

Finanzierung & Vergütung – ein Impuls

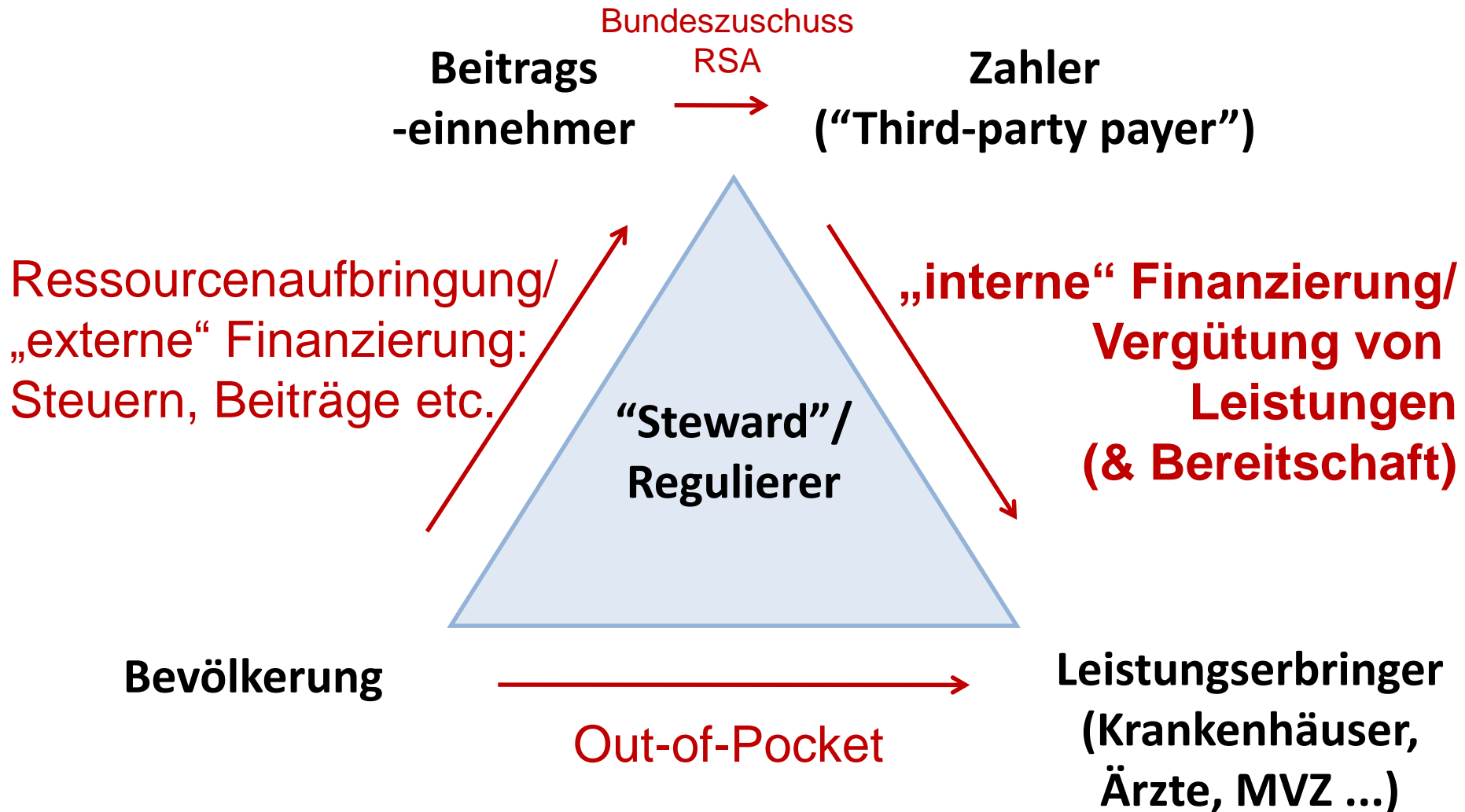
Reinhard Busse, Prof. Dr. med. MPH FFPH

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

&

European Observatory on Health Systems and Policies





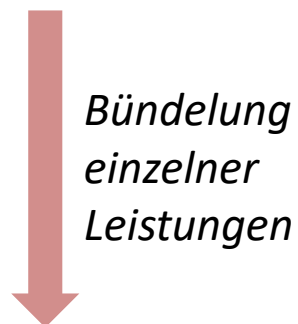
Grundfrage bei Vergütung: Was erwarten Gesellschaft, Bürger und Patienten von Leistungserbringern? Dass ...

- 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 Kosten 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?

Wie kann man Gesundheitsleistungen vergüten?

1. **Übernahme/ Erstattung** der Kosten
2. **Budget** (überwiegend Input-orientiert, d.h. nach Personal, Betten, technischer Infrastruktur) bzw. **Gehalt** (nach Qualifikation)
3. **Leistungseinheit** (Prozess-orientiert):
 - (a) **Einzelleistung**,
 - (b) Leistungskomplex (z.B. Operation),
 - (c) Betten- oder Pflege tag (Tagespflegesatz),
 - (d) **Fall (Fallpauschale)**,
 - (e) **Zeitraum von 3 oder 12 Monaten (Kopfpauschale)**

bei (c, d + e) für alle Patienten gleich oder differenziert nach Alter, Diagnose, Schweregrad ...
4. **Erfolg** (Outcome-orientiert)
 - (a) zum Ende der Behandlung – z. B. als „Qualitäts“-Zu- bzw. Abschlag
 - (b) langfristig -> Erhalt bzw. Schaffung von besserer Gesundheit



Vergütungsmechanismus	Bedarf (Riskoselektion)	Aktivität		Ausgabenkontrolle	Technische Effizienz	Transparenz	Qualität	Administrativer Aufwand
		Zahl der Patienten	Leistungen pro Patient					
Einzelleistung	+	+	+	-	0	0	0	-
Budget	-	-	-	+	0	-	0	+

Vergütungsmechanismus	Bedarf (Riskoselektion)	Aktivität		Ausgabenkontrolle	Technische Effizienz	Transparenz	Qualität	Administrativer Aufwand
		Zahl der Patienten	Leistungen pro Patient					
Einzelleistung	+	+	+	-	0	0	0	-
Fallpauschalen	0	+	-	0	+	+	0	-
Budget	-	-	-	+	0	-	0	+

Vergütungsformen für Krankenhäuser: (Änderung der) Anreize sind abhängig vom Status-quo ante

Vergütungsmechanismus	Bedarf (Riskoselektion)	Aktivität		Ausgabenkontrolle	Technische Effizienz	Transparenz	Qualität	Administrativer Aufwand
		Zahl der Patienten	Leistungen pro Patient					
Einzelleistung	+	+	+	-	0	0	0	-
Fallpauschalen	0	+	-	0	+	+	0	-
Budget	-	-	-	+	+	+	+	+

USA 1980er

Europäische Länder 1990er/2000er

Vergütungsformen im ambulanten Bereich:

Ähnliche Anreizwirkungen

Vergütungsmechanismus	Bedarf (Riskoselektion)	Aktivität		Ausgabenkontrolle	Technische Effizienz	Transparenz	Qualität	Administrativer Aufwand
		Zahl der Patienten	Leistungen pro Patient					
Einzelleistung	+	+	+	-	0	0	0	-
Kopfpauschalen	0	(+)	(-)	+	+	-	0	+
Gehalt	-	-	-	+	0	-	0	+

Alle Vergütungsformen

Keine positiven Anreize für Qualität!

Vergütungsmechanismus	Bedarf (Riskoselektion)	Aktivität		Ausgabenkontrolle	Technische Effizienz	Transparenz	Qualität	Administrativer Aufwand
		Zahl der Patienten	Leistungen pro Patient					
Einzelleistung	+	+	+	-	0	0	0	-
Kopf-/ Fallpauschalen	0	+	-	+ / 0	+	- / +	0	+ / -
Budget/ Gehalt	-	-	-	+	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