

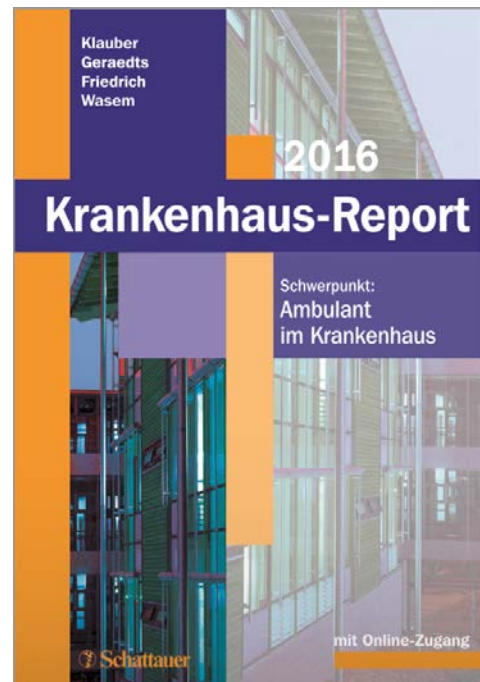
Krankenhaus-Report 2016

„Ambulant im Krankenhaus“

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

Schattauer (Stuttgart) 2016

Auszug Seite 85-96



5	Hochschulambulanzen.....	85
	<i>Antonius Reifferscheid, Jürgen Wasem und Dominik Thomas</i>	
5.1	Einleitung.....	86
5.2	Datensatz	87
5.3	Ergebnisse	88
5.3.1	Zugang zu den HSA	88
5.3.2	Diagnosedaten der Patienten	89
5.3.3	OPS-Kodes.....	91
5.3.4	Entgeltarten.....	92
5.4	Diskussion	93
5.5	Fazit	95

5 Hochschulambulanzen

Antonius Reifferscheid, Jürgen Wasem und Dominik Thomas

Abstract

Dieser Beitrag wirft einen Blick auf die ambulante Versorgung in den Hochschulambulanzen (HSA). Mit 3,5 Mio. Fällen und einem Erlösvolumen von gut 0,5 Mrd. € im Jahr 2013 stellen sie eine wichtige Säule in der ambulanten universitären Versorgung dar. Gemäß der bisherigen Gesetzgebung hatten die HSA nur die Berechtigung im für die Lehre und Forschung erforderlichen Umfang Patienten ambulant zu versorgen. Dennoch übernahmen die HSA in den letzten Jahren zunehmend Aufgaben bei der ambulanten Behandlung von Patienten mit schweren Erkrankungen. Diese bisherige Versorgungspraxis wurde im Juli 2015 durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) gesetzlich legitimiert. Vor dem Hintergrund dieser Gesetzesänderung wurde zuletzt intensiv über die Aufgabenbereiche, aber auch über die Finanzierung der HSA diskutiert. Auf Basis der Abrechnungsdaten der AOK-Versicherten soll in diesem Beitrag ein differenzierter Überblick über die Versicherten- und Versorgungsmerkmale in den HSA gegeben werden. Insbesondere werden in diesem Zusammenhang der Zugang, das Diagnose- sowie Prozedurenspektrum und die Vergütung der HSA näher analysiert.

This paper takes a look at patient care in outpatient departments of university hospitals (HSA) in Germany. With 3.5 million cases and a revenue of more than € 0.5 billion in 2013, they represent an important pillar of university outpatient care. According to present legislation, HSA only have permission to treat outpatients in a scope necessary for teaching and research. Nevertheless, in recent years HSA have increasingly taken over the outpatient treatment of seriously ill patients. This current practice was legitimised by the Health Care Supply Enhancement Act (GKV-VSG) in July 2015. Against the backdrop of this amendment, the responsibilities, but also the financing of HSA were recently discussed intensively. Based on AOK claims data, this paper provides a differentiated summary of the characteristics of insureds treated and health care supply in HSA. In particular, the access to HSA, their diagnostic and procedure spectrum and their remuneration are analysed.

5.1 Einleitung

Hochschulambulanzen (HSA) sind mit insgesamt 3,5 Mio. Fällen und einem Erlös-volumen von gut 0,5 Mrd. € im Jahr 2013 eine wichtige Versorgungsform in der ambulanten universitären Krankenbehandlung der GKV-Versicherten (Bundesministerium für Gesundheit 2014a; 2014b).¹ Im Verhältnis zum finanziellen Gesamtvolumen des ambulanten Sektors von 33,5 Mrd. € für die ärztliche Behandlung (GKV-Spitzenverband 2015) ist ihre Bedeutung für die Gesamtversorgung jedoch zu relativieren. Die gesetzliche Grundlage für die HSA bildet § 117 SGB V, der zuletzt im Juli 2015 durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) geändert wurde. Gemäß § 117 SGB V Abs. 1 sind „Ambulanzen, Institute und Abteilungen der Hochschulkliniken (Hochschulambulanzen) [...] zur ambulanten ärztlichen Behandlung [...] ermächtigt“. Es handelt sich bei den HSA nicht um eine bestimmte Organisationsform, sondern vielmehr um eine spezifische Versorgungsform und Abrechnungsart basierend auf entsprechenden Ermächtigungen (Wissenschaftsrat 2010). Früher beschränkte sich der rechtliche Aufgabenbereich lediglich auf eine ambulante Patientenversorgung „in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang“. Mit dem GKV-VSG wurden die Aufgaben der HSA erweitert und in § 117 SGB V eine Behandlungsermächtigung für Patienten ergänzt „die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanz bedürfen“. Grundsätzlich darf dieser erweiterte Patientenkreis nur auf Überweisung eines Facharztes behandelt werden. Zudem sollen bis Anfang 2016 der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft die relevanten Patientengruppen der HSA definieren sowie ggf. Ausnahmen für das fachärztliche Überweisungsgebot vereinbaren.

Diese Gesetzesänderung hat letztlich nur die bestehende Versorgungsrealität umgesetzt, dass in den HSA seit Jahren über die Aufgabenbereiche Forschung und Lehre hinaus Patienten behandelt werden. So werden Patienten mit komplexen Krankheitsbildern häufig gezielt von Vertragsärzten an die HSA überwiesen, da es sich oftmals um Erkrankungen handelt, die einen hohen und somit kostenintensiven diagnostischen und therapeutischen Aufwand erfordern, der durch niedergelassene Ärzte nicht gewährleistet werden kann oder mit längeren Wartezeiten verbunden ist (Bauer et al. 2011). Entsprechend forderte der Wissenschaftsrat im Jahr 2010, die HSA adäquat in das ambulante Versorgungssystem zu integrieren (Wissenschaftsrat 2010). Bereits im Jahr 2003 hat die im Auftrag des BMBF durchgeführte Hochschulambulanzstudie von Lauterbach et al. anhand einer empirischen Erhebung in sechs Universitätsklinikum gezeigt, dass im Durchschnitt nur 11 % der Arbeitszeit für Forschungsaufgaben und weitere 8 % für die Lehre verwendet werden. Entsprechend wurde für die gesetzliche Hauptaufgabe der HSA lediglich knapp ein Fünftel der Arbeitszeit eingesetzt. Eine andere Studie an einem Universitätsklinikum erhob einen Forschungsanteil von 9 % und einem Lehranteil von 19 % und er-

¹ Die Behandlung von Privatversicherten in Hochschulambulanzen, die im Regelfall über die Privatabrechnung der liquidationsberechtigten Hochschullehrer erfolgt, ist nicht Gegenstand dieses Beitrages. Der Verband der Universitätsklinikum schätzt die Fallzahl basierend auf Angaben von 18 Kliniken auf 4,6 Mio. €. (o. V. 2015a)

mittelte damit relativ vergleichbare Werte (Gieselmann et al. 2007). In den letzten Jahren ist die Bedeutung der HSA für die Behandlung von Patienten mit schweren Erkrankungen (um durchschnittlich 5% p. a.) weiter gestiegen, obwohl dies bisher nicht dem gesetzlichen Auftrag gemäß § 117 SGB V entsprach (Wissenschaftsrat 2010). Darüber hinaus nehmen die HSA weitere Aufgaben in der konsiliarischen Konsultation von stationären Patienten wahr (Gieselmann et al. 2007). Da diese Leistungen über die DRG-Fallpauschalen abgedeckt sind, finden sich entsprechend keine Abrechnungsdokumentationen zu diesem Aufgabenbereich.

Die Ausgaben der Krankenkassen für die Leistungen der HSA in Versorgung, Forschung und Lehre beliefen sich im Jahr 2014 auf 523 Mio. € und sind damit um knapp 13% gegenüber dem Vorjahr (464 Mio. €) gestiegen (Bundesministerium für Gesundheit 2014b, 2015). In diesem Zusammenhang ist allerdings zu erwähnen, dass die HSA-Kosten in der KV-45-Statistik erst seit 2013 erfasst werden und sich aufgrund der unmittelbaren Abrechnung zwischen Leistungserbringer und Krankenkassen nach § 120 Abs. 2 SGB V in diesem Punkt ein eher intransparentes Bild zeigt.

Die Höhe der Vergütung der HSA sollte sich im bislang geltenden Recht an den Entgelten vergleichbarer ambulanter Leistungen orientieren. In jedem Bundesland wird die konkrete Ausgestaltung der Vergütung zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den jeweiligen Universitätsklinika abgestimmt, sodass unterschiedliche Regelungen bestehen. Vorwiegend werden HSA über Quartalspauschalen ohne nähere Differenzierung finanziert (Bauer et al. 2011). Daneben existieren jedoch zahlreiche weitere Einzelentgelte und Pauschalen zur Vergütung der HSA. Insbesondere in Bayern und Baden-Württemberg gelten differenzierte Vergütungsregelungen. Darüber hinaus wird häufig über Fallobergrenzen das Budget der HSA gedeckelt. Diese Fallobergrenzen orientieren sich in der Regel am gesetzlichen Auftrag der HSA zur Erfüllung von Leistungen im Rahmen von Forschung und Lehre und decken daher häufig nicht die darüber hinausgehende Versorgungsfunktion komplexer Krankheitsbilder ab, sodass viele Universitätskliniken über eine unzureichende Finanzierung der tatsächlich erbrachten Leistungen klagen. Hinzu kommt, dass die gezahlten Quartalspauschalen nach Angaben der Universitätskliniken kein kostendeckendes Niveau aufweisen (Richter-Kuhlmann 2014).

5.2 Datensatz

Die nachfolgenden Angaben beruhen auf Daten des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO), das den AOK-Datenbestand aus dem Abrechnungsverfahren HSA des Jahres 2013 für die Untersuchung aufbereitet und zur Verfügung gestellt hat.² Aus diesem Datensatz wurden 0,001% der Fälle ausgeschlossen, die sich auf 23 Institutskennzeichen verteilten und keinem Universitätsklinikum zuordenbar waren. Der finale Datensatz enthält Angaben zu knapp 1,4 Mio. Fällen, die insgesamt

² Die Datenbestände des Jahres 2014 lagen ebenfalls vor. Allerdings ist die Abrechnung im ambulanten Bereich teilweise stark verzögert, sodass relevante Fallzahlen selbst ein Jahr nach Leistungserbringung abgerechnet werden.

822 000 Versicherten zugeordnet sind, was einem Durchschnitt von 1,65 Fällen je Versicherten entspricht. Ferner ist mit den AOK-Abrechnungsdaten ein Erlösvolumen von 152 Mio. € verbunden. Insgesamt enthält der AOK-Datensatz knapp 40 % der bundesweiten HSA-Fälle der GKV. In Summe rechnen 67 HSA mit eigenem Institutskennezeichen (IK) an 48 Standorten Fälle mit der GKV ab. Die Fallzahlen der jeweiligen HSA variieren dabei sehr stark von einigen wenigen Patientenkontakten bis hin zu über 100 000 Fällen im Jahr. Die durchschnittliche Anzahl abgerechneter Fälle je Standort lag 2013 bei 28 000. Das Durchschnittsalter der Patienten betrug 47,5 Jahre und der Frauenanteil lag bei 53,7 %. Es ist zu beachten, dass 67 % der Versicherten nur in einem Quartal im Jahr Kontakt mit der HSA hatten. Weitere 20 % bzw. 8 % hatten mindestens einen HSA-Kontakt in zwei bzw. drei Quartalen. Somit hatten nur 5 % der Patienten einen durchgängigen Kontakt in allen vier Quartalen. Grundsätzlich erscheint das Patientenkontingent der HSA eine höhere Morbidität aufzuweisen – 43 % der Versicherten mit HSA-Kontakt hatte 2013 mindestens einen zusätzlichen stationären Aufenthalt. Gerade bei ambulanten Behandlungen, die eng an den Krankenhausaufenthalt angrenzen, fällt die Wertung des Kontakts als HSA-Fall oder vor-/nachstationäre Leistung zwischen Krankenkassen und Universitätskliniken teilweise unterschiedlich aus.

5.3 Ergebnisse

5.3.1 Zugang zu den HSA

Der Zugang der Patienten zu den HSA erfolgt laut der Hochschulambulanzstudie von Lauterbach et al. aus dem Jahre 2003 überwiegend (ca. zwei Drittel der Patienten) per Überweisung von niedergelassenen Ärzten. Daneben spielen Konsiliarleistungen, Notfallversorgung (i. d. R. nur bei Abwesenheit einer zentralen Notaufnahme) und der „freie“ Patientenzugang z. B. für Teilnehmer von Forschungsstudien eine Rolle (Lauterbach et al. 2003, S. 59). Der Datensatz der AOK-Versicherten zeigt, dass in knapp 79 % aller Fälle ein Kennzeichen einer einweisenden Institution hinterlegt ist. Da zwischen den Einrichtungen deutliche Unterschiede (33–99 % der Fälle mit Überweisungs-IK) beobachtet werden, die vermutlich teilweise auf ein unterschiedliches Dokumentationsverhalten hinweisen, wurde auf eine differenzierte Analyse der Einweisungssituation verzichtet.

Hinsichtlich der Anfahrtszeiten (ausgehend von der PLZ des Wohnortes) zu den HSA lässt sich feststellen, dass gemäß den AOK-Daten je Behandlungsfall im Median 24 km Anfahrtsweg (bzw. 25 Minuten Fahrtdauer) mit dem PKW anfielen.³ Das untere Quartil liegt bei 9 km Fahrtweg (bzw. 15 Minuten), während das obere Quartil bei ca. 57 km liegt (bzw. 44 Minuten Fahrzeit). Der GKV-Spitzenverband hat eine vergleichbare Analyse bezogen auf die Erreichbarkeitssituation der Gesamtbevölkerung durchgeführt. Für die Gesamtbevölkerung werden durchgängig

³ Wird die Fahrzeitenanalyse auf Versichertenebene durchgeführt, ergeben sich marginal abweichende Werte (Median: 25 km; unteres Quartil: 10 km; oberes Quartil: 59 km).

höhere Werte festgestellt – exemplarisch sei auf den Median von 43 km Entfernung bzw. 35 Minuten Fahrzeit verwiesen (Leber 2015). Dies bedeutet, dass die HSA überwiegend Patienten aus dem direkteren räumlichen Umfeld behandeln.

Die Analyse der einzelnen Standorte zeigt, dass die Anfahrtszeiten zwischen den HSA sehr heterogen ausfallen. Der Median liegt jeweils zwischen 13 und 41 Minuten Anfahrtszeit. Das untere Quartil liegt zwischen 4 und 23 Minuten, während das obere Quartil der Fahrzeit bei 20 bis 63 Minuten liegt. Daran wird deutlich, dass einzelne HSA eine wesentlich lokalere Versorgungsausrichtung aufweisen, während andere HSA eine größere überregionale Bedeutung für die Versorgung des Umlandes besitzen. Tendenziell sind die Anfahrtszeiten erwartungsgemäß in Metropolregionen geringer. Diese Beobachtungen korrespondieren mit der Untersuchung von Lauterbach et al. (2003), die festgestellt haben, dass bei einzelnen HSA eine große lokale Versorgungsrelevanz besteht (teilweise über 50% Patientenanteil aus der jeweiligen Universitätsstadt), andere HSA hingegen eine stärkere überregionale Bedeutung aufweisen.

Auch wenn seitens der Unikliniken auf die Bedeutung der HSA für die Patientenversorgung an den Wochenenden, Feiertagen oder am Mittwochnachmittag hingewiesen wird (o. V. 2015b), manifestiert sich dies kaum am Anteil der Wochenendaufnahmen. Nur 3,6% der HSA-Fälle (ca. 51 000) werden am Samstag oder Sonntag behandelt. Diese Ergebnisse korrespondieren mit früheren Beobachtungen (Gieselmann et al. 2007). Gleichzeitig ist darauf hinzuweisen, dass unter dem Gesichtspunkt der Lehre eine hohe Behandlungsintensität am Wochenende nicht zweckmäßig erscheint. Unter der Woche werden im Schnitt insgesamt 266 000 Fälle pro Jahr an jedem Wochentag behandelt. Nur am Freitag werden mit insgesamt 205 000 Fällen leicht unterdurchschnittlich viele Patienten versorgt. Der Mittwoch zeigt hingegen keine Auffälligkeiten.

5.3.2 Diagnosedaten der Patienten

Insgesamt wurden bei den 1,4 Mio. Fällen des AOK-Datensatzes knapp 1,7 Mio. Diagnosen kodiert. Im Durchschnitt werden 1,23 Diagnosen pro Patient kodiert und hierbei über 1 500 verschiedene ICD-3-Steller genutzt. Die zehn am häufigsten kodierten ICD-Kapitel finden sich in Tabelle 5–1. Es ist erkennbar, dass am häufigsten Z-Diagnosen auftreten, gefolgt von Erkrankungen des Auges oder Ohres sowie Neubildungen.

In Tabelle 5–2 sind die zehn häufigsten Diagnosen auf ICD-3-Steller-Ebene dargestellt. Hier sind gleich drei Diagnosen aus dem ICD-Z-Kapitel anzutreffen. Mit Abstand am häufigsten wird der ICD-3-Steller Z01 (Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose) mit rund 123 000 Fällen eingesetzt. Mit rund 33 000 Fällen sind die sonstigen Affektionen der Netzhaut (H35) die zweithäufigste Diagnose, gefolgt von den bösartigen Neubildungen der Brustdrüse (C50) mit etwa 23 000 Fällen.

Eine nähere Analyse der ICD-3-Steller nach der Häufigkeit der Patientenkontakte zeigt ein abweichendes Bild: Während sich für die am häufigsten kodierte, aber abstrakte Diagnose Z01 die Verteilung zwischen Einzelkontakten und Mehrfachkontakten noch die Waage hält, liegt für sämtliche weiteren Diagnosen eine größere Spezifität vor. So weisen die Diagnosen H35, C50, Z94, L40 und B18 einen

überdurchschnittlich hohen Anteil an Patienten mit Mehrfachkontakten auf – bei durchschnittlich ca. 2,5 bis 3 Quartals-Kontakten pro Patient und Jahr. Die verbleibenden Diagnosen M54, R10, I25 und Z96 weisen hingegen einen Anteil zwischen 60 und 80% an Patienten mit nur einem HSA-Kontakt im Jahr auf. Betrachtet man nur diejenigen Versicherten, die 2013 in jedem der vier Quartale einen Kontakt zur HSA hatten (ca. 44 000), treten logischerweise die chronischen Erkrankungen (von Haut (L40) und Augen (H35)) noch stärker in den Vordergrund. Auch die ICD-3-Steller K50 (Chronische Erkrankungen der Verdauungsorgane), E10 und E11 (Dia-

Tabelle 5–1

Top 10 ICD-Hauptkapitel in HSA für AOK-Patienten 2013

ICD-Kapitel	Bezeichnung	Fallzahl (in Tsd.)
Z	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	263,1
H	Krankheiten des Auges oder Ohres	188,6
C	Neubildungen	155,6
M	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems u. Bindegewebes	147,4
I	Krankheiten des Kreislaufsystems	110,5
L	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	87,7
E	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	86,2
R	Symptome u. abnorme klinische u. Laborbefunde	81,9
D	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	73,9
G	Krankheiten des Nervensystems	70,9

Krankenhaus-Report 2016

WIdO

Tabelle 5–2

Top 10 ICD-3-Steller in HSA für AOK-Patienten 2013

ICD-3-Steller	Bezeichnung	Fallzahl (in Tsd.)
Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	122,8
H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	33,2
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse	23,4
M54	Rückenschmerzen	18,7
Z94	Zustand nach Organ- oder Gewebetransplantation	16,7
L40	Psoriasis	14,6
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	14,2
B18	Chronische Virushepatitis	13,6
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	13,5
Z96	Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	13,4

Krankenhaus-Report 2016

WIdO

betes Mellitus) und K50 (Morbus Crohn) sind hier relativ häufiger anzutreffen. Ebenfalls sind regelmäßige Kontrollen nach Transplantationen (Z94) bei dieser spezifischen Patientenklientel recht verbreitet.

5.3.3 OPS-Kodes

Im AOK-Datensatz finden sich insgesamt 785 verschiedene OPS-Kodes, die in den HSA verwendet werden. Allerdings wurden nur bei 8% der Fälle OPS-Kodes dokumentiert. Dabei tritt jedoch eine große Spannweite zwischen den HSA auf. Während einzelne HSA trotz hoher Fallzahlen (bis zu 75 000 Fälle im Jahr) teils gar keine OPS dokumentieren, weisen andere HSA in bis zu 18% aller Fälle einen entsprechenden OPS-Kode auf. Insbesondere die HSA in Bayern und Baden-Württemberg weisen überwiegend höhere Dokumentationsraten von über 10% auf, was vermutlich auf die differenzierten Vergütungsregelungen in diesen Bundesländern zurückzuführen ist. Sofern OPS-Kodes bei einem Fall genutzt werden, dokumentieren die HSA im Jahr 2013 durchschnittlich 2,7 OPS-Kodes pro Fall (insgesamt 296 199 OPS-Kodes). Die Hälfte der verwendeten OPS-Kodes entstammt dem Bereich der „bildgebenden Diagnostik“. Der Großteil der Leistungen dieses OPS-Kapitels konzentriert sich auf CT- und MRT-Untersuchungen (mit Kontrastmittel) sowie die Mammographie. Weitere relevante Bereiche sind „diagnostische Maßnahmen“ mit einem OPS-Anteil von 25%. Aus dem OPS-Kapitel werden insbesondere Spiegelungen (des Rachens, Kehlkopfes, Speiseröhre etc.) sowie audiometrische und neurologische Untersuchungen kodiert. „Nichtoperative therapeutische“ Maßnahmen traten mit einem Anteil von 16% auf, wobei die Hochvoltstrahlentherapie und die therapeutische Injektion die mit Abstand häufigsten Leistungen aus diesem Kapitel sind. Eine Auflistung der Top 10 OPS-Kodes findet sich in Tabelle 5–3.

Tabelle 5–3

Top 10 OPS-4-Steller in HSA für AOK-Patienten 2013

OPS-4-Steller	Bezeichnung	Fallzahl (in Tsd.)
8-522	Hochvoltstrahlentherapie	21,8
3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	20,1
3-100	Mammographie	12,7
3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	11,1
3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	11,1
8-020	Therapeutische Injektion	9,6
1-611	Diagnostische Pharyngoskopie	9,5
3-200	Native Computertomographie des Schädels	8,2
3-993	Quantitative Bestimmung von Parametern	7,3
1-242	Audiometrie	6,0

5.3.4 Entgeltarten

Hinsichtlich der Vergütung der HSA ist festzustellen, dass die Abrechnung über Quartalspauschalen klar dominiert. Insgesamt wurden rund 790 000 Quartalspauschalen abgerechnet, auf die 43 % des Erlösvolumens entfallen und die mit durchschnittlich 82 € vergütet werden. Der Erlösanteil der weiteren (insgesamt knapp 900 verschiedenen) Entgeltpositionen ist deutlich geringer. Mit etwa 2 % Erlösanteil folgt der Sprechstundenbedarf, der bei 99 % der Quartalspauschalen ebenfalls abgerechnet wird und somit insgesamt knapp 790 000 Abrechnungsposten ausmacht (durchschnittliche Vergütungshöhe 4 €). CT- und MRT-Untersuchungen treten wesentlich seltener in Erscheinung (30 000 respektive 22 000 Abrechnungsposten), dafür werden sie mit durchschnittlich 100 € bzw. 171 € wesentlich höher vergütet, sodass diese beiden Abrechnungsposten ebenfalls einen nennenswerten Erlösanteil aufweisen. Darüber hinaus werden in der Laboratoriumsmedizin, Augenheilkunde, Inneren Medizin und Dermatologie umsatzmäßig relevante „Pauschalen nach Katalog“ abgerechnet, allerdings nur von sehr wenigen Einrichtungen (siehe Tabelle 5–4). Insgesamt entfallen 65 % der Erlöse auf die umsatzmäßig stärksten 20 Entgeltarten. Betrachtet man die umsatzstärksten 50 Erlöspositionen, werden rund 80 % des finanziellen Gesamtvolumens erklärt.

Die Anzahl der verschiedenen abgerechneten Entgeltpositionen schwankt stark zwischen den Einrichtungen. Dies zeigt sich bereits darin, dass nur zehn Abrechnungspositionen in mindestens zehn verschiedenen HSA eingesetzt werden. In Bayern und Baden-Württemberg werden aufgrund der differenzierten Vergütungssituation überdurchschnittlich viele verschiedene Abrechnungspositionen dokumentiert – einzelne HSA dokumentieren bis zu 350 verschiedene Entgelte. In den anderen

Tabelle 5–4

Top 10 Entgeltpositionen (nach Erlösanteil) in HSA für AOK-Patienten 2013

Entgelt-kode	Bezeichnung	Anzahl Entgelte (in Tsd.)	Durchschnittliches Entgelt	Erlösanteil	Anzahl abrechnende IK
21000000	Quartalspauschale (ohne Differenzierung)	789,8	81,60 €	42,93 %	47
21000010	Sprechstundenbedarf	786,5	4,09 €	2,14 %	20
28034001	CT-Untersuchung	30,0	100,39 €	2,01 %	9
23000070	Tagespauschale Laboratoriumsmedizin	22,3	75,29 €	1,12 %	2
21027000	Quartalspauschale Augenheilkunde	20,0	58,58 €	0,78 %	3
28034002	MRT-Untersuchung	18,9	170,64 €	2,15 %	9
26000001	Notfallpauschale	16,7	60,31 €	0,67 %	4
21034000	Quartalspauschale Dermatologie	16,2	60,27 €	0,65 %	3
21038260	Quartalspauschale Fachbereich Klinische Chemie und Laboratoriumsdiagnostik	15,7	54,24 €	0,57 %	2
25101109	Pauschale nach Katalog Innere I	14,0	120,97 €	1,13 %	2

Bundesländern kommen die HSA mit deutlich weniger Entgeltpositionen aus. Die meisten Einrichtungen greifen lediglich auf ein bis zwei verschiedene Quartalspauschalen zurück und keine HSA kodiert mehr als 50 unterschiedliche Entgeltpositionen. Die Differenzierung der Entgeltcodes scheint in einem gewissen Verhältnis zu den Erlösen zu stehen. In Baden-Württemberg ist der Mittelwert der Vergütung pro Erstkontakt mit 167 € überdurchschnittlich hoch. In Bayern liegt er mit durchschnittlich 99 € leicht unter dem bundesweiten Mittelwert von 105 €, der allerdings von Baden-Württemberg stark verzerrt wird. Ohne Bayern und Baden-Württemberg liegt die durchschnittliche Vergütung des Erstkontakts bei 75 €. Insgesamt liegt die Vergütung des Erstkontakts in den einzelnen HSA zwischen gut 50 € bis knapp 200 €. ⁴ Im Jahresdurchschnitt erhielten die Krankenhäuser zwischen 70 und 350 € pro Versicherten – wobei natürlich die unterschiedliche Zahl an Folgekontakten bedacht werden muss.

5.4 Diskussion

Wie bereits die Einschränkungen z. B. bei der Vergütungsanalyse gezeigt haben, ist eine insgesamt eher mäßige Transparenz das größte Problem bei einer Routinedaten-Untersuchung der derzeitigen Versorgungssituation in den HSA. Bei den verbreiteten Quartalspauschalen kann nur nachvollzogen werden, dass ein Patient mit einer bestimmten Diagnose in der HSA behandelt wurde. Daher lässt sich anhand des AOK-Datensatzes nicht abschätzen, welchen Stellenwert die Forschung, Lehre und spezialisierte ambulante Versorgung in den jeweiligen HSA einnimmt. Differenzierte Vergütungsansätze in den südlichen Bundesländern ermöglichen zumindest tiefere Einblicke in das Versorgungsgeschehen. Allerdings kann nicht beurteilt werden, ob tatsächlich eine seitens der Universitätskliniken beklagte massive Unterfinanzierung der HSA besteht. Für eine pauschale Bewertung dieses Sachverhalts sind die Patientenklitel der einzelnen HSA sowie ihre Vergütungsstrukturen zu heterogen. In Baden-Württemberg, das die mit Abstand höchste durchschnittliche Vergütung aufweist, ist eine solche Unterfinanzierung jedoch weniger zu erwarten als in anderen Bundesländern. Umgekehrt liegen in einzelnen Bundesländern die Quartalspauschalen deutlich unterhalb der durchschnittlichen (quartalsbezogenen) Vergütung. Gleichzeitig ist zu bedenken, dass die HSA nicht die einzige Möglichkeit zur Abrechnung ambulanter universitärer Leistungen darstellen. Vielmehr bietet sich den Universitätskliniken eine Reihe weiterer ambulanter Gestaltungsmöglichkeiten – etwa die § 116b-Regelung, teilstationäre Behandlungen, Ermächtigungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung oder die vor- und nachstationäre Versorgung. Ökonomisch wäre es rational, sich aus den im Einzelfall anwendbaren Vergütungsmöglichkeiten jeweils den vorteilhaftesten Abrechnungsweg zu wählen. Vor diesem Hintergrund sollten mögliche Veränderungen im Leistungsspektrum sorgsam beobachtet werden.

⁴ Hierbei wurden rein psychiatrische HSA nicht betrachtet.

Mit dem GKV-VSG kommen verschiedene gesetzliche Änderungen auf die HSA zu. So soll unter anderem die Wirtschaftlichkeit und Qualität der HSA-Versorgung geprüft werden (§ 117 SGB V). Außerdem wird der definierte Personenkreis, der in den HSA versorgt werden soll, um Patienten erweitert, „*die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanz bedürfen*“ (§ 117 SGB V). Die Politik reagiert somit auf die viel kritisierte Einschränkung auf den Bereich Forschung und Lehre, welche dem tatsächlichen Behandlungsspektrum seit längerem nicht mehr entsprach. Gleichzeitig wird jedoch eingeschränkt, dass nur die Versorgung im Rahmen von Forschung und Lehre ohne fachärztliche Überweisung möglich ist. Die nun auch gesetzlich fixierte Erweiterung des Personenkreises, der zur Behandlung zugelassen wird, gilt es nun auch vergütungstechnisch umzusetzen. Im Raum stehen derzeit rund 265 Millionen Euro, die unter anderem aufgrund der Anpassung der Fallzahlobergrenzen den HSA zufließen könnten. Allerdings wird es wenigstens bis Ende 2016 dauern, bis Vergütungsdetails mit den Krankenkassen und den KVen abgestimmt sind (VUD 2015). Über den Wegfall des Investitionskostenabschlags (von 10%) werden den HSA zumindest schon einmal über 50 Millionen € zufließen. Für alles weitere sind die Ergebnisse der Verhandlungen der Selbstverwaltungspartner abzuwarten – ebenso wie in Bezug auf die Vereinbarung des HSA-Patientenkollektivs.

Die Reform der Hochschulambulanzen vollzieht sich in einem Spannungsfeld unterschiedlicher gesundheitspolitischer Interessen. Die Krankenkassen befürchten einen spürbaren Ausgabenanstieg und sehen aufgrund der Bedeutung für Forschung und Lehre zudem eine gewisse Vergütungsverantwortung bei den Ländern. Die Landesregierungen befürworten wiederum einen stärkeren Mittelzufluss zu den HSA, da sie zumindest mittelbar als Gewährträger der Universitätskliniken für Verluste eintreten müssen. Andererseits sehen die Krankenkassen die Ausgabensteigerungen der vergangenen Jahre aufgrund der fehlenden Kosten-, Leistungs- und Qualitätstransparenz höchst kritisch. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) hingegen wehren sich seit jeher dagegen, dass die HSA in die Grund- und Regelversorgung hineinwirken. Daher wird es interessant, ob sich die KVen bis Ende Januar 2016 mit den anderen Akteuren der Selbstverwaltung auf die behandlungsbedürftigen HSA-Patientengruppen und einen Ausnahmekatalog für das Überweisungsgebot einigen können oder ob das Bundesschiedsamt hier entscheiden muss.

In seinem Gutachten hat der Wissenschaftsrat sich für ein differenzierteres Abrechnungssystem ausgesprochen (Wissenschaftsrat 2010). Grundsätzlich sollte ein differenzierteres Abrechnungssystem zu einer stärker leistungsbezogenen Vergütung und einer erhöhten Transparenz führen. Die Verfahren aus Bayern und Baden-Württemberg könnten hierfür als mögliche Vorlage genutzt werden. Ebenfalls könnten die seitens der Selbstverwaltung definierten Behandlungsbereiche der HSA als Ausgangspunkt für einen bundesweit einheitlichen Leistungskatalog genutzt werden. Auf der anderen Seite sollte ein gewisses Maß an Komplexität nicht überschritten werden, um den Administrationsaufwand der Universitätskliniken zu begrenzen. Allerdings besteht auf Seiten der HSA in vielen Einrichtungen noch ein deutliches Optimierungspotenzial in Bezug auf die Dokumentation, die oft keine differenzierte Darstellung der verschiedenen Aufgabenbereiche erlaubt (Wissenschaftsrat 2010).

5.5 Fazit

Die Hochschulambulanzen sind die wichtigste Versorgungsform in der ambulanten universitären Versorgung. Allerdings sind die Vergütungsregelungen und -formen bislang sehr unterschiedlich gestaltet, was der Transparenz und Vergleichbarkeit abträglich ist. Das GKV-VSG stellt diesbezüglich einen Schritt in die richtige Richtung dar. Einerseits wird die gesetzliche Lage der bisherigen Versorgungspraxis angepasst und so der Zugang für spezifische ambulante Patientengruppen sichergestellt, andererseits wird die finanzielle Situation der Hochschulambulanzen verbessert. Um eine leistungsgerechte Vergütung zu ermöglichen, sind gleichzeitig die HSA aufgefordert, ihre Dokumentation zu verbessern, um eine entsprechende Grundlage für die (Weiter-)Entwicklung von leistungsbezogenen Entgelten zu schaffen. In mittel- bis langfristiger Perspektive kann eine auskömmliche Finanzierung in Kombination mit einem geregelten Zugang für bestimmte Patientengruppen und den wissenschaftlichen und technischen Kapazitäten der Unikliniken einen wichtigen Beitrag zu einer verstärkten Verlagerung des stationären Leistungsgeschehens in den ambulanten Bereich beitragen.

Literatur

- Bauer H, Fölsch UR, Gaebel W, Korting HC, Müller W, Niebling W, Rahn KH, Roeder N, Wagner W, Wienke A. Hochschulambulanzen: heutiger Stand und zukünftige Perspektiven. GMS Mitteilungen aus der AWMF 2011; 8: 1–8.
- Bundesministerium für Gesundheit: Gesetzliche Krankenversicherung – Leistungsfälle und Tage (KG2-Statistik). 2014a.
- Bundesministerium für Gesundheit: Gesetzliche Krankenversicherung – Vorläufige Rechnungsergebnisse (KV45-Statistik). 2014b.
- Bundesministerium für Gesundheit: Gesetzliche Krankenversicherung – Vorläufige Rechnungsergebnisse (KV45-Statistik). 2015.
- Gieselmann G, Brandes I, Diener HC, Haerting J, Fleig W. Leistungsorientierte Budgetierung der Ambulanzen des Universitätsklinikums Halle. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2007; 101 (8): 564–76.
- GKV-Spitzenverband: Kennzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung. Berlin 2015.
- Lauterbach K, Schwartz FW, Potthoff P, Schmitz H, Lungen M, Krauth C, Klostermann B, Gerhardus A, Stock S, Steinbach T, Müller U, Brandes I. Bestandsaufnahme der Rolle von Ambulanzen der Hochschulkliniken in Forschung, Lehre und Versorgung an ausgewählten Standorten (Hochschulambulanzenstudie). 2003. http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/_media/Gutachten_Ambulanzen_26.pdf (15. Oktober 2015).
- Leber WD. Hochschulambulanzen – Handlungsbedarf aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes. VUD Frühjahrsforum, Berlin 2015. http://www.uniklinika.de/media/file/6438.3Folien_Leber_Wulf-Dietrich_VUD_Hochschulambulanzen.pdf (15. Oktober 2015).
- o. V. Die Hälfte der Patienten kommt mit einer Facharztüberweisung. 2015a. <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/63363/Die-Haelfte-der-Patienten-kommt-mit-einer-Facharztueberweisung> (15. Oktober 2015).
- o. V. Hochschulambulanzen – Uniklinika sehen Korrekturbedarf im Gesetzentwurf. 2015b. <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/62586/Hochschulambulanzen-Uniklinika-sehen-Korrekturbedarf-im-Gesetzentwurf> (15. Oktober 2015).
- Richter-Kuhlmann E. Vergütungswege unklar. Ärzteblatt 2014; 111 (16): A671.

Verband der Universitätsklinika e. V. (VUD). VUD-Politikbrief. Nr. 2. Berlin 2015. <http://www.uni-klinika.de/vud.php/cat/465/aid/1892/title/Hochschulambulanzen> (15. Oktober 2015).
Wissenschaftsrat. Empfehlungen zur Weiterentwicklung der ambulanten Universitätsmedizin in Deutschland. Berlin, 2010.