

Bedarfsgerechte Gestaltung der Krankenhausvergütung – Reformvorschläge unter der Berücksichtigung von Ansätzen anderer Staaten

Berlin, 09.09.2020

Professor Dr. Jonas Schreyögg
Lehrstuhl für Management im Gesundheitswesen
Hamburg Center for Health Economics
Universität Hamburg



DRGs: Guter Ausgangspunkt mit viel Verbesserungspotential

- Klare Zielorientierung in der bestehenden Krankenhausvergütung
“Transparenz, Effizienz, Wirtschaftlichkeit”
 - Transparenz ↑, Effizienz ↑, Verweildauer ↓, aber: Menge ↑, Qualität ?
- **“Gleicher Preis für gleiche Leistung”** widerspricht Realität
 - Andere *Grundkosten* durch Vorhaltekosten (Uniklinik – Landkrankenhaus), geografische Charakteristika (Lohn Stadt – Land)
 - Andere Kosten *pro Fall* in Abhängigkeit von Versorgungsstufe
- DRG-System stellt **solide Grundlage** dar, aber Fehlanreize erfordern **Weiterentwicklung der Krankenhausvergütung**

Fehlanreize der derzeitigen Krankenhausvergütung

- **Überschüsse** müssen realisiert werden, um **notwendige Investitionen** zu tätigen
- Umsätze können im Wesentlichen nur steigen, wenn stationäre Fallmenge/Case-Mix steigt -> **starke Fokussierung auf Fallmenge**
- **Andere Vergütungskomponenten** (z.B. Strukturzuschläge) als DRGs spielen **keine wesentliche Rolle** für den Umsatz
- Häufige **Änderungen der Relativgewichte** treiben Menge
- **Sektorengleiche Leistungen**: stationäre Leistungserbringung finanziell deutlich attraktiver als ambulante
- **Regionale Kostenunterschiede** verzerren Wettbewerb

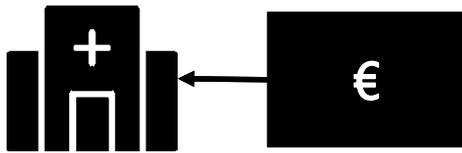
Corona unterstreicht Wichtigkeit einer Neuordnung

- **„Ambulanter Schutzwall“**: Länder mit Fokus niedergelassenen Sektor deutlich weniger betroffen als Länder mit krankenhausbasierter Strategie
 - Frühes Ausrollen der Teststrategie in Deutschland (Februar)
 - Umfangreiche, landesweit verteilte Laborkapazitäten
 - Behandlung von Covid-Fällen i.d.R. im niedergelassenen Sektor

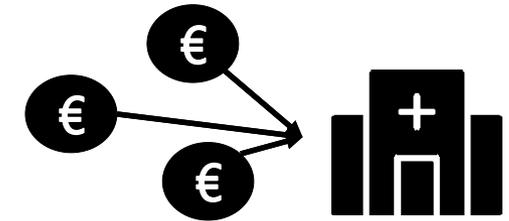
- **Mangelnde personelle Ausstattung**
 - Z.B. lombardische Krankenhäuser besser ausgestattet

- **Druck zur Aufnahme zusätzlicher Fälle** zur Kostendeckung
 - Belastung jenseits des „Kerngeschäftes“
 - Fallzahlrückgang kann nicht kompensiert werden

Welche Anreize wollen wir setzen?



Budget



DRGs

- Vergütung mengen**UN**abhängig
- Weniger Druck zur Fallzahlsteigerung
- Hohe Kostenkontrolle
- Evtl. weiter Zielvorgaben notwendig
- Vergütung mengen**AB**hängig
- Leistungsspektrum finanziell beeinflusst
- Anreize zu hoher Aktivität
- Effizienz und geringere Verweildauer

Das Vergütungssystem gestaltet die Leistungserbringung

Reformen der Vergütung: Von Fairness bis Gestaltung

- Reformen des bestehenden Systems erhöhen **Leistungsgerechtigkeit**
 - **Korrektur von Fehlanreizen & Erhöhung der Fairness**

- Reformen jenseits des Systems wirken gestalterisch
 - **Neuordnung der Leistungserbringung**
 - » Neuorientierung der Vergütung: Struktur + Leistung + Qualität
 - » Verteilung: niedergelassener Arzt - Krankenhaus
 - » Zusammenarbeit: niedergelassener Arzt - Krankenhaus

- Umfang hängt von Gestaltungswillen und Zielorientierung ab
 - **Erhaltung bestehender Ziele:** DRGs erhalten, Fairness erhöhen
 - **Zieldiversifizierung:** Kombination DRGs + andere Systeme

1. Reformvorschläge *innerhalb* des bestehenden Systems

Reformen innerhalb des Systems: Fairness (1/3)

1. Weiterentwicklung der Kalkulation

- **Konstante Kalkulationsstichprobe:** Preisveränderung auf reale Kostenveränderungen beschränken
- Gewichtung von Kalkulationskrankenhäusern, um **Repräsentativität** zu erzeugen

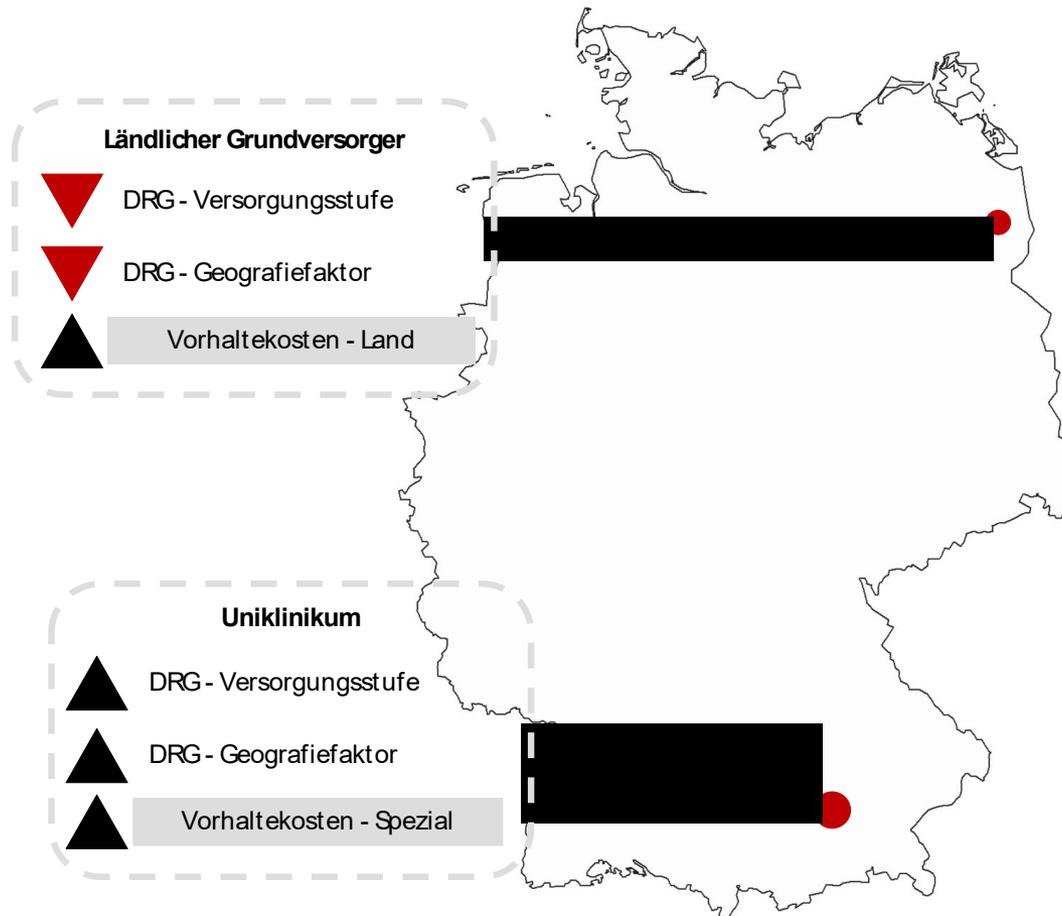
2. Berücksichtigung von Vorhaltekosten in der Vergütung

- Insbesondere Fachabteilungen mit einem hohen Anteil **nicht planbarer Fälle** und **geringer Kapazitätsauslastung** (Beispiel Frankreich)
 - » z.B. bedarfsnotwendige Pädiatrien und Stroke Units
- Entkopplung von Fallzahlenreiz

Reformen innerhalb des Systems: Fairness (2/3)

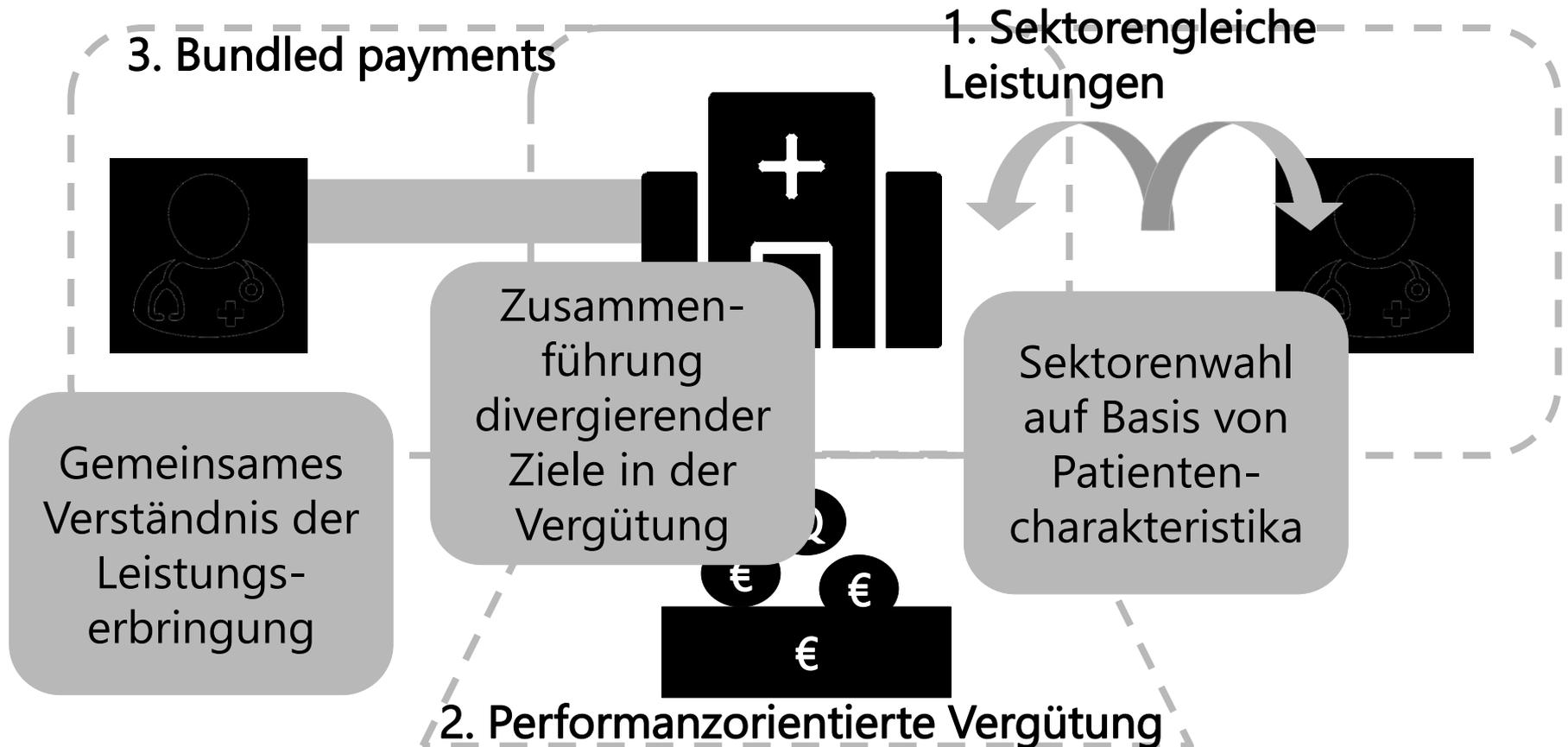
3. Berücksichtigung unterschiedlicher Kostenstrukturen in der Vergütung
 - Anpassung von DRGs an **geografische Charakteristika**: höhere

Reformen innerhalb des Systems: Fairness (3/3)



2. Reformvorschläge *jenseits* des bestehenden Systems

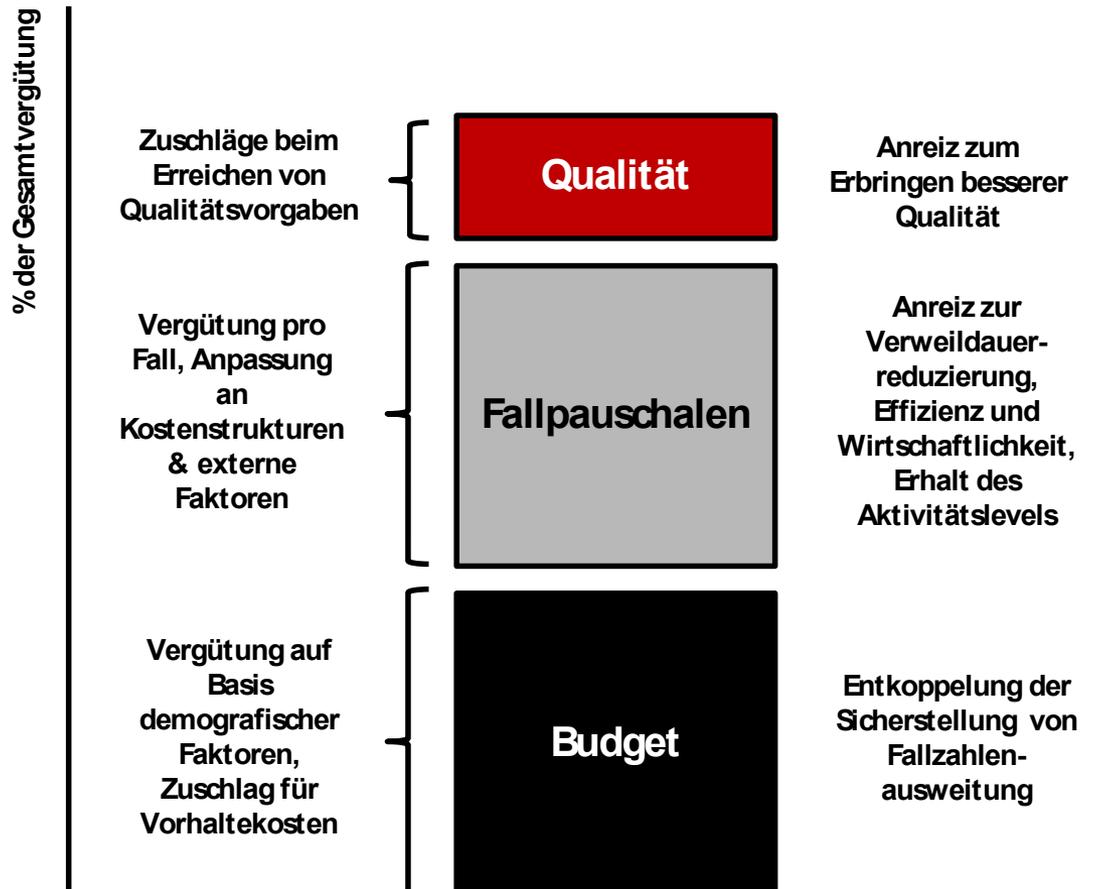
Reformvorschläge jenseits des bestehenden Systems



Reformoptionen: Gestaltung der Leistungserbringung

1. Finanzielle Anreize für **sektorengleiche Leistungen**
 - **Gleichsetzung stationärer und ambulanter Vergütung** für ausgewählte Leistungsbereiche (Beispiele: Frankreich, England, Dänemark)
2. Finanzielle Anreize für **sektorenübergreifende Leistungen** (Bundled Payments)
 - **Episodenbasierte Vergütung** für Team für gesamten Behandlungspfad (Beispiel: Frankreich)
 - Gemeinsames Verständnis der Leistungserbringung
3. **Performanzorientierte Budgetierung** von Krankenhausleistungen
 - Finanzielle Sicherheit durch Budgets (**Fallzahl unabhängig**)
 - + Leistungsanreiz/Effizienz durch Fallpauschalen + Qualität
 - Beispiele: Norwegen, Maryland (USA)

Performanzorientierte Vergütung von Krankenhäusern



- Zusammenführung Verschiedener Zielorientierungen
- Wirtschaftliche Absicherung für Leistungserbringer
- Leistungsgerechter Umgang mit Kassenbeiträgen
- Erhöhung von Versorgungsqualität

Zusammenfassung: Bedarfsgerechte Gestaltung...

- Bestandsaufnahme des DRG-Systems offenbart **Fehlanreize**
 - **Transparenz** wurde erhöht, **Wirtschaftlichkeit** vermutlich
 - Aber Fehlanreize führen zu **substanziellen Nebenwirkungen**, u.a. Mengenentwicklung und heterogener Qualität

- Umfang der Reformen hängt von den Zielen ab, die wir setzen wollen
 - Reformen *innerhalb* des Systems: **Bessere Fairness, weniger Fehlanreize**
 - Reformen *jenseits* des Systems: **Zieldiversifizierung, Neuordnung der Leistungserbringung**

- Andere Länder können als Orientierung dienen

...bereitet auch auf Pandemien vor

- Reduzierung des Anreizes zur Fallzahlmaximierung
 - Vergütung von **Vorhaltekosten** schafft finanzielle Garantien
 - Weniger Anreiz zur Fallzahlmaximierung jenseits medizinischer Notwendigkeit/ Kompetenz des Krankenhauses

- Angemessenere Honorierung der Behandlung komplexerer Verläufe
 - Anpassung an **Versorgungsstufe** und **geografische Charakteristika** bildet Kostenstrukturen komplexerer Fälle leistungsgerechter ab

- Neuausrichtung ambulante – stationäre Aufgabenteilung
 - **Sektorengleiche Vergütung** ermöglicht stärkere Verlagerung in ambulante Leistungserbringung -> Entlastung der Krankenhäuser

Kontakt

Professor Dr. Jonas Schreyögg
Hamburg Center for Health Economics
Universität Hamburg
Esplanade 36 · 20354 Hamburg

Tel: +49 40 428 38 - 8041

Fax: +49 40 428 38 - 8043

jonas.schreyoegg@uni-hamburg.de
www.hche.de

hche | Hamburg Center
for Health Economics

