

**AGENON**

Gesellschaft für Unternehmensentwicklung  
im Gesundheitswesen mbH

# **Verlagerung von Leistungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor**

**Verfahren zur Anpassung des Behandlungsbedarfs  
nach § 87a Abs. 4 Nr. 3 SGB V**

Wilhelm F. Schröder, Stephanie Sehlen

Berlin 2009

**AGENON**

Gesellschaft für Unternehmensentwicklung im Gesundheitswesen mbH  
Friedrichstr. 94 10117 Berlin Tel. 030-921.045-70 [agenon@agenon.de](mailto:agenon@agenon.de)

AGENON-Papier Nr. 09-07

Bearbeiter: Wilhelm F. Schröder, Dr. Stephanie Sehlen

Mitarbeit: Dr. Robert Paquet

## Ziel der Untersuchung

Mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde die Vergütung der vertragsärztlichen Versorgung in wesentlichen Punkten neu gestaltet. Dabei wurden insbesondere auch die Regelungen zur Berücksichtigung von Veränderungen des Behandlungsbedarfs in aufeinander folgenden Jahren präzisiert bzw. neugefasst. Erstmals werden auch explizit Veränderungen des Behandlungsbedarfs genannt, die aus der Verlagerung von vertragsärztlichen Leistungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor resultieren.

§ 87a Abs. 4 Nr.3 SGB V

**Bei der Anpassung des Behandlungsbedarfs (nach Abs. 3 S. 2) sind insbesondere Veränderungen**

1. der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten,
2. Art und Umfang der ärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs der Krankenkassen oder auf Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135 Abs. 1 beruhen,
- 3. des Umfangs der vertragsärztlichen Leistungen aufgrund von Verlagerungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor und**
4. des Umfangs der vertragsärztlichen Leistungen auf Grund der Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven bei der vertragsärztlichen Leistungserbringung

**nach Maßgabe des vom Bewertungsausschuss beschlossenen Verfahrens nach Abs. 5 zu berücksichtigen.**

In der vorliegenden Expertise soll nun dargestellt werden, wie bei der Anpassung des Behandlungsbedarfs die Veränderungen des Umfangs der vertragsärztlichen Leistungen aufgrund von Verlagerungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor im Verfahren nach Abs. 4 berücksichtigt werden können.

Im Kern dieser Untersuchung werden daher die folgenden sieben Fragen behandelt:

1. Wie können „Verlagerungen“ zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor“ definiert werden?
2. Welche Typen von „Verlagerungen“ können unterschieden werden?
3. Welche dieser „Verlagerungen“ müssen nach dem Grundsatz „die Vergütung folgt der Leistung“ gem. § 87a Abs. 4 Nr. 3 berücksichtigt werden?
4. Welche der zu berücksichtigenden „Verlagerungen“ werden bereits in anderen Verfahren zur Berücksichtigung von Veränderungen gegenüber dem Vorjahr behandelt?
5. Welche „Verlagerungen“ verbleiben als Gegenstand des Verfahrens nach § 87a Abs. 4 Nr. 3 SGB V?
6. Wie können die zu berücksichtigenden „Verlagerungen“ empirisch dargestellt werden?
7. Wie können diese „Verlagerungen“ in dem vom Bewertungsausschuss beschlossenen Verfahren nach § 87a Abs. 4 Nr. 3 SGB V berücksichtigt werden?

## Zusammenfassung

Der Bewertungsausschuss hat nach Rechtslage bis zum 30.06.2009 erstmalig für das Jahr 2010 ein Verfahren zur Anpassung des Behandlungsbedarfs zu beschließen. Bei der Anpassung des Behandlungsbedarfs ist u.a. die Veränderung „des Umfangs der vertragsärztlichen Leistungen aufgrund von Verlagerungen von Leistungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor“ zu berücksichtigen (§ 87a Abs. 4 Nr. 3 SGB V).

In der vorliegenden Expertise soll erörtert werden, wie bei der Anpassung des Behandlungsbedarfs die Veränderungen des Umfangs der vertragsärztlichen Leistungen aufgrund von Verlagerungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor im Verfahren nach Abs. 4 berücksichtigt werden können.

1.

Nach dem Kontext der Vorschrift (§ 87a Abs. 4 Nr. 3 SGB V) geht es um die Verlagerung von Leistungen in die oder aus der *Vergütungssphäre* der Kassenärztlichen Vereinigungen. Unter Verlagerung zwischen dem ambulanten und stationären Sektor im Sinne des § 87a Abs. 4 SGB V wird verstanden, dass Leistungen, die **vor** der „Verlagerung“ außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung vergütet wurden, nach der Verlagerung Gegenstand dieser Vergütung geworden sind und vice versa.

In diesem Sinne sind die Verlagerungen zwischen dem stationären und ambulanten Bereich des Krankenhauses, insbesondere die Verlegung in den Bereich der vor- und nachstationären Behandlung nach § 115a SGB V, die Verlegung von Operationen nach § 115b und die Durchführung von hochspezialisierten Leistungen nach § 116b Abs.2 keine Verlagerungen.

Dasselbe gilt für die Leistungen, die vormals von ermächtigten Krankenhausärzten (nach § 116 SGB V) und nun von Vertragsärzten erbracht werden (und umgekehrt), weil diese Leistungen sowohl vor als auch nach ihrer Verlagerung Gegenstand der vertragsärztlichen Vergütung sind.

Im Kontext des § 87a Abs. 4 geht es um die Anpassung des Behandlungsbedarfs für ein Folgejahr auf der Grundlage des Behandlungsbedarfs des Vorjahres, also um die Veränderung zwischen zwei aufeinanderfolgenden Jahren. Veränderungen vergangener Zeiträume, z.B. die mit der Einführung des DRG-Systems in früheren Jahren bereits erfolgten Verlagerungen, können hier nicht mehr berücksichtigt werden.

2.

Nach dieser Abgrenzung lassen sich drei Typen von Verlagerungen unterscheiden, die für eine Regelung nach § 87a Abs.4 Nr.3 relevant sind:

(a). Die partielle Verlagerung der vollstationären Behandlung im Krankenhaus in den Bereich der vertragsärztlichen Vergütung: Obwohl ein stationärer Aufenthalt nach wie vor stattfindet, werden einzelne Leistungen, die im engen Zusammenhang mit der stationären Behandlung stehen und ursprünglich im Rahmen der stationären Behandlung im Krankenhaus erbracht worden sind, nun im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung erbracht. Dies betrifft Teile der prä- und poststationären Leistungen, z.B. präoperative Diagnostik, Wundkontrolle nach stationärer Operation. Zu diesem Typ gehören auch die Leistungen, die vorher von angestellten Ärzten des Krankenhauses und später von Belegärzten (§ 121 SGB V) durchgeführt werden und umgekehrt.

(b) Die vollständige Verlagerung der vollstationären Behandlung im Krankenhaus in den Bereich der vertragsärztlichen Vergütung: Mit dem quantitativen und qualitativen Wachstum des spezialfachärztlichen Versorgungsangebots können immer mehr Behandlungen, die früher in der stationären Versorgungsform stattfanden, nunmehr vollständig in der ambulanten Versorgungsform durchgeführt werden. Dies betrifft sowohl diagnostische Leistungen (z.B. MRT) wie auch therapeutische Leistungen (z.B. Chemotherapie, Operationen nach § 115b) und schließlich die Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen nach § 116b SGB V.

(c) Verlagerung ambulanter Leistungen des Krankenhauses in den vertragsärztlichen Bereich und umgekehrt: In drei Feldern der ambulanten Versorgung sind sowohl die stationären Einrichtungen (Krankenhäuser) wie auch die ambulanten Einrichtungen (Praxen, MVZ's) berechtigt, Leistungen für die ambulante Behandlung von Patienten abzurechnen: die prä- und poststationäre Behandlung von Patienten (i.S.v. § 115a SGB V), ambulante Operationen und andere stationsersetzende Maßnahmen (i.S.v. § 115b SGB V) und schließlich die ambulante Behandlung mit hochspezialisierten Leistungen und die Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen (i.S.v. 116b Abs. 2 SGB V). In all diesen Fällen ist die Vergütung der ambulanten Einrichtungen Teil der vertragsärztlichen Vergütung, während die Vergütung der ambulanten Leistungen des Krankenhauses außerhalb liegt.

### 3.

Von den Verlagerungen müssen i.S.v. § 87a Abs.4 Nr.3 SGB V nur solche Verlagerungen berücksichtigt werden, die Leistungen betreffen, die Bestandteil der Mengengrenzung der vertragsärztlichen Vergütung sind. Dies sind die Leistungen der morbiditätsbedingten *Gesamtvergütung*. Wegen der hier gegebenen Mengengrenzung kann die Vergütung nicht unmittelbar der Leistungsverlagerung folgen, weshalb eine explizite Anpassung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vorgenommen werden muss. Im Falle extrabudgetärer Leistungen werden dagegen Mengänderungen (sowohl Erhöhungen als auch Verringerungen) 1:1 zum regionalen Punktwert vergütet, d.h. die Vergütung folgt unmittelbar der Leistungsverlagerung.

Zu den extrabudgetären Leistungen hat der Erweiterte Bewertungsausschuss in seinem Beschluss über das Verfahren zur Ermittlung des vereinbarten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2009 Präzisierungen vorgenommen. Extrabudgetär sind danach belegärztliche Leistungen, ambulante Operationen einschließlich der entsprechenden Begleitleistungen nach Kap. 31 EBM, Früherkennungs- und Vorsorgeleistungen sowie weitere (besondere) Verfahren (z.B. Strahlentherapie, Reproduktionsmedizin).

Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird von den Vertragspartnern auf regionaler Ebene vereinbart. Die Vertragspartner können regeln, dass vertragsärztliche Leistungen außerhalb der Gesamtvergütung mit Preisen der Euro-Gebührenordnung honoriert werden, mithin extrabudgetär gestellt werden. Das führt dazu, dass die morbiditätsbezogene Gesamtvergütung, also der Bereich, der der Mengensteuerung unterliegt, unterschiedlich abgegrenzt ist. So ist z. B. die ambulante Chemotherapie in einzelnen Regionen außerbudgetär gestellt.

Weitere regionale Besonderheiten resultieren daraus, dass die Vertragspartner regionale Vereinbarungen zu vom EBM abweichenden Versorgungs- und Vergütungsstrukturen schließen können, die ebenfalls nicht Gegenstand der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind. Das gilt auch für die in Einzelverträgen vereinbarten Leistungen, die einzelne Kassen mit Vertragsärzten schließen können.

#### 4.

Mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz und der Einführung des neuen Vergütungssystems wurde für die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung eine Separierung in Punktwert und Behandlungsbedarf vorgenommen. Beide Elemente werden künftig nach bestimmten Kriterien separat entwickelt. Das im Vergleich zu den alten Regelungen wichtige neue Kriterium ist die Anpassung des Behandlungsbedarfs entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten.

Geprüft wurde, in wieweit bereits mit anderen Fortschreibungsverfahren der Elemente der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (jenseits des Verfahrens nach § 87a Abs. 4 Nr. 3 SGB V) Veränderungen der vertragsärztlichen Versorgung infolge intersektoraler Verlagerungen berücksichtigt werden. Bewertet wurde, welche Verfahren geeignet sind.

Je nach Typ der Verlagerung (partiell oder vollständig) kann die Veränderung über verschiedene Verfahren abgebildet werden: Partielle Verlagerungen vollstationärer Behandlung in den vertragsärztlichen Bereich können durch die Anpassung der EBM-Bewertungen (Punktzahlen), gekoppelt mit einer entsprechenden Anpassung des Behandlungsbedarfs abgebildet werden. Vollständige Verlagerungen von vollstationärer Behandlung in den vertragsärztlichen Bereich werden auch über die Formulierung neuer EBM-Positionen erfasst. Eine mit der Verlagerung einhergehende Veränderung in der im ambulanten Bereich erfassten Morbidität kann über das Verfahren der morbiditätsbedingten Fortschreibung des Behandlungsbedarfs berücksichtigt werden. Hierüber können auch Verlagerungen von ambulanten Behandlungen durch das Krankenhaus in den vertrags-

ärztlichen Bereich und umgekehrt abgebildet werden, so weit sie zu einer Veränderung der im ambulanten Bereich dokumentierten Morbidität führen.

5.

Als Gegenstand des Verfahrens nach § 87a Abs.4 Nr.3 verbleiben solche Verlagerungen, die nicht oder nicht vollständig über die alternativen Verfahren zur Anpassung des Behandlungsbedarfs abgebildet werden. Für solche Verlagerungen ist der Umfang der Verlagerung empirisch abzuschätzen. Entsprechend ist der vereinbarte Behandlungsbedarf gem. § 87a Abs.4 Nr.3 SGB V anzupassen.

Aufgrund der Heterogenität der dargestellten Verlagerungstatbestände kann keine allgemeine Aussage dazu gemacht werden, ob Verlagerungen im Rahmen anderer Regelungen zur Veränderung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs führen. Dies muss in jedem konkreten Einzelfall einer Verlagerung geprüft werden. Dies gilt umso mehr, als sich die Leistungsfähigkeit der alternativen Anpassungsverfahren fortentwickeln wird. Eine Reihe von Verfahren nach §§ 87, 87a SGB V werden vom Bewertungsausschuss für das Jahr 2011 (wiederum) neu beschlossen.

6.

Empirische Untersuchungen zu „Verlagerungen“, wie sie oben abgegrenzt worden sind, liegen bisher nicht vor.

Die empirische Feststellung von Mengenänderungen, die auf Verlagerungen zurückzuführen sind, stößt auf erhebliche Schwierigkeiten. Zu werten sind dabei nur solche Leistungsmengen, die im aktuellen Jahr, anders als im Jahr davor, im Leistungsbedarf der morbiditätsbezogenen Gesamtvergütung enthalten sind, und umgekehrt. Ein solcher Nachweis ist empirisch nur sehr schwer zu erbringen: Es müsste ermittelt werden, wie viele Leistungen im anderen Leistungsbereich nicht mehr erbracht werden. Dazu wären Ereignisse zu zählen, die nicht stattgefunden haben. Weil dieser direkte Weg praktisch ausgeschlossen ist, muss ein indirekter Weg beschritten werden, indem über die Analyse von Mengenänderungen auf eine Substitution geschlossen wird. In diesem Fall müssen jedoch die anderen Einflüsse auf die Mengenentwicklung identifiziert und herausgerechnet werden.

Verlagerungen lassen sich nicht „allgemein“ feststellen und quantifizieren. Wegen der großen Heterogenität der Verlagerungstatbestände, des unterschiedlichen Grades der Ausdeckelung und der unterschiedlichen Berücksichtigung in anderen Regelungen zur Berücksichtigung von Veränderungen müssen die empirischen Analysen auf die einzelnen Verlagerungstatbestände zugeschnitten werden. Die Methodik zur Quantifizierung kann jeweils sehr unterschiedlich sein (z.B. partielle Verlagerung vs. vollständige Verlagerung).

7.

Folgende Vorgehensweise wird für die Umsetzung von § 87a Abs.4 Nr.3 SGB V vorgeschlagen:

Der Bewertungsausschuss überprüft auf Antrag mindestens eines Mitglieds Verlagerungstatbestände, die den vertragsärztlichen Bereich der Gesamtvergütung betreffen und gibt eine Empfehlung über die Anpassung des Behandlungsbedarfs.

Im Antrag muss der Verlagerungstatbestand nach der „Art“ (EBM-Positionen, Gebührenordnungspositionen des stationären Sektors) sachlich klar abgegrenzt werden.

Im Einzelnen sind die Verfahrensschritte wie folgt:

- (1) Der Bewertungsausschuss prüft,
  - (a) ob der gemeinsame Bundesausschuss nach § 7 seiner Verfahrensordnung eine sektorspezifische Bewertung zur Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen durchgeführt hat,
  - (b) ob der Verlagerungstatbestand die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung betrifft und
  - (c) ob die daraus resultierenden Veränderungen bereits in einem anderen Bereich des Verfahrens zur Bestimmung der vertragsärztlichen Vergütung berücksichtigt werden.
- (2) Sofern die betreffenden Leistungspositionen Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind, ermittelt der Bewertungsausschuss für die Anpassung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung die Veränderung des Behandlungsbedarfs.
- (3) Auf Basis der empirischen Ergebnisse gibt der Bewertungsausschuss an die regionalen Vertragspartner eine Empfehlung zur Anpassung des Behandlungsbedarfs gem. § 87a Abs.4 Nr.3 SGB V unter Beachtung von § 71 SGB V.
- (4) Die regionalen Vertragspartner können von der Bundesempfehlung abweichen, um regionale Besonderheiten in der Versorgungsstruktur zu berücksichtigen.

Das Verfahren muss außerdem Fragen der Datengrundlage und die Berechnungsmethodik regeln.

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Wie können Verlagerungen zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor definiert werden? .....</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>Welche Typen von Verlagerungen können unterschieden werden?.....</b>	<b>15</b>
2.1	Partielle Verlagerung der vollstationären Behandlung im Krankenhaus in den Bereich der vertragsärztlichen Vergütung.....	15
2.2	Vollständige Verlagerung der vollstationären Behandlung im Krankenhaus in den Bereich der vertragsärztlichen Vergütung.....	16
2.3	Verlagerung ambulanter Behandlungen des Krankenhauses in den vertragsärztlichen Bereich und umgekehrt .....	18
<b>3</b>	<b>Welche dieser Verlagerungen müssen nach dem Grundsatz „die Vergütung folgt der Leistung“ gem. § 87a Abs. 4 Nr. 3 berücksichtigt werden?.....</b>	<b>20</b>
3.1	Berücksichtigung von Leistungen, die Gegenstand der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind .....	20
3.2	Keine Berücksichtigung belegärztlicher Leistungen .....	21
3.3	Keine Berücksichtigung ambulanter Operationen.....	21
3.4	Keine Berücksichtigung von Früherkennungs- und Vorsorgeleistungen.....	22
3.5	Keine Berücksichtigung von weiteren (besonderen) Verfahren.....	23
3.6	Teilweise keine Berücksichtigung von Leistungen nach § 116b Abs. 2 .....	23
3.7	Keine Berücksichtigung bei besonderen regionalen Vereinbarungen .....	24
3.8	Keine Berücksichtigung von Leistungen, die im Rahmen von Einzelverträgen erbracht werden.....	25
<b>4</b>	<b>Welche der zu berücksichtigenden Verlagerungen werden bereits in anderen Verfahren zur Berücksichtigung von Veränderungen gegenüber dem Vorjahr behandelt? .....</b>	<b>27</b>
4.1	Berücksichtigung bei der Weiterentwicklung des EBM.....	29
4.2	Berücksichtigung bei der Bestimmung des Orientierungswertes .....	31
4.3	Berücksichtigung bei der Fortschreibung des Behandlungsbedarfs entsprechend der Morbiditätsstruktur und Berücksichtigung beim nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs.....	32

4.4	Berücksichtigung bei der Fortschreibung des Behandlungsbedarfs entsprechend den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses .....	39
4.5	Zusammenfassung: Berücksichtigung von Verlagerungen durch andere Verfahren gem. §§ 87, 87a SGB V .....	41
<b>5</b>	<b>Welche Verlagerungen verbleiben als Gegenstand des Verfahrens nach § 87a Abs. 4 Nr. 3 ?.....</b>	<b>43</b>
<b>6</b>	<b>Wie können die zu berücksichtigenden Verlagerungen empirisch dargestellt werden?.....</b>	<b>45</b>
6.1	Vorliegende Empirie zu Verlagerungen .....	45
6.2	Möglichkeiten der empirischen Feststellung von Verlagerungen .....	46
<b>7</b>	<b>Wie können diese Verlagerungen in dem vom Bewertungsausschuss beschlossenen Verfahren nach § 87a Abs. 4 Nr. 3 SGB V berücksichtigt werden?.....</b>	<b>49</b>
	<b>Literatur .....</b>	<b>52</b>

## 1 Wie können Verlagerungen zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor definiert werden?

Im allgemeinen Sprachgebrauch werden die Begriffe „Sektor“ bzw. „sektorale Trennung“ in zwei Bedeutungen verwendet. Zum einen geht es um den *Einrichtungstyp des Leistungsanbieters*: Freiberuflich tätige Ärzte bieten Leistungen des ambulanten Sektors, Krankenhäuser Leistungen des stationären Sektors an. Zum anderen geht es um die *Versorgungsform*: Eine stationäre Behandlung ist mit der Unterbringung des Patienten im Krankenhaus verbunden, bei ambulanter ärztlicher Behandlung erfolgt diese nicht.<sup>1</sup>

Die „Verlagerung zwischen Sektoren“ meint im Kontext von § 87a Abs. 4 Nr. 3 SGB V weder die Unterscheidung nach dem Einrichtungstyp, noch die Unterscheidung nach der Versorgungsform. So bieten Krankenhäuser auch ambulante Leistungen an (vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115a SGB V, ambulante Operationen nach § 115b SGB V, ambulante Behandlung mit hochspezialisierten Leistungen und Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen nach § 116b Abs. 2 SGB V), die aber *nicht* Teil der vertragsärztlichen Versorgung sind. Diese Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Eine Ausnahme hiervon sind die ambulanten Leistungen im Krankenhaus, die von Krankenhausärzten erbracht werden, die zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt sind (§ 116 SGB V). Diese sind Gegenstand der vertragsärztlichen Vergütung. Umgekehrt bieten auch Vertragsärzte als Belegärzte stationäre Leistungen an, die *dennoch* Teil der vertragsärztlichen Versorgung sind (vgl. Übersicht 1).<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Eine Sonderform ist die teilstationäre Behandlung, bei der der Patient für die tagesklinische Behandlung wie ein stationärer Fall betrachtet, aber über Nacht aus dem Krankenhaus entlassen wird.

<sup>2</sup> Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) hat zu einer Änderung in § 20 Abs. 2 der Zulassungsverordnung für Ärzte (Ärzte-ZV) geführt, die es Krankenhäusern nunmehr ermöglicht, Vertragsärzte als Honorarärzte/ Konsiliarärzte zu beschäftigen. Anders als Belegabteilungen und Belegkliniken erhalten die Hauptabteilungen eine Vergütung für die gesamte Krankenhausleistung inklusive Arztkosten, aus der sie den Honorararzt vergüten. Stationäre Leistungen durch Vertragsärzte als Honorarärzte sind also - anderes als belegärztliche Leistungen - dem „stationären“ Sektor zuzuordnen.

Übersicht 1: Vertragsärztliche Leistungen im ambulanten und stationären Sektor<sup>3</sup>

		Ambulante Einrichtungen Praxen und MVZs (Vertragsärzte)	Stationäre Einrichtungen Krankenhäuser (Krankenhausärzte)
		Vertragsärztliche Vergütung für <b>vertragsärztliche Leistungen</b> in der vertragsärztlichen Versorgung	
		Vergütung der KHer (ohne vertragsärztliche Vergütung)	
Ambulante Versorgung-form	Vertragsärztliche Leistungen (§ 73)	Leistungen durch ermächtigte KH-Ärzte (§ 116)	Vor- und nachstationäre Leistungen (§ 115a)
	darunter prä- und poststationäre Behandlung		Ambulante Operationen (§ 115b)
	darunter Operationen aus dem AOP-Katalog		Hochspezialisierte Leistungen (§ 116b)
	darunter hochspezialisierte Leistungen		
Stationäre Versorgung-form  (mit UB des Pat. über Nacht)			Vollstationäre Leistungen mit angestellt. und Honorarärzten
	Belegärztliche Leistungen (§ 121)		Vollstationäre Leistungen mit Belegärzten
			Teilstat. Leistungen

Quelle: agenon berlin

Nach dem Kontext der Vorschrift geht es bei § 87a Abs. 4 Nr. 3 SGB V um die Verlagerung von Leistungen in die oder aus der *Vergütungssphäre der Kassenärztlichen Vereinigungen*. Im folgenden wird davon ausgegangen, dass unter Verlagerung zwischen dem ambulanten und stationären Sektor im Sinne des § 87a Abs. 4 SGB V verstanden wird, dass Leistungen, die **vor** der „Verlagerung“ außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung vergütet wurden, **nach** der Verlagerung zum Gegenstand der vertragsärztlichen **Vergütung** geworden sind und vice versa. (Ob es sich dabei um eine Verlagerung zwischen dem ambulanten und stationären Sektor – welcher Definition auch immer folgend – handelt, ist jedoch nicht erheblich).

Dabei wird selbstverständlich davon ausgegangen, dass nur solche Verlagerungen betrachtet werden, die Leistungen betreffen, die nach Überprüfung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss einen diagnostischen und therapeutischen Nutzen aufweisen sowie medizinisch notwendig und wirtschaftlich sind (§ 135 Abs. 1 SGB V).<sup>4</sup>

<sup>3</sup> Zur Vereinfachung sind in der Übersicht die ambulanten Leistungen nicht aufgeführt, die durch Hochschulambulanzen, psychiatrische Institutsambulanzen und sozialpädiatrische Zentren erbracht werden. Diese Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet, d.h. in diesen Fällen ist die vertragsärztliche Vergütung nicht betroffen.

<sup>4</sup> Die Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses sieht vor, dass von ihm auch sektorspezifische Bewertungen zur Notwendigkeit und zur Wirt-

Gegenstand der vertragsärztlichen Vergütung sind unter anderem auch ambulant von Vertragsärzten durchgeführte Operationen, hochspezialisierte fachärztliche Leistungen und prä- und poststationäre Behandlung, die durch Vertragsärzte erbracht werden. Diese Leistungen können vom Grundsatz her alternativ auch vom Krankenhaus im Rahmen einer vollstationären Behandlung oder ambulant erbracht werden.

Das Ersetzen stationär durchgeführter Operationen durch im Krankenhaus durchgeführte ambulante Operationen (gem. § 115b SGB V) oder das Ersetzen voll- oder teilstationärer konservativer (nicht-invasiver) Leistungen durch ambulant im Krankenhaus durchgeführte hochspezialisierte Leistungen (gem. § 116b Abs. 2 SGB V) sind irrelevant für die vertragsärztliche Gesamtvergütung. Dasselbe gilt für die partielle Substitution von vollstationären Leistungen durch ambulant im Krankenhaus durchgeführte prä- und poststationäre Behandlung im Rahmen von § 115a SGB V.

Leistungen, die vormals von ermächtigten Krankenhausärzten (nach § 116 SGB V) und nun von Vertrags(fach)ärzten erbracht werden (und umgekehrt) sind sowohl vor als auch nach der Verlagerung Gegenstand der vertragsärztlichen Vergütung. Diese Leistungsverschiebung erfolgt also ausschließlich innerhalb des „ambulanten“ Sektors und berechtigt damit nicht zu einer Anpassung der vertragsärztlichen Vergütung. Die innersektorale Umverteilung erfordert ggf. eine Anpassung der arztbezogenen Regelleistungsvolumina, was aber hier nicht beschrieben werden soll.

In § 87a Abs. 4 ist formuliert, dass Veränderungen aufgrund von Verlagerungen berücksichtigt werden sollen. Es ist offen gelassen, **was** verlagert wird. Man kann allerdings davon ausgehen, dass die Verlagerung der medizinischen Versorgung von Patienten gemeint ist und die mit der Versorgung dieser Patienten verbundenen medizinischen Leistungen berücksichtigt werden sollen. Am Beispiel der Verlagerung von Operationen, die nach § 115b im Katalog der stationärsetzenden Leistungen aufgeführt sind, lässt sich zeigen, dass die Definition der Leistungen für die Behandlung im Krankenhaus und die Definition der Leistungen für die Vergütung in der ambulanten Versorgung nicht 1:1 übertragen wird, sondern dass spezifische Leistungsbeschreibungen und Vergütungskonzepte formuliert worden sind, je nachdem ob vom Krankenhaus die Behandlung vollstationär *oder* ambulant durchgeführt wird.

Anders ist die Lage bei den ambulanten hochspezialisierten Leistungen, die von Krankenhäusern nach § 116b erbracht und entsprechend der Leistungsbeschreibung im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgerechnet werden können. Hier ist mit der Verlagerung der Behandlung weitgehend auch eine Verlagerung der entsprechend definierten Leistungen verbunden, weil gesetzlich vorgeschrieben ist, dass die Krankenhäuser die Leistung auf Grundlage des EBM zu bezeichnen haben.

---

schaftlichkeit der zur Bewertung stehenden Leistungen und Behandlungen zu treffen sind (§ 7 Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses).

Im Folgenden wird davon ausgegangen, dass es um die Verlagerung der *medizinischen Behandlung* von Patienten geht, die verbunden ist mit einer Verlagerung von Leistungen, wie sie in der vertragsärztlichen Vergütung definiert sind.

Der Begriff der Verlagerung beinhaltet schließlich auch eine **zeitliche Dimension**. Im Kontext des § 87a Abs. 4 geht es um die Anpassung des Behandlungsbedarfs für ein Folgejahr auf der Grundlage des Behandlungsbedarfs des Vorjahres, also um die Veränderung zwischen zwei aufeinanderfolgenden Jahren. Veränderungen vergangener Zeiträume, z.B. die mit der Einführung des DRG-Systems in früheren Jahren bereits erfolgten Verlagerungen, können hier nicht mehr berücksichtigt werden.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Verlagerungen zwischen den Leistungssektoren wurden schon in der Vergangenheit im Rahmen der Gesamtverträge berücksichtigt. Die regionalen Vertragspartner haben im Rahmen der Vereinbarungen zur Fortschreibung der Gesamtvergütung auch Anpassungen für intersektorale Leistungsverlagerungen vorgenommen. Wie auch heute unterlagen diese Vereinbarungen dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71 SGB V).

## **2 Welche Typen von Verlagerungen können unterschieden werden?**

Im Folgenden werden drei Typen von Verlagerungen unterschieden:

1. Partielle Verlagerung der vollstationären Behandlung im Krankenhaus in den Bereich der vertragsärztlichen Vergütung
2. Vollständige Verlagerung der vollstationären Behandlung im Krankenhaus in den Bereich der vertragsärztlichen Vergütung
3. Verlagerung ambulanter Leistungen des Krankenhauses in den vertragsärztlichen Bereich und umgekehrt

In den folgenden Unterabschnitten wird hierauf detailliert eingegangen:

### **2.1 Partielle Verlagerung der vollstationären Behandlung im Krankenhaus in den Bereich der vertragsärztlichen Vergütung**

Verlagerungen von vollstationärer Behandlung in den Bereich der vertragsärztlichen Vergütung, die nur einen Teil der vollstationären Behandlung betreffen, werden hier als partielle Verlagerungen bezeichnet. Obwohl ein stationärer Aufenthalt nach wie vor stattfindet, werden einzelne Leistungen, die im engen Zusammenhang mit der stationären Behandlung stehen und ursprünglich im Rahmen der stationären Behandlung im Krankenhaus erbracht worden sind, nun im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung erbracht. Dies betrifft Teile der prä- und poststationären Leistungen, z.B. präoperative Diagnostik oder die Wundkontrolle nach stationärer Operation. Zu diesem Typ gehören auch die Leistungen, die vorher von angestellten Ärzten des Krankenhauses und später von Belegärzten (§ 121 SGB V) durchgeführt werden und umgekehrt.

Diese Verlagerungen können u.a. Ergebnis veränderter therapeutischer Zielsetzungen (z.B. der Frühmobilisierung) sowie des medizinisch-technischen Fortschritts (z.B. minimalinvasive Operationen) sein, sodass es zu einer früheren Entlassung der Patienten aus der stationären Behandlungsform kommt. Das führt zu einer Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer im Krankenhaus.

Diese Prozesse sind durch die Einführung des pauschalierten Vergütungssystems forciert worden, das zu einer stärker betriebswirtschaftlich geleiteten Organisation der Behandlungsabläufe in den Krankenhäusern führte. Diese Wirkung begann bereits, als die politischen Entscheidungen

für dieses System gefallen waren. Die Entwicklung ist bis heute nicht abgeschlossen.<sup>6</sup>

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz wurde den Krankenhäusern bereits im Jahr 1993 die Möglichkeit gegeben, prä- und poststationäre Leistungen im Krankenhaus (§ 115a) abzurechnen. Wie oben beschrieben sind diese Leistungen jedoch nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Vergütung, sodass diesbezügliche partielle Leistungsverchiebungen im Krankenhaus nicht Gegenstand dieser Betrachtung sind.

## **2.2 Vollständige Verlagerung der vollstationären Behandlung im Krankenhaus in den Bereich der vertragsärztlichen Vergütung**

Ein anderer Typ von Verlagerung liegt vor, wenn die Behandlung, die bisher in der stationären Versorgungsform erfolgte, nunmehr vollständig in der ambulanten Versorgungsform stattfindet, also die Behandlung nicht mehr an die Notwendigkeit einer Unterbringung über Nacht im Krankenhaus gebunden ist.

Ursächlich für solche Verlagerungen ist im Kern der medizinisch-technische Fortschritt. Mit ihm hat sich das ambulante Versorgungssystem deutlich verändert. So hat sich die Zahl der ambulant tätigen Spezialfachärzte stark erhöht. Im Zeitraum von 1993 bis 2007 stieg die Zahl der Fachärzte von 42.181 auf 60.554, d. h. um 43,6 % an<sup>7</sup>. Die Zahl der Spezialisten, die bis vor wenigen Jahren weitgehend nur im Krankenhaus tätig waren wie Neurochirurgen, Nuklearmediziner, Pathologen, Anästhesisten u.a. nahm besonders stark zu (vgl. SVR-Gesundheit 2009, S. 590). Zugleich hat die Ausstattung der ambulanten Einrichtungen mit medizini-

---

<sup>6</sup> Der Sachverständigenrat Gesundheit weist in seinem Gutachten 2000/2001, Bd. II auf die Gefahr hin, dass die Einführung pauschalierter Vergütungen im Krankenhausbereich zu frühzeitigeren Entlassungen und in der Konsequenz zu einer stärkeren Belastung ambulanter und stationärer Nachsorge- und Pflegeeinrichtungen führe und empfiehlt deshalb als Gegenmaßnahme versorgungsbereichsübergreifende Qualitätssicherungsmaßnahmen und Vergütungsformen (SVR-Gesundheit (2001), S.175). In den folgenden Jahren (zuletzt mit dem GKV-WSG) hat der Gesetzgeber durch eine Vielzahl von Regelungen reagiert: Hierzu gehört die Vorgabe von entsprechenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (vgl. §§ 137, 137a SGB V). Einer ungerechtfertigt frühen Entlassung wirken außerdem die Regelungen zur Grenzverweildauer entgegen (vgl. Antwort der Bundesregierung (2007): „Frühzeitige Krankenhauserntlassungen und Fallpauschalen“, BT-Drucksache 16/6184). Bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer wird die Fallpauschale entsprechend gekürzt. Wird die obere Grenzverweildauer überschritten, erhält das Krankenhaus für jeden weiteren Krankenhaustag des Patienten zusätzlich zur Fallpauschale ein tagesbezogenes Entgelt. Der Umgang mit aus medizinischen und ökonomischen Gründen ungerechtfertigten, u.a. aus Gründen der sektoralen Budgetierung erfolgenden Leistungs- und Kostenverlagerungen ist nicht Gegenstand dieser Untersuchung. Wie oben beschrieben, sind dazu andere Maßnahmen zu ergreifen, die außerhalb unserer Fragestellung liegen.

<sup>7</sup> Dagegen nahm die Zahl der Hausärzte im gleichen Zeitraum von 62.375 auf 58.304, d. h. um 6,5 % ab. (SVR-Gesundheit 2009, S. 586f.)

schen Geräten für diagnostische und therapeutische Prozeduren stark zugenommen. Mit dem quantitativen Wachstum des ambulanten ärztlichen Leistungsangebots ist somit auch ein qualitatives Wachstum insbesondere in den früher weitgehend aufs Krankenhaus konzentrierten Disziplinen verbunden.<sup>8</sup>

Dazu gibt es eine lange Diskussion, die insbesondere unter dem Paradigma der stationärsersetzenden Maßnahmen geführt wurde und im Wesentlichen die Durchführung einfacher Operationen betraf. Mit der Einführung des § 115b SGB V, der den Krankenhäusern die Möglichkeit bietet, bisher stationär behandelte Patienten ambulant zu behandeln, wurde diese Verlagerung in den ambulanten Bereich stark gefördert. Die Vergütung für diese Operationen wurde entsprechend der vertragsärztlichen Versorgung geregelt (Kap. 31 EBM).

Neben den operativen Behandlungsfällen sind in den vergangenen Jahren auch für viele nicht-operative Behandlungen Möglichkeiten entstanden, bisher stationär behandelte Patienten ausschließlich ambulant zu diagnostizieren und auch zu therapieren. Das betrifft die Magnet-Resonanztomographie, die Koloskopie, die Linksherzkatheter-Untersuchung, die Dialyse, die onkologische Chemotherapie und viele weitere diagnostische und therapeutische Verfahren. Um die Verlagerung zu fördern, wurden auch hier für die Krankenhäuser besondere Anreize geschaffen. Mit der Einführung des § 116b SGB V wurden die Voraussetzungen hergestellt, dass Krankenhäuser unter bestimmten Bedingungen ambulant durchgeführte „hochspezialisierte“ Behandlungen abrechnen dürfen.<sup>9</sup>

Die Organisation ambulanter Einrichtungen in Ärztehäusern und MVZ's ermöglicht es, dass auch komplizierte Behandlungen unter Beteiligung verschiedener Disziplinen ambulant durchgeführt werden können. Viele dieser Behandlungen konnten früher schon allein aus Gründen der Organisation nur stationär bewältigt werden. In diesem Zusammenhang wirkt sich auch die Förderung ambulanter Betreuungsstrukturen im pflegerischen Bereich positiv aus.

Neben der „vollständigen Verlagerung“ aus dem stationären in den ambulanten Bereich gibt es auch Berichte zu einer Verlagerung in der entgegen

---

<sup>8</sup> Die Facharztdichte hat auch im EU-Durchschnitt zugenommen. Deutschland liegt sowohl beim Ausgangsniveau als auch in der Steigerungsrate weit über dem Durchschnitt. Dabei ist allerdings im internationalen Vergleich auf eine Besonderheit der deutschen Entwicklung hinzuweisen: Während in der Regel die ambulante spezialärztliche Versorgung in engem Zusammenhang mit der stationären Versorgung durchgeführt wird (inpatient-outpatient), entstehen in Deutschland die fachärztlichen Zentren im ambulanten „Sektor“ und in den diesem Sektor vorgegebenen freiberuflichen Organisationsformen. Man kann allerdings beobachten, dass die Zentren sich zunehmend im Umfeld stationärer Einrichtungen ansiedeln.

<sup>9</sup> Der Einführung des § 116b lag das Ziel zugrunde, die Krankenhäuser für die hochspezialisierte Behandlung von Patienten zu öffnen, um insbesondere in Regionen mit geringem spezialfachärztlichem Angebot die Versorgung der Bevölkerung zu verbessern.

gesetzten Richtung: Aus der hausärztlichen Versorgung heraus werden Patienten ins Krankenhaus eingewiesen, weil die Wartezeiten in der ambulanten spezialärztlichen Versorgung (z.B. Koloskopie) so lang sind, dass ein weiteres Abwarten medizinisch nicht vertretbar ist. Außerdem werden Fälle beschrieben, in denen Vertragsärzte unter dem Druck der Mengensteuerung (Regelleistungsvolumen) die Behandlung ihrer Patienten zum Ende der Abrechnungsperiode in den stationären Bereich verlagern.

Leistungsverschiebungen von vollstationären Leistungen hin zu ambulant im Krankenhaus erbrachten Leistungen (ambulante Operationen nach § 115b SGB V, hochspezialisierte Leistungen nach § 116b Abs. 2 SGB V) berühren – wie bereits ausgeführt – nicht die Sphäre der vertragsärztlichen Vergütung. Sie sind also nicht Gegenstand dieser Betrachtungen.

### **2.3 Verlagerung ambulanter Behandlungen des Krankenhauses in den vertragsärztlichen Bereich und umgekehrt**

In drei Feldern der ambulanten Versorgung sind sowohl die stationären Einrichtungen (Krankenhäuser) wie auch die ambulanten Einrichtungen (Praxen, MVZ's) berechtigt, Leistungen für die ambulante Behandlung von Patienten abzurechnen:

- die prä- und poststationäre Behandlung von Patienten: Prä- und poststationäre Leistungen können in Rahmen von vor- und nachstationärer Behandlung nach § 115a SGB V durch Krankenhäuser erbracht und gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden. Anders als prä- und poststationäre Leistungen, die durch Vertragsärzte im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden, werden diese nicht über den EBM, sondern über andere Vergütungssysteme honoriert. Die Vergütung entspricht nicht der Vergütung vergleichbarer vertragsärztlicher Leistungen.
- die im AOP-Katalog genannten ambulanten Operationen (stationersetzennde Maßnahmen): Die Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung von Operationen zugelassen, die durch die Selbstverwaltung auf Bundesebene in den sog. AOP-Katalog aufgenommen worden sind. Die Vergütung für diese Operationen ist in Kap. 31 EBM für die stationären und ambulanten Einrichtungen einheitlich geregelt.
- die ambulante Behandlung mit hochspezialisierten Leistungen und Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen (§ 116b Abs. 2 SGB V): Zur Durchführung ambulanter Leistungen gemäß § 116b SGB V ist das Krankenhaus berechtigt, „wenn und soweit es im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes auf Antrag des Krankenhausträgers unter Berücksichtigung der ambulanten Versorgungssituation dazu bestimmt worden ist“ (§ 116a Abs. 2 S. 1 SGB V). Die Krankenhäuser rechnen diese Leistungen wie auch die Vertragsärzte nach dem EBM, genauer: nach der regionalen Euro-Gebührenordnung ab.

In all diesen Fällen ist die Vergütung der ambulanten Einrichtungen Teil der vertragsärztlichen Vergütung, während die Vergütung der ambulanten Leistungen des Krankenhauses außerhalb liegt.

Ein vom Gesetzgeber gewünschter Wettbewerb zwischen den ambulanten und stationären Einrichtungen induziert hier also fortwährend Verlagerungen in beide Richtungen. Dabei ist das Angebot von Leistungen nach § 116b SGB V durch Krankenhäuser erst durch die jüngere Gesetzgebung ermöglicht bzw. gefördert worden. Deshalb werden Verlagerungen von solchen Leistungen zunächst tendenziell „aus dem vertragsärztlichen Bereich heraus an das Krankenhaus“ stattfinden.

Art und Umfang der Verlagerung werden dabei stark von den jeweiligen regionalen Angebotsstrukturen beeinflusst, die ihrerseits einem kontinuierlichen Wandel unterworfen sind.

### **3 Welche dieser Verlagerungen müssen nach dem Grundsatz „die Vergütung folgt der Leistung“ gem. § 87a Abs. 4 Nr. 3 berücksichtigt werden?**

#### **3.1 Berücksichtigung von Leistungen, die Gegenstand der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind**

Wird eine Behandlung teilweise oder ganz anstatt von Krankenhäusern im vertragsärztlichen Bereich erbracht (oder umgekehrt) ist zunächst zu prüfen, ob und unter welchen Bedingungen für diese Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Vergütung eine Honorierung erfolgt (bzw. ob diese im umgekehrten Falle hier nicht mehr erfolgt).

Die Vergütung kann dann der Leistungsverlagerung nicht folgen, wenn Mengenbegrenzungen für die Vergütung vereinbart sind. Sind keine Mengenbegrenzungen gegeben, kann sich die Vergütung dagegen unmittelbar dem Umfang der Leistungen anpassen.

Nach der neuen Vergütungsregelung für die vertragsärztliche Versorgung werden zwischen den regionalen Vertragspartnern (KVen und Krankenkassen) die Mengenvereinbarungen (Punktzahlvolumen) zum Behandlungsbedarf getroffen. Bewertet mit den regionalen Punktwerten ergibt sich daraus die zu zahlende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV). Daneben ist die Honorierung extrabudgetärer Leistungen Bestandteil der vertragsärztlichen Vergütung. Weil für den extrabudgetären Bereich Mengenbegrenzungen explizit nicht vorgesehen sind, werden Mengenänderungen (sowohl Erhöhungen als auch Verringerungen) dort 1:1 mit dem regionalen Punktwert berücksichtigt.

Im Falle von Leistungsverlagerungen, die Leistungen betreffen, die dem „Behandlungsbedarf“ und damit der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zugeordnet sind, muss dagegen eine explizite Anpassung des Behandlungsbedarfs vorgenommen werden.

Außerdem können die regionalen Vertragspartner regeln, dass vertragsärztliche Leistungen außerhalb der Gesamtvergütungen mit Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet werden, also extrabudgetär vergütet werden, „wenn sie besonders gefördert werden sollen oder soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausübung der Leistungserbringung erforderlich ist“ (§ 87a Abs. 3 S. 5 SGB V).<sup>10</sup> Vereinbarungen dazu sind von den Vertragspartnern gemeinsam und einheitlich zu treffen. Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat

<sup>10</sup> Der Gesetzgeber gibt durch § 87a Abs. 3 SGB V vor, dass vertragsärztliche Leistungen bei der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit von den Krankenkassen außerhalb der vereinbarten Gesamtvergütungen mit Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten sind.

dazu für das Jahr 2009 Präzisierungen vorgenommen.<sup>11</sup> Für das Vertragsjahr 2010 gab es hierzu eine Ergänzung.<sup>12</sup> Danach werden die in den folgenden Abschnitten angeführten Leistungen extrabudgetär gestellt. Auf Regionalebene wurden diese Abgrenzungen vom Grundsatz her übernommen; häufig werden aber in den regionalen Verträgen noch weitere Leistungen extrabudgetär gestellt.

Die Festlegungen des Erweiterten Bewertungsausschusses im letzten Sommer leiten sich aus der Historie ab. Schon in der Vergangenheit haben die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung Bundesempfehlungen beschlossen, nach denen bestimmte Leistungen außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung zu einem festen Punktwert (extrabudgetär) vergütet werden sollten. Ziel war dabei u.a. ambulante Leistungen zu fördern, um teure stationäre Krankenhausaufenthalte ganz oder teilweise zu ersetzen. Beispiele für solche bereits früher vorgenommene Ausdeckelungen sind neben den ambulanten Operationen, Leistungen zur künstlichen Befruchtung gemäß § 27a SGB V und die Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening.

### **3.2 Keine Berücksichtigung belegärztlicher Leistungen**

Extrabudgetär sind im Einzelnen die belegärztlichen Leistungen des Kapitels 36, die Leistungen der systemischen fibrinolytischen Therapie (GOP 13311), der Radiojodtherapie (GOP 17370) und der belegärztlich erbrachten Geburtshilfe (Abschnitt 8.4 EBM).

Stationäre Leistungen durch Vertragsärzte sind damit grundsätzlich extrabudgetär gestellt. Leistungsverlagerungen, die sich z.B. durch die Umwidmung einer belegärztlichen Abteilung in eine Hauptabteilung ergeben, müssen also nicht entsprechend § 87a Abs. 4 Nr. 3 SGB V bei der Anpassung des Behandlungsbedarfs berücksichtigt werden.

### **3.3 Keine Berücksichtigung ambulanter Operationen**

Extrabudgetär sind im Einzelnen die Leistungen des ambulanten Operierens (Abschnitte 31.2, 31.5 EBM) einschließlich der Phototherapeutischen Keratektomie (GOP 31362), der Koloskopie und der ERCP (GOP 13421 bis 13431, 13430, 13431, 04514, 04515, 04518, 04520).

Ausgedeckelt sind auch die Begleitleistungen für ambulante Operationen der Abschnitte 31.1, 31.3, 31.4 und die Leistungen des Abschnitts 31.6 EBM.

---

<sup>11</sup> Vgl. den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 7. Sitzung am 27. und 28. August 2008, Teil B. (Beschluss über das Verfahren zur Ermittlung des vereinbarten Behandlungsbedarfs)

<sup>12</sup> Vgl. den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009, Teil B, Abschn. 2.1.

Bereits in den 1990er Jahren sahen gesetzliche Regelungen vor, ambulante Operationen extrabudgetär zu vergüten, um Anreize zur Vermeidung teurer Krankenhausaufenthalte zu setzen. Die Partner der Selbstverwaltung auf Bundesebene wurden durch § 115b SGB V verpflichtet, erstmals im Jahr 2000 einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärer Eingriffe zu formulieren und hierfür einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte festzulegen. Dieser Katalog wird kontinuierlich an die veränderten Rahmenbedingungen (medizinisch-technischer Fortschritt) angepasst. Das extrabudgetär gestellte Kap. 31 des EBM umfasst sämtliche Leistungen dieses sog. AOP-Katalogs.

Für ambulante Operationen im Krankenhaus gem. § 115b SGB V sind grundsätzlich keine Mengenbegrenzungen vorgesehen. Mit der obigen Vorgabe wird bei diesen Leistungen auch im ambulanten Bereich auf Mengenbegrenzungen verzichtet.

Sowohl Verlagerungen von bisher stationär durchgeführten Operationen in den Bereich der vertragsärztlichen Vergütung als auch Verlagerungen von im Krankenhaus durchgeführten ambulanten Operationen in den Bereich der vertragsärztlichen Vergütung müssen also nicht entsprechend § 87a Abs. 4 Nr. 3 SGB V bei der Anpassung des Behandlungsbedarfs berücksichtigt werden.

Ausgedeckt sind nicht nur die Leistungen des Operateurs selbst, sondern auch die Begleitleistungen. Sie umfassen auch die präoperativen Leistungen, die durch den Hausarzt oder einen anderen zuweisenden Vertragsarzt oder Anästhesisten erbracht werden und auch die Leistungen der postoperativen Überwachung durch den Operateur oder den Anästhesisten und die Leistungen der postoperativen Behandlung, die entweder durch den Operateur oder den weiterbehandelnden Vertragsarzt durchgeführt werden. Im Falle einer Verlagerung operativer Leistungen gilt also für die damit verbundenen weiteren Leistungsverlagerungen vergütungstechnisch das gleiche.

### **3.4 Keine Berücksichtigung von Früherkennungs- und Vorsorgeleistungen**

Extrabudgetär sind im Einzelnen

- Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern und Erwachsenen (Abschnitte 1.7.1 und 1.7.2 EBM, exklusive der GOP 01745 und 01746) und die Leistungen der Mutterschaftsvorsorge (Abschnitt 1.7.4 EBM),
- Leistungen zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening (GOP 01750 bis 01758),
- die Früherkennungsuntersuchung U 7a und
- das Hautkrebsscreening.

Aufgrund ihrer besonderen Förderungswürdigkeit wurden Früherkennungs- und Vorsorgeleistungen üblicherweise auch schon in der Vergangenheit extrabudgetär gestellt.

### **3.5 Keine Berücksichtigung von weiteren (besonderen) Verfahren**

Extrabudgetär sind im Einzelnen

- die Durchführung von Vakuumstanzbiopsien,
- Leistungen der Strahlentherapie des Kapitels 25 EBM,
- Leistungen der Reproduktionsmedizin (GOP 08530, 08531, 08550, 08551, 08552, 08560, 08561),
- Substitutionsbehandlung bei Drogenabhängigkeit und
- Sach- und Dienstleistungen bei Behandlung mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren des Abschnitts 40.14 EBM.<sup>13</sup>

Verlagerungen, die diese Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung betreffen, sind ebenfalls nicht bei der Anpassung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 4 Nr. 3 zu berücksichtigen.

### **3.6 Teilweise keine Berücksichtigung von Leistungen nach § 116b Abs. 2**

Die ambulanten hochspezialisierten Leistungen in Krankenhäusern gem. § 116b Abs. 2 SGB V können, wie bereits in Abschnitt 2.3 ausgeführt, auch im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden. In beiden Fällen ist der EBM Grundlage für die Vergütung.

Werden diese Behandlungen ambulant durch das Krankenhaus erbracht, gelten grundsätzlich keine Mengenbegrenzungen. Werden diese Leistungen jedoch durch Vertragsfachärzte erbracht, können sie zu den extrabudgetären Leistungen gehören (z.B. Strahlentherapie, MRT), sie können aber auch (z.B. im Falle der ambulanten Chemotherapie) Bestandteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sein. Soweit letzteres der Fall ist, müssen Leistungsverlagerungen bei der Anpassung des Behandlungsbedarfs berücksichtigt werden. Im Falle einer Leistungsverlagerung aus dem Krankenhaus in den Bereich der vertragsärztlichen Gesamtvergütung muss der Behandlungsbedarf nach oben angepasst werden, im Falle einer Leistungsverlagerung aus den Bereich der vertragsärztlichen Vergütung in das Krankenhaus muss der Behandlungsbedarf nach unten korrigiert werden.

---

<sup>13</sup> Diese Leistungen der ambulanten Dialyse sind mit dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009, Teil B, Abschn. 2.1 mit Geltung für das Vertragsjahr 2010 in den extrabudgetären Bereich überführt worden.

Zum 01.07.2009 hat der Bewertungsausschuss neue Gebührenordnungspositionen für Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-Infizierter in den EBM aufgenommen. Die Empfehlung lautet, diese extrabudgetär zu vergüten. Diese Leistungen sind damit in beiden Fällen (ambulant durch Vertragsärzte und ambulant im Krankenhaus) extrabudgetär gestellt. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ist also nicht betroffen.<sup>14</sup>

### **3.7 Keine Berücksichtigung bei besonderen regionalen Vereinbarungen**

Abweichend von den Vorgaben des Erweiterten Bewertungsausschusses können auf der regionalen Ebene in zweifacher Weise abweichende Vereinbarungen getroffen werden.

**Erstens** können – wie bereits oben beschrieben – die regionalen Vertragspartner gemeinsam und einheitlich darüber entscheiden, ob bzw. welche weiteren Leistungen des EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden. Häufig wurden weitere Leistungen extrabudgetär gestellt. Da es sich hierbei um EBM-Leistungen handelt, werden diese (ohne Mengenbegrenzung) zum regionalen Punktwert vergütet.

Zum Beispiel wurde in Berlin vereinbart, dass zusätzlich zu den oben genannten Leistungen auch die mit ihnen zusammenhängenden Sachkostenpauschalen aus dem Kap. 40 des EBM extrabudgetär gestellt werden (zugehörige Kostenpauschalen für ophthalmologische Eingriffe nach EBM-Abschnitt 40.11, Sachkosten für Strahlentherapie nach EBM-Abschnitt 40.15, Kostenpauschalen für interventionelle Eingriffe nach EBM-Abschnitt 40.8, Sachkosten bei Früherkennung).<sup>15</sup> In der Konsequenz sind auch Verlagerungen, die diese Begleitleistungen für bereits extrabudgetär gestellte Leistungen betreffen, bei der Anpassung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 4 Nr. 3 nicht zu berücksichtigen.

**Zweitens** können in Strukturverträgen nach § 73a SGB V zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen vom EBM abweichende Vereinbarungen zu den Versorgungs- und Vergütungsstrukturen getroffen werden. Nach der Vorgabe des Erweiterten Bewertungsausschusses sind solche regional vereinbarten, nicht im EBM enthaltenen Leistungen nicht Gegenstand der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Verlagerungen, die diese Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung betreffen, sind daher ebenfalls nicht bei der Anpassung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 4 Nr. 3 zu berücksichtigen. Dies betrifft allerdings nur die jeweils beteiligte Kassenärztliche Vereinigung und die Versichertenbestände der beteiligten Krankenkassen.

---

<sup>14</sup> Vgl. Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 187. Sitzung am 17. Juni 2009: Durchführungsempfehlung zur Finanzierung der Leistungen der spezialisierten Versorgung von HIV-infizierten Patienten.

<sup>15</sup> Vgl. den Honorarvertrag mit der KV Berlin für das Jahr 2009 ([www.kvberlin.de](http://www.kvberlin.de)).

Für das Jahr 2009 gibt es hier regionale Sondervereinbarungen, die auch krankenhaushnahe Leistungen betreffen: So gibt es etwa zwischen den regionalen Kassenverbänden und der KV Sachsen Vereinbarungen zur Vergütung von Leistungen im Zusammenhang mit der onkologischen Behandlung durch Vertragsärzte, z.B. betreffend die intravasale zytostatische Chemotherapie (Onkologievereinbarung) ([www.kvs-sachsen.de](http://www.kvs-sachsen.de)). In Berlin gab es z.B. bereits für 2009 (d.h. vor Aufnahme der Dialyseleistungen in den Katalog des extrabudgetären Bereichs gemäß der Vorgabe des Bewertungsausschusses) eine regionale Vereinbarung zu den Kosten für die Sach- und Dienstleistungen bei der ambulanten Dialysebehandlung durch Vertragsärzte, in Bayern gibt es einen Strukturvertrag der Ersatzkassen zur Behandlung AIDS-kranker Patienten.

Durch regionale Vereinbarungen werden also zusätzlich insbesondere solche Leistungen ausgedeckelt, die nach § 116b auch ambulant durch Krankenhäuser erbracht werden können. Im Falle von Verlagerungen solcher Leistungen zwischen „ambulant im Krankenhaus“ und „ambulant in der vertragsärztlichen Praxis“ sind demnach keine Anpassungen des Behandlungsbedarfs vorzunehmen.

### **3.8 Keine Berücksichtigung von Leistungen, die im Rahmen von Einzelverträgen erbracht werden**

Extrabudgetär sind auch die Vergütungen für Leistungen, die im Rahmen besonderer, nicht für alle Kassen gültiger Verträge vereinbart worden sind (Modellvorhaben gemäß §§ 63, 64 SGB V, Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V, Verträge über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung gemäß § 73c SGB V, Vereinbarungen über strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten gemäß §§ 137f bis g SGB V und Verträge zur integrierten Versorgung gemäß §§ 140a bis h SGB V).

Der Ausdeckelung dieser Leistungen liegt folgende Überlegung zugrunde: Einzelvertragslösungen sollen zu einer kosteneffizienteren Faktorallokation führen z.B. für hochspezialisierte fachärztliche Leistungen mit einer optimierten Aufgabenverteilung zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten. Je nach regionalen Angebotsstrukturen werden die Lösungen dafür unterschiedlich aussehen. Entsprechende Verträge werden allerdings nur dann zustande kommen, wenn sie sich auch für alle Vertragspartner lohnen. Wird also im Rahmen eines solchen Vertrags eine Leistungsverlagerung vom Krankenhaus hin zu ambulanten Praxen vereinbart (z.B. Beförderung hochspezialisierter Leistungen durch kooperierende niedergelassene Ärzte), ist davon auszugehen, dass die Vertragspartner eine attraktive Vergütung für den Mehraufwand festlegen.

Für das Zustandekommen solcher Einzelverträge mit niedergelassenen Ärzten ist es aus Kassensicht in der Regel notwendig, dass eine entspre-

chende Bereinigung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung stattfindet.<sup>16</sup> Wie auch bei der sektoralen Verlagerung sorgt die Bereinigung hier dafür, dass die Vergütung der Leistung folgt.

Für Verträge nach § 73b, § 73c und §§ 140a bis h SGB V sind Bereinigungen der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vorgeschrieben. Dass der Bewertungsausschuss in jüngster Zeit Vorgaben für das Bereinigungsverfahren formuliert hat, wird als Voraussetzung dafür angesehen, dass solche Einzelverträge in Zukunft häufiger zustande kommen. Unter diesen Bedingungen könnte es im konkreten Fall ökonomisch sinnvoll sein, künftig einzelne spezialfachärztliche Leistungen, die bisher durch niedergelassene Fachärzte erbracht werden, z.B. im Rahmen eines Vertrags gem. § 140a durch Krankenhäuser erbringen zu lassen. In diesem Fall gilt das Bereinigungsverfahren für die Korrektur der vertragsärztlichen Vergütung in Bezug auf den Einzelvertrag und gleichzeitig auch für die Verlagerung in umgekehrter Richtung.

Regelungen zur Bereinigung müssen immer auch die Anpassung der vertragsärztlichen Vergütung im Falle einer Leistungsverlagerung zurück in den Kollektivvertrag berücksichtigen. Im Falle der Beendigung des Einzelvertrags wären die dann vorliegenden Versorgungsstrukturen in das vertragsärztliche System einzugliedern und entsprechend für die Gesamtvergütung zu bewerten.

Leistungsverlagerungen, die an Einzelverträge gekoppelt sind, sind demnach hier nicht zu betrachten. Die Lösung erfolgt entweder im Rahmen des Einzelvertrags selbst oder in Form der Bereinigung. Es ist daher zu erwarten, dass mit einem zunehmenden Anteil einzelvertraglicher Lösungen auch der Anteil zunimmt, mit dem die Vergütungsfragen möglicher Verlagerungen zwischen Leistungssektoren in den entsprechenden Verträgen selbst und explizit gelöst werden.

Im Sinne von § 87a Abs. 4 Nr. 3 SGB V sind also im Ergebnis nur solche Leistungsverlagerungen zu beachten, die ausschließlich den kollektivvertraglichen Bereich betreffen und nicht mit einzelvertraglichen Lösungen verbunden sind.

---

<sup>16</sup> Eine Alternative wäre die Vereinbarung eines Budgets und einer Erfolgsbeteiligung bei Budgetunterschreitung.

#### **4 Welche der zu berücksichtigenden Verlagerungen werden bereits in anderen Verfahren zur Berücksichtigung von Veränderungen gegenüber dem Vorjahr behandelt?**

Vor dem Jahr 2009 orientierten sich die regionalen Vertragspartner für die jährliche Fortentwicklung der Gesamtvergütung (neben der Veränderung der Mitgliederzahl) an der Grundlohnentwicklung (Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 Abs. 1 SGB V). Auch nach Einführung des Gesundheitsfonds und eines bundeseinheitlichen Beitragssatzes zum 1. Januar 2009 haben die Krankenkassen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten, obwohl sie künftig nicht mehr selbst ihre Beitragssätze festlegen, sondern ggf. auf Zusatzbeiträge ausweichen müssen.

Mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz und der Einführung des neuen Vergütungssystems wurde für die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung eine Separierung in Punktwert und Behandlungsbedarf vorgenommen. Beide Elemente werden künftig nach bestimmten Kriterien separat fortentwickelt. Das im Vergleich zu den alten Regelungen wichtige neue Kriterium ist die Anpassung des Behandlungsbedarfs entsprechend der Zahl und Morbiditätsstruktur der Versicherten.

Der Gesetzgeber hat für die Vertragspartner verschiedene Möglichkeiten geschaffen, wie sie die Veränderung von Leistungen im Vergütungssystem abbilden können. Diese Möglichkeiten sind so vielfältig, dass die Vertragspartner im Einzelnen klären müssen, wo sie welche Sachverhalte regeln wollen.

Die folgende Übersicht zeigt, welche Veränderungen durch welche Regelungen im Vergütungssystem berücksichtigt werden können. In den Spalten sind die verschiedenen Fortschreibungsregelungen aufgelistet, die in den Paragraphen 87, 87a und 87b aufgeführt sind. In den Zeilen werden die verschiedenen Veränderungen genannt, die in den Gesetzestexten aufgeführt werden. Die angeführten Veränderungen sind nicht überschneidungsfrei; das entspricht jedoch der Gesetzeslage. Die Markierungen kennzeichnen diejenigen Veränderungen, die für die jeweilige Fortschreibungsregel relevant sind. Einzelne Veränderungen für eine gegebene Fortschreibungsregel sind nicht explizit in der entsprechenden Vorschrift aufgeführt, die Relevanz ergibt sich dann logisch aus dem Kontext der gesetzlichen Regelungen anderer Fortschreibungsregelungen. In den folgenden Abschnitten werden die Zusammenhänge, die in der Übersicht dargestellt werden, im Einzelnen beschrieben.

Übersicht 2: Möglichkeiten zur Berücksichtigung von Veränderung der Leistungsmengen in den Regelungen zur Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen im neuen Vergütungssystem

Fortschreibungsregelungen	EBM § 87 II	Orientierungswert 5) § 87 IIg	vereinbarter Behandlungsbedarf				nicht vorher-sehbare Morbi-Veränderung § 87a III	Arzt-RLV § 87b
			Morbidität § 87a IV 1	G-BA - Regelungen § 87a IV 2	Verlagerung stat./amb. § 87a IV 3	wirtsch. Reserven § 87a IV 4		
Spalten	A	B	C	D	E	F	G	H
<b>Veränderungen</b>								
1 medizinisches Wissen und Technik	✗			✗				✗ 3)
2 Investitionskosten	✗ 1)	✗						✗ 3)
3 Betriebskosten	✗ 1)	✗						✗ 3)
4 Kostenstruktur	✗ 1)	✗ 2)						✗ 3)
5 Versorgungsstruktur	✗ 1)	✗ 2)						✗ 3)
6 Kostendegression bei FZ-Steigerung	✗	✗						✗ 3)
7 G-BA-Änderungen	✗			✗				✗ 3)
8 Zahl u. Morbistruktur	✗ 4)	✗ 4)	✗				✗	✗ 3)
9 Verlagerung amb./stat.	✗ 4)	✗ 4)	✗ 4)	✗ 4)	✗		✗ 4)	✗ 4)
10 wirtsch. Reserven	✗	✗				✗		✗ 3)
11 nicht über obige Veränderungen begründbare Mengenänderungen								✗

1) Abgeleitet aus B (d.h. Veränderung ist nicht explizit in der entsprechenden gesetzlichen Regelung mit aufgeführt, die Relevanz ergibt sich aber logisch aus dem Kontext der Regelung zum Fortschreibungsverfahren B (Anpassung des Orientierungswerts)  
 2) Abgeleitet aus der gesetzlichen Regelung zu den regionalen Punktwerten  
 3) abgeleitet aus A  
 4) Diese Veränderung drückt sich auch aus in anderen Veränderungen, die in der Tabelle aufgeführt werden. Diese Veränderung ist damit auch Gegenstand für die Fortschreibungsverfahren, die von diesen anderen Veränderungen berücksichtigt werden.  
 5) hier nicht aufgenommen: Berücksichtigung aufgetretener Defizite bei der Steuerungswirkung der Orientierungswerte für Über-/Unterversorgung

Quelle: agenon berlin

Im Folgenden wird geprüft, inwieweit die vertragsärztliche Vergütung nicht schon mit anderen Verfahren (jenseits des Verfahrens nach § 87a Abs. 4 Nr. 3 SGB V) im Falle von Leistungsverlagerungen angepasst wird. Bewertet wird, welche Verfahren geeignet sind.

Betrachtet wird nur eine Teilmenge der Fortschreibungsverfahren. Berücksichtigt werden nur diejenigen, die im Hinblick auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung relevant sind. Verlagerungen erfordern jedoch auch die Anpassung der Mengengrenzungen des *einzelnen* Arztes, also der arztbezogenen Regelleistungsvolumina. Diese Anpassung ist Gegenstand der Regelungen von § 87b SGB V.

Die folgenden Überlegungen konzentrieren sich allein auf solche Verlagerungen, die nach den Ausführungen in Kapitel 3 im Sinne von § 87a Abs. 4 Nr. 3 SGB V berücksichtigt werden müssen.

## 4.1 Berücksichtigung bei der Weiterentwicklung des EBM

### Beschreibung des Verfahrens:

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab stellt das relative Preissystem für die vertragsärztlichen Leistungen dar. Im EBM werden erstens die Leistungen definiert, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnungsfähig sind. Zweitens wird im EBM das wertmäßige Verhältnis der Leistungen zueinander über definierte Punktzahlen je Leistungsposition ausgedrückt. Die Festlegung der Punktzahlen bzw. der Bewertungsrelationen beruht auf betriebswirtschaftlicher Basis und spiegelt vom Grundsatz her den Ressourceneinsatz wieder.

Der EBM ist turnusmäßig an die Veränderung der Rahmenbedingungen anzupassen:

- Die (Neu-)Definition von Abrechnungsziffern beruht auf Gesetzesänderungen zum Leistungsrecht der GKV oder auf Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses.
- Der Bewertungsausschuss hat regelmäßig zu prüfen, ob die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertungen einerseits noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie andererseits dem Grad der Rationalisierung im Rahmen einer wirtschaftlichen Leistungserbringung entsprechen. Bei der Bewertung der Leistungen ist insbesondere der Aspekt der wirtschaftlichen Nutzung der medizinisch-technischen Geräte zu berücksichtigen, die bei der Erbringung der Leistungen eingesetzt werden (Stichwort: Kostendegression bei Fallzahlsteigerung im Sinne von § 87 Abs. 2 Satz 2 SGB V).<sup>17</sup>

### Bewertung im Hinblick auf die Berücksichtigung von Verlagerungseffekten:

Folgende Effekte einer Verlagerung von Leistungen werden damit vom Grundsatz her über die turnusmäßigen Weiterentwicklungen des EBM abgebildet:

1. Über die (Neu-)Definition von Leistungspositionen im EBM werden Leistungen auch im ambulanten Bereich abrechnungsfähig, die bisher nur stationär erbracht worden sind.
2. Durch die turnusmäßige Überprüfung der Bewertungen im EBM werden Veränderungen der Investitions- und Betriebskosten der Praxen abgebildet, die (unter anderem auch) mit einer Verlagerung zusammenhängen. Dadurch können ggf. partielle Verlagerungen vollstationärer Be-

---

<sup>17</sup> In den Regelungen zur Fortschreibung des Orientierungswertes (gem. § 87 Abs. 2g SGB V) findet sich zudem der Hinweis, dass für die Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen auch die Entwicklung der für die Arztpraxen relevanten Investitions- und Betriebskosten berücksichtigt werden kann. Diese Begrifflichkeit ist u.E. als Synonym für die inhaltliche Beschreibung oben zu verstehen.

handlungen in den vertragsärztlichen Bereich im EBM abgebildet werden.

Über die Neubewertung der EBM-Positionen werden Veränderungen des Leistungsinhalts der Behandlung berücksichtigt, die einzelne Leistungspositionen betreffen. Verändern sich (u.a. infolge von Verlagerung) die Art und der Umfang der Behandlung im Rahmen einer EBM-Position, was nur bedeutet, dass sich auch Faktoreinsatz und -kombination für die Erstellung der entsprechenden Leistung ändern, so spiegelt sich dies in einer Veränderung der Punktzahl für diese EBM-Position.

Die Anpassung der Bewertung erfolgt auch insoweit sachgerecht, als die Kompensationen bei denjenigen Ärzten ankommen, bei denen die Veränderungen tatsächlich stattfinden.

**Beispiel:** Durch Verkürzung der Liegezeiten im Krankenhaus ergibt sich, dass Hausärzte im Zeitverlauf immer mehr Fäden ziehen. Die Leistung des Fädenziehens (Wundbehandlung) ist in der Hausarztpraxischale enthalten. Eine Neubewertung basiert auf der Grundlage der entsprechend veränderten Selbstkosten der Praxen und führt im Ergebnis zu einer Anhebung der Hausarztpraxischale.

Mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde eine Pauschalierung der EBM-Leistungspositionen vorgegeben: Im Jahr 2008 wurden die Hausarztpraxischale sowie (fach-)arztgruppenspezifische Grund- und Zusatzpauschalen eingeführt. Im kommenden Jahr (2010) sind für den fachärztlichen Bereich zusätzlich arztgruppenspezifische diagnosebezogene Fallpauschalen zu vereinbaren (§ 87 Abs. 2c SGB V). Mit einer zunehmenden Pauschalierung werden auch immer mehr Veränderungen der vertragsärztlichen Leistungen, und darunter auch solche infolge von Verlagerungen, über die Neubewertung des EBM erfasst.

Verlagerungseffekte werden dabei über das Preissystem erfasst. Wegen der bestehenden Mengengrenzungen (die über den vereinbarten ‚Behandlungsbedarf‘ definiert werden) muss aber darüber hinaus die morbiditätsbedingten Gesamtvergütung explizit angepasst werden: Parallel zur Weiterentwicklung des EBM wäre die betreffende Anpassung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 4 Nr. 2 SGB V vorzunehmen (vgl. den noch folgenden Abschnitt 4.4).

Das Verfahren weist allerdings folgende Mängel auf: In der Praxis erfolgt die Aktualisierung des EBM in Bezug auf die Bewertungsrelationen nicht zeitnah und nach einem definierten Anpassungsverfahren, sondern in größeren zeitlichen Abständen und ist „Verhandlungssache“. Außerdem erfolgt die Bewertung nicht auf einer soliden betriebswirtschaftlichen Grundlage. Anders als z.B. bei der DRG-Weiterentwicklung, die auf einer detaillierten Kostenträgerrechnung von Kalkulationskrankenhäusern basiert, sind entsprechende Selbstkostenrechnungen von Praxen nicht verfügbar.

Insgesamt kommt mit der stärkeren Pauschalierung des EBM der Fortentwicklung und Kalkulation der einzelnen Positionen eine immer größere

Bedeutung zu. Dies betrifft nicht nur die Veränderungen, die auf Verlagerungen zurückzuführen sind, sondern *sämtliche* Veränderungen im Leistungsgeschehen aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts und aufgrund von Veränderungen in der Morbidität der Versicherten<sup>18</sup>. Deshalb wird in Zukunft immer wichtiger, dass für die kontinuierliche Neuberechnung der EBM-Bewertungsrelationen eine geeignete Kalkulationsgrundlage und klare Verfahrensregeln zur Berücksichtigung der verschiedenen Veränderungen vorgegeben werden. Der Gesetzgeber gibt außerdem mit § 87 Abs. 2d SGB V vor, dass im EBM Regelungen und Prüfkriterien vorzusehen sind, die sicherstellen, dass die Leistungsinhalte der Haus- und Facharztpauschalen jeweils vollständig erbracht werden. Solche Überprüfungen der Leistungsinhalte sind aber auch nur dann möglich, wenn es in den Praxen eine Dokumentation der ärztlichen Teilleistungen und eine Zuordnung zu den entsprechenden EBM-Pauschalen gibt.

## **4.2 Berücksichtigung bei der Bestimmung des Orientierungswertes**

### **Beschreibung des Verfahrens:**

Der Bewertungsausschuss beschließt ein Verfahren zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts (ab 2010 für die Weiterentwicklung der Orientierungswerte für Regel-, Unter- und Überversorgung). Nach definierten Kriterien darf auf der Einzel-KV-Ebene durch einen einheitlich anzuwendenden Zu- bzw. Abschlag vom Orientierungswert abgewichen werden.

Der Orientierungswert (respektive der regionale Zu- bzw. Abschlag) findet Anwendung sowohl für die Vergütung des einzelnen Arztes als auch für die Berechnung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (vereinbarter Behandlungsbedarf \* Orientierungswert).

Der Orientierungswert und sein Fortschreibungsverfahren stehen in einem substitutiven Verhältnis zum EBM und dessen Fortschreibungsverfahren. Beide sind Elemente der Bepreisung ärztlicher Leistungen. Für die Veränderung des Orientierungswerts wären deshalb auch die gleichen Kriterien heranzuziehen wie für die Anpassung der Bewertungsrelationen des EBM. Kriterien, die laut Gesetz für die intratemporale Anpassung an die regionalen Gegebenheiten angewendet werden können (Unterschiede in der Kosten- und in der Versorgungsstruktur), müssen logischerweise auch bundesweit für die intertemporale Veränderung des Orientierungswerts herangezogen werden dürfen.

Veränderungen von Rahmenbedingungen, die bereits in einer Anpassung der Bewertungsrelationen des EBM berücksichtigt worden sind, sind in der Konsequenz nicht mehr bei der Fortschreibung des Orientierungswerts zu berücksichtigen und umgekehrt.

---

<sup>18</sup> soweit die Morbidität nicht differenziert im EBM abgebildet wird.

### **Bewertung im Hinblick auf die Berücksichtigung von Verlagerungseffekten:**

Werden Veränderungen der betriebswirtschaftlichen Kosten durch die Anpassung des Orientierungswertes erfasst, führt dies unmittelbar zu einer Veränderung in der Höhe der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ( $MGV = PW * \text{Behandlungsbedarf}$ ). Auf diese Weise können auch Verlagerungen vergütet werden. Anders als bei der Anpassung des EBM, müsste nicht noch zusätzlich die Mengenbegrenzung (Behandlungsbedarf) angepasst werden.

Mit einer Anpassung des Orientierungswerts können diese Veränderungen aber – anders als mit der Anpassung des EBM – nur pauschal (d.h. *einheitlich für alle EBM-Positionen*) und nicht verursachungsgerecht (differenziert nach *einzelnen EBM-Positionen*) abgebildet werden: Dies hätte zur Konsequenz, dass auch Verlagerungen, die für den einzelnen Arzt und z.B. bestimmte Facharztgruppen sehr unterschiedliche Wirkungen haben können, nicht entsprechend in der Vergütung widerspiegelt werden.<sup>19</sup>

Die Berücksichtigung von Veränderungen des vertragsärztlichen Leistungsgeschehens sollte deshalb besser über die Weiterentwicklung der EBM-Bewertung erfolgen. Dies gilt nicht nur für die Auswirkungen von Verlagerungen, sondern für die Veränderung sämtlicher in der obigen Abbildung aufgeführten Rahmenbedingungen.

Eine Anpassung des Orientierungswerts könnte allerdings unter einem anderen Gesichtspunkt als Zwischenlösung sinnvoll sein: Der EBM wird wahrscheinlich aus Praktikabilitätsgründen nicht zeitnah an veränderte Gegebenheiten angepasst werden können. In den Zeiträumen zwischen zwei EBM-Anpassungen könnten dann Veränderungen pauschal über eine Anhebung des Orientierungswertes berücksichtigt werden. Eine solche Anhebung wäre allerdings nach einer erfolgten EBM-Weiterentwicklung wieder zurückzunehmen.

### **4.3 Berücksichtigung bei der Fortschreibung des Behandlungsbedarfs entsprechend der Morbiditätsstruktur und Berücksichtigung beim nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs**

#### **Beschreibung des Verfahrens:**

Wesentlicher Kern der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung durch das Wettbewerbsstärkungsgesetz ist, dass künftig die Kassen das Morbiditätsrisiko tragen. Hierzu ist der in Punkten ausgedrückte **morbiditätsbedingte Behandlungsbedarf an die Veränderung der Zahl und Morbiditätsstruktur der Versicherten anzupassen**. Der vereinbarte Behandlungsbedarf gilt als notwendige medizinische Versorgung nach § 71 Abs. 1 SGB V. Das bedeutet, dass der Grundsatz der Beitragssatzstabil-

---

<sup>19</sup> Dies gilt im Übrigen analog für die lineare Fortschreibung der Gesamtvergütung entsprechend der Grundlohnentwicklung, wie sie vor 2009 Anwendung fand.

tät nicht gilt, soweit sich Erhöhungen der Gesamtvergütung aufgrund von Morbiditätsveränderungen ergeben.

Der Bewertungsausschuss hat hierzu nach § 87a Abs. 5 SGB V ein Verfahren zur Bestimmung der Veränderungen der Morbiditätsstruktur zu beschließen. Es hat unter anderem die ambulanten Diagnosen als Morbiditätsindikatoren zu berücksichtigen.

Mit seinem Beschluss in der 15. Sitzung am 2. September 2009, (Beschlussteil B) hat der Erweiterte Bewertungsausschuss erstmals für die Fortschreibung des vereinbarten Behandlungsbedarfs zum Jahreswechsel 2009 / 2010 ein Verfahren vorgegeben. Die Vorgabe gilt lediglich für das Jahr 2010; für das Jahr 2011 ist das Verfahren neu zu beschließen.

In seinen Grundzügen sieht das Verfahren für das Jahr 2010 wie folgt aus:

- Für die Ermittlung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs im Jahr 2010 wird von einer bundesdurchschnittlichen Veränderungsrate ausgegangen, die auf Basis der Daten von vier Stichproben-KVen hochgerechnet wurde. Für 2010 war keine kassen- und KV-spezifische Berechnung der Veränderungsrate möglich, weil die dazu erforderliche bundesweite Datengrundlage fehlt (vgl. Schneider / Wolff (2009)). Die empirisch korrekte Berechnung der KV- und kassenspezifischen Veränderungsrate wird frühestens für den morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf 2011 (im Sommer 2010) möglich sein.
- Im für das Jahr 2010 geltenden Verfahren basiert die Veränderungsrate 2009 / 2010 auf einer diagnosenbezogenen Komponente und auf einer demographischen Komponente. Die Veränderungsrate des Behandlungsbedarfs setzt sich zu 61 % aus der diagnosenbezogenen Komponente und zu 39 % aus der demographischen Komponente zusammen.
- Ausgangsbasis für die Ermittlung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs 2010 sind die (gem. § 87c SGB V) korrigierten Leistungsmengen des Jahres 2008.
- Auf Basis der Diagnosen des Jahres 2006 und des Behandlungsbedarfs des Jahres 2008 werden unter Verwendung diagnosenbezogener Risikogruppen durch multivariate Regressionsanalyse prospektive Relativgewichte ermittelt. Die diagnosenbezogenen Risikogruppen sind die Risikoklassen, die zur Ermittlung der diagnosenbezogenen Komponente der Veränderung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs herangezogen werden.
- Ermittelt werden auf Basis der Relativgewichte der o.g. Risikoklassen die (versichertendurchschnittlichen) Morbiditätsindizes der Jahre 2007 und 2008 und deren Veränderungsrate der Jahre 2007 / 2008. Diese empirisch für 2007 / 2008 festgestellte Veränderungsrate wird für 2009 / 2010 als Fortschreibungsrate der diagnosenbasierten Komponente angewendet. Die Berechnung der Fortschreibungsrate für den demographischen Teil erfolgt vom Grundsatz her analog.

- Eine Endabrechnung für das Jahr 2010 auf Basis der Morbiditätsindikatoren der Jahre 2009 und 2010 wird nicht vorgenommen.

Neben der Anpassung des Behandlungsbedarfs entsprechend der Veränderung der Morbiditätsstruktur der Versicherten sieht § 87a Abs. 3 SGB V vor, dass „Leistungen, die sich aus einem bei der Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung **nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs** ergeben, ... von den Krankenkassen ... ebenfalls mit der Euro-Gebührenordnung zu vergüten“ sind. Der nicht vorhersehbare Anstieg des Behandlungsbedarfs ist nicht Bestandteil des vereinbarten morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs und damit auch nicht Gegenstand für die Fortschreibung des vereinbarten Behandlungsbedarfs gem. § 87a Abs. 4.<sup>20</sup>

Diese Regelung steht mit der für die morbiditätsbezogene Anpassung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs in einem komplementären Verhältnis.

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat in seinen Beschlüssen im August 2008 und im September 2009 das Verfahren zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2009 und (mit weiteren Präzisierungen) für das Jahr 2010 formuliert. Für das Jahr 2011 ist auch hier ein neues Verfahren festzulegen. Es muss mit dem Verfahren zur Anpassung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs an die Veränderung der Morbiditätsstruktur korrespondieren bzw. kompatibel sein.

In dem vorliegenden Verfahren wird ein nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs differenziert in einen nicht vorhersehbaren Anstieg aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen und in einen nicht vorhersehbaren Anstieg aufgrund von Ausnahmeeignissen. Anders als das Verfahren zur Anpassung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs wird zur Messung des Anstiegs aufgrund von Akuterkrankungen auf die Veränderung im Vertragsjahr (2009 bzw. 2010) selbst abgestellt. Relevant sind nur Veränderungen bezogen auf definierte Akuterkrankungen (definierte diagnosenbasierte Morbiditätskategorien). Berechnet wird hierzu ein zeitgleiches Regressionsmodell. Ergibt sich bei der Veränderung der sog. Relativgewichtssumme bezogen auf eine Morbiditätskategorie im Vergleich zur Veränderung über alle Morbiditäts-Kategorien eine Überschreitung um mehr als 25 %, so gilt – unter bestimmten Bedingungen – die Differenz der Überschreitungsanteile als nicht vorhersehbarer Anstieg der Morbidität bezogen auf diese Morbiditätskategorie.<sup>21</sup>

---

<sup>20</sup> Vgl. auch den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung vom 02.09.2009, Teil E.

<sup>21</sup> Vgl. den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung vom 02.09.2009, Teil E, Abschn. 1.1.2.

**Bewertung im Hinblick auf die Berücksichtigung von Verlagerungseffekten:**

Vom Grundsatz her kann über das **Verfahren der morbiditätsbedingten Fortschreibung des Behandlungsbedarfs** eine mit der Verlagerung einhergehende Veränderung der im ambulanten Bereich relevanten Morbidität berücksichtigt werden. Über dieses Verfahren können z.B. Verlagerungen von ambulanten Behandlungen durch das Krankenhaus in den vertragsärztlichen Bereich und umgekehrt abgebildet werden, so weit sie zu einer Veränderung der im vertragsärztlichen Bereich dokumentierten Morbidität führen.

Grundsätzlich gilt, dass die Bewertungsrelationen (die sog. Relativgewichte) nur solche Morbiditätsunterschiede widerspiegeln, die sich auf der Ebene des EBM über die Zahl und die Art der abgerechneten Leistungen zeigen, denn die Relativgewichte leiten sich ab (neben den Risikogruppen) aus den vertragsärztlichen Abrechnungen nach dem EBM. Morbiditätsänderungen, die zu Veränderungen im Faktoreinsatz für die jeweilige EBM-Position führen, werden nicht hier, sondern im Rahmen der Aktualisierung der Bewertung der entsprechenden EBM-Position (vgl. Kap. 4.1) erfasst.

In welchem Maße Verlagerungen (auf der Ebene des EBM) über die morbiditätsbedingte Fortschreibung des Behandlungsbedarfs berücksichtigt werden können ist abhängig vom Verfahren zur Messung der Morbiditätsänderung.

Drei Elemente dieses Verfahrens sind zu unterscheiden

1. die verwendeten Morbiditätsindikatoren,
2. die Bildung der Kategorien und
3. die Fortschreibung der Relativgewichte.

**ad 1**

Das Verfahren gem. § 87a Abs. 4 Nr. 1 basiert u.a. auf ambulanten Diagnosen, folglich werden solche Verlagerungen abgebildet, die damit einhergehen, dass im ambulanten Bereich eine (im Durchschnitt) höhere (oder – im Falle von Verlagerung von „ambulant“ nach stationär“ niedrigere) Morbidität dokumentiert wird, dass also die entsprechenden Diagnosen im ambulanten Bereich zusätzlich dokumentiert werden.

Basis für die morbiditätsorientierte Fortschreibung des Behandlungsbedarfs stellen die nach § 295 Abs. 1 S. 2 SGB V verschlüsselten Diagnosen dar. Entsprechend den bereits seit längerer Zeit vorliegenden Präzisierungen des DIMDI dürfen hierbei nur solche Diagnosen aufgeführt werden, wegen denen der Patient im entsprechenden Quartal auch tatsächlich behandelt wurde. Dauerdiagnosen und chronische Zustände, die keine Leistungen nach sich gezogen haben, dürfen aus Gründen des Datenschutzes nicht übermittelt werden. Mit der Einführung der Berücksichtigung der Morbiditätsänderung für die vertragsärztliche Vergütung schreibt der Gesetzgeber vor, dass analog zum DRG-System Richtlinien zur am-

bulanten Dokumentation einzuführen sind (§ 295 Abs. 3 SGB V). Sie müssen künftig von den Vertragsärzten bei der Verschlüsselung der ambulanten Behandlungsfälle beachtet werden. Die Verabschiedung der Kodierrichtlinien durch die Selbstverwaltung wird im ersten Halbjahr 2010 erfolgen.

Mit der Befolgung der Kodierrichtlinien sollten in der Zukunft Morbiditätsänderungen (und damit einhergehende Verlagerungen) differenzierter abgebildet werden können als in der Vergangenheit. Es bleibt abzuwarten, ob die Regelungen zur Kodierung und die Kontrolle ihrer Anwendung erreichen, dass von den Ärzten lediglich die für die Abrechnung der Behandlung im vertragsärztlichen Bereich relevanten Diagnosen kodiert werden

Im konkreten für das Jahr 2010 beschlossenen Verfahren basiert die Veränderungsrate 2009 / 2010 zu 61 % auf einer diagnosenbezogenen Komponente und zu 39 % auf einer demographischen Komponente. Eine mit einer Veränderung der im ambulanten Bereich dokumentierten Morbidität einhergehende Verlagerung lässt sich allein über die diagnosenbezogene Komponente, nicht über die demographischen Merkmale (Alter / Geschlecht) abbilden. Das bedeutet, dass insoweit Verlagerungen mit einer Veränderung der im ambulanten Bereich dokumentierten Morbidität einhergehen, diese sich nur zu 61 % in einer Veränderung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs niederschlagen können.

Diese Regelung führt allerdings zu einer Abschwächung der Konsequenzen aus einer Veränderung des Dokumentationsverhaltens der Ärzte (rightcoding, upcoding), denn weil das Verfahren zur morbiditätsbedingten Fortschreibung des Behandlungsbedarfs diagnosenbasiert ist, würde es Veränderungen in der Dokumentation als Morbiditätsänderung interpretieren. Insbesondere in der Anfangsphase nach Einführung einer diagnosenbasierten Vergütung treten (nach internationalen Erfahrungen) Veränderungen im Dokumentationsverhalten der Ärzte auf. Veränderungen werden sich zudem infolge der Umsetzung der Kodierrichtlinien ergeben. Deshalb ist für die Anpassung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2010 eine solche Mischung aus einer reinen demographischen Komponente und einer diagnosenbasierten Komponente adäquat. Es bleibt abzuwarten, wie die Vorgaben des Bewertungsausschuss hierzu für 2011 und für die weiteren Jahre lauten werden.

Für die Ermittlung der vereinbarten Behandlungsbedarfe des Jahres 2010 wurden vom Bewertungsausschuss (aufgrund der Datenlage) keine Differenzierungen nach Kassen und nach KV-Regionen vorgenommen. Verlagerungen, insbesondere Verlagerungen von „ambulant“ im Krankenhaus nach „ambulant“ in der Praxis (und umgekehrt) werden jedoch voraussichtlich eine hohe regionale Spezifität aufweisen. Eine bundesweite Datengrundlage ist vom Bewertungsausschuss beschlossen worden. Die empirisch korrekte Berechnung der KV- und kassenspezifischen Veränderungsraten wird frühestens für den morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf 2011 (im Sommer 2010) möglich sein.

Im aktuellen Verfahren wird die empirisch für die Jahre 2007 / 2008 festgestellte Veränderungsrate für die Jahre 2009 / 2010 als Fortschreibungsrate angewendet. Über die Prospektivität des Schätzmodells (Prospektivität über einen Zwei-Jahres-Versatz) wird die historisch festgestellte Morbiditätsänderung mit Zeitbezug zum relevanten Vertragsjahr ermittelt und ist daher unter den gegebenen Bedingungen eine geeignete Berechnungsgrundlage für die aktuell beschlossene Änderungsrate. Die Diagnosen der Jahre 2009 und 2010 und die hieraus abgeleitete Morbiditätsänderung wären – in der Logik des für 2010 gewählten Verfahrens – erst Grundlage für die Anpassung des Behandlungsbedarfs für das Jahr 2012. Die Veränderung der im ambulanten Bereich dokumentierten Morbidität und ggf. Verlagerungen, die diese Veränderungen auslösen, schlagen sich also nach einem Zeitversatz von zwei Jahren im aktuellen Behandlungsbedarf nieder. Eine diesbezügliche Nachkalkulation für 2010 sieht das beschlossene Verfahren nicht vor. Ein Verfahren gem. § 87a Abs. 4 Nr. 3 SGB V zur Berücksichtigung von Verlagerungen wäre hierzu konsistent auszugestalten.

#### **ad 2**

Wie reagibel das Fortschreibungsverfahren in Bezug auf verlagerungsbedingte Veränderungen in der Morbidität ist, hängt von seiner genauen Ausgestaltung ab. Relevant ist vor allem die Feinheit der Klassenbildung: Größere Klassen bilden Unterschiede im Schweregrad einer Erkrankung naturgemäß weniger differenziert ab.<sup>22</sup>

Im konkreten für das Jahr 2010 beschlossenen Verfahren wurde für die diagnosenbezogene Fortschreibungsrate ein komprimiertes Modell mit 30 festgelegten Diagnosenklassen, mit den entsprechend zusammengefassten übrigen Diagnosenklassen und mit 32 Alters- und Geschlechtsgruppen berechnet. Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat jedoch festgestellt, dass die Auswahl des Modells kein Präjudiz für Entscheidungen in künftigen Jahren bedeutet. Als mögliche Grundlage für die Weiterentwicklung des Klassifikationsverfahrens für das Jahr 2011 wird daher neben dem oben genannten Modell auch die Variante des ICD-10-GM-vollständigen Modells mit rund 200 festgelegten Diagnosenklassen und mit 32 Alters- und Geschlechtsgruppen genutzt.

#### **ad 3**

Mit dem oben beschriebenen Verfahren werden Veränderung der Morbidität allein an der Veränderung der Besetzungszahlen für die definierten Morbiditätskategorien (Diagnosegruppen) gemessen.

Für die beiden Jahre 2007 und 2008, zwischen denen die Veränderung festgestellt werden soll, werden die Relativgewichte (welche auf Basis der Morbiditätsinformationen aus 2006 und der Behandlungsbedarfs aus 2008 ermittelt worden sind) konstant gehalten. Auf diese Weise werden reine Mengenänderungen (ohne einhergehende Morbiditätsänderung) nicht

---

<sup>22</sup> Allerdings sind die bisherigen Konzepte zum Klassifikationssystem nicht mit dem Kriterium des Schweregrades entwickelt worden.

vergütungsrelevant. Auch für die nächsten Vertragsjahre wäre ein solches Verfahren zu wählen, um auch hier zu verhindern, dass reine Mengenänderungen zu einer Veränderung des Behandlungsbedarfs führen.

Eine nicht-morbiditätsbedingte Veränderung der abgerechneten Leistungsmenge wird in diesem Verfahren genau so wenig abgebildet wie eine Veränderung der Struktur der erbrachten Leistungen. Das bedeutet, die Abrechnungsmengen und -strukturen des Jahres 2008, aus denen der erstmalige Behandlungsbedarf des Jahres 2009 hergeleitet worden ist, festgeschrieben werden.

Infolgedessen führen auch Mengenentwicklungen und Veränderungen der Versorgungsstruktur, die auf Verlagerungen zurückzuführen sind, bei der morbiditätsbedingten Fortschreibung des Behandlungsbedarfs nicht zu einer Veränderung des Behandlungsbedarfs, sofern sie sich nicht gleichzeitig in der Dokumentation der Diagnosen niederschlagen.

Das Fortschreibungsverfahren ist gerade so formuliert, dass es zwar Morbiditätsänderungen misst, aber darauf nicht zurückzuführende Mengenänderungen nicht vergütungsrelevant werden lässt. Es ist insoweit auch unsensibel gegenüber Mengen- und Strukturveränderungen, die – bei gegebener Morbidität – aufgrund von Verlagerungen entstehen. Das Verfahren ist insoweit korrekt. Es ist nicht als generelles Instrument geeignet, Verlagerungen jenseits einer mit ihr einhergehenden Morbiditätsänderung im vertragsärztlichen Bereich abzubilden.

Im Ergebnis ist zu erwarten, dass die Leistungsfähigkeit des Verfahrens zur morbiditätsbedingten Anpassung des Behandlungsbedarfs in den nächsten Jahren deutlich zunehmen kann. Über dieses Verfahren kann dann ebenfalls eine Verlagerung, die mit einer Veränderung der im ambulanten Bereich dokumentierten Morbidität einhergeht, differenzierter abgebildet werden.

Für ein Verfahren nach § 87a Abs. 3 SGB V zum **nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs** gilt das oben gesagte ebenfalls. Auch hier werden vom Grundsatz her Verlagerungen abgebildet, die mit einem (in diesem Falle) nicht vorhersehbaren Anstieg der Morbidität einhergehen.

In welchem Umfang dies möglich ist, ist wiederum abhängig von den konkreten Vorgaben des Bewertungsausschusses zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs.

In den für die Jahre 2009 und 2010 vom Erweiterten Bewertungsausschuss festgelegten Verfahren ist im Hinblick auf die Abbildung von Verlagerungen die Erfassung des nicht vorhersehbaren Anstiegs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen relevant. Hierbei wird auf die Veränderung im Vertragsjahr (2009 bzw. 2010) selbst abgestellt.

Die Vergütung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs erfolgt entsprechend nachträglich.

#### **4.4 Berücksichtigung bei der Fortschreibung des Behandlungsbedarfs entsprechend den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses**

##### **Beschreibung des Verfahrens:**

Gemäß § 87a Abs. 4 Nr. 2 SGB V sind bei der Anpassung des Behandlungsbedarfs neben den oben skizzierten Veränderungen auch Leistungsveränderungen nach Art und Umfang zu berücksichtigen, die auf einer gesetzlichen bzw. satzungsmäßigen Regelung oder auf Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) beruhen. Diese Vorschrift gab es bereits vor dem Wettbewerbsstärkungsgesetz und galt für die Fortschreibung der Gesamtvergütung. Seit 2009 gibt es dazu bereits entsprechende Beispiele in dem neuen Vergütungsregime.

Das übliche Verfahren des Bewertungsausschusses sieht diesbezüglich wie folgt aus:

1. Entsprechend Abschnitt 4.1 erfolgt eine (Neu-)Definition der entsprechenden Leistungspositionen im EBM.
2. Geprüft wird, ob die Einführung der Leistungen zu einer Einsparung anderer Leistungen (Substitution) führt. Festgestellt wird, ob der finanzielle Mehrbedarf der Einführung der neuen Leistungsposition durch Einsparungen in anderen geeigneten Bereichen finanziert werden kann. Wenn dies nicht der Fall ist, ist eine Überschreitung der Grundlohnsteigerung möglich (§ 71 Abs. 2 SGB V).
3. Festgelegt wird, ob die Finanzierung des Mehrbedarfs für die neue Gebührenordnungsposition innerhalb oder außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgt.
4. Wenn die neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden eingedeckelt werden sollen, wird der darauf entfallende Behandlungsbedarf abgeschätzt. Um diesen Behandlungsbedarf ist der vereinbarte morbiditätsbedingte Behandlungsbedarf in der regulären Fortschreibung anzupassen. Der Bewertungsausschuss gibt eine entsprechende Durchführungsempfehlung an die regionalen Vertragspartner; diese sind üblicherweise für eventuelle Entscheidungen des Schiedsamts leitend. Für die Entscheidung, dass bestimmte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nicht mehr zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden dürfen, sind verschiedene Gründe denkbar, z.B. wenn die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit bestimmter Leistungen nicht mehr gegeben ist. Das hat folgende Konsequenzen: Erstens ist die Abrechnungsposition des EBM zu streichen bzw. zu modifizieren. Zweitens ist der auf diese Leistungspositionen entfallende Anteil des Behandlungsbedarfs aus dem vereinbarten morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf auszugliedern.

In der Vergangenheit wurden neue Leistungen des EBM, für die keine Substitution durch andere vertragsärztliche Leistungen festzustellen war, üblicherweise extrabudgetär vergütet. Beispiele sind ambulante Operationen, künstliche Befruchtungen, MRT der Mamma.

Mit dem Beschluss am 2. September hat der Erweiterte Bewertungsausschuss die Verfahrensweise zum Verfahren gem. § 87a Abs. 4 Nr. 2 SGB V für das Jahr 2010 vorgegeben. Hiernach werden solche neuen Gebührenordnungspositionen für einen Zeitraum von zunächst zwei Jahren außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß § 87a Abs. 3 SGB V vergütet. Während dieses festgelegten Zeitraumes wird der Bewertungsausschuss prüfen, wann und ggf. wie diese Leistungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführt werden.<sup>23</sup>

Entsprechend wird der Bewertungsausschuss das Verfahren zur Anpassung des Behandlungsbedarfs aufgrund von Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (gem. § 87a Abs. 4 Nr. 2) erst zu einem späteren Zeitpunkt festlegen.

#### **Bewertung im Hinblick auf die Berücksichtigung von Verlagerungseffekten:**

Wie bereits in Abschnitt 4.1 beschrieben, werden die Leistungspositionen im EBM – ausgehend von den Vorgaben des G-BA – vom Bewertungsausschuss definiert und die entsprechenden Vergütungen kalkuliert. Das betrifft auch solche Leistungen, die bisher nur stationär und künftig (auch) ambulant erbracht werden können. § 87a Abs. 4 Nr. 2 sieht die entsprechende Anpassung des Behandlungsbedarfs vor.

Das Verfahren nach § 87a Abs. 4 Nr. 2 SGB V ist sowohl in Bezug auf die EBM-Weiterentwicklung als auch in Bezug auf die Weiterentwicklung des Behandlungsbedarfs sachgerecht. Im Rahmen der Weiterentwicklung des Behandlungsbedarfs wird die einzelne Leistung, um die es geht, differenziert bewertet und ggfs. in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung berücksichtigt.

Sachlogisch wären nicht nur neue Leistungen nach diesem Verfahren in die kollektivvertragliche Vergütung einzubeziehen. Es müssten auch sämtliche bereits im EBM enthaltenen Leistungen im Hinblick auf die Mengensteuerung durch den vereinbarten Behandlungsbedarf nach diesem Schema überprüft werden.

Idealtypisch ist der Ablauf wie folgt zu verstehen: Ursprünglich hat der Gesetzgeber bzw. der Gemeinsame Bundesausschuss die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung definiert. Entsprechend hat der Bewertungsausschuss Abrechnungspositionen des EBM formuliert und – basierend auf den Selbstkosten der Praxen – Vergütungen festgelegt. Zeigt sich im Zeitverlauf, dass für eine EBM-Position die Selbstkosten nicht mehr gedeckt werden, muss zunächst die EBM-Bewertung angehoben

---

<sup>23</sup> Vgl. den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung vom 02.09.2009, Teil B, Abschn. 3.

werden. Danach muss eine Anpassung des Behandlungsbedarfs (der Mengengrenzung) vorgenommen werden. Nur auf diese Weise kann sichergestellt werden, dass die medizinisch notwendige Versorgung auch weiterhin gesichert ist. Insoweit wäre eine diesbezügliche Anpassung des Behandlungsbedarfs nicht nur in Bezug auf *neue* Leistungen, sondern auch in Bezug auf *alte* Leistungen des EBM eine konsequente Folge aus der Vorschrift von § 87a Abs. 4 Nr. 2 SGB V.

Für die Anpassung des Behandlungsbedarfs infolge der Neubewertung „alter“ EBM-Leistungspositionen wäre die sich gem. EBM-Anpassung ergebende Punktzahldifferenz zur vorherigen Vergütung mit einer zu vereinbarenden Abrechnungsmenge zu multiplizieren. Anders als bei der Aufnahme neuer Leistungen in den EBM kann hier auf historische Abrechnungsdaten zurückgegriffen werden. Abzustellen wäre dabei auf die Abrechnungsdaten je Region und Kasse, um regionale Unterschiede abzubilden.<sup>24</sup>

Die Argumentation gilt in gleicher Weise für die Anpassung einer EBM-Bewertung nach unten und einer entsprechenden Anpassung des Behandlungsbedarfs.

#### **4.5 Zusammenfassung: Berücksichtigung von Verlagerungen durch andere Verfahren gem. §§ 87, 87a SGB V**

In diesem Abschnitt wurde gezeigt, dass Verlagerungen erstens über die EBM-Neubewertung bzw. -anpassung und eine entsprechende Anpassung des Behandlungsbedarfs, zweitens über die morbiditätsorientierte Fortschreibung des Behandlungsbedarfs und drittens über die Berücksichtigung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs abgebildet werden.

Je nach Typ der Verlagerung (partiell oder vollständig, vgl. Kapitel 2) können Entwicklungen über verschiedene Verfahren abgebildet werden: Partielle Verlagerungen vollstationärer Behandlung in den vertragsärztlichen Bereich können durch die Anpassung der EBM-Bewertungen (Punktzahlen), gekoppelt mit einer entsprechenden Anpassung des Behandlungsbedarfs abgebildet werden. Vollständige Verlagerungen in den vertragsärztlichen Bereich werden auch über die Formulierung neuer EBM-Positionen erfasst. Eine mit der Verlagerung einhergehende Veränderung der im ambulanten Bereich erfassten Morbidität kann über das Verfahren der morbiditätsbedingten Fortschreibung des Behandlungsbedarfs abgebildet werden. Damit können auch Verlagerungen von ambulanten Behandlungen durch das Krankenhaus in den vertragsärztlichen Bereich und umgekehrt berücksichtigt werden, soweit sie zu einer Veränderung der im ambulanten Bereich dokumentierten Morbidität führen.

---

<sup>24</sup> Die Entwicklung des (in Punkten ausgedrückten) vereinbarten Behandlungsbedarfs ist entkoppelt von der Entwicklung des tatsächlichen Abrechnungsvolumens. Jegliches Bereinigungsverfahren für die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, also auch das oben beschriebene, hat hiermit umzugehen.

Diese „anderen“ Verfahren sind vom Bewertungsausschuss zu definieren. Sie sind hier insoweit zu beachten, um ihre Überschneidung mit bzw. ihre Abgrenzung zu der Vorschrift nach § 87a Abs. 4 Nr. 3 SGB V deutlich zu machen. Um sicherzustellen, dass sie in der Lage sind, auch Verlagerungen zu erfassen, sollte (als Ergebnis unserer Überlegungen) bei der Festlegung dieser Verfahren das Folgende beachtet werden:

- Verlagerungen führen unter anderem dazu, dass sich der Leistungsinhalt bzw. der Faktoreineinsatz für die Erbringung einer über den EBM definierten Leistungs-Position ändert. Solche Verlagerungen würden durch die turnusmäßig stattfindende EBM-Neubewertung abgebildet werden. Diese Neubewertung sollte allerdings auf einer geeigneten Kalkulationsgrundlage und nach einem geregelten Verfahren vorgenommen werden.
- Neben der EBM-Neubewertung wäre aber auch die Mengenbegrenzung (der Behandlungsbedarf) um den Unterschied in der Punktzahl anzupassen. Sämtliche Anpassungen des EBM müssten dazu automatisch mit einer entsprechenden Anpassung des vereinbarten Behandlungsbedarfs verbunden sein. In Analogie zum Vorgehen nach § 87a Abs. 4 Nr. 2 (Beschluss des G-BA) wäre auch dieses Verfahren zu regeln: Für die Anpassung des Behandlungsbedarfs muss die Menge der Leistungen vereinbart werden, die dann mit der Punktzahldifferenz aus neuer und alter EBM-Bewertung zu multiplizieren ist.
- Soweit Verlagerungen von Leistungen auf der Ebene des EBM zu einer Veränderung der Versichertenmorbidity führen und entsprechende Mengenänderungen (auf der Ebene des EBM) bewirken, werden diese bereits durch die morbiditätsbedingte Fortschreibung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 4 Nr. 1 SGB V abgebildet. Hier wäre verfahrenstechnisch nichts weiter zu regeln. Veränderungen der im vertragsärztlichen Bereich dokumentierten Morbidity lassen sich jedoch nur dann zuverlässig feststellen, wenn die Vertragsärzte tatsächlich die Regelungen zur Kodierung der Diagnosen befolgen.

## **5 Welche Verlagerungen verbleiben als Gegenstand des Verfahrens nach § 87a Abs. 4 Nr. 3 ?**

In Kapitel 3 wurde gezeigt, dass nur für einen Teil der stattfindenden Verlagerungen eine Anpassung des vereinbarten Behandlungsbedarfs im Rahmen von § 87a Abs. 4 Nr. 3 SGB V vorzunehmen ist: Die Vorschrift betrifft nur Leistungen, die Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind und für die daher Mengenbegrenzungen bestehen.

Neben den Vorgaben des (Erweiterten) Bewertungsausschusses sind dazu die regionalen Vereinbarungen zu weiteren Ausdeckelungen zu beachten. Zu beachten sind außerdem Festlegungen zu regionalspezifischen Leistungen.

In Kapitel 4 wurde gezeigt, dass Verlagerungen sowohl über die EBM-Neubewertung bzw. -anpassung und eine damit einhergehenden Anpassung des Behandlungsbedarfs als auch über die morbiditätsorientierte Fortschreibung des vereinbarten Behandlungsbedarfs sowie über die Berücksichtigung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs abgebildet werden können.

Aufgrund der Heterogenität der bisher geschilderten Verlagerungstatbestände kann keine allgemeine Aussage darüber gemacht werden, ob Verlagerungen im Rahmen anderer Regelungen zur Veränderungen des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs führen. Dies muss in jedem konkreten Einzelfall einer Verlagerung geprüft werden. Dies gilt umso mehr, weil sich die Leistungsfähigkeit der alternativen Anpassungsverfahren fortentwickeln wird. Eine Reihe von Verfahren nach §§ 87, 87a SGB V werden vom Bewertungsausschuss für das Jahr 2011 (wiederum) neu beschlossen.

Mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde eine Pauschalierung der EBM-Leistungspositionen vorgeschrieben: Im kommenden Jahr (2010) sollen insbesondere auch arztgruppenspezifische diagnosebezogene Fallpauschalen für bestimmte Versichertengruppen (§ 87 Absatz 2c Satz 4 SGB V) eingeführt werden. Zum jetzigen Zeitpunkt ist jedoch noch unklar, wie diese Pauschalen gefasst werden. Je umfassender die Pauschalen sind, um so mehr Verlagerungen werden bereits durch die reguläre EBM-Neubewertung auf Grundlage veränderter betrieblicher Kosten erfasst.

Zu diesem Zeitpunkt ist zwar das Verfahren zur morbiditätsorientierten Fortschreibung des Behandlungsbedarfs gem. § 87a Abs. 4 Nr. 1 vom Bewertungsausschuss für das Jahr 2010 beschlossen. Allerdings ist noch nicht klar, mit welcher Zuverlässigkeit die geplanten Kodierrichtlinien von den Vertragsärzten in die Praxis umgesetzt werden. Es kann deshalb zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgeschätzt werden, mit welcher Genauigkeit

die durch Verlagerung bedingten Morbiditätsveränderungen im vertragsärztlichen Behandlungsgeschehen über die Fortschreibung des Behandlungsbedarfs abgebildet werden können. Zu diesem Zeitpunkt ist es allerdings wahrscheinlich, dass auch für die Ermittlung der Behandlungsbedarfe des Jahres 2011 aufgrund der Datenlage keine Differenzierung nach Kasse und KV-Region möglich ist. Verlagerungen, insbesondere Verlagerungen von „ambulant“ im Krankenhaus nach „ambulant“ in der Praxis (und umgekehrt) werden jedoch wahrscheinlich eine hohe regionale Spezifität aufweisen, der eine bundeseinheitliche Morbi-Veränderungsrate nicht gerecht wird.

Es verbleiben also nur solche Verlagerungen, die nicht oder nicht vollständig über alternative Verfahren abgebildet werden können, als Gegenstand des Verfahrens nach § 87a Abs. 4 Nr. 3 SGB V. Für diese Verlagerungen ist nach einer Prüfung im konkreten Einzelfall zunächst der Umfang empirisch abzuschätzen. Entsprechend ist nach § 87a Abs. 4 Nr. 3 SGB V der vereinbarte Behandlungsbedarf anzupassen.

## **6 Wie können die zu berücksichtigenden Verlagerungen empirisch dargestellt werden?**

### **6.1 Vorliegende Empirie zu Verlagerungen**

Derzeit liegt nur wenig empirisches Material zum Thema Verlagerungen vor. Die Analysen konzentrieren sich vornehmlich auf die Konsequenzen der DRG-Einführung, insbesondere in Hinblick auf die Möglichkeit *unerwünschter* Verlagerungen (Stichwort: „blutige Entlassungen“). Verlagerungen, wie sie in dieser Expertise betrachtet werden, wurden nur am Rande und als Teilaspekt betrachtet; Zahlen liegen dazu nicht vor.

Umfassende empirische Analysen gibt es bisher nur für den Bereich der Rehabilitation. Nach der aktuellen REDIA-Studie des Instituts für Krankenhausmanagement (IKM) (Eiff et al. 2007) gibt es erste Hinweise, dass die Schwere der Erkrankung bei orthopädischen und kardiologischen Indikationen in der Rehabilitation für die Jahre 2005/2006 gegenüber 2003/2004 zugenommen hat. Die Studie wurde von der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV-Bund) und der Deutschen Rentenversicherung Westfalen gefördert. Wie die Leiterin des Geschäftsbereiches Sozialmedizin und Rehabilitationswissenschaften der DRV-Bund zur REDIA-Studie jedoch klargestellt hat, erfüllen nach den Resultaten der Studie „die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bei der Verlegung die Kriterien der Reha-Fähigkeit. Dies setzt eine ausreichende Wundheilung voraus. In der Regel nehmen die Rehabilitanden von Beginn an am Reha-Programm teil“ (Leserbrief im Deutschen Ärzteblatt, 23/2007, S. A1651).

Im Frühjahr 2007 hat das Bundesgesundheitsministerium bei Verbänden und Instituten auf der Bundesebene eine Umfrage zu den Auswirkungen der DRG-Einführung durchgeführt. Im Ergebnis hat sich daraus kein eindeutiges Bild ergeben. Mangels belastbarer Daten konnten von den Verbänden und Instituten vielfach nur Einschätzungen hinsichtlich einer Verlagerung von Voruntersuchungen auf niedergelassene Ärzte, von Pflegeleistungen auf gesonderte ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen oder auf Rehabilitationseinrichtungen geäußert werden. Medizinische Fachgesellschaften wiesen darauf hin, dass Art und Umfang von Verlagerungen in den einzelnen Fachgebieten sehr unterschiedlich seien, z.T. bestünden auch keine Verlagerungsmöglichkeiten (vgl. Antwort der Bundesregierung (2007): „Frühzeitige Krankenhausentlassungen und Fallpauschalen“, BT-Drucksache 16/6184).

§ 17b Abs. 2 KHG verpflichtet die Vertragsparteien auf Bundesebene zur Durchführung einer Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen Vergütungssystems im Krankenhausbereich, insbesondere im Hinblick auf die Veränderung der Versorgungsstrukturen und die Qualität der Versorgung. Dabei sollen auch die Auswirkungen auf die anderen Versorgungs-

bereiche sowie die Art und der Umfang von Leistungsverlagerungen untersucht werden. Im Dezember 2008 wurde das IGES-Institut mit der Durchführung dieser Untersuchungen beauftragt; erste Ergebnisse werden für Ende dieses Jahres erwartet (vgl. Fürstenberg et al. 2009). Allerdings steht für diese Untersuchung keine sektorübergreifende Datengrundlage zur Verfügung. Die empirische Quantifizierung von Verlagerungen wird also im Rahmen dieser Studie nicht möglich sein.

## **6.2 Möglichkeiten der empirischen Feststellung von Verlagerungen**

Die bisherigen Überlegungen haben gezeigt, dass für eine Fortschreibung des Behandlungsbedarfs aufgrund von Verlagerungen Mengenänderungen auf der Ebene der EBM-Positionen abzuschätzen sind. Zu berücksichtigen sind dabei nur solche Mengenänderungen, die allein auf Verlagerungen zurückzuführen sind und nicht durch eine Veränderung der im vertragsärztlichen Bereich dokumentierten Morbidität begründet werden können.

Eine empirische Feststellung solcher Mengenänderungen, die zwangsläufig auf Basis der abgerechneten EBM-Positionen gemessen werden müssen, stößt auf folgende Schwierigkeiten:

- Zu werten sind nur solche Leistungsmengen, die im aktuellen Jahr, anders als im Jahr davor, nicht mehr im anderen Sektor erbracht werden. Ein solcher Nachweis ist empirisch nur sehr schwer zu erbringen: Es müsste ermittelt werden, wie viele Leistungen im anderen Leistungsbereich nicht mehr erbracht werden. Dazu wären Ereignisse zu zählen, die tatsächlich gar nicht stattgefunden haben. Weil dieser direkte Weg praktisch ausgeschlossen ist, muss ein indirekter Weg beschritten werden, indem über die Analyse von Mengenänderungen auf eine Substitution geschlossen wird. In diesem Fall müssen jedoch die anderen Einflüsse auf die Mengenerwicklung identifiziert und herausgerechnet werden.
- Eine Substitution kann für ein und dieselbe definierte Untersuchungs- und Behandlungsmethode stattfinden. Sie kann sich aber auch auf unterschiedliche Versorgungsformen- bzw. -inhalte beziehen, z.B. auf das Ersetzen stationärer operativer Leistungen durch ambulante kurative Leistungen. Für den Nachweis der „Substitution“ wären solche Verschiebungen in den Versorgungsinhalten zu berücksichtigen.
- Neben intersektoralen Verlagerungen finden auch intrasektorale Verlagerungen (z.B. zwischen Facharztgruppen) statt. Außerdem finden Mengenerhöhungen statt, weil aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts mehr Leistungen erbracht werden können. Diese Veränderungen überlagern sich. Die Feststellung von Mehr- oder Minderleistungen, durch die auf intersektorale Verlagerungen geschlossen werden könnte, wird dadurch konterkariert.

- Mengenänderungen können auch darauf zurückgeführt werden, dass Leistungsverlagerungen zwischen weiteren Sektoren stattfinden. Erfolgt bspw. eine Leistungsverlagerung aus der stationären Versorgung durch Krankenhäuser in die (stationäre oder später ambulante) Rehabilitation können sich Mengenreduktionen bei den stationären Leistungen ergeben. Für die Feststellung von Verlagerungen zwischen stationärer und vertragsärztlicher Versorgung, müssten solche Verlagerungen und die daraus resultierenden Mengenveränderungen gegengerechnet werden.
- Zu berücksichtigen sind nur solche Mengenänderungen, die nicht auf eine Veränderung der im ambulanten Bereich dokumentierten Morbidität zurückzuführen sind. So weit sich durch Verlagerungen auch die Morbidität der im ambulanten bzw. stationären Sektor behandelten Patienten ändert, wird dies bereits über die Fortschreibung des Behandlungsbedarfs entsprechend der Veränderung der Versichertenmorbidity abgebildet. Für die Separierung der unter § 87a Abs. 4 Nr. 3 SGB V zu berücksichtigenden Veränderung müsste im Rahmen der Untersuchung zur Mengenentwicklung eine entsprechende Komponentenzerlegung vorgenommen werden. Ein Konzept dafür wäre noch zu entwickeln. Die entsprechenden Berechnungen wären technisch aufwändig; es müsste auch der nach § 87a Abs. 4 Nr. 1 SGB V ausgewählte Grouper angewendet werden.
- Die weitere Entwicklung des Angebots von Leistungen, die zu einem historischen Zeitpunkt einmal eine Substitution dargestellt haben, wird überformt bzw. überlagert vom weiterhin wirkenden medizinisch-technischen Fortschritt. Der Fortschritt wirkt bei der (erstmaligen) Substitution so, dass nun ambulante Behandlungsverfahren möglich sind, die keinen stationären Aufenthalt mehr erfordern und in wirtschaftlicher Weise bereitgestellt werden können. Im Nachgang der Substitution bewirkt der medizinisch-technische Fortschritt, dass die Leistung im gegebenen Sektor durch immer geringeren oder kostengünstigeren Ressourceneinsatz erbracht werden kann. Dadurch mögliche Mengenerhöhungen sind nicht (mehr) auf eine Verlagerung zurückzuführen.
- Verlagerungen, die Einzelverträge betreffen, sind nicht zu betrachten. Im Falle der integrierten Vollversorgung erscheint eine Separierung der Verlagerungseffekte noch möglich. Schwieriger wird dies bereits im Falle von Hausarztverträgen: In Bezug auf unsere Fragestellung sind nur solche Verlagerungen explizit im Rahmen einer Anpassung des Behandlungsbedarfs zu berücksichtigen, die sich auf hausärztliche Leistungen beziehen, die (noch) im Rahmen des Kollektivvertrags erbracht werden. Für Verträge nach 73c SGB V SGB V wird die Abgrenzungen noch schwieriger.

Die obigen Analysen zeigen, dass Verlagerungen nicht „allgemein“ festgestellt und quantifiziert werden können. Wegen der großen Heterogenität der Verlagerungstatbestände müssen die empirischen Analysen für den

konkreten Einzelfall zugeschnitten werden. Dazu müssen bezogen auf einen betrachteten Verlagerungstatbestand diejenigen Einflüsse auf die Mengen, die nicht mit dem betrachteten Verlagerungstatbestand zusammenhängen, herausgerechnet werden. Die Methodik zur Quantifizierung der Verlagerung kann dabei jeweils sehr unterschiedlich sein (z.B. partielle Verlagerung von ambulant nach stationär versus vollständige Verlagerung). Vor allem die Verlagerung ambulanter Leistungen des Krankenhauses in den vertragsärztlichen Bereich und umgekehrt ist sehr schwer feststellbar.

## 7 Wie können diese Verlagerungen in dem vom Bewertungsausschuss beschlossenen Verfahren nach § 87a Abs. 4 Nr. 3 SGB V berücksichtigt werden?

§ 87a Abs. 5 S. 1 SGB V

### Der Bewertungsausschuss beschließt ein Verfahren

1. zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach Absatz 3 Satz 4,
2. zur Bestimmung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach Absatz 4 Nr.1 sowie
- 3. zur Bestimmung von Veränderungen von Art und Umfang der vertragsärztlichen Leistungen nach Absatz 4 Nr. 2, 3 und 4.**

Aus den vorgenannten Ausführungen ist deutlich geworden, dass das Verfahren zur Bestimmung der Veränderung von Art und Umfang der vertragsärztlichen Leistungen auf Grund der Verlagerung von Leistungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor mehrere Voraussetzungen hat:

- (1) Der Verlagerungstatbestand muss nach seiner „Art“ sachlich klar abgegrenzt werden.
- (2) Für den Verlagerungstatbestand muss geprüft werden, ob die daraus resultierenden Veränderungen bereits in einem anderen Bereich des Verfahrens zur Bestimmung der vertragsärztlichen Vergütung berücksichtigt werden.
- (3) Der Verlagerungstatbestand muss hinsichtlich des „Umfangs“ empirisch dargestellt werden. Insbesondere muss er abgrenzbar sein von **den** Veränderungen der vertragsärztlichen Leistungen, die nicht aus Verlagerungen resultieren.

Aus der großen Heterogenität der geschilderten „Verlagerungen“ resultiert, dass diese Voraussetzungen nur erfüllt werden können, wenn die Verlagerungstatbestände hinreichend genau definiert werden.<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> Eine allgemeine Differenzierung, wie sie aus der öffentlichen Diskussion dieser Fragen (vgl. Kapitel 2) bekannt ist, reicht nicht aus. Allgemeine Indikatoren der Leistungsverlagerung, wie z.B. die prozentuale Verkürzung der Verweildauer, Veränderungen der Krankenhausaufenthaltsstage, der teil-, vor- oder nachstationär abgerechneten Fälle oder der ambulanten Operationen im Krankenhaus sind ggf. ausreichend, um das Phänomen der Verlagerung für die medizinsoziologische Diskussion zu beschreiben. Für die Berücksichtigung von Veränderungen im Rahmen der Vergütungsverhandlungen sind sie allerdings nicht geeignet. Das gilt auch für formelmäßige Ableitungen aus diesen Indikatoren.

Bereits im 1. Kapitel wurde darauf hingewiesen, dass der Gesetzgeber unter „Verlagerung von Leistungen“ die Verlagerung der „medizinischen Behandlung von Patienten“ verstanden hat. Das bedeutet, dass die „Behandlung“, die im stationären Vergütungssystem nach dem Kalkulationsschema des IneK dargestellt ist, für die ambulante Versorgung entsprechend der EBM-Logik beschrieben werden muss. Die Tabellen, die zur Umsetzung des §115b SGB V ausgearbeitet worden sind, zeigen beispielhaft, auf welchem Detailniveau hier vorgegangen werden muss. Bei den Verlagerungen aus ambulanten Bereichen des Krankenhauses, in denen bereits nach der EBM-Logik vergütet wird, in den Bereich der vertragsärztlichen Vergütung erübrigt sich dieser Schritt.

In den regionalen Vereinbarungen zum vereinbarten Behandlungsbedarf werden z.T. unterschiedliche Leistungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung herausgenommen und extrabudgetär gestellt. Für jeden Verlagerungstatbestand ist somit zu prüfen, ob für die Region eine Anpassung des Behandlungsbedarfs gerechtfertigt ist.

### **Vorschlag für das Verfahren nach § 87a Abs. 4 Nr. 3**

Der Bewertungsausschuss überprüft auf Antrag mindestens eines Mitglieds Verlagerungstatbestände, die den vertragsärztlichen Bereich der Gesamtvergütung betreffen und gibt eine Empfehlung über die Anpassung des Behandlungsbedarfs.

Im Antrag muss der Verlagerungstatbestand nach der „Art“ (EBM-Positionen, Gebührenordnungspositionen des stationären Sektors) sachlich klar abgegrenzt werden.

Im Einzelnen sind die Verfahrensschritte der Prüfung und Empfehlung wie folgt:

- (1) Der Bewertungsausschuss prüft,
  - (a) ob der gemeinsame Bundesausschuss nach § 7 seiner Verfahrensordnung eine sektorspezifische Bewertung zur Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen durchgeführt hat,
  - (b) ob der Verlagerungstatbestand die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung betrifft und
  - (c) ob die daraus resultierenden Veränderungen bereits in einem anderen Bereich des Verfahrens zur Bestimmung der vertragsärztlichen Vergütung berücksichtigt werden.
- (2) Sofern die betreffenden Leistungspositionen Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind, ermittelt der Bewertungsausschuss für die Anpassung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung die Veränderung des Behandlungsbedarfs.
- (3) Auf Basis der empirischen Ergebnisse gibt der Bewertungsausschuss an die regionalen Vertragspartner eine Empfehlung zur Anpassung

des Behandlungsbedarfs gem. § 87a Abs.4 Nr.3 SGB V unter Beachtung von § 71 SGB V.

- (4) Die regionalen Vertragspartner können von der Bundesempfehlung abweichen, um regionale Besonderheiten in der Versorgungsstruktur zu berücksichtigen.

Das Verfahren muss außerdem Fragen der Datengrundlage und die Berechnungsmethodik regeln.

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat in seinem Beschluss am 2. September 2009, Beschlussteil B zum Verfahren zur Anpassung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs gem. § 87a Abs. 4 SGB V für das Jahr 2010 Anforderungen an eine Berechnungsmethodik zur Anpassung des Behandlungsbedarfs auf Grund von Verlagerungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor formuliert. Im Verfahren ist eine Methode zur Messung der Verlagerungseffekte festzulegen, welche diesen Anforderungen entspricht.

Dazu ist für die Identifikation intersektoraler Verlagerungen, die *nicht* mit einer „Morbiditätsverlagerung“ begründet werden können, ist ein Konzept zu entwickeln, mit dem eine Separierung der Mengenänderung in „morbiditätsbedingt“ und „Verlagerung ohne einhergehende Morbiditätsveränderung im vertragsärztlichen Bereich“ möglich ist.

## Literatur

Antwort der Bundesregierung (2007): Frühzeitige Krankenhausentlassungen und Fallpauschalen, BT-Drucksache 16/6184

Bundesministerium für Gesundheit (2007): Auswertung des BMG-Fragenkatalogs zu den Erfahrungen mit der DRG-Einführung, Berlin

Eiff von W, Klemann A, Meyer N (2007): REDIA-Studie II – Auswirkungen der DRG-Einführung auf die medizinische Rehabilitation. Münster

Fürstenberg T, Nolting H-D, Zich K, Laschat M (2009): Untersuchung zu den Auswirkungen der Vergütung nach Fallpauschalen, InEK und Selbstverwaltungspartner starten offizielle G-DRG-Begleitforschung, in: Das Krankenhaus, H.4, 2009, S. 312-314

Schneider M, Wolf S (2009): Vergütungsreform Ärzte: Umsetzung der dritten Stufe – was steht an? In: Die Ersatzkasse, 5/2009, S. 180-183

SVR-Gesundheit (2009): Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Sondergutachten 2009, [www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de)

SVR-Gesundheit (2001): Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band II Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege, BT-Drucksache 14/5661