

# MScPH-Basismodul

## „Politische und ökonomische Grundlagen des deutschen Gesundheitssystems“

(Einführung in das Management im Gesundheitswesen)

### Wrap-up 26.11.2018

**Miriam Blümel/ Anne Spranger**

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

&

European Observatory on Health Systems and Policies



Datum	Inhalt der VL	Dozierende	Raum
22.10.2018	Organisatorisches / Politische Grundlagen	Blümel	H 3006/3007
29.10.2018	Ökonomie-Bingo	Spranger, Blümel	H 3006/3007
05.11.2018	<b>Wrap-up VL 1-3</b>	Spranger, Blümel	H 3006/3007
12.11.2018	Externe Referenten: Vorstellung und Gruppenübungen zum GBA	Conrad	H 3006/3007
19.11.2018	Szenarien Krankenversicherung	Spranger, Blümel	H 3006/3007
26.11.2018	<b>Wrap-up VL 4-6</b>	Spranger, Blümel	H 3006/3007
03.12.2018	Vorbereitung Bundestag	Spranger, Blümel	H 3006/3007
10.12.2018	Exkursion Bundestag	Alle!	
17.12.2018	<b>Wrap-up VL 7-8</b>	Spranger, Blümel	H 3006/3007

Datum	Inhalt der VL	Dozierende	Raum
07.01.2019	Langzeitpflege	Spranger, Blümel	H 3006/3007
14.01.2019	Integrierte Versorgung	Spranger, Blümel	H 3006/3007
21.01.2019	Arzneimittel	Spranger, Blümel	H 3006/3007
28.01.2019	<b>Wrap-up VL 10-12</b>	Spranger, Blümel	H 3006/3007
04.02.2019	Klausurvorbereitung	Spranger, Blümel	H 3006/3007
20.02.2019	<b>Klausur bzw. Schriftlicher Test</b>		MA 042
27.03.2019	<b>2. Termin Klausur bzw. Schriftlicher Test</b>		NN

## Themen der bisherigen Veranstaltungen:

- 1) Krankenversicherung, wie z.B. Private vs. Gesetzliche Krankenversicherung, Versichertenkreis
- 2) Äußere Finanzierung, wie z.B. Gesundheitsausgaben; Finanzierungsquellen und Ströme; Risikostrukturausgleich
- 3) Innere Finanzierung, z.B. Vergütung im ambulanten und stationären Sektor

## Aufgabe:

- A) Welches **Kapitel des SGB V** beinhaltet die Leistungen, die gesetzlich in den **Leistungskatalog** der GKV eingeschlossen sind?
- B) Für welche Bereiche innerhalb des Leistungskatalogs der GKV bestehen detailliertere **Bestimmungen** und für welche nicht?
- C) Für welchen Bereich im Leistungskatalog gibt es eine **Negativliste**?
- D) Gibt es Bereiche die **nicht Teil** des Leistungskataloges sind?

## Lösung:

A) Kapitel 3 SGB V

B) eher allgemein gehalten: z.B. Regelungen für Leistungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung; detaillierte Bestimmungen: z.B. zahnärztliche, insb. zahnprothetische Leistungen

C) Medizinische Hilfsmittel (zur direkten Anwendung am Patienten)

D) Alternative Heilverfahren (mit Ausnahmen)

### Aufgaben:

- Nennen Sie die **zwei wesentlichen** Funktionen der Krankenversicherung.
- Erklären Sie kurz den Unterschied **zwischen GKV-Mitgliedern und GKV-Versicherten**.

### Lösung

- Wesentlichen Funktionen der Krankenversicherung:
  1. Sicherstellung des Lebensunterhalts im Krankheitsfall, („Krankengeld“ bzw. Lohnfortzahlung durch Arbeitgeber)
  2. Aufkommen für Kosten der Gesundheitsversorgung



### Lösung

- Unterschied zwischen GKV-Mitgliedern und GKV-Versicherten
  - **GKV-Mitgliedern**
    - (= Beitragszahlern; ca. 50 Mio. oder  $37 + 6 + 21 = 65\%$  der Bevölkerung)
      - und
    - **GKV-Versicherten**
      - (ca. 70 Mio. oder  $65 + 17 + 4 + 2 =$  knapp  $88\%$  der Bevölkerung)

### Aufgabe/Frage:

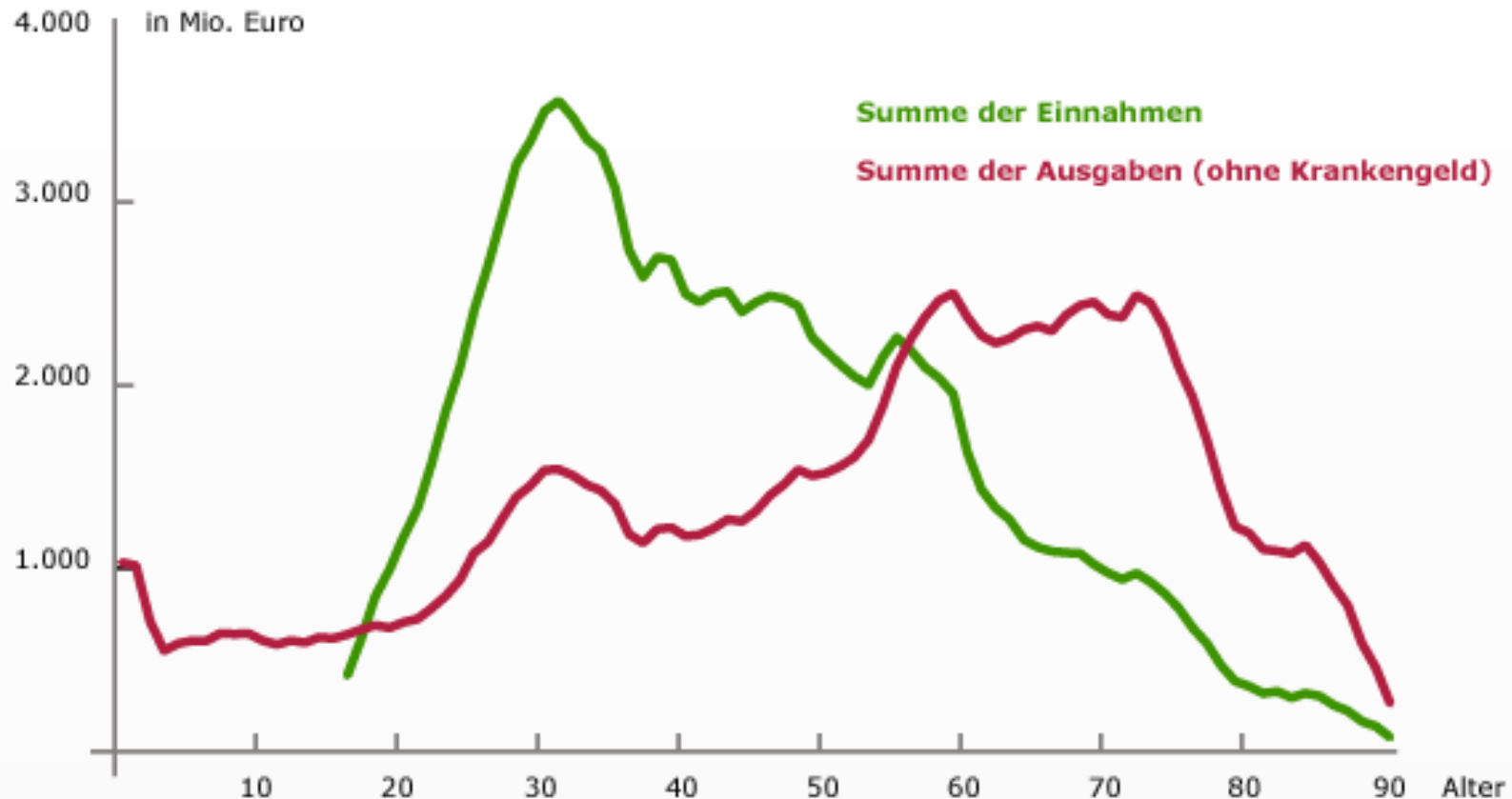
- Beschreiben Sie das **Solidaritätsprinzip** und wie sich dieses vom **Äquivalenzprinzip** unterscheidet.
- In welchem **Leistungsbereich** der GKV gilt das Äquivalenzprinzip?

## Lösung:

Das **Solidaritätsprinzip** beschreibt die Solidarität als grundlegendes Prinzip der Sozialversicherung. Dies bedeutet, dass **ein Bürger nicht allein für sich verantwortlich ist, sondern sich die Mitglieder einer definierten Solidargemeinschaft gegenseitig Hilfe und Unterstützung gewähren und** die zu versichernden Erkrankungsrisiken von allen Versicherten gemeinsam getragen werden. Das Solidaritätsprinzip, auch Solidarprinzip, ist die strukturelle Basis der **gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)**.

Diesem steht das **Äquivalenzprinzip** der **privaten Krankenversicherung** (bzw. auch bei Feuer –oder Hausratsversicherung) gegenüber. Äquivalent heißt es, weil die **Höhe des Beitrags vom individuellen Risiko** (Alter & Gesundheitszustand zu Beginn) und dem **Leistungsspektrum abhängt**. Die Prämie ist also dem Risiko äquivalent.

## Summe der Einnahmen und Ausgaben (ohne Krankengeld) der GKV nach Alter der Versicherten im Jahr 1999



**Im Alter steigen die PKV Beiträge**

## Lösung:

- Äquivalenzprinzip in GKV: Krankengeld
- Rentenversicherung und Unfallversicherung: Äquivalenzprinzip

### Aufgabe:

- Welche **Formen der Zusatzversicherungen** innerhalb der Privaten Krankenversicherung gibt es?
- Um welche **Personengruppe** wird zwischen GKV und PKV ‚gerangelt‘?

### Lösung

- supplementäre Zusatzversicherungen:  
bieten Wahlleistungen, z.B. Doppelzimmerunterbringung und Chefarztbehandlung bei stationären Aufenthalten
- komplementäre Zusatzversicherungen:  
versichern Kosten bzw. Zuzahlungen für Leistungen, die nicht oder nicht vollständig vom Hauptversicherer getragen werden, z.B. im zahnärztlicher Bereich, Hilfs- und Heilmitteln oder Krankenhausaufenthalten

**Lösung:**

**Mit tatsächlicher Wahlmöglichkeit (aber nur in Richtung PKV)**

- Personen mit:
  - niedrigem Lebensalter
  - keinen/wenigen mitzuversichernden Familienangehörigen
  - keinen relevanten Vorerkrankungen

**Um diese Gruppe wird Wettbewerb zwischen GKV und PKV geführt.**



### Aufgabe:

- Erläutern Sie was man zwischen Versicherungspflichtgrenze und Beitragsbemessungsgrenze versteht.

### Aufgabe:

#### Versicherungspflichtgrenze:

- Synonym für die Jahresarbeitsentgeltgrenze
- beziffert eine Einkommenshöchstgrenze, bis zu der in der GKV Versicherungspflicht besteht

#### Beitragsbemessungsgrenze:

- Höchstbetrag, bis zu dem die beitragspflichtigen Einnahmen, zur Berechnung des Beitrags zugrunde gelegt werden
- der darüber liegende Teil bleibt bei der Beitragsberechnung unberücksichtigt
- Festlegung einer Beitragsbemessungsgrenze → degressive Beitragsstruktur: Je höher die Einnahmen über der Grenze liegen, desto niedriger wird der Anteil des Beitrags an den Einnahmen

### Aufgabe:

- Erläutern Sie das Konzept des **Moral Hazard** und welche Formen es gibt.

## Lösung:



### Definition

Krankenversicherungen bzw. staatliche Versorgungssysteme verleiteten Menschen dazu, **mehr medizinische Leistungen als erforderlich nachzufragen**.

Da die einzelnen Versicherten die Gegenleistungen für ihre Steuer- oder Beitragszahlungen nicht abschätzen könnten und ihre Beiträge unabhängig von der individuellen Leistungsanspruchnahme seien, sei jeder Versicherte bestrebt, so viele Leistungen wie möglich in Anspruch zu nehmen. Ein solches Verhalten sei nicht unmoralisch, sondern ökonomisch rational.

### Ex ante Moral Hazard:

Weil man versichert ist, lässt man weniger Vorsicht walten (zu wenig Prävention, Leichtsinn, gesundheitsgefährdender, Lebensstil) und macht damit den Eintritt des Schadensfalles wahrscheinlicher (oder die Höhe des möglichen Schadens größer), da die Solidargemeinschaft für Kosten aufkommt.



### Ex post Moral Hazard:

Da die Kosten bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen keine Rolle spielen, besteht die Gefahr, dass Patienten zu viele Leistungen nachfragen.

=> Vollkasko mentalität/ fehlendes  
Kostenbewusstsein

## Fragen:

- Ein wesentliches **Merkmal der Leistungserbringung** im deutschen Gesundheitswesen ist die institutionelle Trennung. Zwischen welchen Bereichen?

## Lösung:

klare institutionelle Trennung zwischen

- dem **Öffentlichen Gesundheitsdienst**,
- der **haus- und fachärztlichen Versorgung im ambulanten Sektor** und
- der traditionell auf die **stationäre Behandlung beschränkten Krankenhausversorgung**

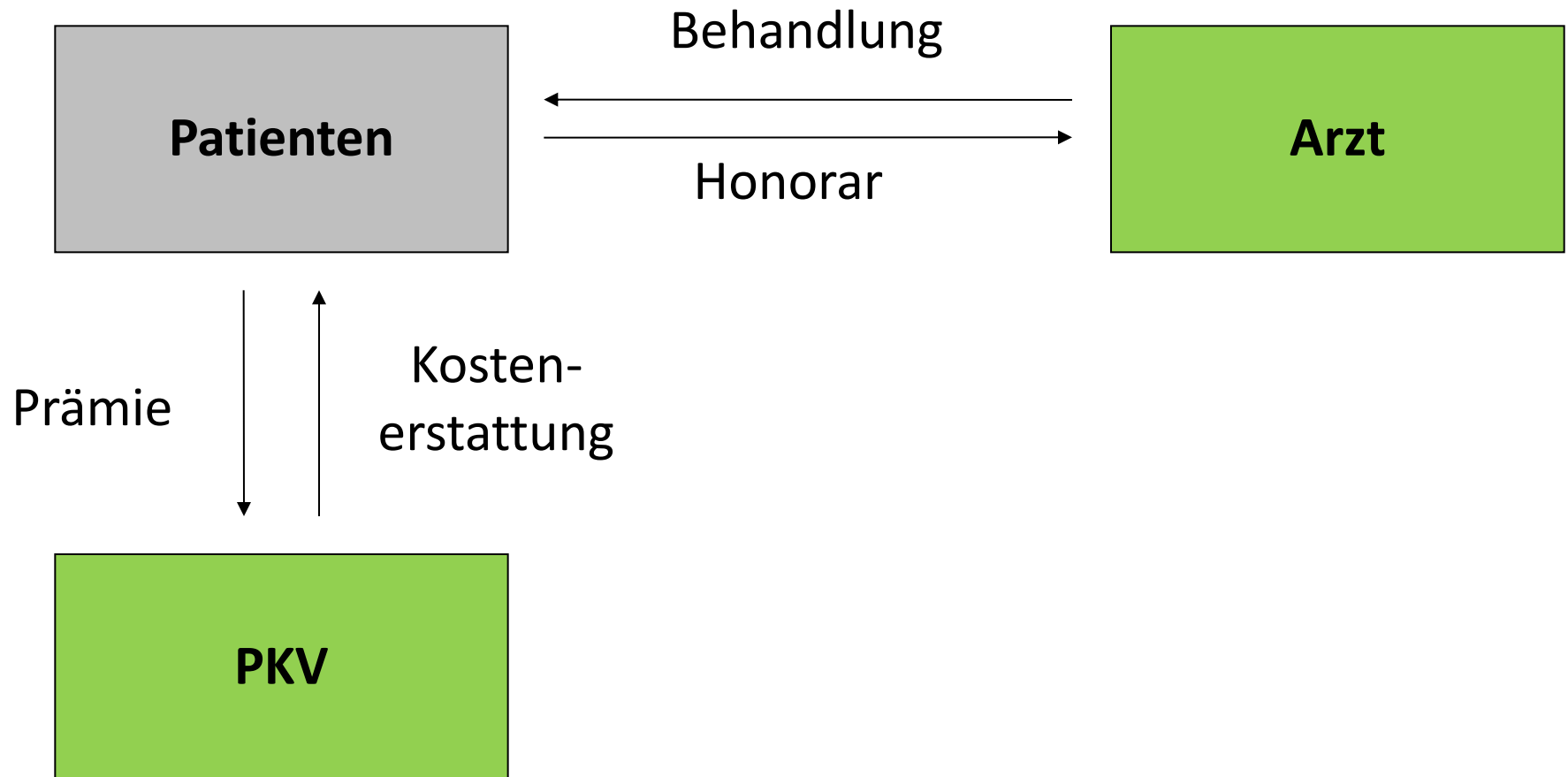
## Fragen:

- Nennen Sie die **zwei wesentlichen Schritte**, aus denen die **Vergütung von niedergelassenen Ärzten** besteht.



## Lösung:

- (1) die **Krankenkassen leisten eine Gesamtvergütung an die KVen** zur Vergütung aller in der betreffenden Region tätigen Ärzte, die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind
  - dies entbindet sie von der Verpflichtung (und der Möglichkeit), die Ärzte direkt zu bezahlen
  - eine Ausnahme bildet lediglich die Möglichkeit zum selektiven Kontrahieren im Rahmen von Integrierten Versorgungsverträgen
  
- (2) die **KVen verteilen die Vergütung anhand eines Honorarverteilungsmaßstabs** an die Vertragsärzte



- Entgeltkataloge für privatärztliche und privat Zahnärztliche Leistungen gelten für die ambulante ebenso wie die stationäre Versorgung und basieren auf Einzelleistungsvergütung
- sie gelten für privat versicherte Patienten ebenso wie für direkt zahlende Patienten
- Gebührenordnungen werden vom Bundesministerium für Gesundheit unter Beratung der Bundesärztekammer (bzw. Bundeszahnärztekammer) festgelegt
- **Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ):** jede Leistung erhält eine bestimmte Punktzahl, die mit dem Punktwert von €0,0582873 multipliziert, den Gebührensatz ergibt
- de facto berechnen fast alle Ärzte bis zum 3,5-fachen des Gebührensatzes (häufig 1,7- oder 2,3-fach)

## Liste der individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL):

- stellt eine Auswahl an Leistungen aus der GOÄ dar, die „auf Anfrage“ auch für GKV-Versicherte erbracht werden können
- diese zahlen die Leistungen aus privater Tasche
- die Leistungen dürfen allerdings nur in Ergänzung zum GKV-Leistungskatalog erbracht werden

## Frage:

- Welche **Unterschiede** bestehen hinsichtlich der **Finanzierung ambulanter Leistungen** zwischen der **GKV und PKV** (z.B. Honorierungsverfahren, Gebührenordnung, Voraussetzung zur Abrechnung, ...).

	GKV	PKV
<b>Honorierungsverfahren</b>	zweistufig	einstufig
<b>Gebührenordnung</b>	Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) mit Punkten → regionale „Euro-Gebührenordnung“	Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) mit €-Beträgen
<b>Abrechnungsvoraussetzung</b>	Kassenzulassung	Approbation
<b>Abrechenbare Leistungen</b>	festgelegt durch Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und Bewertungsausschuss	gemäß den Regeln der ärztlichen Kunst, medizinisch notwendig, nach dem Stand der wissenschaftlichen Forschung
<b>Honorarhöhe</b>	abhängig vom Punktwert (regional unterschiedlich) und Mengenbegrenzungen	i.d.R. 2,3-facher Satz der GOÄ, bis zu 3,5-facher Satz bei besonderer Schwierigkeit; nicht von Menge der Leistungen abhängig

## Frage:

- Welche Vergütungsmechanismen kennen Sie und welche Anreize werden mit diesen verbunden. Ordnen Sie die Vergütung niedergelassener Ärzte und stationärer Leistungen in Deutschland ihren Vergütungsmechanismen zu.

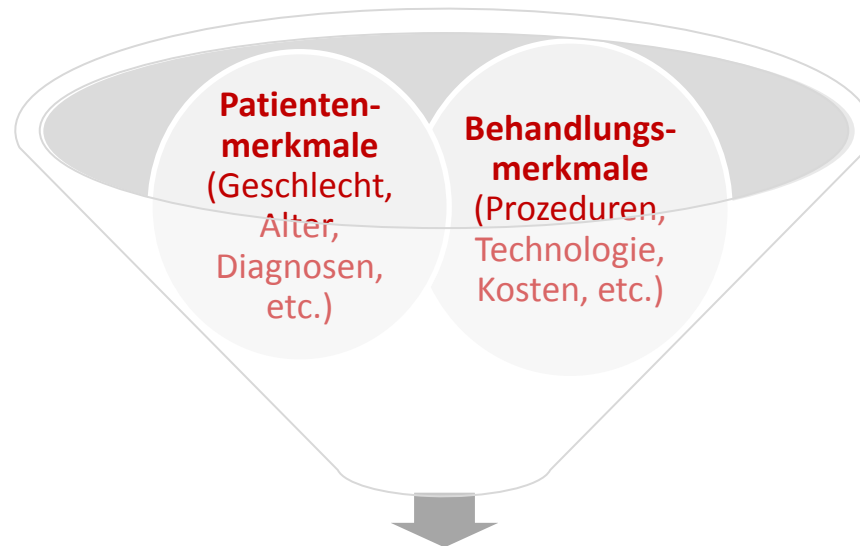
	Definition	Anreiz
<b>Einzeleistungs- vergütung/ Fee-for-service (FFS)</b>	<b>Jede erbrachte Leistung wird einzeln bezahlt</b>	<b>hohe Aktivität hinsichtlich Leistungen und Fällen</b>
Kopfpauschale/ Capitation	Leistungserbringer erhält eine Summe pro Patient und Jahr (oder Quartal) für alle erbrachten Leistungen für diesen Patienten in diesem Zeitraum	hohe Aktivität hinsichtlich Fällen, Ausgabenkontrolle, Technische Effizienz
Per Diem/ Tagespauschalen	Leistungserbringer erhält eine Summe pro Patient und pro Tag unabhängig von Diagnose und Behandlung	Hohe Aktivität hinsichtlich Fällen und Verweildauer
Fallpauschalen (DRGs)/ Case Payment	Leistungserbringer erhält eine Summe pro Patient für alle Leistungen während des Aufenthalts in Abhängigkeit der Diagnose	Hohe Aktivität hinsichtlich Fällen; Technische Effizienz
<b>Gesamtbudget oder Gehalt/ Global Budget or Salary</b>	<b>Leistungserbringer erhält eine feste Summe für die Behandlung aller Patienten in einer Zeitperiode</b>	<b>Ausgabenkontrolle, einfache Verwaltung</b>



- Vergütungssystem im deutschen Gesundheitssystem seit den frühen 2000er Jahren
- Systeme zur Klassifizierung von stationären Behandlungsfällen (sog. Patientenklassifikationssystem)
- DRGs sind diagnosebezogene kostenhomogene Gruppen von stationären Behandlungsfällen
- ein Behandlungsfall kann nur in eine Gruppe (DRG) eingeordnet werden
- Fallgruppenzuordnung: Durch einen Gruppierungsalgorithmus (Entscheidungsbaum) wird jeder Behandlungsfall anhand verschiedener Kriterien des Entlassungsdatensatzes genau einer der DRG-Fallgruppen zugeordnet.

*Eine DRG ist eine Gruppe von Patienten mit ähnlichen klinischen Merkmalen, deren Behandlung zugleich einen vergleichbar hohen Ressourcenverbrauch aufweist.*

*DRG-Systeme sind medizinisch-ökonomische **Patientenklassifikationssysteme**, die Patienten jeweils genau einer Fallgruppe zuordnen.*



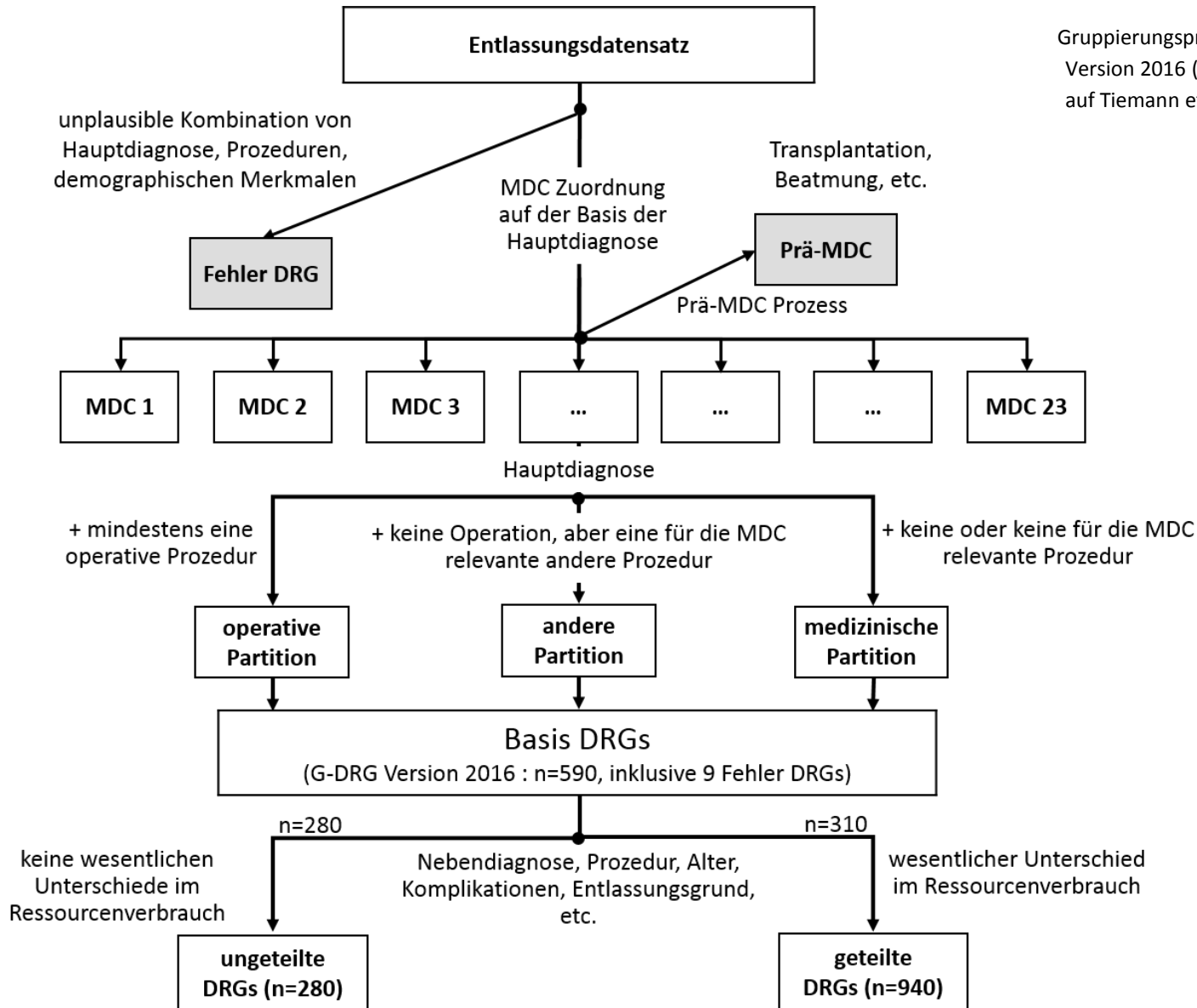
**Diagnosis-related Group (DRG)**

- Grundlage für die deutschen DRGs: Australien Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRG) Version 4.1
- Vertragspartner vereinbaren eine jährliche Anpassung der Klassifikation
- Pflege des G-DRG-Systems am INEK angesiedelt
- Prinzip des G-DRG-Systems: Jedes Krankenhaus erhält unabhängig von seinen Selbstkosten für jeden Patienten einer DRG denselben Preis.
- Ziel: nicht in erster Linie Ausgaben reduzieren, sondern Budgets leistungsorientierter verteilen, Geld folgt der Leistung.

- patienten- und behandlungsbezogenen Daten gibt das Krankenhaus für jeden Patienten in ein spezielles Computerprogramm, dem sog. „Grouper“ ein, welcher alle Fälle der entsprechenden DRG zuordnet
- deutscher Gruppierungsprozess legt besonderen Wert auf medizinische Prozeduren, die durch den deutschen OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel) verschlüsselt sind
- Codes bestimmter Vorgänge (z.B. Beatmung) bestimmen die DRG direkt
- Für alle anderen bestimmt die Hauptdiagnose die Klassifikation in eine der 26 Hauptkrankheitskategorien (Major Disease Categories, MDC)

- die tatsächliche DRG wird dann zuerst durch die Prozedur und dann durch die Begleitkrankheit sowie den klinischen Schweregrad bestimmt
- Schweregrad ergibt sich aus Begleitdiagnosen und Patientenmerkmalen wie Alter, ist aber abhängig von der DRG unterschiedlich gewichtet
- Zuordnung zu einer DRG ist bei vergleichbarer Therapie eindeutig, so dass Behandlungsfälle nur einer DRG zugeordnet werden können
- Gruppierungsprozess wie auch das vollständige DRG-System werden jährlich überarbeitet und aktualisiert

Gruppierungsprozess im deutschen DRG System, Version 2016 (aktualisierte Version basierend auf Tiemann et al. 2009)



- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) bezieht sich auf die in deutschen Krankenhäusern erhobenen Kosten- und Leistungsdaten
- G-DRG-System basiert jeweils auf Kosten- und Strukturdaten des vorvergangenen Kalenderjahres
- alle Krankenhäuser verpflichtet, in einer jährlichen Vollerhebung krankenhausbefugte Strukturdaten und fallbezogene Leistungsdaten bereitzustellen
- fallbezogene Kostendaten werden im Rahmen einer Teilerhebung ermittelt (Kalkulationskrankenhäuser)

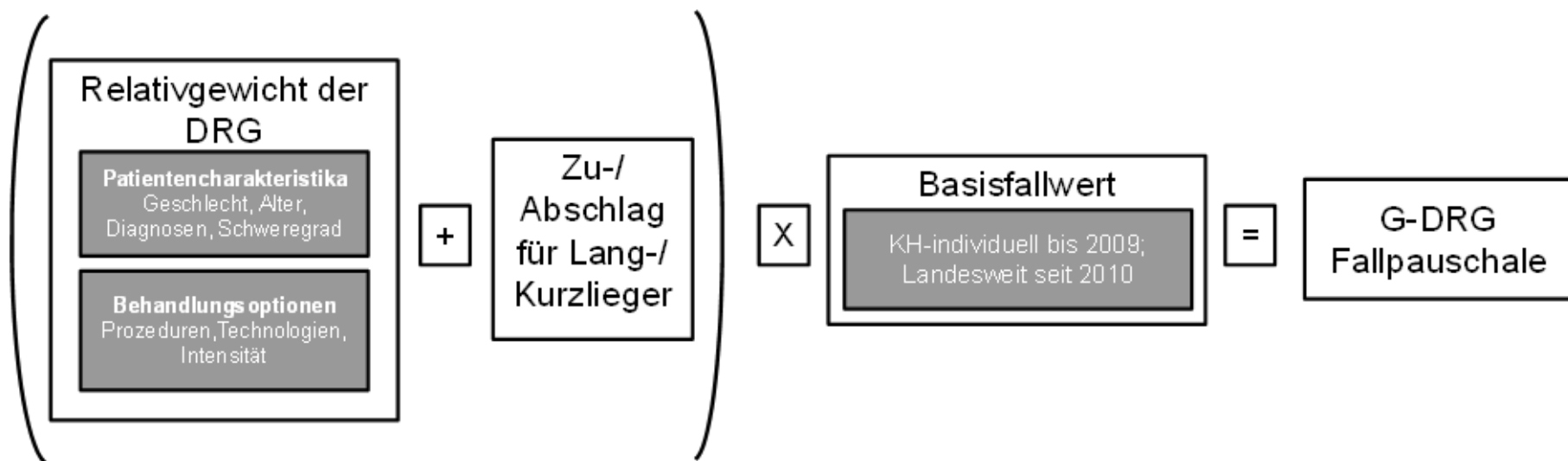


Abb. Berechnung der Fallpauschale zur Krankenhausfinanzierung; Quelle HiT, 2016

Relativgewicht		Basisfallwert		DRG-Vergütung
1,0	x	2.800 €	=	2.800 €
2,5	x	2.800 €	=	7.000 €
...				
7,0	x	2.800 €	=	19.600 €



- **Relativgewicht (cost weight, Bewertungsrelation, Punktzahl)**  
Jede DRG ist mit einem Relativgewicht im FPK bewertet, z.B.:  
**001H Primäre Sectio caesarea ohne komplizierende Diagnose mit RG: 0,803**
- **Effektives Relativgewicht**  
ergibt sich aus dem Katalogwert, indem Zu- und Abschläge bei Kurz- und Langliegern berücksichtigt werden.
- **Basisfallwert (base rate, Punktwert)**  
wird in unterschiedlicher Funktion sowohl bei der Kalkulation des Fallpauschalenkatalogs verwendet, als auch seit 2005 für jedes einzelne Krankenhaus bestimmt (sog. krankenhausesindividuelle Basisfallwert) und auf Länderebene verhandelt (sog. Landesbasisfallwert)
- **Case-Mix (Fallmix)**  
Die Summe aller effektiven Relativgewichte.
- **Case-Mix Index (CMI)**  
durchschnittliche ökonomische Fallschwere: Effektiver Case Mix / Fallzahl

- Normallieger (Inlier)  
Fälle, die innerhalb der Regelverweildauer behandelt werden.
- Kurzlieger (Outlier)  
Fälle, die die untere Grenzverweildauer (UGV) unterschreiten.
- Langlieger (Outlier)  
Fälle, die die obere Grenzverweildauer (OGV) überschreiten.

Um einem geringeren Behandlungsaufwand bei Kurzliegern bzw. einem höheren Ressourcenaufwand bei Langliegern Rechnung zu tragen, **wird die Vergütung bzw. werden die Relativgewichte der betroffenen Fälle um tagesbezogene Zu- und Abschläge modifiziert**