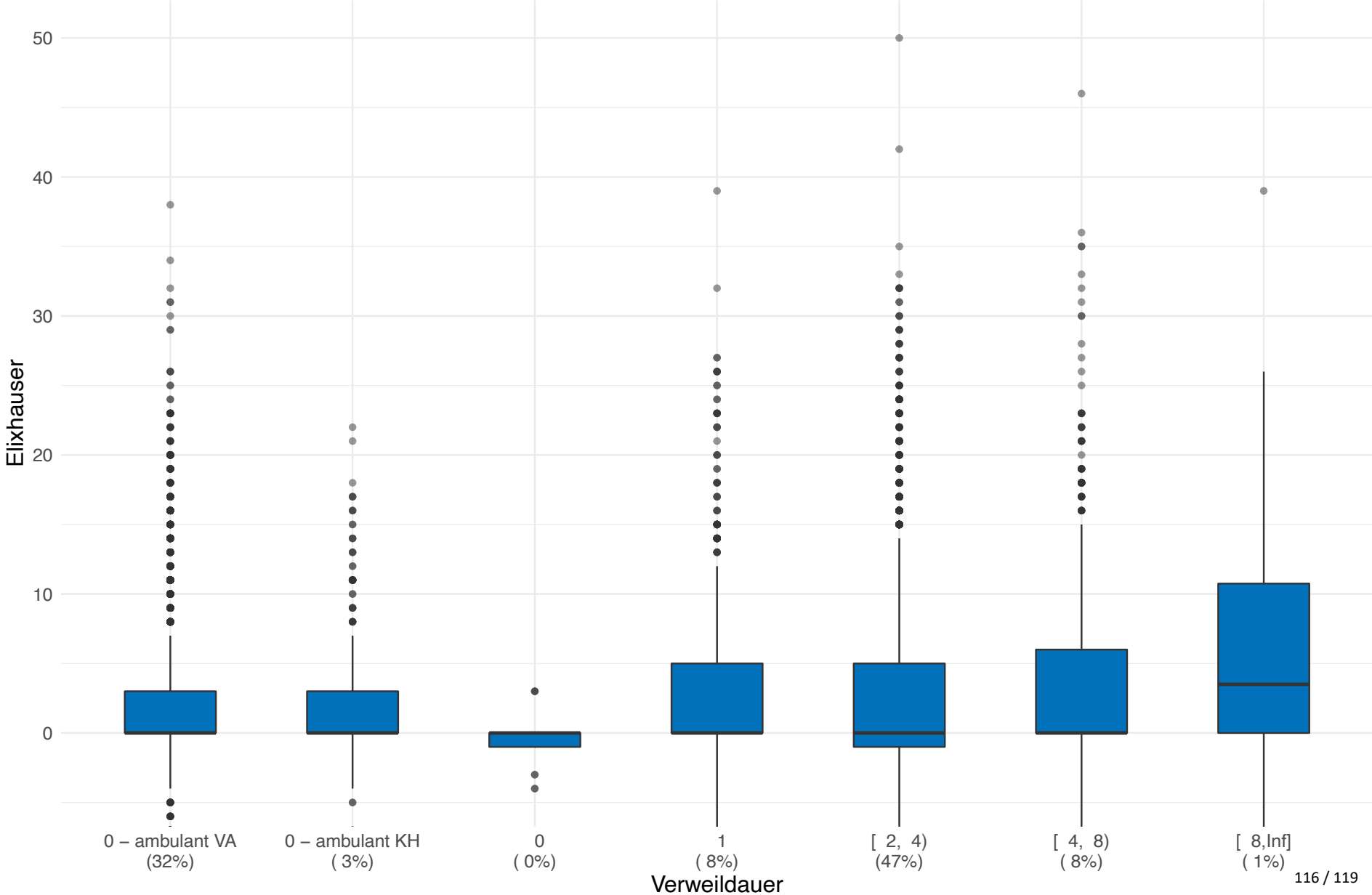
# Morbidität nach Elixhauser bei OPS 5-812.5

Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell



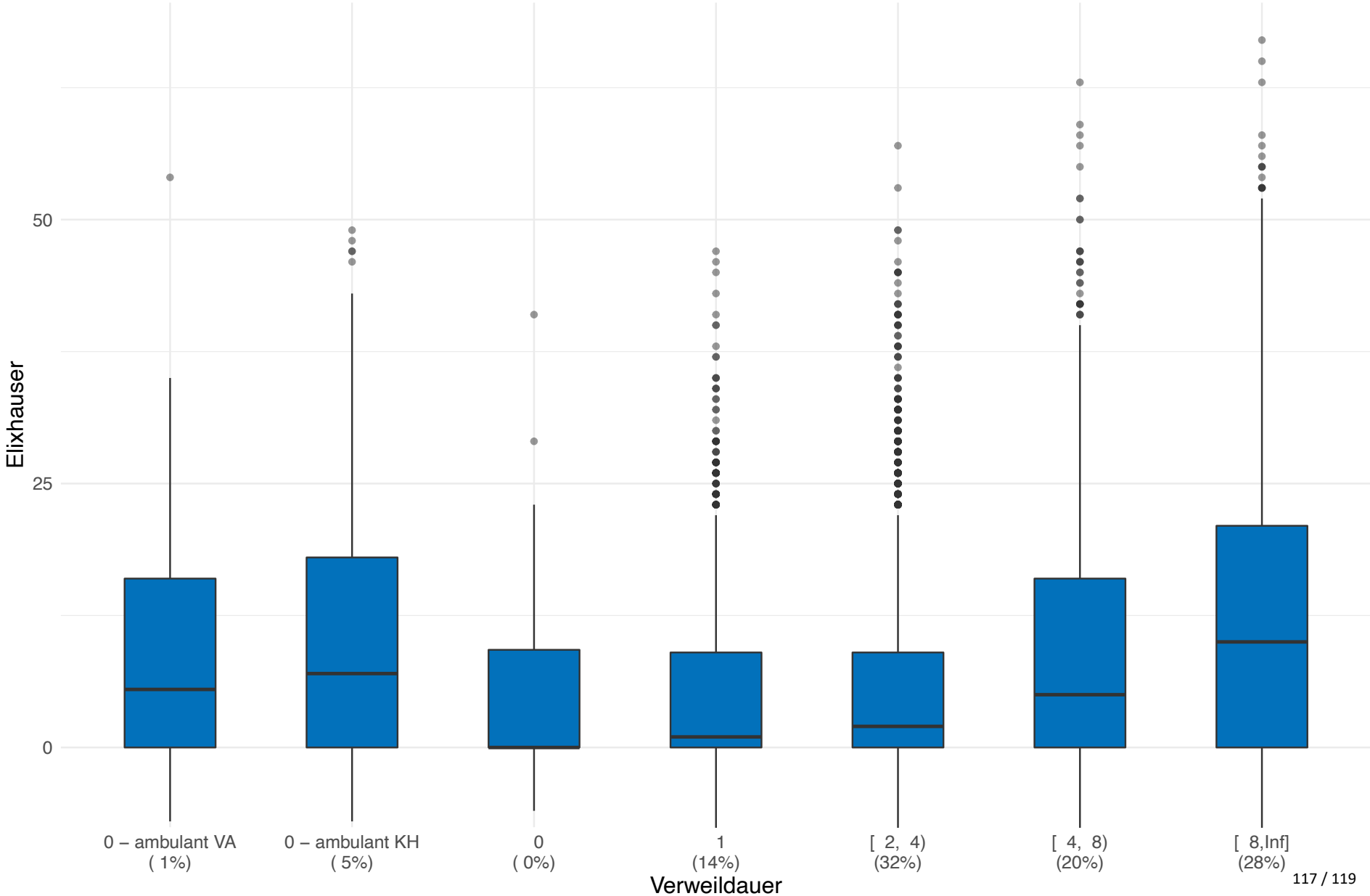
# Morbidität nach Elixhauser bei OPS 5-814.3

Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes



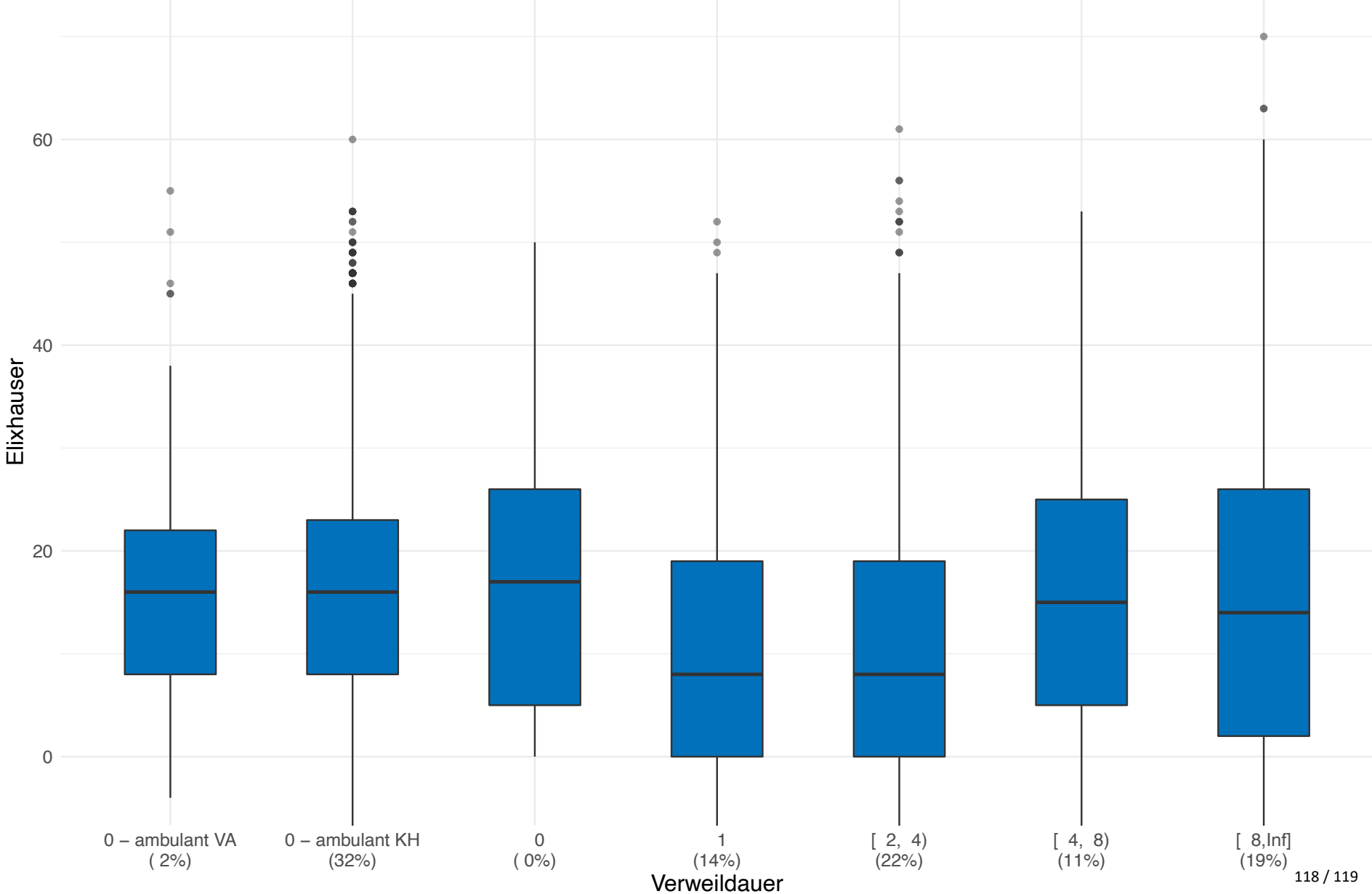
# Morbidität nach Elixhauser bei OPS 8–137.0

Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Einlegen

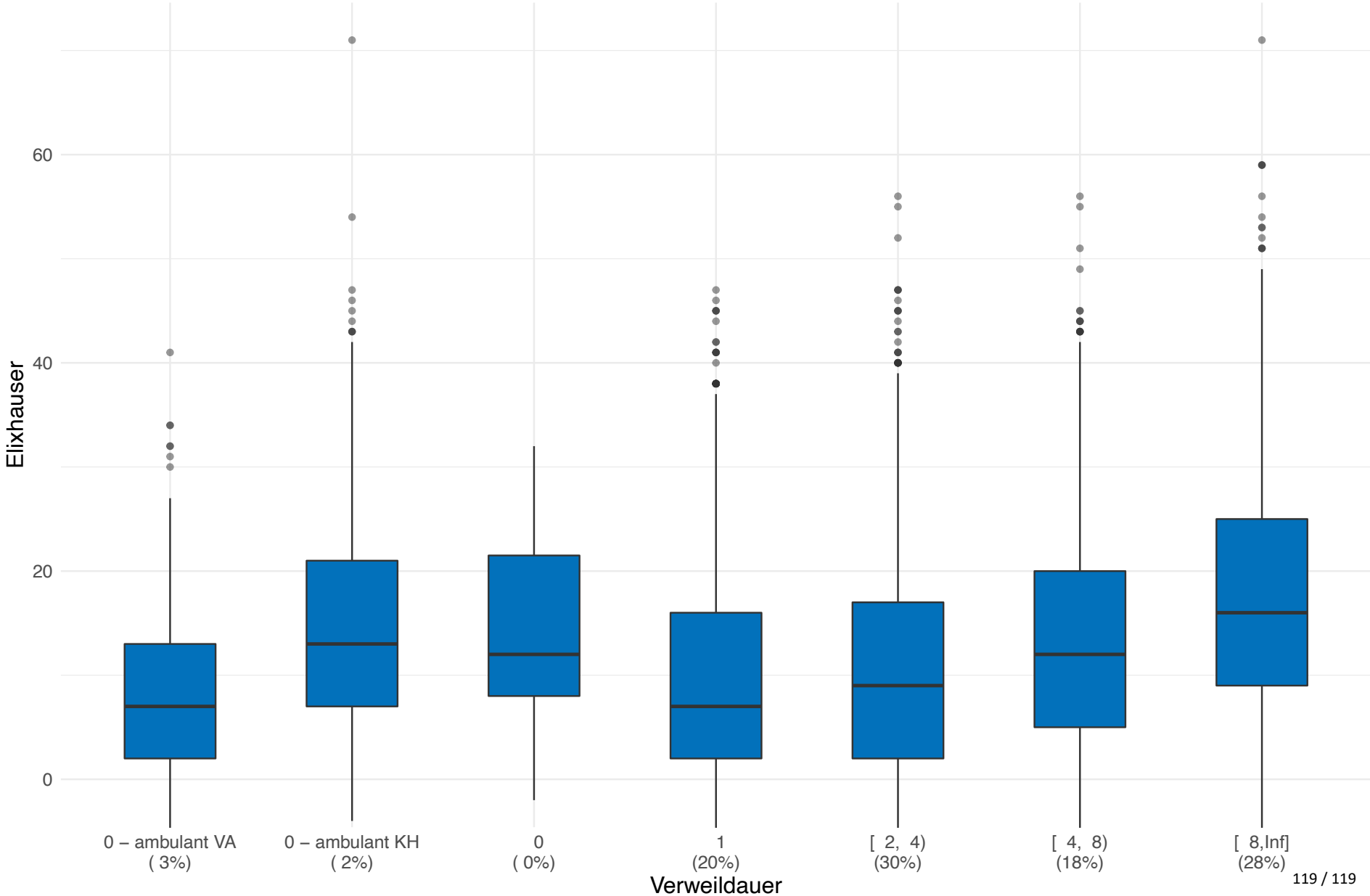


# Morbidität nach Elixhauser bei OPS 8-137.1

Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Wechsel



# Morbidität nach Elixhauser bei OPS 8–836.0 (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie





## Einheitliche, sektorengleiche Vergütung

Sehr geehrte Damen und Herren,

vor dem Hintergrund internationaler Erfahrungen wird für eine Reihe von diagnostischen und therapeutischen Leistungen in Deutschland vermutet, dass diese sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor (*sektorengleich*), erbracht werden (können). Wo dies der Fall ist, sollte die Entscheidung für den jeweiligen Sektor nicht auf Basis der Vergütung, sondern der medizinischen Eignung der Patient\*in gefällt werden. Diese Entscheidung könnte durch ein einheitliches Vergütungssystem unterstützt werden. **Ziel des Projektes** ist es, ein **Vergütungssystem** zu entwickeln, welches dieses ermöglicht.

Im Rahmen des vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses geförderten Projekts „Einheitliche, sektorengleiche Vergütung (ESV)“ geht daher ein breites Forschungskonsortium unter der Leitung des Hamburg Center for Health Economics (HCHE) mit Beteiligung des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI), des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Versorgung (Zi), der TU Berlin und dem BKK Dachverband e.V. der Frage nach, wie ein einheitliches, sektorengleiches Vergütungssystem für in verschiedenen Sektoren gleich erbrachte Leistungen in Deutschland ausgestaltet sein kann. Eine **Kurzbeschreibung des Projekts** wurde in der Ausgabe 02/2020 des Magazins „Passion Chirurgie“ veröffentlicht und liegt Ihnen **als Anlage** vor.

**Ihre Expertise und Meinung sind in diesem Zusammenhang für uns enorm wichtig.** Durch die vorliegende Befragung möchten wir einen Eindruck von dem Arbeitsalltag von Ärzt\*innen und Vertreter\*innen beider Sektoren und von Ihren Wünschen an ein sektorengleiches Vergütungssystem bekommen, um eine Vergütungsstruktur entwickeln zu können, die auf Ihre Akzeptanz trifft. Zudem würde uns interessieren, unter welchen Bedingungen Sie eine ambulante Durchführung ausgewählter Eingriffe für möglich halten.

Wir möchten Sie bitten, den **beiliegenden Fragebogen** entweder **selbst auszufüllen** oder **an Personen weiterzuleiten**, die entsprechenden Informationen haben. Es können selbstverständlich auch mehrere Personen arbeitsteilig den Bogen ausfüllen. Der Erhebungsbogen enthält eine laufende Nummer einzig zur Projektsteuerung. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Selbstverständlich werden die Ergebnisse ausschließlich anonymisiert dargestellt, sodass Rückschlüsse auf einzelne Personen, Praxen oder Einrichtungen nicht möglich sind.

Für Rückfragen steht Ihnen zur Verfügung:

<b>Name:</b>	<b>Dr. Matthias Offermanns</b>	
<b>Tel.:</b>	<b>0211 / 47 051-23</b>	<b>Deutsches Krankenhausinstitut</b>
<b>Fax:</b>	<b>0211 / 47 051-67</b>	<b>Hansaallee 201</b>
<b>E-Mail:</b>	<b>forschung@dki.de</b>	<b>40549 Düsseldorf</b>

Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Erhebungsbogen **baldmöglichst mit beiliegendem Rückkuvert** oder **per E-Mail** an [forschung@dki.de](mailto:forschung@dki.de) zu.

**Vielen Dank für Ihre Unterstützung!**



## 1 Bisherige Erfahrungen im Zusammenhang mit dem ambulanten Operieren

Erlauben Sie uns, zunächst ein paar Fragen zu Ihrer bisherigen Tätigkeit im Zusammenhang mit dem ambulanten Operieren zu stellen. Wir möchten gerne erfahren, in welchem Umfang und Setting Sie ambulant operieren und welche Gründe Sie dazu bewegen.

1A In welchem Umfang nimmt Ihr Krankenhaus bereits am ambulanten Operieren teil?

Weniger als 100 Fälle je Quartal	<input type="checkbox"/>	100 – 199 Fälle je Quartal	<input type="checkbox"/>
200 – 299 Fälle je Quartal	<input type="checkbox"/>	300 – 399 Fälle je Quartal	<input type="checkbox"/>
400 – 499 Fälle je Quartal	<input type="checkbox"/>	500 oder mehr Fälle je Quartal	<input type="checkbox"/>

1B In welchem Setting operieren Sie bereits ambulant? (Mehrfachantworten möglich)

In den Räumlichkeiten, in denen auch stationäre Eingriffe durchgeführt werden.	<input type="checkbox"/>	In einem ambulanten OP-Zentrum.	<input type="checkbox"/>
In einem MVZ am Krankenhaus.	<input type="checkbox"/>	Mit ermächtigten Ärzt*innen an unserem Krankenhaus.	<input type="checkbox"/>
Mit Belegärzt*innen (Leistungen gemäß Kapitel 36.2 EBM).	<input type="checkbox"/>	Mit Vertragsärzten Rahmen eines Honorararztvertrages nach § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV.	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar:			<input type="checkbox"/>

1C Welche Gründe motivieren Sie zum ambulanten Operieren? (Mehrfachantworten möglich)

Den Patient*innen wird dadurch eine schnelle Rückkehr in das häusliche Umfeld ermöglicht.	<input type="checkbox"/>	Die Patient*innen erhalten dadurch eine Betreuung „aus einer Hand“.	<input type="checkbox"/>
Das Krankenhaus kann neue Patient*innen gewinnen.	<input type="checkbox"/>	Für die Ärzt*innen ist es eine Abwechslung zu ihrem sonstigen Alltag.	<input type="checkbox"/>
Die Ärzt*innen können hierdurch (medizinisch) spannende Fälle behandeln.	<input type="checkbox"/>	Das Krankenhaus kann hierdurch neue Ärzt*innen gewinnen.	<input type="checkbox"/>
Das Krankenhaus kann hierdurch eine neue Erlösquelle erschließen.	<input type="checkbox"/>	Das Krankenhaus möchte konkurrenzfähig sein.	<input type="checkbox"/>
Es wird attraktiv vergütet.	<input type="checkbox"/>	Sonstiges und zwar:	<input type="checkbox"/>

## 2 Leistungsumfang

An dieser Stelle würden wir gerne von Ihnen erfahren, wie Sie zu einer möglichen Erweiterung des Leistungsumfangs des ambulanten Operierens stellen. Ebenso sind wir daran interessiert, welche Gründe für Sie dafür oder dagegen sprechen, und welche Herausforderungen Sie bei einer Ausweitung erwarten.

2A Würden Sie es begrüßen, wenn der **Leistungsumfang** im Rahmen des ambulanten Operierens **erweitert** werden würde?

<b>Ja, grundsätzlich</b> sollte es eine Öffnung für alle Leistungen (auch derzeit stationäre) geben.	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
<b>Ja, für alle Leistungen</b> , die auch Vertragsärzte ambulant operieren dürfen.	<input type="checkbox"/>	Keine Angabe möglich	<input type="checkbox"/>

2B Hat Ihr Krankenhaus grundsätzlich <b>Interesse</b> , den Umfang an ambulanten Operationen <b>zu erhöhen</b> ?	Gar nicht	Wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Sehr
Erhöhung der Leistungszahlen innerhalb des bestehenden Portfolios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausweitung des Portfolios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2C Sehen Sie für sich die <b>Möglichkeit</b> , den Umfang an ambulanten Operationen zu erhöhen?	Erhöhung der Leistungszahlen im bestehenden Portfolio	Ausweitung des Portfolios		
Ja, im bestehenden Setting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ja, im bestehenden Setting durch Erweiterung meiner bestehenden Infrastruktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ja, durch Kooperationen mit anderen Krankenhäusern / MVZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Nein, nicht möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Keine Angabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2D Welche <b>Herausforderungen</b> sehen Sie bei einer Erhöhung des Umfangs an ambulanten Operationen? (Mehrfachantworten möglich)	Stimme zu	Stimme teilweise zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu
Es wird aktuell <b>nicht kostendeckend</b> finanziert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unsere <b>Kapazitäten</b> sind bereits (überwiegend) <b>ausgelastet</b> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir können unsere <b>Kapazitäten nicht ausweiten</b> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir hätten <b>keine Zeit</b> mehr für unsere andere <b>Leistungserbringung</b> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die <b>Hygieneanforderungen</b> sind zu <b>umfassend</b> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die <b>Qualitätsanforderungen</b> sind zu <b>anspruchsvoll</b> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Personalknappheit</b> bei <b>ärztlichem</b> Personal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Personalknappheit</b> bei <b>nicht-ärztlichem</b> Personal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mangelnde fachliche</b> Expertise / Befähigung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Weitere Leistungen</b> sind aus <b>medizinischer Sicht</b> ambulant nicht geeignet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Gründe, und zwar:				

### 3 Vergütungskonzept

Die aktuelle Vergütung ist von den Unterschieden zwischen dem für stationäre Leistungen vorherrschenden DRG-System mit Fallpauschalen und dem für ambulante Leistungen gültigen EBM geprägt, welcher vornehmlich Versichertenpauschalen und Einzelleistungen vorsieht. Im vorliegenden Forschungsprojekt geht es darum, ein einheitliches, sektorengleiches Vergütungssystem für in verschiedenen Sektoren gleich erbrachte Leistungen in Deutschland auszugestalten.

Folgende Aspekte sind von besonderer Bedeutung: Personalkosten, Vorhaltekosten und Sachkosten.

- Personalkosten entsprechen im Wesentlichen der benötigten Arbeitszeit des ärztlichen bzw. nicht-ärztlichen Personals.
- Vorhaltekosten beziehen sich auf fixe, von der Leistungsmenge weitestgehend unabhängige Kosten, die durch das Erstellen und Bereithalten der erforderlichen Betriebskapazität verursacht werden (z. B. Anschaffungs- und Wartungskosten für größere technische Gerätschaft, Miet- / Raumkosten, Praxiseinrichtung).
- Sachkosten bezeichnen die im unmittelbaren Leistungszusammenhang anfallenden Kosten für Materialien (z. B. Implantate).

Da der Erfolg wesentlich von Ihrer Akzeptanz abhängt, bitten wir Sie, einige Einschätzungsfragen zu einem möglichen sektorengleichem Vergütungskonzept zu beantworten.

In der derzeitigen Kalkulation des EBM werden die Kosten des nicht-ärztlichen Personals und die Vorhaltekosten gemeinsam kalkuliert und im technischen Leistungsanteil (TL) zusammen ausgewiesen. In einem zukünftigen Vergütungssystem könnten diese aber getrennt finanziert werden. In diesem Fragenteil wird daher eine Trennung in Personalkosten, Vorhaltekosten und Sachkosten unterstellt.

3A Wie sollte ein **sektorengleiches Vergütungskonzept für Personalkosten** – unabhängig von der Höhe der Vergütung – Ihrer Meinung nach ausgestaltet sein?

Vollständig einzelleistungsorientiert (ähnlich der Struktur der alten GOÄ)	<input type="checkbox"/>
Je Leistungskomplex eine Pauschale (z. B. pro OP-Komplex, pro Anästhesiekomplex etc.)	<input type="checkbox"/>
Eine Pauschale für den gesamten Fall (ähnlich den DRG-Fallpauschalen vor Ausgliederung des Pflegebudgets)	<input type="checkbox"/>
Ein Mix aus Einzel- und pauschalen Leistungen	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar:	<input type="checkbox"/>

3B Wie sollte ein **sektorengleiches Vergütungskonzept für Sachkosten** Ihrer Meinung nach ausgestaltet sein?

Die Sachkosten sollten ... über ... vergütet werden.

	vollständig	überwiegend	vereinzelt	gar nicht
Einzelleistungsorientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kostenpauschalen, die den durchschnittlichen Kosten entsprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprechstundenbedarfsregelungen (vergleichbar zu Vertragsärzten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einzelaufwand nach Rechnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3C Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zur Vergütung von **Vorhaltekosten innerhalb eines sektorengleichen Vergütungskonzepts** zu?

Vollständig Überwiegend Zum Teil Gar nicht

	Vollständig	Überwiegend	Zum Teil	Gar nicht
Vorhaltekosten müssen zwingend durch separate Pauschalen („Grundbudget“) refinanziert werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Vorhaltekosten durch separate Pauschalen („Grundbudget“) refinanziert werden, kann die Vergütung der einzelnen Behandlung geringer ausfallen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei ausreichender Vergütung je Fall wird keine separate Pauschale („Grundbudget“) zur Finanzierung der Vorhaltekosten benötigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3D Woran sollen sich <b>Vorhaltekosten</b> orientieren?	
An den Kostenstrukturen der stationären Leistungserbringer	<input type="checkbox"/>
An den Kostenstrukturen der stationären Leistungserbringer speziell für ambulante Operationen	<input type="checkbox"/>
An den Kostenstrukturen der niedergelassenen Leistungserbringer	<input type="checkbox"/>
Die Kostenstrukturen sollten sich an den benötigten (ggf. neuen) ambulant-stationären Misch-Strukturen orientieren.	<input type="checkbox"/>
Keine Angabe möglich	<input type="checkbox"/>

3E Inwieweit stimmen sie folgenden Aussagen zum <b>Verhältnis von Vergütung und Reglementierung</b> des Leistungsangebots ambulanter Operationen zu?	Vollständig	Überwiegend	Zum Teil	Gar nicht
Eine <b>strengere externe Reglementierung</b> der Versorgung (z. B. durch die Vergabe von Versorgungsaufträgen an ausgewählte Leistungserbringer) ist <b>akzeptabel</b> , wenn dadurch die <b>Vergütung</b> der Leistungen <b>höher ausfallen</b> kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die <b>freie Entscheidung</b> über unsere <b>angebotenen Leistungen</b> ist sehr <b>wichtig</b> , auch wenn dies bedeuten würde, dass ein <b>Gesamtbudget</b> genutzt wird, um die <b>Kostenentwicklung zu bremsen</b> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um eine <b>stärkere Ambulantisierung</b> zu erreichen, ist eine <b>höhere Vergütung</b> ambulanter OPs <b>wichtiger</b> als die <b>Veränderung</b> der zugrunde liegenden administrativen <b>Reglementierungsprozesse</b> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die <b>derzeitige Vergütung</b> für ambulante Operationen wäre <b>ausreichend</b> , wenn dafür die <b>kostenmäßige Belastung</b> durch Reglementierungen <b>entfallen</b> würden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 4 Abrechnungsverfahren

Auch hinsichtlich der Ausgestaltung eines zukünftigen Abrechnungsverfahrens sind wir an Ihrer Einschätzung interessiert. Fraglich ist beispielsweise, über wen abgerechnet werden soll, und in welchem Rhythmus dies erfolgen soll. Derzeit rechnen Sie in der Regel quartalsweise über Ihre KV ab, Krankenhäuser mit der jeweiligen Krankenkasse des Versicherten üblicherweise innerhalb von Wochenfristen.

4A Wie sollte die <b>Abrechnung</b> zukünftig idealerweise erfolgen?	
Abrechnung über eine <b>zentrale Stelle</b>	<input type="checkbox"/>
Abrechnung mit <b>dezentralen Stellen</b> ( <i>unterschiedliche Krankenkassen</i> )	<input type="checkbox"/>
<b>Anders</b> , und zwar:	<input type="checkbox"/>

4B Falls eine <b>zentrale Stelle</b> die Abrechnung übernehmen soll, welche?	
Für eine <b>Region zuständige KV</b>	<input type="checkbox"/>
Für eine <b>Region benannte Krankenkasse</b>	<input type="checkbox"/>
Für eine <b>Region zuständige Landeskrankenhausesellschaft</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Neue</b> , gemeinsame Institution	<input type="checkbox"/>

4C Welche <b>Aspekte</b> sind für Ihre Entscheidung <b>maßgeblich</b> ?	Stark	Teilweise	Eher nicht	Gar nicht
Vertrauen in die Institution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gleichbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interessenvertretung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interner Aufwand bei der Abrechnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhandlungsmacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Datenhoheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Synergieeffekte mit weiteren Prozessen (z. B. Qualitätssicherung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kosten der Abrechnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar:				

4D In welchem <b>Rhythmus</b> sollte abgerechnet werden?				
In <b>direktem</b> Anschluss an die <b>Erbringung der Leistung</b>	Monatlich	Quartalsweise	Halbjährlich	Sonstiges:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

## 5 Qualitätssicherung

Teil der derzeitigen Regelungen zum ambulanten Operieren ist eine sektorengleiche Qualitätssicherung (QS). Für mögliche zukünftige Formen der sektorengleichen Leistungserbringung würden wir gerne erfassen, welche Option Sie zur Ausgestaltung der QS präferieren. Dies betrifft sowohl die Institutionen, welche die *Vorgaben* gestalten, als auch jene, welche die *Einhaltung* der Vorgaben überprüfen.

5A Stimmen Sie der Aussage zu, dass eine sektorengleiche Leistungserbringung an eine sektorengleiche Qualitätssicherung (QS) geknüpft sein muss?			
<b>Ja</b> , einheitliche Vorgaben für beide Sektoren sind sinnig und notwendig	<input type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , die Vorgaben zur QS können nach Sektoren (Vertragsärzt*innen und Krankenhäuser) getrennt erfolgen	<input type="checkbox"/>

5B Wenn gemeinsame Qualitätsvorgaben für die sektorengleiche Leistungserbringung vorgegeben werden, durch wen sollten diese definiert werden? (Bitte wählen Sie <b>eine</b> der beiden <b>Optionen</b> aus.)	
<b>Option 1:</b> Qualitätsvorgaben sollten <b>bundesweit</b> definiert werden, und zwar durch:	<input type="checkbox"/>
Bundesministerium für Gesundheit	<input type="checkbox"/>
Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)	<input type="checkbox"/>
Vertragsparteien auf Bundesebene	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar:	<input type="checkbox"/>
<b>Option 2:</b> Qualitätsvorgaben sollten <b>landesweit</b> definiert werden, und zwar durch:	<input type="checkbox"/>
Landesministerien für Gesundheit	<input type="checkbox"/>
Vertragsparteien auf Landesebene	<input type="checkbox"/>
Regionale Anpassungen der Richtlinien des G-BA durch Vertragsparteien auf Landesebene	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar:	<input type="checkbox"/>

5C Durch wen sollte die Einhaltung kontrolliert werden? (Bitte wählen Sie <b>eine</b> der beiden <b>Optionen</b> aus.)
--

<b>Option 1:</b> Es sollte <b>nach Sektoren getrennt</b> kontrolliert werden, und zwar durch:	<input type="checkbox"/>
KVen für Vertragsärzt*innen	<input type="checkbox"/>
Krankenkassen für Krankenhäuser	<input type="checkbox"/>
Sonstige, und zwar:	<input type="checkbox"/>
<b>Option 2:</b> Es sollte <b>sektoreinheitlich</b> kontrolliert werden, und zwar durch:	<input type="checkbox"/>
Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) analog zur sektorenübergreifenden QS (z. B. für PCI)	<input type="checkbox"/>
Krankenkassen	<input type="checkbox"/>
KVen (also ohne Vertretung der Krankenhäuser) für beide Sektoren	<input type="checkbox"/>
Institutionen analog zu den bisherigen Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS) (also ohne direkte Vertretung der Vertragsärzt*innen) für beide Sektoren	<input type="checkbox"/>
Eine gemeinsame Institution auf Bundesebene, z. B. direkt durch das IQTIQ	<input type="checkbox"/>
Sonstige, und zwar:	<input type="checkbox"/>

## 6 Abfrage zur ambulanten Erbringbarkeit ausgewählter Eingriffe (OPS-Ziffern)

Um eine Einschätzung des Potentials der Überführung von stationärer Leistungserbringung in den ambulanten Kontext zu gewinnen, bitten wir Sie zum Abschluss für ausgewählte operative Eingriffe zu beantworten, unter welchen Bedingungen Sie eine ambulante Durchführung dieser für möglich halten.

6A Die unten aufgeführten Eingriffe werden im europäischen Ausland bereits häufig ambulant erbracht, **was den Krankenhäusern hierzulande bislang nicht erlaubt ist.**

Könnten diese Eingriffe auch in Deutschland ambulant in Krankenhäusern durchgeführt werden, wenn dies erlaubt würde?

→ Bitte beantworten Sie dies in der Tabelle auf **Seite 9.**

6B Die unten aufgeführten Eingriffe werden im europäischen Ausland deutlich häufiger ambulant erbracht als in Deutschland, **obwohl eine ambulante Leistungserbringung für die Krankenhäuser bereits abrechnungsfähig ist.**

Aus welchen Gründen werden diese Eingriffe (überwiegend) nicht ambulant durchgeführt?

→ Bitte beantworten Sie dies in der Tabelle auf **Seite 10.**

### Anmerkungen

Bitte geben Sie hier Ihre Anmerkungen oder Fragen zu der Erhebung an

Bitte denken Sie daran, final noch die **beiden nachfolgenden Tabellen** (Frage 6) **auszufüllen.**

Herzlichen Dank!



6A Die hier aufgeführten Eingriffe werden im europäischen Ausland bereits häufig ambulant erbracht, **was den Krankenhäusern hierzulande bislang nicht erlaubt ist**. Könnten diese Eingriffe auch in Deutschland ambulant in Krankenhäusern durchgeführt werden, wenn dies erlaubt würde?

<b>Eingriff / OPS-Ziffer:</b>	5-511.1 Cholezystektomie. Einfach, laparoskopisch	8-831.0 Legen eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	5-896.1 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut. Großflächig	8-837.m Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz u. Koronargefäßen. Einlegen eines medikamentenfreisetzen Stents	1-620 Diagnostische Tracheobronchoskopie	1-440.a Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas. 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	5-870.a Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe. Partielle Resektion
Keine Angabe möglich / nicht im Portfolio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ja, ambulante Durchführung möglich bei:</b>							
allen Patient*innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
den meisten Patient*innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Nein, ambulante Durchführung nicht möglich, aus den folgenden Gründen:</b>							
Gesundheitszustand der Patient*innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alter der Patient*innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Höheres Komplikationsrisiko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besondere Pflege im (unmittelbaren) Anschluss an den Eingriff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empfehlung einer medizinischen Fachgesellschaft spricht dagegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fehlende fachliche Befähigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fehlende organisatorische Voraussetzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fehlende apparative Voraussetzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachsorge nach dem Eingriff nicht gewährleistet, da keine Person vorhanden, die die Instruktionen versteht und / oder physisch und mental Hilfeleistung geben kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6B Die hier aufgeführten Eingriffe werden im europäischen Ausland deutlich häufiger ambulant erbracht als in Deutschland, **obwohl eine ambulante Leistungserbringung für die Krankenhäuser bereits abrechnungsfähig ist**. Aus welchen Gründen werden diese Eingriffe (überwiegend) nicht ambulant durchgeführt?

Eingriff / OPS-Ziffer:	1-444.7 Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt. 1 bis 5 Biopsien	5-452.6 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes. Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik)	1-275.0 Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung. Koronarangiographie ohne weitere Maßnahme	5-530.3 Verschluss einer Hernia inguinalis. Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material	5-401.1 Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße. Axillär	5-814.3 Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes. Erweiterung des subakromialen Raumes	8-137.1 Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters. Entfernung
Keine Angabe möglich / nicht im Portfolio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Wird bislang (überwiegend) nicht ambulant durchgeführt, aus den folgenden Gründen:</b>							
Gesundheitszustand der Patient*innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alter der Patient*innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Höheres Komplikationsrisiko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besondere Pflege im (unmittelbaren) Anschluss an den Eingriff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empfehlung einer medizinischen Fachgesellschaft spricht dagegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vergütung nicht kostendeckend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fehlende fachliche Befähigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fehlende organisatorische Voraussetzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fehlende apparative Voraussetzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachsorge nach dem Eingriff nicht gewährleistet, da keine Person vorhanden, die die Instruktionen versteht und / oder physisch und mental Hilfeleistung geben kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme!**

## ESV-Erhebung

Eine Erhebung im Rahmen des Innovationsfondsprojektes Einheitliche, sektorengleiche Vergütung

### Angaben zu Ihrer Person

#### A1: Bitte geben Sie Ihre Kassenärztliche Vereinigung an

- Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
- Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
- Kassenärztliche Vereinigung Berlin
- Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
- Kassenärztliche Vereinigung Bremen
- Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
- Kassenärztliche Vereinigung Hessen
- Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern
- Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen
- Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
- Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz
- Kassenärztliche Vereinigung Saarland
- Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
- Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
- Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
- Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
- Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

#### A2: Bitte nennen Sie Ihre Fachgruppe

- Angiologie
- Anästhesiologie
- Augenheilkunde
- Chirurgie und Orthopädie
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Gastroenterologie
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Hämatologie / Internist. Onkologie
- Kardiologie
- Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
- Neurochirurgie
- Pneumologie / Lungen- u. Bronchialheilk.
- Urologie
- Sonstige

Weiter

## Bisherige Erfahrungen im Zusammenhang mit dem ambulanten Operieren

Erlauben Sie uns, zunächst ein paar Fragen zu Ihrer bisherigen Tätigkeit im Zusammenhang mit dem ambulanten Operieren zu stellen. Wir möchten gerne erfahren, in welchem Umfang und Setting Sie ambulant operieren und welche Gründe Sie dazu bewegen.

### B1: In welchem Umfang nehmen Sie bereits am ambulanten Operieren teil?

- 0 Fälle je Quartal
- 1 – 49 Fälle je Quartal
- 50 – 99 Fälle je Quartal
- 100 – 199 Fälle je Quartal
- 200 oder mehr Fälle je Quartal

### B2: In welchem Setting operieren Sie? (Mehrfachantworten möglich)

- In meiner eigenen Praxis
- Bei einem:r Kolleg:in in der Praxis
- In einem ambulanten OP-Zentrum/ einer Praxisklinik in vertragsärztlicher Trägerschaft
- In einem ambulanten OP-Zentrum/ einer Praxisklinik am Krankenhaus
- In einem MVZ in vertragsärztlicher Trägerschaft
- In einem MVZ am Krankenhaus
- Im Rahmen eines Honorararztvertrages nach § 20 Abs.2 Ärzte-ZV
- Als Belegärzt:in mit Leistungen gemäß Kapitel 36.2 EBM im Krankenhaus
- Sonstiges, und zwar:

### B3: Welche Gründe motivieren Sie zum ambulanten Operieren? (Mehrfachantworten möglich)

- Ich kann neue Patient:innen gewinnen und an meine Praxis binden.
- Ich kann meinen Patient:innen dadurch eine schnelle Rückkehr in das häusliche Umfeld ermöglichen.
- Ich kann hierdurch (medizinisch) spannende Fälle behandeln.
- Ich kann hierdurch eine neue Erlösquelle erschließen.
- Ich möchte konkurrenzfähig sein.
- Meine Patient:innen erhalten dadurch eine Betreuung „aus einer Hand“.
- Es ist eine Abwechslung zu meinem sonstigen Alltag.
- Ich kann hierdurch neue Kolleg:innen für eine Arbeit in meiner Praxis gewinnen.
- Es wird attraktiv vergütet.
- Sonstiges, und zwar:

Zurück

Weiter

## Leistungsumfang

An dieser Stelle würden wir gerne von Ihnen erfahren, wie Sie zu einer möglichen Erweiterung des Leistungsumfangs des ambulanten Operierens stehen. Ebenso sind wir daran interessiert, welche Gründe für Sie dafür oder dagegen sprechen, und welche Herausforderungen Sie bei einer Ausweitung erwarten.

### C1: Würden Sie es begrüßen, wenn der Leistungsumfang im Rahmen des ambulanten Operierens erweitert werden würde?

- Ja, grundsätzlich sollte es eine Öffnung für alle Leistungen (auch derzeit stationäre) geben.
- Ja, aber nur für ausgewählte Leistungen (z.B. im Rahmen einer Erweiterung von Anhang 2 EBM)
- Nein
- Keine Angabe

### C2: Haben Sie bzw. Ihre Praxis / vertragsärztliche Einrichtung grundsätzlich Interesse, den Umfang an ambulanten Operationen zu erhöhen?

	Sehr	Ziemlich	Mittelmäßig	Wenig	Gar nicht
Erhöhung der Leistungszahlen innerhalb des bestehenden Portfolios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ausweitung des Portfolios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### C3: Sehen Sie für sich die Möglichkeit, den Umfang an ambulanten Operationen zu erhöhen?

	Erhöhung der Leistungszahlen im bestehenden Portfolio	Ausweitung des Portfolios
Ja, im bestehenden Setting	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja, im bestehenden Setting durch Erweiterung der bestehenden Infrastruktur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja, durch Mitarbeit in einem anderen Setting (z.B. OP-Zentrum)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nein, nicht möglich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Keine Angabe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### C4: Welche Herausforderungen sehen Sie bei einer Erhöhung des Umfangs an ambulanten Operationen? (Mehrfachantworten möglich)

	Stimme zu	Stimme teilweise zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu
Es wird aktuell nicht kostendeckend finanziert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Strukturen sind bereits (überwiegend) ausgelastet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann meine Strukturen nicht ausweiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich hätte keine Zeit mehr für meine andere Leistungserbringung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Hygieneanforderungen sind zu umfassend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Qualitätsanforderungen sind zu anspruchsvoll	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Personalknappheit bei ärztlichem Personal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Personalknappheit bei nicht-ärztlichem Personal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mangelnde fachliche Expertise/ Befähigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weitere Leistungen sind aus medizinischer Sicht ambulant nicht geeignet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige Gründe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**C4.1: Bitte tragen Sie ein, was Sie unter "Sonstige Gründe" verstehen, falls Sie diese Antwortmöglichkeit gewählt haben.**

Zurück

Weiter

## Vergütungskonzept

Die aktuelle Vergütung ist von den Unterschieden zwischen dem für stationäre Leistungen vorherrschenden DRG-System mit Fallpauschalen und dem für ambulante Leistungen gültigen EBM geprägt, welcher vornehmlich Versichertenpauschalen und Einzelleistungen vorsieht. Im vorliegenden Forschungsprojekt geht es darum, ein einheitliches, sektorengleiches Vergütungssystem für in verschiedenen Sektoren gleich erbrachte Leistungen in Deutschland auszugestalten. Da der Erfolg dieses Vorhabens wesentlich von Ihrer Akzeptanz abhängt, bitten wir Sie, einige Einschätzungsfragen zu einem möglichen sektorengleichem Vergütungskonzept zu beantworten.

Folgende Aspekte sind von besonderer Bedeutung: Personalkosten, Vorhaltekosten und Sachkosten:

- **Personalkosten** entsprechen im Wesentlichen der benötigten Arbeitszeit des ärztlichen bzw. nicht-ärztlichen Personals.
- **Vorhaltekosten** beziehen sich auf fixe, von der Leistungsmenge weitestgehend unabhängige Kosten, die durch das Erstellen und Bereithalten der erforderlichen Betriebskapazität verursacht werden (z.B. Anschaffungs- und Wartungskosten für größere technische Gerätschaft, Miet-/ Raumkosten, Praxiseinrichtung).
- **Sachkosten** bezeichnen die im unmittelbaren Leistungszusammenhang anfallenden Kosten für Materialien (z.B. Implantate).

In der derzeitigen Kalkulation des EBM werden die Kosten des nicht-ärztlichen Personals und die Vorhaltekosten gemeinsam kalkuliert und im technischen Leistungsanteil (TL) zusammen ausgewiesen. In einem zukünftigen Vergütungssystem könnten diese aber getrennt finanziert werden. In diesem Fragenteil wird daher eine Trennung in Personalkosten, Vorhaltekosten und Sachkosten unterstellt.

### D1: Wie sollte ein sektorengleiches Vergütungskonzept für Personalkosten – unabhängig von der Höhe der Vergütung – Ihrer Meinung nach ausgestaltet sein?

- Vollständig einzelleistungsorientiert (ähnlich der Struktur der GOÄ)
- Je Leistungskomplex eine Pauschale (z.B. pro OP-Komplex, pro Anästhesiekomplex etc.)
- Eine Pauschale für den gesamten Fall (ähnlich den DRG-Fallpauschalen vor Ausgliederung des Pflegebudgets)
- Ein Mix aus Einzel- und pauschalen Leistungen
- Sonstiges

**D1.1: Bitte tragen Sie ein, was Sie unter "Sonstiges" verstehen, falls Sie diese Antwortmöglichkeit angekreuzt haben.**

### D2: Wie sollte ein sektorengleiches Vergütungskonzept für Sachkosten Ihrer Meinung nach ausgestaltet sein?

	Vollständig	Überwiegend	Vereinzelt	Gar nicht
Einzelleistungsorientierung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kostenpauschalen, die den durchschnittlichen Kosten entsprechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sprechstundenbedarfsregelungen (im Sinne des EBM)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einzelaufwand nach Rechnung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**D2.1: Bitte tragen Sie ein, was Sie unter "Sonstiges" verstehen, falls Sie diese Antwortmöglichkeit angekreuzt haben.**

### D3: Inwieweit stimmen sie folgenden Aussagen zur Vergütung von Vorhaltekosten innerhalb eines sektorengleichen Vergütungskonzepts zu?

	Vollständig	Überwiegend	Zum Teil	Gar nicht
Vorhaltekosten müssen zwingend durch separate Pauschalen („Grundbudget“) refinanziert werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn Vorhaltekosten durch separate Pauschalen („Grundbudget“) refinanziert werden, kann die Vergütung der einzelnen Behandlung geringer ausfallen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bei ausreichender Vergütung je Fall wird keine separate Pauschale („Grundbudget“) zur Finanzierung der Vorhaltekosten benötigt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### D4: Woran sollen sich Vorhaltekosten orientieren?

- An den Kostenstrukturen der stationären Leistungserbringer
- An den Kostenstrukturen der stationären Leistungserbringer speziell für ambulante Operationen
- An den Kostenstrukturen der niedergelassenen Leistungserbringer
- Die Kostenstrukturen sollten sich an den benötigten (ggf. neuen) ambulant-stationären Misch-Strukturen orientieren.
- Keine Angabe möglich

**D5: Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zum Verhältnis von Vergütung und Reglementierung des Leistungsangebots ambulanter Operationen zu?**

	Vollständig	Überwiegend	Zum Teil	Gar nicht
Eine strengere externe Reglementierung der Versorgung (z.B. durch die Vergabe von Versorgungsaufträgen an ausgewählte Leistungserbringer) ist akzeptabel, wenn dadurch die Vergütung der Leistungen höher ausfallen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die freie Entscheidung über meine angebotenen Leistungen ist sehr wichtig, auch wenn dies bedeuten würde, dass ein Gesamtbudget genutzt wird, um die Kostenentwicklung zu bremsen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um eine stärkere Ambulantisierung zu erreichen, ist eine höhere Vergütung ambulanter OPs wichtiger als die Veränderung der zugrunde liegenden administrativen Reglementierungsprozesse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die derzeitige Vergütung für ambulante Operationen wäre ausreichend, wenn dafür die kostenmäßige Belastung durch Reglementierungen entfallen würden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Zurück Weiter



## Abrechnungsverfahren

Auch hinsichtlich der Ausgestaltung eines zukünftigen Abrechnungsverfahrens sind wir an Ihrer Einschätzung interessiert. Fraglich ist beispielsweise, über wen abgerechnet werden soll, und in welchem Rhythmus dies erfolgen soll. Derzeit rechnen Sie in der Regel quartalsweise über Ihre KV ab, Krankenhäuser mit der jeweiligen Krankenkasse des/r Versicherten üblicherweise innerhalb von Wochenfristen.

### E1: Wie sollte die Abrechnung zukünftig idealerweise erfolgen?

- Abrechnung über eine zentrale Stelle
- Abrechnung mit dezentralen Stellen (unterschiedliche Krankenkassen)
- Anders

**E1.1: Bitte tragen Sie ein, was Sie unter "Anders" verstehen, falls Sie diese Antwortmöglichkeit gewählt haben.**

### E2: Falls eine zentrale Stelle die Abrechnung übernehmen soll, welche?

- Für eine Region zuständige KV
- Für eine Region benannte Krankenkasse
- Für eine Region zuständige Landeskrankenhausgesellschaft
- Neue, gemeinsame Institution

### E3: Welche Aspekte sind für Ihre Entscheidung maßgeblich?

	Stark	Teilweise	Eher nicht	Gar nicht
Vertrauen in die Institution	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gleichbehandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Interessenvertretung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Interner Aufwand bei der Abrechnung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verhandlungsmacht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Datenhoheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Synergieeffekte mit weiteren Prozessen (z.B. Qualitätssicherung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kosten der Abrechnung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**E3.1: Bitte tragen Sie ein, was Sie unter "Sonstiges" verstehen, falls Sie diese Antwortmöglichkeit gewählt haben.**

### E4: In welchem Rhythmus sollte abgerechnet werden?

- in direktem Anschluss an die Erbringung der Leistung
- Monatlich
- Quartalsweise
- Halbjährlich
- Sonstiges

**E4.1: Bitte tragen Sie ein, was Sie unter "Sonstiges" verstehen, falls Sie diese Antwortmöglichkeit gewählt haben.**

Zurück

Weiter

## Qualitätssicherung

Teil der derzeitigen Regelungen zum ambulanten Operieren ist eine sektorengleiche Qualitätssicherung (QS). Für mögliche zukünftige Formen der sektorengleichen Leistungserbringung würden wir gerne erfassen, welche Option Sie zur Ausgestaltung der QS präferieren. Dies betrifft sowohl die Institutionen, welche die *Vorgaben* gestalten, als auch jene, welche die *Einhaltung* der Vorgaben überprüfen.

**F1: Stimmen Sie der Aussage zu, dass eine sektorengleiche Leistungserbringung an eine sektorengleiche Qualitätssicherung (QS) geknüpft sein muss?**

- Ja, einheitliche Vorgaben für beide Sektoren sind sinnig und notwendig
- Nein, die Vorgaben zur QS können nach Sektoren (Vertragsärzt:innen und Krankenhäuser) getrennt erfolgen

### Filterfrage F2 Option 1

**F2: Wenn gemeinsame Qualitätsvorgaben für die sektorengleiche Leistungserbringung vorgegeben werden, durch wen sollten diese definiert werden?**

- Qualitätsvorgaben sollten bundesweit definiert werden
- Qualitätsvorgaben sollten landesweit definiert werden

**F2.1: Qualitätsvorgaben sollten bundesweit definiert werden, und zwar durch:**

- Bundesministerium für Gesundheit
- Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)
- Vertragsparteien auf Bundesebene
- Sonstiges

**F2.1.1: Bitte tragen Sie ein, was Sie unter "Sonstiges" verstehen, falls Sie diese Antwortmöglichkeit gewählt haben.**

### Filterfrage F2 Option 2

**F2: Wenn gemeinsame Qualitätsvorgaben für die sektorengleiche Leistungserbringung vorgegeben werden, durch wen sollten diese definiert werden?**

- Qualitätsvorgaben sollten bundesweit definiert werden
- Qualitätsvorgaben sollten landesweit definiert werden

**F2.1: Qualitätsvorgaben sollten landesweit definiert werden, und zwar durch:**

- Landesministerien für Gesundheit
- Vertragsparteien auf Landesebene
- regionale Anpassungen der Richtlinien des G-BA durch Vertragsparteien auf Landesebene
- Sonstiges

**F2.1.1: Bitte tragen Sie ein, was Sie unter "Sonstiges" verstehen, falls Sie diese Antwortmöglichkeit gewählt haben.**

### F3 (Filterfrage Option 1)

**F3: Durch wen sollte die Einhaltung der Qualitätsvorgaben kontrolliert werden?**

Es sollte nach Sektoren getrennt kontrolliert werden  
 Es sollte sektoreinheitlich kontrolliert werden

---

**F3.1: Es sollte nach Sektoren getrennt kontrolliert werden, und zwar durch:**

KVen für Vertragsärzt:innen  
 Krankenkassen für Krankenhäuser  
 Sonstiges

---

**F3.1.1: Bitte tragen Sie ein, was Sie unter "Sonstiges" verstehen, falls Sie diese Antwortmöglichkeit gewählt haben.**

---

Zurück Weiter

### F3 (Filterfrage Option 2)

**F3: Durch wen sollte die Einhaltung der Qualitätsvorgaben kontrolliert werden?**

Es sollte nach Sektoren getrennt kontrolliert werden  
 Es sollte sektoreinheitlich kontrolliert werden

---

**F3.1: Es sollte sektoreinheitlich kontrolliert werden, und zwar durch:**

Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) analog zur sektorenübergreifenden QS (z.B. für PCI)  
 Krankenkassen  
 KVen (also ohne Vertretung der Krankenhäuser) für beide Sektoren  
 Institutionen analog zu den bisherigen Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS) (also ohne direkte Vertretung der Vertragsärzt:innen) für beide Sektoren  
 Eine gemeinsame Institution auf Bundesebene, z.B. direkt durch das IQTIQ  
 Sonstige

---

**F3.1.1: Bitte tragen Sie ein, was Sie unter "Sonstige" verstehen, falls Sie diese Antwortmöglichkeit gewählt haben.**

---

Zurück Weiter

## Abfrage zur ambulanten Erbringbarkeit ausgewählter Eingriffe (OPS-Ziffern)

Um eine Einschätzung des Potentials der Überführung von stationärer Leistungserbringung in den ambulanten Kontext zu gewinnen, bitten wir Sie zum Abschluss für ausgewählte operative Eingriffe zu beantworten, unter welchen Bedingungen Sie eine ambulante Durchführung dieser für möglich halten.

**G1: Die hier aufgeführten Eingriffe werden im europäischen Ausland bereits häufig ambulant erbracht, was den Vertragsärzt:innen hierzulande bislang nicht erlaubt ist. Könnten diese Eingriffe auch in Deutschland ambulant in Praxen oder anderen vertragsärztlichen Einrichtungen durchgeführt werden, wenn Ihnen dies erlaubt würde?**

	3-034 Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging u. Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	3-224 Computer-tomographie des Herzens mit Kontrastmittel	3-824 Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel	5-377.8 Implantation eines Ereignis-Rekorder	8-640.0 Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus. Synchronisiert (Kardioversion)	5-158.2 Pars-plana-Vitrektomie. Mit Entfernung epiretinale Membranen	5-158.4 Pars-plana-Vitrektomie. Mit Entfernung netzhautabhebender Membranen
Keine Angabe möglich / Nicht im Portfolio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, bei allen Patient:innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, bei den meisten Patient:innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, Gesundheitszustand der Patient*innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, Alter der Patient:innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, höheres Komplikationsrisiko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, besondere Pflege im (unmittelbaren) Anschluss an den Eingriff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, Empfehlung einer medizinischen Fachgesellschaft spricht dagegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, fehlende fachliche Befähigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, fehlende organisatorische Voraussetzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, fehlende apparative Voraussetzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, Nachsorge nach dem Eingriff nicht gewährleistet, da keine Person vorhanden, die die Instruktionen versteht und / oder physisch und mental Hilfeleistung geben kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**G1.1: Bitte tragen Sie ein, was Sie unter "Sonstiges" verstehen, falls Sie diese Antwortmöglichkeit gewählt haben.**

**G2: Die hier aufgeführten Eingriffe werden im europäischen Ausland deutlich häufiger ambulant erbracht als in Deutschland, obwohl eine ambulante Leistungserbringung durch die Vertragsärzte nach EBM bzw. AOP-Katalog bereits möglich wäre. Aus welchen Gründen werden diese Eingriffe (überwiegend) nicht ambulant durchgeführt?**

	1-620 Diagnostische Tracheobronchoskopie	8-837.m Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz u. Koronargefäßen. Einlegen eines medikamente-freisetzen Stent	5-813.4 Arthroskopische Plastik vorderes Kreuzband mit sonstiger autogener Sehne	5-530.3 Verschluss einer Hernia inguinalis. Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material	5-511.1 Cholezystektomie. Einfach, laparoskopisch	5-870.a Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe. Partielle Resektion	8-137.1 Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters. Entfernung
Keine Angabe möglich/ Nicht im Portfolio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitszustand der Patient:innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alter der Patient:innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Höheres Komplikationsrisiko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besondere Pflege im (unmittelbaren) Anschluss an den Eingriff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empfehlung einer medizinischen Fachgesellschaft spricht dagegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vergütung nicht kostendeckend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fehlende fachliche Befähigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fehlende organisatorische Voraussetzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fehlende apparative Voraussetzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachsorge nach dem Eingriff nicht gewährleistet, da keine Person vorhanden, die die Instruktionen versteht und/oder physisch und mental Hilfeleistung geben kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**G2.1: Bitte tragen Sie ein, was Sie unter "Sonstiges" verstehen, falls Sie diese Antwortmöglichkeit gewählt haben.**

## Anmerkungen

### ESV-Erhebung

Eine Erhebung im Rahmen des Innovationsfondsprojektes Einheitliche sektorengleiche Vergütung

Angaben zu Ihrer Person

Bisherige Erfahrungen im Zusammenhang mit dem ambulanten Operieren

Leistungsumfang

Vergütungskonzept

Abrechnungsverfahren

Qualitätssicherung

Abfrage zur ambulanten Erbringbarkeit ausgewählter Eingriffe (OPS-Ziffern)

**Anmerkungen**

#### Haben Sie Anmerkungen zu der Befragung?

Um Ihre Anonymität zu wahren, machen Sie bitte keine Angaben, die Rückschlüsse auf Ihre Person ermöglichen.

Zurück

Finalisieren

## Einheitliche, sektorengleiche Vergütung

Sehr geehrte Damen und Herren,

vor dem Hintergrund internationaler Erfahrungen wird für eine Reihe von diagnostischen und therapeutischen Leistungen in Deutschland vermutet, dass diese sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor (*sektorengleich*), erbracht werden (können). Wo dies der Fall ist, sollte die Entscheidung für den jeweiligen Sektor nicht auf Basis der Vergütung, sondern der medizinischen Eignung der Patient\*innen gefällt werden. Diese Entscheidung könnte durch ein einheitliches Vergütungssystem unterstützt werden. **Ziel des Projektes** ist es, ein **Vergütungssystem** zu entwickeln, welches dieses ermöglicht.

Im Rahmen des vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses geförderten Projekts „Einheitliche, sektorengleiche Vergütung (ESV)“ geht daher ein breites Forschungskonsortium unter der Leitung des Hamburg Center for Health Economics (HCHE) mit Beteiligung des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI), des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Versorgung (Zi), der TU Berlin und dem BKK Dachverband e. V. der Frage nach, wie ein einheitliches, sektorengleiches Vergütungssystem für in verschiedenen Sektoren gleich erbrachte Leistungen in Deutschland ausgestaltet sein kann.

**Die Expertise und Meinung der Krankenkassen sind in diesem Zusammenhang für uns enorm wichtig.** Durch die vorliegende Befragung möchten wir einen Eindruck Ihrer bisherigen Erfahrungen im Zusammenhang mit dem ambulanten Operieren und von Ihren Wünschen an ein sektorengleiches Vergütungssystem bekommen, um eine Vergütungsstruktur entwickeln zu können, die auf Ihre Akzeptanz trifft.

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Selbstverständlich werden die Ergebnisse ausschließlich anonymisiert dargestellt, sodass Rückschlüsse auf einzelne Personen oder Krankenkassen nicht möglich sind.

Für Rückfragen steht Ihnen zur Verfügung:

Name: Dr. Matthias Offermanns

Tel.: 0211 / 47 051-23 Deutsches Krankenhausinstitut

Fax: 0211 / 47 051-67 Hansaallee 201

E-Mail: [forschung@dki.de](mailto:forschung@dki.de) 40549 Düsseldorf

**Vielen Dank für Ihre Unterstützung!**

## 1 Bisherige Erfahrungen im Zusammenhang mit dem ambulanten Operieren

Erlauben Sie uns, zunächst zu erfragen, in welchem Umfang Sie ambulantes Operieren finanzieren und welche Gründe aus Ihrer Sicht für das ambulante Operieren sprechen.

1A Wie viele ambulanten Operationen gemäß § 115b SGB V (ambulantes Operieren am Krankenhaus) finanzieren Sie je Quartal?

Anzahl ambulante Operationen gemäß § 115b SGB V \_\_\_\_\_

Gar keine

1B Wie viele ambulante Operationen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung finanzieren Sie je Quartal?

Anzahl ambulante Operationen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung \_\_\_\_\_

Gar keine

1C Haben Sie Selektivverträge zum ambulanten Operieren vereinbart?

Ja

Nein

Falls ja, für welche Leistungsbereiche? \_\_\_\_\_

1D Welche Gründe sprechen für ambulante Operationen? (Mehrfachantworten möglich)

Den Patient\*innen wird dadurch eine schnelle Rückkehr in das häusliche Umfeld ermöglicht.

Die Patient\*innen erhalten dadurch eine Betreuung „aus einer Hand“.

Es werden stationäre Kapazitäten geschont.

Die Leistungserbringung ist mit geringeren Personalkapazitäten möglich.

Die Leistungserbringung ist kostengünstiger.

Die Gefahr von Infektionen mit Krankenhauskeimen wird reduziert.

Kassen können über Selektivverträge alternative Versorgungsstrukturen vereinbaren.

Kassen können sich von anderen Kassen absetzen (z. B. durch Selektivverträge)

Sonstiges, und zwar:

## 2 Leistungsumfang

An dieser Stelle würden wir gerne von Ihnen erfahren, wie Sie zu einer möglichen Erweiterung des Leistungsumfangs des ambulanten Operierens stehen. Ebenso sind wir daran interessiert, welche Gründe für Sie dafür oder dagegen sprechen, und welche Herausforderungen Sie bei einer Ausweitung erwarten.

2A Würden Sie es begrüßen, wenn der **Leistungsumfang** im Rahmen des ambulanten Operierens **erweitert** werden würde? (Mehrfachantworten möglich)

Ja, **Vertragsärzten** sollte erlaubt werden, **alle** aus medizinischer Sicht **ambulant erbringbaren Eingriffe** bzw. **Leistungen operieren** zu dürfen.

Ja, **Krankenhäusern** sollte erlaubt werden, **alle** aus medizinischer Sicht **ambulant erbringbaren Eingriffe** bzw. **Leistungen operieren** zu dürfen.

Ja, aber **weniger komplexe** ambulante Eingriffe und Leistungen sollten **Vertragsärzten vorbehalten** bleiben.

Ja, aber **komplexere** ambulante Eingriffe und Leistungen sollten **Krankenhäusern vorbehalten** bleiben.

**Ja**, aber dies sollen Kassen über **Selektivverträge** eigenständig regeln.

**Nein**, der **derzeitige Leistungsumfang genügt**.



Keine Angabe möglich	<input type="checkbox"/>			
2B Wenn der Leistungsumfang des ambulanten Operierens erweitert würde, wie würden Ihrer Meinung nach die Leistungserbringer reagieren?	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
<i>Krankenhäuser</i>				
Erhöhung der Leistungszahlen innerhalb des bestehenden Portfolios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausweitung des Portfolios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulante Leistungserbringung bisher stationär versorgter Fälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Vertragsärzte</i>				
Erhöhung der Leistungszahlen innerhalb des bestehenden Portfolios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausweitung des Portfolios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulante Leistungserbringung bisher stationär versorgter Fälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2C Welche <b>Herausforderungen</b> sehen Sie für die Leistungserbringer bei einer Erhöhung des Umfangs an ambulanten Operationen?	Stimme zu	Stimme teilweise zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu
<i>Herausforderungen für Krankenhäuser</i>				
Es wird aktuell <b>nicht kostendeckend</b> finanziert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Vergütung von Fällen im stationären Bereich ist derzeit lukrativer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Finanzierung der Leistungserbringung erfolgt nicht nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die <b>Kapazitäten</b> sind bereits (überwiegend) <b>ausgelastet</b> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die <b>Kapazitäten</b> können <b>nicht ausgeweitet werden</b> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es bliebe <b>keine Zeit</b> mehr für die andere <b>Leistungserbringung</b> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die <b>Hygieneanforderungen</b> sind zu <b>umfassend</b> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die <b>Qualitätsanforderungen</b> sind zu <b>anspruchsvoll</b> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die <b>Qualitätsanforderungen sinken</b> im Vergleich zu stationären Operationen ab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Personalknappheit</b> bei <b>ärztlichem</b> Personal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Personalknappheit</b> bei <b>nicht ärztlichem</b> Personal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mangelnde fachliche</b> Expertise/Befähigung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Weitere Leistungen</b> sind aus <b>medizinischer Sicht</b> ambulant nicht geeignet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Es gibt Vorbehalte der Patienten</b> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Gründe, und zwar:				

### Herausforderungen für Vertragsärzte

Es wird aktuell <b>nicht kostendeckend</b> finanziert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Finanzierung der Leistungserbringung erfolgt nicht nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die <b>Kapazitäten</b> sind bereits (überwiegend) <b>ausgelastet</b> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die <b>Kapazitäten</b> können <b>nicht ausgeweitet</b> werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es bliebe <b>keine Zeit</b> mehr für die andere <b>Leistungserbringung</b> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die <b>Hygieneanforderungen</b> sind zu <b>umfassend</b> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die <b>Qualitätsanforderungen</b> sind zu <b>anspruchsvoll</b> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Personalknappheit</b> bei <b>ärztlichem</b> Personal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Personalknappheit</b> bei <b>nicht ärztlichem</b> Personal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mangelnde fachliche</b> Expertise/Befähigung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Weitere Leistungen</b> sind aus <b>medizinischer Sicht</b> ambulant nicht geeignet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Es gibt Vorbehalte der Patienten</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Gründe, und zwar:				

### 3 Vergütungskonzept

Die aktuelle Vergütung ist von den Unterschieden zwischen dem für stationäre Leistungen vorherrschenden DRG-System mit Fallpauschalen und dem für ambulante Leistungen gültigen EBM geprägt, welcher vornehmlich Versichertenpauschalen und Einzelleistungen vorsieht. Im vorliegenden Forschungsprojekt geht es darum, ein einheitliches, sektorengleiches Vergütungssystem für in verschiedenen Sektoren gleich erbrachte Leistungen in Deutschland auszugestalten.

Folgende Aspekte sind von besonderer Bedeutung: Personalkosten, Vorhaltekosten und Sachkosten.

- Personalkosten entsprechen im Wesentlichen der benötigten Arbeitszeit des ärztlichen bzw. nicht ärztlichen Personals.
- Vorhaltekosten beziehen sich auf fixe, von der Leistungsmenge weitestgehend unabhängige Kosten, die durch das Erstellen und Bereithalten der erforderlichen Betriebskapazität verursacht werden (z. B. Anschaffungs- und Wartungskosten für größere technische Gerätschaft, Miet-/Raumkosten, Praxiseinrichtung).
- Sachkosten bezeichnen die im unmittelbaren Leistungszusammenhang anfallenden Kosten für Materialien (z. B. Implantate).

Da der Erfolg wesentlich von Ihrer Akzeptanz abhängt, bitten wir Sie, einige Einschätzungsfragen zu einem möglichen sektorengleichem Vergütungskonzept zu beantworten.

In der derzeitigen Kalkulation des EBM werden die Kosten des nicht ärztlichen Personals und die Vorhaltekosten gemeinsam kalkuliert und im technischen Leistungsanteil (TL) zusammen ausgewiesen. In einem zukünftigen Vergütungssystem könnten diese aber getrennt finanziert werden. In diesem Fragenteil wird daher eine Trennung in Personalkosten, Vorhaltekosten und Sachkosten unterstellt.

3A Wie sollte ein **sektorengleiches Vergütungskonzept für Personalkosten** – unabhängig von der Höhe der Vergütung – Ihrer Meinung nach ausgestaltet sein?

Vollständig einzelleistungsorientiert (ähnlich der Struktur der alten GOÄ)	<input type="checkbox"/>
Je Leistungskomplex eine Pauschale (z. B. pro OP-Komplex, pro Anästhesiekomplex etc.)	<input type="checkbox"/>
Eine Pauschale für den gesamten Fall (ähnlich den DRG-Fallpauschalen vor Ausgliederung des Pflegebudgets)	<input type="checkbox"/>
Ein Mix aus Einzel- und pauschalen Leistungen	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar:	<input type="checkbox"/>

3B Wie sollte ein <b>sektorengleiches Vergütungskonzept für Sachkosten</b> Ihrer Meinung nach ausgestaltet sein?	Die Sachkosten sollten ... über ... vergütet werden.			
	vollständig	überwiegend	vereinzelt	gar nicht
Einzelleistungsorientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kostenpauschalen, die den durchschnittlichen Kosten entsprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprechstundenbedarfsregelungen (vergleichbar zu Vertragsärzten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einzelaufwand nach Rechnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar:				
3C Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zur Vergütung von <b>Vorhaltekosten innerhalb eines sektorengleichen Vergütungskonzepts</b> zu?	Stimme vollständig zu	Stimme überwiegend zu	Stimme zum Teil zu	Stimme gar nicht zu
Vorhaltekosten sind zu refinanzieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Vorhaltekosten refinanziert werden, muss dies durch separate Pauschalen („Grundbudget“) erfolgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Vorhaltekosten durch separate Pauschalen („Grundbudget“) refinanziert werden, kann die Vergütung der einzelnen Behandlung geringer ausfallen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei ausreichender Vergütung je Fall wird keine separate Pauschale („Grundbudget“) zur Finanzierung der Vorhaltekosten benötigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Finanzierung von Vorhaltekosten sollte in Abhängigkeit einer konkreten Vorhalteverpflichtung im Rahmen des Versorgungsauftrages stehen. Ansonsten schließt sich eine Vorhaltefinanzierung aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3D Woran sollen sich <b>Vorhaltekosten</b> orientieren?				
An den Kostenstrukturen der stationären Leistungserbringer				<input type="checkbox"/>
An den Kostenstrukturen der stationären Leistungserbringer speziell für ambulante Operationen				<input type="checkbox"/>
An den Kostenstrukturen der niedergelassenen Leistungserbringer				<input type="checkbox"/>
Die Kostenstrukturen sollten sich an den benötigten (ggf. neuen) ambulant-stationären Mischstrukturen orientieren.				<input type="checkbox"/>
Keine Angabe möglich				<input type="checkbox"/>

3E

Eine voranstehende **Befragung der Krankenhäuser und Vertragsärzte ergab**, dass die Leistungserbringer grundsätzlich gerne mehr ambulant operieren würden, jedoch die **derzeitig unzureichende Vergütung ein zentrales Hemmnis** sei. Erfahrungen aus dem europäischen Ausland zeigen zudem, dass die Ambulantisierung durch finanzielle Anreize deutlich beschleunigt werden kann.

3E Inwieweit befürworten Sie die folgenden <b>finanziellen Anreizoptionen, die im Rahmen der Einführung einer einheitlichen Vergütungssystematik für sektorengleiche Leistungen</b> diskutiert werden?	Stimme vollständig zu	Stimme überwiegend zu	Stimme zum Teil zu	Stimme gar nicht zu
<b>Erhöhung der EBM-Vergütungssätze</b> für Leistungen des AOP-Katalogs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gleiche Vergütung für ambulante und stationäre Leistungserbringung, die sich aus dem <b>Mittelwert</b> von <b>ambulanten und stationären Kosten</b> zusammensetzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anreizoption, die sich <b>ausschließlich</b> auf die <b>Einführungsphase</b> beschränkt (Konvergenz).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gleiche Vergütung für ambulante und stationäre Leistungserbringung, die sich in einer Einführungsphase an der <b>Höhe der stationären Kosten orientiert</b> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ambulante</b> Leistungserbringung wird in einer Einführungsphase <b>höher vergütet</b> als die <b>stationäre</b> Leistungserbringung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Gesonderter finanzieller Anreize</b> im Rahmen der Einführung einer einheitlichen Vergütungssystematik für sektorengleiche Leistungen <b>bedarf es nicht</b> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere, und zwar: _____				

## 4 Abrechnungsverfahren

Auch hinsichtlich der Ausgestaltung eines zukünftigen Abrechnungsverfahrens sind wir an Ihrer Einschätzung interessiert. Fraglich ist beispielsweise, über wen abgerechnet werden soll, und in welchem Rhythmus dies erfolgen soll. Derzeit rechnen die Vertragsärzte in der Regel quartalsweise über ihre KV ab, Krankenhäuser mit der jeweiligen Krankenkasse des Versicherten üblicherweise innerhalb von Wochenfristen.

4A Wie sollte die **Abrechnung** zukünftig idealerweise erfolgen?

Abrechnung über eine <b>zentrale Stelle</b>	<input type="checkbox"/>
Abrechnung mit <b>dezentralen Stellen</b>	<input type="checkbox"/>
Direktabrechnung mit der jeweiligen Krankenkasse	<input type="checkbox"/>
<b>Anders</b> , und zwar:	<input type="checkbox"/>

4B Falls eine **zentrale Stelle** die Abrechnung übernehmen soll, welche?

Für eine <b>Region zuständige KV</b>	<input type="checkbox"/>
Für eine <b>Region benannte Krankenkasse</b>	<input type="checkbox"/>
Für eine <b>Region zuständige Landeskrankenhausesellschaft</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Neue, gemeinsame Institution</b>	<input type="checkbox"/>

4C In welchem **Rhythmus** sollte abgerechnet werden?

In <b>direktem</b> Anschluss an die <b>Erbringung der Leistung</b>	Monatlich	Quartalsweise	Halbjährlich	Sonstiges:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

4D Sollte eine **Abrechnungsprüfung** grundsätzlich möglich sein?

Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	------	--------------------------

4E Falls ja, **wie sollte die Abrechnungsprüfung ausgestaltet sein?**

Die Abrechnungsprüfung sollte grundsätzlich <b>einheitlich unabhängig vom Ort der Leistungserbringung</b> (Vertragsarztpraxis, ambulant am Krankenhaus) erfolgen	<input type="checkbox"/>
Die Abrechnungsprüfung sollte <b>wie bisher</b> fortgeführt werden.	<input type="checkbox"/>
Einheitlich <b>analog zur Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung</b>	<input type="checkbox"/>
Einheitlich <b>analog zur Abrechnungsprüfung im stationären Setting</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Anders</b> , und zwar:	<input type="checkbox"/>

## 5 Qualitätssicherung

Teil der derzeitigen Regelungen zum ambulanten Operieren ist eine sektorengleiche Qualitätssicherung (QS). Für mögliche zukünftige Formen der sektorengleichen Leistungserbringung würden wir gerne erfassen, welche Option Sie zur Ausgestaltung der QS präferieren. Dies betrifft sowohl die Institutionen, welche die *Vorgaben* gestalten, als auch jene, welche die *Einhaltung* der Vorgaben überprüfen.

5A Stimmen Sie der Aussage zu, dass eine sektorengleiche Leistungserbringung an eine sektorengleiche Qualitätssicherung (QS) geknüpft sein muss?

Ja, einheitliche Vorgaben für beide Sektoren sind sinnvoll und notwendig	<input type="checkbox"/>	Nein, die Vorgaben zur QS können nach Sektoren (Vertragsärzt*innen und Krankenhäuser) getrennt erfolgen	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	---	--------------------------

5B Wenn gemeinsame Qualitätsvorgaben für die sektorengleiche Leistungserbringung vorgegeben werden, durch wen sollten diese definiert werden? (Bitte wählen Sie **eine** der beiden **Optionen** aus.)

<b>Option 1:</b> Qualitätsvorgaben sollten <b>bundesweit</b> definiert werden, und zwar durch:	<input type="checkbox"/>
Bundesministerium für Gesundheit	<input type="checkbox"/>
Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)	<input type="checkbox"/>
Vertragsparteien auf Bundesebene	<input type="checkbox"/>
Sonstige, und zwar:	<input type="checkbox"/>
<b>Option 2:</b> Qualitätsvorgaben sollten <b>landesweit</b> definiert werden, und zwar durch:	<input type="checkbox"/>
Landesministerien für Gesundheit	<input type="checkbox"/>
Vertragsparteien auf Landesebene	<input type="checkbox"/>
Regionale Anpassungen der Richtlinien des G-BA durch Vertragsparteien auf Landesebene	<input type="checkbox"/>
Sonstige, und zwar:	<input type="checkbox"/>

5C Durch wen sollte die Einhaltung kontrolliert werden? (Bitte wählen Sie **eine** der beiden **Optionen** aus.)

<b>Option 1:</b> Es sollte <b>nach Sektoren getrennt</b> kontrolliert werden, und zwar durch:	<input type="checkbox"/>
KVen für Vertragsärzt*innen	<input type="checkbox"/>
Krankenkassen für Krankenhäuser	<input type="checkbox"/>
Sonstige, und zwar:	<input type="checkbox"/>
<b>Option 2:</b> Es sollte <b>sektoreinheitlich</b> kontrolliert werden, und zwar durch:	<input type="checkbox"/>
Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) analog zur sektorenübergreifenden QS (z. B. für PCI)	<input type="checkbox"/>
Krankenkassen	<input type="checkbox"/>
KVen (also ohne Vertretung der Krankenhäuser) für beide Sektoren	<input type="checkbox"/>
Institutionen analog zu den bisherigen Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS) (also ohne direkte Vertretung der Vertragsärzt*innen) für beide Sektoren	<input type="checkbox"/>
Eine gemeinsame Institution auf Bundesebene, z. B. direkt durch das IQTIQ	<input type="checkbox"/>
Sonstige, und zwar:	<input type="checkbox"/>

Innovationsfondsprojekt

# Einheitliche, Sektorengleiche Vergütung

gefördert durch den G-BA Innovationsfonds – Förderkennzeichen: 01VSF19040

## Ein sektorengleiches Vergütungssystem

---

Ein gemeinsames Projekt des Hamburg Center for Health Economics,  
dem BKK Dachverband e.V., dem Deutschen Krankenhausinstitut,  
dem Fachgebiet Management im Gesundheitswesen der TU Berlin sowie  
dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der  
Bundesrepublik Deutschland

---

**hche** | Hamburg Center  
for Health Economics



# Inhalt

<b>Kurzfassung</b>	<b>1</b>
<b>1 Ein sektorengleiches ambulant-stationäres Vergütungssystem</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Grundzüge</b>	<b>1</b>
<b>1.2 Vorschläge</b>	<b>3</b>
1.2.1 Leistungsidentifikation und -definition	3
1.2.2 Vergütungsform	5
1.2.3 Datenbasis und Kalkulation	8
1.2.4 Art der Abrechnung und institutionelle Verankerung	11
1.2.5 Qualitätssicherung	13
1.2.6 Bedarfsplanung	14
1.2.7 Einführungsphase	15
1.2.8 Leistungs- und Versorgungsmonitoring	16
1.2.9 Begleitende Maßnahmen – Kulturwandel in der Weiterbildung und Kommunikation	16
1.2.10 Schnittstellen zu anderen Bereichen	17
<b>2 Ausgangslage – Internationaler Vergleich</b>	<b>19</b>
<b>2.1 Methodik</b>	<b>19</b>
<b>2.2 Ergebnisse</b>	<b>20</b>
2.2.1 Internationaler Vergleich von Finanzierungs- und Vergütungssystemen bei Vergütung von Sektorengleichen Leistungen	20
2.2.2 Liste mit am häufigsten ambulant erbrachten Leistungen	23
<b>3 Ausgangslage – Empirische Analysen</b>	<b>25</b>
<b>3.1 Methodik</b>	<b>25</b>
<b>3.2 Ergebnisse</b>	<b>26</b>
<b>4 Ausgangslage – Position der Vertragsärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen</b>	<b>29</b>
<b>4.1 Methodik</b>	<b>29</b>
<b>4.2 Ergebnisse</b>	<b>30</b>
<b>Referenzen</b>	<b>34</b>



## Kurzfassung

Patientinnen und Patienten sollen dort behandelt werden, wo sie die medizinisch sinnvollste Behandlung erfahren. Dies betrifft insbesondere sogenannte „sektorengleiche“ Leistungen, die sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden können. Die aktuellen Vergütungsstrukturen im deutschen Gesundheitswesen stehen einer sektorengleichen Leistungserbringung jedoch entgegen. So werden ambulante und stationäre Leistungen aus unterschiedlichen Budgets, nach unterschiedlichen Prinzipien, unter unterschiedlichen Rahmenbedingungen und vor allem häufig mit hohen Preisdifferenzen vergütet. Dies kann zu finanziellen Fehlanreizen führen; medizinische Entscheidungen werden möglicherweise durch ökonomische Überlegungen überlagert. Im Ergebnis werden die Sektorengrenzen zementiert und das Verständnis einer gemeinsamen Leistungserbringung verhindert.

Diese Probleme basieren auf historischen Entwicklungen und sind dem Gesetzgeber seit langer Zeit bekannt (Deutscher Bundestag 1968, 1975). Viele Gutachten identifizierten die mangelnde sektoren- und schnittstellenübergreifende Kooperation als zentrales zu Unter-, Über- und Fehlversorgung führendes Problem und erarbeiteten Lösungsvorschläge (z. B. (SVR 2018)). Dementsprechend wird in der Gesundheitsgesetzgebung regelmäßig die Verbesserung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit intendiert, z. B. mit der Einführung des ambulanten Operierens nach § 115b SGB V im Jahr 1992. Keine der Maßnahmen vermochte es aber bisher, den erforderlichen Ansprüchen gerecht zu werden.

Mit dem im MDK-Reformgesetz vorgesehenen Gutachten gemäß § 115b Abs. 1a SGB V war die Aufgabe verbunden, an der ambulant-stationären Schnittstelle den Stand der medizinischen Erkenntnisse über ambulant durchführbare Operationen sowie stationärsersetzende Eingriffe und Behandlungen zu untersuchen und darauf aufbauend konkrete Vorschläge zur Erweiterung des Kataloges nach § 115b SGB V („AOP-Katalog“) zu erarbeiten. In kurzer Zeit wurden umfangreiche Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Katalogs vorgelegt. Was – mangels gesetzlichen Auftrags – jedoch fehlt, ist ein klares Konzept wie diese Leistungen zu vergüten sind.

An dieser Stelle setzt das durch den Innovationsfonds des G-BA geförderte Projekt „*Einheitliche, Sektorengleiche Vergütung*“ (ESV) an. Es geht der Frage nach, wie für die gleichen Leistungen, erbracht in verschiedenen Sektoren, ein einheitliches, sektorengleiches Vergütungssystem ausgestaltet werden kann. An erster Stelle stand ein Blick in unsere Nachbarländer (siehe Kapitel 2). In vielen Ländern wird die Öffnung der Sektoren und die Ambulantisierung der Leistungserbringung in den letzten Jahrzehnten stark vorangetrieben. Anschließend wurden anhand von Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung sektorengleiche Leistungen in der deutschen Versorgungslandschaft analysiert und der Status Quo der Leistungserbringung untersucht (siehe Kapitel 3). Parallel wurde mittels einer Befragung von Leistungserbringern und Krankenkassen ermittelt, welche Erwartungen an ein geeignetes Vergütungssystem bestehen (siehe Kapitel 4).

Auf dieser Basis wurde ein tragfähiges Konzept entwickelt, das aufzeigt, wie eine einheitliche, sektorengleiche Vergütung ausgestaltet werden kann (siehe Kapitel 1). Es soll politischen Entscheidungsträgern ermöglichen, ein sektorengleiches Vergütungssystem auf den Weg zu bringen, welches sowohl von Leistungserbringern als auch Krankenkassen befürwortet wird. Das Konzept bedient sich dabei pragmatischer Ansätze, um das deutsche Gesundheitssystem kurzfristig effizienter zu gestalten, aber auch mittelfristiger Elemente für eine zielorientierte bedarfsgerechte Ausrichtung.

Das Konzept geht vom bisherigen AOP-Katalog aus, der aber perspektivisch durch eine einheitliche Leistungsdefinition und -dokumentation für den sektorengleichen Bereich ersetzt wird. Als übergangsweise Basis der Vergütung werden die DRGs herangezogen, für die OPS-Codes des AOP-Kataloges in relevanter Anzahl gruppierungsrelevant sind und die keine Patientinnen und Patienten mit äußerst schweren Komplikationen oder Komorbiditäten betreffen. Diese Fälle, bei denen es sich in der Regel um Kurzlieger handelt, werden zukünftig über sektorengleiche Pauschalen vergütet; schwere Fälle verbleiben im DRG-System und werden weiterhin stationär erbracht.

Die Kalkulation der Leistungen erfolgt initial auf Basis des bestehenden, um rein stationäre Kosten bereinigten InEK-Kostengerüsts. Die daraus resultierende Überfinanzierung – ambulante Kostenstrukturen fließen zunächst nicht in die Kalkulation ein – dient der finanziellen Anreizsetzung und der schnellen Etablierung sektorengleicher Strukturen. Während der Einführungsphase, die sich auf eine gesetzlich festgelegte Übergangszeit von etwa drei Jahren beschränken sollte, wird eine gemeinsame sektorengleiche Datengrundlage geschaffen. Konkret heißt dies, dass eine Stichprobe an Leistungserbringern dieses sektorengleichen Bereiches Kalkulationsdaten liefert. Auf dieser Datengrundlage werden Leistungskomplexe transparent kalkuliert und empirisch bewertet, wobei nach den verschiedenen beteiligten ärztlichen und den nichtärztlichen Professionen differenziert und sich strukturell sowohl am Kostengerüst des InEK als auch am Standard Bewertungssystem (Stabs) orientiert wird. Nach dem **Baukastenprinzip** werden aus den Leistungskomplexen flexibel zusammensetzbare **sektorengleiche Leistungsgruppen (SLG)** zusammengestellt und über **sektorengleiche Pauschalen (SP)** vergütet. Ziel der Kalkulation sind Preise, keine Relativgewichte. Ein Kostenorientierungswert wird als Mechanismus herangezogen, um den unvermeidbaren zeitlichen Verzug zwischen Kalkulationsdaten und Anwendungszeitraum abzubilden. Dessen Bestimmung erfolgt algorithmisch mit eindeutig definierten Preisindizes und im Regelfall ohne Verhandlungstatbestände.

Die Vergütung erfolgt in unterschiedlicher Höhe für zwei Stufen der SLG. Auf Basis des Baukastenprinzips fließen unterschiedliche Leistungsbestandteile in die Stufen ein. Stufe 1 umfasst einfache, weniger komplexe Fälle und damit in der Regel eine geringere Anzahl von Kostenstellen und -arten. Stufe 2 umfasst Patientinnen und Patienten mit erhöhter Fallkomplexität und erhöhtem Betreuungsbedarf, daher sind zusätzliche Kostenbestandteile zu berücksichtigen.

Für den neuen sektorengleichen Bereich sind darüber hinaus zahlreiche weitere Regelungen, u.a. zur Planung, Abrechnung und Qualitätssicherung zu treffen.

# 1 Ein sektorengleiches ambulant-stationäres Vergütungssystem

## 1.1 Grundzüge

Ein Vergütungssystem beschreibt im engeren Sinn Struktur, Form und Höhe von Vergütungen: wer vergütet was, wie und in welcher Höhe. Kernpunkte des folgenden Konzepts sind daher die Leistungsidentifikation und -definition, die Vergütungsformen sowie die zugehörige Datenbasis und Kalkulation. Zu allen Aspekten haben die Projektpartner auf Basis der im Projekt erworbenen Erkenntnisse Vorschläge erarbeitet, diskutiert und konsentiert; nur an einigen wenigen Stellen werden unterschiedliche Optionen ohne konsentierte gemeinsame Empfehlung beleuchtet. Grundsätzlich wurde das Ziel verfolgt, pragmatische Ansätze für die schnelle Umsetzung eines sektorengleichen ambulant-stationären Vergütungssystems mit erst mittelfristig umsetzbaren, strukturellen Änderungen zu verbinden. Die Vorschläge werden im Folgenden modular gegliedert vorgestellt, sie sind aber als Gesamtkonstrukt zu betrachten. Über die genannten Aspekte hinaus gibt es Überschneidungen mit anderen Themenfeldern der Gesundheitspolitik, für die im Folgenden nicht zwingend Lösungsvorschläge erarbeitet, aber mindestens die zu treffenden Entscheidungen skizziert werden.

Der Vorschlag für ein sektorengleiches ambulant-stationäres Vergütungssystem (siehe Abb. 1) geht von der Prämisse aus, dass perspektivisch kein Katalog mehr die für ein Krankenhaus einzelnen, ambulant erbringbaren Leistungen auflistet. Stattdessen soll der aus der Honorarkommission bekannte Vorschlag einer einheitlichen Leistungsdefinition und -dokumentation auf den sektorengleichen Bereich übertragen werden. Diese Leistungslegendierung enthält keine detaillierten Einzelleistungen (z. B. Schnitt/Naht oder einzelne Befunde), um unnötigen Dokumentationsaufwand zu vermeiden; sie umfasst aber alle für die sektorengleiche Leistungserbringung wesentlichen Leistungskomplexe (z. B. CT inkl. Befund, Koloskopie). Auf dieser Grundlage werden nach dem **Baukastenprinzip** gestufte **sektorengleiche Leistungsgruppen (SLG)** zusammengestellt und über **sektorengleiche Pauschalen (SP)** vergütet. Die Kalkulation erfolgt auf Basis einer gemeinsamen sektorengleichen, neu zu erhebenden Datengrundlage anhand derer Leistungskomplexe und Leistungsgruppen transparent definiert und bewertet werden. Die Struktur der Datengrundlage sollte sich am Kostengerüst des InEK und am Standard Bewertungssystems (Stabs) orientieren.

Dies ist das perspektivische Ziel; zur schnellen Einführung sektorengleicher Leistungen wird zunächst weiterhin auf dem AOP-Katalog aufgesetzt und die zugehörigen DRGs identifiziert. Dazu werden die DRGs ausgewählt, für die die entsprechenden OPS-Codes gruppierungsrelevant sind. Ein entsprechender Schwellenwert, um nur DRGs mit relevanten Fallzahlen zu betrachten, ist auf Basis der 21er-Daten zu bestimmen. Fälle von Patientinnen und Patienten ohne äußerst schwere Komplikationen oder Komorbiditäten, bei denen es sich in der Regel um Kurzlieger handelt (Schreyögg und Milstein 2021), bilden initial die **SLG** und werden über **SP** vergütet. Schwere Fälle verbleiben im DRG-System und werden weiterhin stationär durchgeführt. Die Kalkulation der zugehörigen SP erfolgt initial ausschließlich auf Basis des bestehenden InEK-Kostengerüsts und wird um rein stationäre Kosten bereinigt, u.a. um Übernachtungskosten. Die Kosten werden auf die benötigte Zeit für Aufnahme, Vorbereitung und Durchführung sowie die anschließende Beobachtung und direkte Nachbehandlung reduziert. Dadurch werden beide Systeme zu einem zusammengeführt und es entsteht ein gemeinsamer Preis für sektorengleiche Leistungen. Da zunächst ambulante Kostenstrukturen nicht in die Kalkulation einfließen, resultiert eine zeitlich befristete

Überfinanzierung, die der finanziellen Anreizsetzung und damit einhergehend der schnellen Etablierung sektorengleicher Strukturen dient.

Das zweiphasige Konzept zur Einführung eines neuen sektorengleichen Vergütungssystems bedingt, dass ein konkreter Zeitrahmen für den Übergang von der Einführungsphase zur Umsetzungsphase, bzw. dem perspektivischen Ziel, gesetzlich verankert werden muss. Ähnlich dem Zeitrahmen zur Einführung des DRG-Systems bietet sich eine Übergangszeit von drei Jahren an, um dann sektorengleiche Pauschalen auf Basis einheitlicher Daten zu kalkulieren und die neue Vergütungsform auf eine solide empirische Basis zu stellen.











	<u>Pragmatischer Ansatz zur Einführung</u>	<u>Perspektivische Umsetzung</u>
(1) Leistungs- identifikation	 basierend auf OPS aus AOP-Katalog	 einheitliche Leistungsdokumentation
(2) Datenbasis	 InEK-Kostengerüst	 sektorengleiche Datengrundlage
(3) Kalkulation	 um stationäre Kosten bereinigte DRGs	 Kalkulation nach Baukastenprinzip
(4) Leistungs- definition	 2-stufige sektorengleiche Leistungsgruppen	 2-stufige sektorengleiche Leistungsgruppen
(5) Vergütungs- Form	 sektorengleiche Pauschalen	 sektorengleiche Pauschalen

Abb. 1: Grundzüge eines sektorengleichen Vergütungssystems

## 1.2 Vorschläge

### 1.2.1 Leistungsidentifikation und -definition

#### *PROBLEMSTELLUNG*

Eine eindeutige Zuordnung, um Prozeduren bzw. Leistungen als stets ambulant erbringbar zu identifizieren, ist für viele Leistungen an der ambulant-stationären Schnittstelle medizinisch kaum möglich. Viele Leistungen, die regelhaft ambulant erbracht werden können, benötigen unter bestimmten Voraussetzungen dennoch stationäre Kapazitäten (oder zumindest erweiterter Betreuung). Gleichzeitig gilt für viele in Deutschland bisher als ausschließlich stationär geltende Leistungen, dass diese international auch im ambulanten Setting erfolgen – bei geeigneter Auswahl der Patientinnen und Patienten (Kapitel 2).

Unsere empirischen Analysen (Kapitel 3) bestätigen, dass der Kontext<sup>1</sup> einer Leistung von hoher Bedeutung ist. Ein Bedarf an besonderer Nachsorge oder der Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten sind die am häufigsten genannten Gründe, welche die stationäre Durchführung grundsätzlich ambulant möglicher Leistungen bedingen (Kapitel 4). Die reine Orientierung an OPS, wie sie derzeit im AOP-Katalog vorliegt, wäre für ein zukünftiges Vergütungssystem daher nicht zielführend. Auch das Gutachten gemäß § 115b Abs. 1a SGB V kommt zu dem Schluss, dass eine Erweiterung des AOP-Katalogs eng mit einem System der fallindividuellen Kontextprüfung verknüpft sein sollte (Albrecht et al. 2022). Stellungnahmen verschiedener Fachgesellschaften bekräftigten dies.

Verschiedene Optionen zur Umsetzung einer Kontextprüfung sind denkbar. Im Gutachten gemäß § 115b Abs. 1a SGB V wird eine komplexe Prüfung auf Basis mehrerer leistungs- (z. B. Beatmung, Leistungskombinationen) und patientenbezogener (z. B. Betreuungsbedarf, Frailty Index, Komorbidität) Kriterien vorgeschlagen. International wird u. a. der ASA-Score zur Einschätzung des präoperativen Gesundheitszustands und damit einhergehend zur Risikostratifizierung genutzt (Foley et al. 2021). Andere Varianten, etwa die Nutzung von MRSA-Risikokategorien (Augurzyk et al. 2021), kommen ebenfalls in Frage. Den Vorschlägen gemein ist, dass sie entweder eine niedrige Interrater-Reliabilität aufweisen und damit stark vom subjektiven Eindruck geprägt sind oder hohe Anforderungen an die benötigten Daten stellen. Beides beeinträchtigt die Praktikabilität. Unklare Zuordnungen geben Anlass zu Abrechnungsstreitigkeiten. Die Datenverfügbarkeit stellt zudem im deutschen Gesundheitswesen weiterhin eine große Herausforderung dar und kann den mittelfristigen Erfolg eines solchen Vorschlags verhindern.

Grundsätzlich verliert die Kontextprüfung für die SLG im vorliegenden Vorschlag jedoch an Bedeutung, weil Preisunterschiede aufgrund des gewählten Versorgungssettings weitestgehend eliminiert werden.

#### **VORSCHLAG**

Um eine reibungsarme Einführung des neuen Vergütungssystems zu gewährleisten, stellt die pragmatische Orientierung an bestehenden Systemen den erfolgversprechendsten Weg dar. Die letztlich zu vergütende Leistung ist weder im ambulanten noch im stationären Bereich direkt an einzelne OPS gebunden, sondern erfolgt auf Basis von GOPs oder DRGs. Internationale Erfahrungen legen nahe, dass die Orientierung an stationären Rahmenbedingungen – also am Fall – ratsam ist.

---

<sup>1</sup> Wir folgen hier der Formulierung des Gutachtens gemäß § 115b Abs. 1a SGB V.

Für die Anfangszeit sollten ausgehend vom derzeitigen AOP-Katalog, der perspektivisch durch das neue System abgelöst wird, für jede dort enthaltene OPS die korrespondierenden bisher stationär abgerechneten Fälle und die zugehörige Subkategorie der Hauptdiagnosegruppe bestimmt werden.<sup>2</sup> Dazu werden die DRGs ausgewählt, für die die entsprechenden OPS-Codes gruppierungsrelevant sind. Ein Schwellenwert ist auf Basis der 21er-Daten zu bestimmen. Für die so identifizierten, zahlenmäßig relevanten Gruppen erfolgt anschließend die Definition von um stationäre Teilleistungen bereinigten, neuen **sektorengleichen Leistungsgruppen (SLG)**. Diese umfassen z. B. keine Übernachtung mehr und sehen identische Leistungsinhalte unabhängig vom Ort der Leistungserbringung vor. Ähnlich dem Vorbild des französischen Systems werden so auf Basis der bestehenden stationären Versorgung gemeinsame Leistungsbereiche mit einheitlichen Bedingungen geschaffen. Um die Fallkomplexität zu differenzieren und die Abgrenzung zwischen sektorengleicher oder stationärer Leistung vorzunehmen, erfolgt eine Kontextdefinition auf Grundlage medizinischer Komplexitätsstufen – ähnlich der bestehenden Unterteilung innerhalb einer Basis-DRG.

Medizinische Komplexitätsstufen, initial basierend auf den PCCL<sup>3</sup>, stellen ein bewährtes Instrument zur Bestimmung des patientenbezogenen Gesamtschweregrads dar. Auf Basis der Nebendiagnosen, die einen ggf. erhöhten Komplexitätsgrad oder Versorgungsbedarf aufgreifen, kann eine Kontextabgrenzung für die Entscheidung zwischen sektorengleicher oder stationärer Erbringung erfolgen. Fälle, die einem PCCL von 4 und höher entsprechen, also Fälle von Patientinnen und Patienten mit äußerst schweren Komplikationen oder Komorbiditäten, werden bei den SLGs nicht berücksichtigt, weiterhin regelhaft vollstationär im Krankenhaus versorgt und mit einer stationären DRG abgerechnet. Fälle, die einem PCCL von 3 und weniger entsprechen und somit keine äußerst schweren Komplikationen oder Komorbiditäten aufweisen und bei denen es sich aktuell in der Regel um Kurzlieger handelt, werden hingegen grundsätzlich im Rahmen der neuen SLGs abgerechnet, unabhängig davon, wo sie versorgt werden.

Das System zur Einstufung in medizinische Komplexitätsstufen muss im Laufe der Anwendung weiterentwickelt werden, um die Einstufung und Steuerung der Patientinnen und Patienten in die richtige Versorgungsebene zu präzisieren. Ggf. können dazu weitere Kontextfaktoren hinzugezogen werden. Wichtig ist, dass das System der fallindividuellen Kontextprüfung algorithmenbasiert und objektiv nachvollziehbar ist. Darüber hinaus sollten möglichst bestehende Daten herangezogen werden, um Dokumentationsaufwände gering zu halten.

Auch in der sektorengleichen Versorgung kann dieselbe Leistung unterschiedliche Versorgungsbedarfe bedingen. Um dem Rechnung zu tragen, wird jede SLG in zwei Stufen geteilt. Patientinnen und Patienten mit keinen oder nur geringen Komplikationen und Komorbiditäten und damit geringem Betreuungsbedarf fallen in Stufe 1. Mit mäßig schweren bis schweren Komplikationen und Komorbiditäten geht in der Regel ein höherer Vor- und Nachsorgebedarf einher, der zur Stufe 2 einer SLG führt. Diese Systematik findet sich derzeit sowohl im stationären wie auch im ambulanten Vergütungssystem (z. B. Unterteilung der Basis-DRGs nach Ressourcenverbrauch, Notfallpauschalen etc.).

---

<sup>2</sup> Die Zuordnung zu einer DRG hängt mit vielen weiteren Elementen zusammen: Diagnosen, Geschlecht, Alter, Aufnahmeanlass etc. und wird auch mit dem Augenmerk auf die Kostenhomogenität erstellt. In der vorgeschlagenen Vorgehensweise würden entsprechend nicht alle DRGs herangezogen. Es beträfe nur diejenigen DRGs, für welche die OPS in größerem Umfang Hauptleistung, also gruppierungsrelevant, sind.

<sup>3</sup> Die PCCL liegen in den 21er-Daten und auch den Krankenkassen vor. Sie eignen sich also zur schnellen pragmatischen Einführung des Systems.

Um auch weiterhin soziale Kriterien wie fehlende Betreuungsmöglichkeiten oder sehr weite Anreisen berücksichtigen zu können, muss deren rechtssichere Einbindung juristisch geprüft werden. Die bisher in den G-AEP-Kriterien abgebildeten sozialen Faktoren haben sich nicht bewährt und führen zu Abrechnungsstreitigkeiten. Ggf. wäre für diese Fälle auch eine kurzfristig zu prüfende, verbindliche und rechtssichere Vorab-Genehmigung denkbar. Eine solche findet für bestimmte Leistungen bereits in Frankreich und der Schweiz erfolgreich Verwendung. Für die beschriebenen Fälle muss eine stationäre Vergütungsoption gewährleistet sein, z. B. über eine Gleichstellung mit Patientinnen und Patienten mit äußerst schweren Komplikationen oder Komorbiditäten (entspricht derzeit einem PCCL von 4 und höher) oder über einen Tagessatz.

Bei der Identifizierung der SLGs könnten über den AOP-Katalog hinaus auch die im Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V vorgeschlagenen Leistungen berücksichtigt werden. Die Erweiterung möglicher Leistungen hat jedoch nicht oberste Priorität. Unsere Analysen legen nahe, dass die Herausforderung sowohl in der Realisierung des bestehenden Potenzials, als auch in der Erweiterung des Kataloges liegt. Dies ist auch deshalb geboten, da das Leistungsgeschehen hochkonzentriert ist, d.h. einige sektorengleich erbringbare Prozeduren werden sehr häufig erbracht, während die meisten Prozeduren nur selten erbracht werden (siehe Kapitel 3). Allein mit den 30 am häufigsten sektorengleich erbringbaren Prozeduren werden nahezu 3 Millionen Fälle erfasst, die derzeit stationär erbracht werden (Schreyögg und Milstein 2021).

Das soeben beschriebene Vorgehen beschreibt einen pragmatischen Ansatz, um kurzfristig mit dem Aufbau eines sektorengleichen Vergütungssystems beginnen zu können. Perspektivisch muss jedoch eine einheitliche Leistungsdokumentation angestrebt werden, welche auf Basis des OPS-Katalogs alle in Frage kommenden Leistungen abbildet. Hierzu ist der OPS-Katalog sukzessive zu erweitern, vor allem um bisher nur unsystematisch enthaltene, nicht-operative Maßnahmen. Die starke Fokussierung des OPS-Katalogs auf stationäre Leistungen entfällt und wird durch ein breites ambulant-stationäres Leistungsspektrum ergänzt. Für die Definition der Leistungen ist ein Kompromiss zwischen einer großen Detailtiefe mit hohem Dokumentationsaufwand auf der einen und einem hohem Abstraktionsgrad und damit ggf. fehlender Abbildung der Leistungskomplexität auf der anderen Seite zu finden. Die neue Leistungslegendierung sollte daher auf die Auflistung detaillierter Einzelleistungen (z. B. Schnitt/Naht oder einzelne Befunde) und den damit einhergehenden Dokumentationsaufwand verzichten. Um **SLG** flexibel nach dem **Baukastenprinzip** zusammensetzen zu können, sollte die Legendierung aber alle für die sektorengleiche Leistungserbringung wesentlichen Leistungskomplexe umfassen (als Ebene z. B. CT inkl. Befund, Koloskopie). Der Vorschlag ähnelt damit der auf den ambulant-stationären Bereich übertragenen Idee einer umfassenden Definition ärztlicher Leistungen der Honorarkommission (KOMV 2019). Im Rahmen von Selektivverträgen könnten die Leistungskomplexe auch in anderen Konstellationen zu Pauschalen zusammengeführt werden. Für die Umsetzung einer solchen einheitlichen Leistungsdokumentation braucht es einheitliche Kodiervorschriften bei der Erbringung sektorengleicher Leistungen.

Mit diesem Vorgehen entfielen die Beschränkung des sektorengleichen Vergütungssystems auf ausgewählte Leistungen eines Kataloges und würde durch ein allgemeingültiges sektorengleiches Konzept ersetzt. Die bisherigen Arbeiten im Zusammenhang mit dem AOP-Katalog würden als Vorarbeit die Einrichtung des sektorengleichen Vergütungssystems initial beschleunigen und darin aufgehen.

## 1.2.2 Vergütungsform

### *PROBLEMSTELLUNG*

Die meisten Leistungserbringer bevorzugen die ihnen bekannte Form der Vergütung, das heißt Fallpauschalen für die Krankenhäuser und Einzelleistungsvergütung bei den Vertragsärzten. Krankenkassen plädieren am deutlichsten für die Nutzung von Fallpauschalen. Insgesamt sind die Vorstellungen zur Vergütung jedoch sehr heterogen (siehe Kapitel 4). International werden unterschiedliche Formen der Vergütung genutzt, zumeist aber auf stationären Fallpauschalen aufgesetzt. Für Deutschland gilt es, die Vorteile der stationären und ambulanten Vergütungssystematiken in der Zusammenführung zu nutzen und dabei die jeweiligen Schwächen zu reduzieren.

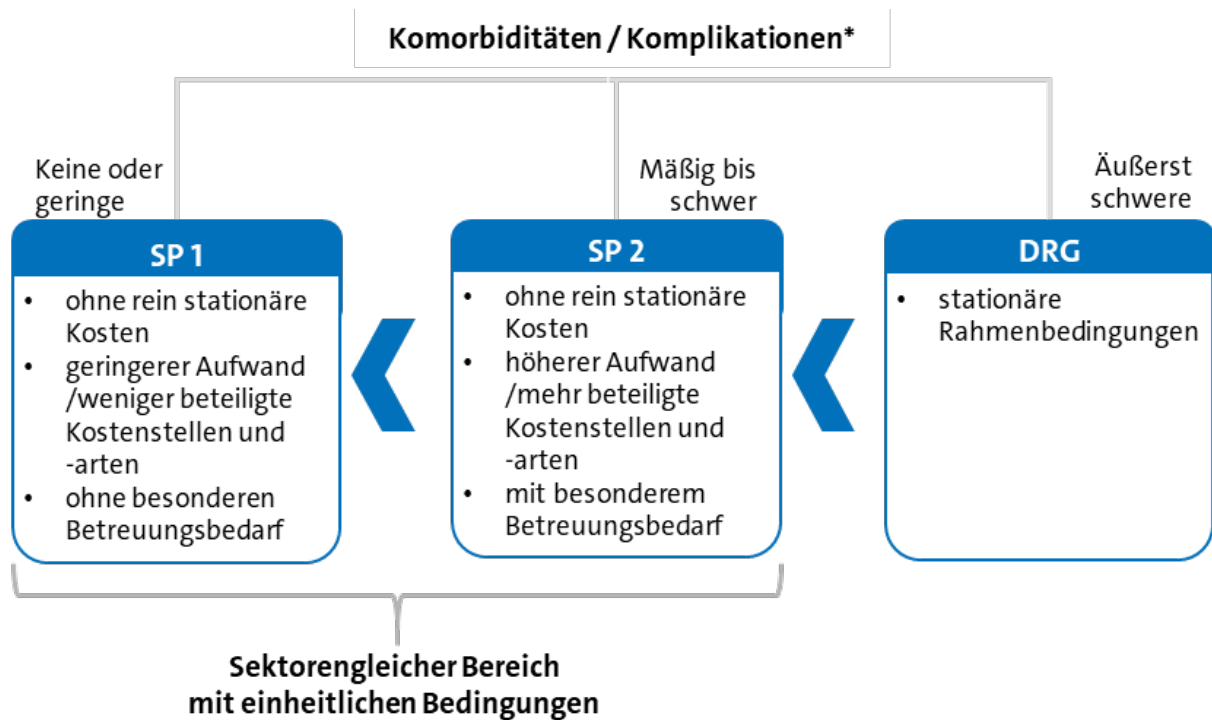
### **VORSCHLAG**

Dem pragmatischen Grundansatz folgend kann die Orientierung an bestehenden Systemen die Einführung des neuen Systems beschleunigen. Als neue Vergütungsform sind daher prinzipiell an DRGs orientierte **sektorengleiche Pauschalen (SP)** je Fall eine naheliegende Lösung.

Initial wird für alle SPs auf das Kostengerüst des InEK, ermittelt aus den Kalkulationskrankenhäusern, zurückgegriffen. Durch die modular aufgebaute Kostenstruktur der InEK-Kalkulation ist es möglich, die rein stationären Kosten herauszurechnen. Perspektivisch erfolgt die Kalkulation dann auf Basis der neu zu erhebenden Kostendaten (siehe 1.2.3). Die sektorengleichen Pauschalen werden sowohl in der Einführungsphase als auch in der finalen Umsetzungsphase in unterschiedlicher Höhe für die zwei Stufen der SLG vergütet (siehe Abb. 2). Auf Basis des **Baukastenprinzips** fließen unterschiedliche Leistungsbestandteile in die Stufen ein. Stufe 1 umfasst einfache, weniger komplexe Fälle und damit in der Regel eine geringere Anzahl von Kostenstellen und -arten. Die Preiskalkulation nähert sich stärker dem bisherigen ambulanten Niveau.

Stufe 2 umfasst Patientinnen und Patienten mit erhöhter Fallkomplexität und erhöhtem Betreuungsbedarf, daher sind zusätzliche Kostenbestandteile zu berücksichtigen und die Vergütung tendenziell näher an der stationären Vergütung. Wie die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit erhöhten Betreuungsbedarfen erfolgen soll, wird nicht vorgegeben. Patientinnen und Patienten können in ambulanten Operationszentren oder Krankenhäusern über Nacht in Beobachtungsbetten verbleiben, die Betreuung am Wohnort durch ambulante Pflgeteams ist jedoch ebenfalls möglich. Beides wird perspektivisch in der sektorengleichen Datenerhebung entsprechend der real anfallenden Kosten in die Kalkulation einfließen. Die Maßnahmen zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einem besonderen Betreuungsbedarf bleiben somit frei und sind durch die Pauschale der Stufe 2 allgemein abgegolten.





**Anmerkungen:**

\* Keine oder geringe Komorbiditäten / Komplikationen entsprechen aktuell einem PCCL  $\leq 1$ , Mäßig bis schwere Komorbiditäten / Komplikationen entsprechen aktuell einem PCCL von 2 bis 3, äußerst schwere Komorbiditäten / Komplikationen entsprechen aktuell einem PCCL  $\geq 4$

Abb. 2: Struktur der Vergütungen

Die sektorengleichen Pauschalen vergüten alle mit der Leistungserbringung verbundenen Kosten, dazu gehören auch Pflege-, Vorhalte- und Investitionskosten. Dieser Vorschlag mag angesichts aktueller Diskussionen zur stationären Vergütung überraschend erscheinen, ist aber gut begründet.

Sektorengleiche Leistungen benötigen durch ihre kürzere Verweildauer grundsätzlich nicht in gleichen Umfang die Versorgung durch Pflegenden wie es in der stationären Versorgung üblich ist. Gleichzeitig steht die Erbringung sektorengleicher Leistungen deutlich mehr Leistungserbringern offen. Eine separate Vergütung der Pflege nach Selbstkosten, wie sie in der stationären Versorgung aktuell gilt, wäre daher bei geringerem Budgetumfang mit deutlich höherem Aufwand verbunden. Angesichts der Tatsache, dass die Vereinbarung von Pflegebudgets selbst für die begrenzte Anzahl an Krankenhäusern nur schleppend erfolgt, ist eine solche Lösung nicht zu empfehlen. Sollte sich im sektorengleichen Vergütungssystem die Notwendigkeit herausstellen, ungewollte Kostenminimierungen in der Pflege oder in anderen Bereichen zu verhindern, gibt es pragmatischere Ansätze (Schreyögg und Milstein 2018). So erlaubt die transparente Kalkulation der SPs, die pflegerischen Leistungsbestandteile aufzusummieren und mit den Stellenbesetzungen eines Leistungserbringers zu vergleichen. Auf diese Weise könnte z. B. die Auszahlung pflegerischer Leistungsbestandteile an die Existenz entsprechender Stellen geknüpft werden.

Die fallunabhängige, pauschalierte Vergütung von Vorhaltekosten wird aktuell für viele Bereiche der Krankenhausfinanzierung gefordert und ist für die Notfallversorgung bereits teilweise umgesetzt. Um dem berechtigten Interesse an einer wirtschaftlichen Gesundheitsversorgung nachzukommen, müssen pauschal vergütete Vorhaltekosten jedoch mit einer Planung zur Verteilung dieser Gelder verbunden werden. In der sektorengleichen Versorgung ist eine solche Planung während der

Einführungsphase aber nicht vorgesehen. Perspektivisch sind Strukturen für eine Planung aufzubauen (siehe 1.2.6), eine schnelle Einführung sollte jedoch nicht durch den aufwändigen Aufbau von Planungsstrukturen verhindert werden.

Der Argumentation bzgl. der Investitionskosten ist ähnlich, dementsprechend sind auch hier während der Einführung des Systems zunächst fallbezogene Vergütungen anzustreben. Die InEK-Kostenmatrix ist dafür zu ergänzen. Dem **Baukastenprinzip** folgend müssen die Investitionskosten als Ergebnis der Kalkulation aber transparent gemacht werden (siehe Tab. 1 und Abb. 3), um ggf. abweichende Lösungen zu ermöglichen. Darüber hinaus bedarf es auch einer grundsätzlichen Entscheidung zur Finanzierungsverantwortung für die Investitionskosten. Investitionskosten der Vertragsärzte sind in der Kalkulation des EBM abgebildet und werden durch die Krankenkassen getragen; die stationären Investitionskosten der Krankenhäuser werden zu einem großen Teil durch die Länder finanziert.

Zur Finanzierung der Investitionskosten im sektorengleichen Bereich sind daher unterschiedliche Optionen denkbar. Die Investitionskosten könnten unabhängig vom Ort der Leistungserbringung durch die Krankenkassen finanziert werden. In diesem Modell wäre in der Planung (siehe 1.2.6) über entsprechende Mitspracherechte der Krankenkassen, auch in Bezug auf die Krankenhäuser, zu entscheiden. Sollten die Länder zusätzliche, ausreichende Mittel für die sektorengleichen Strukturen bereitstellen, wäre eine separate Berücksichtigung der Investitionskosten denkbar und die Planungshoheit würde bei den Ländern verbleiben.

### 1.2.3 Datenbasis und Kalkulation

#### *PROBLEMSTELLUNG*

Weitgehend unabhängig von der konkreten Form der Vergütung besteht das Bedürfnis einer aktuellen, differenzierten und transparenten Kostenkalkulation, um Anreize zur effizienten und bedarfsgerechten Versorgung zu setzen und die Akzeptanz des Systems sicherzustellen. International wird nach unterschiedlichen Maßstäben kalkuliert. In einigen Ländern, z. B. Frankreich, erfolgt die Kalkulation getrennt nach Sektoren, um im Anschluss gewichtete Mischpreise zu bilden. Andere, wie Dänemark, kalkulieren bereits auf einer gemeinsamen Datenbasis. Schließlich findet auch das Modell Verwendung, Preise rein auf Basis stationärer Daten zu berechnen, allerdings unter gewichteter Berücksichtigung von tagesschirurgischen und vollstationären Fällen (England).

In Deutschland ist aktuell keine Datengrundlage für die gemeinsame Kalkulation eines sektorengleichen Bereichs verfügbar. Generell besteht ein umfangreiches empirisches Kostengerüst insbesondere für den stationären Bereich, da die ambulante Kalkulation stärker normativ gestaltet wird.

#### *VORSCHLAG*

Es erfolgt zunächst keine grundlegend neue Kalkulation. Als initiale Kalkulationsgrundlage wird stattdessen das InEK-Kostengerüst der Krankenhäuser herangezogen. Die bestehenden Daten werden um rein stationäre Kosten bereinigt und auf dieser Basis eine sektorengleiche Vergütung kalkuliert. Zu bereinigende Kosten umfassen z. B. Kosten der Übernachtung, der Intensivstation etc. Die Kosten werden auf die benötigte Zeit für Aufnahme, Vorbereitung und Durchführung sowie die anschließende Beobachtung und direkte Nachbehandlung reduziert. Im Ergebnis wird aus dem Kostengerüst des InEK ein sektorengleicher Tagessatz abgeleitet. Tab. 1 stellt zur Veranschaulichung – ohne Bezug zu echten Kostendaten – beispielhaft das Ergebnis eines solchen Kalkulationsverfahrens dar. Als Übergangszeitraum sollte ein Zeithorizont von drei Jahren angepeilt werden. Die damit einhergehende

– temporäre – Übervergütung der sektorengleichen Leistungen dient auch der Anreizsetzung für eine schnelle Etablierung sektorengleicher Strukturen. Dieser Zeitplan muss gesetzlich vorgegeben werden.

Mit dem Start des neuen Vergütungssystems wird sukzessive eine neue, gemeinsame Datengrundlage geschaffen. Konkret heißt dies, dass eine Stichprobe an Leistungserbringern dieses sektorengleichen Bereiches, d.h. Vertragsärzte, ambulante OP-Zentren und Krankenhäuser, Kalkulationsdaten liefert. Damit wird auch dem überwiegenden Wunsch der Beteiligten Rechnung getragen, dass sich die Vergütung an den benötigten Mischstrukturen orientieren soll (siehe Kapitel 4). Ausgehend von dieser gemeinsamen Datengrundlage wird jeder Leistungskomplex kalkuliert und die Kalkulation dabei auch für die beteiligten ärztlichen Fachrichtungen (Chirurgie, Anästhesie etc.) und nicht ärztlichen Professionen ausdifferenziert. Auf dieser Basis können sektorengleiche Pauschalen flexibel zusammengesetzt werden. Ein Abgleich der neu kalkulierten Vergütungen des neuen Leistungsbereiches mit bestehenden stationären und ambulanten Vergütungen sollte erfolgen, um die sachgerechte Kalkulation sicherzustellen und Fehlanreize zu vermeiden.

SLG X321	Personalkosten			Sachkosten		Personal- und Sachkosten der Infrastruktur		Inv.-Kosten	Σ
	ärztlich	pflegerisch	med. tech.	Implantate	...	medizinisch	nicht-medizinisch	Anlagen	
Chirurgie	123,10	-	116,01	114,00	12,28	54,35	95,00	25,10	<b>539,84</b>
Anästhesie	71,26	-	48,58	-	0,52	8,90	19,35	6,40	<b>155,01</b>
Kardiolog. Diag./Ther.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Endoskop. Diag./Ther.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Radiologie	89,76	-	58,35	-	3,45	8,46	22,03	4,65	<b>186,70</b>
...									
Laboratorien	1,48	-	3,48	-	2,26	0,87	3,07	0,48	<b>11,64</b>
Diagnost. Bereiche	13,34	0,22	6,30	-	0,33	1,49	4,15	8,92	<b>34,75</b>
Therapeut. Verfahren	0,02	-	0,47	-	-	0,65	0,18	-	<b>1,32</b>
Patientenaufnahme	8,73	12,21	3,28	-	-	1,52	4,32	3,51	<b>33,57</b>
Patientenbetreuung	-	85,32	-	-	-	0,70	1,20	4,12	<b>91,34</b>
...									
<b>Σ</b>	<b>307,69</b>	<b>97,75</b>	<b>236,47</b>	<b>114,00</b>	<b>18,84</b>	<b>76,94</b>	<b>149,30</b>	<b>53,18</b>	<b>1.054,17</b>

Tab. 1: Beispielhafte Veranschaulichung der Kostendarstellung, ohne realen Kostenbezug

Um weitreichende Expertise einzubinden, sollte die Kalkulation durch die Selbstverwaltung in Zusammenarbeit mit dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) und dem Institut des Bewertungsausschusses (InBA) erfolgen.

Die Kalkulation selbst erfolgt jährlich aktualisiert nach dem Bottom-up-Prinzip. Es werden detaillierte Einzelbewertungen nach Kostenarten und Kostenstellen berechnet und transparent gemacht. Initial entstammt diese Kostenarten- und Kostenstellengliederung dem InEK-Kostengerüst; mit dem sukzessiven Übergang zur gemeinsamen Datengrundlage kann ein auf die sektorengleiche Versorgung angepasste Struktur geschaffen werden. Diese wird stärker nach den beteiligten ärztlichen und nichtärztlichen Professionen differenzieren und sich sowohl am Kostengerüst des InEK als auch an der Struktur des Standard Bewertungssystems (Stabs) orientieren. Entsprechende Kostenstellen-Zuordnungen wie z. B. das Sprechzimmer einerseits und die Normalstation andererseits zur z. B. „Patientenaufnahme“ und „Patientenbetreuung“ (siehe Tab. 1) müssten erfolgen. Nach dem **Baukastenprinzip** können die so berechneten Leistungskomplexe zu unterschiedlichen Konstellationen zusammengefasst werden (siehe Abb. 3). Diese transparente Kalkulation und Darstellung einzelner Leistungsbereiche hat mehrere Vorteile. Zunächst erhöht Transparenz die Nachvollziehbarkeit des Vergütungssystems und damit in aller Regel dessen Akzeptanz. Diskussionen um nicht vergütete Leistungsbestandteile, wie sie aktuell regelmäßig im Bereich des EBM zu Tage treten, werden vermieden. Auch die separate Berücksichtigung von Kostenbestandteilen, welche je nach Kontext unterschiedlich refinanziert werden, wird durch das Baukastenprinzip ermöglicht. Ein Beispiel für diesen Ansatz könnten z. B. die Investitionskosten sein.

Darüber hinaus erlaubt das Baukastenprinzip die flexible Zusammenstellung von Leistungskomplexen unterschiedlichen Umfangs, wie sie für die zwei Stufen der SLGs benötigt wird. Die Nutzung der Kalkulation für andere Bereiche, z. B. Selektivverträge oder als Grundlage für die Vereinbarung von episodensbasierten Vergütungen<sup>4</sup>, ist ebenfalls denkbar. Schließlich kann das **Baukastenprinzip** die bisher unterschiedlichen Vergütungsformen im sektorengleichen Bereich verbinden. Während für Krankenhäuser die Vergütung über Fallpauschalen der Normalfall ist, erfolgt im vertragsärztlichen Bereich bisher eine getrennte Berechnung von z. B. Operation und Anästhesie. Durch eine transparente Kalkulation und Zusammenstellung der Vergütung wird die Verteilung im Team vereinfacht und somit der Umgang mit pauschalierten Vergütungen erleichtert, da Verteilungskonflikte vermieden werden.

Ziel der Kalkulation sind Preise, keine Relativgewichte. Daher wird ein Mechanismus benötigt, um den unvermeidbaren zeitlichen Verzug zwischen Kalkulationsdaten und Anwendungszeitraum abzubilden. Im Idealfall ist dieser Verzug möglichst klein, maximal 2 Jahre. Dennoch können Preiseffekte zwischen dem Zeitpunkt der Kalkulation und der Anwendung zu verzerrten Anreizen führen. Dies betrifft insbesondere stark technisch geprägte Leistungen, aber auch andere Veränderungen der Kostenbasis. Daher ist ein Kostenorientierungswert zu bestimmen. Um die komplexen Verhandlungen von Landesbasisfallwerten und Orientierungswert nicht lediglich durch neue Verhandlungen des Kostenorientierungswerts zu ersetzen, muss dessen Anpassung algorithmisch mit eindeutig definierten Preisindizes<sup>5</sup> und im Regelfall ohne Verhandlungstatbestände erfolgen. Regionale, nicht zu kleinräumige Unterschiede in Kostenniveaus und -entwicklungen könnten bei Bedarf einfließen. Die zu

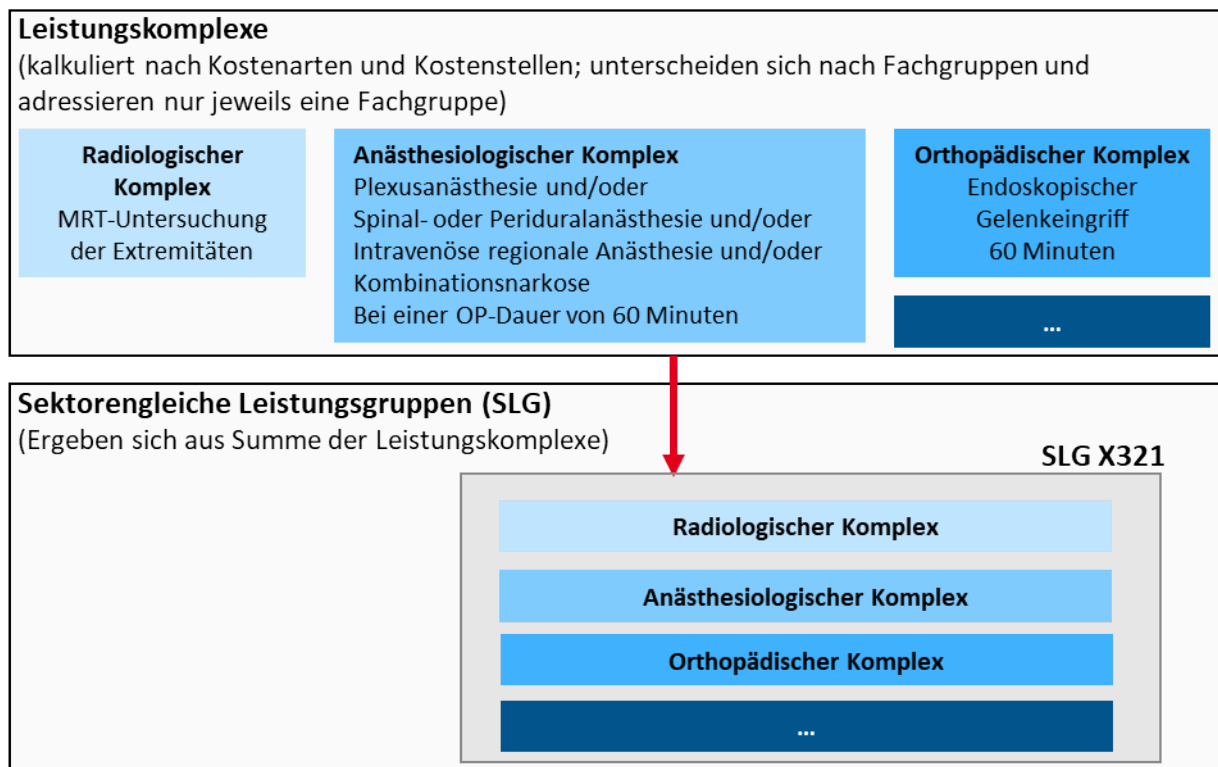
---

<sup>4</sup> Bei der episodensbasierten Vergütung wird für die gesamte Behandlung eines Patienten oder einer Patientin für alle während einer vorab festgelegten Versorgungsperiode im Zusammenhang mit einem Eingriff oder einer Krankheit erbrachten Leistungen eine prospektiv festgelegte Vergütung gezahlt, statt jede Leistung und jeden Leistungserbringer entlang des Behandlungspfades separat zu vergüten.

<sup>5</sup> Unter anderem zu Gehältern, Einkaufspreisen und Infrastrukturkosten.

verwendenden Algorithmen und Daten bei der Bestimmung des Kostenorientierungswerts sind durch die Selbstverwaltung initial in Zusammenarbeit mit dem InEK und InBA festzulegen.

Alle Berechnungen erfolgen auf einer empirisch-normativen Datengrundlage. Basis sind verpflichtende empirische Kostenerhebungen für eine Stichprobe der Leistungserbringer, einschließlich Angaben zum zeitlichen Personaleinsatz und den vorhandenen Kapazitäten. Normative Prüfungen und Anpassungen können für bestimmte Kostenbestandteile erfolgen. Dies kann z. B. nötig sein, wenn neue Behandlungsformen nicht zu historischen Kostenstrukturen passen (beispielsweise in Form veränderter Sachkosten) und nicht über die allgemeine Anpassung des Kostenorientierungswerts abdeckbar sind. In diesem Fall muss ein Gremium die Möglichkeit haben, betroffene Preisbestandteile einzelner Leistungen normativ anzupassen. Ein Beispiel hierfür findet sich in Bayern bei der Festlegung von Sachkosten des ambulanten Operierens.



11

Abb. 3: Beispielhafte Veranschaulichung des Baukastenprinzips

#### 1.2.4 Art der Abrechnung und institutionelle Verankerung

##### PROBLEMSTELLUNG

Der Abrechnungsweg unterscheidet sich für Krankenhäuser und Vertragsärzte. Krankenhäuser rechnen innerhalb kurzer Fristen direkt mit den Krankenkassen ab. Technisch erfolgt dies nach den Vereinbarungen nach § 301 Abs. 3 SGB V, sowohl für stationäre als auch ambulante Leistungen. Vertragsärzte rechnen in der Regel über ihre Kassenärztliche Vereinigung ab, oft auch für Selektivverträge oder die ASV. Die Abrechnung folgt dabei anderen technischen Grundlagen nach § 295 SGB V und findet quartalsweise statt.

Der Abrechnungsweg und insbesondere die damit einhergehenden Datenflüsse haben implizite Auswirkungen auf andere Aspekte der Versorgung, wie z. B. die Abrechnungsprüfung oder das Monitoring des Versorgungsgeschehens.

Hinsichtlich der zukünftigen Ausgestaltung ist das Meinungsbild bei den Krankenkassen und Leistungserbringern geteilt. Sowohl die dezentrale Abrechnung über die jeweilige Krankenkasse als auch die Nutzung einer zentralen Abrechnungsstelle wird von Teilen der Krankenkassen befürwortet. Krankenhäuser und Vertragsärzte bevorzugen hingegen mehrheitlich eine zentrale Stelle zur Abrechnung. Welche zentrale Stelle geeignet wäre, wird je nach Bereich jedoch unterschiedlich gesehen.

Die Entscheidung über Art und Weise der Abrechnung ist daher eine politische Entscheidung, bei der die verschiedenen Vor- und Nachteile für die unterschiedlichen Beteiligten abgewogen werden müssen. Die direkte, dezentrale Abrechnung mit den einzelnen Krankenkassen würde für Krankenhäuser voraussichtlich nur geringe Änderungen bedeuten. Für Vertragsärzte entstünden potenziell Mehraufwände durch die größere Zahl der Ansprechpartner und voraussichtlich kürzere Abrechnungsfristen. Für die Krankenkassen entstünden Mehraufwände vor allem dadurch, dass die Abrechnung und Abrechnungsprüfung für Vertragsärzte, die bisher zu großen Teilen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgt, übernommen werden müsste. Im Gegenzug wäre das Leistungsgeschehen ihrer Versicherten für die Krankenkassen jederzeit transparent. Bei einer dezentralen Abrechnung sind allerdings verschiedene Abrechnungsprüfungen nicht oder nur mit erhöhtem Aufwand umsetzbar. Die übergreifende Prüfung von Leistungserbringern, z. B. über Zeitprofile oder Mengenregelungen, bedarf der Zusammenführung aller Abrechnungsdaten eines Leistungserbringers und wäre für die einzelne Krankenkasse nicht möglich.

Eine zentrale Stelle erleichtert das Abrechnungsgeschehen für Krankenhäuser und Vertragsärzte, in dem die Zahl der Ansprechpartner verringert wird. Die zentrale Abrechnung führt aber eine zusätzliche Ebene im Verhältnis mit den Krankenkassen ein. Eine solche Ebene ist in der vertragsärztlichen Versorgung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen seit Jahrzehnten üblich, im stationären Bereich bisher jedoch weitestgehend unbekannt. Für die Krankenkassen würde sich in dieser Variante der Informationsfluss zur Leistungsanspruchnahme ihrer Versicherten verzögern und Abrechnungs- und Zahlungsmodalitäten müssten auf zwei Ebenen vereinbart werden. Datenflüsse an eine zentrale Institution könnten auch in anderen Bereichen Vorteile bieten, z. B. wären eine übergreifende, auf Abrechnungsdaten basierende Qualitätssicherung oder die Schaffung einer Gesamtsicht über das sektorengleiche Leistungsgeschehen leichter möglich.

Von der dezentralen Abrechnung über Abrechnungssammel- und -weiterleitungsstellen bis hin zur gemeinsamen Institution, die Abrechnungs-, Prüf- und Qualitätssicherungsinstanz ist, sind verschiedene Varianten denkbar und politisch abzuwägen. Auch über die konkrete institutionelle Verankerung wäre zu entscheiden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen verfügen prinzipiell bereits über die notwendigen Strukturen, sind aus Sicht der Krankenhäuser jedoch nicht die bevorzugte Lösung. Dementsprechend käme auch eine neue, gemeinsame Institution in Frage.

### **VORSCHLAG**

Initial sollten die bestehenden Abrechnungswege beibehalten werden, da eine Neuregelung lange Vorläufe benötigt und mit erheblichen Änderungen verbunden ist. Unabhängig von der konkreten Entscheidung zur Abrechnung sollten Regelungen zur zeitnahen Übermittlung der Daten getroffen werden, sodass möglichst zeitnah Transparenz über das Versorgungsgeschehen herrscht. Perspektivisch sind eine Vereinheitlichung oder zumindest eine Angleichung der Abrechnungswege grundsätzlich anzuraten. Unterschiedliche Wege der Abrechnung erschweren die Transparenz über das Leistungsgeschehen (siehe 1.2.8), erhöhen den Aufwand für Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen und behindern den Aufbau eines gemeinsamen Verständnisses der Leistungserbringung. Im Ergebnis hemmen sie durch die Erhöhung der Komplexität auch die Verhandlung etwaiger

mengenbegrenzender oder anderer übergreifender Regelungen. Denkbar wäre es, für eine kurzfristige pragmatische Umsetzung zunächst nur die direkten Abrechnungswege mit Krankenkassen nach einer sektorengleichen technischen Anlage laufen zu lassen. Die Krankenhäuser verwenden weiterhin den etablierten Datenaustausch nach § 301 SGB V. Die Vertragsärzte rechnen weiterhin über die KVen ab. Diese nutzen für die Weiterleitung an die Krankenkassen aber den Datenaustausch nach § 301 SGB V.

## 1.2.5 Qualitätssicherung

### *PROBLEMSTELLUNG*

Eine sektorengleiche Vergütung muss an Qualitätsparameter gebunden sein. Ohne Einhaltung grundlegender Qualitätsstandards, kann nicht gewährleistet werden, dass die gleiche Leistung erbracht wird, sodass eine einheitliche Vergütung nicht angebracht ist. Zur Sicherstellung der Qualität sollten Leistungen daher nur von personell und technisch adäquat ausgestatteten Leistungserbringern erbracht werden dürfen. Teil der derzeitigen Regelungen zum ambulanten Operieren ist bereits eine Qualitätssicherung mit organisatorischen, hygienischen, räumlichen und apparativen Voraussetzungen. Darüber hinaus gibt es mit den Richtlinien des G-BA auch eine datengestützte, einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung. Aktuell umfasst diese aber nur wenige Indikationen und ist mit einem hohen Aufwand verbunden. Gleichzeitig ist die Verbesserung der Versorgungsqualität durch diese Richtlinien bisher unklar. Dementsprechend wird durch den G-BA eine Weiterentwicklung avisiert (G-BA 2022).

Die befragten Beteiligten sehen mehrheitlich auch zukünftig den Bedarf von einheitlichen, bundesweiten Qualitätsvorgaben, die sektoreinheitlich kontrolliert werden sollten (siehe Kapitel 4).

13

### *VORSCHLAG*

Perspektivisch sollte sich an der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung des G-BA orientiert werden. Allerdings muss zuvor deren Überarbeitung erfolgen. Für den Übergang sollte der Ansatz des AOP-Vertrages weiterverfolgt werden, indem für sektorengleiche Leistungen für die Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 135 SGB V existieren, diese Anwendung finden. Dem mehrheitlichen Wunsch der Beteiligten folgend, sollte die Kontrolle der Qualität perspektivisch sektoreinheitlich durch eine Institution auf Bundesebene umgesetzt werden. Wie dies institutionell ausgestaltet wird, muss politisch unter Abwägung der Vor- und Nachteile entschieden werden. Übergangsweise sollten auch hier die bestehenden Regelungen des AOP-Vertrages übertragen werden. Die Ausgestaltung der Qualitätssicherung kann für bestimmte Aspekte, z. B. bei Frequenzregelungen, mit der Diskussion zum Abrechnungsweg verbunden werden.

Zur Definition der Qualitätsanforderungen könnten die entsprechenden Vereinbarungen der Bundesmantelvertragspartner nach § 135 Abs. 2 SGB V gegebenenfalls um Vertreter der Krankenhäuser erweitert und sukzessive an den Bereich sektorengleicher Leistungen angepasst werden. Auf diese Weise könnte ein bewährtes bestehendes System in die sektorengleichen Strukturen überführt werden. Inwieweit dabei bestehende Anforderungen angepasst werden, ist medizinisch zu entscheiden.

## 1.2.6 Bedarfsplanung

### *PROBLEMSTELLUNG*

Ambulante und stationäre Versorgungsstrukturen unterliegen in Deutschland grundsätzlich einer Planung. Diese stellt trotz neuerer Entwicklungen im Kern die Fortschreibung bestehender Kapazitäten dar. Für den Bereich sektorengleicher Leistungen existiert bisher keine Grundlage für eine solche Fortschreibung. Die bereits bestehenden, heterogenen Leistungsbereiche in der sektorenübergreifenden Versorgung existieren ohne Planung nebeneinander her. Daher müsste eine Planung von Grund auf neu entwickelt werden.

Inwiefern eine Planung für sektorengleiche Leistungen notwendig ist, hängt unter anderem von der Art der Vergütung aber auch von dem Umfang des Leistungsgeschehens ab. Soll die Refinanzierung von Vorhalte- und Investitionskosten in wesentlichem Umfang über fallunabhängige Vergütungselemente erfolgen, ist mindestens für die Verteilung dieser Gelder eine Planung notwendig.

### *VORSCHLAG*

Der Aufbau von Strukturen zur Planung sektorengleicher Leistungen ist eine längerfristige Aufgabe. Deren Verantwortung liegt grundsätzlich bei den Ländern. Infolge der bisher fehlenden Grundlage müssen neue Prozesse aufgebaut und diese institutionell verankert werden. Dem pragmatischen Grundansatz folgend sollte zwar zunächst auf eine eigene sektorengleiche Planung verzichtet und der Entwicklung von Versorgungsstrukturen initial Raum gegeben werden. Jedoch sollten frühzeitig Maßnahmen für eine sektorengleiche Planung eingeleitet werden. Insofern die Anforderungen der Qualitätssicherung erfüllt werden, kann daher jeder bisher an der ambulanten oder stationären Versorgung Teilnehmende auch sektorengleiche Leistungen erbringen.

Im Sinne einer wirtschaftlichen Gesundheitsversorgung und der Sicherstellung einer gleichwertigen flächendeckenden Versorgung ist die Planung sektorengleicher Leistungen aber perspektivisch anzustreben. Parallel zur Einführung des sektorengleichen Vergütungssystems sind daher Datengrundlagen über das Versorgungsgeschehen und die beteiligten Angebotskapazitäten aufzubauen. Auf dieser Basis sollte die Planung und Sicherstellung durch gemeinsame, gesetzlich weiterentwickelte Landesgremien nach § 90a SGB V erfolgen; unter Berücksichtigung eines vom G-BA erarbeiteten Rahmens. Den Landesgremien sollten entscheidungsbefugte Vertreter des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen sowie der Landeskrankenhausesellschaften angehören. Gleichzeitig sollten die Aufgaben der Landesgremien in Bezug auf sektorenübergreifende Versorgungsfragen deutlich stärker und verbindlicher als bisher gesetzlich definiert werden. Zur Bewältigung der mit der Planung verbundenen Aufgaben sind entsprechend ausgestattete Geschäftsstellen notwendig. Der Vorschlag folgt damit dem des SVR für eine sektorenübergreifende Kapazitätsplanung (SVR 2018).

Eine sektorengleiche Planung kann nicht auf Grundlage von Betten erfolgen; die Planung anhand von Köpfen ist angesichts sich ändernder Arbeitszeitmodelle und der besonderen Strukturen der sektorengleichen Versorgung ebenfalls nicht zukunftsfähig. In Abgrenzung zur bisherigen Planung der ambulanten und stationären Strukturen sollte die sektorengleiche Planung daher von Beginn an prospektiv leistungs- und bedarfsorientiert ausgestaltet werden (SVR 2018).



## 1.2.7 Einführungsphase

### *PROBLEMSTELLUNG*

Die Erarbeitung und Einführung eines sektorengleichen Vergütungssystems ist eine komplexe Herausforderung mit vielen Beteiligten. Bisherige Ansätze, die einheitliche Rahmenbedingungen für Vertragsärzte und Krankenhäuser schaffen sollten, wie z. B. die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV), sind auch am enormen Detailgrad und der Überkomplexität der Regelungen gescheitert. Die Beharrungskräfte im Gesundheitswesen und die nur punktuellen Lösungsansätze der Politik haben zu unzähligen Versorgungseinseln geführt, die nebeneinander existieren, ohne einen relevanten Anteil an der Versorgung zu übernehmen. Vor diesem Hintergrund müssen angemessene Lösungen gefunden werden, die der zukünftigen Bedeutung eines sektorengleichen Vergütungssystems gerecht werden, aber unter realistischen Bedingungen auch kurzfristig umsetzbar sind.

### *VORSCHLAG*

Die Einführung eines sektorengleichen Vergütungssystems muss als lernendes und wachsendes System mit kurzfristig erreichbaren Vorteilen für die Versorgung konstruiert werden. Zur schnellen Einführung eines sektorengleichen Vergütungsbereiches schlagen wir daher an verschiedenen Stellen pragmatische Ansätze vor, die erst mittelfristig in umfangreichere Strukturen eingebunden werden: Die übergangsweise Orientierung an DRGs erlaubt die kurzfristige Identifikation sektorengleicher Leistungen. Die Nutzung bestehender Kostendaten ermöglicht eine schnelle Kalkulation und setzt initial finanzielle Anreize für einen Wechsel in den sektorengleichen Bereich. Diese schnellen Lösungen müssen durch den parallelen Aufbau neuer Strukturen wie dem Aufbau einer einheitlichen Leistungsdokumentation, einer eigenen gemeinsamen Kostenbasis und einer sektorengleichen Planung begleitet werden.

15

Die Erfahrungen aus anderen Ländern sowie die Befragungen der Stakeholder zeigen darüber hinaus, dass für das Voranschreiten der Ambulantisierung auch neue Strukturen und Prozesse geschaffen werden müssen – ambulante Leistung in stationärem Setting funktioniert nur in Ausnahmen. Weitere Maßnahmen für den Aufbau sektorengleicher Strukturen und Prozesse sind daher notwendig. Sondervereinbarungen, wie sie zur Förderung des ambulanten Operierens in verschiedenen Regionen getroffen wurden, können auch für den sektorengleichen Bereich abgeschlossen werden. Eine Anschubfinanzierung zum Aufbau der neuen Strukturen ist ebenfalls denkbar. Diese könnte sich an Artikel 14 des Gesundheitsstrukturgesetz orientieren und mit geteilter Finanzierung des Landes, des Bundes und der Kostenträger sektorengleiche Strukturen auch in strukturschwachen Regionen schaffen. In gut versorgten Regionen wie z. B. Großstädten sollten die finanziellen Leistungsanreize ausreichen, um einen umfangreichen Wettbewerb zu initiieren.

Die in einzelnen Ländern genutzte Möglichkeit einer gezielten Übervergütung der sektorengleichen Leistungen erscheint in dem hier vorgeschlagenen Modell nicht notwendig. Die Nutzung stationärer Kostendaten bedingt initial bereits eine Übervergütung. Darüberhinausgehende Anreize könnten zu medizinisch nicht begründeten Verlagerungen oder Ausweitungen von Leistungen führen.

## 1.2.8 Leistungs- und Versorgungsmonitoring

### *PROBLEMSTELLUNG*

Die Transparenz über die Versorgung im deutschen Gesundheitswesen ist unzureichend. Trotz umfangreicher Datenkörper, vor allem in Bezug auf Abrechnungsdaten, gibt es keine aktuellen, zentral vorliegenden Informationen, welche Versorgung stattfindet und durch wen diese erfolgt. Dies zeigt sich nicht zuletzt in der bis heute bestehenden Problematik, das Leistungsgeschehen und die zur Verfügung stehenden Kapazitäten in Zusammenhang mit der Corona-Pandemie zu erfassen und transparent zu berichten. Neben dem Fehlen von dafür verantwortlichen und auch ressourcentechnisch entsprechend ausgestatteten Institutionen stellen die dezentralen Datenflüsse mit unterschiedlichen Datenformaten, Zeitrahmen und Adressaten ein wesentliches Hindernis dar. Für den Aufbau und die perspektivische Planung sektorengleicher Strukturen sind Informationen über das Leistungsgeschehen aber unabdingbar.

### *VORSCHLAG*

Über die Erbringung sektorengleicher Leistungen ist ein transparentes Monitoring aufzubauen. Zur Vermeidung zusätzlichen Aufwands und neuer Prozesse sollte dieses auf den ohnehin anfallenden sektorengleichen Abrechnungsdaten basieren, ggf. in Verbindung mit Kalkulations- und Kapazitätsdaten. Abhängig von der politisch zu entscheidenden institutionellen Ausgestaltung der Abrechnung und Qualitätssicherung kann dies durch bestehende oder neue Institutionen gewährleistet werden. Wichtig sind aktuelle und umfangreich verfügbare Datenflüsse. Das Versorgungsmonitoring dient dabei auch der Identifikation der Notwendigkeit von Sicherstellungszuschlägen oder separaten, fallunabhängigen Vorhaltepauschalen, in dem z. B. über- und unterversorgte Regionen identifiziert werden können.

## 1.2.9 Begleitende Maßnahmen – Kulturwandel in der Weiterbildung und Kommunikation

### *PROBLEMSTELLUNG*

Ein einheitliches, sektorenübergreifendes Vergütungssystem für sektorengleiche Leistungen ist eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung, um dem Zielbild „ambulant vor stationär“ gerecht zu werden. Darüber hinaus muss ein Kulturwandel die Einführung des Vergütungssystems begleiten. In Deutschland werden viele Leistungen ausschließlich stationär erbracht, dementsprechend erfolgt auch die ärztliche Weiterbildung bisher in einem Umfeld, in dem die stationäre Erbringung als Standard angesehen wird. Dabei legen internationale Erfahrungen seit Jahren, teilweise Jahrzehnten nahe, dass auch für bisher nicht im AOP-Katalog aufgeführte Prozeduren wie z. B. die laparoskopische Cholezystektomie ambulant mindestens die gleiche Qualität wie bei stationärer Erbringung erreicht werden kann – eine entsprechende Patientenauswahl vorausgesetzt. Die neue Musterweiterbildungsordnung eröffnet für viele Facharztgebiete die Möglichkeit einer Weiterbildung außerhalb stationärer Einrichtungen. Darauf aufbauend müssen neue sektorengleiche Strukturen zwingend auch als zugelassene Weiterbildungsstätten konzipiert und umgesetzt werden. In diesem Zusammenhang sollte die Einführung eines Rucksack-Modells für die Weiterbildung (SVR 2018, Ziffer 375) angestrebt werden, um die einfache Einbindung der Weiterbildung in sektorengleiche Strukturen zu ermöglichen und von finanziellen Aspekten zu entkoppeln.

Der Fokus bei der Erbringung sektorengleicher Leistungen sollte nicht auf finanzielle Vorteile beschränkt sein. Die sektorengleiche Erbringung von Leistungen darf gegenüber der stationären Durchführung nicht als Sparmaßnahme oder Beschneidung der ärztlichen Therapiefreiheit wahrgenommen werden. Im Gegenteil verringert das sektorengleiche Vergütungsmodell die Gefahr

der Überlagerung der ärztlichen Entscheidung durch finanzielle Anreize. Unsere empirischen Analysen (Kapitel 3) bestätigen, dass der Kontext einer Leistung von hoher Bedeutung ist. Daher schlagen wir ein entsprechendes Stufenmodell vor, in dem eine hohe patientenbezogene medizinische Komplexitätsstufe, die derzeit einem PCCL von 4 und höher entspricht, weiterhin eine stationäre Aufnahme indizieren kann. In bestimmten Fällen müssen auch soziale Kriterien berücksichtigt werden, deren rechtssichere und überprüfbare Einbindung juristisch geprüft werden muss. Für diese Fälle muss eine stationäre Vergütungsoption gewährleistet sein, z. B. über eine Gleichstellung mit Patientinnen und Patienten mit äußerst schweren Komplikationen oder Komorbiditäten (entspricht derzeit einem PCCL von 4 und höher) oder über einen Tagessatz. Es ist daher wichtig zu betonen, dass die endgültige Entscheidung weiterhin eine ärztliche ist.

Für Patientinnen und Patienten ist eine transparente und nachvollziehbare Kommunikation für deren Zufriedenheit sowie für die Akzeptanz des gewählten Ortes der Leistungserbringung von hoher Bedeutung. Daher sollten auch hier Vorteile, wie ein verringertes Infektionsrisiko und die schnellere Wiederaufnahme von Alltagsaktivitäten, klar kommuniziert werden. Wenn Patientinnen und Patienten im Voraus gut über den sektorengleichen Eingriff, mögliche Komplikationen sowie Risiken informiert und postoperative Erwartungen und Verhaltensweisen vorab geklärt werden, kann eine hohe Zufriedenheit erreicht werden.

### **1.2.10 Schnittstellen zu anderen Bereichen**

#### *PROBLEMSTELLUNG*

Ein sektorengleiches Vergütungssystem hat zwangsläufig vielfältige Auswirkungen auf bestehende Vergütungs- und Versorgungsstrukturen. Für diese Bereiche können keine Vorschläge ausgearbeitet werden, zu beachtende Aspekte sollen im Folgenden aber ohne Anspruch auf Vollständigkeit dargestellt werden.

Werden sektorengleiche Leistungen innerhalb bestehender Strukturen erbracht, muss dies bei der Planung dieser Strukturen berücksichtigt werden. Auf der einen Seite entfallen stationäre Aufenthalte; auf der anderen Seite ist bei operativen vertragsärztlichen Fachrichtungen davon auszugehen, dass vermehrt sektorengleiche Leistungen erbracht werden. Beides muss in die Planung dieser Bereiche einfließen. Idealerweise würden im Rahmen einer leistungsorientierten Bedarfs- bzw. Krankenhausplanung entsprechende Leistungen weniger geplant; in der Realität wird es nötig sein, geänderte Leistungsstrukturen in Köpfe und Betten umzurechnen.

Nicht nur auf die Planung, auch auf die Vergütung der bestehenden Strukturen strahlt ein sektorengleiches Vergütungssystem aus. Insbesondere für Vertragsärzte wird die operative Versorgung durch ein sektorengleiches Vergütungssystem finanziell attraktiver. Auch wenn sektorengleiche Leistungen mehr als nur Operationen umfassen, muss dafür gesorgt werden, dass sich konservative Leistungen weiterhin lohnen.

Rückwirkungen auf die stationär-verbleibenden DRGs sind nur in geringem Umfang zu erwarten. Die teilweise Verschiebung in den sektorengleichen Bereich führt bei Basis-DRG ohne weitere Unterteilung nach Ressourcenverbrauch (Buchstabe „Z“ am Ende) zu einer Erhöhung des durchschnittlichen Schweregrades der verbleibenden DRG-Fälle. Durch die ohnehin regelmäßig anstehende Neukalkulation und der damit einhergehenden Neugruppierung von DRGs der im stationären System verbleibenden Fälle kann Verzerrungen jedoch begegnet werden.

In der politischen Diskussion wird über die sektorengleiche Versorgung hinaus aktuell eine Vielzahl weiterer Strukturen und Konzepte diskutiert. Zu nennen wäre hier insbesondere die Neuaufstellung der Notfallversorgung, aber auch der strukturelle Wandel hin zu z. B. intersektoralen Gesundheitszentren. Gleichwohl das vorliegende Konzept einer sektorengleichen Vergütung für sich allein umgesetzt werden kann und soll, sollte geprüft werden, wie die sektorengleichen Strukturen möglichst umfassend in bestehende Versorgungskontexte eingebunden werden können. Ein breites Feld heterogener Vergütungsstrukturen, wie sie aktuell den Bereich der sektorenübergreifenden Versorgung dominieren (Leber und Wasem 2016), sollte für die Zukunft vermieden werden. Stattdessen sollten die bestehenden sektorenübergreifenden Vergütungsstrukturen schrittweise in das sektorengleiche Vergütungssystem integriert werden.

Schließlich muss politisch entschieden werden, wie mit der bestehenden Teilung des deutschen Krankenversicherungssystems umgegangen wird. In der ambulanten Versorgung gibt es als Folge der Trennung in gesetzliche und private Krankenversicherung mit EBM und GOÄ zwei Preissysteme. Darüber hinaus gibt es bei den sogenannten sonstigen Kostenträgern weitere Vergütungsstrukturen, z. B. die UV-GOÄ. In der stationären Versorgung wurden DRGs hingegen systemübergreifend eingeführt. Wird das sektorengleiche Vergütungssystem auf die gesetzliche Krankenversicherung beschränkt, werden entweder auch in der stationären Versorgung zukünftig unterschiedliche Vergütungssysteme gepflegt oder eine neue Abrechnungsbasis für sektorengleiche Leistungen in der privaten Krankenversicherung müsste gefunden werden. Denn durch die Verlagerung in den sektorengleichen Bereich werden bestimmte Leistungen in der GKV nicht mehr als DRG existieren. Gleichzeitig führt dies dazu, dass die Datenbasis dieser Leistungen für die dann verbleibende stationäre Kalkulation enorm erodiert.

## 2 Ausgangslage – Internationaler Vergleich

International ist der Grad der Ambulantisierung in einer Reihe von Ländern, wie beispielsweise Dänemark, England, Frankreich und Norwegen weiter fortgeschritten, als in Deutschland. Neben der reinen Erlaubnis der taggleichen, beziehungsweise ambulanten Erbringung stationärer Leistungen, die sich für eine sektorengleiche Erbringung eignen, hat eine Auswahl an Industrienationen die Verlagerung der Leistungserbringung in den taggleichen, beziehungsweise ambulanten Bereich mittels finanzieller Anreize direkt gefördert. Ziel des Arbeitspaketes 1 war es, zu erfassen, welche Leistungsbereiche für eine sektorengleiche Leistungserbringung ausgewählt wurden und wie ihre Finanzierung ausgestaltet ist.

### 2.1 Methodik

Im Arbeitspaket 1 wurde ein internationaler Vergleich des ambulanten Operierens durchgeführt und auf dieser Basis eine Liste von potenziell sektorengleich einzustufenden Leistungsbereichen erstellt. Zunächst erfolgte eine umfassende Grundlagenrecherche zum Stand sektorengleicher Vergütungsansätze in anderen Ländern. Untersucht wurden dabei Länder, die entweder für eine Entwicklung des ambulanten Operierens bzw. des sektorengleichen Leistungsbereichs bereits bekannt waren, oder jene Länder, in denen eine Verlagerung der Leistungserbringung in den ambulanten Bereich seit dem Jahr 2000 stattgefunden hat. Der Fokus der Recherche lag auf der Darstellung der sektorengleichen Vergütungsansätze sowie der damit in Verbindung stehenden strukturellen und rechtlichen Rahmenbedingungen in den jeweiligen Ländern und die Identifizierung von existierenden Listen/Katalogen definierter Leistungsbereiche, die in dem jeweiligen Land als sektorengleich definiert werden können. Basis der Recherche bildeten veröffentlichte Dokumente und Informationen von Websites relevanter nationaler Ministerien und Institutionen sowie wissenschaftliche Veröffentlichungen und vereinzelte Anfragen an verantwortliche Personen zu Detailfragen.

Die Ergebnisse der Literaturrecherche wurden um strukturierte Befragungen von Expertinnen und Experten ergänzt. Der strukturierte Fragebogen enthielt offene Fragen zu folgenden Themenfeldern:

- stationäre und ambulante Leistungserbringung und -vergütung,
- die Leistungserbringung und -vergütung von Tagesfällen sowie
- die Hintergründe und Entwicklung der politischen Diskussion bezogen auf eine Ambulantisierung der Versorgung.

Insgesamt wurden im Zeitraum zwischen Oktober 2020 und Januar 2021 39 Expertinnen und Experten aus 19 Ländern angeschrieben. Die Ergebnisse der Literaturrecherche und der Befragungen flossen in Fallstudien zu den Ländern Dänemark, England, Finnland, Frankreich, Kanada, den Niederlanden, Norwegen, Österreich, Schweden, Schweiz, USA und Deutschland ein.

Des Weiteren wurde im Rahmen der Grundlagenrecherche nach Listen und Katalogen mit ambulant abrechnungsfähigen Leistungen in anderen Ländern recherchiert. Ausgewählt wurden Leistungskataloge aus den Ländern, die Vergütungsanreize zur ambulanten Erbringung von Leistung etabliert haben. Das Ziel bestand in der Identifizierung der am häufigsten ambulant erbrachten Leistungen und der Übersetzung der jeweiligen nationalen Prozedurencodes in deutsche Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS). Basierend auf den nationalen Prozedurenklassifikationen wurden maximal 200 Codes mit den am häufigsten ambulant erbrachten Leistungen aus dem jeweiligen Land mit den deutschen OPS gemappt.

## 2.2 Ergebnisse

### 2.2.1 Internationaler Vergleich von Finanzierungs- und Vergütungssystemen bei Vergütung von sektorengleichen Leistungen

An der Befragung nahmen insgesamt 12 Expertinnen und Experten teil. Zwei Expertinnen und Experten bevorzugten ein Interview statt einer schriftlichen Beantwortung der Fragen – diese wurden in einer Videokonferenz von zwei Mitarbeitenden der TU Berlin interviewt. Weitere zehn Expertinnen und Experten haben an der schriftlichen Befragung teilgenommen. Ergebnisse liegen für die Länder Australien, Kanada, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, die Niederlande, Norwegen, Österreich und Schweden vor.

Die durchgeführten Befragungen gaben Einblicke in die politischen Beweggründe sowie die historische Entwicklung von Vergütungsansätzen sektorengleicher Leistungen. Im Rahmen der Befragung zeigte sich einerseits, dass sich aus den unterschiedlichen Systemstrukturen anderer Gesundheitssysteme keine direkt schablonenartig übertragbaren Lösungen für die Ambulantisierung in Deutschland ergeben. Insbesondere bei stark regional ausgestalteten Vergütungssystemen wie in Kanada, USA oder den nordischen Ländern stellte sich eine länderübergreifende Einschätzung für die Expertinnen und Experten eine Herausforderung dar. Dennoch konnten nützliche Informationen aus der Befragung gewonnen werden, die in die Fallstudien eingeflossen sind.

Fallstudien wurden zu den Ländern Dänemark, England, Finnland, Frankreich, Kanada, den Niederlanden, Norwegen, Österreich, Schweden, der Schweiz, USA und Deutschland erstellt.

#### Erbringer von sektorengleichen Leistungen

Sektorengleiche Leistungen werden in den untersuchten Ländern in Krankenhäusern, Tageskliniken und Facharztpraxen erbracht. In Krankenhäusern kann die Erbringung von sektorengleichen Leistungen sowohl stationär als auch ambulant erfolgen. Die Erbringung von ambulanten Leistungen kann auf derselben Station wie bei stationärer Erbringung erfolgen (z.B. in Österreich), strukturell getrennt innerhalb des Krankenhauses in einer ambulanten Einheit (z.B. in Österreich und Frankreich) oder in einer alleinstehenden Einheit, die jedoch organisatorisch ein Teil des Krankenhauses ist (z.B. in Frankreich und in den nordischen Ländern). Tageskliniken werden auch als unabhängige Einrichtungen betrieben, wie das typischerweise in den USA der Fall ist. In Ländern mit stärkerer Sektorentrennung werden viele ambulante spezialisierte Leistungen von den niedergelassenen Fachärzten in Facharztpraxen erbracht (z.B. in Deutschland und der Schweiz). Im Folgenden wird der Fokus auf die Finanzierungs- und Vergütungssysteme im Krankenhaus gelegt.

#### Finanzierungs- und Vergütungssysteme im Krankenhaus

Bei der Wahl des Vergütungssystems zur Vergütung sektorengleicher Leistungen zeigen sich drei unterschiedliche Stoßrichtungen und Differenzierungsgrade zwischen den Ländern. Die untersuchten Länder vergüten sektorengleiche Leistungen entweder über das Fallpauschalensystem, das in Teilen oder in Gänze auf sektorengleiche Leistungen ausgerollt wurde, mittels des ambulanten Vergütungssystems, oder eines dritten, gesonderten Systems, das speziell für sektorengleiche Leistungen eingeführt wurde.

Hierbei dominiert das DRG-System, welches in 8 der 12 Länder (Dänemark, England, Finnland, Frankreich, Niederlanden, Norwegen und Schweden) zur Vergütung von stationären und ambulanten Leistungen eingesetzt wird. Das Englische und Dänische DRG-System unterscheiden nicht zwischen

dem Ort der Leistungserbringung und haben somit sämtliche DRGs für eine sektorengleiche Leistungserbringung geöffnet. Dänemark entwickelt sein Preissystem derzeit in Richtung eines episodensbasierten Systems weiter. So werden in Dänemark bei der Berechnung einer Episodenpauschale Kosten zusammengefasst, die bei Krankenhauskontakten innerhalb von 12 Stunden nach dem letzten Kontakt in demselben Krankenhaus und derselben DRG anfallen.

In Norwegen und Frankreich hingegen gilt dies nur für einen Teilbereich der DRGs, welcher für die sektorengleiche Vergütung geöffnet wurde. In Norwegen wurden parallel zu dem DRG-System weitere Klassifikationsysteme eingeführt, die seit 2017 bestimmte Leistungsgruppen (Special Service Groups, STG) unabhängig vom Erbringungsort vergüten. Im Jahr 2019 wurden episodensbasierte Leistungsbündel, die explizit zuhause erbracht werden können, aus dem Norwegischen DRG und den STG in Service Progression Groups (TFG) ausgelagert.

Die USA und Österreich haben sich für ein separates, pauschalisiertes Klassifikations- bzw. Vergütungssystem für die ambulante Erbringung sektorengleicher Leistungen entschieden. Dieses wurde 2000 in den USA, und 2019 in Österreich eingeführt.

Deutschland und die Schweiz gehen derzeit vom ambulanten Vergütungssystem aus. In der Schweiz wird das ambulante Vergütungssystem bestehend aus der Einzelleistungs- und Kopfpauschalungsvergütung zur Vergütung von ambulanten Krankenhausleistungen eingesetzt. Auch in Deutschland wird das ambulante Vergütungssystem bestehend aus der Leistungskomplex- und Einzelleistungsvergütung zur Vergütung von ambulanten Krankenhausleistungen verwendet.

### **Preise und Vergütungsanreize zur ambulanten Erbringung von Leistungen**

21 Die identifizierten Länder unterscheiden sich in der Preissetzung und damit auch in der Höhe der Anreize für sektorengleiche Leistungen. Hierbei lässt sich zwischen drei Gruppen unterscheiden. Die Mehrzahl der Länder nutzt separate Preise für stationäre versus taggleiche beziehungsweise ambulante Leistungserbringung, die in der Regel auf Basis der jeweiligen Durchschnittskosten ermittelt werden (siehe Tab. 2). In 5 der 12 Länder (Österreich, Dänemark, England, Frankreich und Norwegen) wird die Vergütung für die stationäre und taggleiche beziehungsweise ambulante Leistungserbringung gleichgesetzt und auf Basis gepoolter Durchschnittskosten berechnet. Daraus ergibt sich ein finanzieller Anreiz für die ambulante Versorgung, da diese im Verhältnis zur stationären Versorgung finanziell attraktiver ist.

Preis-Modelle	Länder
Höherer Preis für taggleiche/ambulante Behandlung als Vergütungsanreiz	England: Best Practice Tariffs – Day case
Gleicher Preis für taggleiche/ambulante Behandlung und stationäre Behandlung anhand gepoolter Durchschnittskosten	England/Dänemark: kombinierter Tarif für fast alle DRGs  Frankreich: gleicher Preis wie für DRGs mit Schweregrad = 1  Norwegen/Österreich: gleicher Preis wie für DRGs mit kurzer Verweildauer
Separater Preis für taggleiche/ambulante und stationäre Behandlung anhand von jeweiligen Durchschnittskosten	Restliche Länder

Tab. 2: Vereinfachte Darstellung der Preismodelle und jeweilige Länder

Hierbei existieren zwischen den Ländern Unterschiede in Umfang und Art der Gleichsetzung. In England und Dänemark umfasst die preisliche Gleichsetzung fast alle DRGs. Im Frankreich, Norwegen und Österreich hingegen umfasst sie einen Teil der Fallpauschalen, die als medizinisch wenig komplex gelten und mit einem Schweregrad von 1 klassifiziert werden, beziehungsweise eine kurze Verweildauer aufweisen. Frankreich variiert seine Preise in Abhängigkeit des Grades zu dem eine Leistung ambulantisiert ist. Er rangiert von dem rein auf stationären Kosten beruhenden Preis für kaum ambulantisierte Leistungen bis hin zu dem rein auf ambulanten Kosten basierenden Preis für bereits fast vollständig ambulantisierte Leistungen. In Österreich werden Leistungen aus dem tagesklinischen Katalog bei einer ambulanten Erbringung *ohne* Übernachtung entsprechend der Leistungserbringung *mit* einer Übernachtung vergütet. Auch bestimmte Chemotherapeutika werden in der ambulanten Erbringung genauso vergütet wie bei einer stationären Erbringung. Dagegen wird die stationäre Erbringung von Leistungen aus dem ambulanten Modell durch Vergütungsabschläge sanktioniert. Jedoch wird auch die ambulante Erbringung von stationären Leistungen, die nicht im ambulanten Katalog enthalten sind, durch Abschläge bestraft.

Als einziges Land setzte England mit den so genannten Best Practice Tariffs von 2010 bis 2021 zudem ein Anreizsystem ein, bei dem die Vergütung für ausgewählte Leistungen bei einer ambulanten Erbringung höher ist als bei der stationären Erbringung bei Patientinnen und Patienten mit dem gleichen Komplexitätslevel. Hierfür wurden Leistungen ausgewählt, die jeweils über ein hohes Ambulantisierungspotenzial und eine hohe Heterogenität der Leistungserbringung, bei welcher der Ambulantisierungsgrad in Abhängigkeit des Leistungsbereichs und der Region stark schwankte, aufwiesen. Diese Preise lagen rund 10-11 % über jenen für die stationäre Leistungserbringung. Hiermit sollte ein zusätzlicher Anreiz zur Reduzierung der Verweildauer, zur Verlagerung der Leistungserbringung in den taggleichen beziehungsweise ambulanten Bereich und eine Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen geschaffen werden.

### **Genehmigung ambulant erbringbare Leistungen im Krankenhaus**

England ist das einzige bekannte Land, in dem potenziell alle Krankenhausleistungen ambulant erbringbar sind. In Dänemark müssen sich die Krankenhäuser an die allgemeinen Leitlinienempfehlungen und die Krankenhauspläne hinsichtlich der (ambulanten) Erbringung von Leistungen halten. In anderen untersuchten Ländern müssen diese Leistungen zur ambulanten Erbringung zugelassen werden. Häufig sind es minimalinvasive otorhinolaryngologische (HNO),



ophthalmologische, dermatologische, gynäkologische, orthopädische und teilweise viszerale chirurgische Eingriffe mit niedrigem Komplexitätsgrad, die bei Patienten mit niedrigem Komplexitätslevel durchgeführt werden. Auch andere therapeutische Prozeduren wie die Dialyse, Bestrahlungs- und Chemotherapie und diagnostische Prozeduren wie Endoskopien werden in der Regel ambulant durchgeführt. Einige Länder wie England und Norwegen gehen so weit im Rahmen von gebündelten Leistungsvergütung auch hausbasierte Dialyse und Telemonitoring zuhause zu vergüten. In einigen Ländern (Frankreich, Schweiz, Österreich) existiert eine Auswahl an Leistungen, die ausschließlich ambulant erbringbar sind. Eine stationäre Erbringung dieser Leistungen muss in Frankreich für eine Auswahl an Leistungen vorher genehmigt werden (Mise sous accord préalable), während in der Schweiz unterschiedliche Modelle existieren und die Begründung entweder vor oder nach der Erbringung der Leistung geprüft wird. In Österreich resultiert die stationäre Erbringung dieser Leistungen in einer geringeren Bepunktung (und letztendlich Vergütung).

Um das Problem der langen Wege und der fehlenden Betreuung zuhause zu lösen, werden in den Ländern Dänemark, England, Finnland, Frankreich, Norwegen, und Schweden bereits seit mehreren Jahren das Konzept des Patientenhotels oder auch Kurzliegerstationen in community health centres eingesetzt, das von den Krankenversicherern bezahlt wird. Mit diesem Konzept wurde während der COVID-19 Pandemie in den Jahren 2020 bis 2022 auch in den Niederlanden experimentiert.

## 2.2.2 Liste mit am häufigsten ambulant erbrachten Leistungen

Ein weiteres Hauptergebnis der Arbeit im Arbeitspaket 1 ist eine Liste sektorengleicher Leistungen, die auf der Basis der Kataloge aus England<sup>6</sup>, Frankreich, und Österreich erstellt wurde. Die Kataloge dieser Länder wurden wegen vorhandener Vergütungsanreize zum Zeitpunkt der Recherche für die Analyse herangezogen. Die Liste bildete die Grundlage für die Datenauswertungen in Arbeitspaket 2.

Zu den Prozedurenlisten wurden jeweils die Anzahl der ambulant und stationär durchgeführten Prozeduren bei den jeweiligen Datenstellen eingeholt und der Anteil der ambulant durchgeführten Prozeduren an allen Prozeduren mit einem Prozedurencode berechnet (siehe Tab. 3).

Land (Datenjahr)	Als Tagesfälle abrechenbare Leistungen	Kriterien für die Auswahl	Auswahl
England (2019)	Alle chirurgischen Prozeduren	Ambulanter Anteil mind. 30 %; Prozeduren mit der größten Gesamtfallzahl	247
Frankreich (2019)	Nur zugelassene Prozeduren	Ambulanter Anteil mind. 30 %; Prozeduren mit der größten Gesamtfallzahl	214
Österreich (2019)	Nur zugelassene Prozeduren	Ambulanter Anteil von mind. 20 % und mind. 100 ambulante Fälle; Prozeduren mit der größten Gesamtfallzahl; Prozeduren aus dem Katalog der tagesklinischen Leistungen (TKL)	80

Quelle: eigene Zusammenstellung

Tab. 3: Auswahlkriterien und Umfang der ausgewählten Prozeduren in England, Frankreich und Österreich

<sup>6</sup> In England bezieht sich der Katalog auf die Prozeduren, bei denen der stationäre und taggleiche Preis identisch sind oder bei denen über Best Practice Tariffs die taggleiche Erbringung mit einem Zuschlag gefördert wurde.

Die Prozedurencodes wurden pro Land nach der absoluten Häufigkeit und dem Anteil der ambulanten Prozeduren an allen Prozeduren in einer Rangfolge sortiert und die am häufigsten durchgeführten Prozeduren für die Übersetzung ausgewählt. Insgesamt wurden 541 der am häufigsten ambulant erbrachten Prozeduren mit entsprechenden Prozedurencodes aus England (n=247), Frankreich (n=214) und Österreich (n=80) in 1.483 deutsche OPS-Codes (4-6-stellig) übersetzt.

Wie Abb. 4 zeigt, wurden die meisten Prozeduren aus dem Kapitel 5 „Operationen“ des OPS-Katalogs identifiziert. Darunter befinden sich Prozeduren an den Bewegungsorganen, den Augen, der Haut und Unterhaut sowie am Verdauungstrakt. Beispielsweise wurden im Jahr 2019 die Prozedur „Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über sklero-kornealen Zugang“ in Frankreich bei 96% der Fälle und in Österreich bei 88 % der Fälle ambulant durchgeführt. In England wurde die Prozedur „(Sekundäre) Einführung und Wechsel einer alloplastischen Linse bei aphakem Auge“ bei 99 % aller Fälle ambulant durchgeführt.

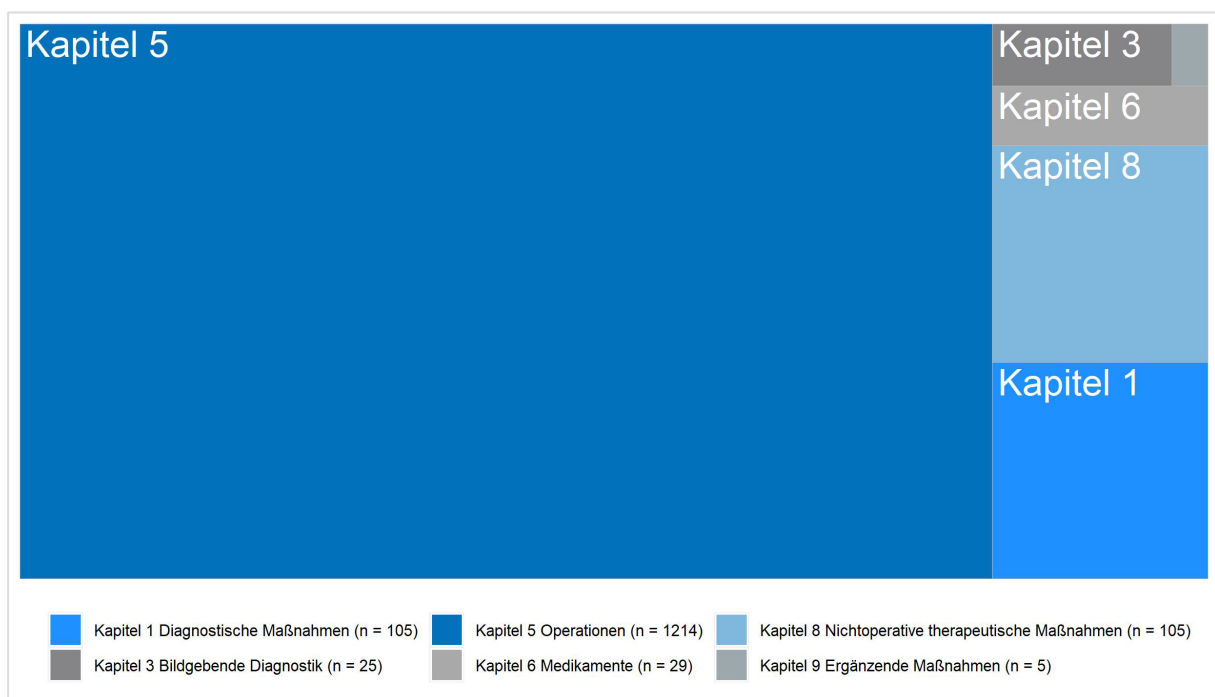


Abb. 4: Identifizierte Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) nach Kapiteln

## 3 Ausgangslage – Empirische Analysen

### 3.1 Methodik

Arbeitspaket 2 umfasste die empirische Analyse des Status Quo und ging dafür insbesondere zwei Fragestellungen nach:

- a. Von welchen Leistungserbringern werden sektorengleiche Leistungen derzeit erbracht?
- b. Wie vergleichbar ist die Erbringung sektorengleicher Leistungen im stationären und ambulanten Sektor tatsächlich?

Aufbauend auf den in Arbeitspaket 1 auf Basis des internationalen Vergleichs identifizierten, für eine sektorengleiche Behandlung geeigneten Leistungen wurde in Arbeitspaket 2 zunächst untersucht, in welcher Quantität diese im ambulanten und stationären Sektor erbracht werden. Anschließend wurde untersucht, wie vergleichbar die Patientenpopulationen sind. Beispielsweise war eine Hypothese, dass Patientinnen und Patienten, für die sektorengleiche Leistungen im stationären Bereich erbracht werden eine höhere Morbidität aufweisen als diejenigen, die äquivalente Leistungen im ambulanten Sektor erhalten.

Grundlage der Analysen waren umfangreiche Abrechnungsdaten der Betriebskrankenkassen für etwa 10 % aller GKV-Versicherten, die Informationen zur ambulanten und stationären Leistungserbringung einschließlich der Prozeduren und Diagnosen sowie Alter, Geschlecht und weitere Merkmale umfassten. Darüber hinaus erfolgten durch das Zi Analysen der vertragsärztlichen Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen. Für aggregierte Informationen wurden zusätzlich die strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser sowie die DRG-Statistik des Statistischen Bundesamtes herangezogen.

25

In den Daten wurden Patientinnen und Patienten identifiziert, für die eine sektorengleiche Leistung stationär oder ambulant erbracht wurde. Die Identifizierung erfolgte anhand der mittels OPS-Kodes kodierten Prozeduren aus Arbeitspaket 1; für die im Folgenden dargestellten Übersichten wurde weitgehend auf OPS des Abschnittes 1 des AOP-Kataloges fokussiert um eine gute Vergleichbarkeit zu gewährleisten. Leistungen außerhalb des Abschnitts 1 werden im vertragsärztlichen Bereich ohne verpflichtende Angabe des OPS-Codes abgerechnet, sodass für diese Leistungen nur unvollständige Angaben vorliegen. Der Vergleich der Risikoprofile erfolgte auf Basis des Alters und der Komorbiditäten. Hierzu wurde ein Risikowert basierend auf dem Klassifikationssystem des Bewertungsausschusses (InBA 2022) berechnet (Wert 1 = durchschnittliche Morbidität). Um die akute Falldringlichkeit zu berücksichtigen und diese über die Sektoren hinaus vergleichbar zu machen wurde ein diagnosebasierter Dringlichkeits-Score (Krämer et al. 2019) berechnet. Schließlich wurden auf Basis der jeweiligen Postleitzahlen die näherungsweise Distanzen zwischen Wohnort und Ort der Leistungserbringung bestimmt. Auf tiefergehende methodische Ansätze zur Distanzmessung (z. B. IQWiG 2006) wurde aus Aufwandsgründen verzichtet. Tendenziell werden die Abstände durch die Beschränkung auf Postleitzahlen unterschätzt. Des Weiteren fehlen genauere Informationen zur Betriebsstätte in den Abrechnungsdaten; für Krankenhausverbände wird in der Regel nur das Institutionskennzeichen des Verbundes übermittelt. Die dargestellten Distanzen stellen nur eine Approximation der Versorgungswege dar. Alle Angaben beziehen sich auf das aktuellste verfügbare Datenjahr 2019.

Die hier dargestellten Ergebnisse sind nur ein Ausschnitt. Für detailliertere Informationen und weitere Ergebnisse sei an dieser Stelle auf den nach Projektabschluss zu erstellenden Endbericht verwiesen.

## 3.2 Ergebnisse

Tab. 4 enthält wesentliche Merkmale zur Risikostruktur der Patientinnen und Patienten. Insgesamt werden für das Jahr 2019 in der vorliegenden Stichprobe ca. 550.000 Fälle mit einem OPS aus dem Abschnitt 1 des AOP-Kataloges erfasst. Die Zahlen für die Vorjahre sind grundsätzlich ähnlich.

		Gesamt	Kategorie 1	Kategorie 2
Anteil	Stationär im KH	39%	59%	27%
	Vertragsärztlich	44%	31%	50%
	Ambulant im KH	17%	9%	23%
Alter	Stationär im KH	54	51	59
	Vertragsärztlich	59	52	64
	Ambulant im KH	52	46	54
Risikowert	Stationär im KH	1,28	1,11	1,66
	Vertragsärztlich	1,12	0,87	1,28
	Ambulant im KH	0,99	0,82	1,05
Dringlichkeit	Stationär im KH	0,06	0,06	0,07
	Vertragsärztlich	0,06	0,05	0,06
	Ambulant im KH	0,04	0,04	0,04
Entfernung	Stationär im KH	10	10	11
	Vertragsärztlich	8	8	8
	Ambulant im KH	10	10	10

### Anmerkungen:

Alle Angaben bis auf die Anteile stellen den Median dar.

OPS die im AOP-Katalog je nach Behandlungskontext Kategorie 1 oder 2 zugeordnet werden, wurden für die Analysen der Kategorie 2 zugeordnet. Der **Risikowert** beschreibt die Morbidität der Patientinnen und Patienten grundsätzlich basierend auf dem Klassifikationssystem des Bewertungsausschusses (InBA 2022). Die Kalkulation und ausgabenbasierte Gewichtung der Morbiditätsgruppen erfolgte auf den BKK-Abrechnungsdaten (Wert 1 = durchschnittliche Morbidität). Die **Dringlichkeit** (0 = absolut elektiv und 1 = absoluter Notfall) stellt einen diagnosebasierten Dringlichkeits-Score dar (Krämer et al. 2019). Die **Entfernung** beschreibt die näherungsweise Distanz (auf Postleitzahlenbasis) zwischen Wohnort und Ort der Leistungserbringung in Kilometern. **Quelle:** BKK-Abrechnungsdaten.

Tab. 4: Überblick über Leistungen des Abschnitt 1 des AOP-Katalogs im Jahr 2019

Zu ungefähr gleichen Anteilen entfällt die Versorgung der ausgewählten Leistungen auf die (voll-)stationäre Versorgung im Krankenhaus inkl. Entbindungen und die ambulante vertragsärztliche Versorgung. Ambulant im Krankenhaus wird ca. ein Fünftel der Fälle versorgt. Betrachtet man die Leistungserbringung separat nach Kategorie 1 (in der Regel ambulant) und Kategorie 2 (sowohl ambulant als auch stationär), dann überrascht der hohe Anteil der vertragsärztlichen Versorgung bei OPS der Kategorie 2. Dies liegt darin begründet, dass OPS die im AOP-Katalog je nach Behandlungskontext Kategorie 1 oder 2 zugeordnet werden, für die Analysen der Kategorie 2 zugeordnet wurden (z. B. Kataraktoperationen, 5-144.5).

Aus der nach Altersgruppen differenzierten Verteilung ist zunächst kein erhöhtes Risikoprofil in der stationären Versorgung ablesbar. Das Median-Alter ist in der vertragsärztlichen Versorgung sogar höher als im Krankenhaus. Unter Einbezug weiterer Kennzahlen zeigt sich jedoch die grundsätzliche

Tendenz, dass – im Querschnitt aller betrachteten OPS-Leistungen und nicht zwangsläufig bei einzelnen OPS – die Morbidität der im Krankenhaus vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten höher ist als die der ambulant behandelten. Dies geht einher mit einer marginal höheren Falldringlichkeit. Die mittlere Falldringlichkeit ist insgesamt aber sehr als gering einzuschätzen (0 = absolut elektiv und 1 = absoluter Notfall).<sup>7</sup> Eine hohe medizinische Dringlichkeit ist also bei der überwiegenden Zahl der Fälle mit OPS aus dem AOP-Katalog nicht gegeben. Schließlich lässt sich aus Tab. 4 ableiten, dass die Entfernung zwischen Wohnort und Ort der Leistungserbringung bei der ambulanten Erbringung im Krankenhaus im Mittel nur geringfügig kürzer ist als bei der stationären. Die Distanzen zur vertragsärztlichen Anbietern sind im Durchschnitt am kürzesten.

		Kurztitel		OPS							
				Extrakapsuläre Extradktion der Linse [ECCE]	Kapsulotomie der Linse	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	Diagnostische Hysteroskopie	Extrakapsuläre Extradktion der Linse [ECCE]	Verschluss einer Hernia inguinalis	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	Anderer Operationen an Blutgefäßen
		5-144.5	5-142.2	5-812.5	1-672	5-144.3	5-530.3	5-056.4	5-399.5	5-811.2	5-814.3
Anteil	Stationär im KH	19%	-	35%	27%	8%	82%	10%	59%	77%	64%
	Vertragsärztlich	59%	95%	46%	27%	83%	12%	70%	9%	15%	32%
	Ambulant im KH	22%	5%	20%	46%	9%	6%	20%	32%	8%	3%
Alter	Stationär im KH	74	-	55	48	77	61	67	67	53	57
	Vertragsärztlich	75	77	54	45	74	56	58	63	51	55
	Ambulant im KH	74	76	54	52	75	57	59	62	51	54
Risikowert	Stationär im KH	2,3	-	1,1	1,2	2,3	1,2	2,0	7,1	1,0	1,2
	Vertragsärztlich	1,8	1,9	0,8	0,8	1,8	0,8	1,2	5,1	0,8	0,9
	Ambulant im KH	1,8	2,1	0,8	0,9	1,8	0,8	1,2	5,0	0,8	0,9
Dringlichkeit	Stationär im KH	0,03	-	0,02	0,05	0,03	0,02	0,05	0,24	0,03	0,03
	Vertragsärztlich	0,07	0,07	0,03	0,08	0,07	0,02	0,04	0,12	0,03	0,03
	Ambulant im KH	0,03	0,03	0,02	0,03	0,03	0,02	0,04	0,12	0,03	0,03
Entfernung	Stationär im KH	12	-	12	9	14	8	9	10	14	13
	Vertragsärztlich	10	6	9	8	9	6	8	8	11	10
	Ambulant im KH	10	10	11	9	9	8	10	10	12	13

**Anmerkungen:**

Alle Angaben bis auf die Anteile stellen den Median dar.

OPS die im AOP-Katalog je nach Behandlungskontext Kategorie 1 oder 2 zugeordnet werden, wurden für die Analysen der Kategorie 2 zugeordnet. Der **Risikowert** beschreibt die Morbidität der Patientinnen und Patienten grundsätzlich basierend auf dem Klassifikationssystem des Bewertungsausschusses (InBA 2022). Die Kalkulation und ausgabenbasierte Gewichtung der Morbiditätsgruppen erfolgte auf den BKK-Abrechnungsdaten (Wert 1 = durchschnittliche Morbidität). Die **Dringlichkeit** (0 = absolut elektiv und 1 = absoluter Notfall) stellt einen diagnosebasierten Dringlichkeits-Score dar (Krämer et al. 2019). Die **Entfernung** beschreibt die näherungsweise Distanz (auf Postleitzahlenbasis) zwischen Wohnort und Ort der Leistungserbringung in Kilometern. **Quelle:** BKK-Abrechnungsdaten.

Tab. 5: Top 10 OPS des Abschnitt 1 des AOP-Kataloges nach Anteilen, Alter, Risikowert, Dringlichkeit und Entfernung

<sup>7</sup> Geburtshilflichen Diagnosen wurde aus methodischen Gründen nach (Krämer et al. 2019) kein Dringlichkeitswert zugewiesen.

Tab. 5 enthält ähnliche Informationen aufgeschlüsselt für die zehn häufigsten OPS (5-Steller) des Abschnittes 1 des AOP-Katalogs. Diese zehn OPS stehen für ein knappes Drittel der gesamten Leistungshäufigkeit des Abschnitts 1. Insgesamt ist die Leistungserbringung hochkonzentriert; die 30 häufigsten OPS-5-Steller (von über 700) stehen für 50 % aller Abschnitt-1-Fälle. Hinsichtlich der Behandlungskontexte zeigt sich ein sehr heterogenes Bild.

Über diese aggregierten Auswertungen hinaus wurden für alle betrachteten OPS Detailanalysen durchgeführt, die im Folgenden exemplarisch dargestellt werden. Im Gegensatz zu den vorhergehenden Analysen wurden auch OPS außerhalb des Abschnittes 1 des AOP Katalogs berücksichtigt, auch wenn die Daten zur vertragsärztlichen Versorgung für diese kein vollständiges Bild erlauben. Abb. 5 zeigt die Morbiditätsverteilung der Patientinnen und Patienten beispielhaft anhand von Boxplots für zwei häufig erbrachte Leistungen des AOP-Kataloges, der transarteriellen Linksherz-Katheteruntersuchung (1-275.0) und der extrakapsulären Extraktion der Linse (5-144.5). Während für erstere mit längerer Verweildauer tendenziell auch höhere Morbiditätswerte einhergehen, findet sich dieser Effekt für die Katarakt-OP nur eingeschränkt wieder. Auch für weitere Indikatoren wie die Falldringlichkeit (nicht dargestellt) ergibt sich ein ähnliches Bild.

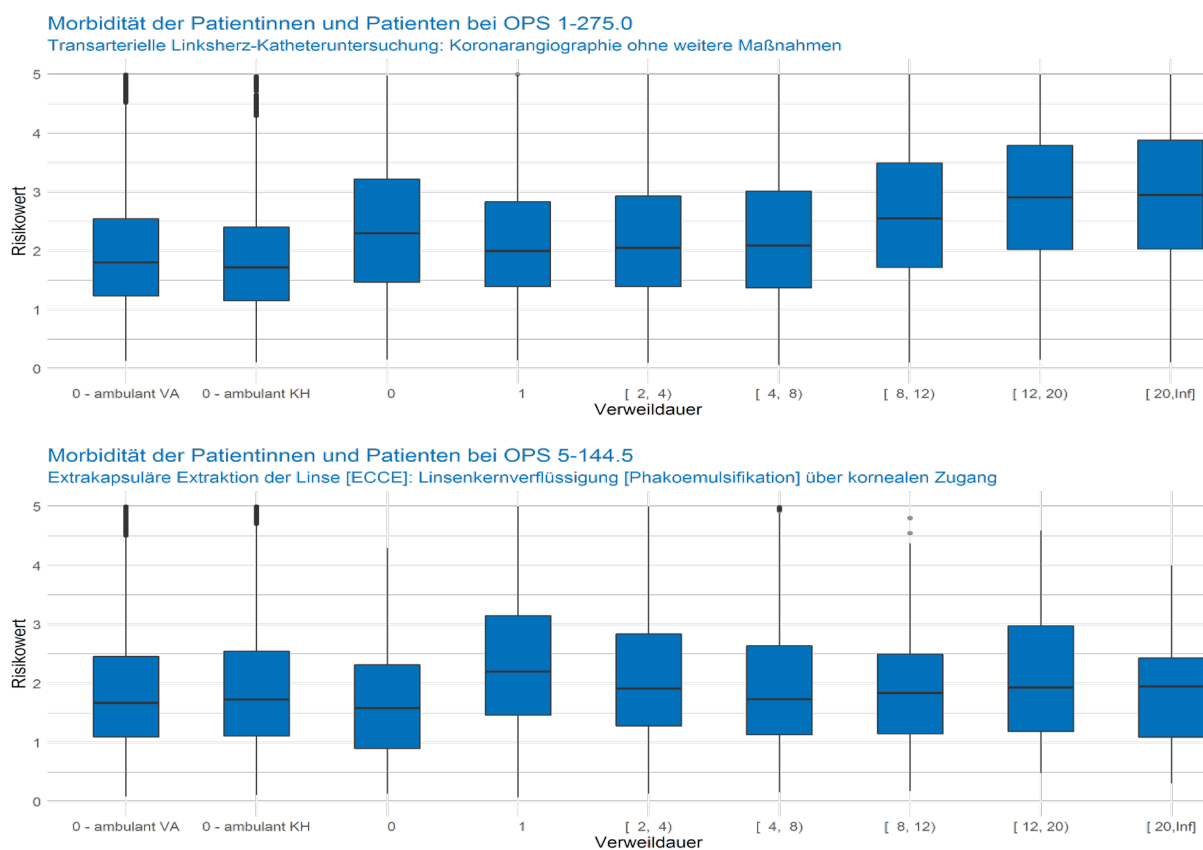


Abb. 5: Kontextbetrachtung am Beispiel der OPS 1-275.0 und 5-144.5

Eines dieser Muster lässt sich bei den meisten untersuchten OPS identifizieren. Einerseits gibt es Prozeduren, bei denen Unterschiede in der Morbidität klar ersichtlich sind – in der Regel niedrigere Morbidität bei der ambulanten und kurz-stationären (<= 3 Tage) Erbringung, höhere Morbidität bei längerer stationärer Versorgung. Andererseits gibt es Prozeduren bei denen die Morbidität über alle Sektoren und Verweildauern hinweg tendenziell nah beieinander liegt. Nur unwesentliche Unterschiede bezüglich der Morbidität der Patientinnen und Patienten ergeben sich insbesondere für Fälle mit kürzeren Verweildauern, die für die AOP-OPS in der Regel den größten Anteil repräsentieren.

## 4 Ausgangslage – Position der Vertragsärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen

### 4.1 Methodik

In Arbeitspaket 3 wurde die Sicht der Leistungserbringer (Vertragsärzte und Krankenhäuser) und Krankenkassen auf eine sektorengleiche, gemeinsame Versorgung und Vergütung erfasst. Zunächst wurde erfragt, mit welchen Hindernissen sich Leistungserbringer und Krankenkassen derzeit im Bereich sektorengleicher Leistungen konfrontiert sehen. Anschließend wurde erhoben, wie aus Sicht der Befragten ein geeignetes Vergütungskonzept sowie die Ausgestaltung weiterer Aspekte aussehen sollte. Schließlich wurden, aufbauend auf den Erkenntnissen der Arbeitspakete 1 und 2, die Leistungserbringer befragt, unter welchen Bedingungen sie eine ambulante Durchführung sektorengleicher Leistungen für möglich und unter welchen Umständen sie eine Behandlung im stationären Umfeld für erforderlich halten.

Befragt wurde zu folgenden konkreten Themenkomplexen:

- Erfahrungen im Zusammenhang mit dem ambulanten Operieren,
- Leistungsumfang eines neuen Systems,
- Erwartungen an das Vergütungskonzept eines neuen Systems,
- Erwartungen an das Abrechnungsverfahren eines neuen Systems,
- Erwartungen an die Qualitätssicherung eines neuen Systems,
- Ambulante Erbringbarkeit ausgewählter Eingriffe.

29

Als Antwortmöglichkeiten standen größtenteils Angaben nach der Likert-Skala (stimme [teilweise/eher/nicht] zu) und Mehrfachantworten/Multiple-Choice zur Auswahl.

Arbeitspaket 3 umfasste insgesamt drei Befragungen. Krankenhäuser und Vertragsärzte wurden zwischen Oktober 2021 und Januar 2022 simultan in zwei getrennten Erhebungen mittels weitestgehend identischen Fragebögen befragt. Alle Krankenhäuser, die ambulant operieren, wurden als papierbasierte Vollerhebung durch das DKI angeschrieben. In Abwesenheit eines offiziellen Verzeichnisses erfolgte die Ermittlung der gesuchten Grundgesamtheit an ambulant operierenden Krankenhäusern über die Daten der strukturierten Qualitätsberichte nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V. Es konnten so 1.275 Krankenhäuser identifiziert werden, die im Jahr 2019<sup>8</sup> ambulante Operationen gemäß § 115b SGB V durchführten. Von diesen wurden 7 Krankenhäuser zwischenzeitlich geschlossen, sodass final 1.268 Krankenhäuser kontaktiert wurden.

Außerdem wurde über das Zi für eine 25%-Stichprobe der vertragsärztlich operierenden Ärzte (n=12.565) eine Online-Erhebung durchgeführt. Darüber hinaus wurden Mitglieder von Berufsverbänden der operierenden Fächer kontaktiert.

Die Befragung der Krankenkassenseite schloss sich im April und Mai 2022 im Rahmen einer anonymen Online-Befragung aller 97 gesetzlichen Krankenkassen, den 6 Verbänden der verschiedenen Krankenkassenarten sowie dem GKV-Spitzenverband an. Darin wurden die Inhalte und Ergebnisse der beiden vorherigen Befragungen aufgegriffen, teils jedoch in Fragestellungen und Antwortoptionen

---

<sup>8</sup> Zum Zeitpunkt der Durchführung der Erhebung war dies das aktuellste Berichtsjahr.

abgewichen. Anschreiben erfolgten im Namen des DKI und wurden durch ein Rundschreiben des BKK-Dachverbandes begleitet.

## 4.2 Ergebnisse

Insgesamt nahmen 166 Krankenhäuser, 776 Vertragsärzte und 32 Krankenkassen (darunter vereinzelt auch Krankenkassenverbände) an der Befragung teil. Im vertragsärztlichen Datensatz wurden Personen, die angaben, bislang nicht ambulant zu operieren ( $n=67$ ), ausgeschlossen, sodass nur 709 Antworten in die Analyse eingingen. Die Rücklaufquote der Krankenhausbefragung betrug 13,2 %, wobei öffentliche Krankenhäuser über- und private Krankenhäuser unterrepräsentiert waren. Mit Ausnahme des Saarlands beteiligten sich an der Befragung Krankenhäuser aus allen Bundesländern. Bei den Vertragsärzten war es hingegen nicht möglich, die Rücklaufquote zu berechnen, da keine Informationen darüber vorliegen, wie viele Ärztinnen und Ärzte von den Berufsverbänden zur Teilnahme an der Befragung eingeladen wurden. Die Fachgruppe der Chirurgie und Orthopädie machte bei den Vertragsärzten fast 50 % der Rückläufe aus, weitere Beteiligung kam hauptsächlich aus der Anästhesiologie, Gynäkologie, Gastroenterologie, HNO und Urologie. Regional betrachtet waren Rückläufe aus allen Kassenärztlichen Vereinigungen annähernd entsprechend ihrer Anteile verteilt. An der Befragung der Krankenkassenvertreter haben sich ca. ein Drittel aller gesetzlichen Krankenkassen beteiligt. Einzelheiten zur Zusammensetzung des Rücklaufs sind infolge der strikt anonymen Befragung nicht bekannt. Eine Unterteilung nach der Anzahl der finanzierten ambulanten Operationen je Quartal ist möglich, ergab jedoch keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten.

### **MOTIVATION UND HERAUSFORDERUNGEN**

Unterschiedliche Gründe sprechen aus Sicht der Leistungserbringer und Krankenkassen für ambulante Operationen. Krankenhäuser und Vertragsärzte nennen vor allem die Betreuung aus einer Hand und die schnelle Rückkehr ins häusliche Umfeld als motivierende Faktoren. Letzteres ist auch aus Sicht der Krankenkassen ein wichtiger Aspekt, wird aber dicht gefolgt von der Erwartung einer kostengünstigeren Versorgung. Diese Kosteneinsparungen spiegeln sich in den weiteren Antworten der Leistungserbringer wider. Nahezu 100 % der Vertragsärzte und Krankenhäuser geben an, dass ambulante Operationen aktuell nicht kostendeckend finanziert werden. Während die Frage der Vergütung also konträr wahrgenommen wird, sehen sowohl Krankenkassen als auch Leistungserbringer die Personalknappheit vor allem bei nicht-ärztlichem und in geringerem Umfang auch bei ärztlichem Personal als Herausforderung. Herausstechend war außerdem die Zustimmung von etwa zwei Dritteln der Vertragsärzte, dass die Hygieneanforderungen zu umfassend seien während Krankenhäuser und Krankenkassen dies mehrheitlich verneinten.

Unter Bezug auf das ambulante Potenzial ausgewählter Prozeduren führen sowohl Krankenhäuser als auch Vertragsärzte medizinische Gründe wie etwa den Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten als wichtigsten (nicht-finanziellen) Grund für die ausbleibende Ambulantisierung an. Fehlende häusliche Nachsorgemöglichkeiten oder fehlende Voraussetzungen beim Leistungserbringer (z. B. bei der apparativen Ausstattung) begründen seltener die Ablehnung der ambulanten Erbringbarkeit.

### **UMFANG**

Weitgehende Einigkeit herrscht bei den Beteiligten bzgl. der Aussage, dass eine Ausweitung des Leistungsumfangs des ambulanten Operierens grundsätzlich zu begrüßen ist. Welche Leistungen wem offenstehen sollten, wird hingegen von den drei Seiten unterschiedlich beurteilt.



Gefragt nach der individuellen Situation, bekunden jeweils weite Teile der Krankenhäuser und Vertragsärztinnen und -ärzte Interesse, ihren Leistungsumfang an ambulanten Operationen zu erhöhen – und zwar sowohl in Bezug auf ihr bestehendes medizinisches Portfolio als auch durch eine Ausweitung dessen. Etwa 25 % der Vertragsärzte und 40 % der Krankenhäuser gaben an, dass sie für eine Ausweitung des ambulanten Operierens ihre Infrastruktur erweitern müssten.

### **ERWARTUNGEN AN NEUES VERGÜTUNGSSYSTEM**

Die Erwartungen an ein neues sektorengleiches Vergütungssystem sind heterogen, sowohl zwischen als auch innerhalb der befragten Gruppen. Am klarsten sind die Vorstellungen der Krankenkassen; sowohl Personal- als auch Sachkosten sollten aus ihrer Sicht am ehesten über Fallpauschalen vergütet werden. Leistungskomplexe im Sinne von gesonderten Pauschalen für die Operation, die Anästhesie etc. sind ebenfalls vorstellbar. Bei den Vorhaltekosten sind die Krankenkassen tendenziell für eine Vergütung durch separate Pauschalen (ein „Grundbudget“) offen, knüpfen dies jedoch an konkrete Vorhalteverpflichtungen im Rahmen von Versorgungsaufträgen.

Die Vorstellungen der Vertragsärzte und Krankenhäuser sind breiter gefächert und scheinen sich grundsätzlich an den jeweils vertrauten Vergütungsstrukturen zu orientieren. Vertragsärzte befürworten grundsätzlich eine Einzelleistungsvergütung ähnlich der GOÄ, können sich aber auch andere Vergütungsformen vorstellen. So findet für Sachkosten auch die Abrechnung nach Einzelaufwand Befürwortung. Krankenhäuser plädieren mehrheitlich für Fallpauschalen, auch hier finden sich jedoch relevante Stimmanteile für andere Vergütungsformen. Bei den Vorhaltekosten stimmen bei beiden, Vertragsärzte und Krankenhäusern, ähnliche Anteile für eine pauschale Vergütung und für eine anteilige – aber auskömmliche – Vergütung je Fall.

31 Bei der Frage an welchen Kostenstrukturen sich ein zukünftiges Vergütungssystem bzgl. der Vorhaltekosten orientieren sollte, stimmen die meisten Befragten einer Orientierung an (ggf. neuen) ambulant-stationären Misch-Strukturen zu (siehe Abb. 6). Wie zuvor ist das Meinungsbild bei Krankenhäusern und Vertragsärzten breiter gestreut als bei den Krankenkassen.

Nur an die Krankenkassen war schließlich die Frage gerichtet, welche finanziellen Anreize (z. B. Orientierung an stationären Preisen, ambulant-stationäre Mischpreise etc.) sie im neuen System befürworten würden. Keine Option fand dabei eine klare Mehrheit. Starken finanziellen Anreizen stehen die Krankenkassen dabei besonders ablehnend gegenüber. Viele Krankenkassen gehen davon aus, dass es keiner gesonderter Anreize bedarf oder könnten sich ambulant-stationäre Mischpreise vorstellen.

Woran sollen sich **Vorhaltekosten** orientieren? (Angaben in %)

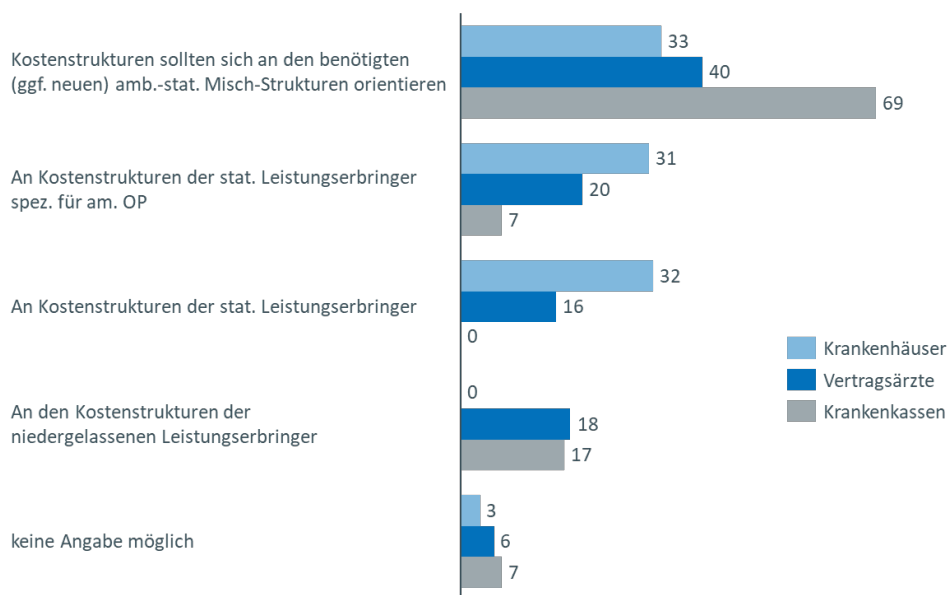


Abb. 6: Ergebnisse zur Frage „Woran sollen sich die Vorhaltekosten orientieren?“

### ABRECHNUNGSVERFAHREN

Bei der Frage, wie die Abrechnung zukünftig idealerweise erfolgen sollte, sind sich die Leistungserbringer mehrheitlich einig und befürworten die Abrechnung über eine zentrale Stelle (Vertragsärzte: 90 %, Krankenhäuser: 60 %). Die Krankenkassen stimmten zu annähernd gleichen Teilen für zentrale und dezentrale Lösungen. Welche zentrale Stelle geeignet wäre, wird unterschiedlich gesehen. Vertragsärzte und Krankenkassen befürworten die für eine Region zuständige Kassenärztliche Vereinigung. Krankenhäuser sehen auch eine für die Region benannte Krankenkasse oder die zuständige Landeskrankenhausgesellschaft als Option. Ein knappes Viertel in allen drei Gruppen sieht eine neue, gemeinsame Institution als gut geeignet. Hinsichtlich des Rhythmus der Abrechnung plädieren ca. die Hälfte der Krankenkassen und Krankenhäuser für die direkte Abrechnung im Anschluss an die Leistung, wie sie bisher im stationären Bereich üblich ist. Nur 20 % der Vertragsärzte können sich dies vorstellen; die Beibehaltung der ihnen bekannten Quartalsabrechnung befürworten 40 % der Vertragsärzte. Den Kompromiss eines monatlichen Abrechnungsrhythmus kann sich ein knappes Drittel der befragten Gruppen vorstellen. Für die Krankenkassen ist die Abrechnung eng verbunden mit der Frage der Abrechnungsprüfung, deren Notwendigkeit jede befragte Kasse bejahte und die mit großer Mehrheit sektorengleich, unabhängig ob es Krankenhaus oder Vertragsärzte betrifft, befürwortet wird.

### QUALITÄTSSICHERUNG

Die Notwendigkeit einer sektorengleichen Qualitätssicherung (QS) sieht eine klare Mehrheit der Krankenkassen und Krankenhäuser (etwa 85 %) und eine knappe Mehrheit der Vertragsärzte (57 %). Als verantwortliche Institution für die mehrheitlich bundesweit einheitlich gewünschten QS-Vorgaben kommen sowohl die Vertragsparteien auf Bundesebene als auch der G-BA in Frage, nur Vorgaben durch das Bundesministerium für Gesundheit finden kaum Befürwortung. Auch die Kontrolle der Einhaltung der QS wird mehrheitlich sektoren- und bundesweit einheitlich gewünscht. Vor allem bei den Vertragsärzten gibt es jedoch auch Stimmen für eine getrennte Kontrolle unter Verantwortung der Kassenärztlichen Vereinigung.

### **Hamburg Center for Health Economics (HCHE)**

Das HCHE ist ein gemeinsames Forschungszentrum der Universität Hamburg und des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Mehr als 80 Forschende beschäftigen sich mit relevanten und politisch aktuellen Themen des deutschen Gesundheitssystems. Der Fokus der Forschungsaktivitäten liegt dabei in den Bereichen Finanzierung des Gesundheitswesens, Gesundheitsökonomische Evaluation, Arzneimittelmärkte, ambulante und stationäre Versorgung, Big Data und Digital Health sowie Bevölkerungsgesundheit.



Management im  
Gesundheitswesen

### **Fachgebiet Management im Gesundheitswesen der TU Berlin**

Das Fachgebiet beschäftigt sich mit Gesundheitssystemforschung (vergleichende Analyse von Systemen, Performance assessment ...), Versorgungsforschung (Vergütungsmechanismen, Impact der Covid-19-Versorgung ...), ökonomischen Fragestellungen im Gesundheitswesen, gesundheitspolitischen Maßnahmen und Akteuren sowie Gesundheitstechnologien (Health Technology Assessment, etwa von Medizinprodukten und digitalen Gesundheitsanwendungen).



DEUTSCHES  
KRANKENHAUS  
INSTITUT

### **Deutsches Krankenhausinstitut (DKI)**

Das DKl ist seit über 65 Jahren führend in den Bereichen Forschung, Beratung und Fortbildung im Krankenhaus- und Gesundheitswesen tätig. Die Forschungsprojekte umfassen anwendungsorientierte Grundlagenforschung für die stationäre medizinisch-pflegerische Versorgung sowie die Begleitforschung und Evaluation aktueller krankenhauserrelevanter bzw. gesundheitspolitischer Maßnahmen.



ZENTRALINSTITUT FÜR DIE  
KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG  
IN DEUTSCHLAND

### **Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi)**

Das Zi ist das Forschungsinstitut der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in der Rechtsform einer Stiftung des bürgerlichen Rechts. Es wird finanziert durch jährliche Zuwendungen der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Forschungsarbeiten und Studien des Zentralinstituts beschäftigen sich vorwiegend mit der vertragsärztlichen Versorgung unter Nutzung der von den Trägern dafür zur Verfügung gestellten Routedaten.



Dachverband

### **BKK Dachverband e.V.**

Der BKK Dachverband ist die politische Interessenvertretung von 72 Betriebskrankenkassen und vier Landesverbänden mit rund neun Millionen Versicherten. Da die BKK für innovative Versorgungskonzepte und versichertenfreundliche Lösungen stehen, begleitet der BKK Dachverband das vorliegende Forschungsprojekt eines sektorenübergreifenden Vergütungssystems hinsichtlich der Konzepterstellung und koordiniert die Bereitstellung von Sekundärdaten.

## Referenzen

- Albrecht M, Mansky T, Sander M, Schiffhorst G (2022) Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V. IGES Institut
- Augurzky B, Emde A, Finke S, Rösen C (2021) Vergütungssystematik von ambulant zu erbringenden stationären gastroenterologischen Krankenhausleistungen
- Deutscher Bundestag (1968) Schriftliche Antwort der Bundesregierung zu der Großen Anfrage der Fraktion der SPD zur Gesundheitspolitik. Drucksache V/3008
- Deutscher Bundestag (1975) Bericht der Bundesregierung über die Auswirkungen des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG). Drucksache 7/4530
- Foley C, Kendall MC, Apruzzese P, Oliveira GS de (2021) American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification as a reliable predictor of postoperative medical complications and mortality following ambulatory surgery: an analysis of 2,089,830 ACS-NSQIP outpatient cases. *BMC surgery* 21:253. doi:10.1186/s12893-021-01256-6
- G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2022) Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über Eckpunkte zur Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung
- Institut des Bewertungsausschusses (2022) Bericht des Instituts des Bewertungsausschusses zur Weiterentwicklung des Klassifikationssystems sowie zur Ermittlung der Veränderungsraten für das Jahr 2022 gemäß §87a Abs. 5 SGB V
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2006) Entwicklung und Erstellung eines Prognosemodells zur Ermittlung der Auswirkungen von Schwellenwerten auf die Versorgung; Abschlussbericht
- KOMV (2019) Empfehlungen für ein modernes Vergütungssystem in der ambulanten ärztlichen Versorgung; Bericht der Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem – KOMV. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.
- Krämer J, Schreyögg J, Busse R (2019) Classification of hospital admissions into emergency and elective care: a machine learning approach. *Health Care Management Science* 22:85–105. doi:10.1007/s10729-017-9423-5
- Leber W-D, Wasem J (2016) Ambulante Krankenhausleistungen – ein Überblick, eine Trendanalyse und einige ordnungspolitische Anmerkungen. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg) Krankenhaus-Report 2016. Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus. Schattauer, Stuttgart, S 3–28
- Schreyögg J, Milstein R (2018) Verbesserte Bedingungen in der Pflege. *G+G Wissenschaft (GGW)* 18
- Schreyögg J, Milstein R (2021) Identifizierung einer initialen Auswahl von Leistungsbereichen für eine sektorengleiche Vergütung; im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2018) Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung; Gutachten 2018. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin