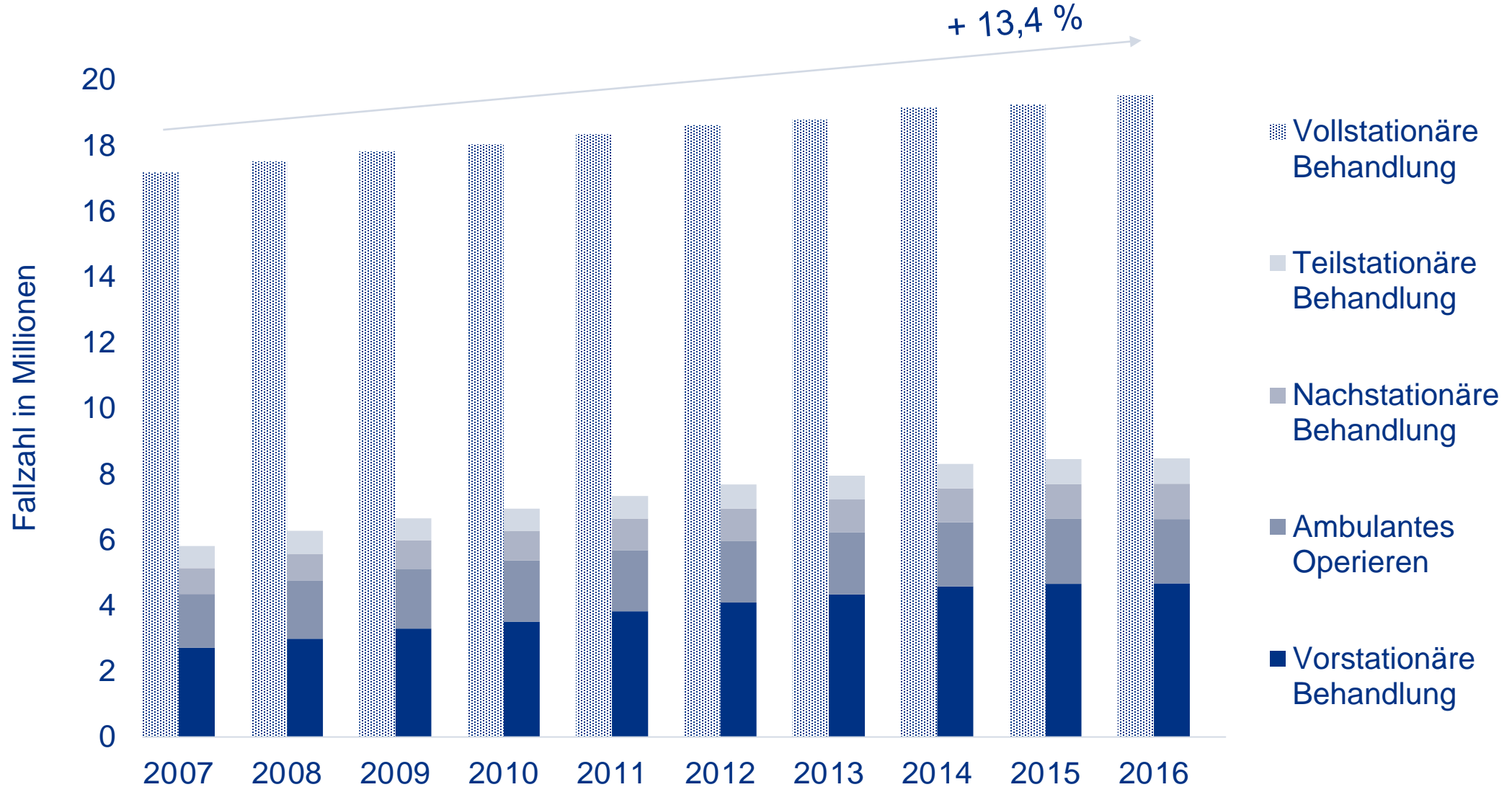


Lösungsansätze zur Anreizproblematik im DRG-System

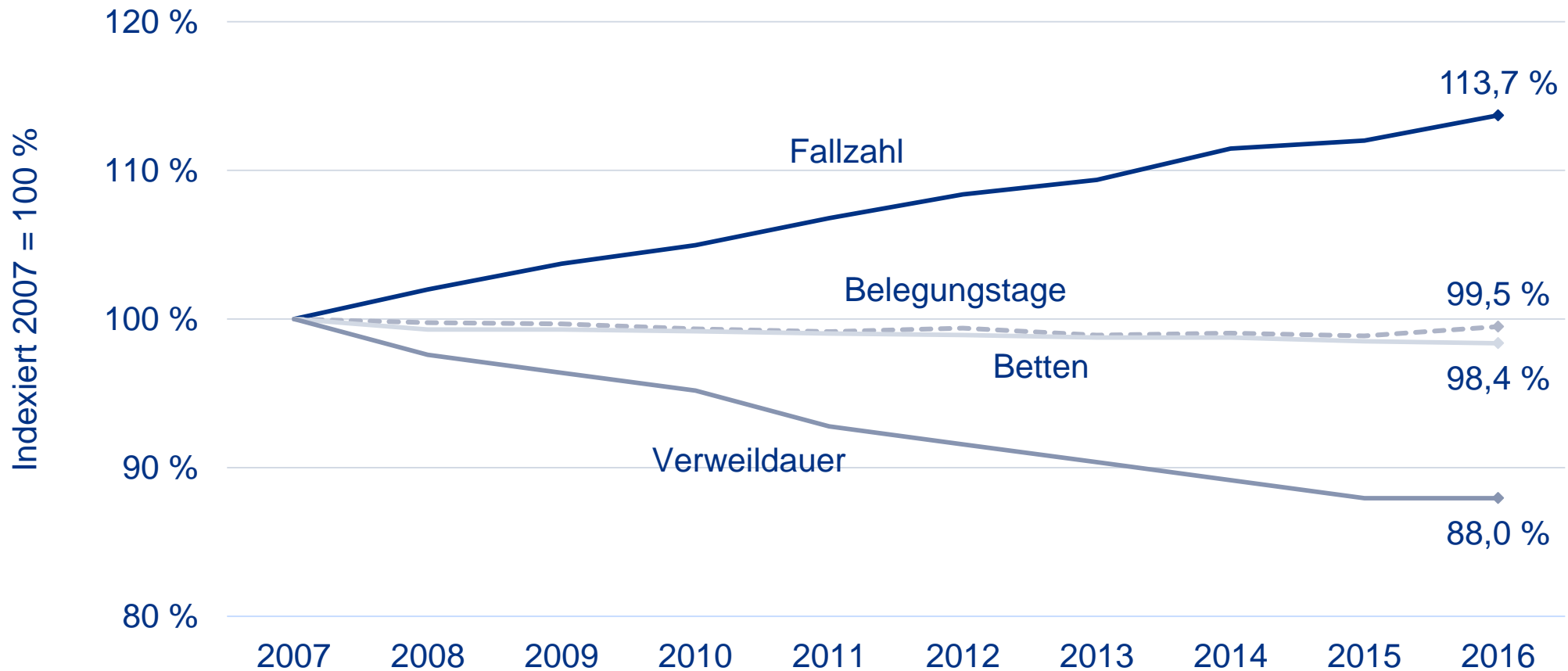
Prof. Dr. Wolfgang Greiner, Universität Bielefeld

Regionalkonferenz West: Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Saarland

Düsseldorf, 27. November 2018

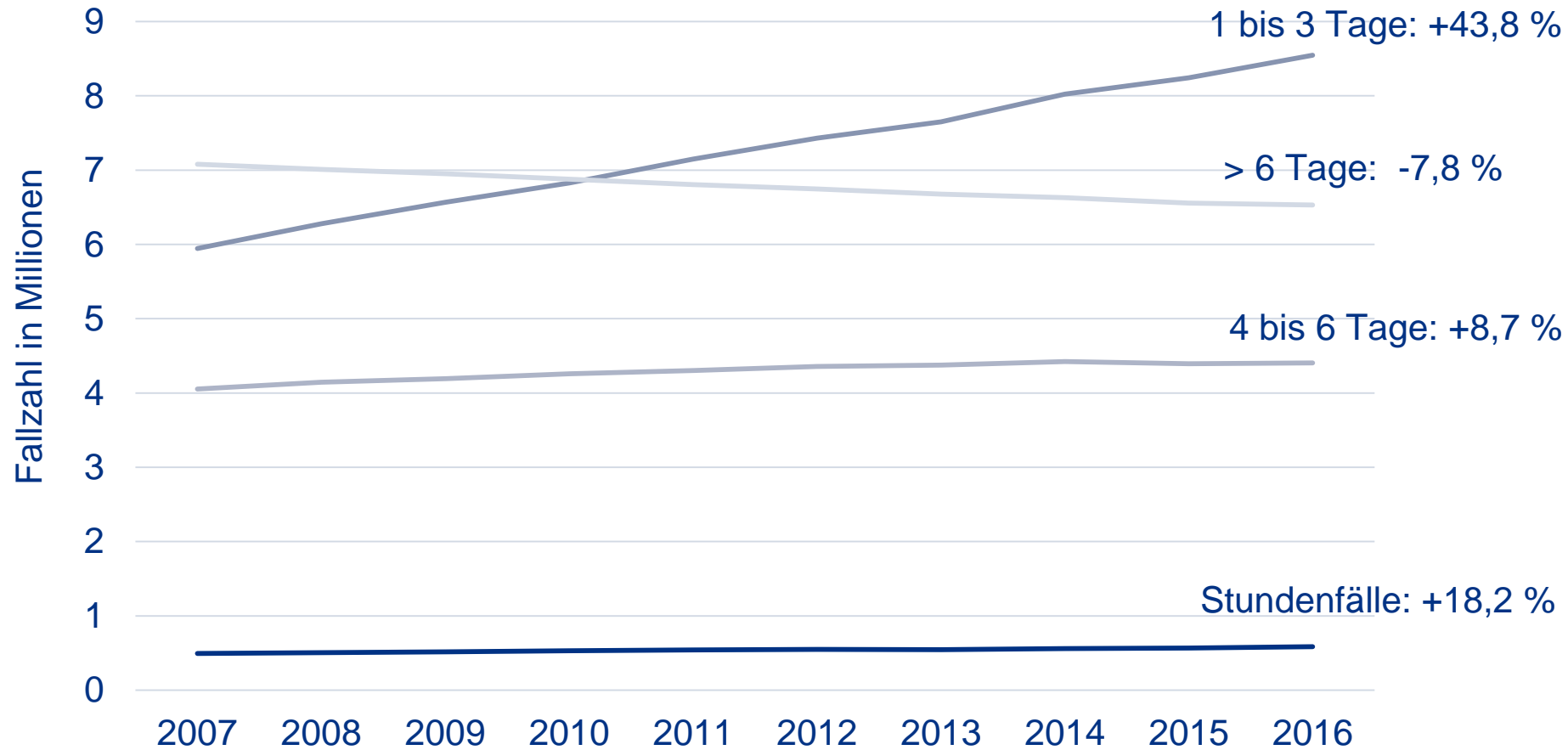


Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2018)



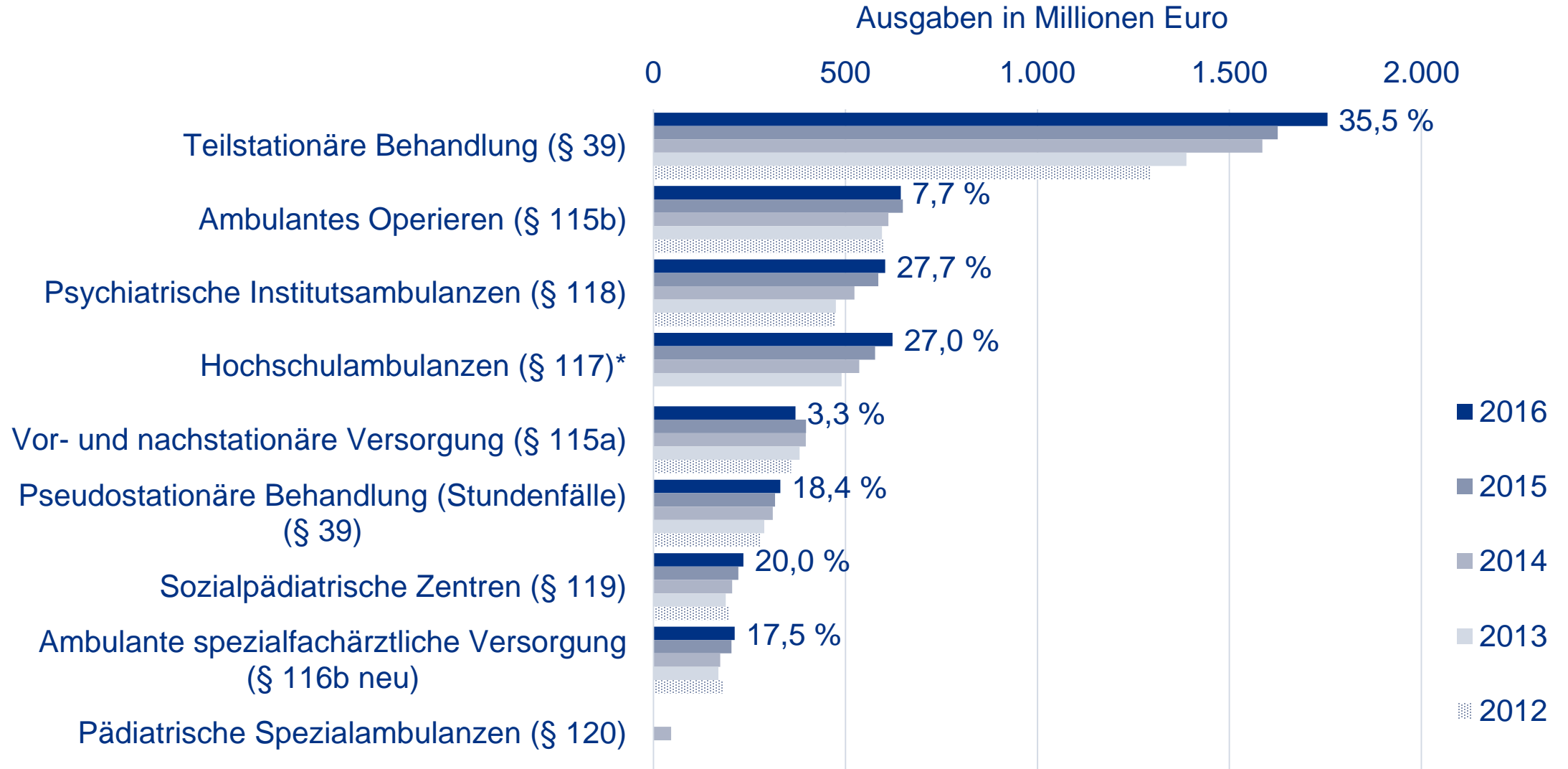
Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2018)

Deutlicher Anstieg der stationären Fälle mit einer Verweildauer von weniger als sechs Tagen



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2018)

Trotz der Zunahme von ambulanten Krankenhausleistungen bleibt das Gesamtvolumen relativ gering



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BMG (2018); GKV-SV (2018)

- Unübersichtliches und komplexes Vergütungssystem
 - 1 292 DRGs im Jahr 2018
 - Rund 200 Zusatzentgelte und Zu- und Abschläge
- Die Annahme einheitlicher Kostenstrukturen (sog. **Einhausansatz**) benachteiligt Krankenhäuser mit besonderen Versorgungsstrukturen
- Der Anteil pauschaler Vergütungselemente an der Gesamtvergütung ist – international gesehen – vergleichsweise gering
- Schwankungen der Relativgewichte aufgrund der sich ändernden Kalkulationsstichprobe
- Landesbasisfallwerte sind historisch gewachsen und berücksichtigen nicht adäquat die regionalen Kostenunterschiede
- Ambulantisierung in Krankenhäusern schreitet nur langsam voran
 - Im internationalen Vergleich weist Deutschland eine geringe Quote an ambulanten Operationen auf

- 2016 haben DKG, GKV-SV und PKV-Verband insgesamt sieben DRGs im Bereich der Therapie von Erkrankungen an der Wirbelsäule als mengenanfällige Leistungen festgelegt und eine gezielte Absenkung der Bewertungsrelationen vereinbart.
- Alle Krankenhäuser, die die entsprechenden DRGs erbringen, müssen ihre Fallzahlen melden – eine Absenkung (bis zu 60%) betrifft nur die diejenigen Krankenhäuser, die über dem Median aller Krankenhäuser liegen.
- Unter dem Qualitätsaspekt sollte aber bei diesen in aller Regel hochelektiven Eingriffen eine Zentrenbildung durch nach Mengen gestufte DRG-Absenkungen nicht behindert werden.



- Gleiche Vergütung für definierte ambulante Leistungen im Krankenhaus oder im vertragsärztlichen Bereich

Einheitliche Vergütung für ambulante Operationen

Versorgungsstufen im DRG-System

- Z. B. durch Multiplikatoren auf die Relativgewichte

Stärkung pauschaler Vergütungselemente

- Gezielte Berücksichtigung der Besonderheiten in der Versorgungslandschaft



Bundeseinheitlicher Basisfallwert

Sicherung der Indikationsqualität

- Zweitmeinungsverfahren bei ausgewählten Indikationen obligatorisch
- Dokumentations- und Begründungspflicht

Konstanthaltung der Kalkulationsstichprobe

- Langjährige Betrachtung von Krankenhäusern mit identischen Leistungsspektren
- Statistische Konstanzhaltung

- Preisindex aus einem repräsentativen krankenhausspezifischen Warenkorb
- Regionalisierungsfaktoren

- Z. B. durch die Einführung eines Risikopools

Vergütung von Extremkostenfällen

Stärkung pauschaler Vergütungselemente

- Zuschläge für ausgeschriebene Innovationszentren zur Erprobung bestimmter innovativer Verfahren
- Zuschläge für die Vorhaltung definierter Kapazitäten für Katastrophen und Epidemien
- Weiterentwicklung der Zuschläge für spezialisierte Zentren (z. B. für seltene Erkrankungen)



Rucksack-Modell

Balance zwischen Grund- und Drittmitteln

- Einrichtung eines Weiterbildungsfonds durch entsprechende Bereinigung der Vergütung
- Zuordnung der Mittel Ärztinnen und Ärzten ad personam entsprechend der Weiterbildungsdauer

- Erhöhung des Anteils an der Forschungsfinanzierung seitens der Länder
- Finanzierung von Drittmittelprojekten (insb. durch das BMBF und die DFG) auf der Basis von Vollkosten und entsprechende Erhöhung des Overheadanteils

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Kontakt:

Prof. Dr. Wolfgang Greiner

Universität Bielefeld

Fakultät für Gesundheitswissenschaften

Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement (AG5)

Email: wolfgang.greiner@uni-bielefeld.de