



Die Ambulantisierung der Gesundheitsversorgung – Stand der Forschung und notwendige Weiterentwicklung

1. Hamburger Versorgungsforschungstag
„Die Ambulantisierung der Medizin: Anspruch und Wirklichkeit am Beispiel Hamburgs“
Hotel Hafen Hamburg
Hamburg, 17.06.2015

Prof. Dr. Jonas Schreyögg
Lehrstuhl für Management im Gesundheitswesen
Hamburg Center for Health Economics
Universität Hamburg



Ambulantisierung – Versuch einer Begriffsbestimmung

Definition im engeren Sinne: Substitution stationärer Leistungen durch Erbringung ambulanter Leistungen

Definition im weiteren Sinne: Substitution oder Vermeidung stationärer Leistungen durch Erbringung ambulanter Leistungen

Institutionelle Perspektive: Patienten werden ambulant versorgt, ohne mind. eine Nacht in einer Einrichtung zur med. oder pflegerischen Versorgung zu verbleiben (Definition Statistisches Bundesamt)

Vergütungsperspektive: Versorgung wird im Rahmen der ambulanten Vergütungsmechanismen vergütet (Aufenthalt kann auch über Nacht erfolgen/ aber nicht stationär in Regelversorgung)

z.B. Hallux valgus

Nutzen von Ambulantisierung – ökonomische versus medizinische Sicht

Medizinische-pflegerische Sicht

Pro:

- Mögliche Reduktion von Infektionsraten durch verringerte Exposition
- Reduktion psychischer Belastungen durch Krankenhausaufenthalte
- Entspricht oft Patientenwunsch (u.a. aufgrund von Wohnortnähe)

Contra:

- Post OP-Versorgung nicht immer einfach zu gewährleisten, z.B. im Falle von Komplikationen
- Teilweise Unterstützung durch Angehörige notwendig, die nicht immer verfügbar sind

Ökonomische Sicht

- Kürzere Nutzungsdauer der Infrastruktur + oft geringere Overheads
-> schlägt sich oft in geringere Vergütung nieder (EBM: ja; GoÄ: je nachdem)
- Oft Verbesserung der Kosten-Effektivität einer Intervention durch geringere Vergütung

Ambulantisierung – Vergütungsanreize im System

Stationär

- DRG-Anreiz und jährliches update
-> Innovationsdruck um Verweildauer ↓
- Druck durch MDK zu Ambulantisierung
z.B. Kniearthroskopie
- Keine Budget- oder Mengenbegrenzung
für ambulante Leistungen

↓

Belegärztliche und honorarärztliche Behandlung
als Teilambulantisierung



Ambulant

- GKV: DRG > EBM
- PKV: DRG oft aber nicht
immer > GoÄ

Sonderprobleme

- Übernachtung notwendig
-> GoÄ
- Internistische Fälle mit hohen
Arzneimittelkosten
-> Arzneimittelpreise amb.
> stationär

Ambulantisierung

Wer hat Anreiz zu Ambulantisierung?

- Ambulante Vertragsärzte ✓
- Krankenkassen (✓)
- Krankenhäuser ?

Stationär

- DRG-Anreiz und Jan...
- > Innovationsdruck um Verwend...
- Druck durch MDK zu Ambulantisierung
z.B. Kniearthroskopie
- Keine Budget- oder Mengenbegrenzung
für ambulante Leistungen

...oft aber nicht
immer > GoÄ

Sonderprobleme

- Übernachtung notwendig
-> GoÄ
- Internistische Fälle mit hohen
Arzneimittelkosten
-> Arzneimittelpreise amb.
> stationär

Belegärztliche und honorarärztliche Behandlung
als Teilambulantisierung

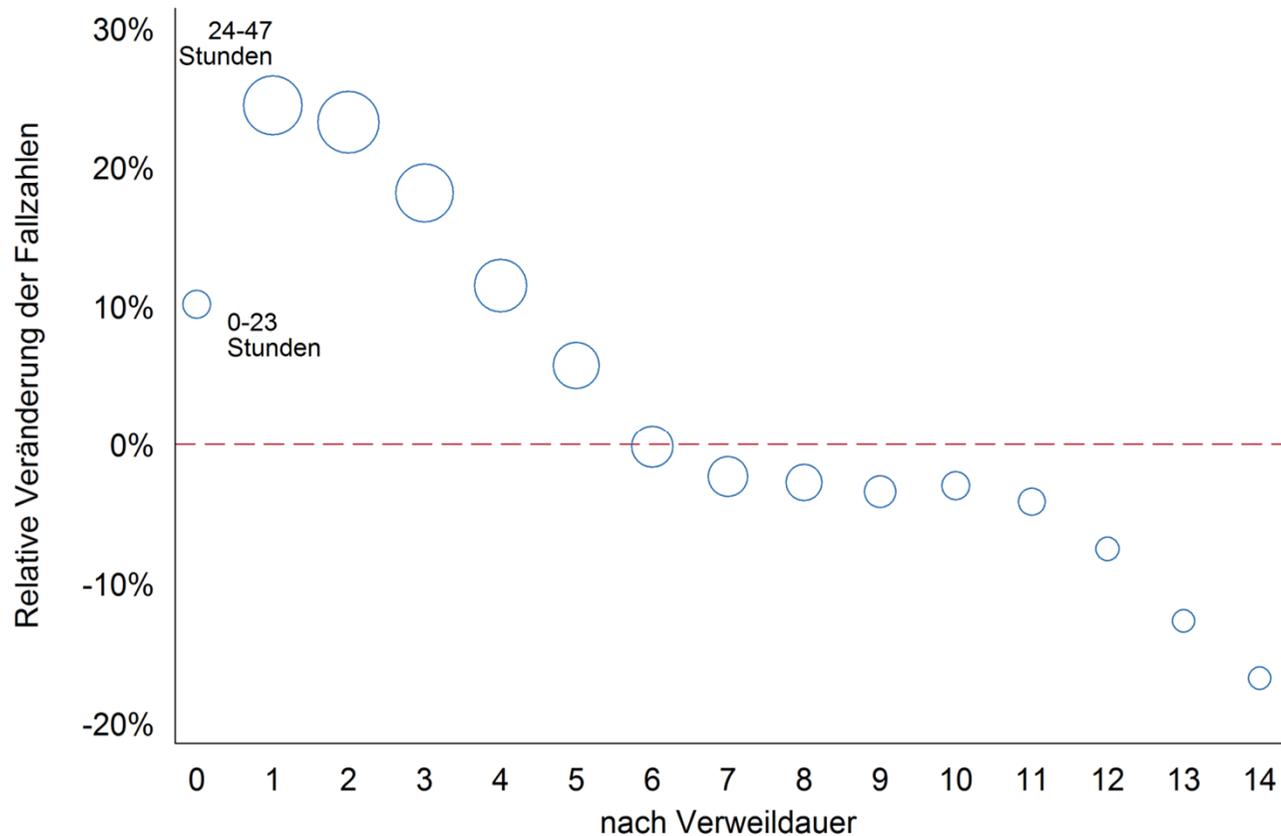
Zahlreiche Regelungen zur Ambulantisierung - vor allem im Krankenhaus

- Vor- und nachstationär § 115a
- Ambulantes Operieren § 115b
- Ermächtigungen §116
- Ambulante Behandlung bei
- Unterversorgung § 116a
- Hochspezialisierte Leistungen § 116b
- Hochschulambulanzen §117
- Psychiatrische Institutsambulanzen § 118
- Geriatrische Institutsambulanzen §118a
- Soz.-Päd. Zentren § 119
- Spezialambulanzen an Kinderkliniken § 120-1a
- DMP § 137
- Notfallambulanzen EBM

Formen der Ambulantisierung: Derzeitiger Stand und Potenzial

1. Substitution von terminierbaren therapeutischen und diagnostischen Interventionen
2. Substitution von Fällen des ärztlichen Notdienstes (Ärztlicher Bereitschaftsdienst) und Notfällen in Krankenhäusern
3. Vermeidung von stationären (Not)fällen durch Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen ambulanten Versorgung

Stärkster Anstieg der stationären Fälle mit Verweildauer <6 Tage (2007-2012)



Quelle: Schreyögg J, Bäuml M, Krämer J, et. al. (2014)
Endbericht zum
Forschungsauftrag zur
Mengenentwicklung gem. § 17b
Abs. 9 KHG. InEK: Siegburg.

Ursachen für Anstieg von Fällen mit kurzen Verweildauern

Es fällt auf, dass besonders die Zahl der Fälle mit kurzen Liegedauern zugenommen hat. Könnte nicht abschließend untersucht werden. Mögliche Gründe:

- 1) Die Verweildauer sinkt.
- 2) Anstieg der Notfälle durch Rückgang der ambulanten Notfallversorgung in bestimmten Regionen und/oder Änderung der Präferenzen der Bevölkerung.
- 3) Eventuell werden Fälle, die eigentlich ambulant behandelt werden könnten, stationär aufgenommen.

-> kaum Evidenz zu den Gründen

Wissenschaftliche Untersuchungen notwendig:

- Befragung von Patienten in Notaufnahmen
- Analyse von Kassendaten d.h. §301 SGB V + ambulanter Daten nach § 295 Abs. 1 Nr. 1-3 SGB V

-> Wirkliche Schlussfolgerungen erst auf Basis besserer Evidenz möglich

Veränderung der Fallzahl <2 Tagen (2007-2012) – große Unterschiede nach Krankheitsgebieten

ICD Kapitel	Anzahl stationäre Fälle <2 Tage (2012)	Veränderung 2007-2012 in %
I: Krankheiten des Kreislaufsystems	500.000	+30%
K: Krankheiten des Verdauungssystems	300.000	+50%
R: Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, anderenorts nicht klassifiziert	300.000	+40%
S: Verletzungen	300.000	+30%
C: Neubildungen	300.000	-30%
M: Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	200.000	+40%
N: Krankheiten des Urogenitalsystems	200.000	-10%
Z: Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	200.000	-80%
F: Psychische und Verhaltensstörungen	150.000	+10%
G: Krankheiten des Nervensystems	150.000	+10%
O: Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	150.000	0%
Summe	Ca. 3,4 Mio. (80%)	

Quelle: Statistisches Bundesamt, DRG-Statistik, 2015.

Rate ambulanter Operationen im Vgl. mit ausgewählten (NHS)-Ländern (2011)

	England	Finnland	Deutschland	Schottland	Schweden	Dänemark
Bevölkerung in Millionen	53,01	5,43	82,03	5,25	9,51	5,57
Katarakt-Operation	98%	99%	80%	96%	98%	99%
Tonsillektomie	38%	70%	4%	29%	41%	37%
Nasenplastik	31%	65%	25%	32%	62%	68%
Chirurgische Zahnentfernung	95%	90%	65%	97%	95%	95%
Ausschabung der Gebärmutter	88%	69%	53%	91%	75%	95%
Knie-Arthroskopie	83%	83%	24%	k.A.	86%	95%
Arthroskopische Meniskus-Operation	84%	94%	51%	k.A.	96%	97%
Metallentfernung Knochen	64%	74%	34%	74%	75%	90%
Karpaltunnelsyndrom	96%	93%	74%	98%	93%	95%
Brustknoten	60%	36%	7%	33%	44%	53%
Dupuytren-Operation	82%	90%	76%	77%	71%	89%
Cholezystektomie laparoskopisch	32%	28%	k.A.	20%	22%	63%
Leistenbruch	66%	63%	14%	63%	74%	82%
Koloskopie mit oder ohne Biopsie	94%	19%	0,3%	k.A.	86%	96%
Kolonpolypentfernung	95%	12%	0,2%	k.A.	89%	98%
Varizen-Operation	79%	85%	52%	69%	94%	99%

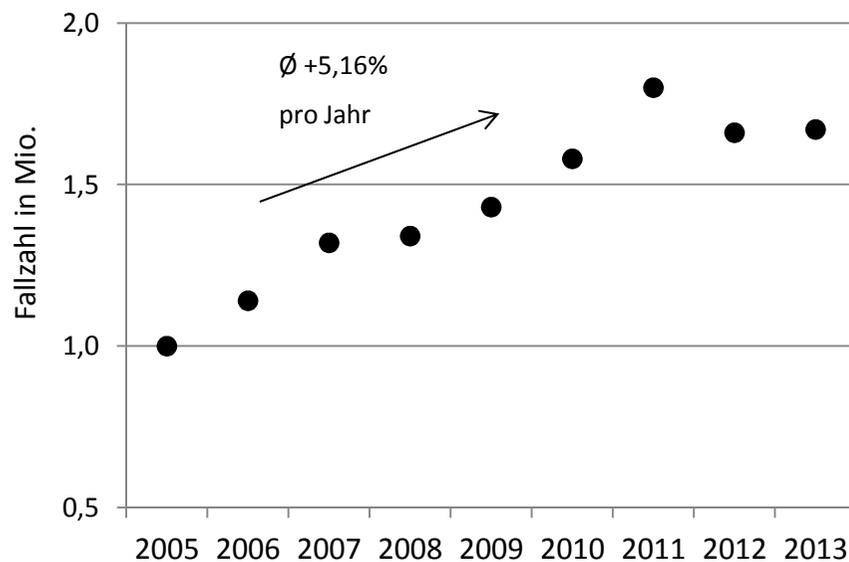
Prozentsatz der ambulant durchgeführten Operationen; von der jeweiligen Operationsart müssen mindestens 97.000 Operationen pro Jahr in Deutschland stattgefunden haben
orange = niedrigste Rate ambulanter Operationen

Quelle: Brökelmann J, Toftgaard C: Survey on incidence of surgical procedures and percentage of ambulatory surgery in 6 European countries. ambulatory surgery 2013; 19. 4: 116–20., nach BAO

-> Insgesamt ca. 400 mögliche ambulante Operationen

Zahl der ambulanten Operationen im Krankenhaus wächst kaum mehr

Wachstum ambulante Operationen (nur GKV) im Krankenhaus

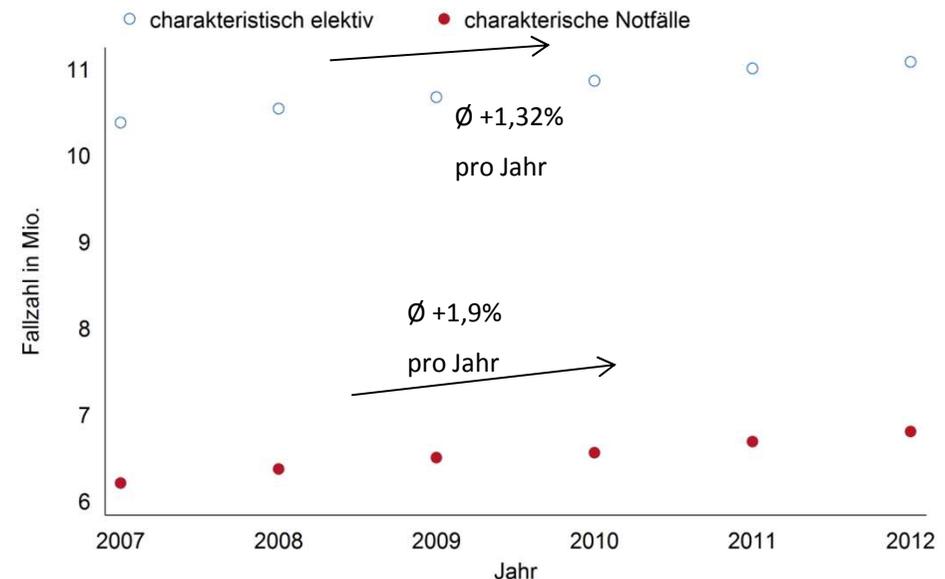


Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Ambulante Operationen im Krankenhaus bei Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung, Leistungsfälle (Anzahl). 2015.

-> ambulant außerhalb Krankenhaus ca. 4 Mio. Operationen

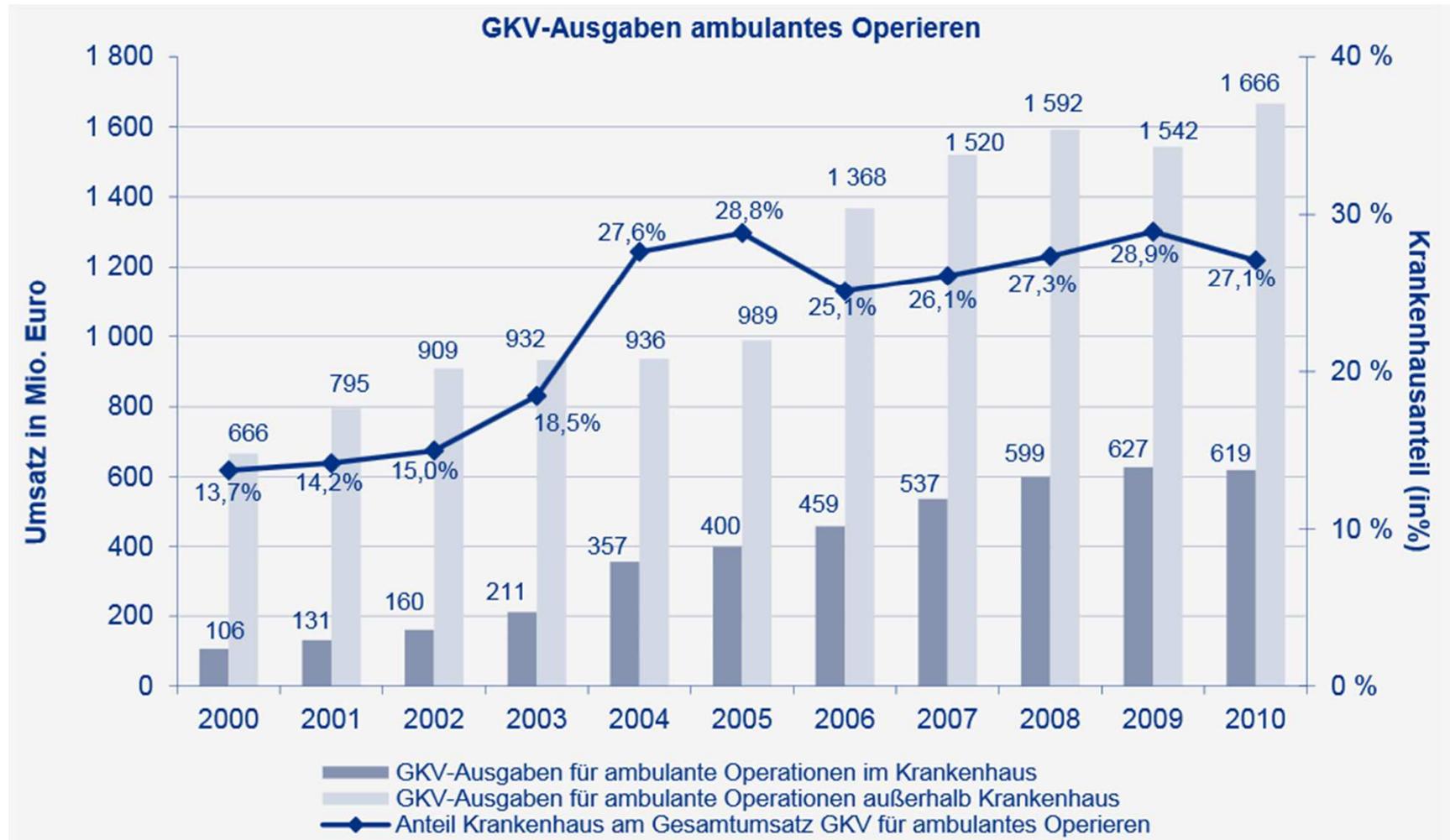
Quelle: SVR (2012), nach Klose und Preuß (2006)

Wachstum stationäre Notfälle und elektive Fälle (GKV und PKV)



Quelle: Schreyögg J, Bäuml M, Krämer J, et. al. (2014) Endbericht zum Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung gem. § 17b Abs. 9 KHG. InEK: Siegburg.

GKV-Ausgaben für ambulantes Operieren



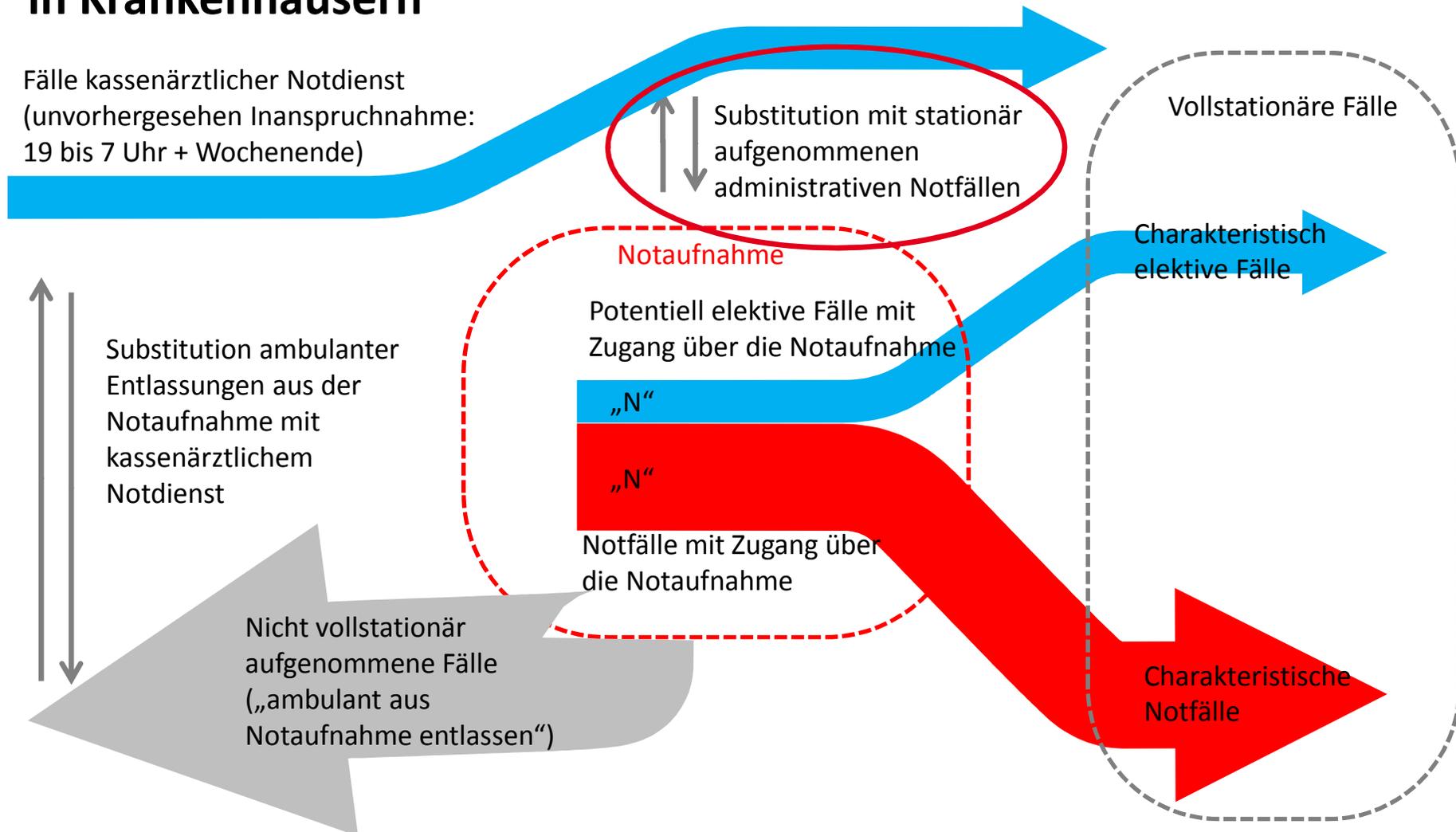
Quelle: SVR (2012) nach BMG 2011, KJ1-Statistiken, Konten 401 und 462

Formen der Ambulantisierung: Derzeitiger Stand und Potenzial

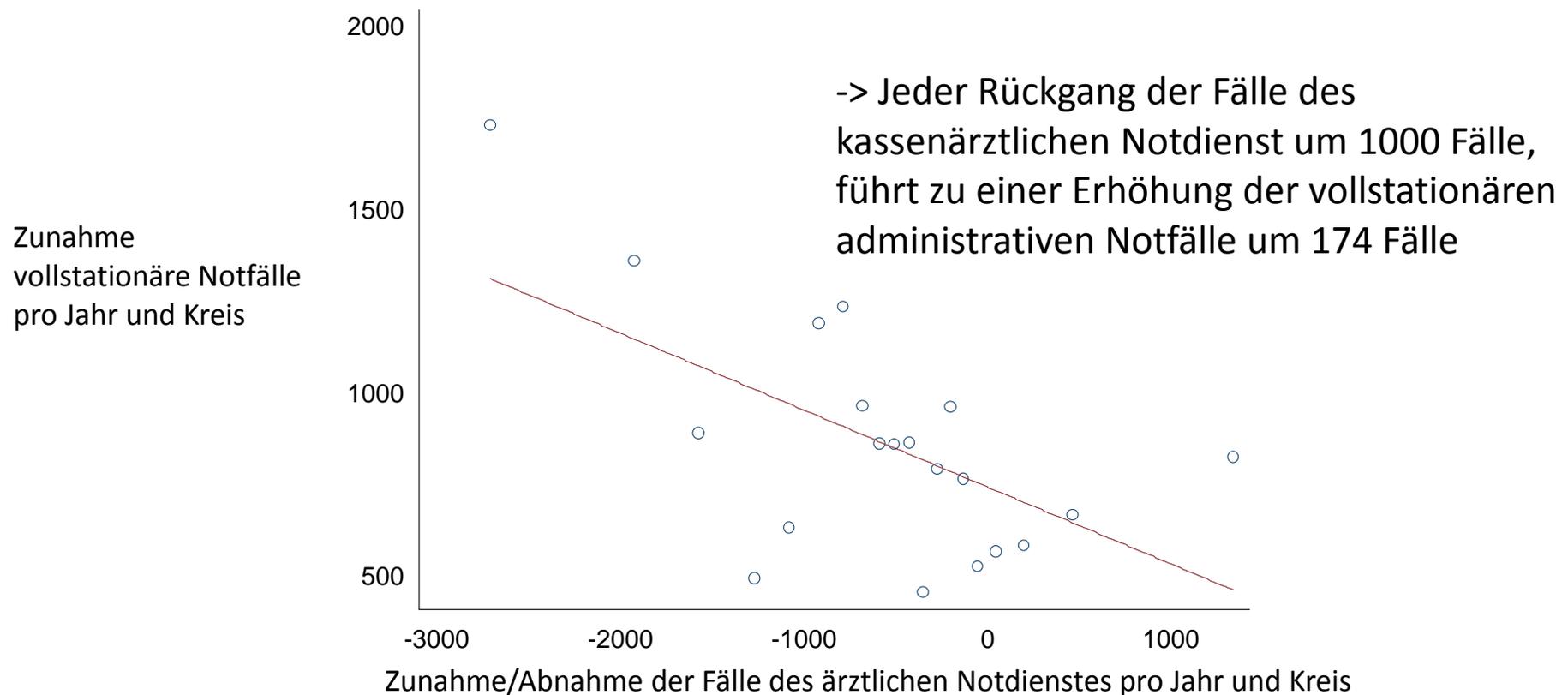
1. Substitution von terminierbaren therapeutischen und diagnostischen Interventionen
2. Substitution von Fällen des ärztlichen Notdienstes (Ärztlicher Bereitschaftsdienst) und Notfällen in Krankenhäusern
3. Vermeidung von stationären (Not)fällen durch Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen ambulanten Versorgung

Substitution von Notfällen des ärztlichen Notdienstes und Notfällen in Krankenhäusern

Fälle kassenärztlicher Notdienst
 (unvorhergesehen Inanspruchnahme:
 19 bis 7 Uhr + Wochenende)



Substitution ärztlicher Notdienst mit vollstationären Notfällen auf Jahres- und Kreisebene (Binscatter – 2009-2011)



- > Förderung und Reorganisation des ärztlichen Bereitschaftsdienstes, z.B. Rheinland-Pfalz mit Bereitschaftsdienstzentren und Umlage
- > Integration des ärztlichen Notdienstes in Notruf

Quelle: Eigene Berechnungen.

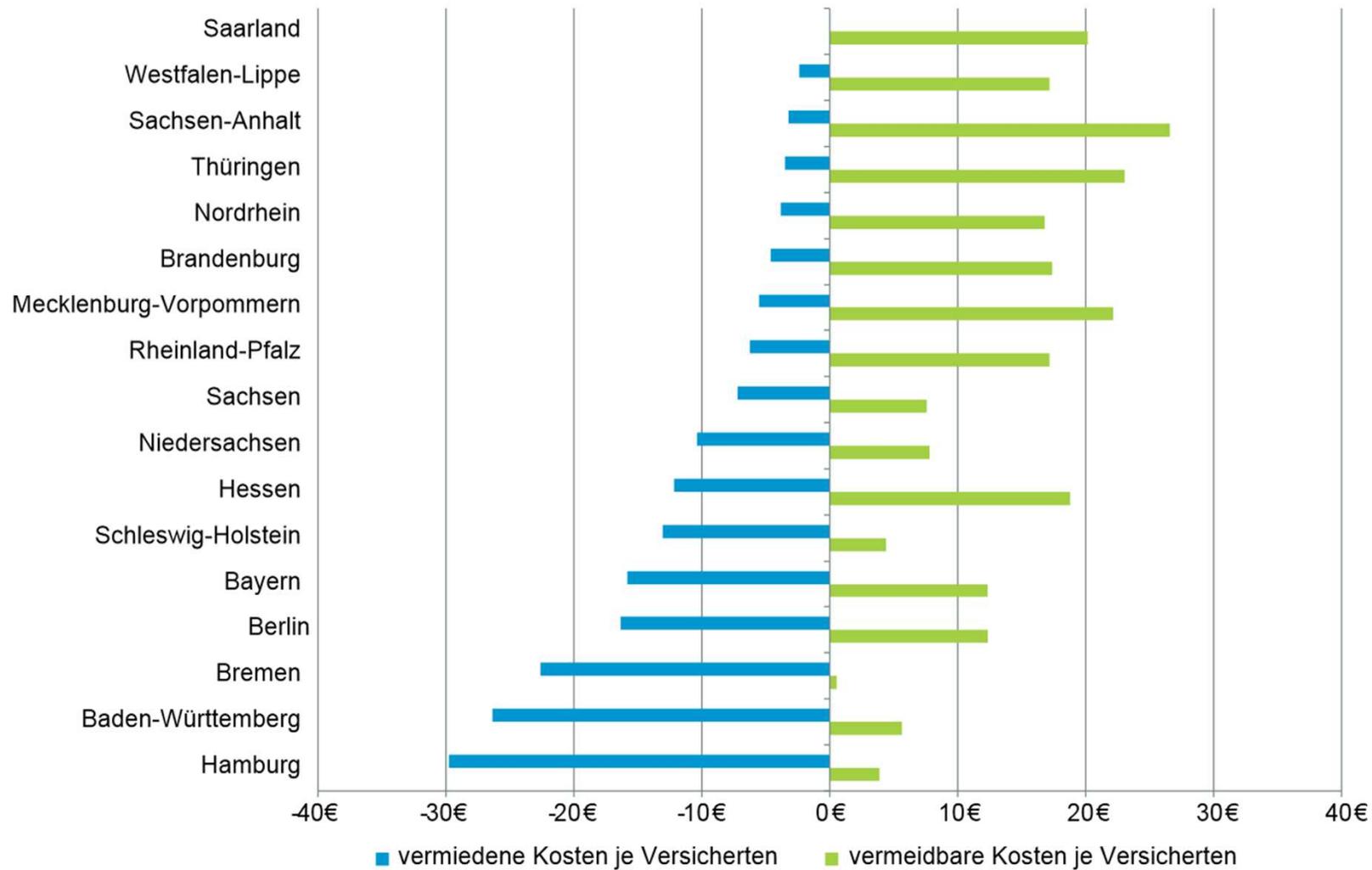
Formen der Ambulantisierung: Derzeitiger Stand und Potenzial

1. Substitution von terminierbaren therapeutischen und diagnostischen Interventionen
2. Substitution von Fällen des ärztlichen Notdienstes (Ärztlicher Bereitschaftsdienst) und Notfällen in Krankenhäusern
3. Vermeidung von stationären (Not)fällen durch Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen ambulanten Versorgung

Studien zeigen Potenzial vertragsärztlicher Versorgung zur Vermeidung stationärer Fälle

- Internationale und nationale Literatur findet substitutive Beziehung zwischen vertragsärztlicher und stationärer Versorgung
- Vor allem bei so genannten ambulant-sensitiven Krankenhausfällen (ASK), d.h. z.B. chronische Herzinsuffizienz und Diabetes mellitus
- Wird in England für verschiedene Indikationsgebiete seit mehreren Jahren als Qualitätsindikator für ambulante Versorgung publiziert
- Auch für Deutschland zeigen erste Studien für ASK Indikationen, dass
 - höhere Arztdichte wahrscheinlich die stationären Einweisungen reduziert (Burgdorf & Sundmacher, 2014; Czihal et al., 2014; von Stillfried & Czihal, 2015)
 - zusätzlich erbrachte EBM Punkte stationäre Einweisungen reduzieren (Sundmacher & Kopetsch, 2015)

Realisierte und potenzielle Einsparungen in Bezug auf ASK



Quelle: Von Stillfried & Czihal, 2015, nach IGES, 2014

Weiterentwicklung der Forschung zu ASK

- Insgesamt vielversprechende Studien und großes Potenzial in diesem jungen Forschungsbereich
- Herausforderungen:
 - Aggregationsniveau der Daten (bisher Kreisebene)
 - Messung von Morbidität
 - Implikationen, d.h. wie muss vertragsärztliche Versorgung genau gestaltet sein, um Krankenhauseinweisungen zu vermeiden
- Implikationen aus ASK Studien, Beispiel England:
 - „.....tackling variations in care and spreading existing good practice.“ (King’s Fund)
 - D.h. Verbesserung des Zugangs zu amb. Versorgung und Verbesserung der Prozessqualität in bestimmten Regionen
 - In England sogar Nutzung von ASK als qualitätsorientierte Vergütung für Hausärzte

Fazit

- Wissenschaftliche Untersuchungen zum Substitutionspotenzial stationärer Fälle mit kurzer Verweildauer dringend erforderlich
- Angleichung der Vergütung zwischen ambulantem und stationärem Sektor – Überwindung von Fehlanreizen (siehe auch SVR 2012)
- Einführung integrierter sektorübergreifender Notrufzentralen, die dann verteilen (SVR 2014)
- P4P im ambulanten Sektor -> Kopplung der Vergütung an Qualitätsindikatoren, z.B. vermiedene Einweisungen
- Indikationsqualität muss bei steigenden ambulanten OPs ähnlich wie im stationären Bereich gemessen und hinterfragt werden



Kontakt

Prof. Dr. Jonas Schreyögg
Hamburg Center for Health Economics
Universität Hamburg
Esplanade 36 · 20354 Hamburg

Tel: +49 40 428 38 - 8041

Fax: +49 40 428 38 - 8043

jonas.schreyoegg@uni-hamburg.de
www.hche.de

hche | Hamburg Center
for Health Economics

