

MScPH-Basismodul

„Politische und ökonomische Grundlagen des deutschen Gesundheitssystems“

(Einführung in das Management im Gesundheitswesen)

SE 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



Themen der bisherigen Veranstaltungen:

- 1) Innere Finanzierung-Vergütungsmechanismen
- 2) Innere Finanzierung-ambulant
- 3) Innere Finanzierung- stationär
- 4) Vorbereitung- Exkursion Bundestag

Fragen:

- Nennen Sie 4 Mechanismen der Vergütung von Leistungserbringern im Gesundheitssystem
- Ordnen Sie die Vergütung niedergelassener Ärzte und stationärer Leistungen in Deutschland ihren Vergütungsmechanismen zu.

| | 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 oder Salary | Leistungserbringer erhält eine feste Summe für die Behandlung aller Patienten in einer Zeitperiode | Ausgabenkontrolle, einfache Verwaltung |

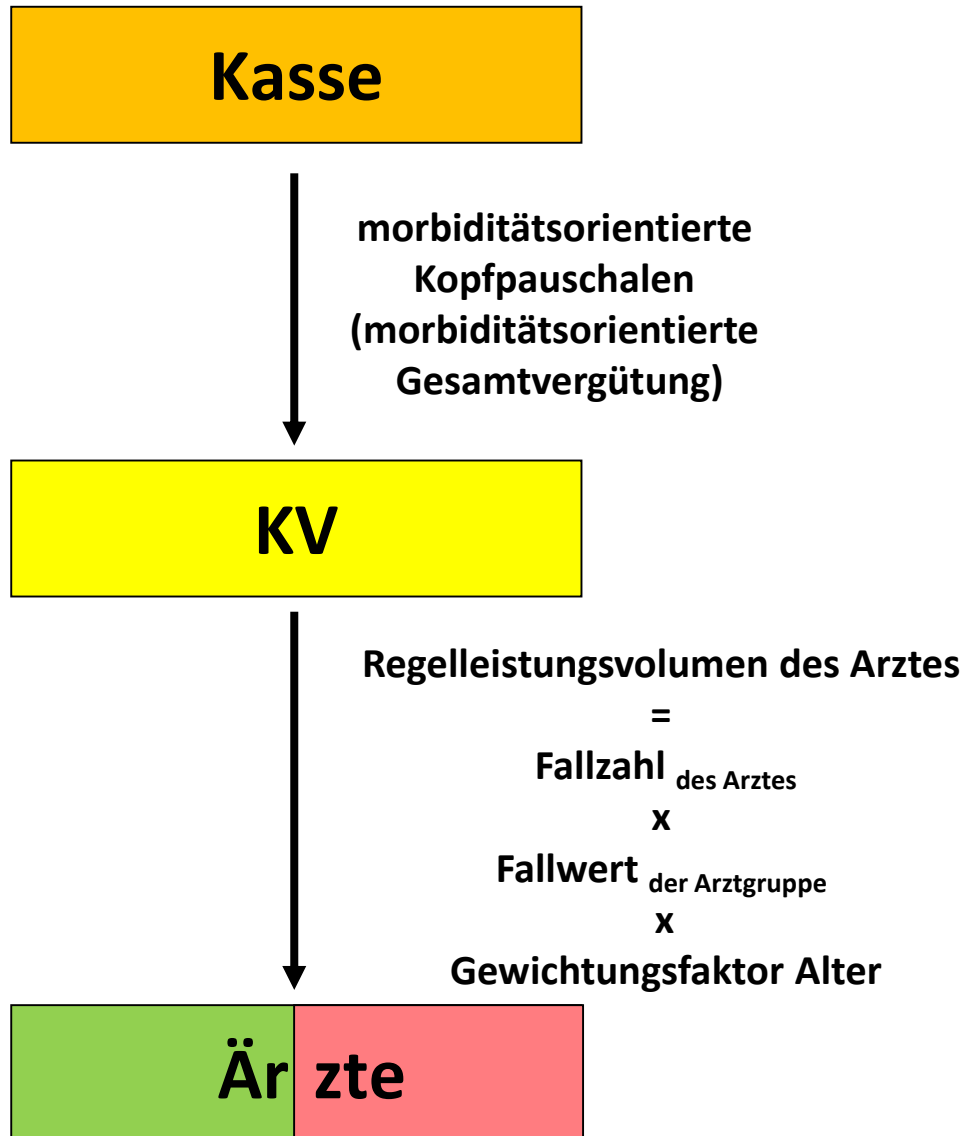
Fragen:

- Benennen Sie die zwei wesentlichen Schritte in der Vergütung im ambulanten Sektor.
- Benennen Sie die Grundlage für die zu erstattenden Leistungen im ambulanten Bereich durch die GKV.

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



- 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

Seit Januar 2009 setzt sich die **Gesamtvergütung** aus
3 Teilen zusammen:

- (1) Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (Morbi-GV): ergibt sich aus dem Behandlungsbedarf der Patienten, einem regionalen Orientierungswert und der Anzahl der Versicherten je Kasse
 - die Höhe der Ausgaben für Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung werden seit 2009 jährlich zw. KVen und Landesverbänden der Krankenkassen verhandelt,
 - die Morbi-GV für das Jahr 2009 berechnete sich auf Basis der Daten von 2007,
 - Ziel der Umstellung von festen Kopfpauschalen auf die Morbi-GV: Morbiditätsrisiko von den Vertragsärzten auf die Krankenkassen verlagern,
 - die vertragsärztliche Leistungsvergütung bleibt budgetiert

(2) Zahlungen der Kassen zur Gesamtvergütung können sich erhöhen

- wenn sich ein nicht vorhersehbarer Behandlungsbedarf einstellt, z.B. im Falle einer Epidemie

(3) Die Vergütung von Einzelleistungen, welche die Kassen zu festen Preisen außerhalb der Morbi-GV bezahlen

- Leistungen wie Impfungen, Früherkennungsuntersuchungen oder ambulante Operationen
- unterliegen keiner Mengensteuerung

- Entscheidung der Vergütungsfähigkeit wird Gemeinsamen Bundesausschusses getroffen
- der Bewertungsausschuss ist für den EBM zuständig
- der EBM bestimmt den Inhalt abrechnungsfähiger Leistungen und:
 - hat die Funktion eines Leistungskatalogs
 - ist bindend für alle niedergelassenen Ärzte in der ambulanten Versorgung von GKV-Versicherten
 - im EBM werden die Leistungen nicht monetär, sondern in Form von Punkten bewertet
- am Ende eines jeden Quartals meldete jeder Vertragsarzt seiner Kassenärztlichen Vereinigung die Gesamtzahl der Punkte der erbrachten Leistungen

Frage:

- Erläutern Sie kurz, was unter dem **dualen Charakter der Krankenhausfinanzierung** verstanden wird.

Lösung:

Seit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) von 1972 gilt für Krankenhäuser die duale Finanzierung:

(1) Investitionskosten:

- über staatliche Fördermittel/ von den Ländern finanziert

(2) Betriebskosten (laufenden Kosten):

- von gesetzlichen Krankenkassen, privaten Krankenversicherungen und Selbstzahlern finanziert
- wobei die Krankenkassen den Großteil der laufenden Ausgaben (Personal, Sachkosten, etc.) finanzieren
- Finanzierung der laufenden Ausgaben ist Gegenstand von Verhandlungen zwischen einzelnen Krankenhäusern und den Krankenkassen
- erfolgt seit 2004 überwiegend auf Basis von Diagnosis Related Groups (DRGs, deutsch: Diagnose-bezogene Fallgruppen)

Fragen:

- Über welches **System** werden in Deutschland seit wann die laufenden Kosten (Betriebskosten) **vergütet**? Woran (an welchem Land) hatte man sich bei der Entwicklung orientiert?
- Nennen Sie kurz die **allgemeinen Grundzüge** eines solchen Systems?
- Welches **Ziel** verfolgte man mit der Einführung dieses Vergütungssystems?
- Welches Institut wird auch **DRG-Institut** genannt und übernimmt welche Aufgabe?

Lösung: Diagnosis Related Groups (DRGs, deutsch: Diagnose-bezogene Fallgruppen)

- Systeme zur Klassifizierung von stationären Behandlungsfällen (sog. Patientenklassifikationssystem)
- DRGs sind diagnosebezogene kostenhomogene Gruppen von stationären Behandlungsfällen
- Aufbauend auf der Patientenklassifikation werden sie als Vergütungssysteme verwendet
- ein Behandlungsfall kann nur in eine Gruppe (DRG) eingeordnet werden, sie unterscheiden sich anhand ihres klinischen Inhalts und Ressourcenverbrauchs
- Fallgruppenzuordnung: Durch einen Gruppierungsalgorithmus (Entscheidungsbaum) wird jeder Behandlungsfall anhand verschiedener Kriterien des Entlassungsdatensatzes genau einer der DRG-Fallgruppen zugeordnet.

Lösung:

- Grundlage für die deutschen DRGs: Australien Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRG) Version 4.1
- Vertragspartner vereinbaren eine jährliche Anpassung der Klassifikation
- Zur Wahrnehmung der Aufgaben zur Pflege des G-DRG-Systems: Gründung „DRG-Institut“ (InEK)
- 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.

Lösung:

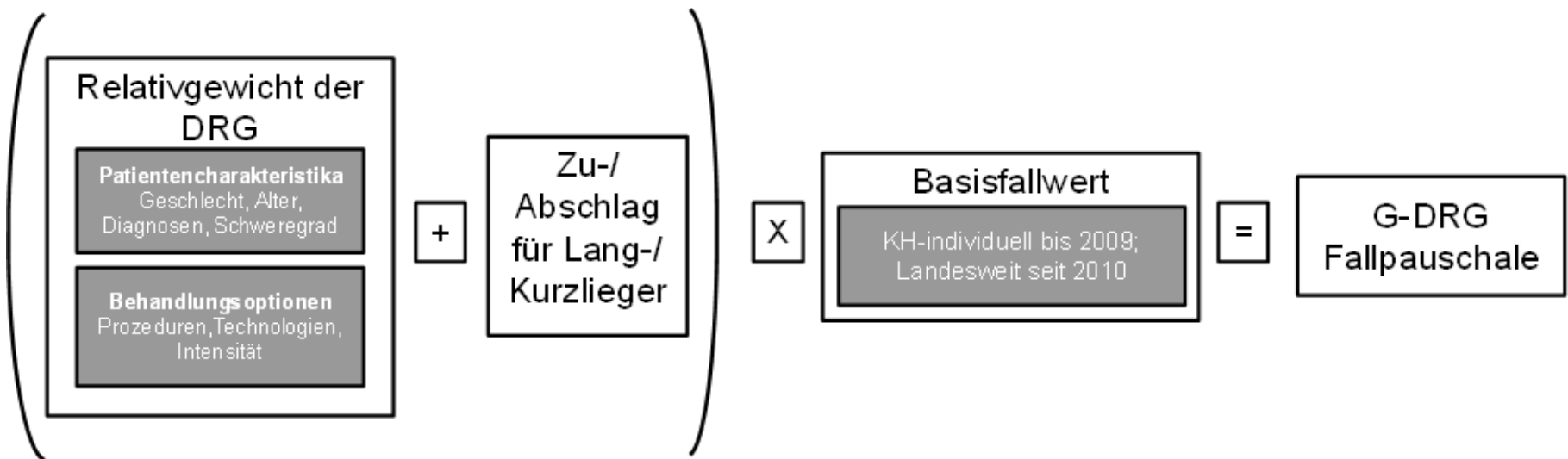
- überwiegend bestimmt die Hauptdiagnose die Klassifikation in eine der **26** Hauptkrankheitskategorien (**Major Disease Categories, MDC**)
- die tatsächliche DRG wird dann zuerst durch die Prozedur und dann durch die Begleitkrankheit sowie den klinischen Schweregrad bestimmt
- Schweregrad ergibt sich aus Begleitdiagnosen und Patientenmerkmalen wie Alter, ist aber abhängig von der DRG unterschiedlich gewichtet

| MDC | Code | Bezeichnung |
|------|------|---|
| 00 | A | Sonderfälle / Prä-MDC |
| 01 | B | Krankheiten und Störungen des Nervensystems |
| 02 | C | Krankheiten und Störungen des Auges |
| 03 | D | Krankheiten und Störungen im HNO-Bereich |
| 04 | E | Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane |
| 05 | F | Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems |
| 06 | G | Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane |
| 07 | H | Krankheiten und Störungen des hepatobiliären Systems und Pankreas |
| | ... | |

Prä-MDC-Kategorien

- Wurde im Rahmen dieser Behandlungsepisode eine Leber-, Lungen-, Knochenmark-, Pankreas-, Nieren-, Darm oder Herztransplantation durchgeführt oder Stammzellen transfundiert?
- Lag ein Evaluierungsaufenthalt vor einer Organtransplantation vor?
- Wurde eine Langzeitbeatmung durchgeführt?
- Wurde bei einem Wachkoma-Patienten eine Frührehabilitation durchgeführt?
- Wurde eine bestimmte akute Erkrankung und Verletzung des Rückenmarkes diagnostiziert?
- Wurde Versagen und Abstoßung eines transplantierten Organes oder transplantiertes hämatopoetischer Zellen diagnostiziert?
- Wurde eine Stammzellentnahme bei einem Eigenspender durchgeführt?
- Wurden signifikante Verletzungen an mehreren Stellen des Körpers behandelt?
- War der Patient weniger als 28 Tage alt (d.h. ein Neugeborenes) bzw. weniger als 1 Jahr alt mit einem Aufnahmegewicht von weniger als 2500 Gramm?
- Liegt eine HIV-Krankheit vor (ohne komplexe OR-Prozedur)?
- Wurde eine intensivmedizinische Komplexbehandlung (oberhalb einer bestimmten Schwelle von Aufwandspunkten) durchgeführt?

- Alle DRG-Systeme basieren auf einer Bewertung jeder Fallgruppe mit einem relativen Kostengewicht (costweight) → durchschnittliche ökonomische Aufwand im Vergleich zu einer Bezugsgröße definiert.
- Die Bezugsgröße ist der Wert, der die Kosten für die Behandlung eines Patienten mit dem relativen Kostengewicht von 1,00 (Durchschnittsfall) bilden soll → *Basisfallwert*



| DRG | Parti- tion | Bezeichnung ⁶⁾ | Bewertungsrelation bei Hauptabteilung | Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Beleghebamme | Mittlere Verweil- dauer ¹⁾ | Untere Grenzverweildauer | | Obere Grenzverweildauer | |
|------|----------------|---|--|--|---|--|-----------------------------|--|-----------------------------|
| | | | | | | Erster Tag mit Abschlag ^{2), 5)} | Bewertungs- relation/Tag | Erster Tag zus. Entgelt ^{3), 5)} | Bewertungs- relation/Tag |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| F06D | O | Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder mit intraoperativer Ablation oder schwersten CC oder Implantation eines herzunterstützenden Systems | 5,056 | | 13,9 | 4 | 0,551 | 25 | 0,255 |

Quelle: Fallpauschalenkatalog 2019

Übersicht über die für 2019 gültigen Landesbasisfallwerte in den einzelnen Bundesländern

| 03.04.2019 | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|---------------------------|------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|------------------------------|--|---|---------------------------|------------------------|----------------------------|
| Landesbasisfallwerte 2019 | | | | | | | | | | |
| Bundesland | LBFW 2019 ohne Ausgleiche | Veränderung des LBFW 2019 zu 2018* | vereinbartes Casemix - Volumen | Veränderung des CM 2019 zu 2018 | Erlösvolumen auf Landesebene | Veränderung des Erlösvolumens 2019 zu 2018 | Angleichung an BBFW § 10 Abs. 8 KHEntgG | LBFW 2019 mit Ausgleichen | Art LBFW ¹⁾ | genehmigt mit Bescheid zum |
| Baden-Württemberg | 3.539,12 € | 2,65% | 2.400.000 | -1,13% | 8.493.888.000 € | 1,48% | k.A. | 3.539,12 € | VB | 01.03.2019 |
| Bayern | 3.536,70 € | 2,50% | 3.175.040 | 0,00% | 11.229.163.968 € | 2,50% | k.A. | 3.533,70 € | VB | 01.01.2019 |
| Berlin | 3.532,50 € | 2,56% | 1.046.000 | 0,97% | 3.694.995.000 € | 3,55% | k.A. | 3.532,50 € | VB | 01.01.2019 |
| Brandenburg | 3.530,00 € | 2,65% | 593.800 | -0,37% | 2.096.114.000 € | 2,27% | k.A. | 3.530,00 € | VB | 01.01.2019 |
| Bremen | 3.547,00 € | 2,57% | 234.870 | 0,00% | 833.083.890 € | 2,57% | k.A. | 3.547,00 € | VB | 01.03.2019 |
| Hamburg | 3.534,91 € | 2,65% | 630.000 | 0,00% | 2.226.993.300 € | 2,65% | k.A. | 3.534,91 € | VB | 01.03.2019 |
| Hessen | 3.532,67 € | 2,56% | 1.500.000 | 0,00% | 5.299.005.000 € | 2,56% | k.A. | 3.532,67 € | VB | 01.03.2019 |
| Mecklenburg-Vorp. | 3.529,85 € | 2,42% | 435.200 | 0,00% | 1.536.190.720 € | 2,42% | k.A. | 3.529,85 € | VB | 01.01.2019 |
| Niedersachsen | 3.528,55 € | 2,60% | 1.824.758 | -0,56% | 6.438.749.841 € | 2,03% | k.A. | 3.528,55 € | VB | 01.02.2019 |
| Nordrhein-Westfalen | 3.537,00 € | 2,60% | 5.112.056 | 0,00% | 18.081.342.641 € | 2,60% | k.A. | 3.537,00 € | VB | 01.02.2019 |
| Rheinland-Pfalz | 3.683,97 € | 1,85% | 960.000 | 0,00% | 3.536.611.200 € | 1,85% | k.A. | 3.683,97 € | VB | 01.01.2019 |
| Saarland | 3.568,00 € | 2,57% | 306.680 | -0,01% | 1.094.234.240 € | 2,57% | k.A. | 3.568,50 € | VB | 01.03.2019 |
| Sachsen | 3.528,65 € | 2,62% | 1.107.000 | -0,64% | 3.906.215.550 € | 1,96% | k.A. | 3.528,65 € | VB | 01.03.2019 |
| Sachsen-Anhalt | 3.528,65 € | 2,62% | 621.000 | -0,32% | 2.191.291.650 € | 2,29% | k.A. | 3.528,65 € | VB | 01.03.2019 |
| Schleswig-Holstein | 3.528,50 € | 2,60% | 632.070 | 0,48% | 2.230.258.995 € | 3,09% | k.A. | 3.528,50 € | VB | 01.01.2019 |
| Thüringen | 3.528,65 € | 2,62% | 638.000 | -0,75% | 2.251.278.700 € | 1,85% | k.A. | 3.528,65 € | VB | 01.03.2019 |
| Bund (CM-gew.)²⁾ | 3.541,56 € | 2,55% | 21.216.474 | -0,19% | 75.139.416.695 € | 2,35% | | | | |

| Landesbasisfallwerte 2018 | | | |
|---------------------------|--------------------------------|------------------------------|---------------------------|
| LBFW 2018 ohne Ausgleiche | vereinbartes Casemix - Volumen | Erlösvolumen auf Landesebene | LBFW 2018 mit Ausgleichen |
| 3.447,85 € | 2.427.542 | 8.369.801.919 € | 3.453,17 € |
| 3.450,43 € | 3.175.040 | 10.955.253.267 € | 3.442,48 € |
| 3.444,38 € | 1.036.000 | 3.568.377.680 € | 3.449,91 € |
| 3.439,00 € | 596.000 | 2.049.644.000 € | 3.444,50 € |
| 3.458,00 € | 234.870 | 812.180.460 € | 3.463,39 € |
| 3.443,65 € | 630.000 | 2.169.499.500 € | 3.449,00 € |
| 3.444,53 € | 1.500.000 | 5.166.795.000 € | 3.449,89 € |
| 3.446,50 € | 435.200 | 1.499.916.800 € | 3.451,86 € |
| 3.439,00 € | 1.834.987 | 6.310.520.293 € | 3.443,30 € |
| 3.447,43 € | 5.112.056 | 17.623.455.771 € | 3.452,70 € |
| 3.616,91 € | 960.000 | 3.472.233.600 € | 3.618,98 € |
| 3.478,50 € | 306.697 | 1.066.845.515 € | 3.483,00 € |
| 3.438,60 € | 1.114.149 | 3.831.112.751 € | 3.443,00 € |
| 3.438,50 € | 623.000 | 2.142.185.500 € | 3.443,50 € |
| 3.439,00 € | 629.070 | 2.163.371.730 € | 3.439,00 € |
| 3.438,60 € | 642.800 | 2.210.332.080 € | 3.443,00 € |
| 3.453,46 € | 21.257.412 | 73.411.525.866 € | |

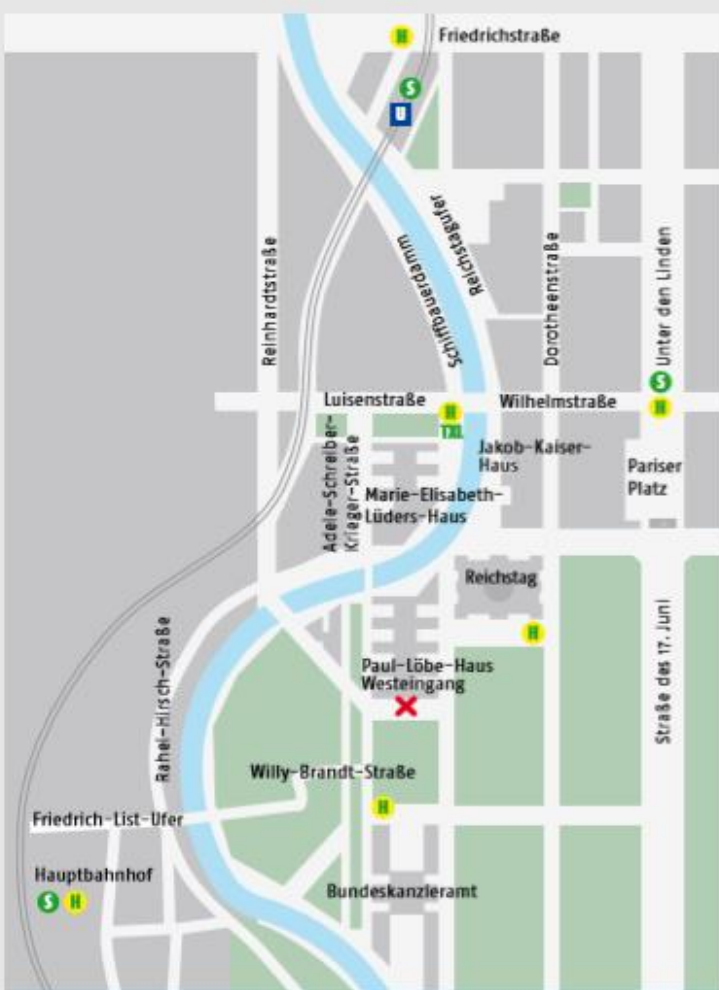
¹⁾ SST = Schiedsstelle, VB = Vereinbarung

²⁾ Entspricht dem Berechnungsergebnis nach § 10 Abs. 9 Satz 2 KHEntgG (ohne Veränderungsrate)

³⁾ inkl. anteiliger Tarifierhöhungsrates nach § 10 Abs. 5 Satz 5 KHEntgG

Bundesbasisfallwert (BBFW) 2019:
 obere Korridorgrenze 3.544,97 €
 untere Korridorgrenze 3.508,81 €

Vorbereitung Exkursion- Bundestag



Wege zum Paul-Löbe-Haus (Westeingang)

ab Hauptbahnhof

- Bus M85 Richtung Lichterfelde Süd bis Bundeskanzleramt oder Reichstag/Bundestag
- zu Fuß: über Rahel-Hirsch-Straße, Brücke überqueren, an Schweizer Botschaft entlang

ab S-Bahnhof Unter den Linden

- Bus 100 Richtung S+U Zoologischer Garten bis Reichstag/Bundestag

ab Flughafen Tegel

- Taxi Richtung Moltstraße/Prenzlauer Allee zur Marschallbrücke; dann zu Fuß am Reichstagsufer entlang

ab Pariser Platz (Haltestelle Ebertstraße)

- Bus M85 Richtung Hauptbahnhof bis Reichstag/Bundestag oder Bundeskanzleramt

- Bitte seien Sie **11:45 Uhr** am Westeingang des Paul-Löbe-Hauses
- Wir können gemeinsam ab 11:30 Uhr von der TU aufbrechen—Treffpunkt vor dem Hauptgebäude
- Personalausweis mitbringen!

- Von 12:15 Uhr bis 13:15 Uhr ein Gespräch mit Frau Maria Klein-Schmeink, gesundheitspolitische Sprecherin der Bündnis 90/ Die Grünen
- danach keine Übung mehr
- Freie Fragen möglich und erwünscht

Parlamentarische Initiativen

Schriftliche Anfragen an die Bundesregierung

In jedem Monat bis zu vier Fragen zur schriftlichen Beantwortung an die Bundesregierung

Kleine Anfrage

Kleine Anfragen werden schriftlich beantwortet und im Bundestag nicht beraten.

Große Anfrage

Eine Große Anfrage kann von einer Bundestagsfraktion oder mindestens fünf Prozent aller Abgeordneten gestellt werden.

- Pflege/Pflegesicherung/Ausgestaltung der Pflegeversicherung
- Antrag der Fraktion zur Digitalisierung im Gesundheitswesen: <https://www.klein-schmeink.de/aktuelles/meldung/gruener-antrag-zur-digitalisierung-im-gesundheitswesen>
- Antrag der Fraktion „Mehr Qualitätstransparenz für Versicherte, mehr Anreize für bessere Versorgung – Solidarische Wettbewerbsordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung weiterentwickeln,“ : <https://www.klein-schmeink.de/data/user/PDF-Dokumente/Anträge/2019/1909565.pdf>
- Kleine Anfrage zur Situation der Heilmittelerbringer: https://www.klein-schmeink.de/data/user/PDF-Dokumente/2018/2018-08-24_AW_PSt_Dr_Gebhart.pdf
- Psychotherapeutische Versorgung/Versorgung von psychischen Erkrankungen: https://www.klein-schmeink.de/data/user/PDF-Dokumente/Kleine_Anfragen/1907316.pdf