

**CCG Ringvorlesung
Aktuelle Gesundheitspolitik:
Gesetze für die Praxis?**

**Krankenhäuser im Umbruch:
Hat das DRG-System eine Zukunft?
Impulsvortrag**

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



- In Deutschland wird „DRG“ praktisch immer mit Vergütungssystem gleichgesetzt; in anderen Ländern denken die meisten zunächst an „Patienten-Klassifikations-System“.
- Auch heute soll es primär um DRGs als Vergütungsinstrument gehen ...

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	<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

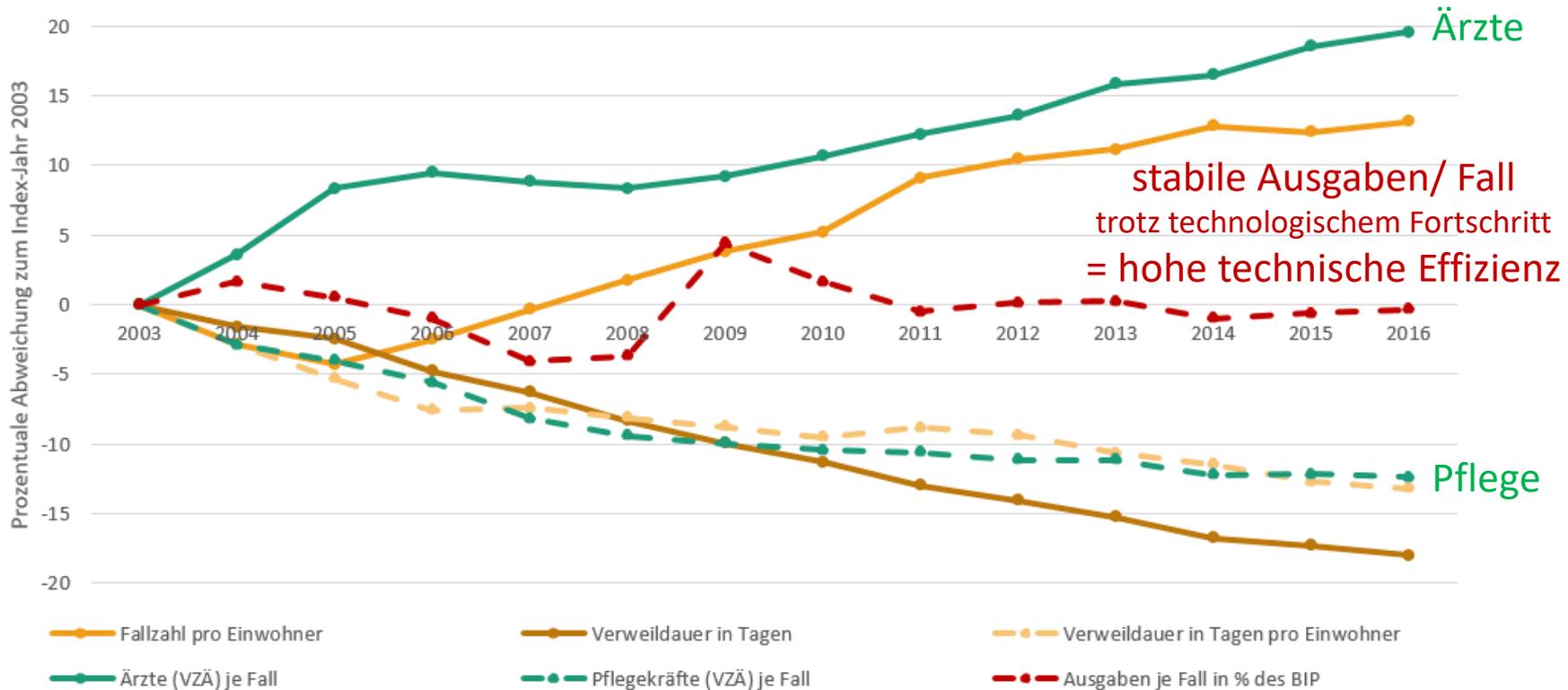
Vergütungsformen im Vergleich:

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

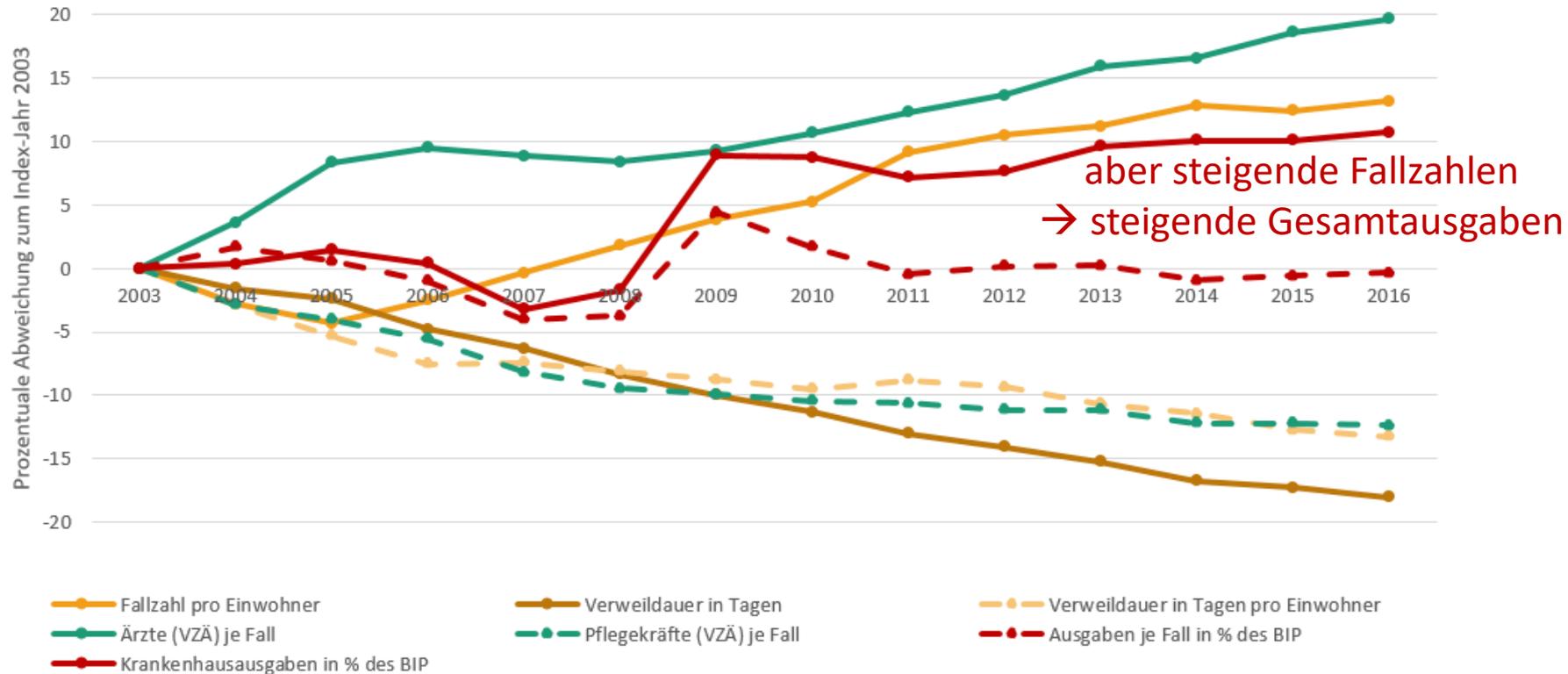
Ärzte

Pflege

Quellen: Eigene Berechnungen, auf Basis der Daten: 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)

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 %)



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)

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)

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

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

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

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

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

Fragen zur Systemausgestaltung

Welche Determinanten von Krankenhauskosten sollten in einem DRG-System berücksichtigt werden?

