

STIFTUNG MÜNCH

 HOCHSCHULE
FRESENIUS
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

 RWI
Leibniz-Institut für
Wirtschaftsforschung

Regionalbudgets statt DRG und Einzelleistungsvergütung?

Prof. Dr. rer. pol.

Andreas Beivers

Langenbeck-Virchow-Haus
Berlin, den 28. Oktober 2021

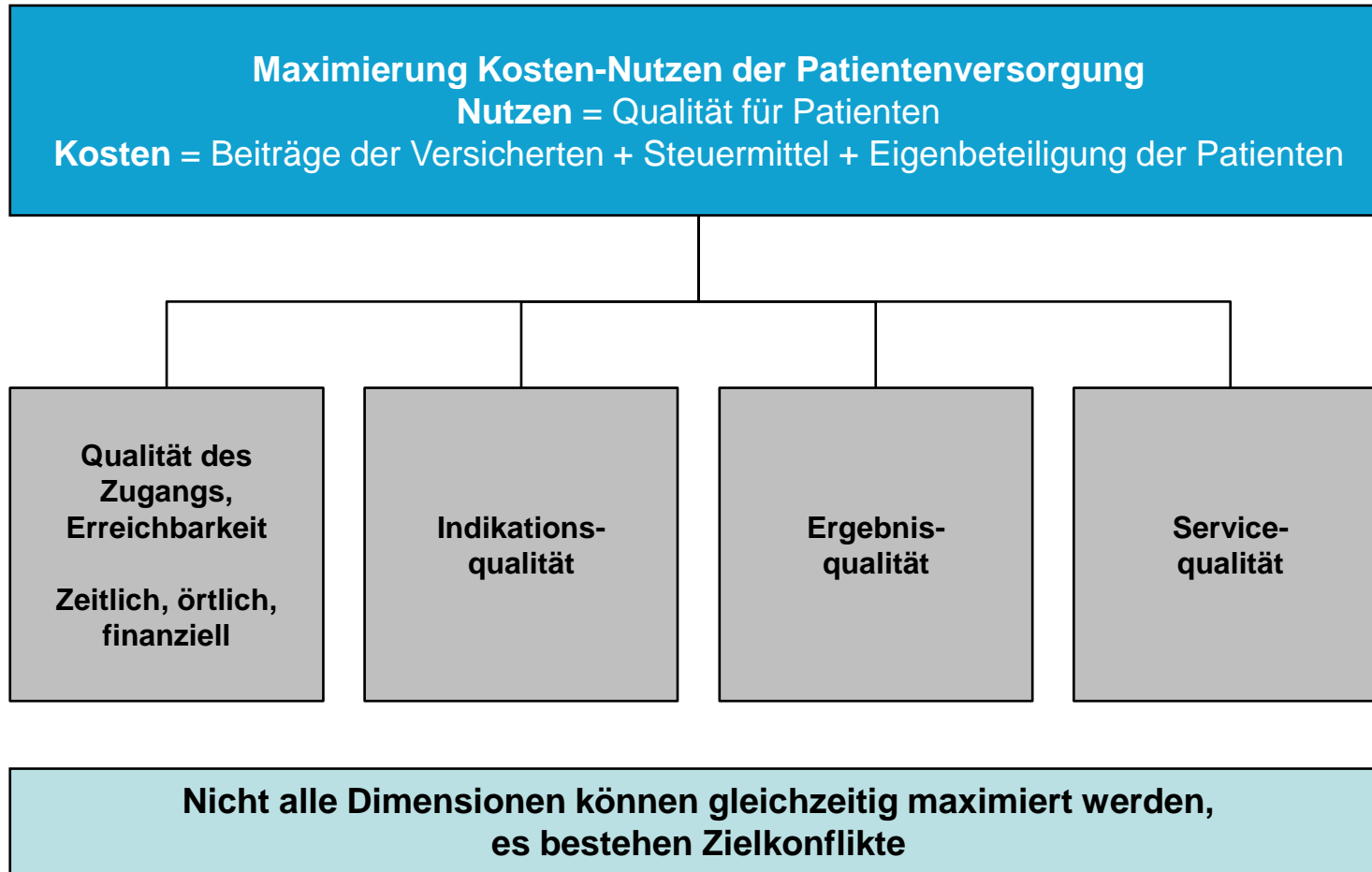


AGENDA

- **Ausgangslage: Das Zielbild der Versorgung**
- **Anreize im Status quo**
- **Neue Ansätze für DRGs**
- **Nötige Begriffsdefinitionen**
- **Ausblick und nächste Schritte**

Zielbild zum Wohle der Patienten

Was muss eine hochwertige Patientenversorgung leisten?



(Normative) Ziele von Vergütungssystemen

- **Bedarfsgerechte Versorgung**

Das Vergütungssystem soll die Anreize für die Leistungserbringer so setzen, um den gesellschaftlich akzeptierten Bedarf von Patienten in Art und Umfang zu decken

- **Qualität der Versorgung**

Die Versorgung soll nicht nur „irgendwie“ erbracht werden, sondern sie soll qualitativen Anforderungen genügen

- **Effizienz bei der Leistungserbringung**

Technische Effizienz (Verwendung der optimalen Kombination der Produktionsfaktoren für eine gegebene Leistung) und ökonomische Effizienz (keine aufwändigere Leistung als erforderlich)

- **Gerechtigkeit gegenüber den Leistungserbringern**

Mit dem Einsatz von Vergütungssystemen wird zudem Fairness gegenüber den Leistungserbringern angestrebt

- **Fairness gegenüber den Kostenträgern**

In einem System pluraler Finanzierungsträger ist zudem eine sachgerechte Zuordnung von Finanzierungsbeiträgen gegenüber den einzelnen Kostenträgern anzustreben

Das KH-Leistungsgeschehen im Detail

THESE: Der Mengen-Bumerang kommt zurück!

Vergleich Fallzahlen im Jahr 2020/2021 mit 2019 nach Aufnahmemonat, Veränderung in %

Behandlungsanlass	Jan bis Feb	Mrz bis Mai	Jun bis Sep	Okt bis Jan ⁱ
Alle Fälle (Somatik)	➔ -1%	↓ -27%	↘ -8%	↓ -20%
Notfall-Behandlungen				
Herzinfarkt	➔ -4%	↓ -16%	➔ -1%	↓ -13%
Schlaganfall	➔ 0%	↓ -12%	➔ -2%	↓ -11%
Operation einer Hüftfraktur	➔ -1%	➔ -1%	➔ -2%	➔ -3%
Krebs-Operationen				
Operative Entfernung von Brustkrebs	➔ -3%	↘ -10%	↘ -5%	↘ -5%
Operative Entfernung von Darmkrebs	➔ -4%	↓ -17%	↘ -6%	↓ -20%
Planbare, weniger dringliche Operationen				
Hüftprothesenimplantation bei Arthrose	➔ -4%	↓ -44%	↑ 13%	↓ -21%
Gebärmutterentfernung bei gutartiger Neubildung	➔ -4%	↓ -41%	➔ 3%	↓ -24%
Ambulant-sensitive Behandlungen				
Herzinsuffizienz	➔ 0%	↓ -26%	↘ -6%	↓ -24%
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	↘ -7%	↓ -41%	↓ -20%	↓ -48%

Anmerkung: (i) Fallzahlrückgang im Jan 21 etwas überschätzt, da noch Fälle hinzukommen können. Jan 21 hat fünf, Jan 19 nur vier Wochenenden. Auch ohne Pandemie wäre der Jan 21 etwas fallzahlschwächer gewesen als der Jan 19. ↓ Rückgang um mehr als -10 %, ↘ Rückgang zw. -5 % und -10 %, ➔ Änderung zw. -5 % und +5 %, ↗ Anstieg zw. 5 % und 10 %, ↑ Anstieg größer als 10%. Abgeschl. vollstationäre KH-Fälle. Vergleich Fälle der Monatsgruppe im Jahr 2020/2021 mit entsprechender Monatsgruppe 2019. Dargestellt wird Veränderung in %.

Ziele der G-DRG-Einführung

Zwei zentrale Fehlannahmen:

Ein Vergütungssystem löst das Strukturproblem
Gleiche Leistung = (bundes-)gleicher Preis (Vergütung)

Offizielles Hauptziel der Einführung des G-DRG-Systems war es, durch die leistungsgerechte und transparente Vergütung eine

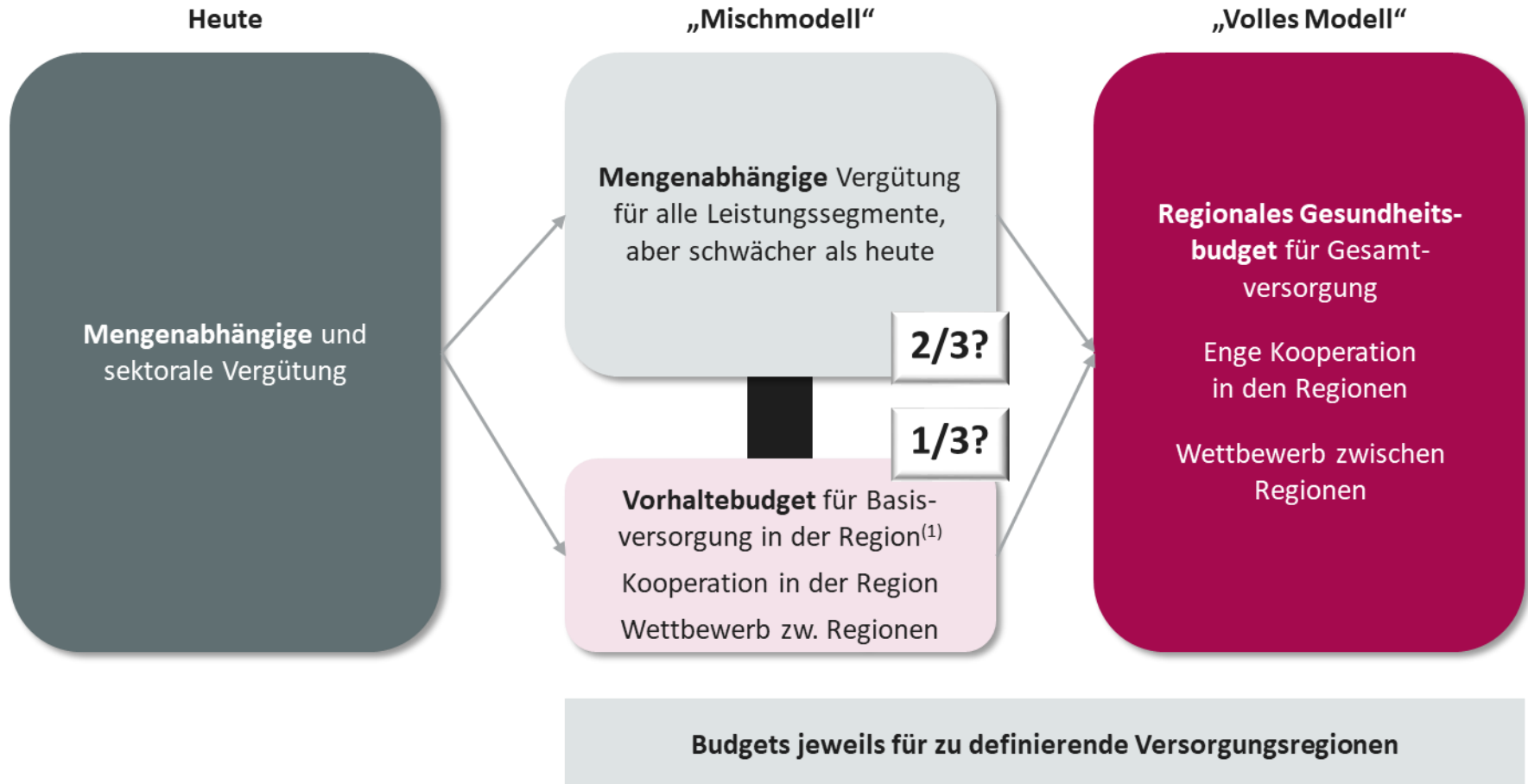
- (i) wirtschaftlichere Versorgung der Bevölkerung mit stationären Leistungen zu ermöglichen
- (ii) mehr Transparenz über Leistungen und Kosten der Krankenhäuser zu erhalten
- (iii) die Stabilisierung der Ausgaben der GKV durch Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven
- (iv) eine Verkürzung der Verweildauern der Patienten im Krankenhaus
- (v) mehr Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander sowie eine
- (vi) Förderung des Strukturwandels.

→ Über allem aber stand das Prinzip: „*Geld folgt Leistung*“

Überblick über mögliche Maßstäbe für die Vergütung von KHs

- **Vergütung der vom Krankenhaus eingesetzten Faktoreinsatzmengen**
(z.B. Arbeitszeit der Ärzte, verabreichte Medikamente, Abnutzung der Geräte)
- **Vergütung nach der Anzahl der vorgehaltenen Betten**
- **Vergütung nach der Zahl aller behandelten Patienten**
(ggfs. nach Diagnosen differenziert)
- **Vergütung nach Anzahl und Art der erbrachter Leistungen**
(z.B. Operationen, Pfl egetage etc.)
- **Vergütung nach der Zahl der potentiellen Patienten**
- **Erreichen bestimmter Qualitäts- und Behandlungsziele**
(festgemacht an Strukturen, Prozessen oder Ergebnissen)
- **Ein von allen diesen Größen unabhängiges Budget**

Das Vergütungssystem ist heute praktisch zu 100% mengenorientiert – andere Varianten sind denkbar



Ordnungspolitisch sinnvolle Anpassungen des DRG-Systems

- Lösung der Investitionskostenproblematik
- Indikationsqualität vs. Mengensteuerung
- Finanzierung der Vorhaltung (Sicherstellung)

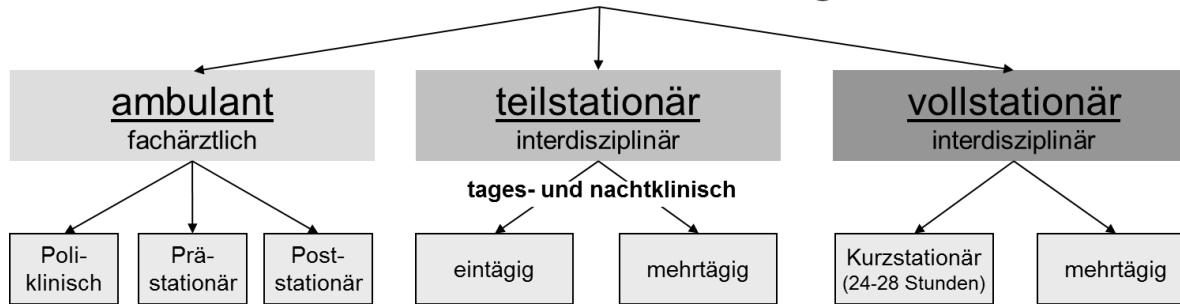
ABER: Erst Zielbild generieren und dann Vorhaltung kalkulieren

- Intersektorale Vergütungskonzepte
- Möglichkeiten preislicher Steuerung prüfen

Eben nicht nur Äpfel und Birnen:

Bedarf einer genaueren Abgrenzung der Leistungen ambulant, teilstationär und vollstationär

Krankenhausbehandlung



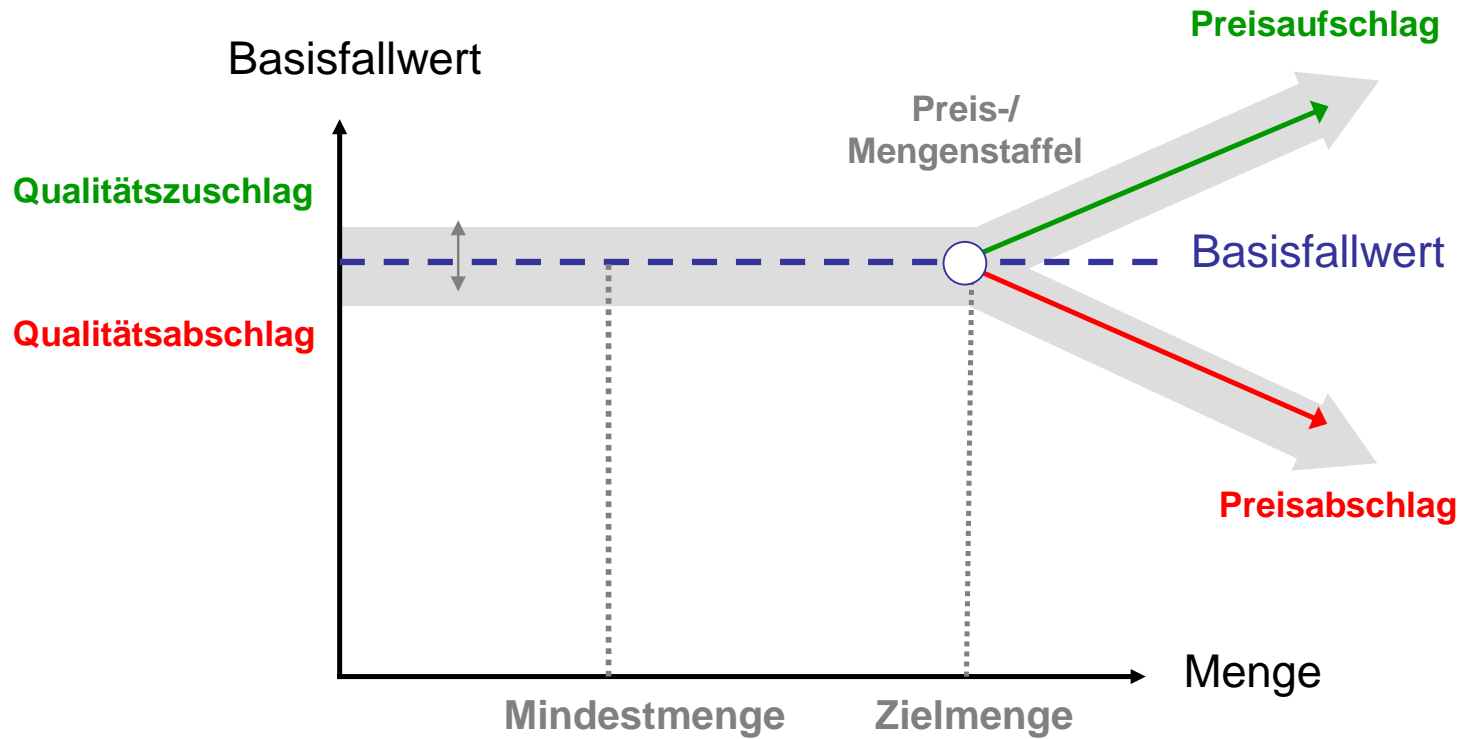
- ergänzend zum ambulanten Leistungsangebot im niedergelassenen Bereich
- auf bestimmte Erkrankungen beschränkt
- ambulante Operationen

- Eine interdisziplinäre fachärztliche Behandlung ist erforderlich
- Eine techn. interdisziplinär nutzbare Infrastruktur eines KHs ist vorhanden und wird benötigt
- Für Risikofälle stehen Betten zur Verfügung
- Die patientenspezifische Behandlung dauert mindestens vier Stunden am Tag
- Die medizinische Hauptleistung ist identisch zur vollstationären Behandlung

- Originäre Krankenhausleistung mit notwendiger, ganztägiger Betreuung für mehrere Tage

(Alte) Forderung: Preisliche Steuerung ermöglichen

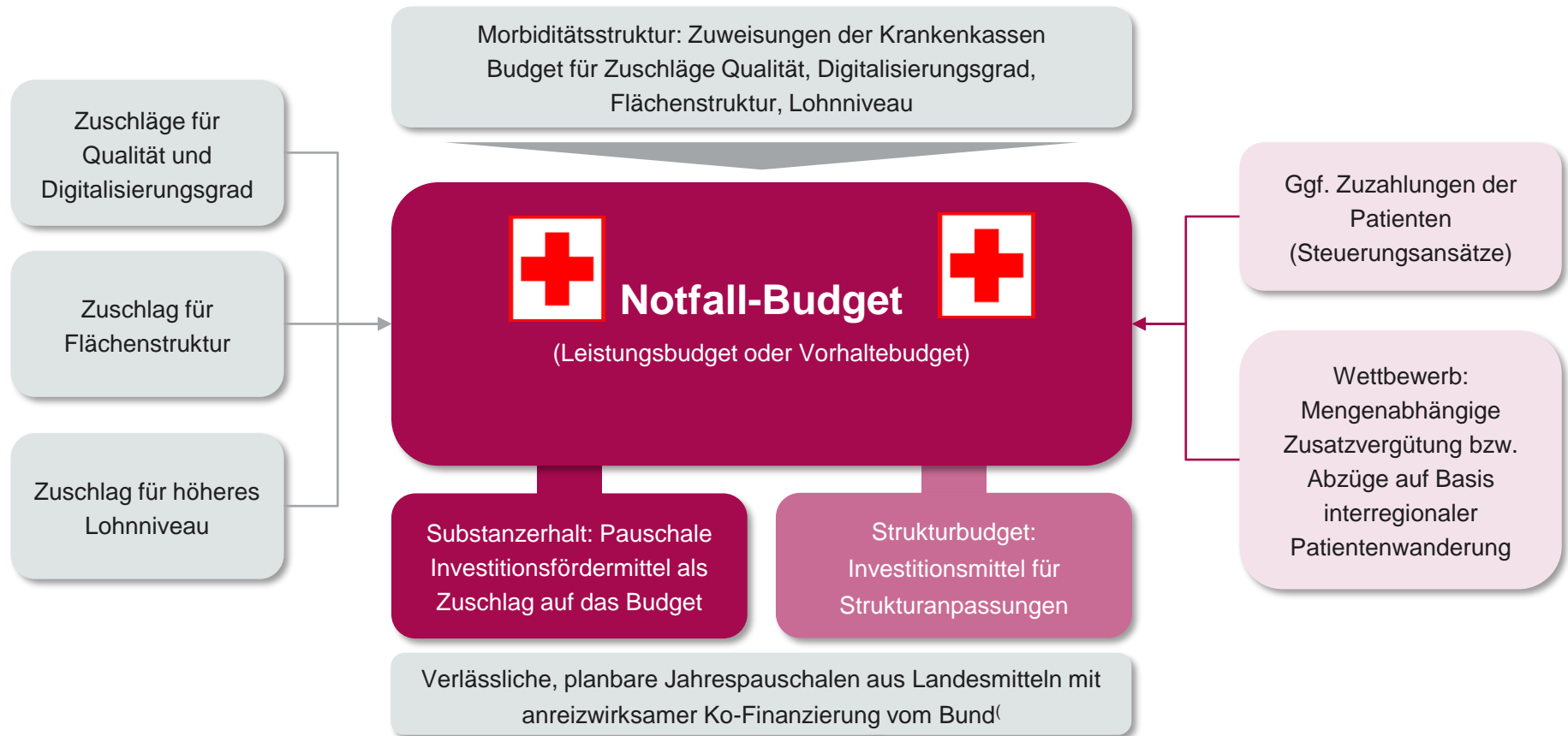
z.B. individuelle Qualitäts- und Mengen-Vereinbarungen



Quelle: Neubauer, Beivers & Paffrath (2011)

Mögliches Anwendungsbeispiel: Regionale Notfallbudgets

Notfall-Capitation-Modelle



Quelle: Eigene Darstellung, angelehnt an Stiftung Münch (2021)



Ordnungstheoretischer Ansatz von Karl Homann

Ansätze für neue Vergütungsanreize im Gesundheitswesen?

- Frage über **Teilbar- bzw. Unteilbarkeit von Ethik & Ökonomie**
- **Homann:** Es geht nicht um die Frage eines Interessenausgleichs zwischen Ethik und Ökonomie: *Moral in einer Gesellschaft lässt sich **nicht gegen die Wirtschaft, sondern letztlich nur in und durch die Wirtschaft durchsetzen***
- Thematisierung des Verhältnisses zwischen Gewinn und Moral im Unternehmen und darum, **Ansätze dafür zu finden, wie unter den Bedingungen einer modernen Wirtschaft Normen und Ideale in Unternehmen implementiert und zur Geltung gebracht werden können**



Institutionenethik

***„Die Effizienz liegt in den Spielzügen,
die Moral in den Spielregeln“***

Prof. Dr. Karl Homann Homann (1992)



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

- Literatur bei dem Referenten -

Kontakt Daten:

Prof. Dr. Andreas Beivers

Hochschule Fresenius München

Infanteriestraße 11 a, 80797 München

Tel.: 089–200037346; Email: beivers@hs-fresenius.de