

Arbeitsgemeinschaft der  
Wissenschaftlichen  
Medizinischen  
Fachgesellschaften e.V.     *Association of the  
Scientific  
Medical  
Societies in Germany*



**Berliner Forum der AWMF  
Medizin und Ökonomie II**

Strategien für die Verwirklichung patientenzentrierter, wissenschaftlich  
begründeter medizinischer Versorgung im Krankenhaus

# Patientenzentrierte Gesundheitsversorgung – wie muss sich die Vergütung ändern?

**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:


---

### Was erwarten 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. **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 ...*

 *Bündelung einzelner Leistungen*
4. **Erfolg**
  - (a) zum Entlassungszeitpunkt – z. B. als „Qualitäts“-Zu- bzw. Abschlag
  - (b) langfristig -> Erhalt bzw. Schaffung von besserer Gesundheit

# Vergütungsformen im Vergleich

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

Unter-  
versorgung

Fehlversorgung

Überversorgung

# 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	-
Globalbudget	-	-	-	+	0	-	0	+

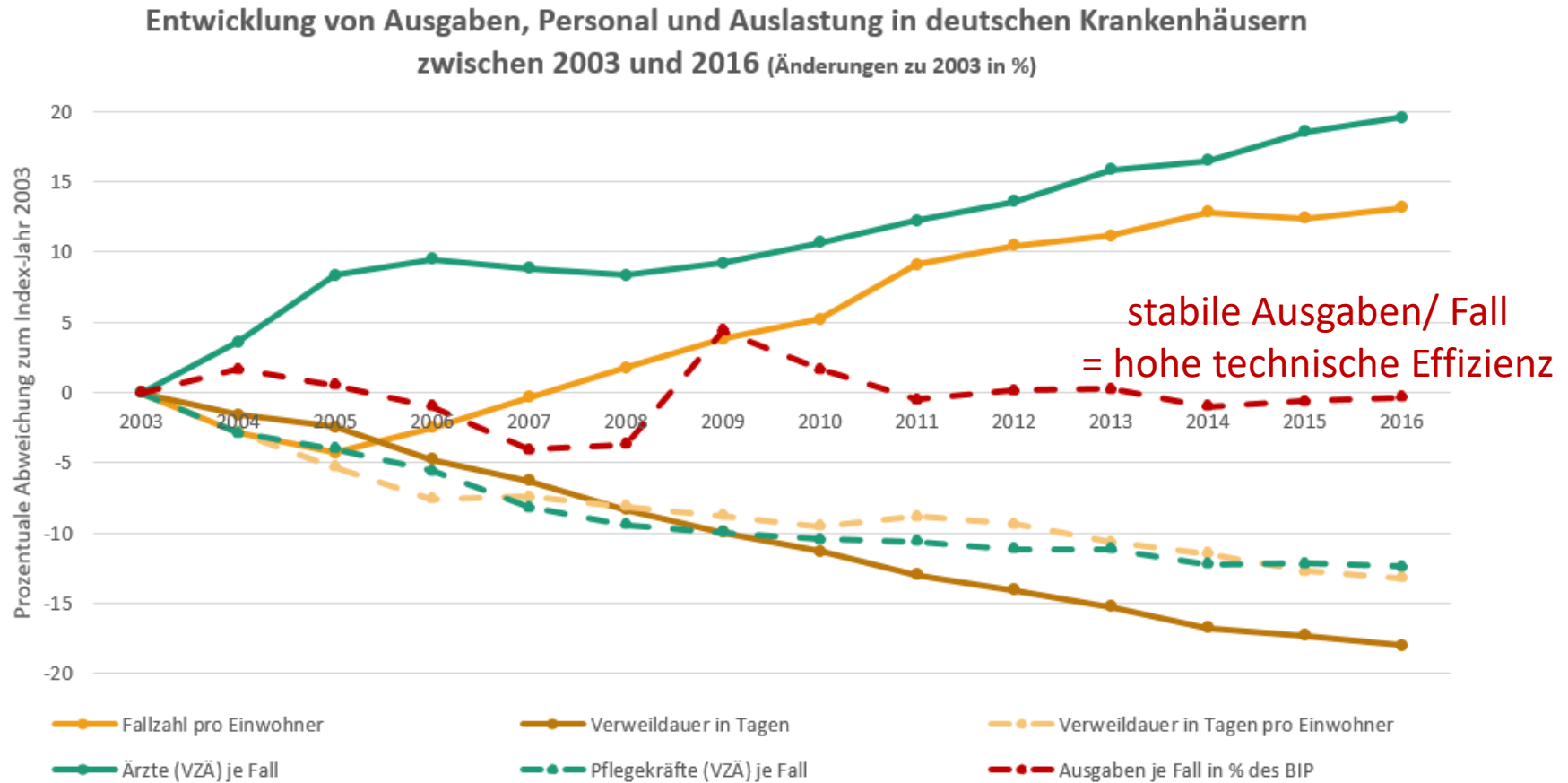
# Vergütungsformen im Vergleich: Zusammenfassung

Vergütungsmechanismus	Bedarf (Riskoselektion)	Aktivität		Ausgabenkontrolle	Technische Effizienz	Transparenz	Qualität	Administrativer Aufwand
		Zahl der Fälle	Leistungen pro Fall					
Einzelleistung	+	+	USA 1980er			0	0	-
Fallpauschalen	0	+	-	0	+	+	0	-
Globalbudget	-	-	Europäische Länder 1990er/2000er			-	0	+

# Implikationen des G-DRG Systems für den Krankenhausesektor

- Gesamtsystemebene
  - Verkürzung der Verweildauer
  - Effizientere Ressourcenallokation in der stationären Krankenversorgung (Geld folgt der Leistung!)
  - Transparenz des Leistungsgeschehens
  - Veränderung der Versorgungsstrukturen
- Krankenhausebene
  - leistungsorientierte Vergütung für die einzelnen Krankenhäuser
  - Anreize für wirtschaftliche Leistungserbringung
  - Mengenausweitung (bei „lukrativen“ DRGs, d.h. positivem Deckungsbeitrag)

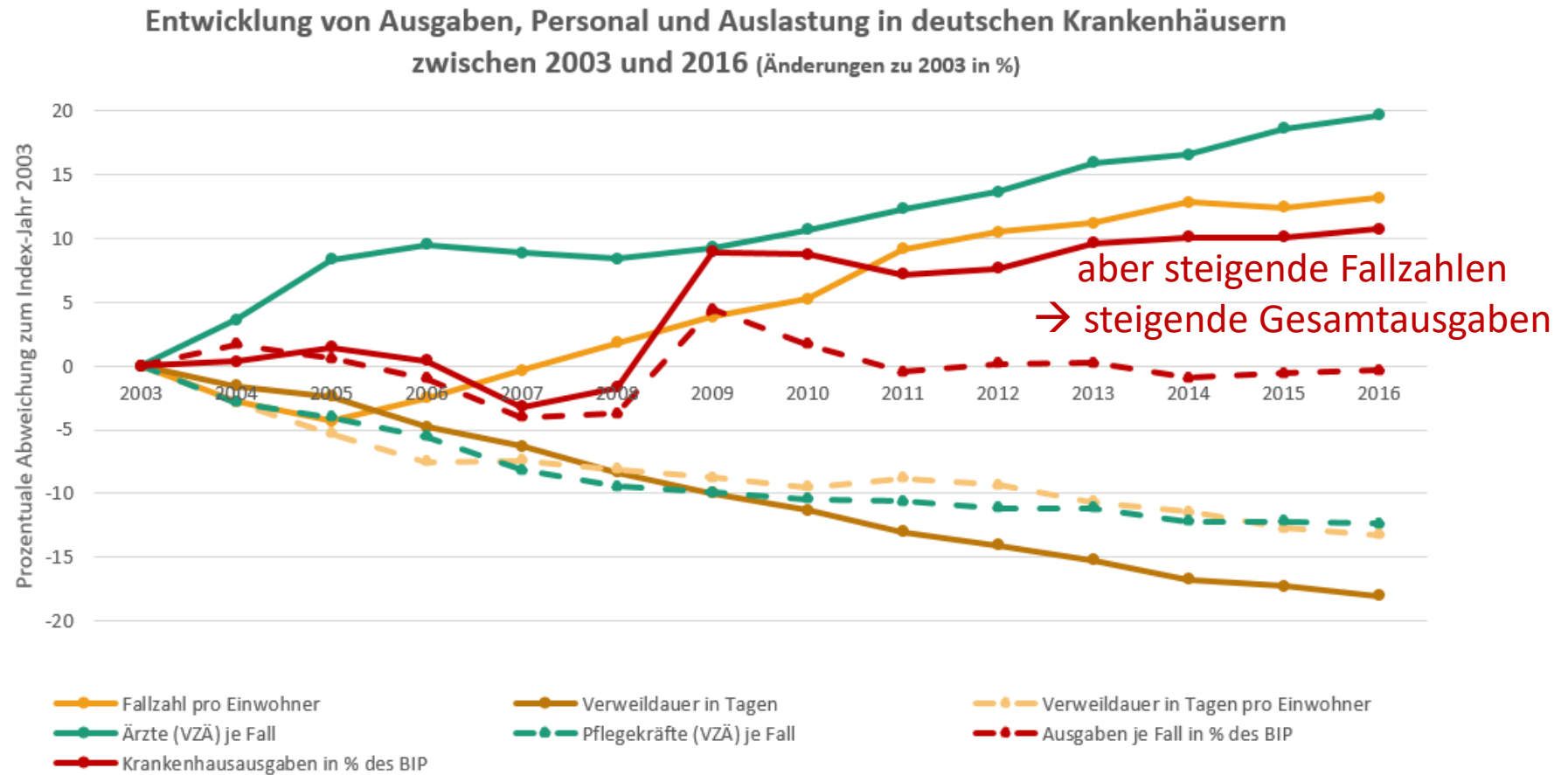
# Krankenhausnutzung, -ressourcen und -kosten, 2003 (DRG-Einführung) - 2016



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



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: Zusammenfassung

**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	-
Globalbudget	-	-	-	+	0	-	0	+

# Dabei gäbe es genug Möglichkeiten, Vergütung mit

## Qualität zu verbinden

	Einzelner Fall	Alle Fälle mit Diagnose/ DRG	Alle Fälle im Krankenhaus
Indikationsqualität	Keine Bezahlung bei nicht vorhandener Indikation	Vergütungsabschlag für DRG je nach Fallanteil ohne Indikation; keine Vergütung, falls Mindestmenge nicht erreicht	
Strukturqualität	Unplausible OPS-Kodes bleiben bei Gruppierung unberücksichtigt	Bestimmte DRGs sind ohne DRG-spezifische Strukturen nicht abrechenbar (teilweise bereits vorhanden, z.B. Stroke Unit DRG)	Notfallabschlag (auf den Basisfallwert), falls bestimmte Strukturen nicht vorhanden sind
Prozessqualität	Im Krankenhaus erworbene Komplikationen bleiben bei DRG-Eingruppierung unberücksichtigt	„Best practice“-DRG-Gewichte sofern Kosten bei besserer Qualität nachweislich höher sind	
Ergebnis	keine getrennte Vergütung bei ungeplanter Wiederaufnahme	DRG-Zuschlag bei signifikant überdurchschnittlicher Qualität	
Qualitätsreporting	Keine Vergütung, sofern Qualitätsdaten nicht vorliegen	Vergütungsabschlag, sofern für überdurchschnittlich viele Fälle keine Qualitätsdaten berichtet werden	Basisfallwert-Abschlag, sofern Qualitätsdaten unvollständig bzw. falsch sind

HCHE/ TUB: Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG – Endbericht (2014), S. 130

# “Die” patientenzentrierte Vergütung gibt es nicht –

es kommt auf die Mischung an



Nicht berücksichtigte Kosten  
(z.B. Investitionen; *in den USA auch für Ärzte*)

Zahlungen für nicht-patientenbezogene Aktivitäten  
(e.g. Lehre, Forschung, Notaufnahmefähigkeit)

Zahlungen für Patienten außerhalb des DRG Systems  
(e.g. outpatients, day cases, psychiatry, rehabilitation)

Zusätzliche Zahlungen für spezifische Aktivitäten bei DRG-Patienten (z.B. teure Medikamente, innovative Interventionen), *ggf. im DRG-Katalog gelistet*

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

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

Separiere Aktivitäten, die nicht spezifischen DRG-Patienten zugeordnet werden können

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