

# MScPH-Basismodul

## „Politische und ökonomische Grundlagen des deutschen Gesundheitssystems“ (Einführung in das Management im Gesundheitswesen)

### Thema 8: Innere Finanzierung

**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

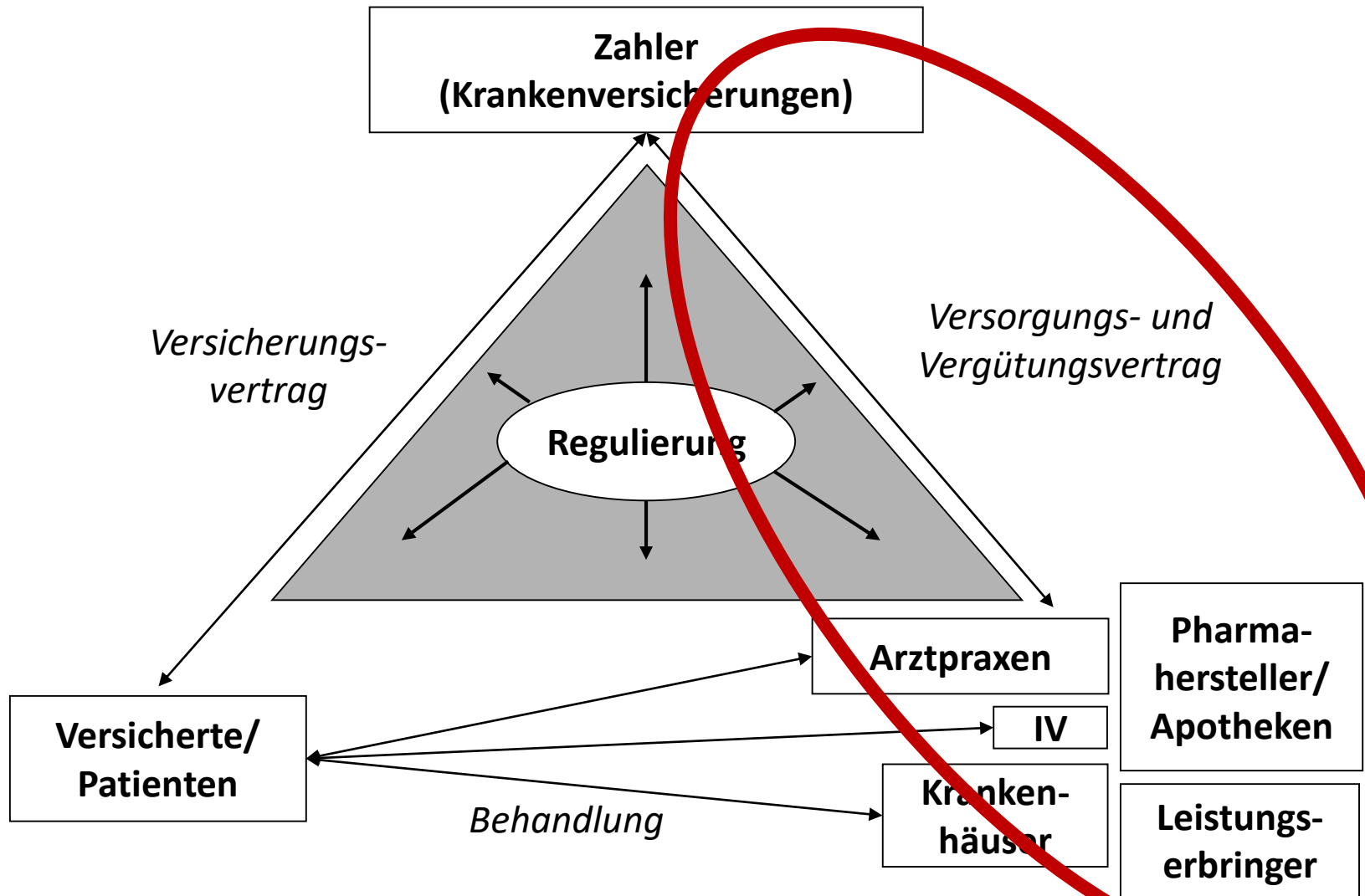


Datum	Inhalt der Lehrveranstaltung	Dozent/in
14.10.2019	Politische Grundlagen	Blümel
21.10.2019	Ökonomische Grundlagen	Spranger
28.10.2019	Das deutsche Gesundheitssystem	Blümel
04.11.2019	Krankenversicherung	Spranger
11.11.2019	Äußere Finanzierung	Spranger
18.11.2019	Ambulanter Sektor	Spranger
25.11.2019	Stationärer Sektor	Geissler
02.12.2019	Innere Finanzierung	Spranger
09.12.2019	Pflege und Langzeitversorgung	Blümel
16.12.2019	Exkursion Bundestag	Spranger/ Blümel
06.01.2020	Integrierte Versorgung	Struckmann
13.01.2020	Arzneimittelsektor	Henschke
20.01.2020	E-Health	Stephani
27.01.2020	Gesundheitswirtschaft	Spranger
03.02.2020	Zusammenfassung	Spranger/Blümel
19.02.2020	<b>Klausur von 10-12 Uhr</b>	Spranger/ Blümel

# Agenda

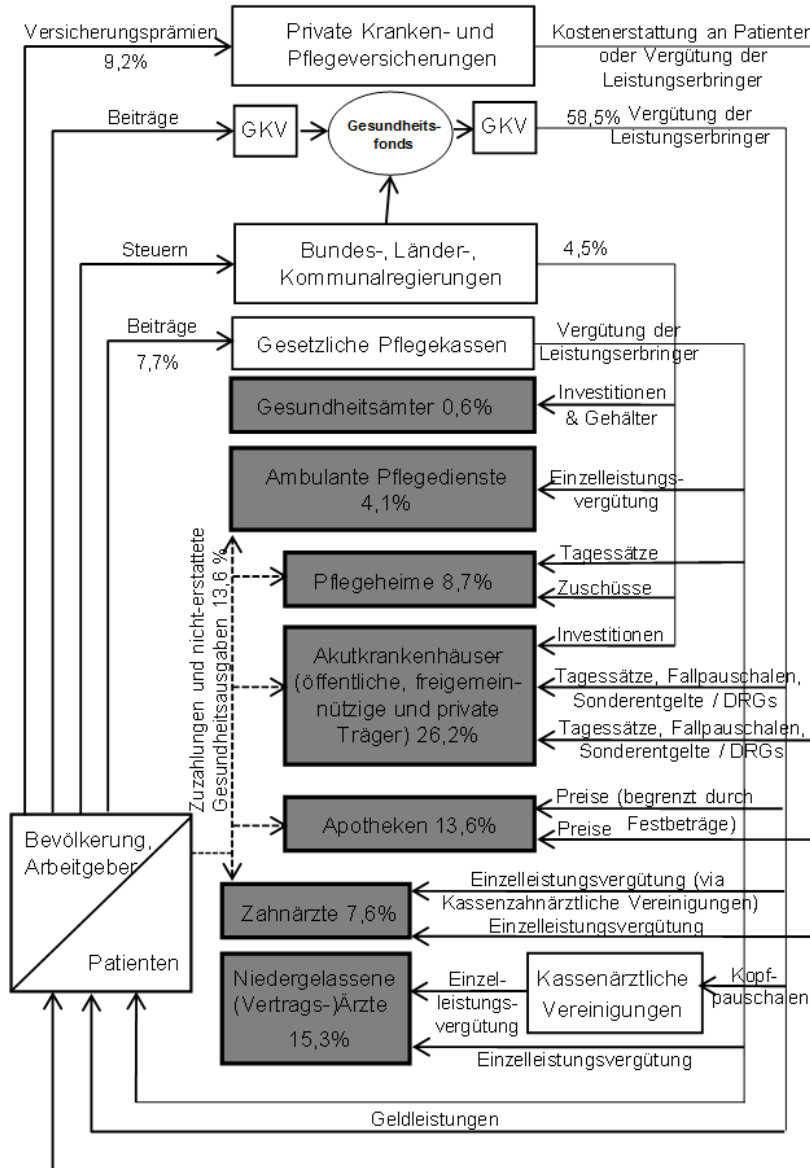
- Grundarten und Anreize der Vergütung von Leistungserbringern
- Vergütung von niedergelassenen Ärzten
- Vergütung von Krankenhäusern

(Lektüre: HiT Kapitel 3.6 & 3.7)



# Finanzströme im deutschen Gesundheitssystem

Äußere Finanzierung

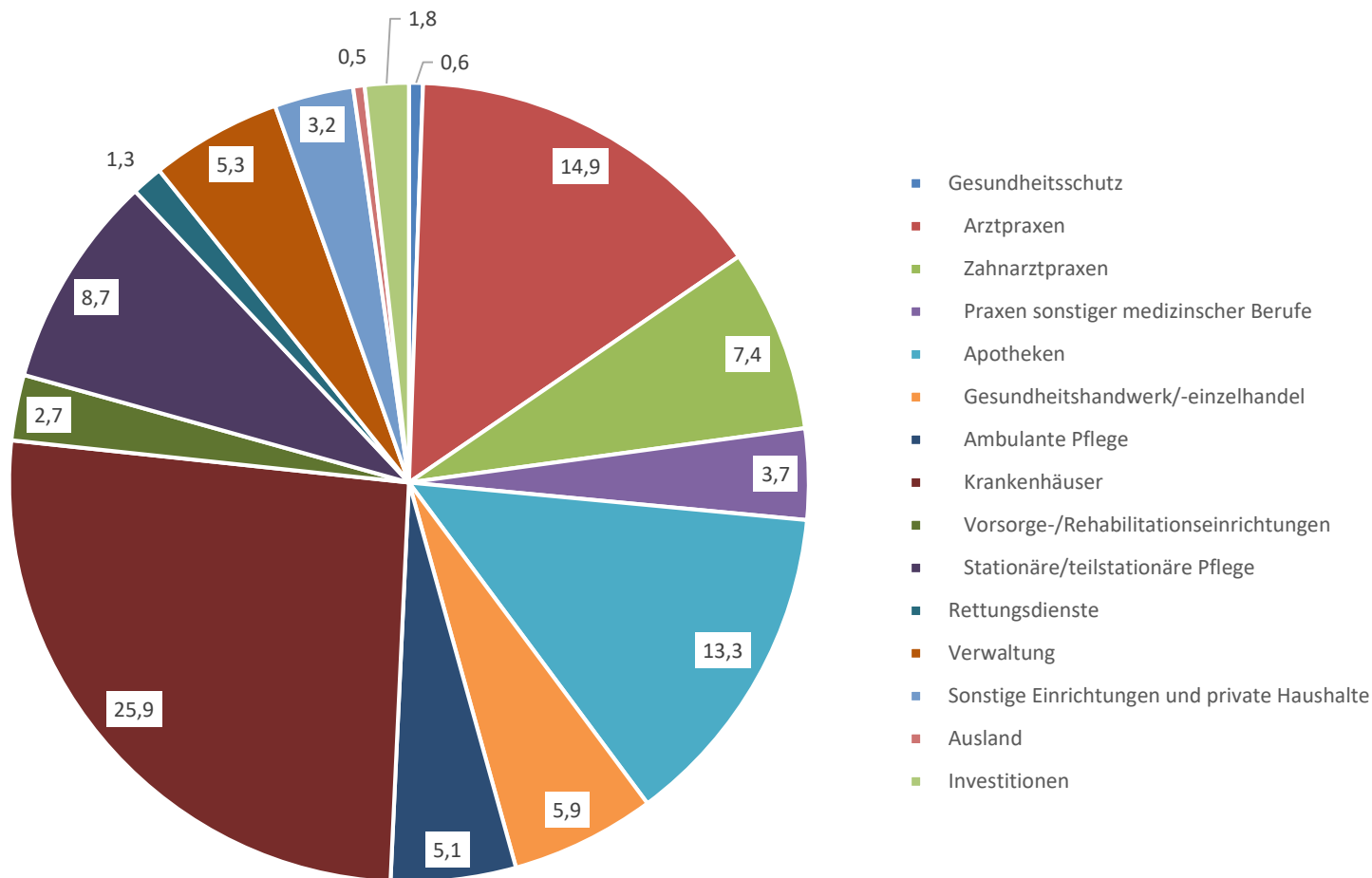


Innere Finanzierung

Abb.: Finanzierungsströme im deutschen Gesundheitssystem 2014 (eigene Darstellung basierend auf Angaben der Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2015b)

# Gesundheitsausgaben als Anteil der Gesamtausgaben für Gesundheit: Einrichtungen

Innere Finanzierung



Quelle:  
 Gesundheitsausgaben in Mio. €, gesamte Einrichtungen und Ausgabenträger, 2016  
 (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2018)

02. Dezember 2019

Einführung in das MiG (Basis 3)

# Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und privater Haushalte als Anteil der Gesamtausgaben

	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>GKV Ausgaben</b>	<b>57,45</b>	<b>58,11</b>	<b>57,87</b>	<b>57,76</b>	<b>58,56</b>	<b>59,32</b>	<b>58,99</b>	<b>59,16</b>
Stationäre Einrichtungen	22,53	22,41	22,64	22,72	22,89	22,97	22,71	22,70
- Krankenhäuser	21,46	21,49	21,74	21,81	21,99	22,08	21,84	<b>21,83</b>
Ambulante Einrichtungen	29,86	30,63	30,02	29,81	30,49	31,33	31,23	31,3
- Arztpraxen	10,43	10,86	10,82	10,74	11,17	11,21	11,15	11,18
- Zahnarztpraxen	4,23	4,02	4,02	3,95	4,09	4,05	4	<b>3,93</b>
- Apotheken	10,05	9,89	9,27	9,08	9	9,53	9,47	9,46
<b>Private Haushalte</b>	<b>14,79</b>	<b>14,79</b>	<b>14,89</b>	<b>14,98</b>	<b>14,13</b>	<b>13,71</b>	<b>13,79</b>	<b>13,53</b>
Stationäre Einrichtungen	4,39	4,39	4,44	4,39	4,43	4,36	4,21	4,18
- Krankenhäuser	0,74	0,67	0,68	0,68	0,62	0,57	0,55	<b>0,53</b>
Ambulante Einrichtungen	4,68	4,94	4,99	4,99	5,05	4,93	4,88	4,82
- Arztpraxen	1,93	1,97	1,98	1,95	1,94	1,89	1,87	1,84
- Zahnarztpraxen	1,12	1,21	1,25	1,31	1,34	1,29	1,27	<b>1,24</b>
- Apotheken	0,94	1,01	0,99	0,97	0,99	0,98	0,98	0,98

Quelle: Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und Gesundheitsausgaben insgesamt, jeweils als Anteil (%) am BIP nach Einrichtung, 2005–2016 (eigene Berechnung nach Angaben der (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2018).

# Wie kann man (Krankenhaus-)Leistungen vergüten?

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 Maßnahmen*

4. **Erfolg**

1. Zum Entlassungszeitpunkt – z. B. als „Qualitäts-“Zu- bzw. Abschlag

2. Langfristig -> Erhalt bzw. Schaffung von besserer Gesundheit



# Grundmechanismen der Vergütung und Anreize

	Definition	Anreiz
Einzeleistungs- vergütung/ Fee-for-service (FFS)	Jede erbrachte Leistung wird einzeln bezahlt	hohe Aktivität hinsichtlich Leistungen und Fällen
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
Gesamtbudget oder Gehalt/ Global Budget or Salary	Leistungserbringer erhält eine feste Summe für die Behandlung aller Patienten in einer Zeitperiode	Ausgabenkontrolle, einfache Verwaltung

# Vergütung von niedergelassenen Ärzten

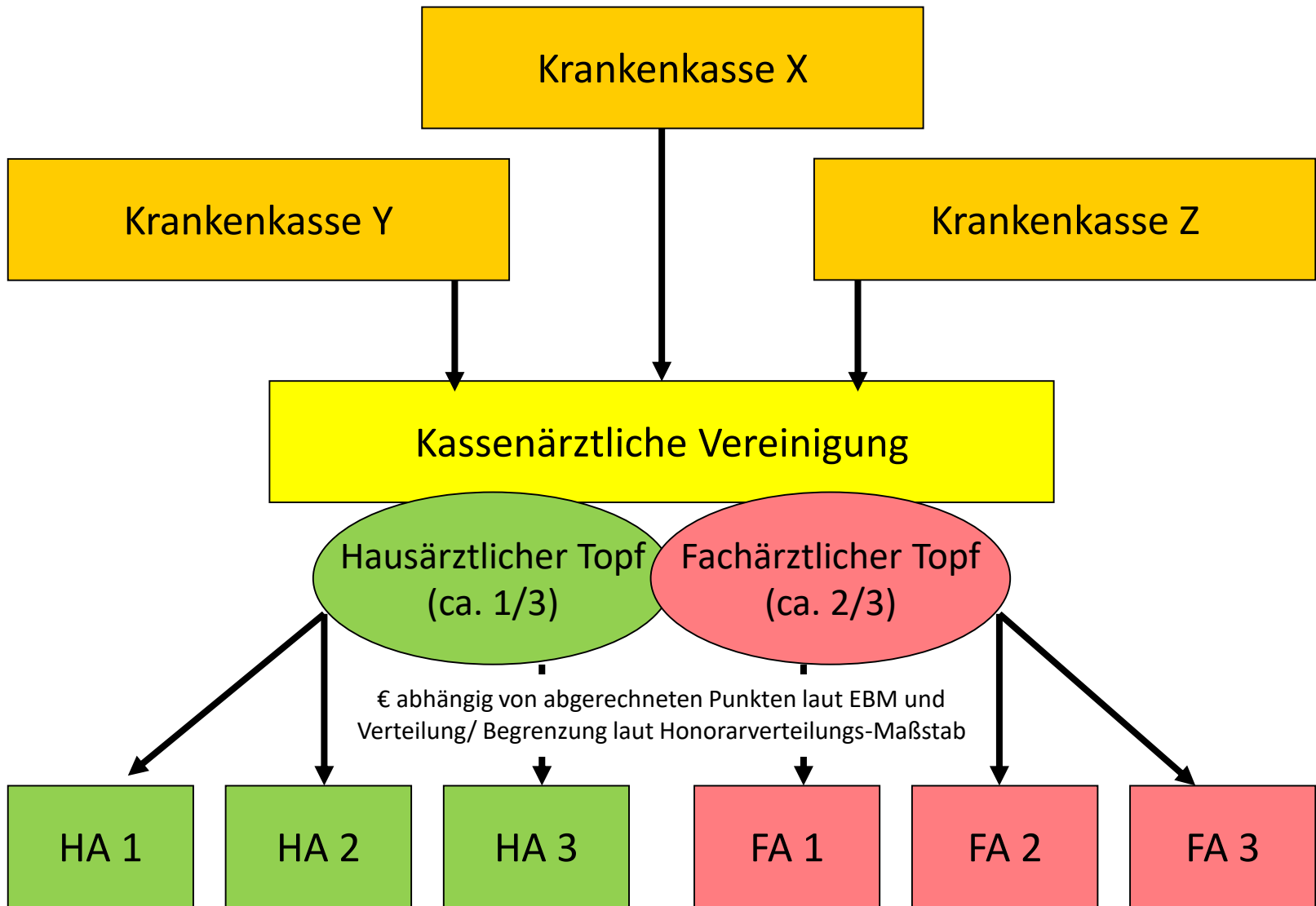
# Vergütung von Ärzten

- die **Preise für Leistungen** von nicht angestellten Ärzten, Zahnärzten, Apothekern, Hebammen und Angehörigen einiger anderer Gesundheitsberufe sind durch **Entgeltkataloge** festgelegt
- die **Vergütungskataloge** für Ärzte (und Zahnärzte) sind stark reguliert
  - Katalog zur Behandlung GKV-Versicherter („Einheitlicher Bewertungs-Maßstab“, EBM)
  - Katalog zur Behandlung privat versicherter bzw. privat zahlender Patienten („Gebührenordnung für Ärzte“, GOÄ)

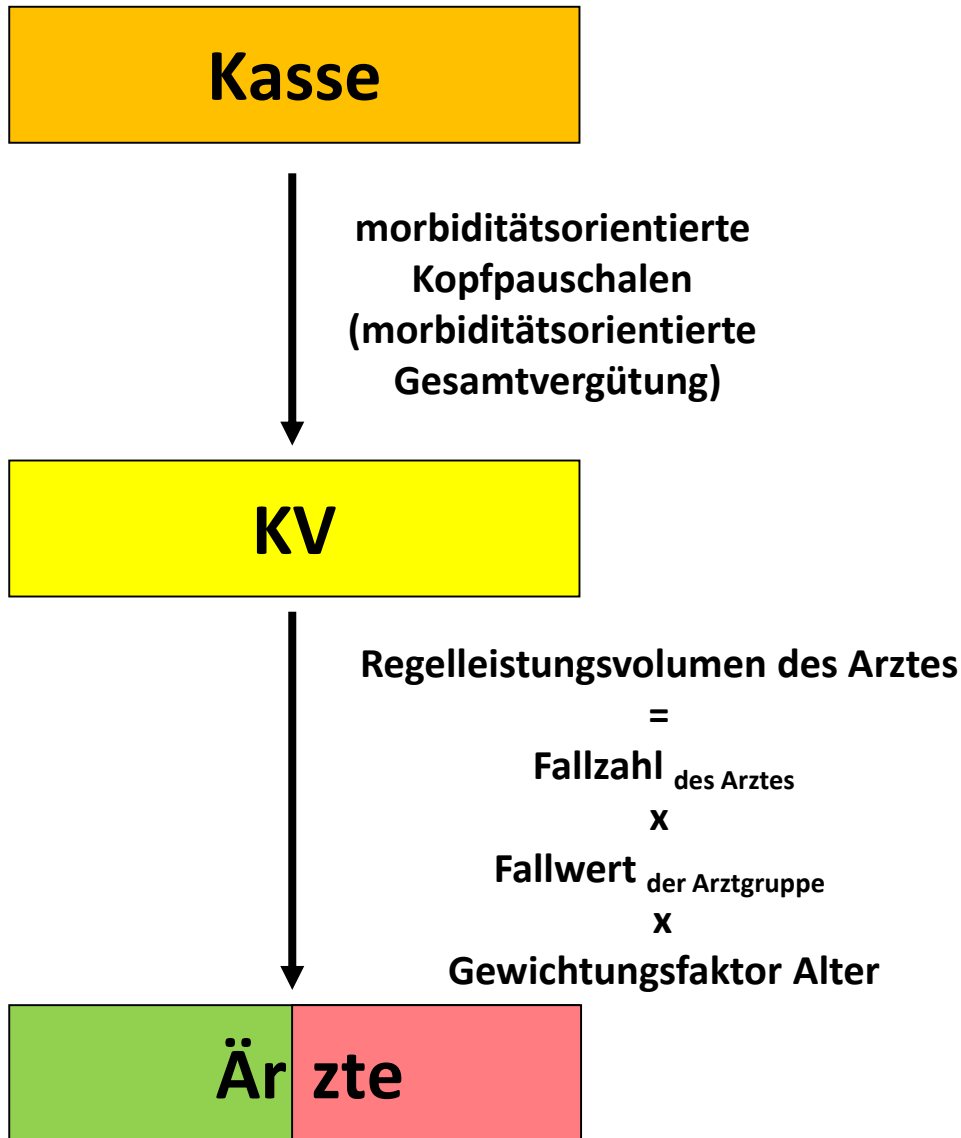
# Vergütung vertragsärztlicher Leistungen

Die Vergütung von niedergelassenen Ärzten durch Krankenkassen besteht im Wesentlichen aus zwei Schritten:

- (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



# Zweistufiges Honorarverteilung in der GKV



- Anpassung der GV an Alter, Geschlecht und Morbidität (= Leistungen im Vorjahr)
- Morbiditätsrisiko bei Krankenkassen

- Obergrenzen an Leistungen (bzw. Punkten), die pro Patient durchschnittlich abgerechnet werden können und mit einem festen Punktwert (Regelpunktwert) vergütet werden
- wird das RLV überschritten, sinkt der Punktwert deutlich

# Verteilung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Verteilung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)

Abzug für Psychotherapie, Laborleistungen, organisierten Notfalldienst

Abzug von Rückstellungen und Vorwegabzügen u.a. für:  
 - Kostenpauschalen  
 - abgestaffelte Vergütung  
 - Zuschläge BAG/MVZ  
 Addition oder Abzüge für erwartete Salden aus dem Fremdkassenzahlungsausgleich

**Trennung der verbleibenden MGV**

**Hausärztliches Verteilungsvolumen** | **Fachärztliches Verteilungsvolumen**

Abzug von Rückstellungen und Vorwegabzügen u.a. für:  
 - Kostenpauschalen  
 - abgestaffelte Vergütung  
 - Zuschläge BAG/MVZ  
 Addition oder Abzüge für erwartete Salden aus dem Fremdkassenzahlungsausgleich

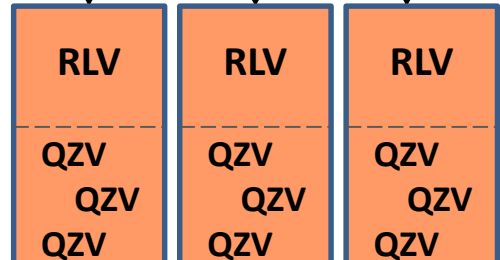
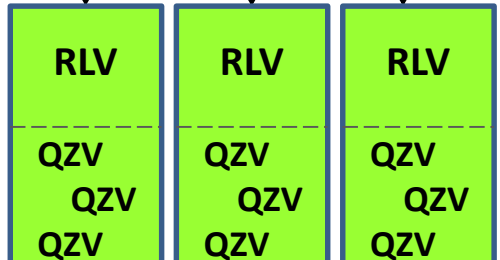
Verteilungsvolumen je Arztgruppe

Verteilungsvolumen je Arztgruppe

Bildung der Vergütungsbereiche für Regelleistungsvolumen (RLV) und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV)

Bildung der Vergütungsbereiche für Regelleistungsvolumen (RLV) und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV)

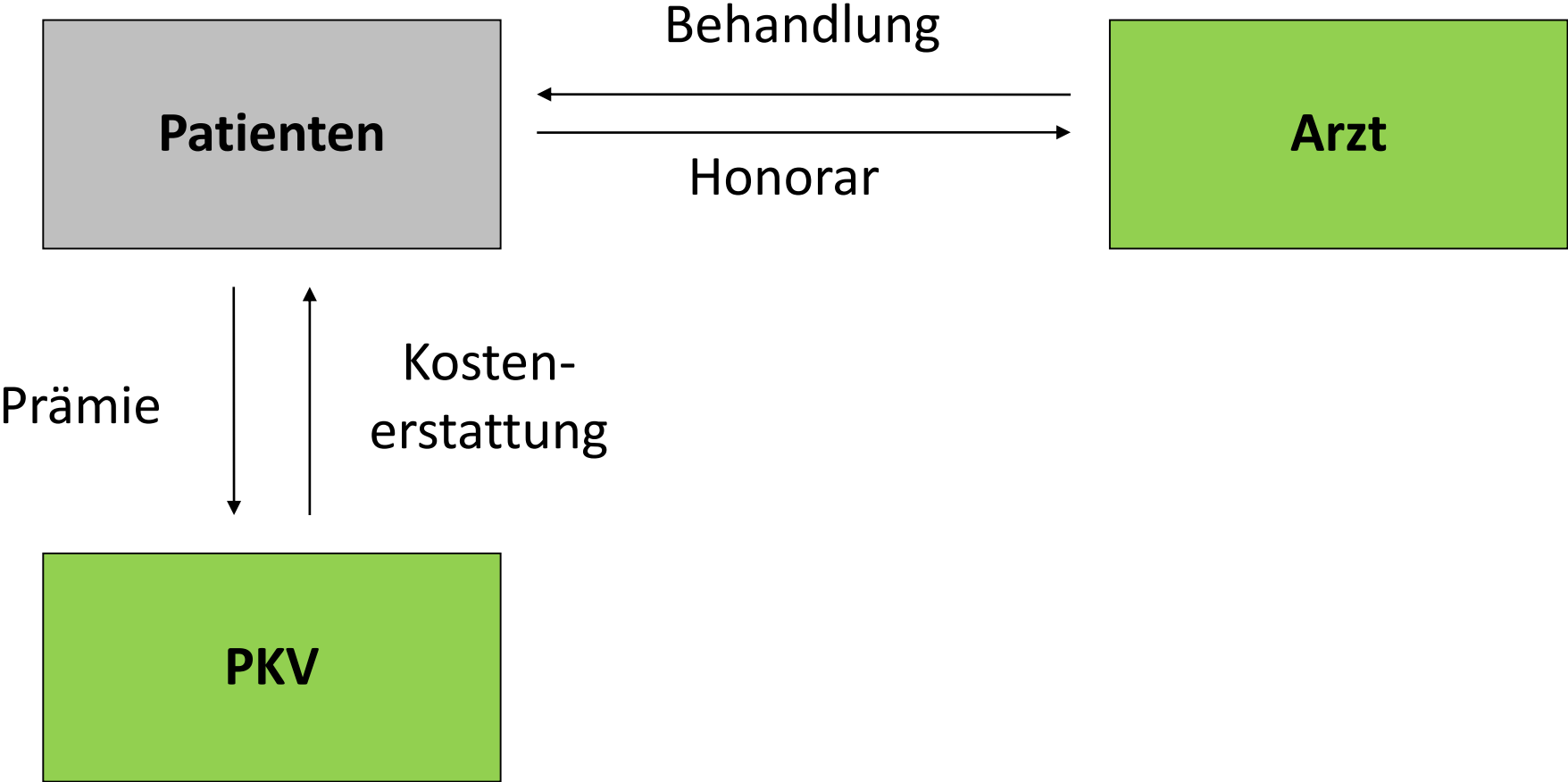
**RLV = normale Leistungen; QZV für förderwürdige Leistungen (Hausbesuche) und/oder mit besonderer Ausstattung**



Ermittlung arzt- bzw. praxisbezogenen RLV und QZV

Ermittlung arzt- bzw. praxisbezogenen RLV und QZV

# Vergütung privatärztlicher Leistungen





# Vergütung privatärztlicher Leistungen

- 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)

# Vergütung privatärztlicher Leistungen

## 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

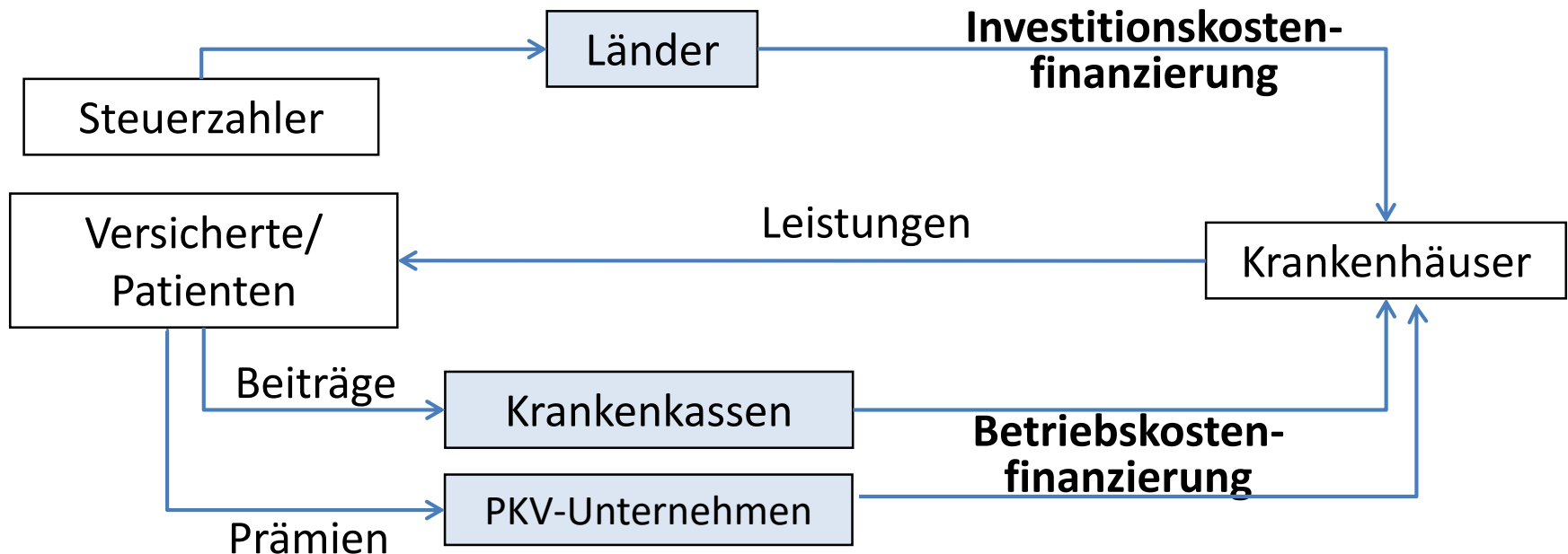
# Finanzierung ambulanter Leistungen GKV vs. PKV

	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 Mengengrenzungen	i.d.R. 2,3-facher Satz der GOÄ, bis zu 3,5-facher Satz bei besonderer Schwierigkeit; nicht von Menge der Leistungen abhängig

# Vergütung von stationären Leistungen

# Systematik der deutschen Krankenhausfinanzierung

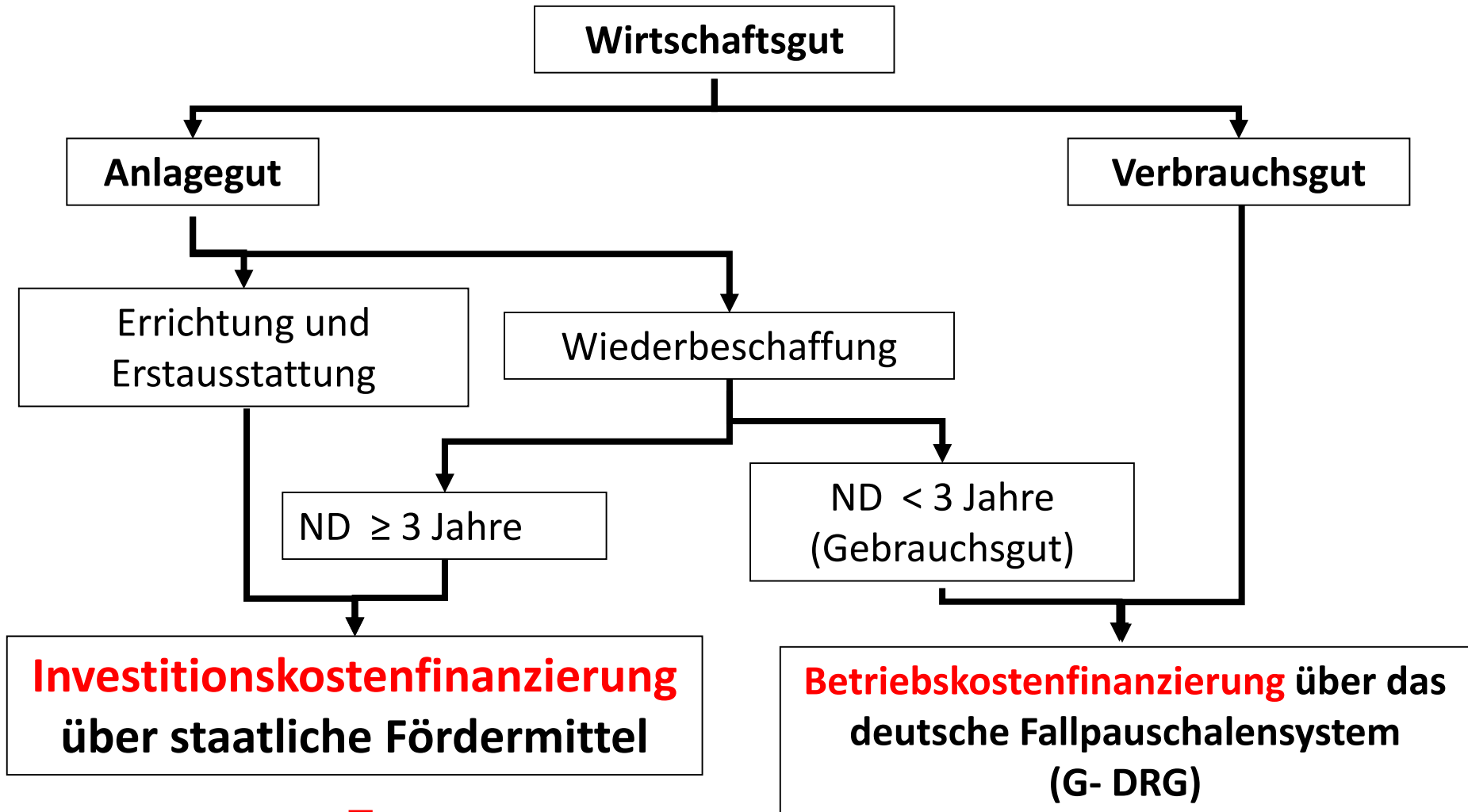
Seit 1972 dualer Charakter der Krankenhausfinanzierung durch:  
**Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG)**



Abgrenzung erforderlich, welche Kosten von den Ländern und welche von der GKV & PKV übernommen werden → Abgrenzungsverordnung (AbgrV)

Quelle: vgl. Keun/Prott 2006

# Abgrenzung Wirtschaftsgüter



Quelle: KHG/ Abgrenzungsverordnung/ Tuschen/Trefz 2004

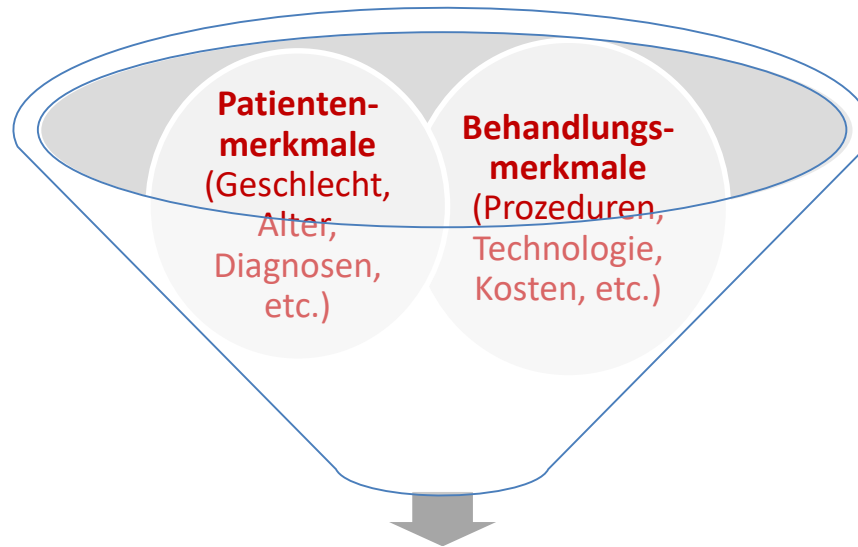
# Allgemeine Grundzüge von DRG-Systemen

- 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.

# Diagnosis-related Groups

*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)**



# Grundzüge des G-DRG Systems

- 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.

# Zuordnung von Krankenhausfällen zu DRGs

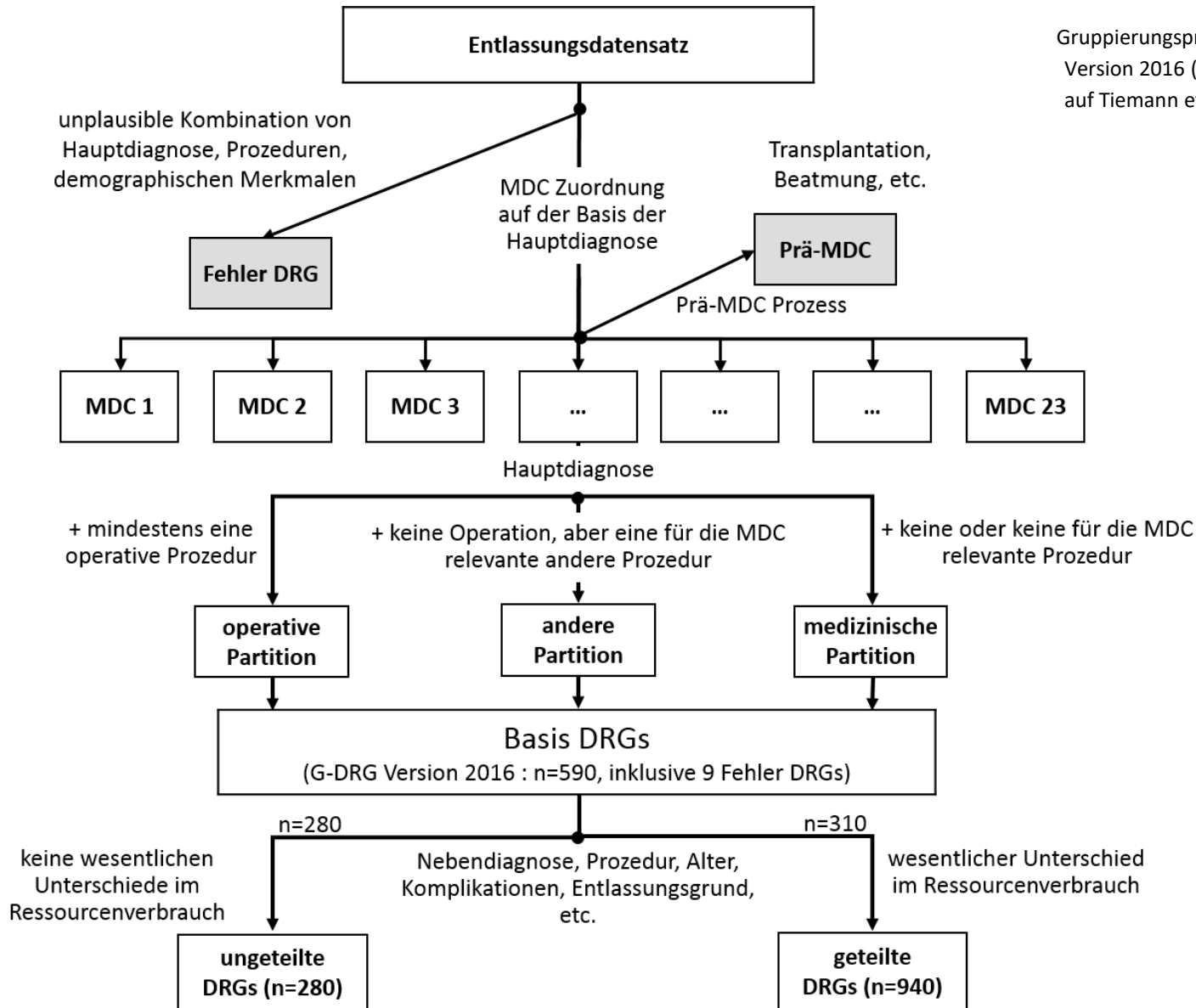
- patienten- und behandlungsbezogenen Daten gibt das Krankenhaus für jeden Patienten in ein spezielles Computerprogramm, dem sog. „Grouper“ ein, welcher alle Fälle der entsprechenden DRG zuordnet
- deutscher Gruppierungsprozess legt besonderen Wert auf medizinische Prozeduren, die durch den deutschen 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)

# Zuordnung von Krankenhausfällen zu DRGs

- 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

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



# Kalkulation von diagnosebezogenen Fallpauschalen

- 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 krankenhausbefundene Strukturdaten und fallbezogene Leistungsdaten bereitzustellen
- fallbezogene Kostendaten werden im Rahmen einer Teilerhebung ermittelt (Kalkulationskrankenhäuser)

# Kalkulation von diagnosebezogenen Fallpauschalen

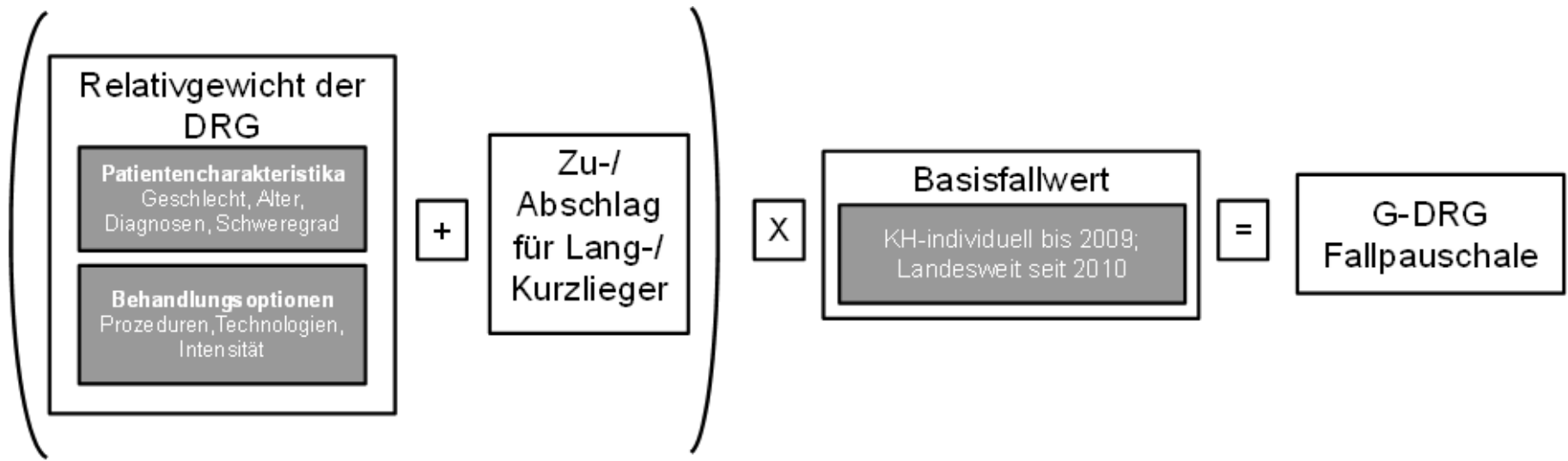


Abb. Berechnung der Fallpauschale zur Krankenhausfinanzierung; Quelle HiT, 2016

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 €

# Grundbegriffe zur DRG-Vergütung I

- **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

# Grundbegriffe zur DRG-Vergütung II

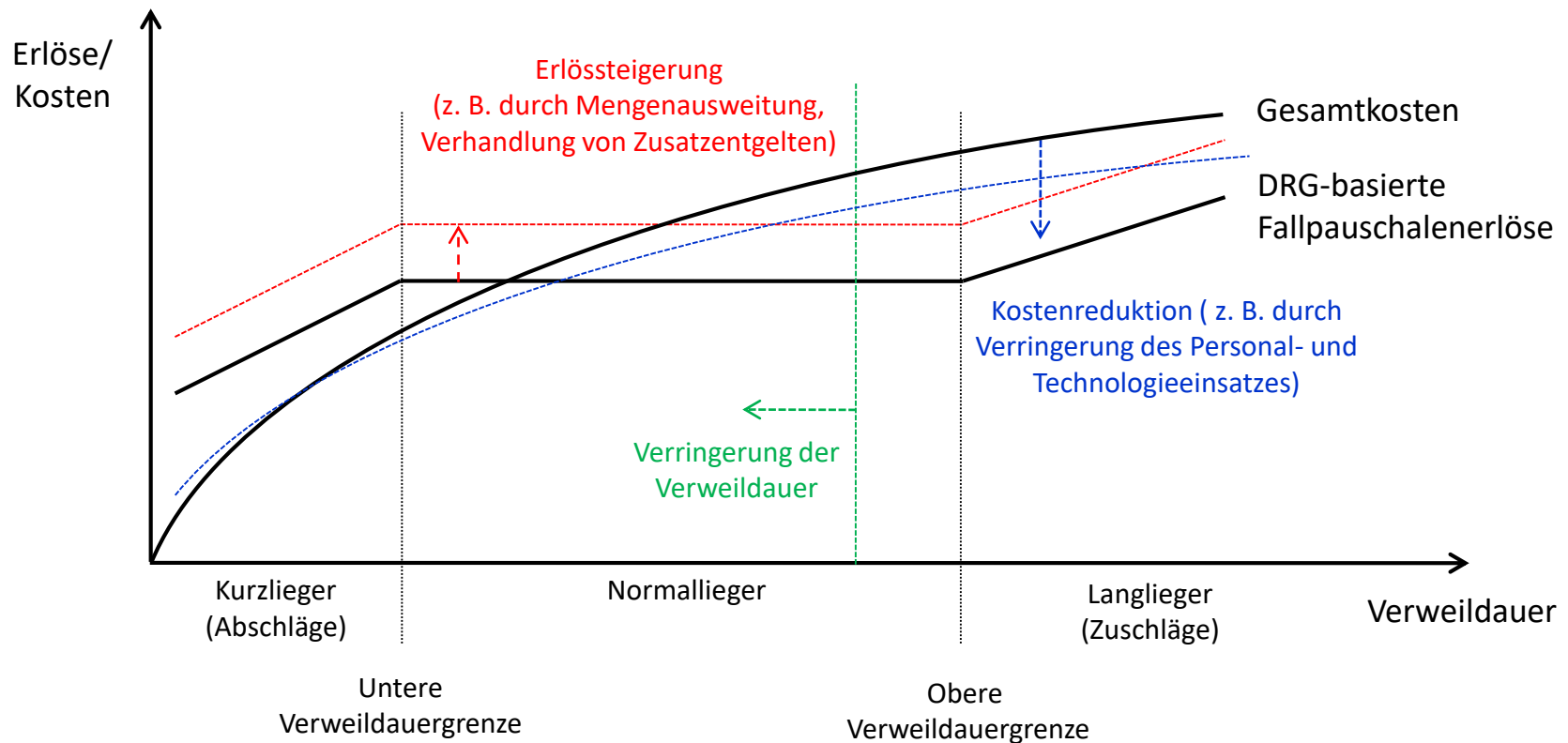
- Normallieger (Inlier)  
Fälle, die innerhalb der Regelverweildauer behandelt werden.
- Kurzlieger (Outlier)  
Fälle, die die untere Grenzverweildauer (UGV) unterschreiten.
- Langlieger (Outlier)  
Fälle, die die obere Grenzverweildauer (OGV) überschreiten.

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**



# Wirkungen von Diagnosis-related Groups

*DRG-basierte Fallpauschalen induzieren eine Yardstick-Competition. Krankenhäuser konkurrieren nicht direkt gegeneinander sondern gegen einen variablen und vorgegebenen Preis je DRG.*



# Fazit

- Vergütung setzt Anreize im Gesundheitssystem und kann das Verhalten von Leistungserbringern beeinflussen
- Vergütung von ambulanten und stationären Leistungen erfolgt separat und nach anderen Prinzipien
- Vergütung insbesondere im stationären Bereich im Fokus von Reformaktivitäten (z.B. Sicherstellungs- und Zentrenzuschläge; Strukturfonds, monistische Finanzierung, Pflegepersonaluntergrenzen)