

Think Lab #5 – Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen

Finanzierung eines zukunftsfähiges Gesundheitssystems

Krankenhausfinanzierung & -vergütung

–

ein Impuls

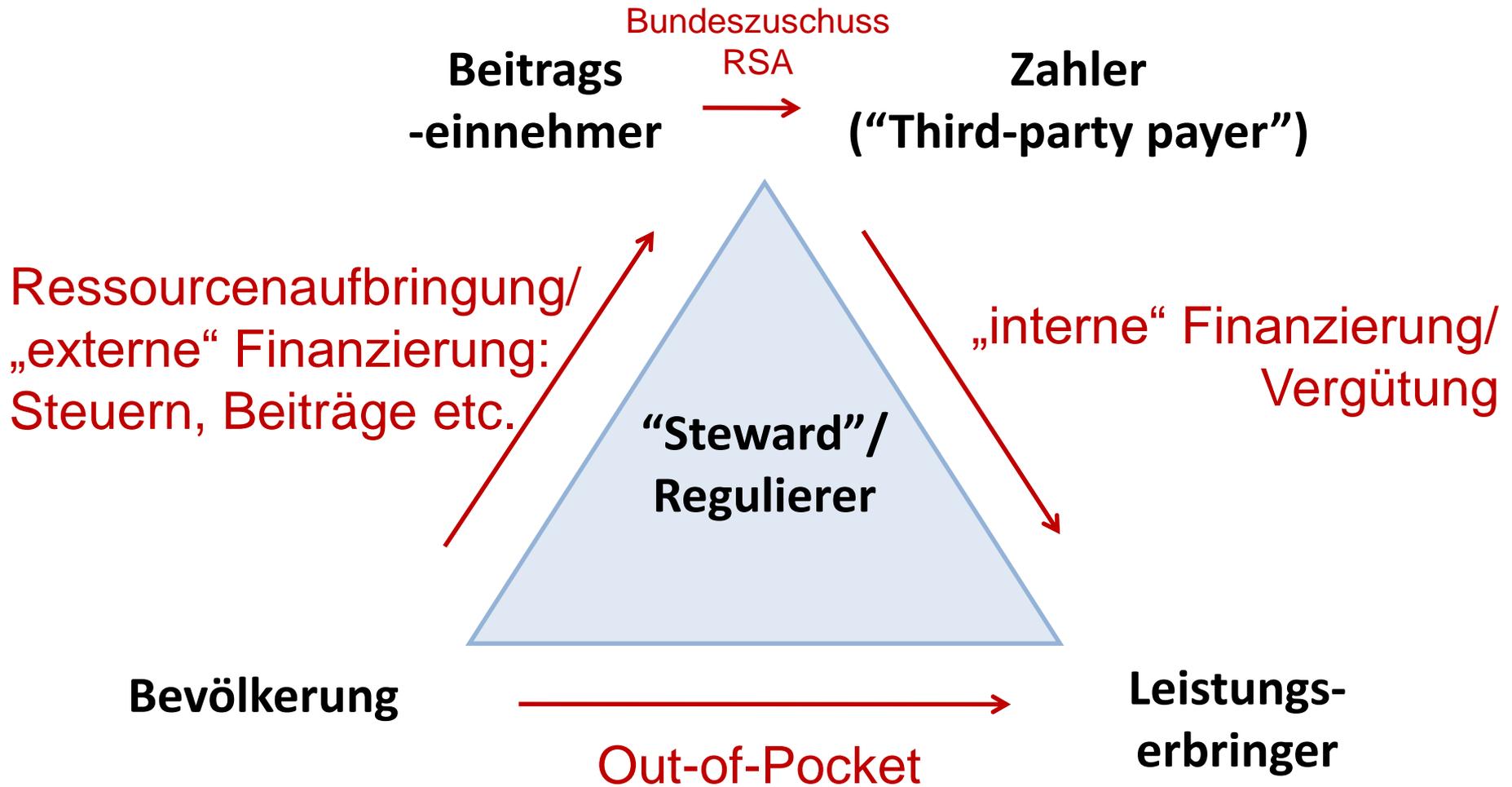
Reinhard Busse, Prof. Dr. med. MPH FFPH

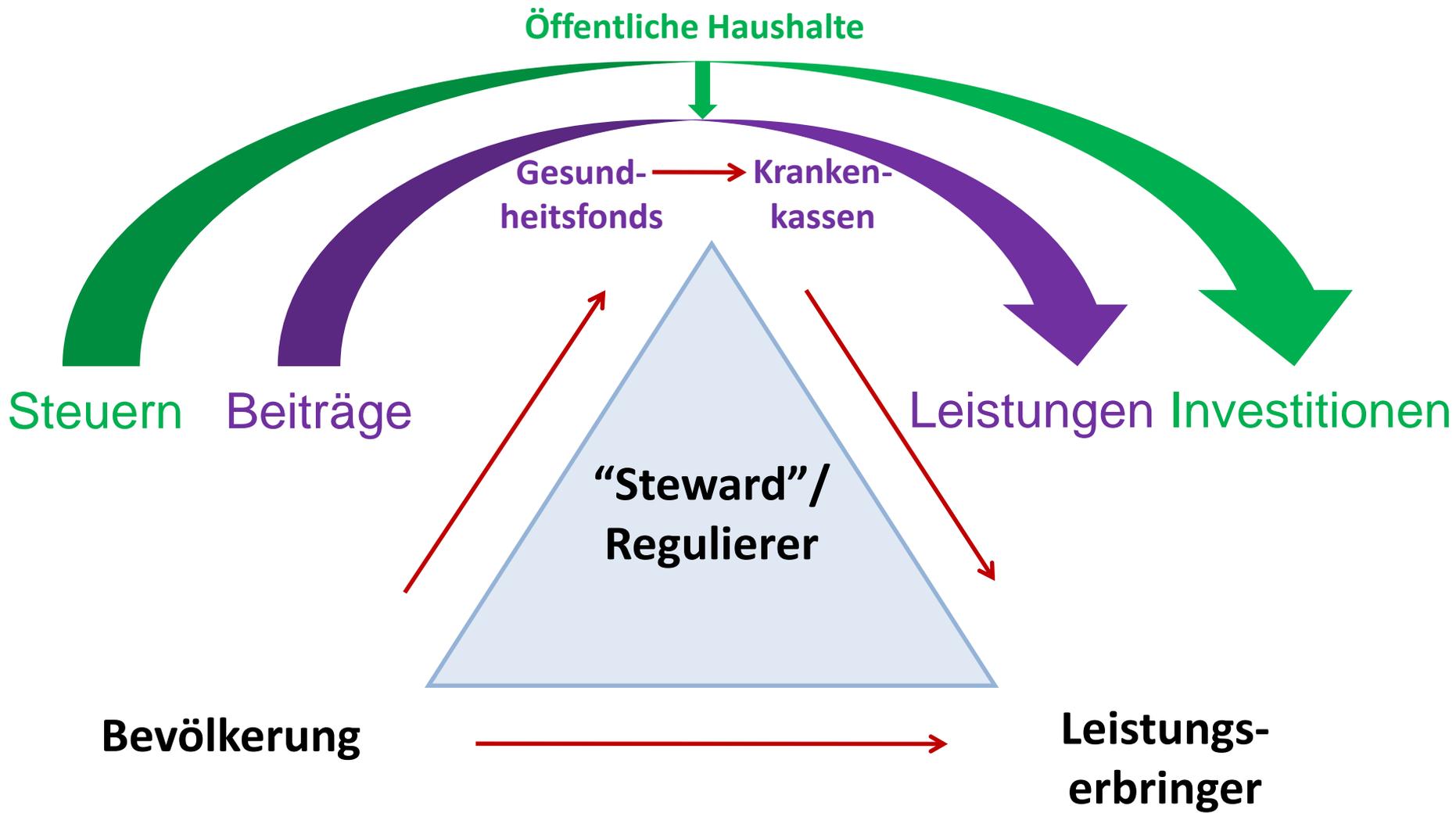
FG Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin
(WHO Collaborating Centre for Health Systems Research and Management)

&

European Observatory on Health Systems and Policies







Die Grundfrage bei Vergütung: Was erwarten

Gesellschaft, Bürger und Patienten von Krankenhäusern? Dass ...

- sie Leistungen erbringen ... und nicht nichts tun?
- sie sich um die Patienten kümmern, die (echten) Bedarf haben ... und keine Risikoselektion betreiben?
- sie nur angemessene Leistungen erbringen ... und keine nicht indizierten?
- die erbrachten Leistungen von hoher Qualität sind ... und die Patientensicherheit nicht gefährden?
- die Ausgaben kontrolliert sind ... und nicht explodieren?
- die Leistungen wirtschaftlich erbracht werden ... und Geld nicht wegen Ineffizienzen verschwendet wird?
- die Leistungserbringung für sie, ihre Kostenträger und allgemein transparent ist ... und nicht ein Buch mit 7 Siegeln?

1. **Übernahme/ Erstattung** der Kosten
2. **Institutionelles Budget** (überwiegend Input-orientiert, d.h. nach Personal, Betten, technischer Infrastruktur)
3. **Leistungseinheit** (Prozess-orientiert):
 - (a) **Einzelleistung**,
 - (b) Leistungskomplex (z.B. Operation),
 - (c) **Betten- oder Pflegetag (Tagespflegesatz)**,
 - (d) **Fall (Fallpauschale)**,

bei (c + d) für alle Patienten gleich oder differenziert nach Abteilung, nach Diagnose, Schweregrad ...
4. **Erfolg** (Outcome-orientiert)
 - (a) zum Entlassungszeitpunkt – z. B. als „Qualitäts“-Zu- bzw. Abschlag
 - (b) langfristig -> Erhalt bzw. Schaffung von besserer Gesundheit



*Bündelung
einzelner Leistungen*

Vergütungsformen im Vergleich: alle mit Pros & Cons

Vergütung	Stärken	Schwächen
Institutionelles Budget ... während ein Regionalbudget auf Zahlerseite angesiedelt ist	<ul style="list-style-type: none"> - macht unabhängig von Patientenforderungen - administrativ einfach 	<ul style="list-style-type: none"> - wirkt tendenziell produktivitäts-/leistungssenkend - verlangt wenig wirtschaftliches Handeln - tendenziell Bildung von Warteschlangen und Abweisung von Patienten wegen „Überlastung“ - rasche Überweisung an andere Behandler - Patientenbedürfnisse können tendenziell vernachlässigt werden
Tagespflegesatz	<ul style="list-style-type: none"> - ermöglicht grundsätzlich zwendungsorientierte Versorgung - Anpassung an höheren Leistungsbedarf möglich - administrativ einfach 	<ul style="list-style-type: none"> - normalerweise nicht angepasst an Leistungsbedarf - enthält Anreize zur Selektion nach dem Schweregrad (Abweisung von aufwändigen Fällen) - verlängert Liegezeit ggf. unnötig
Fallpauschale	<ul style="list-style-type: none"> - Entlohnung grundsätzlich gut mit den zu erbringenden Leistungen verknüpfbar - bietet Anreize zu effizienter Behandlung - Transparenz der Leistungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Tendenz zur Fallausweitung (insb. bei hohen Sachkosten) - enthält Anreize zur Selektion nach dem Schweregrad (Abweisung von schweren Fällen) - tendenziell unzureichende Behandlung von Patienten möglich - grundsätzlich ist es möglich, falsche Diagnosen anzugeben, um eine höhere Fallpauschale abrechnen zu können
Einzelleistungsvergütung	<ul style="list-style-type: none"> - leistungsbezogene Vergütung grundsätzlich möglich (aber Problem der Kostenbestimmung) - tendenziell produktivitäts-/leistungssteigernd - Setzen von Anreizwirkungen für gewünschte Leistungen möglich 	<ul style="list-style-type: none"> - enthält Anreize zur Leistungsausweitung (überzogene Leistungen) - Anreize zu Leistungsverschiebungen (Tendenz zu delegierbaren und technischen, also die Arbeitszeit des Arztes wenig beanspruchenden Leistungen) - löst tendenziell eine Kostenspirale aus
Kosten-erstattung	<ul style="list-style-type: none"> - ermöglicht grundsätzlich gediegenes Arbeiten 	<ul style="list-style-type: none"> - verlangt wenig wirtschaftliches Handeln - führt tendenziell zu ineffizienter Leistungserbringung - eventuell Abrechnung nicht leistungsbezogener Kosten

Unter-versorgung

Fehlversorgung

Übersversorgung

Vergütungsformen im Vergleich: Zusammenfassung

Vergütungsmechanismus	Bedarf (Riskoselektion)	Aktivität		Ausgabenkontrolle	Technische Effizienz	Transparenz	Qualität	Administrativer Aufwand
		Zahl der Fälle	Leistungen pro Fall					
Einzelleistung	+	+	+	-	0	0	0	-
Institutionelles Budget	-	-	-	+	0	-	0	+

Vergütungsformen im Vergleich: Zusammenfassung

Vergütungsmechanismus	Bedarf (Riskoselektion)	Aktivität		Ausgabenkontrolle	Technische Effizienz	Transparenz	Qualität	Administrativer Aufwand
		Zahl der Fälle	Leistungen pro Fall					
Einzelleistung	+	+	+	-	0	0	0	-
Fallpauschalen	0	+	-	0	+	+	0	-
Institutionelles Budget	-	-	-	+	0	-	0	+

Vergütungsformen im Vergleich:

(Änderung der) Anreize sind abhängig vom Status-quo ante

Vergütungsmechanismus	Bedarf (Riskoselektion)	Aktivität		Ausgabenkontrolle	Technische Effizienz	Transparenz	Qualität	Administrativer Aufwand
		Zahl der Fälle	Leistungen pro Fall					
Einzelleistung	+	+	+	-	0	0	0	-
Fallpauschalen	0	+	-	0	+	+	0	-
Institutionelles Budget	-	-	-	+	+	+	+	+

USA 1980er

Europäische Länder 1990er/2000er

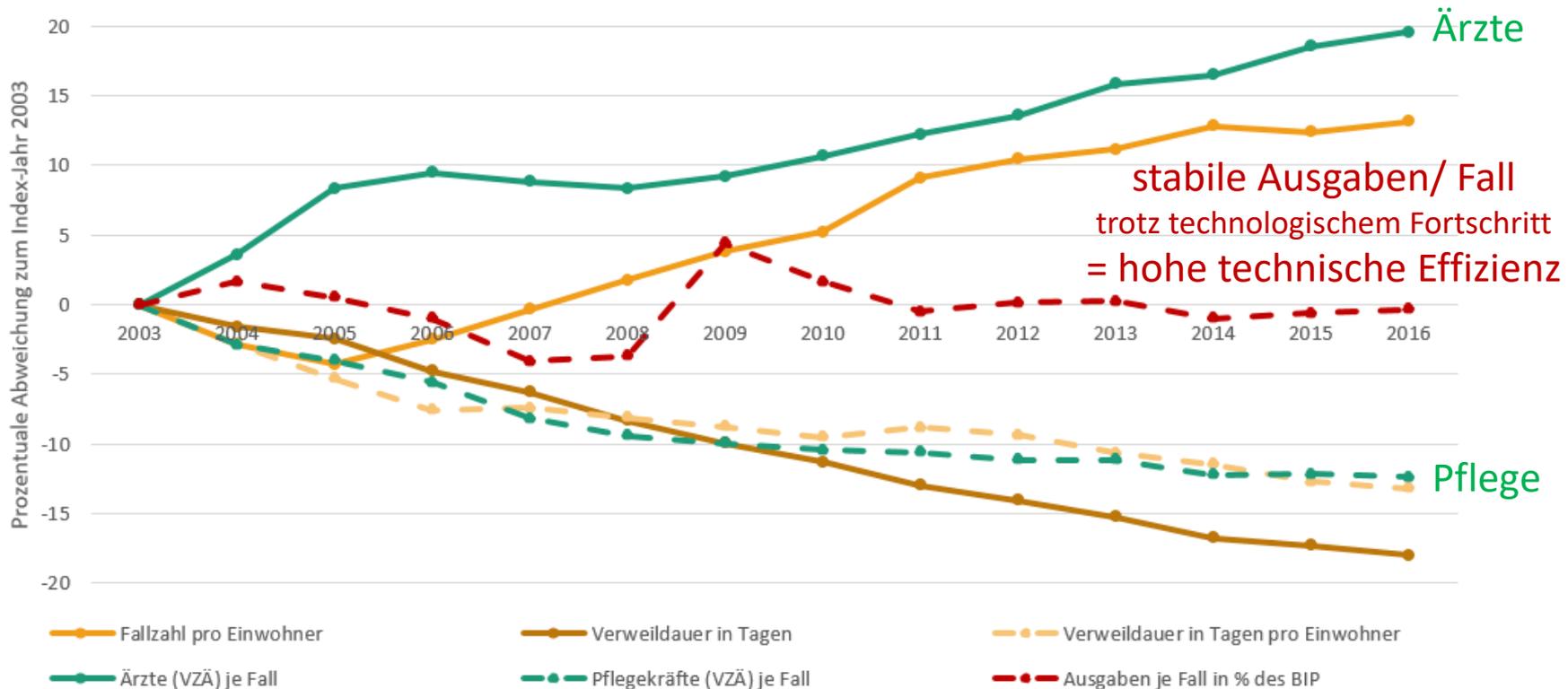
Vergütungsformen im Vergleich:

Natürlich sind DRGs nicht nur positiv, haben aber klare Stärken

Vergütungsmechanismus	Bedarf (Riskoselektion)	Aktivität		Ausgabenkontrolle	Technische Effizienz	Transparenz	Qualität	Administrativer Aufwand
		Zahl der Fälle	Leistungen pro Fall					
Einzelleistung	+	+	+	-	0	0	0	-
Fallpauschalen	0	+	-	0	+	+	0	-
Institutionelles Budget	-	-	-	+	0	-	0	+

Krankenhausnutzung, -ressourcen und -kosten, 2003 (DRG-Einführung) - 2016

Entwicklung von Ausgaben, Personal und Auslastung in deutschen Krankenhäusern zwischen 2003 und 2016 (Änderungen zu 2003 in %)



stabile Ausgaben/ Fall trotz technologischem Fortschritt = hohe technische Effizienz

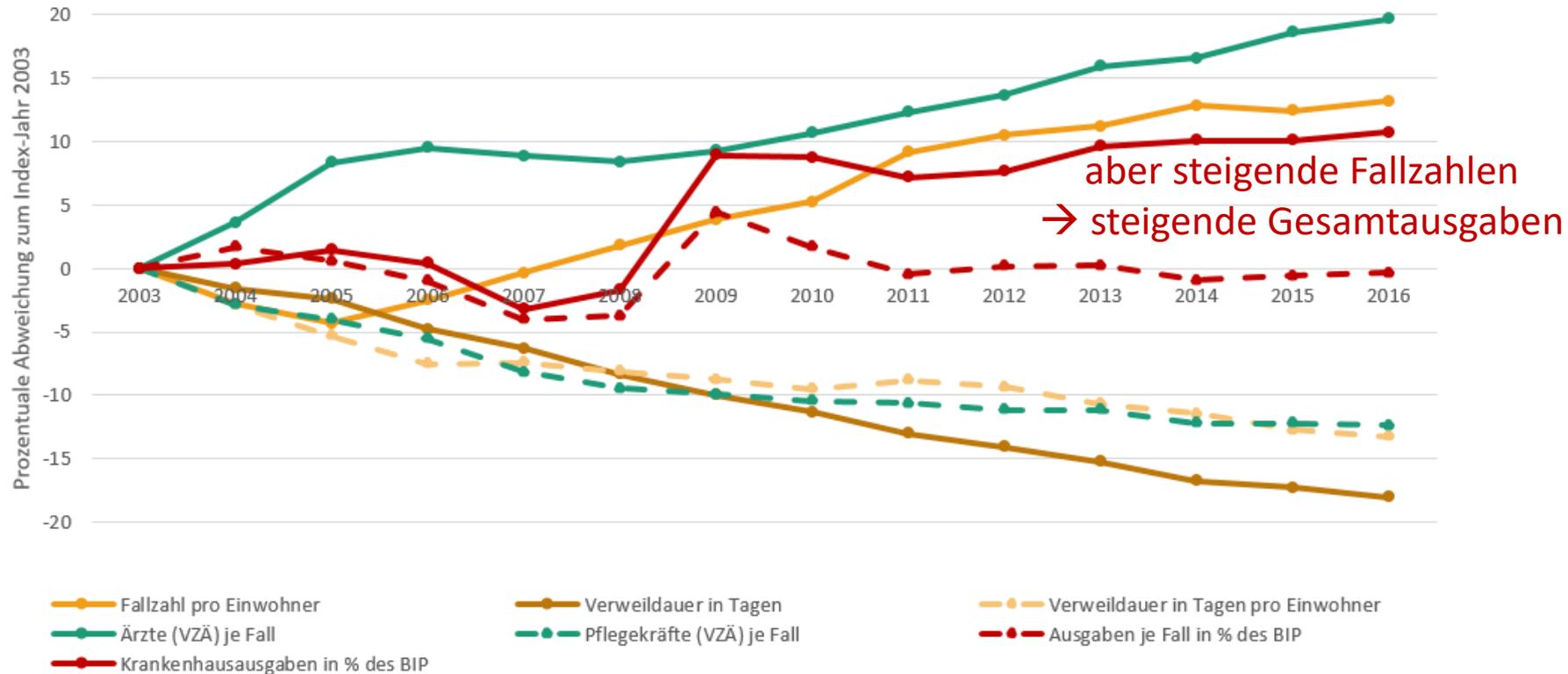
Ärzte

Pflege

Quellen: Eigene Berechnungen, auf Basis der Daten: Fallszahl (Altersstandardisierte Fallszahl je 100.000 Einwohner (Basis: Standardbevölkerung "Deutschland 2011") und Verweildauer: GBE-Bund, Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Eckdaten der vollstationären Patienten und Patientinnen) (Stand der Daten 11.12.2017);
 Ärzte / Pflege (VZÄ): Krankenhausstatistik - Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen;
 Krankenhausausgaben: GBE-BUND Gesundheitsausgaben in Deutschland (Stand der Daten: 15.02.2018), BIP und BIP/Einwohner: Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, Fachserie 18, Reihe 1.4, 2018
 Kosten je Behandlungsfall: GBE-Bund, Ausgaben, Kosten, Finanzierung > Betriebswirtschaftliche Eckdaten von Einrichtungen, Bereinigte Kosten einschließlich Aufwendungen für den Ausbildungsfonds (Stand der Daten: 15.02.2018)

Krankenhausnutzung, -ressourcen und -kosten, 2003 (DRG-Einführung) - 2016

Entwicklung von Ausgaben, Personal und Auslastung in deutschen Krankenhäusern zwischen 2003 und 2016 (Änderungen zu 2003 in %)



aber steigende Fallzahlen
-> steigende Gesamtausgaben

Quellen: Eigene Berechnungen, auf Basis der Daten: Fallzahl (Altersstandardisierte Fallzahl je 100.000 Einwohner (Basis: Standardbevölkerung "Deutschland 2011") und Verweildauer: GBE-Bund, Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Eckdaten der vollstationären Patienten und Patientinnen) (Stand der Daten 11.12.2017); Ärzte / Pflege (VZÄ): Krankenhausstatistik - Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen; Krankenhausausgaben: GBE-BUND Gesundheitsausgaben in Deutschland (Stand der Daten: 15.02.2018), BIP und BIP/Einwohner: Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, Fachserie 18, Reihe 1.4, 2018; Kosten je Behandlungsfall: GBE-Bund, Ausgaben, Kosten, Finanzierung > Betriebswirtschaftliche Eckdaten von Einrichtungen, Bereinigte Kosten einschließlich Aufwendungen für den Ausbildungsfonds (Stand der Daten: 15.02.2018)

Vergütungsformen im Vergleich

Keine positiven Anreize für Qualität!

Vergütungsmechanismus	Bedarf (Riskoselektion)	Aktivität		Ausgabenkontrolle	Technische Effizienz	Transparenz	Qualität	Administrativer Aufwand
		Zahl der Fälle	Leistungen pro Fall					
Einzelleistung	+	+	+	-	0	0	0	-
Fallpauschalen	0	+	-	0	+	+	0	-
Institutionelles Budget	-	-	-	+	0	-	0	+

Überversorgung

Unterversorgung

Dabei gäbe es genug Möglichkeiten, Vergütung mit Qualität zu verbinden

■ Tabelle 11.4 Ansätze für P4Q für verschiedene Qualitätsdimensionen sowie der übliche Fokus der P4P-Diskussion (unten rechts in kursiv) – jeweils mit Grad der Umsetzung in Deutschland (dunkelblau = ja; hellblau = in Ansätzen; grau = nein) (Quelle: eigene Zusammenstellung unter Nutzung von Busse und Quentin 2011; Schreyögg et al. 2014)

	Einzelner Fall	Alle Fälle mit gleicher Diagnose/DRG	Alle Fälle im Krankenhaus
Transparenz der Qualität	<ul style="list-style-type: none"> – Vergütungsabschlag, sofern keine Qualitätsdaten vorliegen – Keine Vergütung, sofern Qualitätsdaten nicht vorliegen oder unvollständig bzw. falsch sind 	Vergütungsabschlag (pauschal oder auf Relativegewicht), sofern festgelegter Prozentsatz an Fällen mit Qualitätsdaten unterschritten wird	Abschlag bzw. Basisfallwert-Reduktion, sofern Qualitätsdaten zu bestimmtem Prozentsatz fehlen oder unvollständig bzw. falsch sind
Indikationsqualität	Keine Vergütung bei nicht vorhandener Indikation („primäre Fehlbelegung“); Abschlag für nicht indikationsgerechte Liegezeiten („sekundäre Fehlbelegung“)	Vergütungsabschlag für DRG (pauschal oder auf Relativegewicht) je nach Fallanteil ohne Indikation	
Strukturqualität	<ul style="list-style-type: none"> – Unplausible OPS-Kodes (etwa 8-981 ohne vorhandene Stroke Unit) bleiben bei Gruppierung unberücksichtigt – Bei Unterschreiten der Pflegepersonaluntergrenzen bleiben die entsprechenden Liegezeiten bei DRG-Gruppierung unberücksichtigt 	<ul style="list-style-type: none"> – Keine Vergütung, falls Mindestmenge nicht erreicht wird – DRG ist nur abrechenbar bei vorhandenen DRG-spezifischen Strukturen (teilweise bereits vorhanden, z. B. Stroke Unit DRG) – DRG ist nur abrechenbar, wenn in leistungsorientiertem Feststellungsbescheid enthalten – Bonus/Malus/Einbehalt für strukturelle Kriterien (etwa Zertifizierung oder Vorhandensein bestimmten Personals; vgl. z. B. Indikatoren für § 110a-Verträge) 	Abschlag bzw. Basisfallwert-Reduktion, falls bestimmte Strukturen nicht vorhanden sind (etwa zur Notfallversorgung)
Prozessqualität	<ul style="list-style-type: none"> – „Best practice“-Zusatzentgelt bzw. Relativegewicht, sofern Kriterien eingehalten werden – Im Krankenhaus erworbene Komplikationen bleiben bei DRG-Eingruppierung unberücksichtigt 	<ul style="list-style-type: none"> – Bonus/Malus/Einbehalt für Prozess-Kriterien (vgl. z. B. Indikatoren für § 110a-Verträge) – „Best practice“-Relativegewicht, sofern Kosten für bessere Qualität höher sind und bei vorgegebenem Prozentsatz an Patienten eingehalten werden 	<i>Bonus/Malus/Einbehalt für das Erreichen bzw. die Verbesserung eines Qualitätsscores, der auf ausgewählten Indikatoren zur Prozess- und Ergebnisqualität beruht (plus ggf. Effizienzparameter) → etwa im U.S. Hospital Value Based Purchasing-Programm</i>
Ergebnis	<ul style="list-style-type: none"> – Keine getrennte Vergütung bei ungeplanter Wiederaufnahme – Keine Vergütung bei bestimmten „Never-Events“ (z. B. Fremdkörper nach Op.) 	<ul style="list-style-type: none"> – Bonus/Malus/Einbehalt für Ergebnis-Kriterien (vgl. z. B. Indikatoren für § 110a-Verträge) – DRG-Zuschlag (pauschal oder auf Relativegewicht) bei signifikant überdurchschnittlicher Qualität 	

Busse et al. KHR 2020

“Die” optimale Vergütung gibt es nicht –

es kommt auf die Mischung an



Zahlungen für Leistungen jenseits individueller Patienten (z.B. Notfallaufnahme, Reservekapazitäten, Lehre, Forschung)

Separiere Aktivitäten, die nicht spezifischen DRG-Patienten zugeordnet werden können → Vergütung z.B. durch Budget

Zahlungen für Patienten außerhalb des DRG Systems (z.B. ambulante Fälle, Psychiatrie, Rehabilitation)

Zusätzliche Zahlungen für spezifische Aktivitäten bei DRG-Patienten (z.B. teure Medikamente, innovative Interventionen)

Zusätzliche Vergütung für DRG-Patienten für (indizierte, qualitätsgesicherte) Leistungen, die inzentiviert werden sollen

Andere Zahlungen für DRG-Patienten (z.B. Budgets, Einzelleistungsvergütung)

**DRG-basierte Fallpauschalen,
DRG-adjustierte Budgetallokation**
(adjustiert für Qualität, Outliers etc.)

- Definiere klinisch sinnmachende Gruppen,
- die kosten-homogen sind (am besten als “best practice”),
- messe Qualität und
- adjustiere die Vergütung