



Krankenhausfinanzierung der Zukunft

DRG, regionale Budgets oder ganz anders?

DGVS Digital: DRG Interaktiv 2021

Prof. Dr. med. Michael Wilke

“Online”, 14. Januar 2021



Inhalt

Das DRG Dilemma:

- Bekannte Schwächen
- Was hat COVID-19 zusätzlich aufgedeckt?

Alternativen:

- Aktuelle Vorschläge aus der gesundheitsökonomischen Wissenschaft
- Projekt des BDI

Gibt es ein Ideal – „...zur Sonne zur Freiheit“?

- Notwendige Komponenten eines neuen Systems
- Optionale Aspekte

Das DRG Dilemma

Das DRG Dilemma – Teil 1

DRG – Systeme basieren auf fallpauschalierter Vergütung

- Steigende Kosten müssen über steigende Fallzahlen kompensiert werden
 - Diskussion über die medizinische Notwendigkeit
 - Permanente Leistungssteigerung überfordert das Personal
 - Hamsterrad-Effekt
- Um „fair“ zu sein, wird eine hohe Komplexität benötigt
 - Ursprünglich als System der Leistungsmessung und Budgetierung entwickelt
 - Wenn man Fallabrechnung macht, braucht es IMMER noch andere Komponenten (Deutsches Credo: 100% DRG/ZE/NUB)
 - Dennoch: aG-DRG ist das „beste“ DRG System der Welt → $r^2 > 86\%$!
 - ABER: Hohe Komplexität bietet viel Anlass zur Diskussion → Kassen, MDK, usw.

Das DRG Dilemma – Teil 2

Das Deutsche DRG-System enthält keine Investitionskosten!

- Duale KH-Finanzierung ist gescheitert!
 - Länder und Kommunen kommen ihrer Förderpflicht nicht mehr nach
 - Konstruktion ist von vorneherein fraglich
 - Braucht jede Kleinstadt ein KH mit Hightech Medizin?
- Vermeidungsstrategien treten in Kraft
 - „Umleitung“ von DRG Überschüssen in Investitionen
 - Vor die Entscheidung „mehr Ärzte oder neues CT“ darf eigentlich niemand gestellt werden → sie geht immer falsch aus!

Das DRG Dilemma – Teil 3

Das Deutsche aG-DRG-System ist auf stationäre Leistungen beschränkt

- Strikte Trennung von ambulant und stationär völliger Unsinn! Aber:
 - Stark institutionalisiert
 - Alle Parteien pflegen v.a. Besitzstandswahrung
 - Wenig Bewegung, immer nur in „Pilotprojekten“
 - §140 SGB V
 - Innovationsfonds
 - Auch bei tollen Ergebnissen → keine Konsequenzen
- Gleiche Leistungen unterschiedlich vergütet
 - DRG mit 1 Übernachtung oft noch 3-5x teurer als die entsprechende ambulante Leistung

(erste) Lehren aus der COVID Pandemie

Was lehrt uns die COVID Pandemie – 1

Es gibt eine Menge „Leistungen“, die über Fallpauschalen gar nicht bezahlbar sind

- Vorhaltung für COVID Patienten
 - Leere Betten „auf Vorrat“ sind nicht vorgesehen
 - Lagerhaltung für Schutzausrüstung findet nicht statt → unwirtschaftlich
- Hochleistungsmedizin ist eben leider auch pauschaliert
 - Die Länder haben früh die Hochleistungshäuser als COVID-Zentren priorisiert
 - Dort war die ursprüngliche Bettenpauschale erst Recht nicht kostendeckend

Was lehrt uns die COVID Pandemie – 2

Im Notfall ist man froh über „Reservekapazitäten“

- Intensivmedizin
 - In Deutschland bisher ausreichend ICU-Betten und Beatmungsplätze
 - Es wurde sogar noch eine Reserve geschaffen (zwar fehlt das Personal...)
- Maßnahmen zur Personal „Gewinnung“
 - QS-Verfahren ausgesetzt
 - MD-Prüfquote reduziert
 - Geht auch 😊
- Abgestufte Notfallversorgung „ausgesetzt“
 - Eigentlich eine Chance!
 - Das bisherige Konzept hätte wieder die Vergütung über die behandelten Fälle „ausbezahlt“ → zu wenig Fälle = Nicht die volle Vergütung erhalten

(erste) Vorschläge aus der Gesundheitsökonomie

Vorschlag Prof. Roeder

Problemlage

- Viele Khser erwirtschaften über DRG zu wenig Erlöse, um Vorhaltung – die durch den KH-Plan vorgegeben ist – zu finanzieren
- DRG-Vergütung ersetzt NICHT KH-Planung
- Unwirtschaftlichkeit ist NICHT gleich Unnötigkeit!

Vorschlag

- Festlegung versorgungsrelevanter Strukturen
- Vollständige Sicherung der Investitionen (in diese Strukturen) durch die Länder
- (Fall)unabhängige Finanzierung der notwendigen Grundvorhaltekosten
- Finanzierung von länderspezifischen QS-Anforderungen durch die Länder

Vorschlag Prof. Roeder

Konkrete Umsetzung

- Ermittlung einer „Grenzleistungsmenge“ aus den DRG BewRel., welche die kh-individuell erforderliche Vorhaltungskosten gemäß KH-Planung abdeckt
- Vereinfachung durch versorgungsstufenadjustierte Standardisierung → kann durch InEK erfolgen, nicht jedes KH muss die Kosten ermitteln
- Ermittlung eines „Mindestbudgets“, das auf jeden Fall finanziert sein muss

Ausgleichsmechanismen

- Wenn Budget nicht erreicht wird: Erhöhung des KH-Basisfallwerts
- Wenn Budget erreicht wird: Abrechnung über Landesbasisfallwert
- Wenn Budget überschritten wird: Mengendegressiver Basisfallwert

Vorschlag Prof. Busse (TU Berlin)

Problemlage

- Deutschland hat erste Welle u.a. so gut gemeistert, weil wenige Pat. Stationär behandelt wurden
- Aufwendige Patienten werden nicht in Häusern behandelt die es können

Zukünftige Struktur (Vorschläge)

- Strikte Orientierung der Planung an der Qualität
- Reduktion der Krankenhäuser auf ca. 650 „leistungsfähige“ Zentren
- Krankenhäuser sollen für Behandlungen, für die sie nicht „qualifiziert“ sind, kein Geld erhalten

Vorschlag Prof. Augurzky (Leibniz Institut Essen)

Situation

- Gute Intensivkapazitäten
- Stark dezentralisierte Strukturen sind in der Pandemie vorteilhaft

Zukünftige Struktur (Vorschläge)

- Strenge KH-Planung, Vergabe von Mitteln nur bei Erfüllung der Vorgaben
- Umwidmung von Ressourcen im Krisenfall durch Vorabplanung von Szenarien
- Stärkere Berücksichtigung der Patienten
- Regionale Budgets OHNE Trennung ambulant \leftrightarrow stationär
- Finanzielle Anreize für ambulante Behandlung, mehr digitale Angebote

Vorschlag Prof. Schreyögg (Uni Hamburg)

Problemlage

- Fallbezogene Vergütung greift zu kurz
- Vorhaltung nicht abgebildet
- „1-Haus Ansatz“ der DRG Kalkulation ignoriert Versorgungsstufen, diese sind aber immens wichtig

Zukünftige Struktur (Vorschläge)

- Einheitliche Definition von Versorgungsstufen und „bedarfsnotwendigen“ Krankenhäusern
- Dort Integration von Vorhaltepauschalen in die Vergütung, die UNABHÄNGIG von der Fallzahl vergütet werden müssen

Vorschlag Prof. Stock (Uni Köln)

Problemlage

- Das gegenwärtige System schafft Anreize, dass Träger gegeneinander arbeiten anstatt zu kooperieren
- Defizite in der KH-Planung führen zu Personalmangeln in der Patientenversorgung

Zukünftige Struktur (Vorschläge)

- Strukturplanung mit klarer Definition von Zielen und Versorgungsniveaus
- Anreize zur Zusammenarbeit schaffen, dann kommt es zur Zusammenarbeit
- Vorhalteleistungen getrennt werden

Weitere Spieler bringen sich in Position

DKG

- Regionale Versorgungsnetzwerke als Leitbild, durchgängige ambulante und stationäre Behandlung
- Föderale Verantwortung vor Zentralismus mit nachhaltiger Investitionsfinanzierung
- Bedarfsgerechte Personalausstattung, Abbau von Bürokratielasten
- Finanzierungsreform muss Vorhalteleistungen berücksichtigen
- Potentiale der Digitalisierung ausschöpfen

TK

- Neuer Mix aus Fallpauschalen, Vorhaltekostenfinanzierung und Qualitätszuschlägen
- Abbau der Sektorengrenzen durch gleiche Vergütung (siehe TK „Hybrid-DRG“)
- Konsequente und durchgängige Digitalisierung

Interaktive Frage

Was glauben Sie?

- Wie viel Prozent der jährlichen Kosten eines Krankenhauses sollten durch eine DRG unabhängige „Vorhalte- / Daseinsvorsorge-“ o.ä. pauschale abgedeckt werden?

Wählen Sie eine Antwort

- 15%
- 25%
- 35%
- 50%
- 60%
- 80%

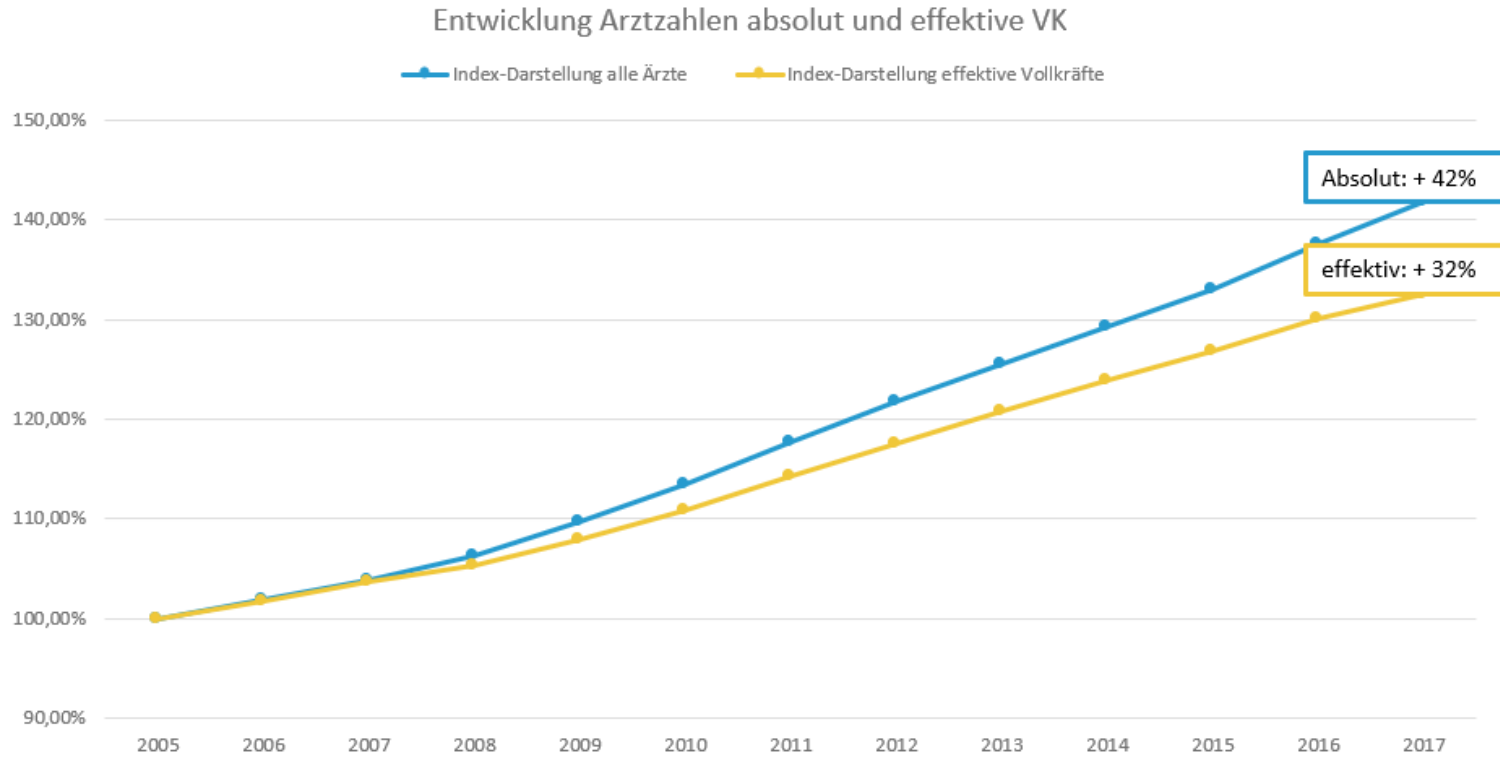
BDI Projekt

Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) hat Projekt gestartet

Hintergrund

- In einer ersten Analyse konnte gezeigt werden, dass trotz absoluter Zunahme der Stellen, immer noch zu wenig Ärzt*innen im KH arbeiten
- Der Großteil der neuen Stellen seit 2005 geschaffenen Stellen wurde für die Umsetzung des ArbZG benötigt
- Fallzahlsteigerungen führen zu einem Defizit von ca. 21.000 Stellen (DKI: 7.500 „unbesetzte“ Stellen)
- Große Umfragen (z.B. durch den mb) zeigen, dass es eine hohe Unzufriedenheit und viele Überstunden gibt

BDI – Projekt * Analyse Arztzahlen



Quelle: Destatis (2019). Ärztliches und nichtärztliches Personal in Krankenhäusern

BDI – Projekt * Analyse Arztzahlen

Berechnung des tatsächlichen Arztbedarfs

- Berechnungen basierend auf den Anforderungen des ArbZG
 - Feststellung auf Basis der Analyse 2005
 - IST-Zahl der Ärzte (121.610 effektive VK lt. DeStatis)
 - Bedarf an Ärzten (121.610 effektive VK + 27.000)
- Extrapolation „Bedarf“
 - Zunahme der effektiven VK auf 161.208 im Jahr 2017
 - Zzgl. erhöhter Bedarf wegen gestiegener Fallzahlen
- Vergleich mit der Zunahme effektive VK lt. DeStatis
- Differenz (Basis 2017)

BDI – Projekt * Analyse Arztzahlen

Rechengröße	Anzahl
+ tatsächliches Wachstum effektive Vollkräfte seit 2005 (Stand 2017)	39.598
- benötigte Ärzte um Fallzahlenanstieg zu kompensieren Stand (2017)	-27.763
- benötigte Ärzte um AZ-Gesetz zu erfüllen (extrapoliert, Stand 2017)	-32.129
= Differenz zum Bedarf	-20.294
effektive Vollkräfte 2017	161.208
+ Differenz zum Bedarf	20.294
= tatsächlicher Bedarf ärztliche VK	181.502

BDI – Projekt * Material & Methoden

- Kooperation mit Kalkulationskrankenhäusern (aus DGVS DRG Projekt):
 - Abfrage der kompletten §21-Daten des Hauses
 - Zusätzlich Arztkosten VOR und NACH Ausgliederung für DRG
 - Vollkräfte im ärztlichen Bereich
 - Anteil Honorarärzte
- Deskriptive Analyse
 - Wie viele Arztkosten werden ausgegliedert und müssen somit sowieso schon außerhalb der DRG finanziert werden?
 - Sind die hausindividuellen Arztkosten im DRG-System mit den InEK-basierten Vergütungsanteilen (relativer Art) gedeckt?
- Erarbeitung von verschiedenen neuen Vergütungsmodellen mit dem Ressort „stationäre Versorgung“ des BDI
- Berechnung der Effekte dieser Modelle auf die Finanzierung der Arztkosten eines Hauses

BDI – Projekt * Mögliches Modell

Bisheriger Konsens

- Keine Investitionskosten(quer)finanzierung aus den Betriebsmitteln!
- Finanzierung muss die „Vorhaltung“ AUSSERHALB der fallbezogenen Vergütung ermöglichen. Umsetzung:
 - **Ermittlung der bedarfsnotwendigen Leistungen aus den Notfallbehandlungen**
 - Bestimmung der Geldmenge aus den DRGs
 - Vergütung 1/12 pro Monat aus Gesundheitsfonds
- Wettbewerb um Patienten auf Basis der Qualität im „elektiven“ Bereich
 - Qualitätsvorgaben bei planbaren Leistungen
 - Preisverhandlungen bei – von allen Seiten gewünschter – Mengensteigerung
 - Degressive Preise, wenn Skaleneffekte vorhanden sind
 - Steigerung der Qualität durch ausreichend hohe Zahlen

Interaktive Frage

Was glauben Sie?

- Wie viel Prozent der Fälle in der Inneren Medizin sind eher Notfälle und wären in dem beschriebenen Modell dann außerhalb der DRG finanziert?

Wählen Sie eine Antwort

- 35%
- 45%
- 55%
- 65%
- 75%
- 85%

Gibt es ein Ideal – „...zur Sonne zur Freiheit“?

Notwendige Komponenten eines fairen KH-Finanzierungssystems

- KH Planung muss Versorgungsstufen und –bedarf sowie Qualitätsvorgaben berücksichtigen
 - Die richtigen Patienten in den richtigen Häusern behandeln
 - Mehr Fokussierung
- Investitionskosten durch die Länder (für die dann als „notwendig“ erkannten Häuser)
 - Strenge – einheitliche – Vorgaben zur Ermittlung der Bedarfsnotwendigkeit
 - Reduktion auf ein landesindividuell finanzierbares Maß
- Möglichkeiten der Umwidmung (nicht „Leervorhaltung“) von Kapazitäten im Katastrophenfall (z.B. nächste Pandemie)

Notwendige Komponenten eines fairen KH-Finanzierungssystems

- Entkopplung der Vergütung vom reinen Fallbezug
 - Vorhaltung / Vorsorgeleistungen durch feste Bezüge der Häuser
 - Definition über historische Kosten für diese Leistungen / Vorhaltungen
 - Häuser behandeln dann (Notfall)Patient*innen „gegen“ dieses Budget
 - Einfache Ausgleichsmechanismen im Folgejahr
- Fallbezogene Vergütung bei planbaren Leistungen
 - Qualitätsbezug
 - Preis-Mengenverhandlungen
- Konsequente Digitalisierung zur Bürokratiekostenreduktion
 - Digitale Dokumentation aller Behandlungsschritte
 - Automatische (weitestgehend) Generierung von Abrechnungs- und Qualitätsdokumenten

Weitere sinnvolle Änderungen

- Beendigung der Trennung stationär / ambulant
 - Nicht (mehr) zeitgemäß
 - Demographische Herausforderungen machen die Trennung ohnehin obsolet
 - In vielen Gegenden kann die KV den Versorgungsauftrag bereits jetzt nicht mehr ohne Support der Khser leisten!
- Anreize für ambulante Behandlung
 - Angleichung der Vergütung → ist auf dem Weg mit AOP-Reform 😊
 - Regionales Gesamtbudget statt getrennte Töpfe
- Regionalisierung der Versorgung
 - Statt einzelnes Haus und einzelne niedergelassene Ärzt*innen
 - Regionale Verbände sichern die Versorgung
 - Beispiel: „gesundes Kinzigtal“ funktioniert seit > 10 Jahren sehr gut!

Die Rolle der Digitalisierung

- **Behandlungsrelevante Daten sind verfügbar**
 - 2021 ist nach gefühlten 50 Jahren endlich die ePA gestartet
 - Wir sind also immerhin auf dem Weg
- **Digitale Beratung**
 - Online Sprechstunde VOR dem „live“ Arztbesuch
 - Digitales (Verlängerungs)Rezept
 - Weniger persönlich aber bei knappen Ressourcen unvermeidlich
 - Viele Patient*innen informieren sich sowieso im Internet
- **Digitales Monitoring von chronisch Kranken**
 - Herzinsuffizienz
 - Diabetes
 - COPD

Fazit & Ausblick

Reformbedarf ist erkannt, Details noch offen

- Politik, Verbände und Wissenschaft sehen Veränderungsdruck
- COVID-19 wirkt als Katalysator und zeigt einige Schwächen sehr deutlich auf
- Die Versorgung muss sich strukturell ebenso ändern wie in der Finanzierung
- Erste gemeinsame bzw. wahrscheinlich mehrheitsfähige Standpunkte zeigen sich

Wie sieht sie aus, die KH-Finanzierung der Zukunft?

Eher sicher:

- Ausgliederung von (Vorhalte)Kosten aus der fallbezogenen Vergütung und garantierte Vergütung
- Aufteilung in festes und flexibles Budget
- DRG bleiben uns erhalten, mindestens als Instrument der Leistungsmessung und –steuerung
- KH-Planung bleibt Ländersache

Offen:

- Regionale Budgetverantwortung?
- Verzahnung ambulant/stationär?

Letzte Frage

Was glauben Sie?

- Wie viel Prozent der Kosten wird man wohl in eine DRG unabhängige Deckung überführen können?

Wählen Sie eine Antwort

- 15%
- 25%
- 35%
- 45%
- 55%
- 65%



Sprechen Sie uns an – wir freuen uns auf Sie.

MSH Medical School Hamburg GmbH
University of Applied Sciences and Medical University

Tel.: 040 / 36 12 26 40

Fax: 040 / 36 12 26 430

E-Mail: info@medicalschooll-hamburg.de

www.medicalschooll-hamburg.de

Besuchen Sie uns
auf Facebook

[facebook.com/
MSHMedicalSchool
Hamburg](https://facebook.com/MSHMedicalSchoolHamburg)