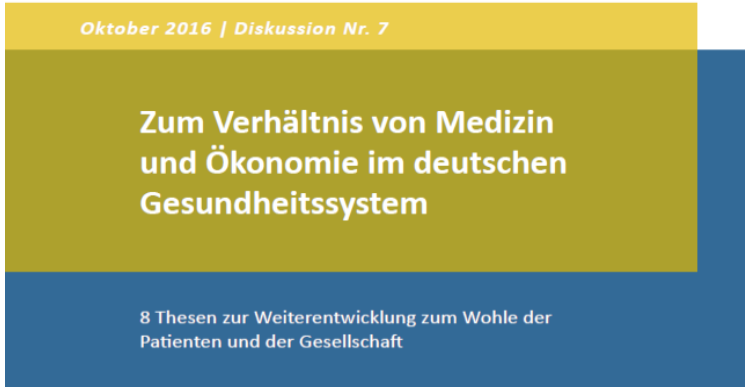
Die Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie e.V. **(dggö)** bezweckt die Förderung der Wissenschaft, Forschung und wissenschaftlichen Politikberatung auf dem Gebiet der Gesundheitsökonomie. Zu ihren Aufgaben gehören auch die Durchführung wissenschaftlicher Veranstaltungen und Forschungsvorhaben sowie die Vergabe von Preisen und Auszeichnungen.

# Medizin und Ökonomie: Handlungsbedarf auf Systemebene und im europäischen Vergleich


**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

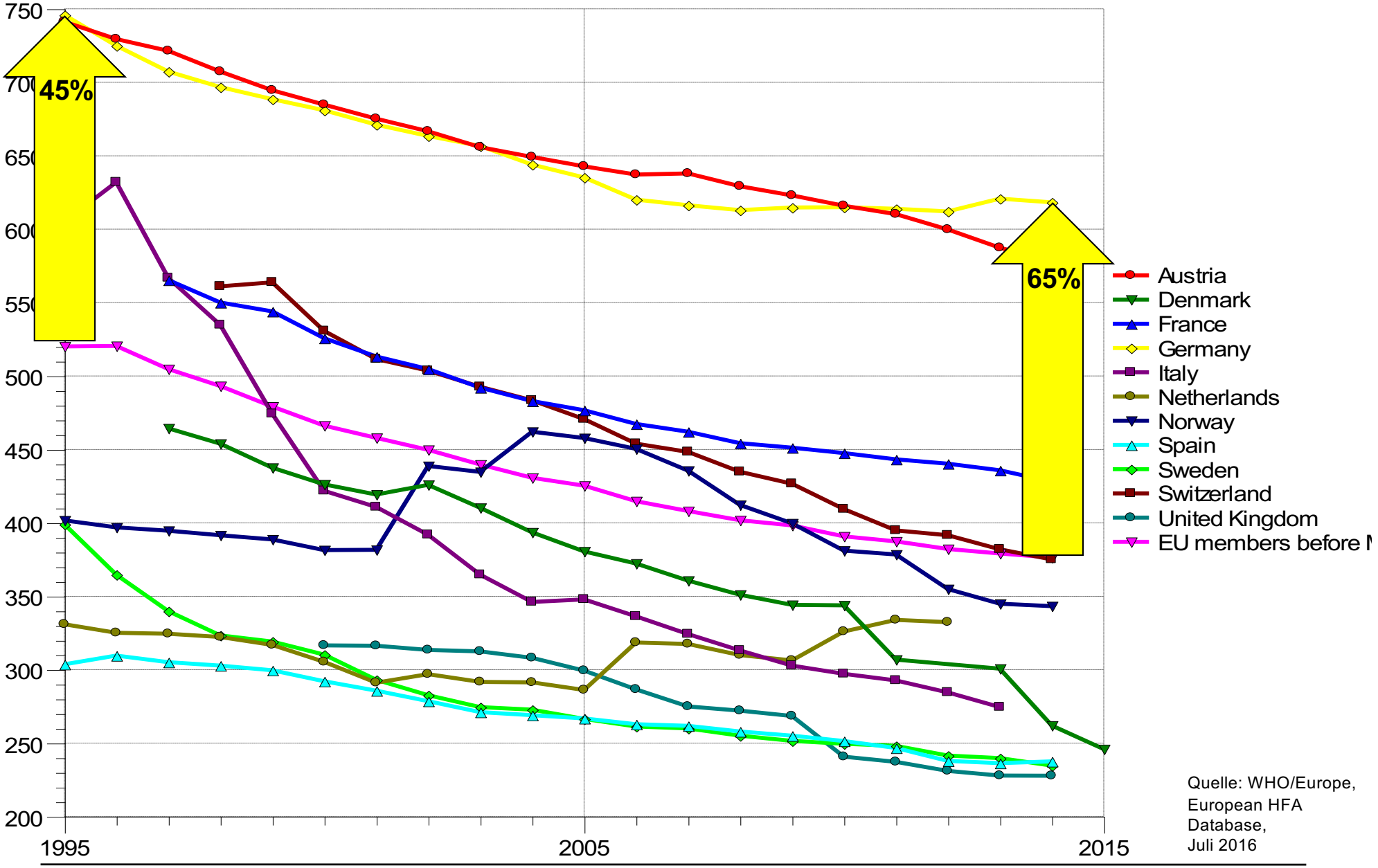



Was will dieses Papier? .....

Ausgangssituation: Effizienz und Qualität – Das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich .....

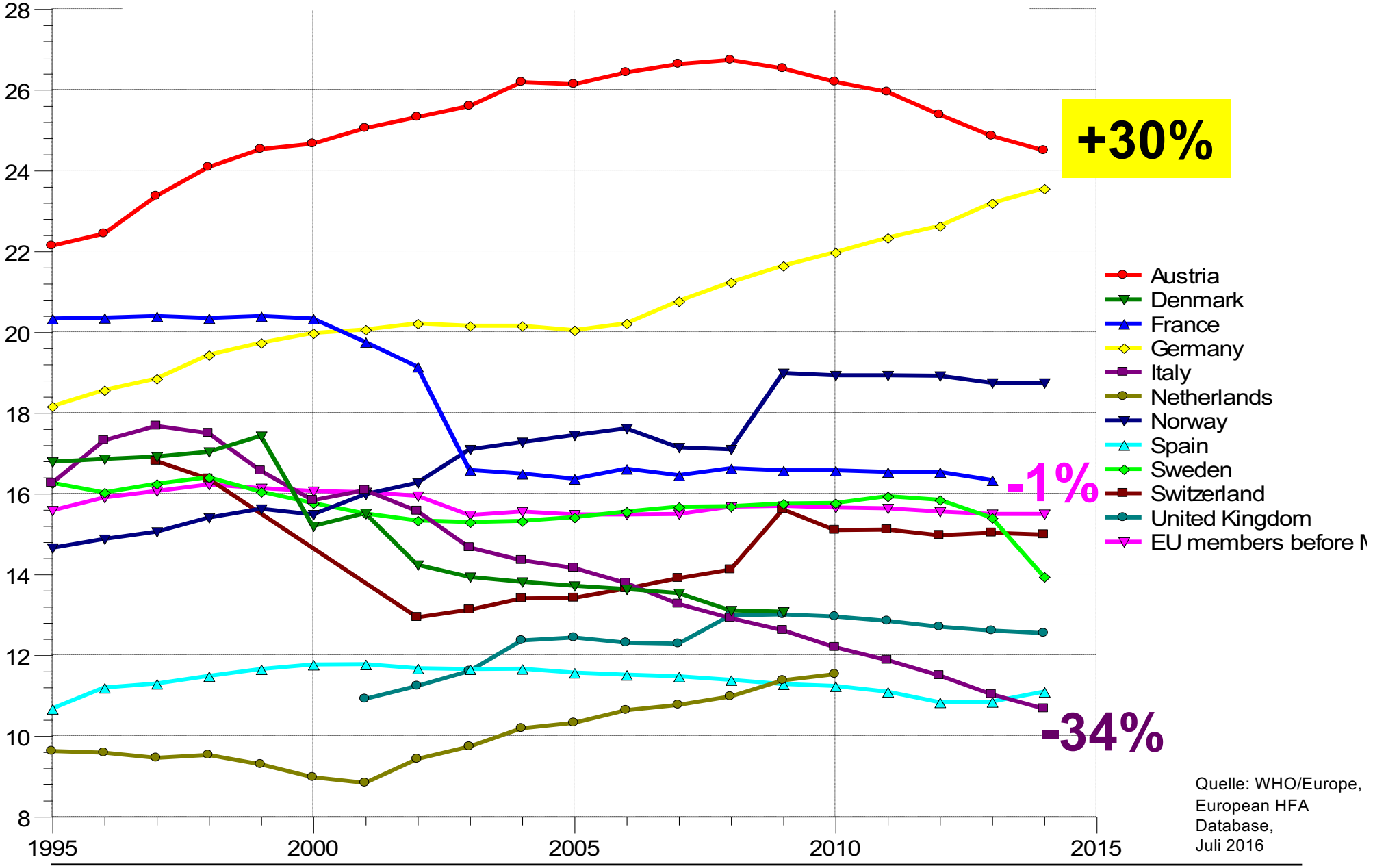
8 Thesen zum Weiterdenken.....

# Krankenhaussektor in Deutschland: trotz Bettenabbaus deutlich über EU-Schnitt



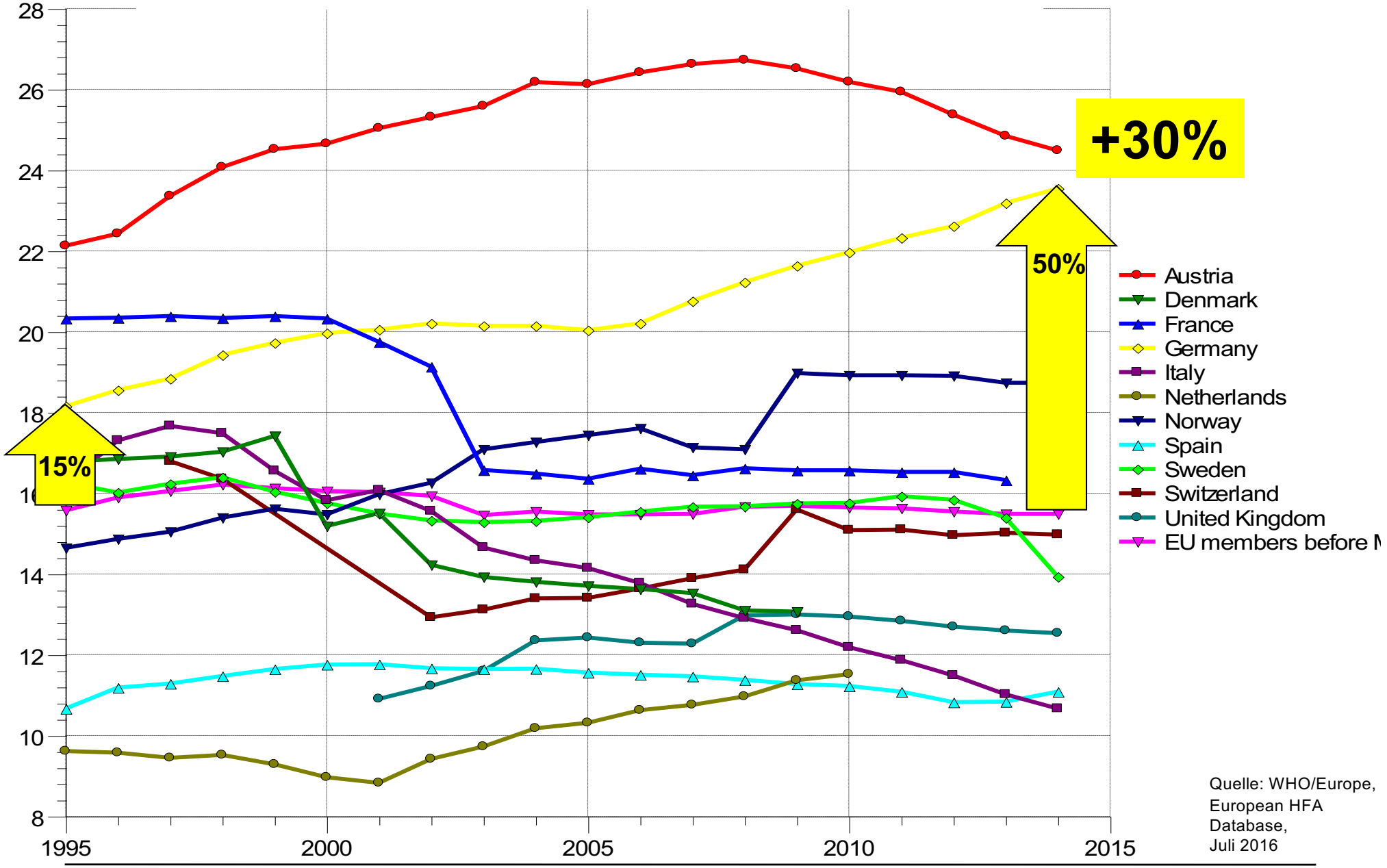

Quelle: WHO/Europe, European HFA Database, Juli 2016

# « A bed built is a bed filled «
## Akute Krankenhausfälle/ 100 Einwohner




Quelle: WHO/Europe, European HFA Database, Juli 2016

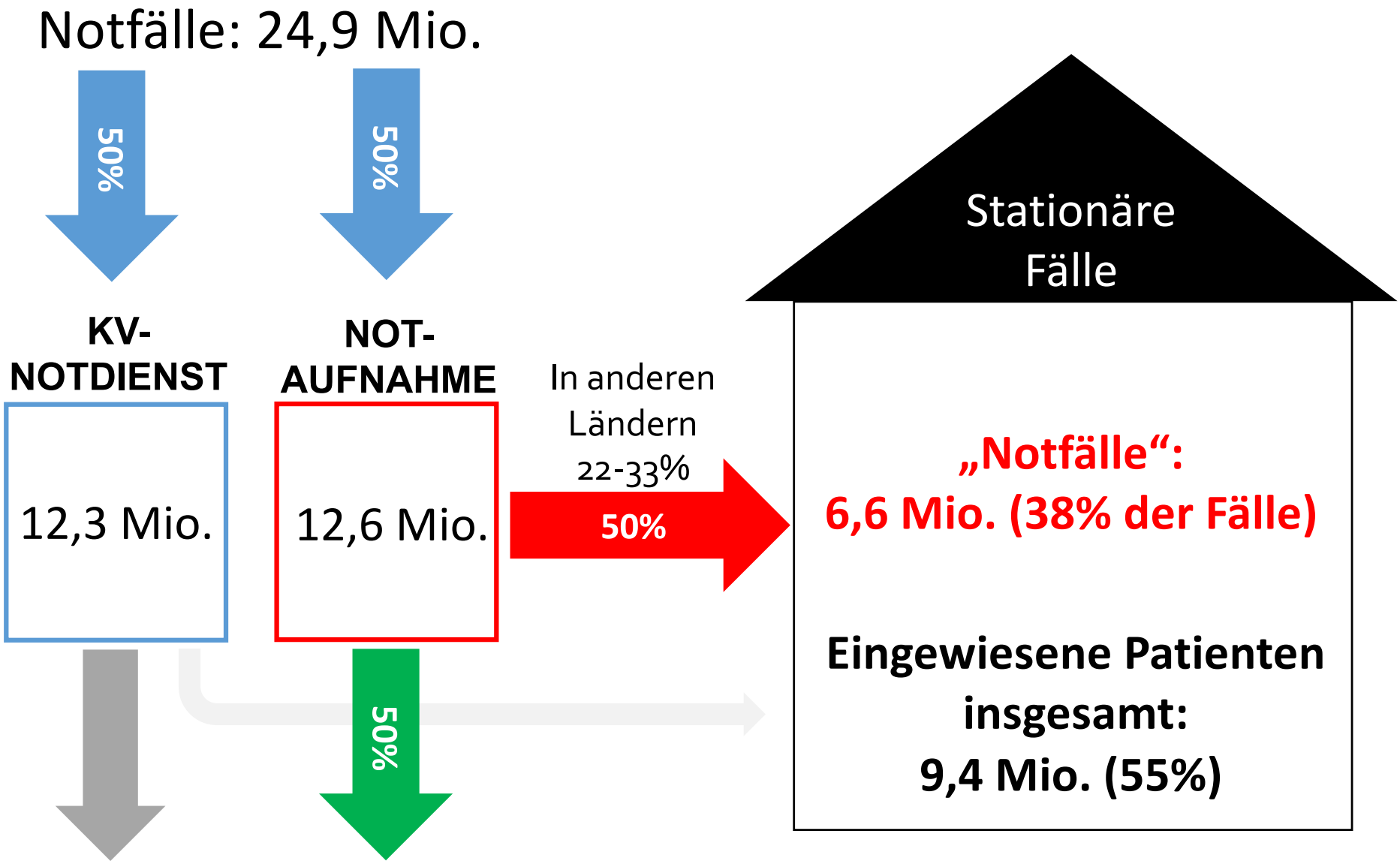
# « A bed built is a bed filled «
## Akute Krankenhausfälle/ 100 Einwohner




Quelle: WHO/Europe, European HFA Database, Juli 2016

# Wie kommen die (vielen) Patienten in‘s Krankenhaus?

## 2009



# Wie kommen die (vielen) Patienten in‘s Krankenhaus?

**2015**

Technische Universität Berlin

Veränderung zu 2009

Notfälle: 27,4 Mio. +10%

40%

60%

**KV-NOTDIENST**

10,5 Mio.

-15%

**NOT-AUFNAHME**

16,9 Mio.

+34%

In anderen Ländern 22-33%

50%

50%

+9%

Stationäre Fälle

+27%

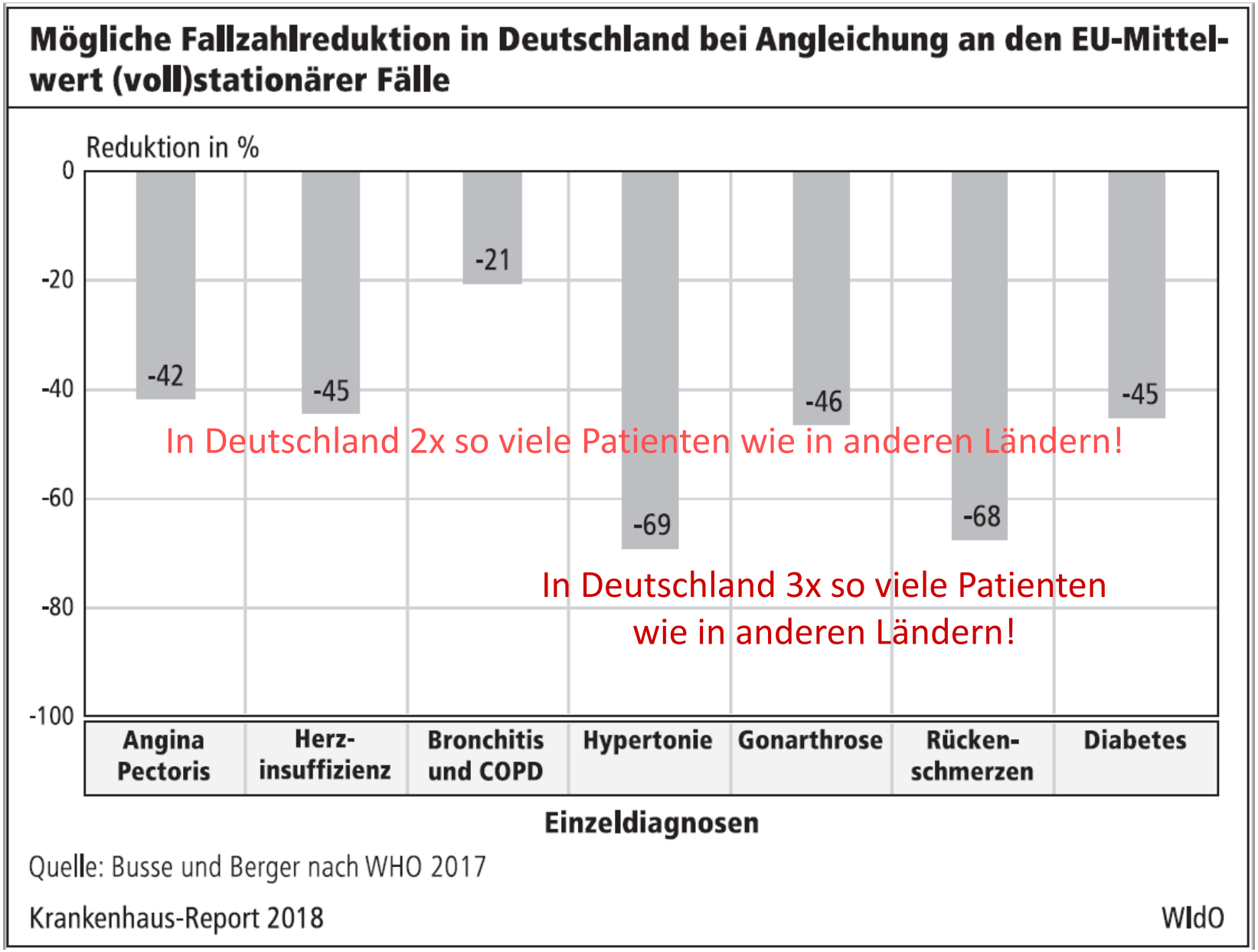
**„Notfälle“:**
**8,5 Mio. (45% der Fälle)**

**Eingewiesene Patienten insgesamt:**
**8,9 Mio. (47%)**

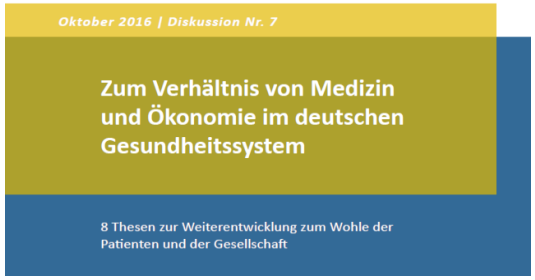
-5%

Nach Hause: 18,9 Mio. +3%

# Was für Diagnosen haben die (vielen) Patienten?




Busse R, Berger E (2018): vom planerischen Bestandsschutz zum bedarfsorientierten Krankenhausangebot? In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg.) Krankenhausreport 2018: Schwerpunkt Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit. Stuttgart: Schattauer, S.149-170



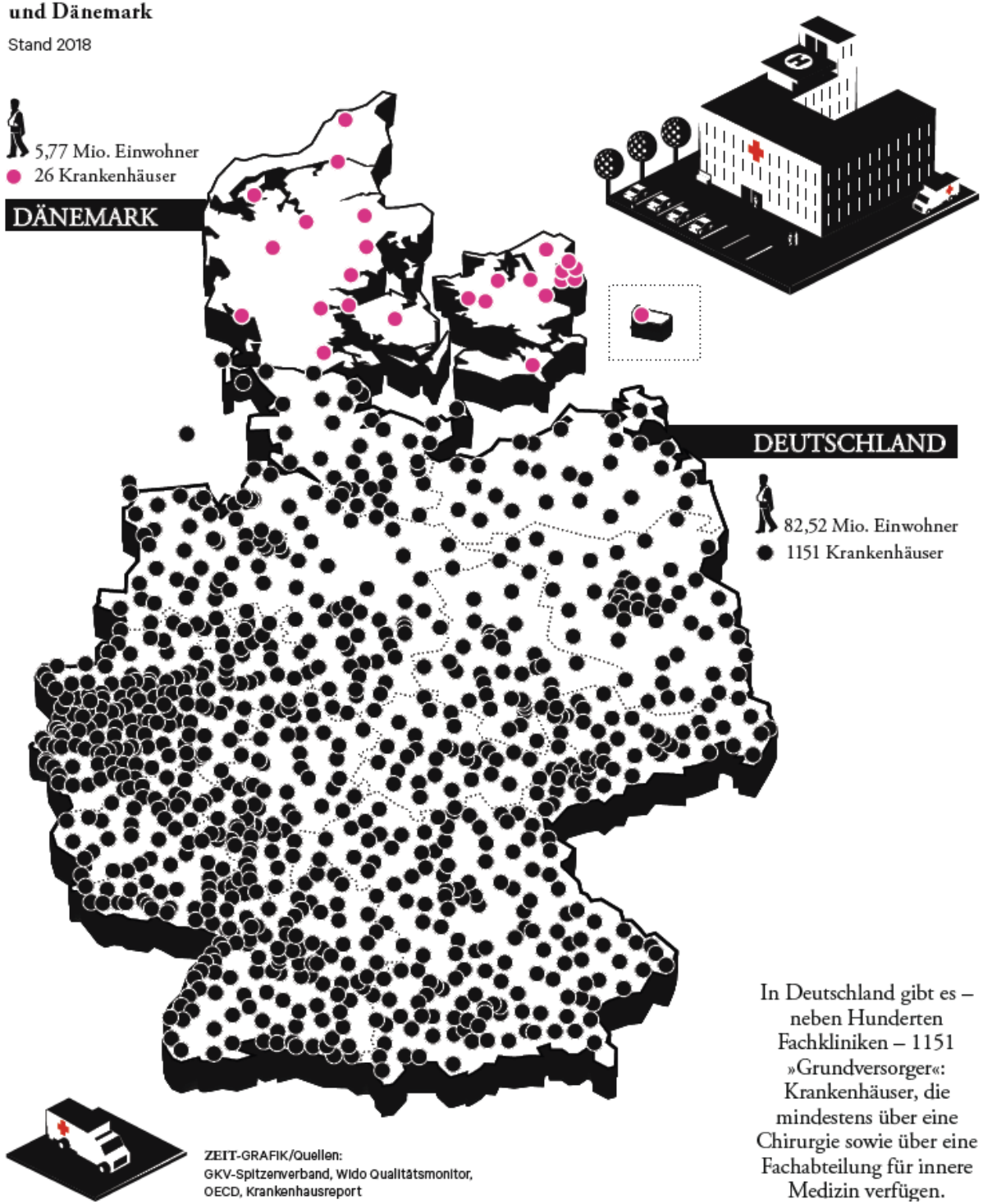

# Der vermutlich meist gelesene und zitierte Satz … (S. 10)

Hätte Deutschland die Krankenhausstruktur von Dänemark mit einem Krankenhaus pro 250.000 Einwohner, wären es bei uns 330 – und alle mit CT, MRT (Magnetresonanztomographie) und Fachärzten für Innere Medizin/Kardiologie, Allgemeinchirurgie, Unfallchirurgie und Anästhesie/ Intensivmedizin, die rund um die Uhr und an allen Tagen der Woche verfügbar sind. Die dänische Krankenhausstruktur ist das Resultat einer landesweit abgestimmten Reform, die für rund 1.000 Euro pro Kopf der Bevölkerung viele kleinere ältere Krankenhäuser durch wenige neue ersetzt hat.

# Krankenhausdichte in Deutschland und Dänemark

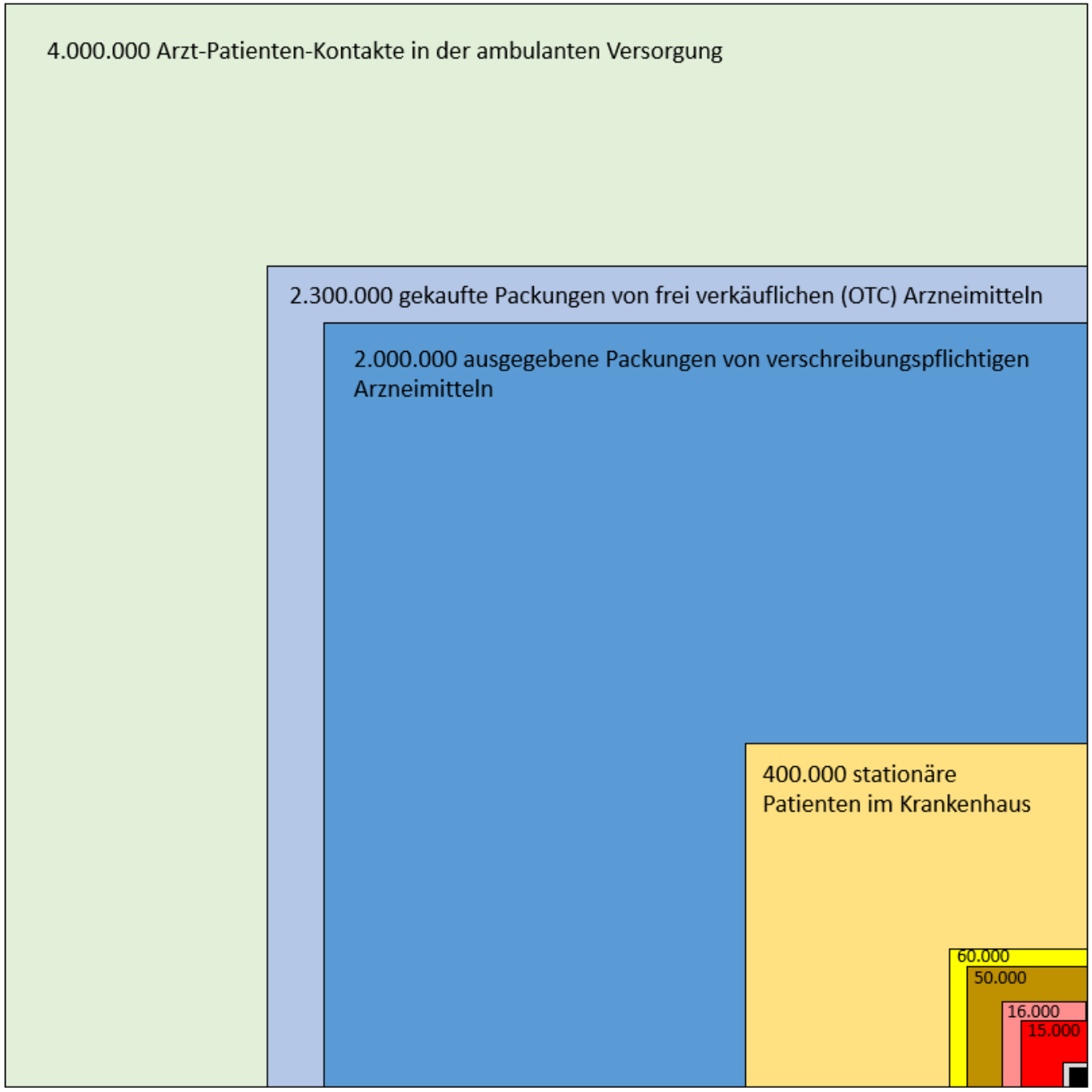
Stand 2018






In Deutschland gibt es – neben Hunderten Fachkliniken – 1151 »Grundversorger«: Krankenhäuser, die mindestens über eine Chirurgie sowie über eine Fachabteilung für innere Medizin verfügen.

ZEIT-GRAFIK/Quellen:
GKV-Spitzenverband, Wido Qualitätsmonitor,
OECD, Krankenhausreport




# Es ist aber nicht nur ein Problem des stationären Sektors:

1 von 200 Deutschen verbringt den Tag im Krankenhaus
(vs 1 von 500 Dänen)*
und 1 von 20 hat einen ambulanten Arztkontakt

* 1,74 Bettentage/ Jahr/ Kopf in Deutschland vs 0,71 in Dänmark

60.000 Notaufnahmen
50.000 Krankenhauseinweisungen

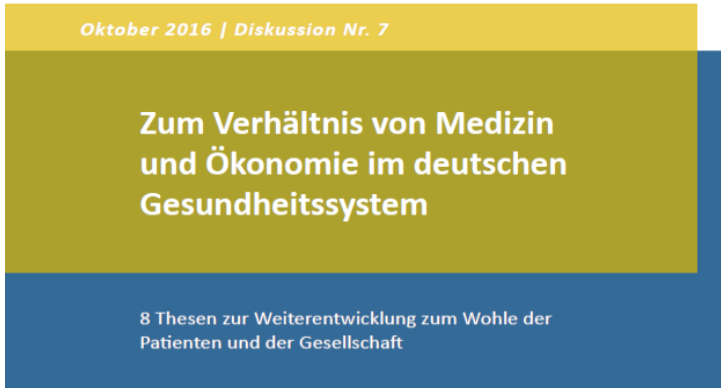
16.000 CT-Scans in der ambulanten Versorgung
15.000 CT-Scans in der stationären Versorgung

700 eingewiesenen Schlaganfallpatienten
600 Hüftprothese-Operationen

Busse et al. 2017 Lancet

Leopoldina
Nationale Akademie der Wissenschaften

Technische Universität Berlin




**These 1:** Ökonomisches Handeln im Gesundheitssystem ist geboten – aber ausschließlich zum Wohl des einzelnen Patienten und der Gesellschaft. .....

**These 2:** Mehr Geld macht ein System nicht automatisch leistungsfähiger.....

**These 3:** Vorhandene Überkapazitäten dürfen nicht dazu führen, dass außermedizinische Überlegungen die Indikationsstellung beeinflussen. .....

**These 4:** Eine Weiterentwicklung des DRG-Systems allein reicht nicht aus, um die ökonomischen Fehlentwicklungen zu beheben.

**These 5:** Qualifiziertes medizinisches Personal ist derzeit im Grunde ausreichend vorhanden, aber auf zu viele Häuser verteilt..

**These 6:** Eine angemessene Analyse des Gesundheitssystems braucht Transparenz und den Zugang zu Informationen.....

**These 7:** Wettbewerb hat Grenzen. .....

**These 8:** Die Gesundheitsversorgung braucht klare und verlässliche politische Rahmensetzungen, innerhalb derer ein Qualitätswettbewerb stattfinden kann. Es braucht zusätzlich politischen Mut, die notwendigen Strukturveränderungen anzugehen. .....

# Die Grundfrage:

## Was erwarten wir, wenn wir Krankenhäuser finanzieren? Dass …

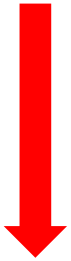
- sie Leistungen erbringen … und nicht nichts tun?
- sie sich um Patienten kümmern, die Bedarf haben
  … und keine Risikoselektion betreiben?
- sie nur angemessene Leistungen erbringen
  … und keine nicht indizierten?
- die erbrachten Leistungen von hoher Qualität sind
  … und die Patientensicherheit nicht gefährden?
- die Ausgaben kontrolliert sind … und nicht explodieren?
- die Leistungen wirtschaftlich erbracht werden
  … und Geld nicht wegen Ineffizienzen verschwendet wird?
- die Leistungserbringung für Patienten und Gesellschaft transparent ist … und nicht ein Buch mit 7 Siegeln?

# 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 |
|---|---|---|
| Gesamtbudget oder Gehalt/ Global Budget or Salary | Leistungserbringer erhält eine feste Summe für die Behandlung aller Patienten in einer Zeitperiode | Ausgabenkontrolle, einfache Verwaltung |
| Einzelleistungs-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 |

Unterversorgung

Überversorgung

Fehlversorgung

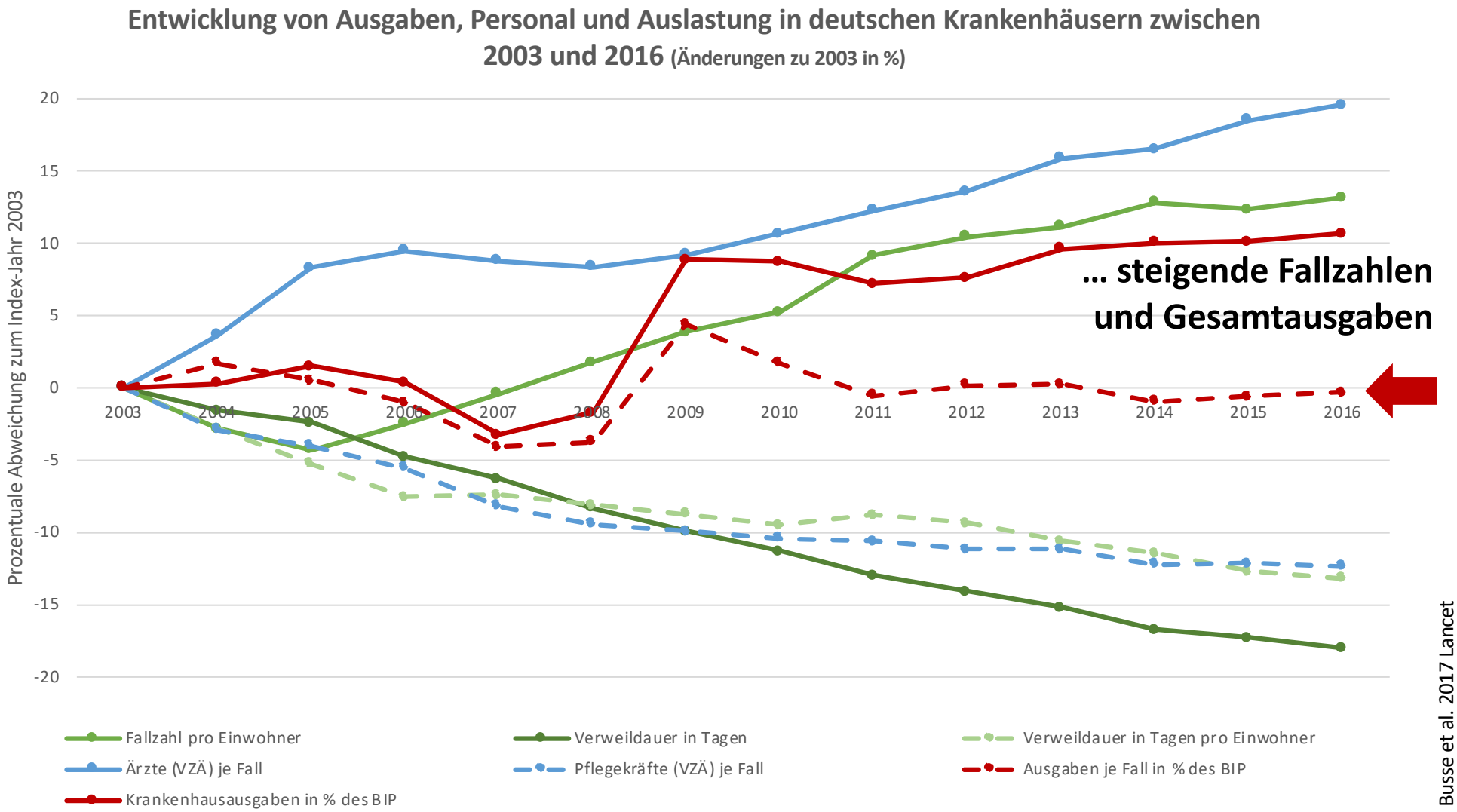
# Vergütungsformen im Vergleich

| Vergütungs-mechanismus | Bedarf (Riskoselektion) | Aktivität | | Ausgabenkontrolle | Technische Effizienz | Transparenz | Qualität | Administrativer Aufwand |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Zahl der Fälle | Leistungen pro Fall | | | | | |
| Einzelleistung | + | + | + | – | 0 | 0 | 0 | – |
| | | | | | | | | |
| Globalbudget | – | – | – | + | 0 | – | 0 | + |

# Vergütungsformen im Vergleich

| Vergütungs-mechanismus | 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 | + |

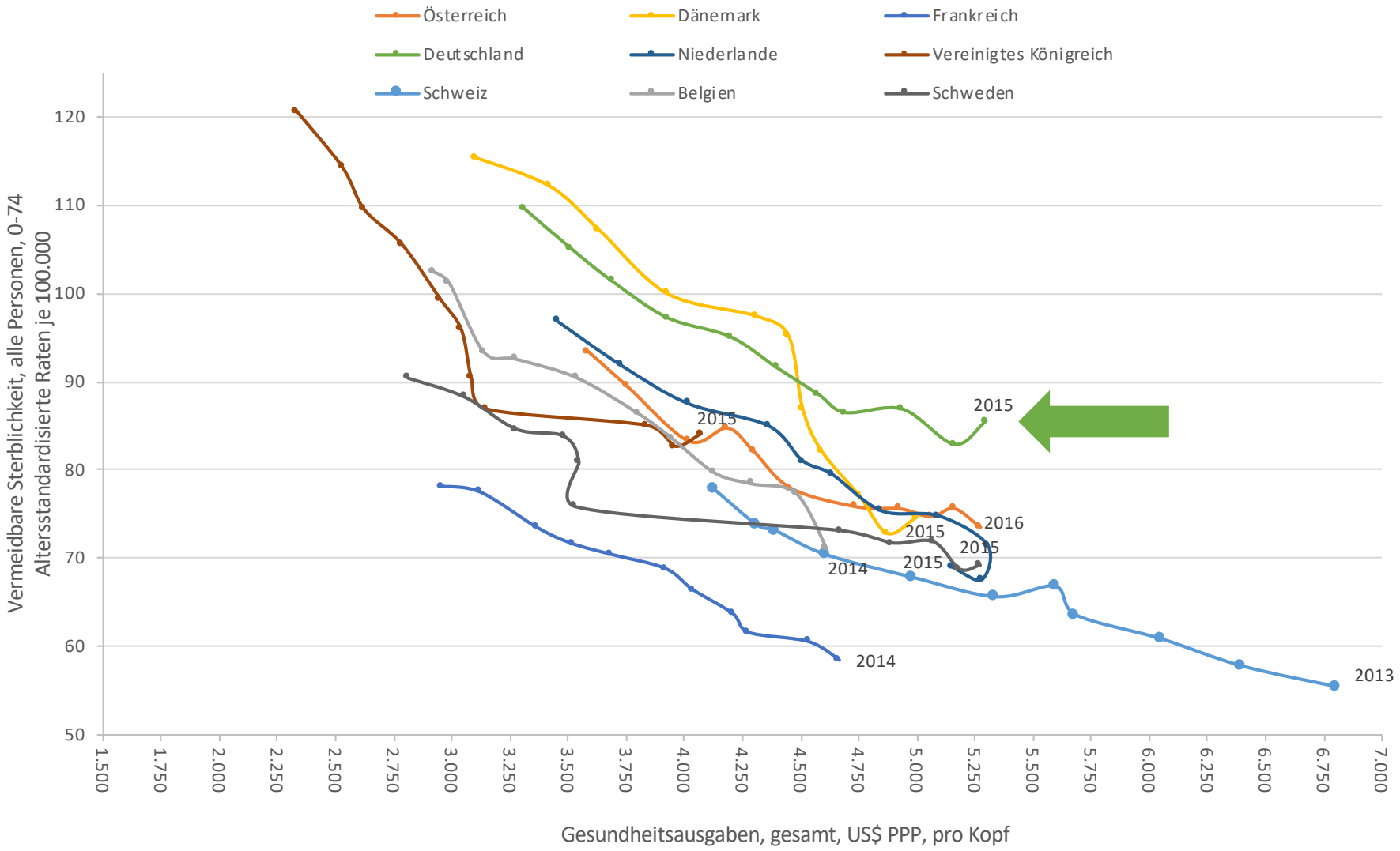
# Gemessen am BIP konstante Ausgaben / Fall, aber …




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)

modifiziert nach Busse et al. 2017 Lancet

# Insgesamt wird das deutsche Gesundheitssystem in den letzten Jahren nur noch teurer, aber nicht besser




Datenquelle Vermeidbare Sterblichkeit, alle Personen, DSR je 100.000: WHO global mortality database, veröffentlicht Oktober 2017, Gründe für vermeidbare Sterblichkeit basieren auf Nolte & McKee, 2004; zusammengestellt von: Marina Karanikolos, European Observatory on Health Systems and Policies (2017). Trends in amenable mortality for selected countries, 2000-2015.

modifiziert nach Busse et al. 2017 Lancet

# Einige Überlegungen zur AWMF-Stellungnahme



- Die Leopoldina-Stellungnahme bietet gute Grundlagen für eine AWMF-Stellungnahme …
- Wir sollten internationale Entwicklungen anerkennen … das würde helfen, bestimmte Beobachtungen („Bettenabbau“, Fallzahlen, Rolle der DRGs …) besser einzuordnen.
- Wir sollten selbstkritisch unsere (ärztliche) Mitverantwortung bei der Entwicklung hin zu einer „Ökonomisierung“ einräumen (vgl. etwa ambulanter Sektor).
- Wir sollten uns an die Spitze einer Ergebnisorientierung des Gesundheitssystems stellen, denn „Ökonomisierung“ sollte bedeuten „möglichst gute Ergebnisse pro Euro“!
- …