

Krankenhaus-Report 2017

„Zukunft gestalten“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /
Jörg Friedrich / Jürgen Wasem (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2017

Auszug Seite 13-24



| | | |
|----------|---|-----------|
| 2 | Vorschläge für eine anreizbasierte Reform der Krankenhausvergütung | 13 |
| | <i>Jonas Schreyögg</i> | |
| 2.1 | Einleitung..... | 13 |
| 2.2 | Automatisierte Basisfallwerte | 15 |
| 2.3 | Weiterentwicklung des G-DRG-Systems..... | 16 |
| 2.4 | Integration von nicht-mengenabhängigen Vergütungskomponenten | 19 |
| 2.5 | Integration von Qualitätsanreizen in das Vergütungssystem | 20 |
| 2.6 | Mischvergütung für ausgewählte ambulant erbringbare Leistungen..... | 21 |
| 2.7 | Ermöglichung eines wissenschaftlichen Wettbewerbs zur Erarbeitung von Evidenz als Basis für die Weiterentwicklung des Systems | 22 |
| 2.8 | Fazit | 23 |

2 Vorschläge für eine anreizbasierte Reform der Krankenhausvergütung

Jonas Schreyögg

Abstract

Die Einführung des G-DRG-Systems war ein wichtiger Meilenstein. Das Gesamtsystem der Vergütung von Krankenhausleistungen in Deutschland enthält jedoch zahlreiche Fehlanreize, die zu unerwünschten Markteffekten führen, u. a. Mengenanreiz, Verschwimmen der Versorgungsstrukturen und fehlende Dynamik zu Ambulantisierung. Ziel des Beitrags ist es, von empirischer Evidenz geleitete Lösungsvorschläge für Deutschland aufzuzeigen, die eine ganzheitliche Reform der Krankenhausvergütung ermöglichen. Ein stärker an Anreizen ausgerichtetes Vergütungssystem würde den Wettbewerb stärken, die Verteilungsgerechtigkeit zwischen den Krankenhäusern verbessern und die Qualität der Versorgung erhöhen. Lösungsvorschläge beinhalten unter anderem die Überprüfung des Einhausansatzes des G-DRG-Systems, die Integration von nicht-mengenabhängigen Vergütungskomponenten, eine Mischvergütung für ausgewählte ambulante Leistungen sowie eine Integration von Qualitätsanreizen in das Vergütungssystem.

The introduction of the G-DRG system represented an important milestone in German health care. However, the system of financing acute inpatient services contains a number of misguided incentives which lead to unintended market mechanisms, e. g. incentives to increase volume, blurred care structures, lack of developments towards substituting inpatient by outpatient services. The article presents empirically based solutions for Germany which would facilitate a holistic hospital reform. A more incentive-led reimbursement system would strengthen competition, improve resource allocation between hospitals and increase quality of care. Proposed solutions include reconsideration of the so-called “one hospital approach” of the G-DRG system, integration of non-volume related fees, mixed reimbursement fees for selected outpatient services and introduction of mechanisms to incentivize quality of care.

2.1 Einleitung

Die Einführung des G-DRG-Systems war ein wichtiger Meilenstein in der Geschichte des deutschen Gesundheitswesens. Seit der Einführung des Systems erfolgten zahlreiche systemimmanente Weiterentwicklungen. Demgegenüber stehen zahlreiche unerwünschte Effekte, die auch auf Fehlanreize des Systems zurückgeführt werden können. Zu nennen sind dabei unter anderem:

- Die Mengenentwicklung der letzten Jahre steht in Kontrast zu anderen OECD-Ländern, in denen die Fallzahlen konstant bleiben oder sogar sinken.
- Die Ambulantisierung stationärer Leistungen schreitet kaum voran.
- Versorgungsstrukturen mit hohen Vorhaltekosten, insbesondere ländliche Krankenhäuser oder Maximalversorger, geraten zunehmend unter Druck.
- Die Qualität der Versorgung spielt in der Vergütung trotz eines künftigen Pay-for-Performance-Systems nur eine geringe Rolle.

Vor dem Hintergrund dieser strukturellen Probleme sollte knapp 15 Jahren nach Konzeption und Einführung des G-DRG-Systems und anderer Vergütungskomponenten das System einer grundsätzlichen Bestandaufnahme unterzogen werden. Bevor auf einzelne Problemlösungsvorschläge eingegangen wird, erscheint ein kurzer Blick in andere OECD-Länder sinnvoll, die oftmals die oben genannten Probleme nicht oder nur in geringerem Maße als Deutschland aufweisen.

Grundsätzlich haben die meisten anderen OECD-Länder auch DRG-Systeme. Allerdings existieren einige relevante Unterschiede zwischen Deutschland und anderen Ländern (Busse et al. 2011; Schreyögg et al. 2006; Srivastava et al. 2016):

- DRGs sind in der Regel weniger relevant für die Gesamtvergütung der Krankenhäuser. In Deutschland sind sie es zu ca. 80%, vielerorts weniger, teilweise nur zu 40–50% oder sie werden nur für die Berechnung von Budgets genutzt.
- In anderen Ländern sind die sonstigen Vergütungskomponenten, d. h. Sicherstellungszuschläge, Zuschläge für Notfallversorgung etc., oft deutlich budgetrelevanter.
- Die Vergütung ist in vielen Ländern regional differenziert, u. a. erfolgt eine Adjustierung für regionale Unterschiede in Personalkosten und Grundstückspreisen (z. B. Großbritannien).
- Es gibt besondere Regelungen für tertiäre Versorger/Maximalversorger.
- Ambulante Versorgung und Vergütung ist meistens stärker mit der stationären Versorgung integriert. Die Systeme sind damit durchlässiger für eine Ambulantisierung von stationären Fällen.
- Teilweise existieren auch andere Vergütungssysteme neben dem DRG-System.

Ziel dieses Beitrags ist es, Lösungsvorschläge für Deutschland aufzuzeigen, die eine ganzheitliche Reform der Krankenhausvergütung ermöglichen. Viele Bestandteile der bisherigen Krankenhausvergütung greifen ineinander, verursachen aber Fehlanreize. Daher soll dieser Beitrag Möglichkeiten aufzeigen, wie eine Reform dieser Bestandteile zu einer Neuordnung der Krankenhausvergütung führen kann. Das grundsätzliche Leitbild aller Lösungsvorschläge ist die möglichst von empirischer Evidenz geleitete Berücksichtigung von Anreizen für das Verhalten von Krankenhäusern. Ein stärker an Anreizen ausgerichtetes Vergütungssystem würde den Wettbewerb stärken, die Verteilungsgerechtigkeit zwischen den Krankenhäusern verbessern und die Qualität der Versorgung erhöhen.

Die folgenden Lösungsvorschläge basieren nicht nur auf bereits existierenden Lösungen in anderen Ländern, sind aber oftmals inspiriert von ähnlichen Lösungen in anderen OECD-Ländern. Die dargelegten Vorschläge weisen oft einen mittel- bis langfristigen Zeithorizont auf, könnten aber teilweise auch kurzfristig umgesetzt werden.

2.2 Automatisierte Basisfallwerte

Die derzeitigen Basisfallwertverhandlungen binden viele Ressourcen und die Ergebnisse werden sowohl von Kassen- als auch von Krankenhausverbänden regelmäßig als unbefriedigend empfunden. Nicht selten führen sie auch zu rechtlichen Auseinandersetzungen. Hinzu kommt, dass der bisherige Kostenorientierungswert die tatsächliche Kostenentwicklung in den Krankenhäusern nicht spezifisch genug abbildet und daher als Basis für Vergütungsanpassungen nur begrenzt geeignet erscheint. Eines der Grundprobleme ist, dass sich die im Kostenorientierungswert berücksichtigten Erzeugerpreise auf Warenkörbe beziehen, die sich auf die Volkswirtschaft insgesamt bzw. auf Dienstleistungen insgesamt beziehen, aber nicht die für den Krankenhausmarkt spezifischen Produkte und Dienstleistungen reflektieren. Diese bilden allenfalls einen kleinen Teil der generalistischen Warenkörbe ab. Daher wäre es zielführend, die Anpassungen der Basisfallwerte neu zu regeln.

Zunächst sollte der Kostenorientierungswert die tatsächlichen Preissteigerungen aus Krankenhausperspektive widerspiegeln. Das heißt, das Statistische Bundesamt oder andere geeignete Institutionen sollten, analog zu Preisindizes anderer Branchen, einen spezifischen Warenkorb für Einkaufspreise von Produkten und Dienstleistungen in deutschen Krankenhäusern (Personalkosten, Miete etc.) ermitteln.¹ Da sich die Einkaufspreise, z. B. bei Reinigungspersonal, teilweise regional erheblich unterscheiden, wäre ein regional differenzierter Preisindex wie z. B. in England und den USA (Medicare) zu bevorzugen. Dabei ist sicherzustellen, dass die Bildung eines regionalisierten Preisindex nicht zu kleinräumig erfolgt, da ansonsten die Gefahr bestünde, bestimmte Krankenhäuser für eine effiziente Organisation verbunden mit geringen Einkaufspreisen, z. B. für OP-Zubehör, zu bestrafen. Eine Bündelung homogener Landkreise erscheint in diesem Kontext sinnvoll. Alternativ könnten auch Produkte und Dienstleistungen differenziert werden, deren Preise stark regional variieren, während für andere Produkte und Dienstleistungen ein nationaler Preisindex adäquat erscheint.

Als Datengrundlage müsste auf die beim InEK vorliegende Kalkulationsstichprobe zurückgegriffen werden. Kosteninformationen aus der Kalkulationsstichprobe, z. B. zu Sachkosten, könnten in den Preisindex des Warenkorbs einfließen. In einem zweiten Schritt würde der Basisfallwert eines Krankenhauses einer Region automatisch angepasst, ggf. differenziert nach regionalisierten und nationalen Komponenten. Die Berechnungen sollten durch eine neutrale Instanz durchgeführt werden. Das Statistische Bundesamt, das derzeit zur Erstellung eines Preisindex ein Pilotprojekt durchführt, wäre die passende Instanz, diesen Preisindex zu berechnen. Sobald eine Methodik zur Ermittlung eines Preisindex konsentiert ist, wäre eine Umsetzung mittelfristig möglich. Langwierige Verhandlungen um die Anpassung der Basisfallwerte könnten somit weitestgehend bis auf wenige Bestandteile, z. B. Sondereffekte, entfallen.

¹ Zur Ermittlung von Preisindizes existieren auf internationaler Ebene eine Reihe von Pilotprojekten: u. a. Koechlin et al. 2014.

2.3 Weiterentwicklung des G-DRG-Systems

2

a) Überprüfung des Einhausansatzes

Die Einführung des G-DRG-Systems war von dem Bestreben geprägt, alle Krankenhäuser aller Versorgungsstufen zu integrieren und anders als in vielen anderen Ländern keine Sonderbehandlung einzelner Versorgungsstufen, z. B. von Maximalversorgern, vorzunehmen (Einhausansatz). Die große Herausforderung dieses Ansatzes war und ist, ein sehr breites Spektrum an Fallkomplexität in der Vergütung abzubilden. Dies resultierte in einer hohen Anzahl von DRGs, wobei ca. bei der Hälfte der DRGs eine therapeutische Prozedur für die Abrechnung ausschlaggebend ist. Hinzu kommen zahlreiche Zusatzentgelte, die ergänzend hochkomplexe Fälle honorieren. Beides kommt dem Charakter einer Einzelleistungs- bzw. prozedurenorientierten Vergütung mit inhärenten Anreizen zur Mengenausweitung nahe, die man eigentlich durch die Einführung von DRGs überwinden wollte. Da sich über die Zeit herauskristallisierte, dass auch dieser hohe Differenzierungsgrad nicht ausreichte, um Vergütungsgerechtigkeit und damit einen fairen Wettbewerb für bestimmte Versorgungsformen herzustellen, wurden weitere Vergütungskomponenten ergänzt oder modifiziert, z. B. in Form von Not-, Sicherstellungs- und Zentrumszuschlägen. Im Kern sollen diese Ergänzungen in der Vergütung die Fehlanreize des G-DRG-Systems und die empfundene unzureichende Vergütungsgerechtigkeit für bestimmte Versorgungsformen, insbesondere ländliche Krankenhäuser und Maximalversorger, kompensieren. Es bleibt jedoch unklar, ob die zahlreichen Ergänzungen der letzten Jahre ihr Ziel erreichen. Theoretisch ist zwar anzunehmen, dass eine stärker fallzahlunabhängige Vergütung durch zusätzliche Vergütungskomponenten den Mengenanreiz im System mindert. Statt immer neuer Ergänzungen außerhalb des Systems sollte jedoch erwogen werden, das G-DRG-System einer empirischen Bestandsaufnahme zu unterziehen und faktenbasiert weiterzuentwickeln.²

Zunächst sollte die Entscheidung zur Nutzung des sogenannten Einhausansatzes einer Prüfung unterzogen werden. Anhand der Kalkulationsstichprobe³ (nur mit dieser Datengrundlage ist eine solche Untersuchung möglich) könnte ohne Weiteres untersucht werden, ob systematische Kostenunterschiede zwischen Krankenhäusern unterschiedlicher Versorgungsstufen bzw. Versorgungsstrukturen auftreten. D. h. mit anderen Worten, es sollte der These nachgegangen werden, dass z. B. Maximalversorger signifikant andere Kosten pro Fall haben als andere Krankenhäuser. Diese Berechnung sollte differenzierter erfolgen als nur nach Krankenhäusern der Grund-, Regel-, Schwerpunkt- und Maximalversorgung zu unterscheiden. Unter Umständen stellt sich z. B. heraus, dass Grundversorger nur in bestimmten länd-

² Seit Einführung des DRG-System ist noch keine empirische Evaluation des Systems erfolgt. Für die Begleitforschung wurden damals nicht die § 21-KHEntgG-Daten zur Verfügung gestellt, daher konnte keine Evaluation mit kausalem Anspruch erfolgen. Diese wäre aber notwendig, um das System faktenbasiert weiterzuentwickeln.

³ Diese Fragestellung hätte längst durch Wissenschaftler untersucht werden können, wenn die Kalkulationsstichprobe, so wie in anderen europäischen Ländern üblich, für wissenschaftliche Zwecke verfügbar gemacht worden wäre. Hier ist der Gesetzgeber gefragt, denn der Erkenntnisgewinn wäre aus gesellschaftlicher Sicht erheblich. Datenschutz kann an dieser Stelle keine Hürde darstellen, denn die Abrechnungsdaten (§ 21 KHEntgG) inkl. Diagnoseinformationen etc. sind ja auch für wissenschaftliche Zwecke freigegeben.

lichen Räumen andere Kosten aufweisen. D.h. es sollten wichtige Interaktionen zwischen verschiedenen Krankenhauscharakteristika berücksichtigt werden. Ein solcher Forschungsauftrag sollte durch den Gesetzgeber oder das Bundesministerium für Gesundheit an eine wissenschaftliche Institution vergeben werden. Falls sich dabei tatsächlich herausstellt, dass verschiedene Kostenniveaus existieren, könnte problemlos für bestimmte Versorgungsniveaus ein Multiplikationsfaktor berechnet werden, mit dem das Relativgewicht multipliziert wird. Dieser Multiplikationsfaktor sollte aber nicht für die Zusatzentgelte Anwendung finden, da hier die Kosten nicht unbedingt vom Versorgungsniveau abhängen. So kaufen auch kleine Krankenhäuser von Konzernen günstiger Arzneimittel ein als Maximalversorger, die nicht in einer Konzern- oder Netzwerkstruktur organisiert sind. Unabhängig vom Ergebnis würden bestimmte Zuschläge (z.B. Sicherstellungszuschlag) durch diese Erkenntnisse obsolet werden. Auch die Diskussion um möglicherweise nicht gedeckte Extremkostenfälle in Unklinika könnte so eine stärker empirisch fundierte Basis erhalten.

b) Umsetzung vorhandener empirischer Erkenntnisse

Des Weiteren sollten bereits vorhandene Erkenntnisse zu Fehlanreizen des Systems umgesetzt werden. Es konnte im Rahmen des Forschungsauftrags zur Mengenentwicklung gezeigt werden, dass Krankenhäuser auf eine Veränderung der DRG-Gewichte reagieren (Schreyögg et al. 2014). Ein Teil der Mengenentwicklung ist auf diese Problematik zurückzuführen. Nach unserer Schätzung verursacht dieser Effekt einen Anstieg der Ausgaben um jährlich bis zu 250 Mio. Euro. Es konnte in diesem Kontext gezeigt werden, dass sich die DRG-Gewichte vor allem aufgrund von Änderungen in der Kalkulationsstichprobe und Migrationen ändern und nicht – wie häufig angenommen – aufgrund von tatsächlichen Änderungen der Kosten der Krankenhäuser. Dieses Problem kann relativ einfach gelöst werden. So kann die Kalkulationsstichprobe strikt über die Jahre konstant gehalten oder eine „technische Konstanzhaltung“ bei der Berechnung der Relativgewichte eingeführt werden, um eine nicht durch tatsächliche Kosten verursachte Veränderung der DRG-Gewichte zu begrenzen.

Weiterhin sollte die bereits erwähnte Problematik, dass bei ca. 47% der DRGs eine therapeutische Prozedur für die Abrechnung ausschlaggebend ist (Schreyögg et al. 2014), angegangen werden, da dies mit Anreizen zur Bevorzugung operativer versus konservativer Therapieformen verbunden ist und außerdem zu Fallzahlsteigerungen beitragen kann.⁴ Im Sinne der Gewährleistung der Vergütungsgerechtigkeit muss aber nicht darauf verzichtet werden, Komplexität abzubilden. Durch die verstärkte Nutzung von diagnostischen Prozeduren und Nebendiagnosen sowie zusätzlich zu kodierenden klinischen Parametern, z.B. Euroscore bei Herzerkrankungen, könnten diese Fehlanreize reduziert werden.

Insgesamt steht mittlerweile eine deutlich bessere Datengrundlage zur Verfügung als bei Einführung des G-DRG-Systems. Zudem existieren technisch ganz

⁴ Im Rahmen des Forschungsauftrags zur Mengenentwicklung konnte gezeigt werden, dass die Einführung einer zusätzlichen prozedurengetriebene DRG ceteris paribus die Fallzahlen dieser DRGs erhöht (Schreyögg et al. 2014). Ob zusätzliche prozedurengetriebene DRGs auch die Nettoaufnahme an Patienten erhöhen, bleibt zu untersuchen.

andere Möglichkeiten, um diese Daten zu verwerten. Unter anderem könnten diese Daten mit etablierten ökonomischen Methoden bearbeitet werden, was so vor 10 bis 15 Jahren nur sehr bedingt möglich war. Dem sollte bei der Weiterentwicklung des Systems Rechnung getragen werden.

c) Überprüfung des Normierungsansatzes

Im Rahmen der Berechnungen zur Kalkulation werden die DRG-Gewichte so „normiert“, dass die Gesamtfinanzierungssumme, im Detail die Summe der Fallpauschalen, im jeweils nächsten Jahr – bei einer identischen Art und Anzahl an verursachten Leistungen – stets der Höhe der Gesamtfinanzierungssumme aus dem jeweils vergangenen Jahr entspricht.

In der Konsequenz kann die Gesamtfinanzierungssumme per definitionem nicht sinken, auch wenn die Krankenhäuser effizienter werden und die durchschnittliche Verweildauer für Patienten jährlich um ca. 3 % sinkt. Dieser Mechanismus zur Bestimmung der Fallpauschalen überlässt somit seit dem Jahr 2006 (ein Jahr nach der Einführung des DRG-Systems) Effizienzgewinne den Krankenhäusern.

Dieser Mechanismus ist aus ökonomischer Sicht umso überraschender, zielt doch die Grundidee eines DRG-Systems auf eine Steigerung der Effizienz ab, von der auch die Gesellschaft als Ganzes profitieren sollte (Shleifer 1985).

Ein demokratisch legitimierter Diskurs sollte erörtern, inwieweit die Effizienzgewinne an die Krankenhäuser (Produzenten) oder die Gesellschaft (Konsumenten) verteilt werden sollen. Ökonomische Evaluationen könnten darüber hinaus feststellen, welche langfristigen Auswirkungen unterschiedliche Verteilungen der Effizienzgewinne z. B. auf die Gesundheit der Bevölkerung haben.

In Deutschland kaufen die Krankenkassen stationäre Dienstleistungen von den Krankenhäusern ein. In ähnlichen Situationen, in denen der freie Markt die Finanzierung für Dienstleistungen bestimmt, profitieren oftmals die Konsumenten von Effizienz- bzw. Produktivitätsgewinnen. Wenn zum Beispiel eine Fahrbahn mittels neuer Maschinen oder auf Basis einer sich erhöhenden Produktivität der Anbieter immer günstiger erstellt werden könnte, würde im Rahmen eines öffentlichen Vergabeverfahrens das preisgünstigste Angebot bei identischer Leistung gewinnen. In Folge fließen damit die Effizienz- bzw. Produktivitätsgewinne an die Gesellschaft zurück.

Dies heißt nicht, dass die Krankenhäuser insgesamt zwangsläufig weniger Mittel erhalten müssen. Es kann durchaus sein, dass sie durch andere Maßnahmen, z. B. automatisierte Basisfallwerte, unter dem Strich sogar mehr Geld erhalten. Es erscheint aber insgesamt zielführend, das System transparenter zu gestalten und auf den ursprünglich intendierten Marktimitationsmechanismus des DRG-Systems (Yardstick Wettbewerb) zurückzuführen.

Die Vorschläge zur Weiterentwicklung des G-DRG Systems könnten kurz- bis mittelfristig umgesetzt werden.

2.4 Integration von nicht-mengenabhängigen Vergütungskomponenten

Durch die Vergütung mit DRG-Gewichten und Basisfallwerten wurde eine überwiegend (Fall-)leistungsorientierte Vergütung implementiert, die die Effizienz der Krankenhäuser erhöhen soll. Andere nicht-mengenabhängige Erlös-komponenten spielen in der derzeitigen Vergütung, auch nach Implementierung des KHSG, finanziell nur eine nachgeordnete Rolle. Die primär (Fall-)leistungsorientierte Vergütung führt mit ihren finanziellen Anreizen dazu, dass die Versorgungsstrukturen verschwimmen. Ländliche Krankenhäuser der Grundversorgung müssen zur Gewährleistung einer wohnortnahen Versorgung häufig Kapazitäten für Notfälle vorhalten, die vergleichsweise selten genutzt werden. Damit sind diese Krankenhäuser einem besonderen finanziellen Druck ausgesetzt und erhalten so den Anreiz, mehr und auch komplexere Fälle zu behandeln, obwohl ihre Stärken oft primär in der Grundversorgung liegen. Am oberen Ende des Leistungsspektrums sind Maximalversorger mit der Problematik konfrontiert, dass die Vorhaltung von Kapazitäten in besonders komplexen Leistungsbereichen nur unzureichend über die Pauschalförderung und sonstige Vergütungskomponenten finanziert wird. Auch hier entsteht für die entsprechenden Krankenhäuser der Druck, die daraus entstehenden Defizite über zusätzliche Fälle mit positiven Deckungsbeiträgen zu finanzieren.

Bei der Gewährleistung von nicht-mengenabhängigen Vergütungskomponenten geht es nicht um den Ausgleich von unterschiedlichen Kostenniveaus zwischen den Versorgungsstufen, der unter Abschnitt 2.3 bereits thematisiert wurde. Es geht vielmehr darum, der Tatsache Rechnung zu tragen, dass die Kosten bestimmter Leistungen nicht in direktem Zusammenhang mit der Zahl der stationären Fälle stehen.

Dabei sind unter anderem die Rettungsstellen zu nennen. Die Zahl der in Rettungsstellen ambulant behandelten Patienten ist nicht unbedingt abhängig von der stationären Fallmenge und wenig steuerbar. Eine auf Basis von Ist-Kosten berechnete Strukturpauschale für die Vorhaltung von Rettungsstellen (drei grobe Stufen nach Struktur und ambulantem Kontaktvolumen), berechnet über ein standardisiertes Kostensystem analog zur modularen InEK-Matrix für stationäre Fälle, wäre eine sinnvolle Lösung. Eine Berechnung von Ist-Kosten-basierten Vergütungspauschalen würde die emotionale Diskussion um unterfinanzierte Rettungsstellen versachlichen und durch Reduktion des Finanzierungsdrucks wahrscheinlich in dem einen oder anderen Krankenhaus auch den Mengenanreiz reduzieren.

Ein weiteres Beispiel ist die Förderung von Innovationen. Das G-DRG-System ist zweifellos im internationalen Vergleich innovationsförderlich bei Innovationen, die bereits eine gewisse Verbreitung gefunden haben (Quentin et al. 2011). Die Förderung von Innovationen in frühen Phasen erfolgt primär über NUBs, die aber nur einen Bruchteil der Innovationen umfassen (Blum und Offermanns 2009). Aus den Erfahrungen anderer Länder ist es bekannt, dass die fallabhängige Vergütung von Innovationen in frühen Phasen mit unklarer Evidenzlage sehr riskant ist. Beispielsweise wurden in Italien arzneimittelfreisetzende Stents in bestimmten Provinzen in einer sehr frühen Phase über eine eigene DRG gefördert. Die Fallzahlen stiegen schnell stark an, es zeigte sich jedoch nach einigen Jahren in Studien, dass arzneimittelfreisetzende Stents insbesondere für bestimmte Patientengruppen (kosten)effektiv sind (Bäumler et al. 2012). Eine Lösung wäre an dieser Stelle, be-

stimmte Innovationen in Zentren zu erproben, die sich bewerben, verbunden mit einer fallzahlunabhängigen Pauschalvergütung. Diese Maßnahmen ließen sich, wie z. B. die Implementierung von Zentrumszuschlägen infolge des KHSG zeigt, kurz- bis mittelfristig umsetzen.

2.5 Integration von Qualitätsanreizen in das Vergütungssystem

Der Gesetzgeber hat durch das KHSG zahlreiche Elemente zur Verbesserung der Qualitätssicherung sowie zur Verbesserung der Anreize zur Erbringung einer qualitativ hochwertigen Versorgung eingeführt, allerdings außerhalb der bisherigen Vergütungsstruktur. Möglicherweise resultierende (Fehl-)Anreize sollten allerdings dort korrigiert werden, wo sie entstehen. Ein „externes“ Pay-for-Performance-System könnte so direkt in das G-DRG-System integriert werden und ein Parallelsystem reduzieren bzw. obsolet machen. Auch hier gibt es bereits in anderen Ländern Erfahrungen, z. B. England (Milstein und Schreyögg 2015).

a) Indikationsqualität

Ein DRG-System bietet zahlreiche direkte und indirekte Stellschrauben zur Förderung von Qualität bei der Aufnahme und Behandlung der Patienten. Zur Förderung der Indikationsqualität wäre es zum Beispiel sinnvoll, wenn anstelle der Intensität der Behandlung diagnose- bzw. indikationsbezogene Merkmale zur Zuordnung der Patienten verwendet würden. Beispielsweise könnten ICD/OPS-Codes für leitlinienrelevante klinische Informationen, z. B. Stärke des Wirbelgleitens (Grad nach Meyerding) mit Kodierverpflichtung, geschaffen werden.

b) Prozessqualität

Aber auch die Prozessqualität kann direkt gefördert werden. Ein Beispiel hierfür wären zum Beispiel Elemente in den Kodierrichtlinien, die vorgeben, dass Krankenhäuser nur dann einen Patienten mit einem akuten Myokardinfarkt (STEMI) abrechnen dürfen, wenn eine Intervention beim Patienten (z. B. Stent) innerhalb von 90 Minuten nach Aufnahme erfolgt ist (kritische Door-to-Balloon-Zeit). Aktuell liegt der Mittelwert bei dieser Intervention – gemäß §-21g-KHEntgG-Daten – oberhalb dieses in P4P-Systemen anderer Länder genutzten Schwellenwertes (Milstein und Schreyögg 2015). Krankenhäuser, die besser in der Lage sind, Patienten mit akuten Myokardinfarkten (STEMI) gemäß der aktuellen medizinischen Evidenz zu behandeln, bekommen damit durchschnittlich einen größeren Teil der Vergütung als Krankenhäuser, die nicht in der Lage sind, aktuelle medizinische Standards einzuhalten.

c) Ergebnisqualität

Um auch die Qualität der Behandlungsergebnisse zu fördern, könnten auch die Regelungen zur Wiederaufnahme bei Komplikationen vereinfacht (und damit manipulationssicher) gestaltet werden. Vielzählige Ausnahmen machen es derzeit möglich, dass Krankenhäuser häufig eine Fallpauschale doppelt abrechnen können, obwohl

Patienten nur kurz nach einer Entlassung wiederaufgenommen werden müssen. Das heißt, die aktuell definierte Regelung zur Fallzusammenführung ist zu eng definiert. Eine leicht andere Diagnose vermeidet eine vergütungsrelevante Fallzusammenführung. Dadurch führt nur ein kleiner Teil der Wiedereinweisungen zu einer Fallzusammenführung. Dies kann anhand der §-21-KHEntgG-Daten gezeigt werden. Eine künftige Regelung zur Wiederaufnahme bei Komplikationen könnte dabei unabhängig von der kodierten Diagnose sein und sich auch über eine Periode von 30 Tagen hinaus erstrecken. Ausnahmen, z. B. bei Verkehrsunfällen, sollten dennoch möglich sein, könnten jedoch im Sinne einer „Beweislastumkehr“ gestaltet werden. Diese Art der Wiederaufnahme bei Komplikationen ist beispielweise im DRG-System der USA (Medicare) üblich. Diese Maßnahme wird als sehr effektiv eingeschätzt.

Anders als oft angenommen kann eine Qualitätsorientierung in der Vergütung nicht von heute auf morgen erreicht werden. Dies erfordert einen langfristigen evolutorischen Prozess, der immer neue Elemente (im Rahmen von Pilotprojekten) testet und über Evaluationen auf den Prüfstand stellt. Dieser Prozess kann seit Jahren in anderen Ländern wie etwa den USA oder England beobachtet werden. Allerdings könnte eine effektivere Fallzusammenführung kurzfristig umgesetzt werden und hätte potenziell auch eine Verringerung der Fallzahl zur Folge.

2.6 Mischvergütung für ausgewählte ambulant erbringbare Leistungen

In den letzten Jahren haben stationäre Fälle mit kurzer Verweildauer (24 bis 47 Stunden) mit 27% am stärksten zugenommen (2007–2012) (Schreyögg et al. 2014). Auch wenn das Potenzial zur Ambulantisierung nach ICD-Kapiteln sehr unterschiedlich sein dürfte und in Zukunft wissenschaftlich quantifiziert werden sollte, ist es anzunehmen, dass gerade unter diesen Fällen ein substantielles Potenzial zur Ambulantisierung besteht. Dies kann auch deshalb angenommen werden, da in anderen Ländern bei ambulant erbringbaren Operationen ein deutlich höherer Anteil auch tatsächlich ambulant erbracht wird als in Deutschland (Brökelmann und Toftgaard 2013). Obwohl der Gesetzgeber in den letzten Jahren zahlreiche Gesetzesänderungen zur Erleichterung der Vergütung von ambulanten Leistungen im Krankenhaus vorgenommen hat, hat die Zahl der ambulanten OPs im Krankenhaus in den letzten Jahren nicht nur stagniert, sondern sie ist sogar von 1,8 Mio. im Jahr 2011 auf 1,6 Mio. im Jahr 2014 zurückgegangen (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2015). Auch die Entwicklung der Zahl der Operationen außerhalb des Krankenhauses deutet nicht auf einen fortschreitenden Trend zur Ambulantisierung von stationären Krankenhausleistungen hin (SVR 2012). Offensichtlich sind die Vergütungsanreize derzeit so ausgerichtet, dass eine ambulante Erbringung von Leistungen, trotz der Gefahr der primären Fehlbelegungsmonita durch den MDK z. B. bei Kniearthroskopie, für Krankenhäuser nicht attraktiv erscheint (Friedrich und Tillmanns 2016).

Zur Förderung der Ambulantisierung erscheint es sinnvoll, den Katalog von ambulant erbringbaren Prozeduren/Operationen gemäß § 115b SGB V um bereits in

anderen Ländern regelmäßig ambulant erbrachte Leistungen zu erweitern. Für diese Leistungen könnte dann – abweichend vom G-DRG-System – eine Mischvergütung von EBM und DRGs kalkuliert werden. Diese Mischvergütung sollte mit einer vollständigen Öffnung des Wettbewerbs zur Erbringung dieser Leistungen zwischen Arztpraxen und Krankenhäusern verbunden sein, d. h. beispielsweise sollten nicht vorhandene Ermächtigungen kein Hindernis darstellen. Um einen fairen Wettbewerb zu gewährleisten, sollten die Vergütungssätze für alle Leistungserbringer (Krankenhäuser und ambulante Leistungserbringer) oberhalb des derzeitigen EBM-Satzes liegen, da so auch Krankenhäuser die Möglichkeit zu kostendeckender Leistungserbringung haben und insgesamt der Anreiz zu ambulanter Erbringung steigt. Eine konventionelle stationäre Aufnahme verbunden mit einer Vergütung über DRGs sollte selbstverständlich in klar definierten Grenzen bei medizinischer Begründung, z. B. hohes Alter, weiterhin möglich sein. Wichtig erscheint in diesem Kontext, dass die ohnehin begonnene sektorübergreifende Qualitätssicherung zügig um die ambulant erbringbaren Leistungen erweitert wird. Nur so kann ein fairer wettbewerblicher Rahmen für alle Leistungserbringer entstehen. Dieser Vorschlag könnte kurz- bis mittelfristig umgesetzt werden.

2.7 Ermöglichung eines wissenschaftlichen Wettbewerbs zur Erarbeitung von Evidenz als Basis für die Weiterentwicklung des Systems

Wahrscheinlich ist das in Deutschland komplizierte Geflecht an Regelungen zur Krankenhausvergütung auch auf fehlende empirische wissenschaftliche Studien zu Wirkungen von Vergütungsregelungen und -reformen zurückzuführen. Unter der Berücksichtigung der Tatsache, dass das DRG-System seit mehr als zehn Jahren in Kraft ist, existiert sehr wenig wissenschaftliche Evidenz zur Frage, welche Wirkung die Krankenhausvergütung in Deutschland auf Menge, Qualität und Wettbewerb hat. Ohne faktenbasierte Aussagen zu Veränderungen von politischen Interventionen ist aber nur schwer abschätzbar, welche Interventionen sich in Zukunft auf welche Art und Weise auswirken. Immer wieder verweisen Politik und Verbände deshalb zu Recht auf die mangelnde wissenschaftliche Evidenz im Krankenhausbereich in Gesundheitsökonomie/Versorgungsforschung. Dabei wird jedoch oft übersehen, dass solide Studien in der Regel eine qualitativ gute Datenbasis und einen angemessenen Zugang erfordern. In Bezug auf die Qualität der Datenbasis weist Deutschland hervorragende Voraussetzungen auf. Allerdings ist der Zugang zu diesen Daten für wissenschaftliche Zwecke in Deutschland leider in der Regel nicht angemessen.

Das beste Beispiel sind die Abrechnungsdaten gemäß § 21 KHEntgG. Diese Daten sind prinzipiell über das Forschungsdatenzentrum Bund (FDZ) des Statistischen Bundesamtes für wissenschaftliche Zwecke nutzbar. Allerdings können sie nur per Ferndatenverarbeitung mit großen Einschränkungen genutzt werden, d. h. man sendet einen Programmiercode einer Software (z. B. SAS) an das FDZ, dieses lässt den Programmiercode auf dem Datensatz laufen. Anschließend erhält man nach einigen Wochen das Ergebnis. Falls der Programmiercode einen Fehler auf-

weist, muss man erneut einige Wochen warten. Ein Forschungsprojekt zu einer komplexen Fragestellung dauert auf diese Weise Jahre und ist somit nicht zu realisieren. In anderen Ländern, z. B. England, Niederlande, Schweiz, aber insgesamt in den meisten europäischen Ländern, dürfen Wissenschaftler direkt auf dem ohnehin anonymisierten Datensatz arbeiten. Datenschutzbestimmungen stellen hier keine Hürde dar, denn z. B. bei der Nutzung des § 301-SGB-V-Datensatzes einzelner Kassen können Wissenschaftler auch direkt – ohne Ferndatenverarbeitung – mit dem Volldatensatz arbeiten.

Es wäre sehr wichtig, dass ein angemessener Zugang zu diesen und anderen Daten für wissenschaftliche Zwecke beantragt werden kann. Nur durch die Verbesserung des Zugangs zu diesen Datenbeständen kann sich hierzulande zukünftig ein wissenschaftlicher Wettbewerb analog zu anderen Ländern, z. B. USA oder England, entwickeln.⁵ Von diesem wissenschaftlichen Wettbewerb und dessen Ergebnissen profitieren mittel- bis langfristig alle Akteure des Gesundheitswesens und vor allem die Patientinnen und Patienten. Diesen Zusammenhang haben die meisten europäischen Länder erkannt und die entsprechenden Daten konsequent für wissenschaftliche Zwecke zur Verfügung gestellt. Im Sinne einer optimalen Verwendung von Ressourcen im Gesundheitswesen sollte Deutschland dem Beispiel dieser Länder folgen.

2.8 Fazit

Die Konzeption und Einführung des G-DRG Systems und anderer Vergütungskomponenten erfolgte vor 10 bis 15 Jahren. Das System beinhaltet zahlreiche Fehlanreize, die den Wettbewerb behindern und unerwünschte Wirkungen für Patienten und Patientinnen haben können. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) hat der Gesetzgeber einige dieser Probleme erkannt und teilweise auch Gegenmaßnahmen eingeleitet. Allerdings wurden im Rahmen des KHSG die von der Vergütung ausgehenden Fehlanreize überwiegend ausgeklammert. Dabei verweist der Gesetzgeber oftmals darauf, dass die Vergütung und ihre immanenten Anreize durch die Selbstverwaltung reguliert werden sollten. Viele der hier diskutierten Problemlösungen können jedoch nicht selbstständig durch die Selbstverwaltung entschieden werden, etwa eine Mischvergütung für ausgewählte ambulante Leistungen. Andere Entscheidungen, z. B. zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems, könnten zwar von der Selbstverwaltung getroffen werden. Eine Veränderung ist jedoch unwahrscheinlich, da sich die Selbstverwaltungspartner bei allen Entscheidungen einigen müssen. Bei nahezu allen genannten Lösungsvorschlägen würde eine Umverteilung stattfinden oder einer der beiden Selbstverwaltungspartner würde schlechter ge-

⁵ Aufgrund des unzureichenden Datenzugangs in Deutschland nutzen zahlreiche deutsche Gesundheitsökonominnen und Versorgungsforscher, die in der Regel aus deutschen Steuergeldern finanziert werden, zunehmend Daten aus anderen Ländern für ihre Arbeiten, z. B. aus den USA, England oder den skandinavischen Ländern. Auch wenn dies in einem wissenschaftlichen Wettbewerb sicherlich legitim ist, sollte der Gesetzgeber ein Interesse haben, dieser (dramatischen) Entwicklung entgegenzuwirken.

stellt. Aufgrund dieser Situation sind, wie auch die Vergangenheit zeigt, größere Lösungen unwahrscheinlich. Um den Fehlanreizen des Systems tatsächlich wirkungsvoll zu begegnen, ist daher ein Impuls des Gesetzgebers unerlässlich. Ein Gesetzesvorhaben zur Weiterentwicklung der Vergütung wäre daher in der nächsten Legislaturperiode zu empfehlen.

Literatur

- Bäumler M, Stargardt T, Schreyögg J, Busse R. Cost Effectiveness of Drug-Eluting Stents in Acute Myocardial Infarction Patients in Germany. *Applied Health Economics & Health Policy* 2012; 10 (4): 235–48
- Blum K, Offermanns M. Anspruch und Realität von Budgetverhandlungen zur Umsetzung medizintechnischer Innovationen. Deutsches Krankenhausinstitut (DKI): Düsseldorf 2009.
- Brökelmann J, Toftgaard C. Survey on incidence of surgical procedures and percentage of ambulatory surgery in 6 European countries. *ambulatory surgery* 2013; 19 (4): 116–20.
- Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M (eds). *Diagnosis-Related Groups in Europe*. New York: Open University Press 2015.
- Friedrich J und Tillmanns H (2016) Ambulante Operationen im Krankenhaus. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). *Krankenhaus-Report 2016, Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus*. Stuttgart: Schattauer 2016; 127–46.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. *Ambulante Operationen im Krankenhaus bei Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung, Leistungsfälle (Anzahl)*. Berlin 2015.
- Koechlin F, Konijn P, Lorenzoni L, Schreyer P. Comparing Hospital and Health Prices and Volumes Internationally: Results of a Eurostat/OECD Project. *OECD Health Working Papers*, No. 75. Paris: OECD 2014.
- Milstein R, Schreyögg J. A review of pay-for-performance programs in the inpatient sector in OECD countries. *HCHE Research Papers No. 9*. Hamburg Center for Health Economics 2015.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. *Sondergutachten: Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung*. Bern: Hans Huber 2012.
- Schreyögg J, Bäuml M, Krämer J, Dette T, Busse R, Geissler A. Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG. Siegburg: InEK 2014.
- Schreyögg J, Stargardt T, Tiemann O, Busse R. Methods to determine reimbursement rates for diagnosis related groups (DRG): a comparison of nine European countries. *Health Care Management Science* 2006; 9 (3): 215–24.
- Srivastava D, Müller M, Hewlett E. *Better Ways to Pay for Health Care*. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing 2016.
- Quentin W, Scheller-Kreinsen D, Busse R (2011) Technological Innovations in DRG-Based Hospital Payment Systems Across Europe. In: Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M (eds). *Diagnosis-Related Groups in Europe*. New York: Open University Press; 131–47.