

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:

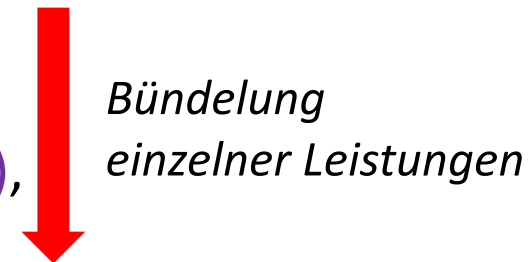
Was erwarten Patienten von Krankenhäusern? Dass ...

- 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?

Wie kann man Krankenhausleistungen 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 ...
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		
Tagespflegesatz		
Fallpauschale		
Einzelleistungs- vergütung		
Kostenerstattung		

Vergütungsformen im Vergleich

Vergütung	Stärken	Schwächen
Budget	<ul style="list-style-type: none"> - macht unabhängig von Patientenforderungen - administrativ einfach 	<ul style="list-style-type: none"> - wirkt tendenziell produktivitäts-/leistungssenkend - verlangt wenig wirtschaftliches Handeln - tendenziell Bildung von Warteschlangen und Abweisung von Patienten wegen „Überlastung“ - rasche Überweisung an andere Behandler - Patientenbedürfnisse können tendenziell vernachlässigt werden
Tagespflegesatz		
Fallpauschale		
Einzelleistungs- vergütung		
Kostenerstattung		

Unterversorgung

Vergütungsformen im Vergleich

Vergütung	Stärken	Schwächen
Budget	<ul style="list-style-type: none"> - macht unabhängig von Patientenforderungen - administrativ einfach 	<ul style="list-style-type: none"> - wirkt tendenziell produktivitäts-/leistungssenkend - verlangt wenig wirtschaftliches Handeln - tendenziell Bildung von Warteschlangen und Abweisung von Patienten wegen „Überlastung“ - rasche Überweisung an andere Behandler - Patientenbedürfnisse können tendenziell vernachlässigt werden
Tagespflegesatz	<ul style="list-style-type: none"> - ermöglicht grundsätzlich zuwendungsorientierte Versorgung - Anpassung an höheren Leistungsbedarf möglich - administrativ einfach 	<ul style="list-style-type: none"> - normalerweise nicht angepasst an Leistungsbedarf - enthält Anreize zur Selektion nach dem Schweregrad (Abweisung von aufwändigen Fällen) - verlängert Liegezeit ggf. unnötig
Fallpauschale		
Einzeleinstellungs- vergütung		
Kostenerstattung		

Unterversorgung

Fehlversorgung

Vergütungsformen im Vergleich

Vergütung	Stärken	Schwächen
Budget	<ul style="list-style-type: none"> - macht unabhängig von Patientenforderungen - administrativ einfach 	<ul style="list-style-type: none"> - wirkt tendenziell produktivitäts-/leistungssenkend - verlangt wenig wirtschaftliches Handeln - tendenziell Bildung von Warteschlangen und Abweisung von Patienten wegen „Überlastung“ - rasche Überweisung an andere Behandler - Patientenbedürfnisse können tendenziell vernachlässigt werden
Tagespflegesatz	<ul style="list-style-type: none"> - ermöglicht grundsätzlich zuwendungsorientierte Versorgung - Anpassung an höheren Leistungsbedarf möglich - administrativ einfach 	<ul style="list-style-type: none"> - normalerweise nicht angepasst an Leistungsbedarf - enthält Anreize zur Selektion nach dem Schweregrad (Abweisung von aufwändigen Fällen) - verlängert Liegezeit ggf. unnötig
Fallpauschale		
Einzeleistungsvergütung	<ul style="list-style-type: none"> - leistungsbezogene Vergütung grundsätzlich möglich (aber Problem der Kostenbestimmung) - tendenziell produktivitäts-/leistungssteigernd - Setzen von Anreizwirkungen für gewünschte Leistungen möglich 	<ul style="list-style-type: none"> - enthält Anreize zur Leistungsausweitung (überzogene Leistungen) - Anreize zu Leistungsverchiebungen (Tendenz zu delegierbaren und technischen, also die Arbeitszeit des Arztes wenig beanspruchenden Leistungen) - löst tendenziell eine Kostenspirale aus
Kostenerstattung		

Unterversorgung

Fehlversorgung

Übersversorgung

Vergütungsformen im Vergleich

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

Unterversorgung

Fehlversorgung

Übersversorgung

Vergütungsformen im Vergleich

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

Unterversorgung

Fehlversorgung

Übersversorgung

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	-
Globalbudget	-	-	-	+	0	-	0	+

Vergütungsformen im Vergleich: Zusammenfassung

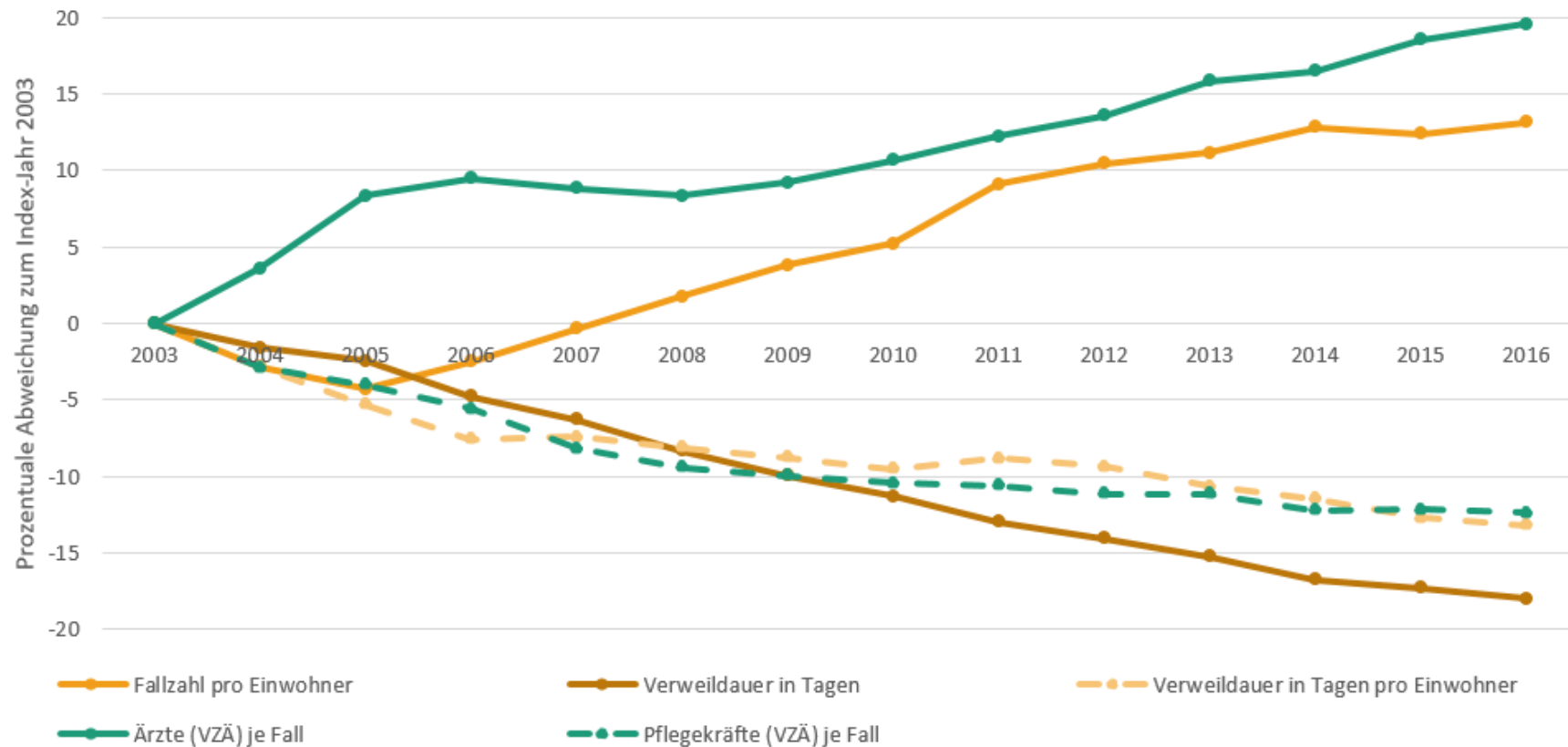
Vergütungsmechanismus	Bedarf (Riskoselektion)	Aktivität		Ausgabenkontrolle	Technische Effizienz	Transparenz	Qualität	Administrativer Aufwand
		Zahl der Fälle	Leistungen pro Fall					
Einzelleistung	+	+	-	-	-	0	0	-
Fallpauschalen	0	+	-	0	+	+	0	-
Globalbudget	-	-	-	-	-	-	0	+

USA 1980er

Europäische Länder 1990er/2000er

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

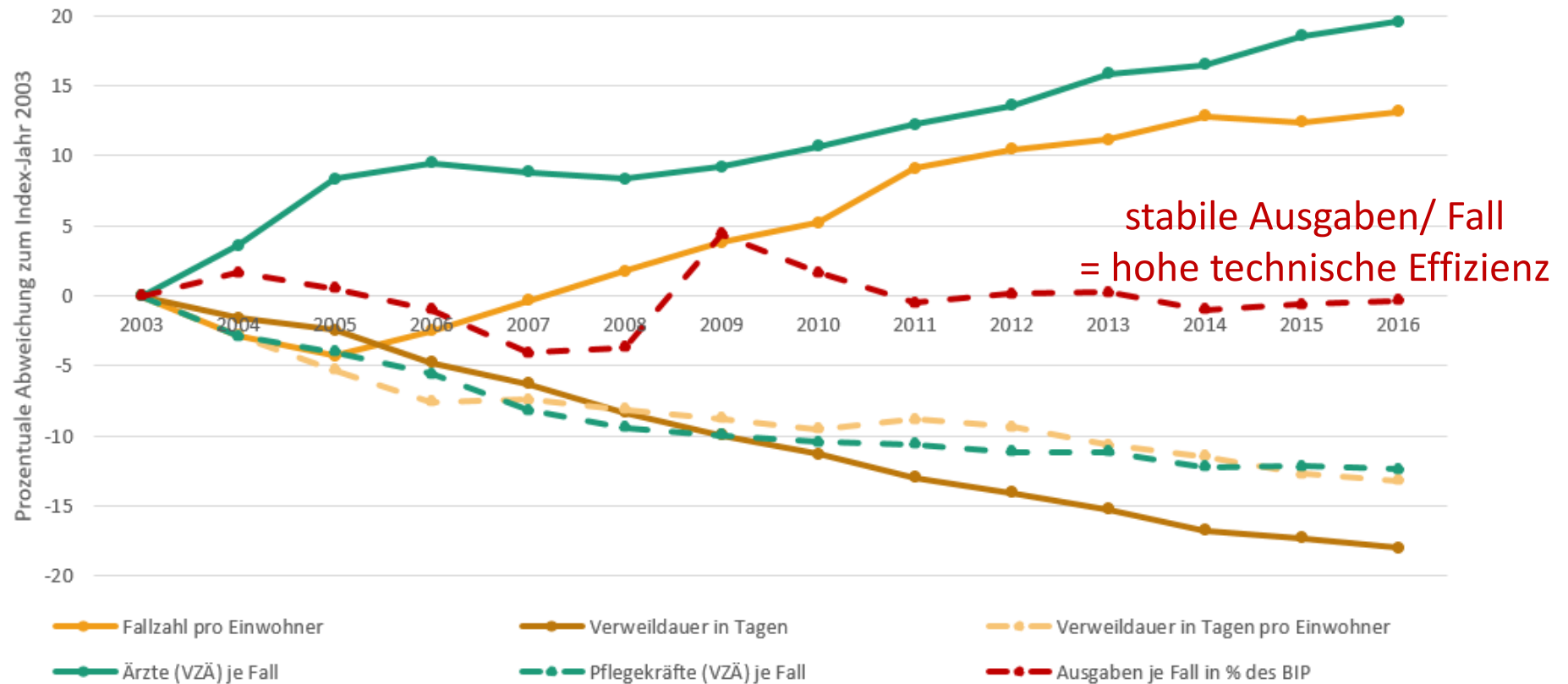
Entwicklung von Ausgaben, Personal und Auslastung in deutschen Krankenhäusern zwischen 2003 und 2016 (Änderungen zu 2003 in %)



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

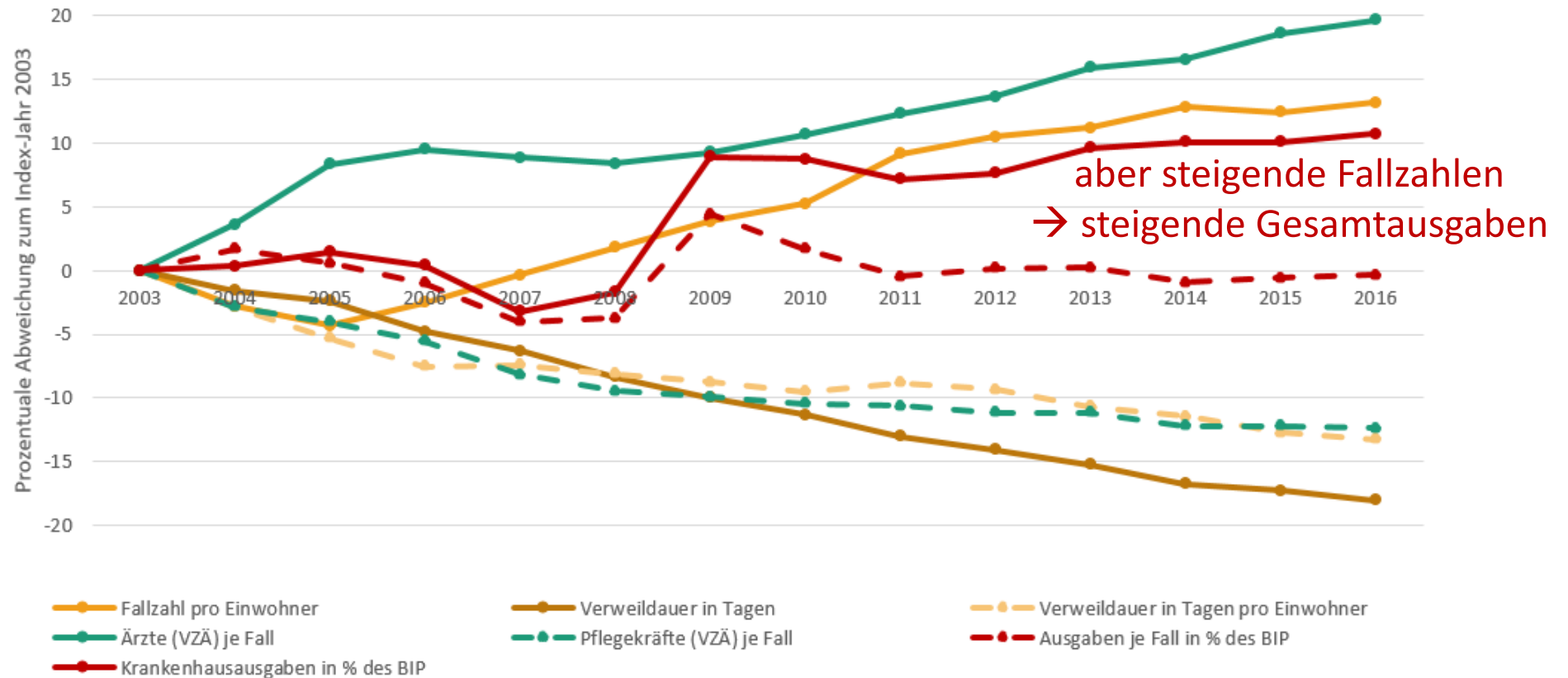
Entwicklung von Ausgaben, Personal und Auslastung in deutschen Krankenhäusern zwischen 2003 und 2016 (Änderungen zu 2003 in %)



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

Entwicklung von Ausgaben, Personal und Auslastung in deutschen Krankenhäusern zwischen 2003 und 2016 (Änderungen zu 2003 in %)



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

“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