

# Verlagerungseffekte zwischen stationärem und ambulanten Sektor

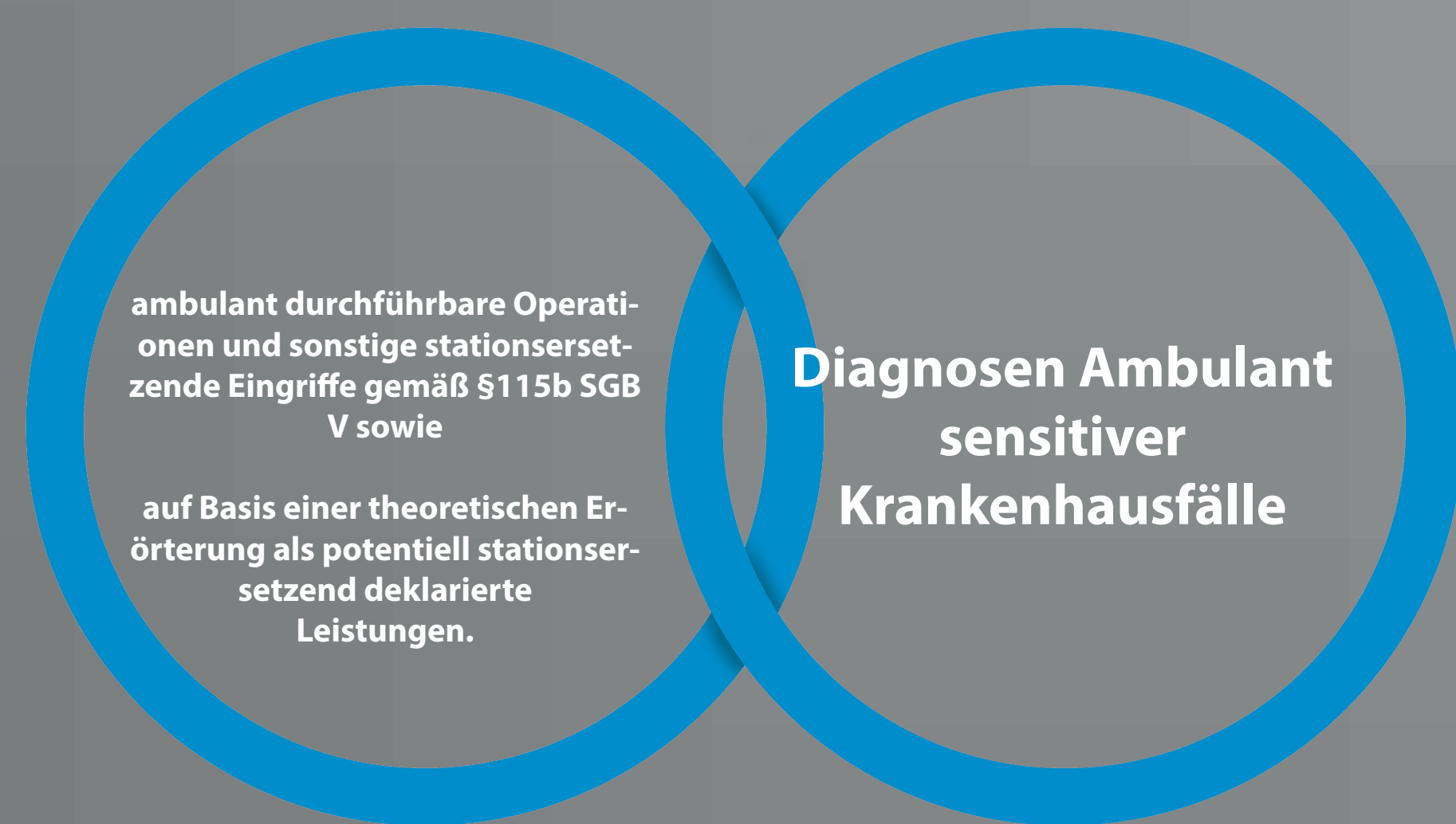
Joachim Heuer

## Hintergrund und Fragestellung

Medizinischer Fortschritt und Veränderungen in den ärztlichen Versorgungsstrukturen ziehen eine veränderte Arbeitsteilung zwischen niedergelassenen Ärzten und akutstationären Krankenhäusern nach sich. Zunehmend erbringen auch ambulant tätige Ärzte medizinische Leistungen, die bisher einen stationären Aufenthalt erforderten – etwa die Dialyse oder Linsenoperationen am Auge. Hieraus resultiert eine Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Versorgungssektor, der „neue“ Leistungen im ambulanten Bereich generiert. Es soll analysiert werden, ob mit zunehmendem Volumen stationärer Leistungen auch eine Abnahme von stationären Leistungsmengen erkennbar ist.

## Methode

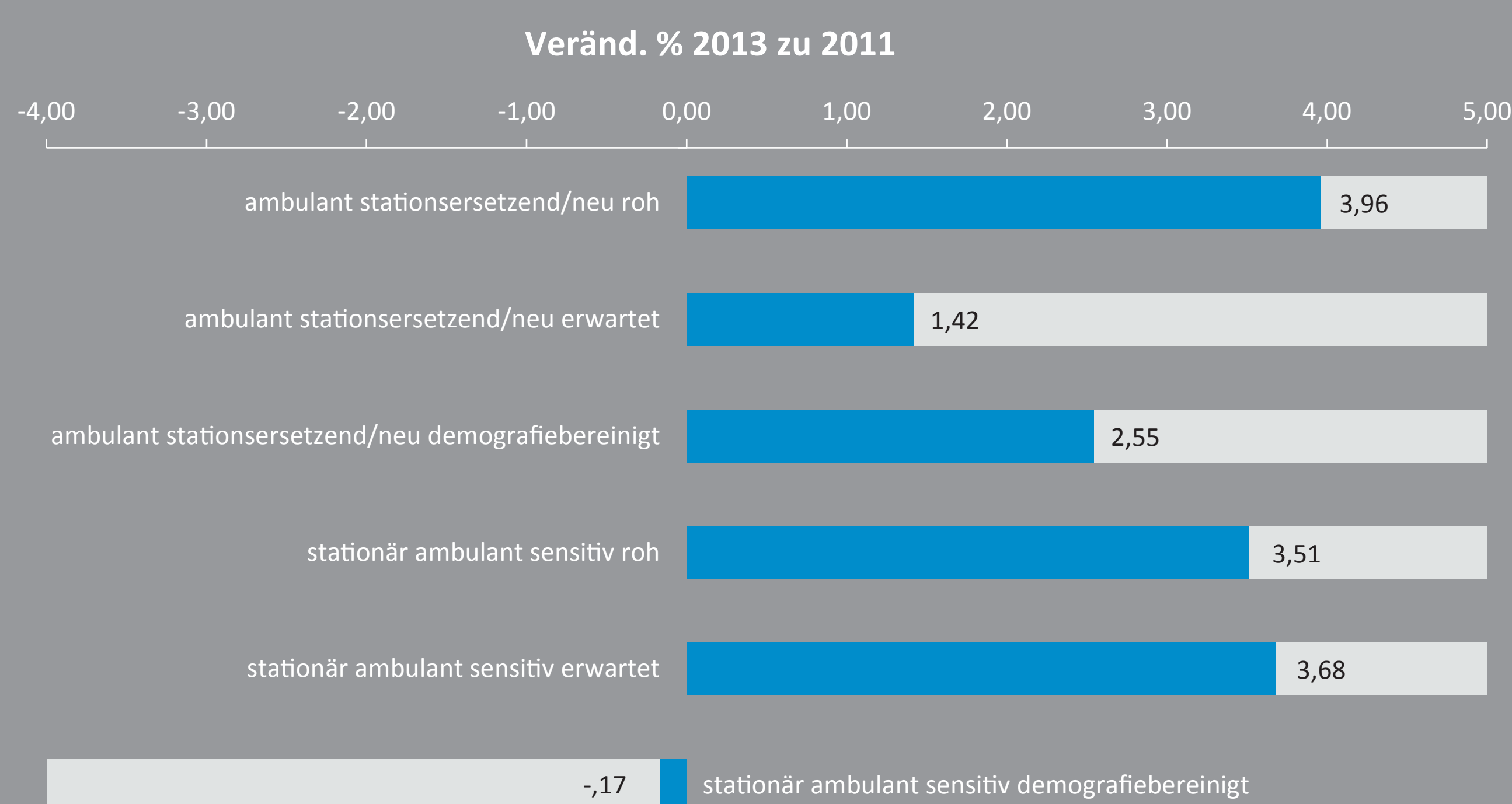
Der Umfang stationärer vertragsärztlicher Leistungen wird berechnet aus dem Leistungsbedarf, also der Honoraranforderung der Praxen an die Kassenärztliche Vereinigung. Die verwendete Datenbasis ist die Abrechnungsstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (VDX-Daten) der Jahre 2009 bis 2014. Die stationäre Leistungsmenge wird mit stationären Belegungstagen ambulant sensibler Krankenhausaufenthalte quantifiziert. Da diese nur von 2011 bis 2013 vorliegen, werden die Trends im ambulanten und stationären Sektor mit Angaben der Jahre 2011 und 2013 verglichen.



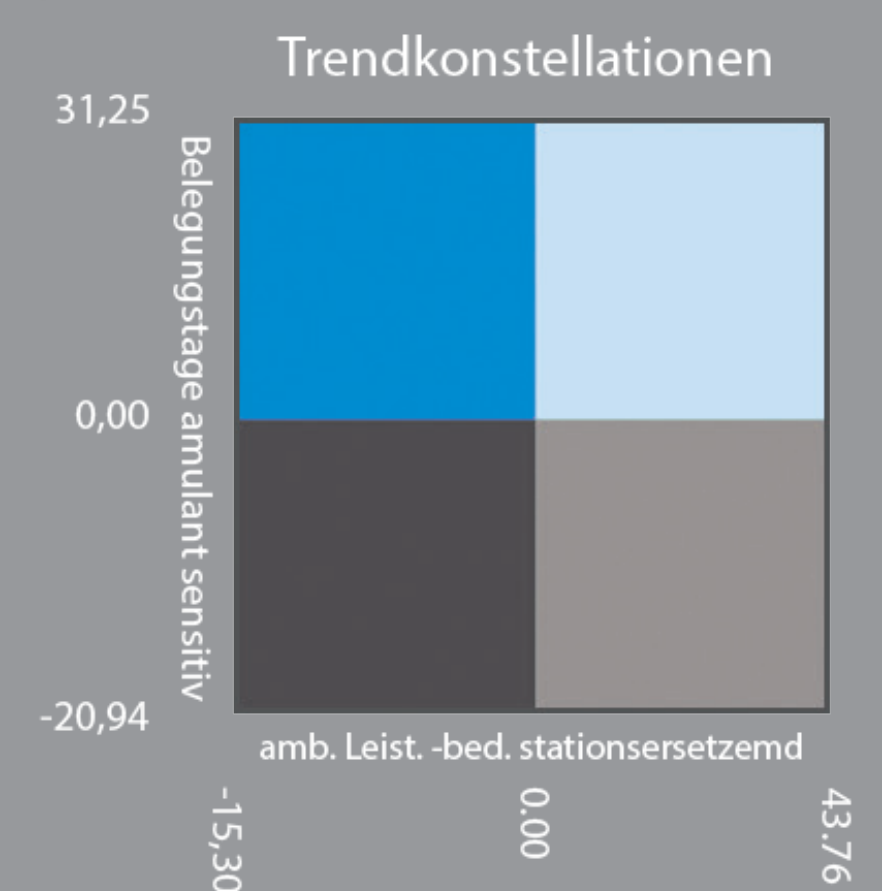
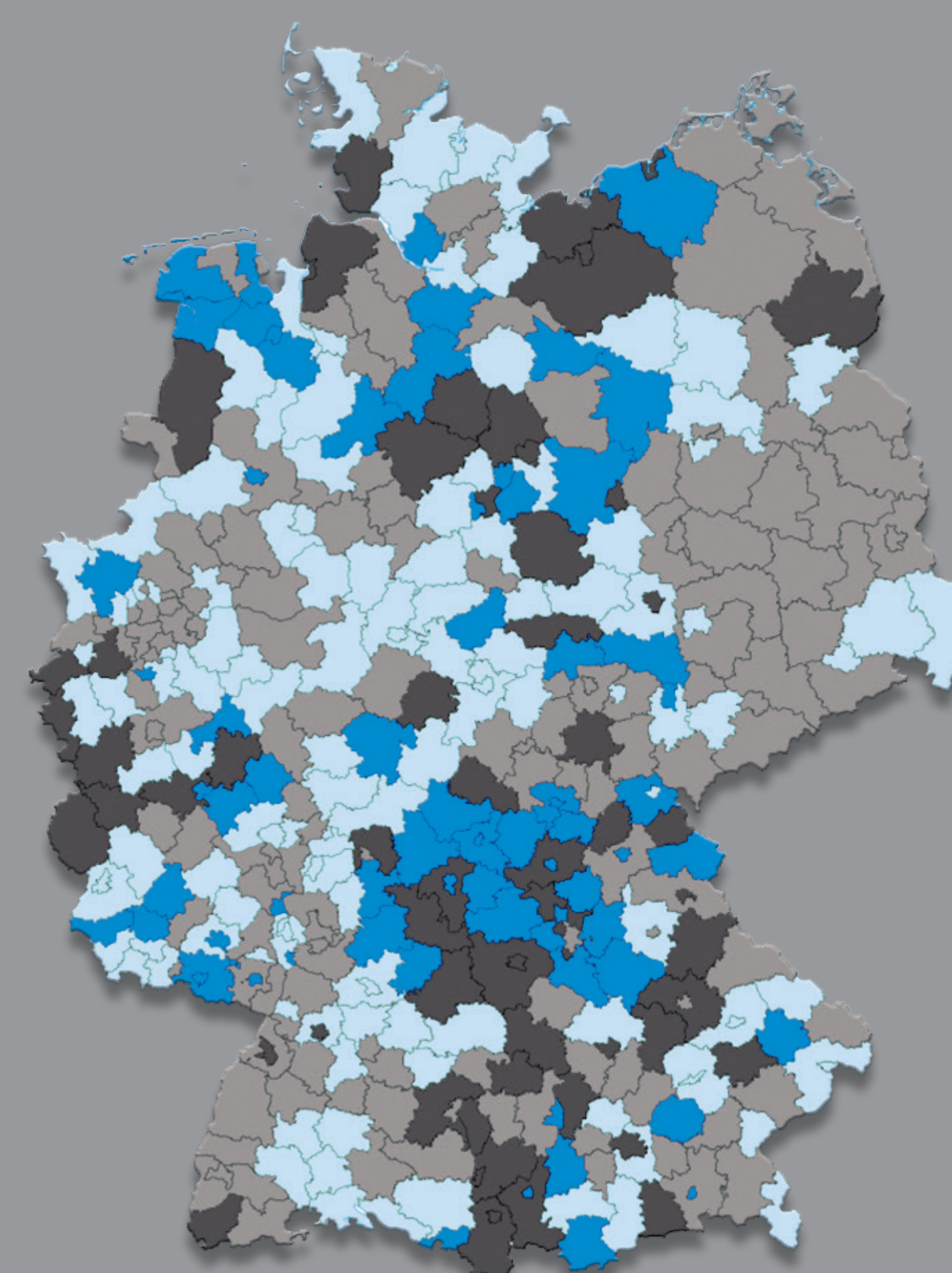
Stationärsensitiver Leistungen	Diagnosen Ambulant-sensibler Krankenhausaufenthalte
4234 Gebührenordnungspositionen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab und KV-spezifische Leistungen, darunter: <b>Stationärsensitiver:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dialyse (Zentrums-/Heimdialyse, EPO-Dialyse)</li> <li>Besuche, Wegepauschalen</li> <li>Palliativvertrag, Palliativmedizinische Versorgung</li> <li>Makuladegenerationsbehandlung</li> <li>Onkologische Behandl., Nachsorge</li> <li>ambulante Operationen, Anästhesien, präoperative, postoperative und orthopädisch-chirurgische konservative Leistungen</li> <li>stationärsensitiver Gastroenterologie</li> <li>Radiologie Gefäße, interventionelle Radiologie</li> <li>Kleinchirurgie</li> <li>Humangenetische Leistungen</li> </ul> <b>Mittelbar stationärsensitiver:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bestimmte weitere, neu eingeführte Gebührenordnungspositionen, darunter Zuschlag für fachärztliche Grundversorgung sowie für Behandlung durch konservativ tätigen Augenarzt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asthma</li> <li>Hypertonie, Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz</li> <li>Herzinsuffizienz, hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz</li> <li>Diabetes</li> <li>chronische Bronchitis, COPD, Bronchiektasen</li> <li>Angina Pectoris</li> <li>Dehydratation</li> <li>Hals-, Nasen-, Ohreninfektion</li> <li>Pneumonie</li> <li>(Lungenentzündung)</li> <li>akute Bronchitis</li> <li>Depression</li> <li>Chronische ischämische Herzkrankheit</li> <li>Demenz</li> </ul>

Quelle: Einheitlicher Bewertungsmaßstab, Abrechnungsstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (VDX-Daten) Albrecht M et al. 2014

Ein Trend, der als Hinweis auf einen Verlagerungseffekt angesehen wird, wird bei demografiebereinigten Raten gefunden. Bei einem 2,6 % höheren ambulanten Leistungsbedarf stationärsensitiver/neuer GOP ergibt sich im gleichen Zeitraum ein Rückgang der Belegungstage ambulant sensibler Krankenhausaufenthalte von 0,2 %.



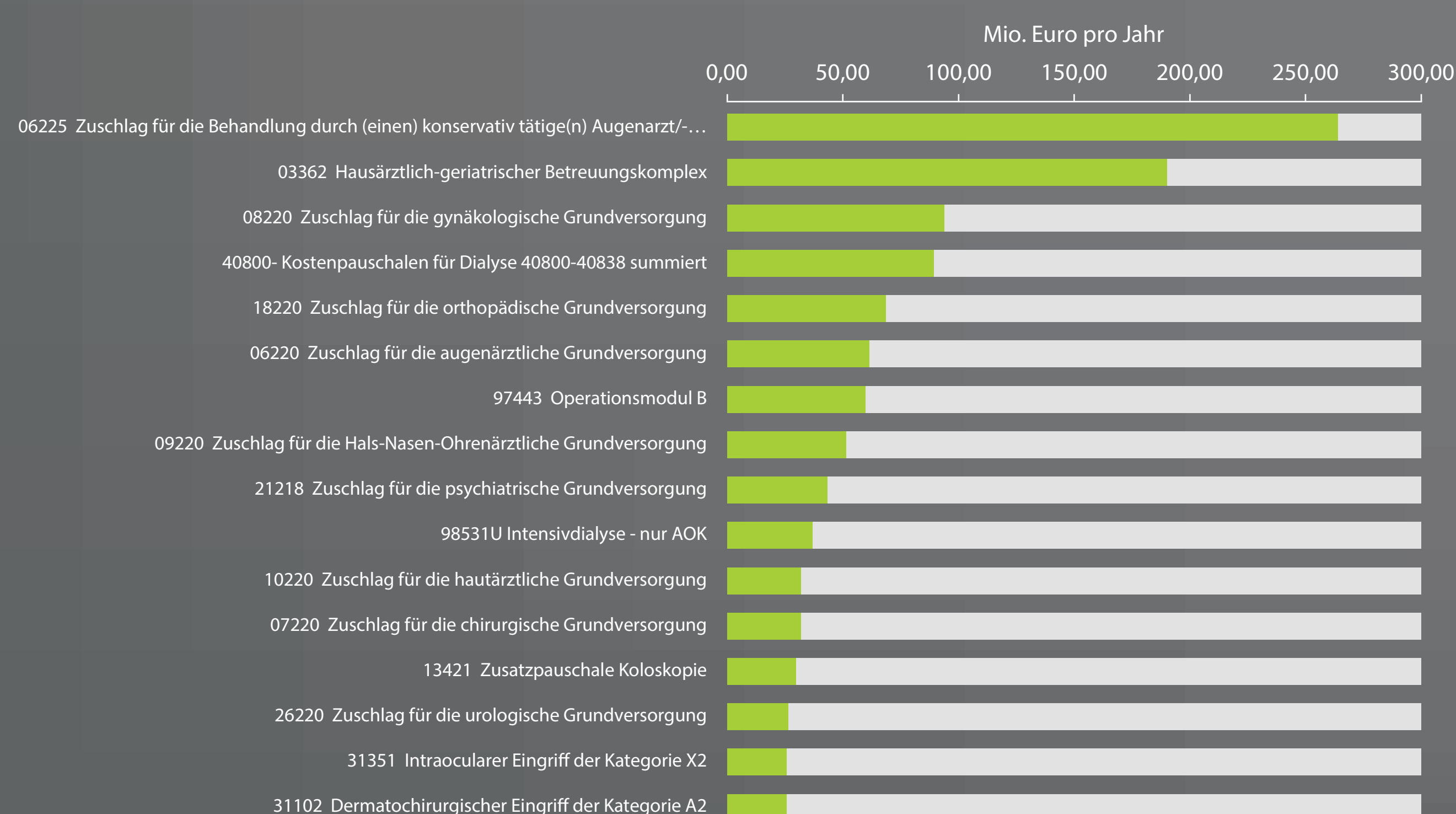
Mittlere bundesdurchschnittliche ambulante Leistungsbedarfsänderung stationärsensitiver/neuer Leistungen\* und Änderung von Belegungstagen ambulant sensibler Krankenhausaufenthalte (stationär) 2011 zu 2013  
 \*nach regionaler Euro-Geb.-ordn., ohne belegärztl. Leist., ohne Zuschläge für konservativ tätige Augenärzte sowie für fachärztliche Grundversorgung  
 Quelle: KBV, DRG-Statistik



In rund einem Drittel der Kreise wird demografiebereinigt eine steigende Rate des ambulanten Leistungsbedarfs im engeren Sinn stationärsensitiver GOP bei rückläufigen Belegungstagen ambulant sensibler Krankenhausaufenthalte von 2011 bis 2013 berechnet.

Veränderung von Leistungsbedarf stationärsensitiver/neuer Leistungen\* (ambulant demografiebereinigt, X-Achse) und Belegungstagen ambulant sensibler Krankenhausaufenthalte (stationär demografiebereinigt, Y-Achse) von 2011 bis 2013 in % nach Kreisen des Bundesgebiets  
 \*nach regionaler Euro-Geb.-ordn., ohne belegärztl. Leist., ohne Zuschläge für konservativ tätige Augenärzte sowie für fachärztliche Grundversorgung  
 Quelle: KBV, DRG-Statistik

Stärkste ambulante Leistungsbedarfsanstiege sind bei den im engeren Sinn stationärsensitiver anzusehenden GOP erkennbar, wie bei Dialysepauschalen, Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex, Zusatzpauschale Koloskopie, sowie intraoculare oder dermatochirurgische Eingriffe wie auch humangenetische Leistungen, sowie bei mittelbar stationärsensitiven Leistungen in Form der Zuschläge fachärztlicher Grundversorgung und für Behandlung durch konservativ tätigen Augenarzt.



Stärkste ambulante Leistungsbedarfsanstiege\* stationärsensitiver/neuer Leistungen 2014 im Vergleich zu 2009  
 \* ohne belegärztl. Leist., nach regionaler Euro-Geb.-ordn.,  
 Quelle: KBV

## Diskussion und praktische Implikationen

Von dem entwickelten Studienplan sind hier die Ergebnisse zum Fachgruppenmittel der ausgewählten Leistungen dargestellt. Eine Fortführung könnte darin bestehen, den mittleren Leistungsbedarf der Behandlungsfälle je Fachgruppe darzustellen, für den mindestens eine der ausgewählten Leistungen abgerechnet wurde, der sich somit aus dem Leistungsbedarf der ausgewählten GOP sowie allen übrigen GOP zusammensetzt, die für diese Fälle abgerechnet wurden. Der mittlere Leistungsbedarf stationärsensitiver Fälle (ggf. mit neuen Leistungen) könnte mit dem mittleren Leistungsbedarf aller Fälle je Fachgruppe verglichen werden, um zu erkennen, ob dieser relevant abweicht. Diese Fortführung wäre in einer zukünftigen Arbeit zu leisten. Die hier definierte Auswahl stationärsensitiver und neu eingeführter Gebührenordnungspositionen könnte verwendet werden, um davon ausgehend in anderen Datenbasen deren Umfang und zeitlichen Verlauf des Leistungsbedarfs aus diesen GOP darzustellen.